

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA REGIONAL AL VIH Y EL SIDA EN COLOMBIA - MANUAL E INDICADORES



ISBN: 978-958-58394-2-7

Monitoreo y evaluación de la respuesta regional al VIH y el Sida en Colombia - Manual e indicadores

Dirección de Promoción y Prevención
Ministerio de Salud y Protección Social
Mecanismo Coordinador de País Proyecto VIH Novena Ronda Fondo Mundial
Receptor Principal (RP): *Global Communities*
Segura, Morón & Castañeda Asesores en Salud (SMC-AS Ltda.)

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Alejandro Gaviria Uribe

Ministro de Salud y Protección Social

Fernando Ruiz Gómez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Gerardo Burgos Bernal

Secretario General

Elkin de Jesús Osorio Saldarriaga

Director de Promoción y Prevención

Ricardo Luque Núñez

Asesor Dirección de Promoción y Prevención

Proyecto VIH Novena Ronda Fondo Mundial - Receptor Principal *Global Communities*

John Forman
Director General

Equipo técnico del Proyecto

Rafael Pardo Abello
Gerente Técnico del Proyecto

Clara Inés Vargas Rojas
Coordinadora Nacional de Educación

Adriana Durán Castro
Coordinadora Nacional de Monitoreo y Evaluación

Carlos Alberto González Promicieros
Coordinador Nacional de Salud Pública

Claudia Marcela Domínguez Cano
Coordinadora Regional Occidente

Yacid Estrada Santiago
Coordinador Regional Antioquia/Chocó/Córdoba/Santander/Norte de Santander

Erika Madeline García Roa
Coordinadora Regional Centro

Fernando González
Coordinador Regional Caribe

Segura, Morón & Castañeda Asesores en Salud (SMC-AS Ltda.)

Oneida Castañeda Porras

Gerente

Equipo técnico: SMC-AS Unidad de Investigaciones

Oneida Castañeda Porras

Investigadora

Teresa Moreno Chaves

Investigadora

Omar Segura

Investigador

Autores

Oneida Castañeda Porras

Psicóloga, *fundraiser*, FETP

Teresa Moreno Chaves

Enfermera, Epidemióloga, FETP

Omar Segura

Médico, Epidemiólogo Clínico y de Campo, FETP

Participantes en el Taller Nacional "Monitoreo & Evaluación de la Respuesta al VIH/Sida en Colombia", 26-28 de junio de 2013

José Rafael Amaya

Coordinador Proyecto VIH, Unión Temporal VIHDA Plena

Rosa María Brito Rodríguez

Coordinadora Proyecto VIH, Unión Temporal Región Caribe Norte

Sidia Caicedo Traslaviña

Consultora Estrategia para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la sífilis congénita, Ministerio de Salud y Protección Social

Martha Cecilia Castaño Parra

Coordinadora Salud Sexual y Reproductiva, Secretaría de Salud Departamental del Valle del Cauca

Edward Castro Sánchez

Profesional de apoyo Salud Sexual y Reproductiva, Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander

Norma Constanza Cuellar Espitia

Referente VIH/Sida, Instituto Nacional de Salud

Claudia Marcela Domínguez Cano

Coordinadora Regional Occidente, *Global Communities*

Adriana Durán Castro

Coordinadora Nacional de Monitoreo y Evaluación, *Global Communities*

Yacid Estrada Santiago

Coordinador Regional Antioquia/Chocó/Córdoba/Santander/Norte de Santander, *Global Communities*

Erika Madeline García Roa

Coordinadora Regional Centro, *Global Communities*

Fernando González

Coordinador Regional Caribe, *Global Communities*

Manuel Alfredo González Mayorga

Referente Vigilancia en Salud Pública ITS-VIH/Sida, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá

Carlos Alberto González Promicieros

Coordinador Nacional de Salud Pública, *Global Communities*

Marina Stella González Robayo

Referente Programa ITS-VIH/Sida, Secretaría de Salud del Meta

María Lorenza González Prieto

Coordinadora Proyecto VIH, Corporación Únete

Luis Fernando Leal Rodríguez

Coordinador Magdalena y Guajira Proyecto VIH, Unión Temporal Región Caribe Norte

María Catalina León Serrano

Coordinadora Proyecto VIH, Covol Huila

John Jairo López Avendaño

Coordinador Proyecto VIH, UT Compromiso con el Valle

Ricardo Luque Núñez

Asesor Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social

Victoria Alicia Manjarres Barros

Coordinadora Proyecto VIH, Atlántico Alternativo y Diverso

Lida Musdie Martínez Montañez

Instituto Nacional de Salud

John Alexander Mendoza García

Profesional Universitario Programa VIH, Departamento Administrativo Distrital de Salud - DADIS Cartagena

Luis Ángel Moreno Díaz

Coordinador de ONUSIDA para Colombia, ONUSIDA

Diana María Mosquera Ramírez

Coordinadora Proyecto VIH Cauca, Profamilia

Rafael Pardo Abello

Gerente Técnico del Proyecto, *Global Communities*

Yelena Patricia Peláez Gómez

Referente VIH, Secretaría de Salud Departamental de la Guajira

Martha Yaneth Peña Martínez

Referente ITS Vigilancia epidemiológica, Secretaría de Salud Departamental de Santander

Jenny Carolina Peralta Carvajal

Referente ITS - IAT, Instituto Nacional de Salud

Silvia Luz Polo

Coordinadora, Proyecto VIH Corporación para el Desarrollo Social Comunitario - CORSOC ASVIDAS

Alicia Elena Romero Posso

Coordinadora Proyecto VIH, UT Cruz Roja Bolívar - Corpoleón

Patricia Sánchez Quintero

Coordinadora de Gestión de Información, Cuenta de Alto Costo (CAC)

Claudia Patricia Sepúlveda Cotes

Profesional Programa VIH, Secretaría de Salud del Distrito de Santa Marta

Carlos Mauricio Vanegas Caviedes

Profesional Programa VIH/Sida, Secretaría de Salud Departamental de Huila

Clara Inés Vargas Rojas

Coordinadora Nacional de Educación, *Global Communities*

ISBN: 978-958-58394-2-7

Monitoreo y evaluación de la respuesta regional al VIH y el Sida en Colombia - Manual e indicadores

Dirección de Promoción y Prevención

Ministerio de Salud y Protección Social

Proyecto VIH Novena Ronda Fondo Mundial - Receptor Principal *Global Communities*

Coordinación Editorial

SMC-AS Ltda.

Oneida Castañeda Porras

Gerente

Diseño y Diagramación: Sara Lucía Torres Castañeda

Digitalización: Iván Hernández

Bogotá D.C. 2014

Proyecto Novena Ronda Fondo Mundial “Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia”, del Mecanismo Coordinador de País (MCP), para el cual el receptor principal es *Global Communities* (antes CHF Internacional). (Convenio No. COL-911-G04-H).

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

Prefacio

En los tiempos actuales, la información lo es todo en salud. A partir de los aportes de Alexander Duncan Langmuir¹, es claro que, para la toma de decisiones en Salud Pública y el trazado de políticas públicas, hay que contar con información; no obstante, cualquiera sea la procedencia del dato -encuestas, modelos matemáticos, indicadores, índices- el significado y el alcance de la información obtenida con aquél depende de cuál es su propósito y, más importante, qué organismo o nivel territorial está involucrado en su manejo. Como no todos manejan la misma información, es preciso contar siempre con una coordinación institucional –expresada en la forma de actos administrativos o de directrices. En el caso del VIH/Sida, es indispensable que la comunidad también participe en la dinámica de la prestación de los servicios de salud respectivos.

La realidad del VIH/Sida es mundial; claramente es una epidemia cuyo comportamiento se ha visto influido por diversos sucesos. Abordada al comienzo en un contexto de modernidad organizada y de medicalización de la sociedad, hoy involucra elementos económicos y políticos que permiten esbozar, por ejemplo, la importancia de comprender la situación de la mujer, de los grupos en contexto de vulnerabilidad y de la población económicamente activa, quienes son los más afectados por la enfermedad. Así, es constatable y está documentado cómo el país ha hecho grandes esfuerzos por garantizar la atención integral de los pacientes con VIH y Sida: una política de salud sexual y reproductiva promulgada en 2003; un Modelo de Gestión Programática en VIH y Sida aprobado en 2006; o los Planes Nacional y Decenal de Salud Pública.

Entonces, se puede constatar tanto el cambio de mentalidad como la acción interinstitucional que comenzó por una contención de la epidemia de VIH y pasó

¹ Creador del Servicio de Inteligencia Epidémica estadounidense en 1951, quien acuñó la noción de *vigilancia epidemiológica*.

por su detección temprana (manifestación de una mentalidad exclusivamente clínica), para llegar a propuestas y acciones de nivel nacional como la presente, el monitoreo y evaluación de la respuesta al VIH/Sida. Quizás el mayor obstáculo a superar ha sido pasar de lo teórico a lo práctico en el manejo intersectorial del VIH/Sida, reflejado en la persistencia del subregistro de conductas de riesgo y de eventos, y en la variedad y cantidad existente de indicadores.

Además de esta realidad, la agenda nacional se enmarca en una iniciativa mundial por lograr hacia 2015 el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH como medidas para detener y hacer retroceder la epidemia de VIH y mitigar sus efectos. A ese nivel, tal esfuerzo depende del seguimiento de los indicadores básicos que miden la eficacia de la respuesta al Sida en cada nación, y de la evaluación del progreso realizado para alcanzar los objetivos planteados en la *Declaración política sobre el VIH y el SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el Sida*, tal como fue aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 2011.

Por eso, este libro, que a su vez sistematiza en forma sencilla y práctica el conjunto de esos indicadores *en función de la organización del Estado y de la participación de organizaciones no-gubernamentales y la comunidad*, cobra sentido e importancia en la actualidad.

Monitoreo y evaluación de la respuesta regional al VIH y el Sida en Colombia - Manual e indicadores, es un libro resultado del análisis de los procedimientos e instrumentos de recolección de información para la vigilancia, el monitoreo y evaluación de la epidemia del VIH y el Sida en el país. En un espacio comparativamente breve, sus autores –profesionales de salud, epidemiólogos con un notable sentido de lo social tanto en su formación como en su práctica– proponen en estas páginas una identificación y articulación de los actores del sistema de M&E, sus asignaciones y responsabilidades, y enumeran el conjunto

de acciones planificadas sistemáticamente en el tiempo que se llevan a cabo para lograr el cumplimiento de los objetivos propuestos delineados en las estrategias frente al VIH/Sida en el contexto internacional y nacional. Prosiguen con la explicación de las definiciones inherentes al monitoreo y evaluación, fuentes de información, indicadores, vigilancia y términos epidemiológicos; luego, con la identificación y elaboración de la ficha técnica de cada uno de los indicadores generados por los diferentes actores en los cuales se incluye una guía para su interpretación y análisis.

Finalmente, en un intento para acercar este conocimiento a la comunidad, compilan en grado sumo toda la normativa o reglamentación generada en torno al VIH/Sida a nivel mundial y nacional, y complementan el texto con una base de datos para facilitar a todos sus lectores el manejo de todos y cada uno de los indicadores que son el centro de este Monitoreo y Evaluación.

Enhorabuena, pues, por una sistematización del saber, del quehacer y del conocimiento existente sobre VIH/Sida en Colombia hacia su control y manejo en el siglo XXI.

Acrónimos y abreviaturas

ALF	Agente Local del Fondo
ARV	Antirretroviral (medicamento)
APV	Asesoría y prueba voluntaria
CAC	Cuenta de Alto Costo
CD4	<i>Linfocitos CD4</i>
CHF	<i>Cooperative Housing Foundation International</i>
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CONASIDA	Comité Nacional de SIDA
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DIME	Desarrollo Informático de Monitoreo & Evaluación
DIP	Diagnóstico Infantil Precoz
DTS	Direcciones territoriales de salud. Incluye las direcciones departamentales, distritales y municipales
EAPB	Entidades Administradoras de Planes de Beneficios
EE	Entidades Ejecutoras
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EOC	Entidades Obligadas a Compensar
EPS	Entidades Promotoras de Salud
EPS-C	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo
EPS-S	Entidades Promotoras de Salud del Régimen Subsidiado
ERC	Enfermedad Renal Crónica
ESE	Empresa Social del Estado
EVC	Encuesta de Vigilancia del Comportamiento
EPS	Empresa Promotora de Salud
FM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria
FRVIH	Fármaco-resistencia del VIH
HC	Habitantes de la calle/ personas en condición de calle
HSH	Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
IAT	Indicadores de Alerta Temprana
IEC	Información, Educación, Comunicación
IMALCS	Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MEGAS	Medición del Gasto Nacional sobre Sida

M&E	Monitoreo y Evaluación
MCD	Mecanismo Coordinador Departamental
MCM	Mecanismo Coordinador Municipal
MCP	Mecanismo Coordinador de País
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no Gubernamental
ONU	ONU Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OST	Tratamiento de Sustitución de Opiáceos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POA	Plan Operativo Anual
POS	Plan Obligatorio de Salud
PVVS	Personas que viven con VIH o Sida
P y P	Promoción y Prevención
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Sivigila	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública
TAR	Tratamiento/terapia antirretroviral
TB	Tuberculosis
TMI	Transmisión Materno Infantil
TS	Trabajadora sexual
UDI	Usuarios de drogas inyectables/personas que hacen uso de drogas inyectables (término preferido)
UNGASS	Sesión especial Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
UNODOC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Crimen
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VIP	Violencia por parte de la Pareja Íntima

Tabla de contenido

	pg.
INTRODUCCIÓN	18
1. OBJETIVO.....	22
1.1 Objetivo general.....	22
1.2 Objetivos específicos	22
2. ALCANCE	22
3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES	23
3.1 Contexto Internacional.....	23
3.2 Contexto Nacional	24
3.3 Estrategias frente al VIH/Sida Internacionales.....	29
3.4 Estrategias frente al VIH/Sida Nacionales	30
4. DEFINICIONES	38
4.1 Monitoreo & Evaluación (M&E).	38
4.2 Fuentes de información.....	40

4.3	Indicadores.....	42
4.4	Vigilancia.....	46
4.5	Términos epidemiológicos relacionados con el VIH y el Sida.....	49
5.	INDICADORES.....	51
5.1	Indicadores de Reporte país de progresos sobre Sida (IMALCS).....	56
5.2	Indicadores del Proyecto VIH del FM y el Receptor principal de la subvención	56
5.3	Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social: Observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS - VIH/Sida y TMI	56
5.4	Indicadores de Vigilancia en Salud Pública	57
5.5	Indicadores de alerta temprana (IAT).....	57
6.	NORMATIVA.....	83
6.1	Internacional.	83
6.2	Nacional.....	85
7.	REFERENCIAS	92

Lista de figuras

	pg.
Figura 1. Cuadro esquemático del M&E de la respuesta al VIH	18
Figura 2. Resumen de la Estrategia Llegar a Cero, ONUSIDA, 2011-2015.....	29
Figura 3. Principios fundamentales de Los "Tres Unos"	30
Figura 4. Enfoque de preguntas sobre salud pública para el monitoreo y la evaluación del VIH	38
Figura 5. Clasificación de los indicadores de acuerdo con el aspecto a evaluar	42
Figura 6. Elementos que conforman la ficha técnica.....	45
Figura 7. Objetivos y estrategias centrales que orientan el Modelo de Gestión Programática en VIH.....	52
Figura 8. Declaración Política de la ONU sobre el VIH/Sida de 2011 - Objetivos y compromisos de erradicación	54
Figura 9. Actores del sistema de M&E y flujo de información.....	55

Lista de tablas

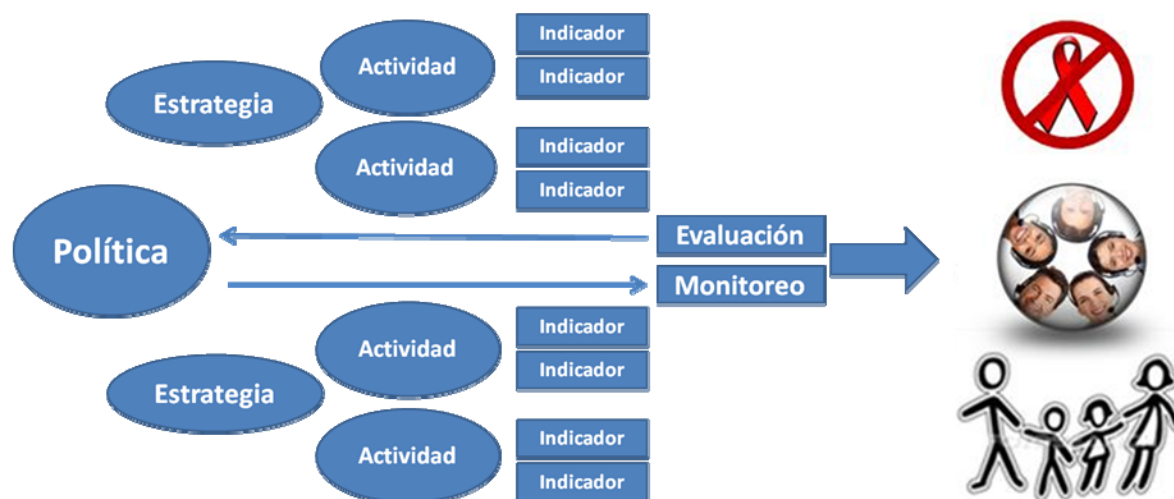
	pg.
Tabla 1. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – IMALCS.....	58
Tabla 2. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – FM/Receptor Principal	71
Tabla 3. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – MSPS-Observatorio VIH/Sida.....	75
Tabla 4. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – MSPS-TMI del VIH y la sífilis congénita	78
Tabla 5. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – Vigilancia en Salud Pública – INS-Sivigila	79
Tabla 6. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – Indicadores de alerta temprana – OPS-INS	81

INTRODUCCIÓN

El monitoreo y la evaluación (M&E) sirven para obtener información que ayude a determinar la relación entre las actividades y recursos de los programas y las metas que estos se han propuesto lograr. El M&E de los Programas Nacionales se realiza mediante la revisión de sus procesos, actividades y resultados; y, por último determinar la efectividad colectiva mediante el monitoreo del impacto (1).

En el caso del programa nacional de VIH/Sida, las metas principales son las de fortalecer la coordinación institucional e intersectorial, disminuir la diseminación del VIH, mejorar la atención de las personas infectadas y reducir al máximo el impacto económico y social entre las familias y las comunidades afectadas (1). La epidemia de VIH/Sida en Colombia, está concentrada en grupos en contextos de vulnerabilidad y, a pesar de que se ha presentado una importante inversión en salud —representada en personal, instalaciones, medicamentos y condones—, la situación de VIH/Sida persiste, con una tendencia ascendente de infección (2), (figura 1).

Figura 1. Cuadro esquemático del M&E de la respuesta al VIH



Ante la necesidad de mejorar las intervenciones para reducir nuevas infecciones, aumentar el acceso al diagnóstico oportuno y, por ende, reducir las muertes relacionadas con Sida, el país cuenta con una normativa -entendida como el conjunto de políticas, planes y programas- (2) acorde con la Declaración de política sobre el VIH y el Sida de 2011. Esto significa la intensificación de esfuerzos para eliminar el VIH y el Sida (3) adoptada por la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas en el 2011 con base en la Declaración de Compromiso de 2001: respuestas multisectoriales para combatir el VIH/Sida -Objetivo de Desarrollo del Milenio número seis- (4) y la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2006: acceso universal (5), que orienta las respuestas nacionales para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Para evaluar el progreso de la respuesta nacional frente al VIH/Sida, la Asamblea dispuso la notificación de los indicadores del IMALCS (Informe Mundial de Avances en la Lucha contra el Sida), previamente conocidos como indicadores de UNGASS, o "Informe UNGASS" y actualmente "Reporte País de Progresos sobre Sida", en cumplimiento de la Declaración Política de 2011 -una herramienta de monitoreo periódico y regular-, constituyendo un ejercicio de diálogo entre los diversos actores y sectores para mejorar la calidad de esa respuesta y encontrar los puntos "débiles" o sensibles para enfocar mejor las acciones.

El proyecto "*Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en 75 municipios de 20 departamentos de Colombia*", del Mecanismo Coordinador País (MCP) de Colombia y *Global Communities* (antes CHF International) como Receptor Principal de la subvención del Fondo Mundial, presenta el "*Manual para el Monitoreo & Evaluación de la respuesta territorial al VIH/Sida en Colombia –Proyecto VIH, MCP Colombia*" en su interés por:

- Lograr que todas las fuentes de información y los datos existentes estén disponibles para todos los actores del sistema para su uso conjunto;
- Observar la complementariedad y compatibilidad de los indicadores construidos por los diferentes actores - ONUSIDA/Unicef, Ministerio de Salud y Protección Social: Observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS - VIH/Sida, Fondo Mundial/*Global Communities*, Instituto Nacional de Salud: Sivigila, Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo: Cuenta de Alto Costo CAC, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS);
- Contribuir a que los datos provenientes de los procesos de seguimiento, monitoreo y evaluación sean elemento de análisis al interior de los Mecanismos Coordinadores Departamentales y Comités Interdepartamentales orientados al seguimiento de la política de salud pública frente al VIH.

De igual forma, se busca apoyar y fortalecer la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas por parte de los actores en los diferentes niveles de ordenamiento territorial, bajo los principios del Estado de Derecho (garantía del derecho a la salud, acceso oportuno y de calidad a la atención integral del VIH/Sida).

El Manual se presenta como resultado de la revisión y análisis de los procedimientos e instrumentos diseñados e implementados en el país con base en:

1. El marco contextual normativo y técnico desarrollado desde la política nacional de Salud Sexual y Reproductiva (SSR), el Plan Nacional de Respuesta ante el

VIH/Sida 2008-2011, el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 y el Modelo de gestión programática del país.

2. La estrategia de monitoreo y evaluación, desarrollada en Colombia, a través del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida desde noviembre de 2006.
3. El Manual Operativo de monitoreo y evaluación en VIH/Sida (fase 2) del Observatorio Nacional de Gestión en VIH/Sida.
4. Los lineamientos que regulan el reporte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) a la Cuenta de Alto Costo (CAC), relacionada con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (Sida).
5. Los lineamientos emanados por parte del Instituto Nacional de Salud (INS) respecto a la vigilancia y control de infecciones de transmisión sexual (ITS), específicamente VIH/Sida, para realizar el seguimiento de las actividades de vigilancia establecidas en el país.
6. Los Indicadores de Alerta Temprana (IAT) para la fármaco-resistencia del VIH en Colombia en adolescentes y adultos de OPS/INS.
7. El desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011 de ONUSIDA.
8. Los indicadores del Fondo Mundial y *Global Communities* como Receptor Principal de la subvención del FM en Colombia.

1. OBJETIVO

1.1 Objetivo general

Facilitar el análisis y uso de la información relacionada con el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control en salud pública de la epidemia de VIH/Sida, de acuerdo con los procesos establecidos para cada uno de los actores responsables de generar información oportuna, válida y confiable para orientar las medidas de prevención y control de la epidemia y fortalecer la toma de decisiones mediante la identificación de prioridades conducentes a contener la epidemia; garantizar el derecho a la salud; y, el acceso oportuno y de calidad a la atención del VIH/Sida.

1.2 Objetivos específicos

- Identificar las fuentes de información existentes en el país.
- Articular los indicadores generados por los diferentes actores del sistema de M&E.
- Utilizar la información a partir de los indicadores para el análisis integral del comportamiento del VIH/Sida en Colombia.

2. ALCANCE

Este documento describe los indicadores y procesos establecidos para hacer el seguimiento, monitoreo y evaluación de las acciones de promoción, prevención, vigilancia y control en salud pública de la epidemia de VIH/Sida en grupos vulnerables orientado a los equipos de trabajo de cada una de las entidades involucradas.

3. ASIGNACIONES Y RESPONSABILIDADES

3.1 Contexto Internacional

Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS). En junio de 2001 la comunidad internacional establece objetivos comunes para reducir la propagación del VIH/Sida y mitigar sus efectos a través de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida mediante la cual se adoptaron medidas de liderazgo en el plano nacional, regional, subregional y mundial (4); posteriormente en 2006 (5) y luego en 2011, a través de la Declaración política sobre el VIH y el Sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el Sida, la Asamblea se compromete a redoblar los esfuerzos por lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relativos al VIH como medida indispensable para poner fin a la epidemia mundial del VIH, con miras a cumplir el sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio, en particular al objeto de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH para 2015 (3).

ONUSIDA. Es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (más conocido por el acrónimo ONUSIDA) destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU para lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH y el Sida. Es responsable de apoyar a los países en la tarea de informar sobre los nuevos compromisos y objetivos establecidos en la Declaración Política sobre el VIH/Sida en 2011. Con el fin de ayudar a los Estados Miembros a preparar y presentar los próximos informes de progreso de los países hacia los objetivos, la recopilación y notificación de datos indicadores de los logros hacia los objetivos mundiales de 2015, elabora las directrices para su seguimiento (6).

Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria (FM). Es una institución financiera innovadora que facilita financiamiento a los países para llevar

a cabo programas de prevención, tratamiento y atención destinados a personas con VIH y Sida, tuberculosis y malaria. Fue creado en 2002 con el objetivo de aumentar drásticamente los recursos dedicados a controlar las tres pandemias. Promueve la asociación entre el Gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas por las enfermedades, la manera más efectiva de combatir estas enfermedades infecciosas mortales. El FM no administra ni ejecuta programas sobre el terreno sino que delega estas funciones en expertos locales. Trabaja con asociados para asegurarse de que los fondos concedidos se destinan a los hombres, mujeres y niños afectados por estas enfermedades de la forma más eficaz (7).

Agente Local del Fondo (ALF). Utiliza la información para la evaluación de desempeño del país y emite informes al FM y recomendaciones de mejora o ajuste al receptor principal, respecto a desembolsos, aspectos administrativos-financieros y programáticos.

3.2 Contexto Nacional

Ministerio de Salud y Protección Social. Tiene entre sus funciones el formular la política, dirigir, orientar, adoptar y evaluar la ejecución, planes, programas y proyectos del Gobierno Nacional en materia de salud, salud pública, riesgos profesionales, y de control de los riesgos provenientes de enfermedades comunes, ambientales, sanitarias y psicosociales, que afecten a las personas, grupos, familias o comunidades; y, formular, adoptar, coordinar la ejecución y evaluar estrategias de promoción de la salud y la calidad de vida, y de prevención y control de enfermedades transmisibles y de las enfermedades crónicas no transmisibles (8).

Observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS - VIH/Sida. Es una instancia de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social que tiene como función la agregación de información estratégica en VIH,

tanto epidemiológica como de la respuesta nacional. Recibe de las fuentes generadoras, los datos e información de la medición de los indicadores pertinentes al Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida, y la información sobre los casos confirmados reportados al Sivigila, respectivamente (9). Es un sistema de información que posibilita la obtención de datos y permite progresivamente mejorar las condiciones existentes en la atención integral de la población. Está conformado por 36 observatorios satélites correspondientes a las direcciones territoriales de salud, 22 satélites pertenecientes a EPS del régimen contributivo y 30 del régimen subsidiado (10).

Mecanismo Coordinador País (MCP). El MCP está conformado por 25 miembros en donde está involucrado el Estado. Funciona como instancia multisectorial que incluye a 25 organizaciones gubernamentales, no gubernamentales, de cooperación internacional, academia, sector privado y organizaciones religiosas (11). Entre sus funciones está hacer monitoreo estratégico a las subvenciones del FM en el país a través del comité de Monitoreo y Evaluación.

Mecanismo Coordinador Departamental (MSD) - Mecanismo Coordinador Municipal (MCM). Constituyen la instancia intersectorial en el territorio. Tienen como función realizar el monitoreo a la respuesta territorial al VIH y coordinar acciones intersectoriales para coordinación con el proyecto y demás actores sociales. Reciben informes periódicos de progreso del proyecto y propende por la articulación en lo territorial (9).

Consejo Nacional de Sida (CONASIDA)². Tiene la responsabilidad de velar por la adecuada articulación de los actores involucrados en el M&E del proyecto y el

² Conformado por 20 integrantes a saber a) el Ministro de Salud o su Viceministro, quien lo presidirá, b) el Ministro de Educación o su Viceministro, c) el Ministro de Comunicaciones o su Viceministro, d) el Ministro de Trabajo o su Viceministro, e) el Defensor del Pueblo o su delegado, f) el Director del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF o su delegado, g) el Director del Instituto Nacional de Salud, h) el Director del Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos INVIMA, i) el Jefe del Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS y Sida, j)

cumplimiento eficientemente de sus responsabilidades, supervisando globalmente el logro de las metas establecidas (12).

Instituto Nacional de Salud. Es responsable de hacer el monitoreo a los indicadores de salud pública para cada municipio, departamento y distrito que permita contar con información desagregada de resultados por asegurador, prestador y ente territorial a través del Observatorio Nacional de Salud Pública (13) y de la operación del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) para la provisión en forma sistemática y oportuna de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población (14).

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (Cuenta de Alto Costo, CAC). Es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado mediante el decreto 2699 de 2007 que constituye un "Frente Común" para el abordaje del Alto Costo; como fenómeno de gran impacto en el país, mediante la unión de las EPS de ambos regímenes y demás EOC. Busca sumar esfuerzos técnicos y administrativos entre aseguradoras y los demás actores del SGSSS para lograr mediante diversos mecanismos: a) promover la gestión de riesgos en el SGSSS (aseguradores y prestadores) y a través de ella, la generación de resultados en salud para disminuir la tendencia futura de los casos de Alto Costo; b) estabilizar la variabilidad en el manejo de los casos existentes, asegurando calidad técnico-científica medida y permitiendo el seguimiento de los costos y los beneficios; y, c) introducir mecanismos financieros

el Coordinador del Proyecto Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación, k) un Delegado del Grupo Temático ONUSIDA para Colombia, l) dos representantes de Organizaciones no Gubernamentales (ONG) de lucha contra el SIDA, legalmente constituidas, nombradas por la Mesa Coordinadora Nacional de ONG trabajando en Sida, m) un hombre y una mujer viviendo con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, representantes de los Grupos de Apoyo y Auto-apoyo, elegidos por el Ministerio de Salud, n) Un representante de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), o) un representante de la Comisión Nacional de Televisión, p) un representante de la Red Nacional de Bancos de Sangre, y q) un Representante de los Comités Intersectoriales, Departamentales y Municipales elegido por el Ministerio de Salud, de terna enviada por los mismos.

en el sistema que contribuyan a disminuir el impacto de la carga de enfermedad actual en el SGSSS (15).

Dirección Territorial de Salud. Entidad responsable de la rectoría de Sistema General de Seguridad Social en Salud en los entes territoriales en cumplimiento de las funciones de salud pública, prestación de servicios, aseguramiento, asistencia técnica e inspección vigilancia y control a todos los actores del SGSSS; incluye las direcciones departamentales, distritales y municipales.

Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB). Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo (EPS-C) y Subsidiado (EPS-S), Empresas Solidarias de Salud (Empresas Públicas de Medellín y el Fondo de Pensiones de los Ferrocarriles Nacionales), las Asociaciones Mutuales en sus actividades de salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las entidades que administren planes adicionales de salud, las Entidades Obligadas a Compensar (EOC), las Entidades Adaptadas de Salud, las Entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud (Fuerzas Militares, Policía Nacional, civiles del Ministerio de Defensa, servidores públicos, los pensionados de Ecopetrol, los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del Magisterio y los Servidores Públicos de Educación Superior), las universidades en sus actividades de salud (16) y las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) para la atención de la población no asegurada (17).

Redes de organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH. Ejecutan acciones de apoyo, asesoría y seguimiento a las personas diagnosticadas con VIH/Sida que tiene dificultades de acceso a los servicios sociales y de salud de grupos en contexto de vulnerabilidad; así como, el monitoreo relacionado con el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH (9).

Global Communities. Como receptor principal de los recursos del FM, tiene a su cargo el diseño, validación y socialización del Plan de M&E, velando por su actualización. De igual manera, tiene por función y responsabilidad implementar las acciones allí definidas, la supervisión y control de su cumplimiento y el manejo del sistema de información, garantizando durante el proceso la confidencialidad en la información y la oportunidad en la rendición de informes semestrales al MCP y al FM a través del ALF. También retroalimenta a las Entidades Ejecutoras (EE), para detectar y satisfacer oportunamente sus necesidades -principalmente de asesoría técnica, con el fin de optimizar su desempeño en las áreas técnicas, administrativas, financieras y de M&E. *Global Communities* vela por una adecuada articulación con el Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida y el INS para la debida ejecución de las acciones que le sean pertinentes (9).

Para la ejecución del Proyecto de VIH, *Global Communities* cuenta con:

- **Entidades ejecutoras (EE).** Son responsables de contribuir con el cumplimiento de los indicadores de Proyecto de VIH mediante la implementación de las actividades programadas, el suministro de información y reportes requeridos; el registro de los datos -ordenado, sistemático y confidencial- en el sistema de información DIME; y, recopilar, revisar y retroalimentar la información que esté a cargo de los sub receptores con los cuales se relaciona (9).
- **Sub receptores.** Tienen a su cargo la ejecución de actividades comunitarias y de salud y como tal son generadoras de información reportando en los formatos establecidos por el proyecto, entre ellas, entidades de servicios comunitarios, instituciones de salud e instituciones carcelarias (9).

3.3 Estrategias frente al VIH/Sida Internacionales

3.3.1 Estrategia 2011-2015 Llegar a Cero - ONUSIDA. Esta estrategia se asienta sobre los principios y prioridades del marco de resultados de ONUSIDA, consolida una amplia variedad de aspectos, se fundamenta en las mejores pruebas disponibles, y se guía por un imperativo moral: alcanzar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la asignación de recursos para el VIH (18) (figura 2).

Figura 2. Resumen de la Estrategia Llegar a Cero, ONUSIDA, 2011-2015.

<i>Direcciones</i>	<i>Visión</i>	<i>Objetivos para el 2015</i>
Revolucionar la prevención del VIH	Llegar a cero nuevas infecciones por el VIH	Reducir a la mitad la transmisión sexual del VIH, también entre los jóvenes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y en el contexto del comercio sexual. Acabar con la transmisión vertical del VIH y reducir a la mitad la mortalidad materna relacionada con el Sida. Evitar que se produzcan nuevas infecciones por el VIH entre los usuarios de drogas.
Impulsar la próxima fase del tratamiento, la atención y el apoyo	Llegar a cero muertes relacionadas con el Sida	Proporcionar acceso universal a la terapia antirretrovírica a las personas seropositivas que reúnen las condiciones para recibirla. Reducir a la mitad las muertes a causa de la tuberculosis entre las personas que viven con el VIH. Garantizar que las personas seropositivas y los hogares afectados por el virus se incluyen en las estrategias de protección social nacionales, y que tienen acceso a servicios básicos de atención y apoyo.
Fomentar el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género en la respuesta al VIH	Llegar a cero discriminación	Reducir a la mitad el número de países que aplican leyes y prácticas punitivas en torno a la transmisión del VIH, el comercio sexual, el consumo de drogas o la homosexualidad. Eliminar las restricciones a la entrada, la estancia o la residencia relacionadas con el VIH en la mitad de las naciones que las aplican. Garantizar que al menos la mitad de todas las respuestas nacionales al VIH atienden las necesidades relacionadas con el virus de mujeres y niñas. No tolerar la violencia basada en cuestiones de género.
Temas principales		
<i>Personas</i>	<i>Países</i>	<i>Sinergias</i>
Respuestas inclusivas que lleguen a los más vulnerables, movilización de las comunidades, protección de los derechos humanos.	Apropiación nacional de respuestas duraderas, diversificación de la financiación, refuerzo de los sistemas.	Unión entre los movimientos, integración de servicios, garantizar la eficiencia de las acciones destinadas a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Fuente. ONUSIDA. Llegar a cero Estrategia 2011-2015. Ginebra. 2010

3.3.2 Estrategia de los "Tres Unos" - ONUSIDA. Considera tres principios fundamentales aplicables a todas las partes interesadas en las respuestas al Sida a nivel nacional (figura 3). Cada uno de esos tres pilares está compuesto por un conjunto de principios destinados a las autoridades nacionales y sus asociados. Dichos principios se ofrecen a los países como una base para optimizar las funciones y las relaciones en la lucha contra el VIH/Sida (19).

Figura 3. Principios fundamentales de Los "Tres Unos"

- **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 de país.

3.3.3 Estrategia de triangulación. La triangulación, más que una estrategia, es una técnica procedente de la investigación cualitativa y cuantitativa en ciencias sociales, la cual emplea diversos conjuntos de datos para desarrollar recomendaciones oportunas para la implementación de políticas y la mejora de los programas, para orientar la toma de decisiones. En líneas generales, se puede definir la triangulación como la síntesis e integración de datos de fuentes múltiples a través de la recopilación, análisis, comparación e interpretación de los mismos. Al recolectar primero y luego comparar los conjuntos múltiples de datos, la triangulación ayuda a contrarrestar las amenazas a la validez de cada fuente de datos (20).

3.4 Estrategias frente al VIH/Sida Nacionales

Para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por Colombia con respecto a la epidemia del VIH/Sida y con el propósito de asegurar una decisión óptima en

cada momento, en el 2006 a través del Modelo de Gestión Programática en VIH, el país definió e implementó las siguientes estrategias:

3.4.1 Implementación del sistema de información de apoyo en ITS-VIH/Sida. Opera como soporte a la atención de la problemática del VIH/Sida en la población, debe permitir y facilitar el monitoreo de los esquemas de atención de los usuarios en el plano institucional, territorial y nacional, y conocer el comportamiento en el tiempo de los indicadores trazadores seleccionados para implementar el esquema de atención (21).

3.4.2 Garantía de acceso a la asesoría y pruebas voluntarias. Tiene como objetivo, generar todas las condiciones para que la población pueda acceder con el menor número de barreras posibles a las asesorías y prueba para la detección de la infección por VIH/Sida, respetando el carácter voluntario, consentido y confidencial de la prueba y ofreciendo los mejores estándares de calidad posibles (21).

La oferta abierta de la asesoría y la prueba de detección del VIH/Sida a toda mujer gestante, constituye una oportunidad innegable para detectar tempranamente la infección, ofrecer tratamiento apropiado a la mujer y reducir el riesgo de transmisión al recién nacido. Además, la asesoría representa una oportunidad para reflexionar con la usuaria sobre sus condiciones de vulnerabilidad y los riesgos implícitos y para incentivar la adopción de medidas de protección en la materia (21).

La oferta abierta de la asesoría y la prueba de detección del VIH/Sida a toda persona que por sus características de vulnerabilidad deba recibir mayor información sobre el VIH/Sida, conocer su estado serológico, y tener mayor información sobre prácticas de protección (21).

3.4.3 Acciones sistemáticas para evitar la exclusión social de personas viviendo con VIH/Sida. Los ámbitos contextuales a tener en cuenta en el planteamiento de la estrategia IEC (21), están relacionados con:

- Política gubernamental: fomentar los esfuerzos para alcanzar los objetivos del control del VIH/Sida, planificar las intervenciones en IEC, fomentar el debate público para una mejor información de la población en general.
- Nivel socioeconómico: los niveles socioeconómicos más bajos conforman un grupo más susceptible para el VIH/Sida, con un conocimiento casi nulo en lo referente al VIH/Sida.
- Cultura: hay que comprender las diferencias culturales, creencias y lenguaje, para la aplicación de la estrategia IEC.
- Relaciones de género: comprender cómo el papel del género condiciona la forma en que los hombres y las mujeres son vulnerables a la transmisión del VIH.
- Espiritualidad: comprender que la espiritualidad es más amplia que la religión y promover el valor de personas que viven con el VIH/Sida.

3.4.4 Promoción de la salud sexual y reproductiva. Esta estrategia permite impulsar el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de la población; incrementar la conciencia sobre las relaciones inequitativas en género y sus consecuencias, y el desarrollo de nuevas formas de convivencia que favorezcan el pleno ejercicio de estos derechos y reduzcan los riesgos derivados de las inequidades de género (21).

3.4.4.1 Movilización social en salud sexual y reproductiva. Esta estrategia permite fortalecer las actividades de salud sexual y reproductiva teniendo en cuenta los lineamientos de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Se proponen actividades que fomentan la interacción entre instituciones, la

creación de redes de cooperación y la creación de programas que vinculan grupos con necesidades específicas en materia de salud sexual y reproductiva (21).

3.4.4.2 Plan intersectorial de respuesta a la epidemia del VIH (transformación de los factores condicionantes).

Teniendo en cuenta los lineamientos del manejo social del riesgo, se proponen actividades que fomentan la interacción entre instituciones, la creación de redes de cooperación y la formulación, seguimiento y evaluación de planes intersectoriales sobre los factores condicionantes, económicos y sociales, de la transmisión del VIH. Los planes intersectoriales de los territorios deberán actuar en favor de los siguientes principios:

1. Promoción de la salud sexual y los derechos sexuales.
2. Desarrollo de las competencias.
3. Desmitificación de la enfermedad.
4. Reducción de estigma y discriminación.
5. Perspectiva de género.
6. Reconocimiento y ajuste a la vulnerabilidad.
7. Reconocimiento y respeto por la diferencia.

Si bien es cierto esta estrategia se enmarca en la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que se realicen a través de la misma van a permitir el desarrollo de iniciativas para prevenir la infección por VIH/Sida en la población (21).

3.4.5 Acceso a los preservativos y promoción de su uso. Garantizar el acceso a los preservativos, vinculando su distribución con estrategias de IEC, que favorezcan el incremento del uso correcto del mismo (21).

3.4.6 Trabajo directo con grupos de mayor vulnerabilidad. De acuerdo con el comportamiento de la epidemia en el país, existen grupos que por sus

condiciones sociales, económicas y laborales son más vulnerables a la transmisión del VIH/Sida y en tal sentido se hace indispensable el desarrollo de intervenciones específicas que, teniendo en cuenta sus características y particularidades, permitan la prevención de la transmisión y la ocurrencia de nuevos casos (21).

Es necesario aclarar que el enfoque de vulnerabilidad, parte del reconocimiento de condiciones sociales y económicas de vida de ciertos grupos de población que hacen que la susceptibilidad de la población a la infección por VIH/Sida sea más alta, razón por la cual es preciso que las sociedades movilicen intervenciones que favorezcan el cuidado de la salud en dichos grupos. Sin embargo, no es aceptable utilizar el concepto de vulnerabilidad, como criterio de clasificación de la población, para movilizar procesos de exclusión social o estigmatización de la población (21).

3.4.7 Garantía de calidad en los bancos de sangre y otros tejidos.

Garantizar a los usuarios de hemoderivados y otros tejidos corporales la calidad de los productos provenientes de los bancos de sangre y otros bancos de tejidos (21).

3.4.8 Garantía de normas de bioseguridad en instituciones de salud y

otras. Implementación de normas de bioseguridad en instituciones de salud y fortalecimiento de su vigilancia, tanto por entes estatales, como por los usuarios de estas instituciones (21).

3.4.9 Información, educación y comunicación a la población vulnerable, personal de salud y trabajadores de otros establecimientos y actividades de riesgo. Desarrollo de actividades y estrategias de IEC para fomentar la

adopción de comportamientos protectores frente a situaciones de riesgo relacionadas con la transmisión parenteral del VIH (21).

3.4.10 Profilaxis post-exposición ocupacional y no ocupacional. A través de la realización de profilaxis, evitar la transmisión de VIH debido a exposiciones de riesgos ocupacionales o no ocupacionales (21).

3.4.11 Estrategias de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de métodos y procedimientos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, diseñadas con base en las características de los eventos a vigilar; la capacidad existente para detectar y atender el problema; los objetivos de la vigilancia; los costos relacionados con el desarrollo de la capacidad necesaria y las características de las instituciones involucradas en el proceso de la vigilancia (21).

3.4.11.1 Vigilancia por notificación. La vigilancia en salud pública, por notificación de caso de VIH o Sida o muerte por Sida, permite monitorear la dinámica de la epidemia dado que señala la presencia del virus en una zona o región determinada, también permite identificar subgrupos de población en riesgo e indicar cambios en el comportamiento de la epidemia (21).

3.4.11.2 Caracterización de las personas viviendo con VIH. Permite a todas las administradoras de planes de beneficio comprender las características de la población diagnosticada y en consecuencia, definir las acciones de desarrollo requeridas para garantizar una correcta y oportuna atención. Adicionalmente, le permite a las autoridades de la salud, en todos los niveles territoriales, comprender las implicaciones de la atención de la población, incentivar el mejoramiento de la atención e implementar mecanismos para garantizar los derechos en salud de la población viviendo con VIH/Sida (21).

3.4.11.3 Monitoreo de indicadores trazadores de la gestión en VIH/Sida.

Permite describir las características de los procesos de gestión en VIH en lo relativo a la contención de la epidemia y el freno a la progresión del VIH a Sida y define y establece el alcance y límites de las estrategias de información y vigilancia en salud pública. En Colombia, esta estrategia de monitoreo y evaluación se hace posible a través del Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/Sida (22).

3.4.11.4 Vigilancia serológica del VIH. Permite principalmente determinar la presencia del virus del VIH en poblaciones específicas. Adicionalmente, es la forma de estructurar el seguimiento de la tendencia epidémica a lo largo del tiempo (21).

3.4.11.5 Estudios de comportamiento - Grupos de población en contexto de vulnerabilidad. La vigilancia a través de esta estrategia permite monitorear la estructura, los cambios y las características fundamentales del comportamiento de riesgo, las características socioeconómicas y culturales asociadas con dichos comportamientos y las dinámicas de relación de estos grupos con otros de la población; esta estrategia permite explorar las condiciones de vulnerabilidad y los criterios que asisten las decisiones individuales y grupales (21).

3.4.11.6 Estudios de comportamiento - Población general. La importancia de trabajar con población general radica en el entendimiento de las dinámicas individuales que se asocian con los comportamientos y nexos socioculturales que influyen en los criterios para la toma de decisiones relacionadas con las prácticas de riesgo para la transmisión de la infección por VIH (21).

3.4.11.7 Vigilancia de los casos de infección por el VIH, Sida y muerte por

Sida. La estrategia más desarrollada en materia de vigilancia epidemiológica la constituye el seguimiento de casos mediante el reporte de fichas de notificación a través del Sivigila a cargo del Instituto Nacional de Salud (21).

3.4.11.8 Registros de mortalidad.

La mortalidad asociada con el VIH/Sida es un componente importante del análisis en conjunto de la progresión epidémica, dadas las características de la respuesta nacional y a nivel individual. Se puede valorar indirectamente la atención en conjunto. Se valoran las fuentes disponibles que son el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en sus registros de mortalidad y la notificación pasiva al sistema de vigilancia (21).

3.4.11.9 Vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, de la tuberculosis y otras patologías trazadoras.

Las ITS son un buen indicador de la exposición potencial a la infección por VIH. El incremento de la proporción de infecciones por ITS alerta sobre el potencial de la infección por el VIH en la población, dado que manifiesta comportamientos de riesgo recientes. El monitoreo de otros trazadores como la TBC, que es la más prevalente en nuestro medio, da cuenta de la posibilidad de coinfección o inmunodeficiencia por VIH. El consumo de sustancias psicoactivas incrementa la vulnerabilidad de la población (21).

3.4.12 Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

El control prenatal nos brinda la mejor oportunidad para identificar factores de riesgo de la gestante y enfermedades que puedan afectar el transcurso normal del embarazo y la salud del recién nacido, con el propósito de adelantar acciones preventivas y terapéuticas que beneficien la salud materna y perinatal. Esta estrategia es una de las acciones más eficaces de la respuesta colombiana ante la epidemia de VIH/Sida; no sólo es una

intervención eficaz para disminuir la incidencia de nuevas infecciones pediátricas sino para promover el fortalecimiento de cambios de actitud y de conducta de las mujeres en sus propias relaciones sexuales; ofrece una oportunidad para maximizar los recursos existentes dirigidos a disminuir la mortalidad y morbilidad infantil. Es ejecutada en todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) donde se realizan las actividades de control prenatal y atención del parto (22).

4. DEFINICIONES

4.1 Monitoreo & Evaluación (M&E).

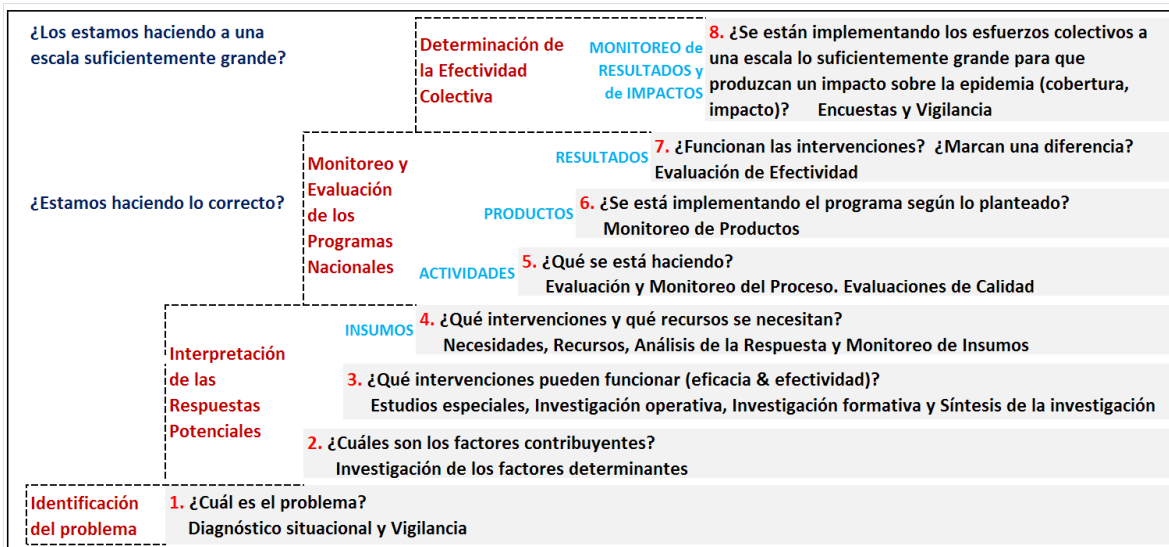
Consiste en recolectar, almacenar, analizar y finalmente transformar datos en información estratégica para la toma de decisiones con conocimiento de causa sobre la ejecución del programa. Un M&E correctos garantizan el uso más eficaz y eficiente de los recursos; hace uso de indicadores para medir el progreso de un programa (1).

El propósito principal del M&E es brindar los datos necesarios para guiar la planificación, coordinación e implementación de la respuesta al VIH; evaluar la efectividad de la misma; e identificar áreas de mejoramiento de los programas. Además, los datos del M&E son necesarios para asegurar la rendición de cuentas a aquellas personas que viven con VIH y las afectadas, así como para aquellos que brindan recursos financieros para la respuesta al VIH (figura 4).

4.1.1 Monitoreo. El monitoreo es el seguimiento rutinario de los elementos clave del desempeño del programa o proyecto (habitualmente recursos y resultados), mediante el mantenimiento de registros, informes periódicos y sistemas de vigilancia, así como mediante la observación en centros sanitarios y encuestas (23); incluye la recolección regular de los datos, el análisis de la

información para apoyar la toma de decisiones, asegurar la responsabilidad y proporcionar las bases para la evaluación y el aprendizaje (24).

Figura 4. Enfoque de preguntas sobre salud pública para el monitoreo y la evaluación del VIH



Fuente. Tomado de ONUSIDA. Marco para la vigilancia y la evaluación de los programas de prevención del VIH dirigidos a las poblaciones de mayor riesgo. Ginebra, la organización: 2008; 16.

4.1.2 Evaluación. La evaluación es una valoración exhaustiva y sistemática sobre el diseño, implementación o los resultados de un proyecto, programa o política o una intervención y sus efectos (positivos o negativos, esperados o no) para determinar su relevancia, eficiencia, efectividad, impacto o sostenibilidad. El objetivo fundamental de evaluar, es incorporar las lecciones aprendidas para mejorar las decisiones relacionadas con mantener, ampliar, reorientar, crear o eliminar una política, un programa o un arreglo institucional (25).

En otras palabras, la evaluación intenta vincular un producto o resultado particular directamente con una intervención, después de transcurrido un período de tiempo, para determinar el valor o la significación de un programa o proyecto específico. Además, la evaluación también debe relacionar los resultados de un proyecto o de

un programa con las tendencias nacionales más extensas en comportamiento y otros resultados, y el impacto de las enfermedades. Este tipo de evaluación es importante incluso si el proyecto o programa sólo es una parte de un esfuerzo colectivo para tener impacto en la enfermedad (23).

4.2 Fuentes de información.

Las fuentes de información son todos los recursos que contienen datos formales, informales, escritos, orales o multimedia. Son las personas, entidades e informantes claves de las actividades desarrolladas en el período, para garantizar los datos presentados en los medios de verificación. En este caso, se consideran a los beneficiarios del programa, así como a las autoridades institucionales involucradas en el desarrollo del mismo. También pueden ser fuentes de datos algunos documentos, como historias clínicas, informes, entre otros, dentro de la debida confidencialidad profesional o investigativa. (1,17). Un indicador requiere siempre del uso de fuentes confiables de información y rigurosidad técnica en su construcción e interpretación (26).

4.2.1 Fuentes primarias. Contienen información nueva y original, resultado de un trabajo intelectual, que ha sido publicada por primera vez y que no ha sido filtrada, interpretada o evaluada por nadie más. Son producto de una investigación o de una actividad eminentemente creativa. Entre las fuentes de información primarias para el seguimiento de la respuesta al VIH/Sida tenemos (26):

- Encuestas representativas del país basadas en muestras de la población general.
- Encuestas de vigilancia del comportamiento.
- Encuestas y cuestionarios de diseño especial, incluidos los dirigidos a grupos de población específicos (por ejemplo, encuestas sobre la cobertura de servicios concretos).

De acuerdo con el Observatorio, corresponden a las instituciones en donde se genera por primera vez el o los datos requeridos, una IPS o ESE (17).

4.2.2 Fuentes secundarias. Contienen información primaria, sintetizada y reorganizada. Están especialmente diseñadas para facilitar y maximizar el acceso a las fuentes primarias o a sus contenidos. Las principales fuentes de datos universalmente propuestas para el cálculo de indicadores usados en salud pública son:

- Registros de sucesos demográficos (registro civil).
- Censos de población y vivienda.
- Registros ordinarios de los servicios de salud, por ejemplo, Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) o las estadísticas de los respectivos servicios especializados hospitalarios.
- Datos de vigilancia epidemiológica.
- Registros de enfermedades.
- Otras fuentes de datos de otros sectores (económicos, políticos, bienestar social), incluyendo la Cuenta de Alto Costo.

Las fuentes secundarias o integradoras, son aquellas entidades en donde se recuperan los datos primarios de las diferentes fuentes, que reciben e integran los datos de varias fuentes primarias. En algunas ocasiones, la fuente primaria es la misma secundaria, que integra los datos de diferentes dependencias o sucursales (1), ejemplo de esto son los RIPS procesados, o los estudios de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP).

4.3 Indicadores

Un indicador es una expresión cualitativa o cuantitativa observable, que permite describir características, comportamientos o fenómenos de la realidad a través de la evolución de una variable o el establecimiento de una relación entre variables; cuando ésta es comparada con períodos anteriores, productos similares o una meta o compromiso, permite evaluar el desempeño y su evolución en el tiempo. Por lo general, los indicadores son fáciles de recopilar, altamente relacionados con otros datos y de los cuales se pueden sacar rápidamente conclusiones útiles y fidedignas (27).

Los indicadores son herramientas útiles para la planeación y la gestión en general (figura 5), y tienen como objetivos principales:

- Generar información útil para mejorar el proceso de toma de decisiones, el proceso de diseño, implementación o evaluación de un plan, programa, etc.
- Monitorear el cumplimiento de acuerdos y compromisos.
- Cuantificar los cambios en una situación que se considera problemática.
- Efectuar seguimiento a los diferentes planes, programas y proyectos que permita tomar los correctivos oportunos y mejorar la eficiencia y eficacia del proceso en general.

Figura 5. Clasificación de los indicadores de acuerdo con el aspecto a evaluar



4.3.1 Indicadores de gestión. Cuantifican los recursos físicos, humanos y financieros utilizados en el desarrollo de las acciones; miden la cantidad de acciones, procesos, procedimientos y operaciones realizada durante la etapa de implementación de una política, programa o proyecto. Aportan los elementos en los cuales pueden analizarse la eficiencia, eficacia, oportunidad, ejecución presupuestal, entre otros (25); para el caso particular, los actores del sistema considerando sus funciones y competencias.

4.3.1.1 Indicadores de Alerta Temprana (IAT). Son un tipo de información recopilada en centros de atención integral al VIH/Sida que evalúan el desempeño de cada centro en relación con estos factores y permite estimar la probabilidad de desarrollar fármaco-resistencia del VIH (FRVIH)) en los pacientes tratados. La identificación mediante IAT de factores potencialmente asociados con la aparición de FRVIH específicos de cada centro de atención integral sustenta la toma de decisiones y de acciones correctivas de prevención de resistencia (28).

4.3.2 Indicadores de proceso (actividades). Se refieren al seguimiento de la realización de las actividades programadas, respecto a los recursos materiales, personal y/o presupuesto (27). Estos indicadores miden las actividades (capacitaciones, servicios, educación, tratamientos, intervenciones) que se llevan a cabo con los aportes y desembocan en la obtención de resultados. Las actividades (procesos) se realizan como parte de la ejecución del programa con los aportes destinados al mismo. Entre los ejemplos destacan el número de talleres organizados para formar recursos humanos, el número de tratamientos o bienes adquiridos, etc. (1).

4.3.3 Indicadores de resultado (producto). Se refieren a los efectos de la acción institucional o de un programa o de ambos sobre la sociedad (27). Los indicadores de resultado se encuentran en mayor medida bajo el control del

encargado de la ejecución. Dependen del desarrollo adecuado de las actividades relacionadas y pueden producirse justo al final de (o durante) una actividad/proceso (1).

4.3.4 Indicadores de impacto. Permiten medir los efectos, a mediano y largo plazo, generados por una política, programa o proyecto, sobre la población directamente afectada. Los efectos medidos son aquellos directamente atribuibles a dicha política, programa o proyecto específico (25).

Los indicadores de impacto en programas de salud miden las tendencias de las enfermedades, tales como la morbilidad y la mortalidad, que se expresan en proporciones de incidencia, prevalencia y tasas mortalidad (1).

4.3.5 Ficha técnica o metadato. Registro que informa sobre las propiedades y características de la información estadística, en este caso, de los indicadores (figura 6) (27).

4.3.6 Línea de base. Datos e información que describe la situación previa a una intervención para el desarrollo y con la cual es posible hacer seguimiento y monitorear una política, programa o proyecto o efectuar comparaciones relacionadas. Un estudio de línea base usualmente describe dicha situación previa o punto de partida, antes de adelantar una política, programa o proyecto de asistencia (25). Sirve como punto de partida para medir el desempeño del programa y constituye el logro del país antes de inicio del programa. Son especialmente importantes para los indicadores de impacto y de resultado indirecto (1).

Figura 6. Elementos que conforman la ficha técnica

Nombre del indicador	Es la expresión verbal, precisa y concreta que identifica el indicador
Sigla	Término abreviado que representa el nombre del indicador.
Objetivo	Propósito que se persigue con su medición, es decir, describe la naturaleza y finalidad del indicador.
Definiciones y conceptos	Explicación conceptual de cada uno de los términos utilizados en el indicador.
Método de medición	Corresponde a la explicación técnica sobre el proceso para la obtención de los datos utilizados y la medición del resultado del indicador.
Unidad de medida	Unidad con la que se mide el indicador: porcentaje, hectáreas, pesos, etc.
Fórmula	Expresión matemática mediante la cual se calcula el indicador. La fórmula se debe presentar con siglas claras y que en lo posible den cuenta del nombre de cada variable.
Variables	Descripción de cada variable de la fórmula: Especificación precisa de cada una de las variables con su respectiva sigla
Limitaciones del indicador	¿Qué no mide el indicador? Las limitaciones que el indicador tiene como modelo para medir una realidad a la que es imposible acceder directamente.
Fuente de los datos	Nombre de las entidades encargadas de la producción y/o suministro de la información que se utiliza para la construcción del indicador y operación estadística que produce la fuente.
Desagregación temática	Se refiere al nivel de detalle temático hasta el cual se puede obtener información estadísticamente significativa a partir de los datos disponibles.
Desagregación geográfica	Se refiere al nivel geográfico hasta el cual se puede obtener información estadísticamente significativa. Por ejemplo, nacional, departamental, municipal, entre otras.
Periodicidad de los datos	Frecuencia con que se hace la medición del indicador en su expresión total.
Fecha de información disponible	Fecha inicial y final de la información disponible.
Responsable	Entidad(es) y dependencia(s) que tendrá(n) a su cargo la elaboración del indicador.
Observaciones	Incluye las reflexiones y recomendaciones que se consideren pertinentes para la conceptualización y comprensión del indicador además de señalar la bibliografía de referencia o documentales utilizados para la elaboración de los conceptos.

Fuente. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Introducción al diseño, construcción e interpretación de indicadores. Estrategia para el Fortalecimiento Estadístico Territorial. Bogotá, DANE: 2012.

4.3.7 Meta. Valor al que se espera que llegue un indicador como resultado de la implementación de una política, programa o proyecto. Deben referirse a un período de tiempo específico (25), con objetivos limitados a un momento o año concreto, mensurables en números o porcentajes (1).

4.3.8 Variable. Cualquier característica o atributo que puede asumir valores diferentes.

4.4 Vigilancia

A partir de las definiciones contenidas en el decreto 3518 de 2006 de Ministerio de la Protección Social, hoy Ministerio de Salud y Protección Social, por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública, Sivigila, para efectos de su aplicación, tenemos:

4.4.1 Autoridades Sanitarias. Entidades jurídicas de carácter público con atribuciones para ejercer funciones de rectoría, regulación, inspección, vigilancia y control de los sectores público y privado en salud y adoptar medidas de prevención y seguimiento que garanticen la protección de la salud pública.

4.4.2 Comités de Vigilancia en Salud Pública. Tienen como función, entre otras, realizar el análisis e interpretación de la información generada por la vigilancia en salud pública y emitir las recomendaciones para la orientación en la toma de decisiones, diseño y desarrollo de las acciones de control de los problemas de salud de su área de jurisdicción. Están integrados por representantes regionales de los distintos sectores involucrados en el desarrollo de la red de vigilancia en los departamentos, distritos y municipios del país.

Actúan como Comités de Vigilancia en Salud Pública, los siguientes: los Comités de Vigilancia Epidemiológica, Cove; los Comités de infecciones Intrahospitalarias; los Comités de Estadísticas Vitales; los Comités de Vigilancia Epidemiológica Comunitaria, Covecom; y, otros Comités afines que se hayan conformado para efectos de análisis e interpretación de la información de vigilancia en salud pública.

4.4.3 Entidades Sanitarias. Entidades del Estado que prestan servicios sanitarios o de sanidad con el propósito de preservar la salud humana y la salud pública.

4.4.4 Medidas Sanitarias. Conjunto de medidas de salud pública y demás precauciones sanitarias aplicadas por la autoridad sanitaria, para prevenir, mitigar, controlar o eliminar la propagación de un evento que afecte o pueda afectar la salud de la población.

4.4.5 Modelo de Vigilancia en Salud Pública. Es la construcción conceptual que ordena los aspectos con que se aborda un problema específico que requiere ser vigilado por el sistema y que permite obtener información integral sobre un grupo de eventos de interés en salud pública.

4.4.6 Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. Es la guía técnica y operativa que estandariza los criterios, procedimientos y actividades que permiten sistematizar las actividades de vigilancia de los eventos de interés en salud pública.

4.4.7 Red de Vigilancia en Salud Pública. Conjunto de personas, organizaciones e instituciones integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud, así como otras organizaciones de interés distintas del sector,

cuyas actividades influyen directa o indirectamente en la salud de la población, que de manera sistemática y lógica se articulan y coordinan para hacer posible el intercambio real y material de información útil para el conocimiento, análisis y abordaje de los problemas de salud, así como el intercambio de experiencias, metodologías y recursos, relacionados con las acciones de vigilancia en salud pública.

4.4.8 Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila. Conjunto de usuarios, normas, procedimientos, recursos técnicos, financieros y de talento humano, organizados entre sí para la recopilación, análisis, interpretación, actualización, divulgación y evaluación sistemática y oportuna de la información sobre eventos en salud, para la orientación de las acciones de prevención y control en salud pública.

4.4.9 Usuarios del Sistema. Toda entidad e institución, persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública.

4.4.10 Vigilancia y Control Sanitario. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de inspección, vigilancia y control del cumplimiento de normas y procesos para asegurar una adecuada situación sanitaria y de seguridad de todas las actividades que tienen relación con la salud humana.

4.4.11 Vigilancia en Salud Pública. Función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y

divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

4.5 Términos epidemiológicos relacionados con el VIH y el Sida

4.5.1 Asociación. Relación de dependencia estadística entre dos o más eventos, características u otras variables. Una asociación está presente si la probabilidad de ocurrencia de un evento depende de la ocurrencia de otro u otros. Por ejemplo, el reciente análisis de situación del VIH/Sida en Colombia (2) muestra que el mayor número de casos de VIH/Sida compromete la población económicamente activa (PEA), entre 25 y 35 años de edad.

4.5.2 Distribución. Es el resumen completo de las frecuencias de los valores o categorías de la medición realizada. La distribución muestra cuántos o qué proporción del grupo se encuentra en un determinado valor o rango de valores dentro de todos los posibles que la medida cuantitativa puede tener.

4.5.3 Enfoque epidemiológico. Consiste básicamente en: i) la *observación* de los fenómenos de salud y enfermedad en la población; ii) la *cuantificación* de éstos en frecuencias y distribuciones; iii) el *análisis* de las frecuencias y distribuciones de salud y de sus determinantes; y, iv) la *definición de cursos de acción* apropiados. Este proceso cíclico de observar–cuantificar–comparar–proponer sirve también para evaluar la efectividad y el impacto de las intervenciones en salud, para construir nuevos modelos que describan y expliquen las observaciones y para utilizarlos en la predicción de nuevos fenómenos.

4.5.4 Factor de riesgo. Característica o circunstancia detectable en individuos o grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño o efecto adverso a la salud. En general, un factor de riesgo es un atributo o

exposición que incrementa la probabilidad de ocurrencia de una enfermedad u otro daño a la salud.

4.5.5 Incidencia. Es la medida del número de casos nuevos, llamados casos incidentes, de una enfermedad originados de una población en riesgo de padecerla, durante un periodo de tiempo determinado. La incidencia es un indicador de la velocidad de ocurrencia de una enfermedad u otro evento de salud en la población y, en consecuencia, es un estimador del riesgo absoluto de padecerla.

$$\text{incidencia de la enfermedad B} = \frac{\text{número de casos nuevos de la enf. B en un período}}{\text{nº total de personas en riesgo al comienzo del mismo período}} \times \text{factor}$$

4.5.6 Medición. Es el procedimiento de aplicar una escala estándar a una variable o a un conjunto de valores. Los indicadores de salud miden de la población distintos aspectos relacionados con la función o discapacidad, la ocurrencia de enfermedad o muerte, o bien aspectos relacionados con los recursos y desempeño de los servicios de salud.

4.5.7 Proporciones. Expresan simplemente la frecuencia relativo que tiene un suceso respecto a otro que lo incluye (el denominador incluye al numerador).

4.5.8 Prevalencia. Es la medida del número total de casos existentes, llamados casos prevalentes, de una enfermedad en un punto o periodo de tiempo y en una población determinados, sin distinguir si son o no casos nuevos. La prevalencia es un indicador de la magnitud de la presencia de una enfermedad u otro evento de salud en la población.

$$\text{Proporción de Prevalencia de la enfermedad A} = \frac{\text{Nº de personas con enf. A en un periodo}}{\text{Nº total de personas en el mismo periodo}} \times \text{factor}$$

4.5.9 Pacientes *naïve*. Del francés *naïve*, a su vez del latín *nativus*; en el contexto del VIH/Sida, este término se aplica para denominar a las personas que reciben tratamiento antirretroviral por primera vez.

4.5.10 Razones. Expresan la relación entre dos sucesos. A diferencia de las tasas el numerador no está incluido en el denominador y no hacen referencia a una población expuesta. En éste caso, la interpretación del cociente no alude a una probabilidad o a un riesgo, como es el caso de la tasa. Un ejemplo es la razón de masculinidad, que es el cociente entre la población de sexo masculino y la población de sexo femenino en un lugar y periodo determinado (amplificado por 100).

4.5.11 Tasa. Medida de la rapidez de cambio de un fenómeno dinámico por unidad de población y de tiempo (tiempo-persona de exposición). La tasa es la medida clásica de la epidemiología. Tiene 3 componentes básicos:

- Un *numerador*, que corresponde al número de individuos que experimenta el evento de interés (muerte, enfermedad, nacimiento, ingreso hospitalario).
- Un *denominador*, que corresponde al número total de individuos en la población expuestos o en riesgo de presentar el evento.
- Un *periodo de tiempo específico*, durante el cual se observa la frecuencia del evento de interés y la población que ha estado expuesta efectivamente

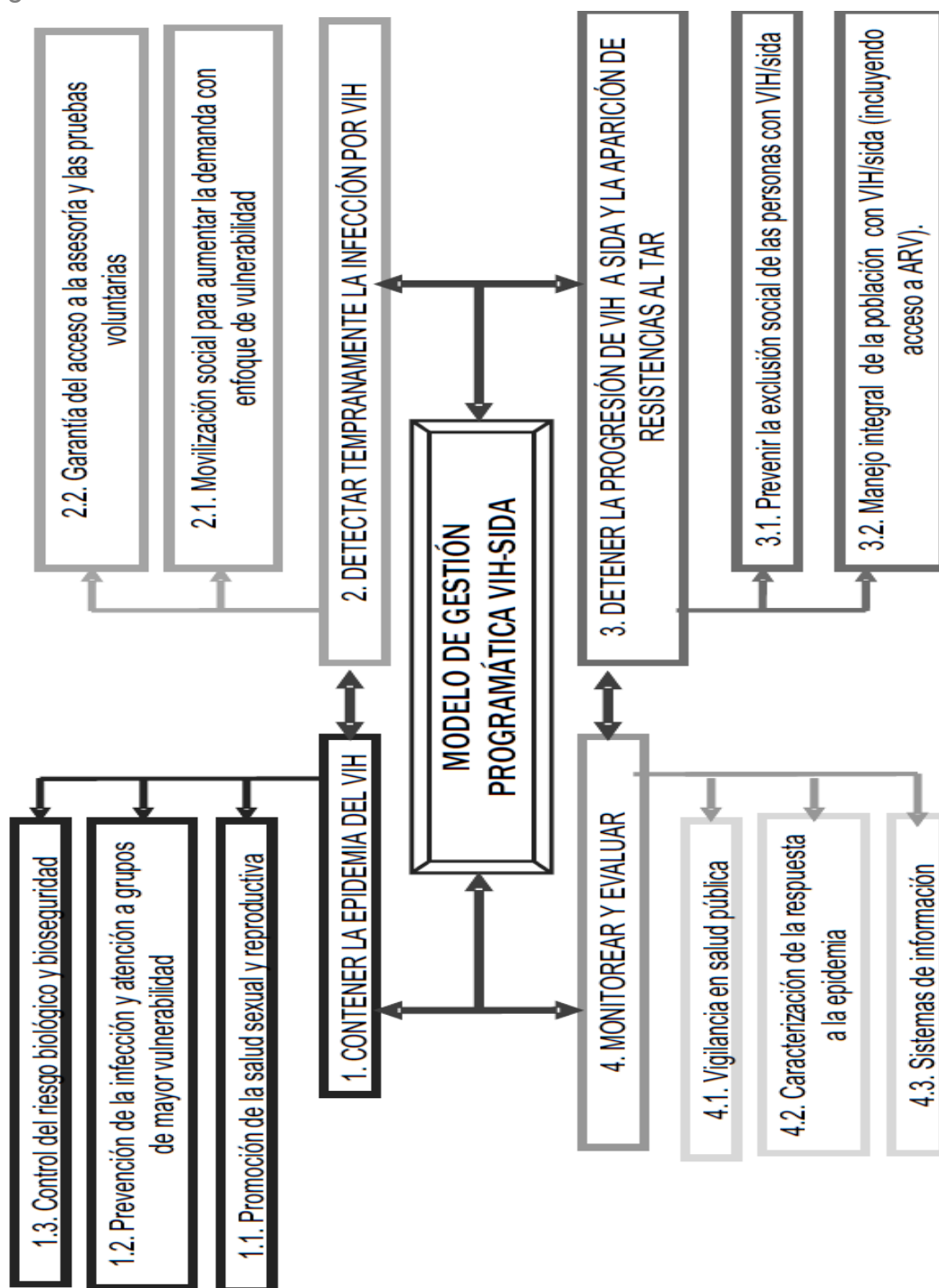
5. INDICADORES

En Colombia, la estrategia de M&E permite sondear las características de los procesos de gestión en VIH en lo relativo a la contención de la epidemia y el freno de la progresión del VIH a Sida; y, define y establece el alcance y límites de las estrategias de información y vigilancia en salud pública, a través del Observatorio

Nacional de la Gestión en VIH/Sida establecidos en el *Modelo de Gestión Programática VIH/Sida* del país, al interior del cual se encuentran los procesos de monitoreo y evaluación (figura 7).

El sistema de M&E de la respuesta nacional para avanzar hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH/Sida se basa en las directrices de desarrollo de los indicadores básicos del IMALCS, que miden la eficacia de la respuesta nacional a los objetivos de la Declaración Política de la ONU sobre VIH/Sida de 2011 (figura 8). El sistema de M&E es alimentado por los diferentes actores responsables de la elaboración de cada indicador, de acuerdo con su funciones y responsabilidades establecidas al interior del SGSSS cuyo flujo de información se presenta en la figura 9.

Figura 7. Objetivos y estrategias centrales que orientan el Modelo de Gestión Programática en VIH

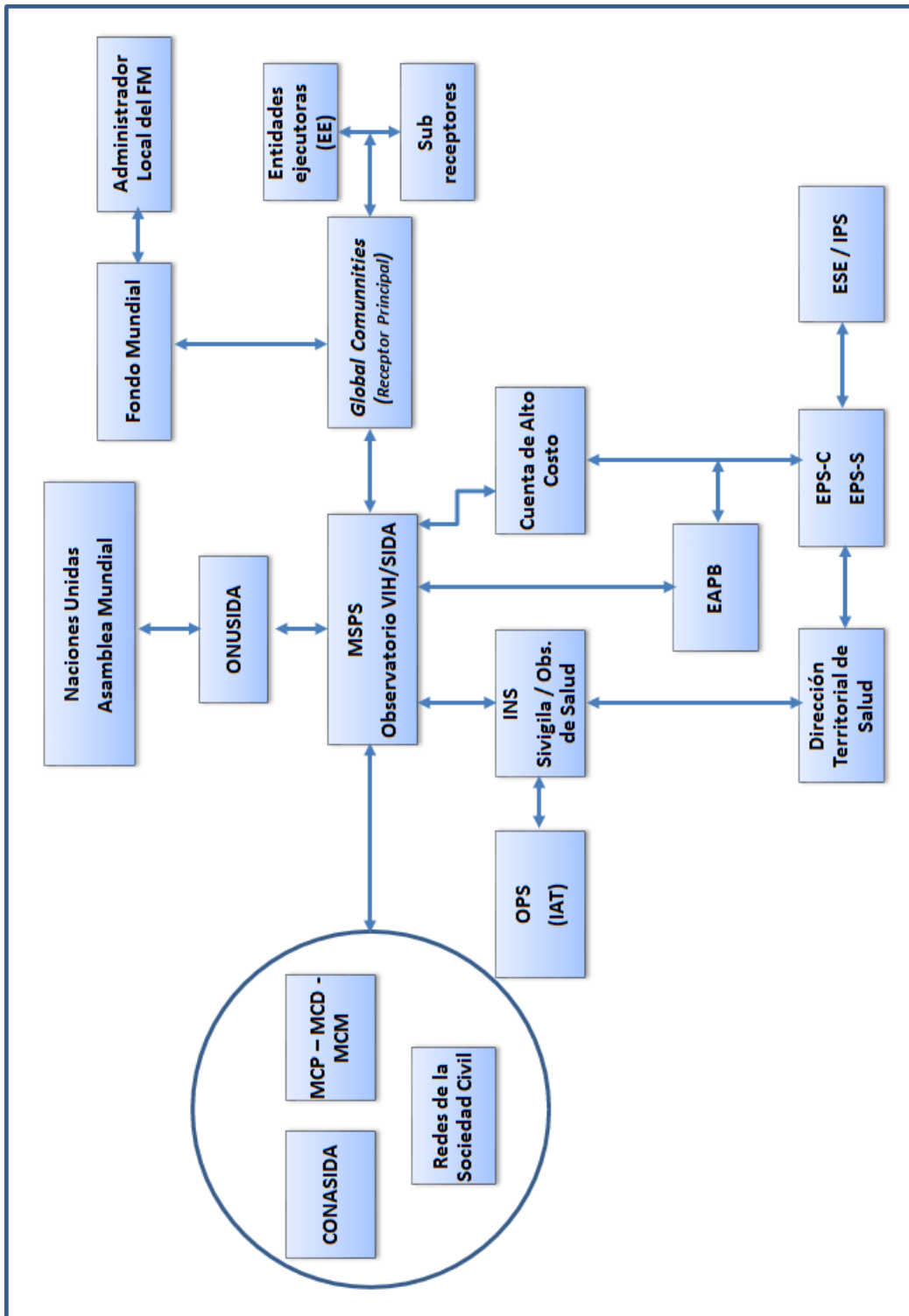


Fuente. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Modelo de gestión programática en VIH/Sida Colombia. Bogotá, el Ministerio; 2006.

Figura 8. Declaración Política de la ONU sobre el VIH/Sida de 2011 - Objetivos y compromisos de erradicación

- 1.** Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
- 2.** Reducir a la mitad el número de transmisiones sexuales del VIH para 2015.
- 3.** Erradicar las nuevas infecciones de VIH entre los niños para 2015 y reducir notablemente el número de muertes maternas relacionadas con el Sida.
- 4.** Aumentar el acceso a la terapia antirretroviral para que 15 millones de personas sigan un tratamiento que pueda salvarles la vida para 2015.
- 5.** Reducir en un 50% el número de muertes relacionadas con la tuberculosis (TB) entre las personas que viven con VIH para 2015.
- 6.** Eliminar las desigualdades de recursos para el Sida en el mundo para 2015 y recaudar a nivel mundial la cifra deseada de 22 a 24 millones de dólares por año con el fin de ser invertidos en los países de ingresos bajos y medios.
- 7.** Eliminar las desigualdades de género y el abuso y la violencia de género, y aumentar la capacidad de las mujeres y de las niñas de protegerse a sí mismas frente al VIH.
- 8.** Erradicar el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH y que se ven afectadas por el VIH a través de la promulgación de leyes y políticas que garanticen la consecución de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
- 9.** Eliminar las restricciones de entrada, estancia y residencia relacionadas con el VIH
- 10.** Eliminar los sistemas paralelos de los servicios relacionados con el VIH para fortalecer la integración de la respuesta al Sida en los esfuerzos sanitarios y de desarrollo a nivel mundial.

Figura 9. Actores del sistema de M&E y flujo de información



5.1 Indicadores de Reporte país de progresos sobre Sida (IMALCS)

Direccionados por ONUSIDA, se componen de un total de 63 indicadores cuyo propósito es ayudar a los países a evaluar el estado actual de su respuesta nacional y el progreso realizado en la concreción de los objetivos nacionales de acceso universal, a la vez que a contribuir a una mejor comprensión de la respuesta mundial a la pandemia de sida, incluido el avance hacia los objetivos establecidos en la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2011 y en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (tabla 1, anexo 1).

5.2 Indicadores del Proyecto VIH del FM y el Receptor principal de la subvención

Compuestos por un total de 26 indicadores mediante los cuales el FM evalúa el desempeño país respecto a los desembolsos, aspectos administrativos, financieros y programáticos establecidos en el Proyecto VIH cuya ejecución está a cargo de *Global Communities*, Receptor principal de la subvención asignada al país (tabla 2, anexo 2).

5.3 Indicadores del Ministerio de Salud y Protección Social: Observatorio Nacional de la Gestión Programática en ITS - VIH/Sida y TMI

El MSPS, desde el Observatorio, genera un total de 18 indicadores con el propósito de orientar los programas preventivos y asistenciales; y, el objetivo principal de facilitar el seguimiento al cumplimiento de los compromisos nacionales para los ODM, el plan intersectorial de respuesta al VIH/Sida, el Modelo de gestión programática y los indicadores básicos del IMALCS (tabla 3, anexo 3). Así mismo, para evaluar permanentemente el cumplimiento de los objetivos y metas del plan estratégico para la eliminación de la TMI del VIH y de la sífilis congénita se cuenta con un total de 11 indicadores (tabla 4, anexo 4).

5.4 Indicadores de Vigilancia en Salud Pública

A través de la notificación al Sivigila de casos de VIH/Sida, el seguimiento a la gestante infectada y al recién nacido vivo de mujer infectada con VIH, como parte de la Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, y la asociación de casos de VIH con tuberculosis, sífilis y otras ITS, se encuentran un total de 12 indicadores de salud pública (tabla 5, anexo 5).

5.5 Indicadores de alerta temprana (IAT)

Para identificar los factores potencialmente asociados con la aparición de la FRVIH específicos en cada centro de atención integral y sustentar la toma de decisiones y de acciones correctivas de prevención de la resistencia se cuenta con un total de 9 indicadores elaborados por la OPS y el INS (tabla 6, anexo 6).

Tabla 1. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – IMALCS

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	1.1 - Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH	Medir el avance hacia el conocimiento universal de los datos esenciales relacionados con la transmisión del VIH	Prevención: conocimiento sobre la prevención del VIH en jóvenes	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.2 - Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	Aumentar la edad en la que las mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años mantienen su primera relación sexual	Relaciones sexuales antes de los 15 años de edad	MSPS	MSPS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.3 - Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	Reducir el porcentaje de personas que tienen relaciones sexuales con múltiples parejas	Relaciones sexuales con múltiples parejas	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.4 - Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual	Prevenir la exposición al VIH a través de las relaciones sexuales sin protección entre personas que tienen múltiples parejas sexuales.	Uso del preservativo: personas con múltiples parejas sexuales durante la última relación sexual	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.5 - Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Medir los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH	Pruebas del VIH: población general	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.6 - Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH	Medir los progresos logrados en la reducción de la infección por el VIH	Prevalencia de la Infección por VIH: jóvenes	MSPS - INS - DTS	MSPS - INS -CAC - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	1.7 - Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención	Medir los logros realizados respecto a la implementación de elementos básicos de programas de prevención del VIH dirigidos a los profesionales del sexo	Prevención: programas de prevención - profesionales del sexo	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.8 - Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	Medir los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH entre profesionales del sexo a través de las relaciones sexuales sin protección con sus clientes.	Uso del preservativo: profesionales del sexo	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.9 - Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Medir los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH entre los profesionales del sexo.	Pruebas del VIH: profesionales del sexo	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.10 - Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	Medir los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los profesionales del sexo.	Prevalencia de la Infección por VIH: profesionales del sexo	MSPS - DTS - Otras Instituciones que realicen este tipo de estudios	MSPS - DTS - Otras Instituciones que realicen este tipo de estudios	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.11 - Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	Medir los progresos realizados en la puesta en práctica de los elementos básicos de los programas de prevención del VIH entre los HSH	Prevención: programas de prevención - hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.12 - Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	Observar los progresos realizados en la prevención de la exposición al VIH en los hombres que tienen relaciones sexuales anales sin protección con parejas masculinas.	Uso del preservativo: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	1.13 - Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Medir los progresos realizados en la aplicación del asesoramiento y pruebas del VIH entre los HSH.	Pruebas del VIH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.14 - Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	Medir los progresos logrados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.	Prevalencia de la Infección por VIH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	MSPS - DTS - ONG que realice el estudio	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.15 - Número de establecimientos de salud que proporcionan servicios de prueba del VIH y consejería (UA 2011 #A1)	Vigilar la Disponibilidad de los servicios de pruebas y asesoría en los establecimientos de salud. No pretende captar la calidad de los servicios de prueba y asesoría prestados.	Pruebas de VIH: servicios de salud asesoría y prueba voluntaria APV	MSPS - DTS	MSPS - DTS - CAC	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.16 - Número de mujeres y hombres mayores de 15 años que se hicieron la prueba de detección del VIH y recibieron orientación en los últimos 12 meses y conocen el resultado	Medir avances programáticos para prueba y asesoría.	Pruebas del VIH: asesoría	MSPS	MSPS - CAC	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.17.1 - Porcentaje de mujeres atendidas en los servicios de atención prenatal sometidas a pruebas de detección de la sífilis en la primera consulta (parte del objetivo 1.17 del AU 2012)	La cobertura de las pruebas de detección de la sífilis en las mujeres que obtienen acceso primero a los servicios de atención prenatal.	Sífilis: prevalencia mujeres	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.17.2 - Porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis	Cobertura de prueba para la temprana detección de sífilis en mujeres que acuden a servicios de atención prenatal.	Sífilis: acceso a servicios atención prenatal	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	1.17.3 - Porcentaje de mujeres atendidas en centros de atención prenatal seropositivas para la sífilis que recibieron tratamiento (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	Medir el porcentaje de mujeres atendidas en los centros de atención prenatal durante un período específico que resultaron seropositivas para la sífilis y recibieron tratamiento adecuado.	Sífilis: tratamiento mujeres	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.17.4 - Porcentaje de profesionales del sexo con sífilis activa (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	Medir el progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.	Sífilis: prevalencia profesionales del sexo	MSPS	MSPS	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	1.17.5 - Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres con sífilis activa (parte del objetivo 1.17 de AU 2012)	Medir el progreso en la reducción de conductas sexuales de alto riesgo y los esfuerzos de intervención para controlar la sífilis.	Sífilis: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	NO APLICA	NO APLICA	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.17.6 ITS - Número notificado de adultos con sífilis (primaria o secundaria y latente o desconocida) en los 12 últimos meses	Medir los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general.	Prevención: Infecciones de Transmisión Sexual	MSPS - DTS - EAPB	MSPS - DTS - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.17.7 ITS - Número de casos notificados de sífilis congénita (nacidos vivos y mortinatos) en los últimos 12 meses	Medir los avances en la eliminación de la transmisión materno infantil de la sífilis.	Sífilis: transmisión materno infantil	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.17.8 ITS - Número notificado de hombres con gonorrea en los últimos 12 meses	Medir los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en los hombres.	Prevención: Infecciones de Transmisión Sexual	MSPS - DTS - EAPB	MSPS - DTS - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	1.17.9 ITS - Número notificado de hombres con exudado uretral en los últimos 12 meses	Medir los progresos realizados en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en hombres.	Prevención: Infecciones de Transmisión Sexual	MSPS - DTS - EAPB	MSPS - DTS - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Impacto	1.17.10 ITS - Número notificado de adultos con enfermedad de úlcera genital en los 12 últimos meses	Medir los avances en la reducción de las relaciones sexuales sin protección en la población general	Prevención: Infecciones de Transmisión Sexual	MSPS - DTS - EAPB	MSPS - DTS - EAPB	Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015
Resultado (Producto)	2.1 - Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	Los avances hacia la mejora de la cobertura de un servicio indispensable de prevención del VIH para los usuarios de drogas inyectables.	Prevención: Programas de prevención - Usuarios de drogas inyectables	PARA COLOMBIA NO APLICA	PARA COLOMBIA NO APLICA	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Resultado (Producto)	2.2 - Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual	Los progresos logrados en la prevención de la transmisión sexual del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.	Uso del preservativo: usuarios de drogas inyectables	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Impacto	2.3 - Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó	Los progresos realizados en la prevención de la transmisión del VIH relacionada con el uso de drogas inyectables.	Prácticas de inyección seguras: usuarios de drogas inyectables	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Resultado (Producto)	2.4 - Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	Los progresos realizados en la puesta en práctica del asesoramiento y las pruebas del VIH a usuarios de drogas inyectables.	Pruebas del VIH: usuarios de drogas inyectables	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Impacto	2.5 - Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	Los progresos realizados en la reducción de la prevalencia del VIH entre los usuarios de drogas inyectables.	Prevalencia de la Infección por VIH: usuarios de drogas inyectables	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	2.6 - Número de personas en tratamiento de sustitución de opiáceos (siglas en inglés OST)	El compromiso nacional y el progreso hacia el tratamiento de la dependencia de opiáceos y la reducción de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.	Tratamiento: terapia de uso opiáceos (OST)	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Resultado (Producto)	2.7 - Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas	Cuantificar el número de centros de distribución de agujas y jeringas del programa incluidas las farmacias (sin costo alguno). Disponibilidad de los centros que pueden proporcionar agujas y jeringas limpias a los consumidores de drogas inyectables.	Prestación de servicios: usuarios de drogas inyectables	EN COLOMBIA NO APLICA	EN COLOMBIA NO APLICA	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los usuarios de drogas inyectables para el 2015
Resultado (Producto)	2.7 - Número de centros del programa de distribución de agujas y jeringas y de tratamiento de sustitución de opiáceos: Número de centros de tratamiento de sustitución de opiáceos	Mide el compromiso nacional y el progreso realizado en cuanto al tratamiento de los consumidores de opiáceos y la disminución de las probabilidades de transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas.	Prestación de servicios: usuarios de drogas inyectables	NO APLICA	NO APLICA	Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015
Resultado (Producto)	3.1 - Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovirales para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil	Los progresos logrados en la prevención de la transmisión materno infantil mediante el suministro de medicamentos antirretrovirales.	Transmisión materno infantil: prevención	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	3.2 - Porcentaje de niños que nacen de mujeres seropositivas y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	Los progresos realizados en el grado en que a los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH se les hacen pruebas del VIH durante sus dos primeros meses de vida para determinar su estado virológico y su elegibilidad para recibir TAR	Pruebas del VIH: diagnóstico infantil precoz	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Impacto	3.3 - Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos doce meses.	Medir los progresos realizados en la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH.	Transmisión materno infantil del VIH (modelada)	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Resultado (Producto)	3.4 - Porcentaje de mujeres embarazadas que conocen su estado de VIH (se hicieron la prueba del VIH y recibieron el resultado durante el embarazo, el parto o el puerperio (<72 horas), incluidas aquellas con conocimiento previo de su estado con respecto a	Este indicador evalúa los esfuerzos para identificar el estado serológico del VIH de las embarazadas en los 12 últimos meses.	Transmisión materno infantil: Pruebas del VIH	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Impacto	3.5 - Porcentaje de embarazadas atendidas en los servicios de atención prenatal cuyo compañero se realizó la prueba de detección del VIH	El porcentaje de mujeres embarazadas que acude a atención prenatal cuya pareja masculina se realizó la prueba del VIH durante el embarazo en los últimos 12 meses.	Atención prenatal: prueba masculina del VIH	COLOMBIA NO CUENTA CON ESTA INFORMACIÓN	COLOMBIA NO CUENTA CON ESTA INFORMACIÓN	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	3.6 - Porcentaje de embarazadas infectadas por el VIH que han sido evaluadas para determinar que cumplen con los criterios para comenzar el tratamiento antirretrovírico se determinó mediante la estadificación clínica o el análisis de los CD4	La cobertura de la evaluación de la elegibilidad para recibir TAR entre mujeres embarazadas con VIH, ya sea clínicamente, usando los criterios de estadio clínico de la OMS o inmunológicamente, realizando el recuento de los linfocitos CD4.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis gestantes	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Resultado (Producto)	3.7 - Porcentaje de lactantes nacidos de madres con VIH que reciben tratamiento profiláctico con antirretrovíricos para prevenir la transmisión materno infantil en las primeras 6 semanas.	Los avances en la prevención de la transmisión materno infantil durante el puerperio inmediato mediante la distribución de ARV como profilaxis para los bebés de hasta 6 semanas expuestos al VIH.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis recién nacido	MSPS-TMI	MSPS-TMI	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Resultado (Producto)	3.8 - Porcentaje de lactantes nacidos de madres con VIH a los que se suministran antirretrovíricos para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna.	Los avances en la prevención de la transmisión materno infantil en poblaciones con lactancia materna mediante la provisión de fármacos antirretrovirales para reducir el riesgo de transmisión del VIH durante el período de lactancia materna.	Transmisión materno infantil: Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC - EAPB	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Resultado (Producto)	3.9 - Porcentaje de lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH que comenzaron la profilaxis con la asociación de Trimetoprim y sulfametoxazol en el plazo de 2 meses después del nacimiento.	La provisión y cobertura de la profilaxis con Trimetoprim sulfametoxazol para lactantes expuestos al VIH, de acuerdo con las directrices internacionales	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis CTX < 12 meses	MSPS-TMI	MSPS-TMI	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	3.10 - Distribución de las prácticas de alimentación (lactancia materna exclusiva, alimentación de reemplazo, alimentación mixta u otra) en los lactantes nacidos de mujeres infectadas por el VIH (consulta para la vacunación con DPT3)	La alimentación de los niños <12 meses expuestos al VIH, derivado del recordatorio de 24 horas, medido en el momento de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DPT3), que tiene lugar hacia los 3 meses de edad o en la o en la consulta más próxima después de los 3 meses.	Transmisión materno infantil: lactancia materna exclusiva	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Proceso (actividades)	3.11 - Número de mujeres que acudieron a los servicios de atención prenatal al menos una vez durante el período de notificación	Medir la asistencia a la atención prenatal	Atención prenatal: asistencia	MSPS-TMI	MSPS-TMI	Eliminar la transmisión materno infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida
Resultado (Producto)	4.1 - Porcentaje de adultos y niños que reúnen los requisitos para el tratamiento antirretrovírico y que actualmente lo están recibiendo (AU 2011 G2a).	El avance hacia el suministro de terapia antirretroviral de combinación a todas las personas que reúnen los requisitos para recibir el tratamiento.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis adultos y niños	MSPS	CAC - EAPB	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.1a - Número de adultos y niños que reúnen los requisitos para el tratamiento con ARV y lo comenzaron durante el período de notificación (2012)	Número de adultos y niños elegibles recién iniciados en TAR durante el año de notificación (2011). La evolución anual del número de nuevos pacientes inscritos en TAR	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis adultos y niños	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	4.2 - Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretroviral	Los progresos realizados en el incremento de la supervivencia en adultos y niños infectados al mantenerlos en terapia antirretroviral.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento - cobertura, sobrevida	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.2b - Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH de quienes se sabe que están en tratamiento antirretrovírico: b) 24 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante el 2010 (AU 2012 4.2b) c) 60 meses después del inicio del tratamiento entre los pacientes que lo iniciaron durante el 2007 (AU 2012 4.2c)	Este indicador mide la retención en TAR relacionada con el aumento de la supervivencia y con la voluntad de seguir en dicho tratamiento. Describe la retención de 24 y 60 meses.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento - cobertura, sobrevida	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.3a - Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico.	Medir la capacidad de los establecimientos de salud para proporcionar TAR, expresada como el porcentaje de establecimientos de salud que ofrecen el TAR (es decir, que lo recetan o realizan el seguimiento clínico).	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: oferta TAR	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.3b - Establecimientos de salud. Número de establecimientos de salud que ofrecen tratamiento antirretrovírico pediátrico (parte del indicador 3.12 del AU 2012)	Medir la capacidad de los establecimientos de salud para facilitar TAR expresada como el porcentaje de establecimientos que ofrecen TAR pediátrico.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: establecimientos de salud	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	4.4 - Porcentaje de establecimientos de salud que suministran antirretrovíricos y que en los 12 últimos meses han presentado desabastecimiento de al menos un antirretrovírico necesario	Este indicador mide un aspecto clave de la gestión del suministro de ARV: si los establecimientos de salud que dispensan dichos fármacos se han quedado sin reservas de al menos uno de los ARV necesarios durante los 12 últimos meses.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: oferta ARV	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.5 - Diagnósticos tardíos de la infección por el VIH: porcentaje de personas seropositivas cuyo primer recuento de linfocitos CD4 fue de menos de 200 células/ μ l en el 2011 (nuevo para la notificación mundial)	Mide la proporción de personas con un recuento de linfocitos CD4 menor a 200 células/ μ l de entre las que tuvieron un primer recuento de CD4 durante el período de notificación.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.6.a - Atención de la infección por el VIH Número de adultos nuevos registrados en la etapa de pre-tratamiento durante el período de notificación (2012)	Medir la evolución anual del número de pacientes recién incluidos en etapa de pre-tratamiento. Son personas que no reúnen criterios de TAR -y que no han comenzado TAR durante el 2012-pero que están siendo monitoreados.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Resultado (Producto)	4.6. b - Atención de la infección por el VIH. Número de adultos recién incluidos en la atención de la infección por el VIH (en etapa pre-tratamiento o TAR) durante el período de notificación (2012)	Cuantificar el número de personas que han obtenido acceso a servicios de atención bien en etapa pre-tratamiento o en etapa TAR por primera vez en el año.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	MSPS	CAC	Tener 15 millones de personas con VIH en tratamiento antirretroviral para el 2015
Impacto	5.1 - Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Los progresos en la detección y el tratamiento de la TB en las personas que viven con el VIH.	Tratamiento coinfección TB-VIH: Gestión de coordinación	MSPS	CAC	Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	5.2 - Número de establecimientos de salud que ofrecen TAR a las personas infectadas por el VIH y que cuentan con prácticas de eficacia comprobada para el control de infecciones, incluida la tuberculosis.	El indicador mide si los establecimientos de salud que reciben un gran número de personas con VIH han implementado medidas para prevenir el riesgo transmisión de TB de persona a persona	Tratamiento coinfección TB-VIH: acceso establecimientos de salud	MSPS	MSPS	Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015
Impacto	5.3 - Porcentaje de adultos y niños recientemente inscritos en la atención de la infección por el VIH que han iniciado profilaxis con isoniazida	Número de adultos y niños recién incluidos en la atención de la infección por el VIH (iniciaron el TAR previo o el TAR) que también comenzaron (se les ha suministrado al menos una dosis) profilaxis con isoniazida durante el período de notificación.	Tratamiento coinfección TB-VIH: profilaxis terapia preventiva TPI	MSPS-TMI	MSPS-TMI - CAC	Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015
Impacto	5.4 - Porcentaje de adultos y niños incluidos en la atención de la infección por el VIH cuyo estado con respecto a la tuberculosis se determinó y consignó en la última consulta	Número de adultos y niños inscritos en atención del VIH que se sometieron a tamizaje de la tuberculosis durante la última visita	Tratamiento coinfección TB-VIH	MSPS	MSPS	Reducir en un 50 por ciento las muertes por tuberculosis en personas con VIH para el 2015
Gestión (Estructura)	6.1 - Gasto nacional e internacional relativo al Sida por categoría y fuentes de financiación	Mide de manera detallada y consistente la forma en que se gastan los fondos a nivel nacional, y las fuentes donde se originan esos fondos.	Gastos relacionados con el sida	MSPS - DTS	MSPS - DTS	Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y medios

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	7.1 - Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses	El progreso hacia la reducción de la prevalencia de la violencia contra las mujeres por parte de una pareja íntima (este indicador es un resultado en sí mismo, pero también un indicador aproximado de la desigualdad de género).	Prevalencia de la violencia por parte de la pareja íntima reciente	MSPS - INS	MSPS - INS	Eliminar las desigualdades de género
Proceso (actividades)	10.1 - Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad*	Medir el avance logrado en la prevención de la desventaja relativa en la asistencia escolar entre huérfanos no huérfanos.	Asistencia escolar por parte de los huérfanos	NO APLICA	NO APLICA	Fortalecer la integración del VIH
Proceso (actividades)	10.2 - Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	Medir los progresos realizados en el suministro de apoyo económico externo a los hogares más pobres afectados por el VIH y el sida.	Apoyo económico externo a los hogares más pobres	NO APLICA	NO APLICA	Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo

Tabla 2. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – FM/Receptor Principal

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	1. - Prevalencia de infección por VIH en HSH	Valorar la magnitud de la epidemia en el grupo de HSH.	Prevalencia de la Infección por VIH: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	10,9% en el 4° año
Impacto	2. - Prevalencia de infección por VIH TRANS	Valorar la magnitud de la epidemia en el grupo de TRANS.	Prevalencia de la Infección por VIH: personas TRANS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	15% en el 4° año
Impacto	3. - Prevalencia de infección por VIH en MTS	Valorar la magnitud de la epidemia en el grupo de MTS.	Prevalencia de la Infección por VIH: profesionales del sexo	GC Receptor Principal	GC Receptor Principal	1,1% en el 4° año
Impacto	4. - Prevalencia de infección por VIH en HC	Valorar la magnitud de la epidemia en el grupo de HC.	Prevalencia de la Infección por VIH: habitantes de calle	GC Receptor Principal	GC Receptor Principal	6,6% en el 4° año
Resultado (Producto)	5. - Porcentaje de personas con VIH que reciben tratamiento 12 meses después de iniciada la terapia antirretroviral	Valorar el acceso a terapia antirretroviral de forma continua, como una condición fundamental para disminuir el número de muertes por Sida y mejorar la sobrevida de las PVV.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento - cobertura, sobrevida	GC Receptor Principal	GC Receptor Principal - CAC	>80% 3° año >90% 4° año >95% 5° año
Resultado (Producto)	1.1 - Número y porcentaje de HSH alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención	Estimar el número y porcentaje de HSH reportados con actividades de prevención del proyecto	Prevención: cobertura servicios de prevención hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	a diciembre 2013 - 54.604 - 27,2% a diciembre 2014 - 75.692 - 37,7% a marzo 2016 - 70.599 - 35,1%
Resultado (Producto)	1.2 - Número de TRANS alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención	Estimar el número y porcentaje de TRANS reportados con actividades de prevención del proyecto.	Prevención: cobertura servicios de prevención personas TRANS	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	a diciembre 2013 - 9.249 - 26,5% a diciembre 2014 - 13.002 - 37,3% a marzo 2016 - 12.633 - 36,2%

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	1.3 - Número de HC alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención	Estimar el número y porcentaje de HC reportados con actividades de prevención del proyecto.	Prevención: cobertura servicios de prevención habitantes de calle	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	a diciembre 2013 - 5.940 - 28,7% a diciembre 2014 - 7.849 - 37,9% a marzo 2016 - 6.017 - 33,4%
Resultado (Producto)	1.4 - Número de MTS alcanzadas con un paquete definido de servicios de prevención	Estimar el número y porcentaje de HC reportados con actividades de prevención del proyecto.	Prevención: cobertura servicios de prevención profesionales del sexo	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	a diciembre 2013 - 20.892 - 29,1% a diciembre 2014 - 40.816 - 39,7% a marzo 2016 - 32.068 - 31,2%
Resultado (Producto)	1.5 - Número y porcentaje de proyectos productivos, económicos o socio-culturales apoyados con capital semilla que continúan funcionando 12 meses después de su inicio	Estimar el número de proyectos productivos que siguen funcionando 12 meses después de ser apoyados.	Reducción de estigma y vulnerabilidad económica	GC Receptor principal - EE	GC Receptor principal - EE	a diciembre 2013 - 167 - 60,1% a diciembre 2014 - 420 - 70,0%
Resultado (Producto)	2.1 - Número de personal médico a cargo de los servicios de SSR y de TB de las instituciones de salud públicas y los SCB, capacitado en atención integral de calidad al VIH/SIDA. ITS y TB	Estimar el número de personal de instituciones de salud y servicios comunitarios que es alcanzado por actividades de capacitación desarrolladas por el proyecto en las distintas áreas de servicios.	Cobertura de actividades en las diferentes áreas de servicios	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	1.500 personas con capacitación en Modelo de Gestión Programática y APV a diciembre 2013 - 720 a diciembre 2014 - 600 a marzo 2016 - 180
Resultado (Producto)	2.2 - Número y Porcentaje de instituciones que están prestando servicios en VIH a los grupos clave priorizados, con las características de calidad definidas por el proyecto	Medir la capacidad de las instituciones de salud y de los servicios comunitarios tipo B, de ofrecer servicios acordes a las necesidades de los grupos claves priorizados y mantenerlos en el tiempo.	Calidad de los servicios en las instituciones	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	75,9% año 3 80,3% año 4 90,8% año 5
Resultado (Producto)	2.3 - Número y porcentaje de MTS que recibieron un test de VIH en los últimos 12 meses y conocieron su resultado	Valora el número y porcentaje de MTS que acceden a sesiones de prueba y asesoramiento a través del proyecto.	Pruebas del VIH: Demanda de asesoría y prueba voluntaria APV - profesionales del sexo	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	A diciembre/13 8.317 20,0% A diciembre/14 13.037 31,3% A marzo/16 16.108 38,7%

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	2.4 - Número y porcentaje de HSH que recibieron un test de VIH en los últimos 12 meses y conocieron su resultado	Valora el número y porcentaje de TS que acceden a sesiones de prueba y asesoramiento a través del proyecto.	Pruebas del VIH: Demanda de asesoría y prueba voluntaria APV - hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	A diciembre/13 12.646 20,0% A diciembre/14 19.819 31,3% A marzo/16 24.489 38,7%
Resultado (Producto)	2.5 - Número y porcentaje de TRANS que recibieron un test de VIH en los últimos 12 meses y conocieron su resultado	Valorar el número y porcentaje de mujeres TRANS que acceden a sesiones de prueba y asesoramiento a través del proyecto.	Pruebas del VIH: Demanda de asesoría y prueba voluntaria APV - TRANS	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	A diciembre/13 2.196 20,0% A diciembre/14 3.441 31,3% A marzo/16 4.252 38,7%
Resultado (Producto)	2.6 - Número y porcentaje de HC que recibieron un test de VIH en los últimos 12 meses y conocieron su resultado	Valorar el número y porcentaje de HC que acceden a sesiones de prueba y asesoramiento a través del proyecto.	Pruebas del VIH: Demanda de asesoría y prueba voluntaria APV - habitantes de calle	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	a diciembre 2013 - 559 - 20,0% a diciembre 2014 - 875 - 31,3% a marzo 2016 - 1.082 - 38,7%
Resultado (Producto)	2.7 - Número de personas con infección avanzada de VIH que actualmente reciben terapia antirretroviral	Medir la capacidad de las instituciones de salud para ofrecer tratamiento antirretroviral acorde con la guía nacional vigente.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: acceso	GC Receptor Principal	GC Receptor Principal - CAC	100% año 3 100% año 4 100% año 5
Resultado (Producto)	1. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual anal penetrativa en HSH	Valorar el uso de condón en el grupo de HSH, dado que la penetración anal no protegida es el mecanismo sexual de mayor riesgo para la transmisión del VIH y es una práctica frecuente entre dicha población.	Uso del preservativo: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	>70% en el 4° año
Resultado (Producto)	2. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual anal penetrativa en TRANS	Valorar el uso de condón en el grupo de TRANS, dado que la penetración anal no protegida es el mecanismo sexual de mayor riesgo para la transmisión del VIH y es una práctica frecuente entre dicha población.	Uso del preservativo: personas TRANS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	51% en el 4° año

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	3. - Porcentaje de uso del condón con su último cliente, reportado por mujeres MTS.	Valorar el uso de condón por los trabajadores sexuales.	Uso del preservativo: profesionales del sexo	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	GC Receptor Principal - MSPS - DTS	95% en el 4° año
Resultado (Producto)	4. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual anal penetrativa con su último cliente, reportado por HSH que ejercen prostitución	Valorar el uso de condón por trabajadores sexuales HSH.	Uso del preservativo: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	GC Receptor Principal - MSPS	GC Receptor Principal - MSPS	80% en el 4° año
Resultado (Producto)	5. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual anal penetrativa con su último cliente, reportado por TRANS que ejercen prostitución	Valorar el uso de condón por trabajadores sexuales TRANS.	Uso del preservativo: personas TRANS	GC Receptor Principal - MSPS	GC Receptor Principal - MSPS	95,1% en el 4° año
Resultado (Producto)	6. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual de MTS con su pareja	Valorar el uso de condón en MTS en la última relación sexual con SU PAREJA.	Uso del preservativo: profesionales del sexo	GC Receptor Principal - MSPS	GC Receptor Principal - MSPS	60% en el 4° año
Resultado (Producto)	7. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual en HC	Valorar el uso de condón en el grupo de HC.	Uso del preservativo: habitantes de calle	GC Receptor Principal - MSPS	GC Receptor Principal - MSPS	25% en el 4° año
Resultado (Producto)	8. - Porcentaje de uso del condón en la última relación sexual en PVV	Valorar el uso de condón en el grupo de PPVV	Uso del preservativo: personas viviendo con sida	GC Receptor Principal - MSPS	GC Receptor Principal - MSPS	85% en el 4° año
Resultado (Producto)	9. - Porcentaje de poblaciones clave (HSH, TRANS, TS y HC) que recibieron un test de VIH en los últimos 12 meses y conocieron el resultado	Vigilar las tendencias en la utilización de las pruebas del VIH y servicios de asesoramiento, independientemente de cómo se prestan estos servicios.	Pruebas del VIH: Demanda de asesoría y prueba voluntaria APV - HSH, TRANS, TS y HC	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	GC Receptor principal - EE - Sub-receptores	En el 4° año: TS 45%; MSM 55%; TRANS 25%; HC 40%

Tabla 3. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – MSPS-Observatorio VIH/Sida

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	P-1. - Número de condones distribuidos en la práctica Asistencial y en las acciones de prevención.	Evaluar si en las instituciones de salud están haciendo entrega de condones.	Uso del preservativo: distribución	IPS de la red de prestadores - EAPB - DTS	IPS de la red de prestadores - EAPB - DTS	Evaluar el cumplimiento de la norma en lo relacionado al suministro de condones. Acuerdo 008 de 2009, circular externa No. 004 de 2011 CRES
Impacto	A-1. - Número de casos diagnosticados de VIH y SIDA en menores de 14 años cuyo mecanismo probable de transmisión NO sea el Perinatal.	Conocer el comportamiento de la epidemia en este grupo de edad para valorar exclusivamente la población a cargo de cada EPS. Permite dimensionar la epidemia en el grupo pediátrico.	Transmisión: No perinatal menores de 14 años	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como VIH y SIDA en menores de 14 años cuyo mecanismo probable de transmisión sea diferente al Perinatal.
Impacto	A-2. - Número de casos diagnosticados de VIH y SIDA de 15 a 24 años.	Conocer la magnitud de la epidemia en este grupo poblacional	Prevalencia de la Infección por VIH: jóvenes	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como VIH y Sida.
Impacto	A-3. - Número de casos diagnosticados de VIH y SIDA en mayores de 24 años.	Conocer la magnitud de la epidemia en este grupo poblacional	Prevalencia de la Infección por VIH: > 24 años	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como VIH y Sida.
Impacto	A-4. - Número de personas con coinfección VIH-TB.	Conocer el comportamiento de la coinfección VIH/Tuberculosis en el grupo poblacional asegurado.	Prevalencia de la Infección por VIH: coinfección VIH-TB	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de coinfección VIH/Tuberculosis en las personas aseguradas
Resultado (Producto)	A-5. - Número de personas con coinfección VIH/TB que reciben tratamiento para las dos infecciones.	Conocer cuántas personas en ese momento del tiempo están en tratamiento para VIH y Tuberculosis en el grupo poblacional asegurado	Tratamiento de la tuberculosis y el VIH	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar el suministro de tratamiento antirretroviral y TB en las personas con infección VIH/TB
Resultado (Producto)	A-6. - Número de personas No gestantes que se hicieron la prueba voluntaria para VIH y recibieron Asesoría (APV).	Permite conocer la cobertura de oferta de APV en población asegurada.	Pruebas del VIH: asesoría APV	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar la oferta de Asesoría y Prueba Voluntaria de la población asegurada.
Resultado (Producto)	A-7. - Número de personas con VIH que no requieren TAR.	Permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o	Tratamiento de la tuberculosis y el VIH:	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
		condición en un momento dado.	personas que no requieren TAR: profilaxis		prestadores	VIH y que no cumplen los criterios nacionales vigentes para considerarlas como requirentes de TAR (Modelo de Gestión Programática en VIH/ Sida).
Resultado (Producto)	A-8. - Número de personas con VIH que si requieren TAR.	Conocer la magnitud de la epidemia en la población asegurada.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como VIH y que cumplen los criterios nacionales vigentes para considerarlas como requirentes de TAR.
Impacto	A-9. - Número de personas con Sida.	Conocer el número de casos con SIDA en la población asegurada.	Prevalencia de la Infección por VIH: población general	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la magnitud de casos de infección clasificados como Sida
Resultado (Producto)	A-10. - Número de PVVS que reciben TAR.	Conocer la cobertura terapéutica de ARV de las PVVS en la población asegurada.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: profilaxis adultos y niños	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar los progresos realizados en el suministro de TAR de combinación a todas las personas con infección por el VIH con criterios de TAR
Resultado (Producto)	A-11. - Número de personas con Sida que reciben TAR de combinación ininterrumpida y con monitoreo de laboratorio apropiado.	Facilitar la estimación de medicamentos que se requieren en cada periodo.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar los progresos realizados en el suministro de TAR de combinación a todas las personas con Sida
Resultado (Producto)	A-12. - Número de personas, que continúan en tratamiento y a las que se les sigue prescribiendo el mismo régimen de primera elección a los 12 meses de iniciado el TAR.	Detectar las señales de alerta anticipada de un posible fracaso del tratamiento. Tanto las modificaciones innecesarias de los regímenes como el fracaso terapéutico y el TAR intermitente, se asocian a fármaco resistencia del VIH	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento - cobertura, sobrevida	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Valorar la continuación del régimen terapéutico de primera elección a los 12 meses de iniciado el tratamiento.

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	A-13. - Número de PVVS que reciben TAR con esquema de rescate	Conocer la cobertura terapéutica de TAR de rescate de las PVVS en la población asegurada	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar los progresos realizados en el suministro de TAR de combinación a todas las personas con infección por el VIH con criterios de TAR.
Resultado (Producto)	A-14. - Número de personas con VIH/Sida que reciben TAR y que tuvieron una carga viral indetectable.	Conocer la eficacia terapéutica de ARV de las PVVS en la población asegura	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: carga viral	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	Evaluar los progresos realizados en la eficacia del TAR de combinación a todas las personas con infección por el VIH con criterios de TAR.
Gestión (Estructura)	R-1. - Cuantía de los fondos ejecutados en acciones P&P en VIH/Sida.	Valorar el esfuerzo de financiación dirigido a toda la población para uno de los temas prioritarios en Salud Pública. Visibiliza la prioridad contextual de financiación.	Gastos relacionados con el Sida	DTS - EAPB - IPS (Oficina de Presupuesto o Contabilidad o Coordinación del programa)	DTS - EAPB - IPS (Oficina de presupuesto o contabilidad o coordinación del programa)	Valorar la magnitud de la ejecución de recursos financieros para el VIH/Sida mediante acciones de promoción y prevención, como medida del compromiso económico de las APB para luchar contra el VIH/Sida.
Gestión (Estructura)	R-2. - Cuantía de los fondos ejecutados por las EAPB para la compra de ARV destinados al tratamiento de PVVS a su cargo.	Valorar el esfuerzo financiero para cubrir las necesidades de TAR en la población no asegurada	Gastos relacionados con el Sida	DTS - EAPB - IPS (Oficina de Presupuesto o Contabilidad o Coordinación del programa)	DTS - EAPB - IPS (Oficina de presupuesto o contabilidad o coordinación del programa)	Valorar la magnitud de la ejecución de recursos financieros para la compra de medicamentos ARV para el VIH/Sida, como medida del compromiso de las APB para luchar contra el VIH/ Sida.
Gestión (Estructura)	R-3. - Cuantía de los fondos ejecutados por las EAPB, para servicios de atención integral destinados a las PVVS a su cargo.	Valorar el esfuerzo financiero para cubrir las necesidades de TAR en la población no asegurada.	Gastos relacionados con el Sida	DTS - EAPB - IPS (Oficina de Presupuesto o Contabilidad o Coordinación del programa)	DTS - EAPB - IPS (Oficina de Presupuesto o Contabilidad o Coordinación del programa)	Valorar la magnitud de la ejecución de recursos financieros para el pago de servicios de atención integral destinados a las PVVS a su cargo, como medida del compromiso de las APB para luchar contra el VIH/Sida.

Tabla 4. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – MSPS-TMI del VIH y la sífilis congénita

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Fuente de la información	Responsable medición/notificación	Meta/Objetivos
Impacto	Incidencia de sífilis congénita	Medir el número total de casos de sífilis congénita presentados durante el período	Sífilis: transmisión materno infantil	MSPS-TMI - INS - DTS	MSPS-TMI - INS - DTS	0,5 por 1.000 nacidos vivos
Impacto	Porcentaje de TMI de VIH	Medir la TMI de VIH	TMI del VIH	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	Para el 2015 la TMI será $\leq 2\%$
Proceso (actividades)	Cobertura de tamizaje con serología para sífilis en gestantes	Medir la cobertura de tamizaje con serología para sífilis en gestantes	Sífilis: prevalencia mujeres	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura
Proceso (actividades)	Cobertura de tratamiento para los casos de sífilis gestacional	Medir la cobertura de tratamiento para los casos de sífilis gestacional	Sífilis: tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de tratamiento para los casos de sífilis congénita	Medir la cobertura de tratamiento para los casos de sífilis congénita	Sífilis: tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de tamizaje para VIH en gestantes que acuden a control prenatal	Medir la cobertura de tamizaje para VIH en gestantes que acuden a control prenatal	TMI: Atención prenatal	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	80% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto	Medir la cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto	TMI: Tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto. Semana 14 de gestación	Medir la cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto.	TMI: Tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de TAR profiláctico ARV intraparto	Medir la cobertura de TAR profiláctico ARV intraparto	TMI: Tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de profilaxis ARV del recién nacido	Medir la cobertura de profilaxis ARV del recién nacido	TMI: Tratamiento	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	98% de cobertura para el 2015
Proceso (actividades)	Cobertura de fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de edad	Medir la cobertura de fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de edad	TMI: lactancia materna exclusiva	MSPS-TMI - EAPB	MSPS-TMI - EAPB	95% de cobertura

Tabla 5. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – Vigilancia en Salud Pública – INS-Sivigila

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	Proporción de transmisión por transfusión sanguínea	Determinar del número de casos nuevos de VIH/SIDA y el comportamiento del evento causado por transfusión sanguínea.	Transmisión: transfusión sanguínea	INS - DTS	INS - DTS	Reducir a cero (0) la transmisión del VIH por contacto sanguíneo
Impacto	Proporción de incidencia de transmisión por contacto perinatal	Reflejar el número de casos de VIH por contacto perinatal en la población.	Transmisión: perinatal	INS - DTS	INS - DTS	Para el año 2015 la transmisión materno infantil será $\leq 2\%$
Impacto	Proporción de transmisión por mecanismo probable de transmisión sexual	Refleja el número de casos de VIH por mecanismo probable de transmisión sexual en la población.	Transmisión: sexual	INS - DTS	INS - DTS	Que el 100% de los reportes tengan definido el mecanismo probable de transmisión y el 97% correspondan al sexual
Impacto	Proporción de transmisión por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas	Refleja el número de casos de VIH por mecanismo probable de transmisión por uso de drogas psicoactivas en la población.	Transmisión: uso drogas psicoactivas	INS - DTS	INS - DTS	Reducir a cero (0) la transmisión de VIH por uso de drogas psicoactivas.
Impacto	Proporción de transmisión por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral	Reflejar el número de casos de VIH por mecanismo probable de transmisión por accidente laboral en la población.	Transmisión: accidente laboral	INS - DTS	INS - DTS	Este tipo de transmisión deberá ser de cero (0) por cuanto a todos los trabajadores en riesgo se les debe garantizar protección y atención oportuna cuando se presente el accidente.
Impacto	Razón de prevalencia de VIH en mujeres embarazadas	Refleja el número de gestantes infectadas con el virus.	Transmisión materno infantil: incidencia	INS - DTS	INS - DTS	Reducir a cero (0) los casos de VIH en mujeres embarazadas
Impacto	Prevalencia de notificación de casos confirmados de VIH	Refleja el número de casos de VIH por periodo en la población. Se incluyen los casos nuevos confirmados independientes de la condición del evento: Asintomático o sintomático (VIH-Sida)	Prevalencia de la Infección por VIH: población general	INS - DTS	INS - DTS	Mantener la prevalencia de la infección por debajo de 1,0% en población de 15 a 49 años

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Impacto	Porcentaje de casos de acuerdo a tipo de tuberculosis	Evaluar la proporción de casos confirmados de acuerdo al tipo de tuberculosis en relación con el total de casos confirmados de tuberculosis.	Incidencia tuberculosis	INS - DTS	INS - DTS	A 2015 disminuir 50% la incidencia con respecto a la incidencia de 1990
Impacto	Incidencia de tuberculosis Proporción de enfermos nuevos en la población (tendencia secular)	Evaluar la efectividad de las acciones de detección, control y vigilancia de la enfermedad. Mide el riesgo de enfermarse y presentar tuberculosis en un periodo de tiempo en una población determinada De igual manera permite estimar los medicamentos necesarios para el tratamiento y determinar la situación de tuberculosis de acuerdo a variables de persona y lugar para observar comportamiento de la enfermedad.	Incidencia tuberculosis	INS - DTS	INS - DTS	A 2015 disminuir 50% la incidencia con respecto a la incidencia de 1990
Impacto	Porcentaje de casos de coinfección TB /VIH-Sida	Evidenciar la proporción de casos de tuberculosis que presentan como comorbilidad VIH/Sida	Prevalencia coinfección TB / VIH	INS - DTS	INS - DTS	Por encima de 5% considerar como un valor "alto" Como mínimo mantener estable o disminuir el porcentaje con respecto a años anteriores
Impacto	Razón de prevalencia de sífilis gestacional	Razón de casos de sífilis gestacional presentados en el período de estudio por mil nacidos vivos	Sífilis: prevalencia sífilis gestacional	INS - DTS	INS - DTS	Disminuir la proporción de incidencia a menos de 1 caso por mil gestantes
Impacto	Letalidad por sífilis congénita	Refleja el número de pacientes que fallecen por Sífilis congénita, del total de diagnosticados por la enfermedad.	Sífilis: letalidad sífilis congénita	INS - DTS	INS - DTS	Reducir a cero (0) casos de muerte por sífilis congénita.

Tabla 6. Indicadores para el M&E de la respuesta al VIH – Indicadores de alerta temprana – OPS-INS

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	1. - Porcentaje de pacientes naive a quienes se prescribe un régimen de primera línea apropiado.	Monitorear el uso racional de medicamentos ARV (en las prescripciones iniciales de primer esquema o primera línea).	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	100%.
Resultado (Producto)	2. - Pacientes que reciben consejería por TEC antes de empezar el TAR	Evaluar el desempeño de las IPS en proporcionar consejería antes del inicio del TAR para maximizar la adherencia.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: consejería TEC	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	100%
Resultado (Producto)	3. - Porcentaje de pacientes naive que abandonaron el tratamiento durante los primeros 12 meses.	Evaluar la capacidad de los servicios de atención de mantener los pacientes en tratamiento y en seguimiento clínico.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: adherencia primeros 12 meses	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	< 15%
Resultado (Producto)	4. - Porcentaje de pacientes naive que inicia y permanece en TAR de primera línea apropiado 12 meses después.	Evaluar el desempeño del servicio de atención en mantener pacientes en primera línea y prevenir falla terapéutica.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: retención en la terapia antirretroviral 12 meses después de comenzar el tratamiento - cobertura, sobrevida	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	≥ 80%
Resultado (Producto)	5. - Porcentaje de pacientes naive que reclaman puntualmente todos los fármacos ARV formulados durante los primeros 12 meses.	Evaluar el reclamo puntual de medicamentos ARV en las farmacias, o servicios farmacéuticos.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral ARV: adherencia	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	> 90%.
Resultado (Producto)	6. - Porcentaje de pacientes naive que inician el TAR durante un año y que concurren puntualmente a todas las citas durante los primeros 12 meses de TAR.	Evaluar el cumplimiento puntual a las consultas médicas de control	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: adherencia primeros 12 meses	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	≥ 80%.

Tipo indicador	Nombre del Indicador	Objetivo	Variable a medir	Responsable medición/notificación	Fuente de la información	Meta/Objetivos
Resultado (Producto)	7. - Porcentaje de pacientes naive que interrumpen o modifican el tratamiento por fallas en el suministro durante los primeros 12 meses, cuyo régimen se interrumpe, modifica, o dispensa de manera incompleta en la farmacia o servicio farmacéutico.	Evaluar el funcionamiento del sistema de provisión y suministro de medicamentos ARV en términos de oportunidad y suficiencia.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: adherencia primeros 12 meses	INS - IPS	IPS	0%
Resultado (Producto)	8. - Porcentaje de pacientes naive que inician el TAR y cuya carga viral es <1000 copias/ml después de los primeros 12 meses de TAR.	Evaluar el desempeño del servicio de atención en mantener pacientes con carga viral < 1.000 copias/ml y prevenir falla terapéutica.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: carga viral	DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	CAC - DTS - EAPB - IPS de la red de prestadores	> 70%
Resultado (Producto)	9. - Porcentaje de pacientes naive que inician el TAR y que se remiten a otra IPS durante los primeros 12 meses.	Cuantificar y monitorear la remisión de pacientes en TAR a otro centro de atención. Evaluación de validez de los resultados de los otros IAT.	Tratamiento del VIH terapia antirretroviral TAR: remisión primeros 12 meses	INS	IPS	≤ 5%.

6. NORMATIVA

6.1 Internacional.

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPID), 1994. Se llevó a cabo en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994, bajo el auspicio de las Naciones Unidas. Propone prevenir las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/Sida— reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las ETS, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres (29).

Declaración del 13avo Congreso Mundial de Sexología, 1997. Establece que los derechos sexuales son derechos humanos fundamentales y universales (30).

Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000). La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer; tienen metas e indicadores específicos (31).

Declaración de compromiso de lucha contra el VIH/Sida (2001). La Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por su sigla en inglés), reunida entre el 25 y el 27 de junio de 2001, declaró su compromiso de hacer frente a la crisis del VIH/Sida, teniendo en cuenta las diversas situaciones y circunstancias en diferentes regiones y países del mundo, incorporar las prioridades de la prevención, atención, tratamiento, apoyo y reducción de los efectos del VIH/Sida en los planes de desarrollo, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, las asignaciones de los presupuestos nacionales y los planes de desarrollo sectorial a partir de 2003 (4).

Declaración Política sobre el VIH/Sida (2006). Como seguimiento a la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/Sida, en 2006 la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida fue realizada en Nueva York para establecer los avances y resaltar los retos en la consecución de los objetivos trazados; como resultado, una Declaración Política reafirmando la declaración original fue producida (5).

Declaración Política sobre el VIH/Sida: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el Sida (2011). Del 8 al 10 de junio de 2011, la Asamblea General se reunió para examinar el progreso realizado en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/Sida de 2001 y la Declaración Política sobre el VIH/Sida de 2006, con miras a orientar e intensificar la respuesta mundial frente al VIH y el Sida promoviendo el mantenimiento del compromiso político y la implicación de los dirigentes en la respuesta amplia a nivel comunitario, local, nacional, regional e internacional para detener y hacer retroceder la epidemia de VIH y mitigar sus efectos (3).

Plan Subregional Andino de VIH para el sector salud 2007-2010. Se plantea como objetivo general apoyar a los países con respuestas subregionales para fortalecer el acceso a servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH (32).

Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH (2007). Propone la integración de los servicios de salud para aumentar el acceso a la prueba voluntaria para el diagnóstico del VIH, en respuesta al concepto de acceso universal y mejorar la calidad de la atención en Salud Sexual y Reproductiva (33).

6.2 Nacional

Constitución política de Colombia (1991). La Constitución indica que el derecho a la salud es de carácter fundamental para cualquier ser humano sin importar su condición física, creencia, actitud y demás; el derecho a la salud es considerado como uno de los principales derechos que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud; la salud debe ser parte integral de los servicios de salud en atención, promoción, prevención, protección, diagnóstico, recuperación y otros servicios de control y vigilancia que le atañen a la institución de salud independientemente de su condición pública o privada. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todas las personas habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad (34).

Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2003). Entre sus metas establece, la reducción del embarazo en adolescentes, la reducción de la tasa de mortalidad materna evitable, el cubrimiento de la demanda insatisfecha en planificación familiar, la detección temprana del cáncer de cuello uterino, la prevención y atención de las ITS, el VIH y el Sida y la detección y atención de la violencia doméstica y sexual (35).

Modelo de Gestión Programática en VIH/Sida (2006). Determina las relaciones entre el Estado, las APB, las IPS, sus recursos humanos y los usuarios; propende por la adecuación tecnológica y científica de las actividades de promoción, prevención y atención integral, de acuerdo con lo recomendado en la Guía de práctica clínica en VIH/Sida (22).

Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011. Se desarrolla en cuatro ejes temáticos: Eje I: Promoción y Prevención, Eje II: Atención Integral, Eje

III: Apoyo y Protección Social, Eje IV: Seguimiento y Evaluación de la respuesta; cinco objetivos; doce metas y veintiocho resultados (36).

Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita (2011-2015). Con el ánimo de preservar la salud materna y perinatal y contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal el Ministerio diseñó el plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis congénita. Sus objetivos centrales son mejorar la calidad de la atención prenatal, aumentar la demanda inducida de las pruebas de VIH y sífilis en las gestantes, clasificar adecuadamente el estadio de la sífilis (primaria, secundaria, latente temprana, terciaria) para dar tratamiento adecuado y oportuno, ampliar la cobertura de la profilaxis de la transmisión materno infantil del VIH y mejorar la oportunidad y calidad de la notificación de casos de VIH y sífilis (37).

Manual de Procedimientos Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la sífilis congénita (2009). Establece los procedimientos técnicos, científicos generales para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y la sífilis congénita, ejecutada en todas las IPS donde se realizan las actividades de control prenatal y atención del parto (21).

Ley 100 de 1993. Establece que el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación; el Ministerio de Protección Social definirá en el plan de atención básica, las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y las acciones de saneamiento ambiental; contempla, entre otras, las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el VIH/Sida, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria (38).

Ley 972 de 2005. Declara de interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el Sida -Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, institucionaliza el 1 de diciembre como el día Nacional de Respuesta al VIH y al Sida; preserva el criterio de que la tarea fundamental de las autoridades de salud será lograr el tratamiento y rehabilitación del paciente y evitar la propagación de la enfermedad (39).

Ley 1122 de 2007. Entre las obligaciones de las Aseguradoras para garantizar la Integralidad y continuidad en la prestación de los servicios, establece que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) del régimen contributivo y subsidiado deberán atender con la celeridad y la frecuencia que requiera la complejidad de las patologías de los usuarios y usuarias del mismo. Así mismo las citas médicas deben ser fijadas con la rapidez que requiere un tratamiento oportuno por parte de la EPS, en aplicación de los principios de accesibilidad y calidad correspondiente (40).

Ley 1438 de 2011. establece la unificación del plan de beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera; la elaboración de un Plan Decenal de Salud Pública acorde con las prioridades en salud según análisis de los eventos de interés en salud pública que se presenten; y, entre otras disposiciones, que todas las Entidades Promotoras de Salud deberán garantizar el acceso a los servicios de salud en el territorio nacional, a través de acuerdos con prestadores de servicios de salud y Entidades Promotoras de Salud (41).

Decreto 1543 de 1997. Reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

(Sida) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en cuanto a: diagnóstico y atención integral; promoción, prevención, vigilancia epidemiológica y medidas de bioseguridad; investigación; ejercicio de los derechos y cumplimiento de los deberes; mecanismos de organización y coordinación; procedimientos y sanciones (42).

Decreto 2323 de 2006. Establece entre las competencias de los laboratorios nacionales de referencia, realizar las pruebas de laboratorio de alta complejidad para la vigilancia en salud pública, así como las pruebas para la vigilancia y control sanitario; la validación de reactivos, pruebas diagnósticas y de técnicas y procedimientos analíticos, acorde con sus competencias y según la normatividad vigente; y, cumplir con los estándares de calidad y bioseguridad definidos para la remisión, transporte y conservación de muestras e insumos para la realización de pruebas de laboratorio (43).

Decreto 3518 de 2006. Crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública, Sivigila y se dictan otras disposiciones (8).

Decreto 2699 de 2007. Establece que las Entidades Promotoras de Salud, de los regímenes contributivo y subsidiado y demás Entidades Obligadas a Compensar (EOC) administrarán financieramente los recursos destinados al cubrimiento de la atención de las enfermedades ruinosas y catastróficas -alto costo- y de los correspondientes a las actividades de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública directamente relacionadas con el alto costo, que en sendos casos determine el Ministerio de la Protección Social, en una cuenta denominada “cuenta de alto costo” que tendrá dos subcuentas correspondientes a los recursos anteriormente mencionados (9).

Decreto 3039 de 2007. El análisis de la situación de salud del que parte el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, establece que las enfermedades transmisibles de mayor impacto, el dengue, la malaria, la tuberculosis y las infecciones transmisión sexual - VIH/Sida, son las más frecuentes y representan problemas prioritarios de salud pública dada su alta carga de morbilidad distribuida en los grupos de población más vulnerables (44).

Resolución 5261 de 1994. Fija las actividades, intervenciones y procedimientos de laboratorio clínico, anticuerpos VIH-1 y VIH-2; y, define entre las patologías catastróficas el manejo de pacientes infectados por VIH (45).

Resolución 412 de 2000. Establece las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan 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, entre ellas el VIH/Sida (46).

Resolución 3442 de 2006. Adopta las Guías de Práctica Clínica para VIH/Sida, basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/Sida y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, Administradoras del régimen subsidiado, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales (47).

Resolución 4725 de 2011. Establece que cada EPS del régimen contributivo y subsidiado y EOC deberá realizar la medición de las variables relacionadas con el VIH/Sida dos veces al año, el 31 de enero y el 31 de julio de cada año y la reportará a la Cuenta de Alto Costo máximo el 30 de abril y el 31 de octubre

respectivamente, únicamente por el aplicativo *online* de la Cuenta de Alto Costo (48).

Resolución 783 del 2012. Modifica el Anexo Técnico de la Resolución 4725 de 2011, a fin de adicionar variables y suprimir otras, así como corregir algunos yerros, en aras de facilitar el análisis de la información allí contenida (49).

Resolución 1841 de 2013. Adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, de obligatorio cumplimiento para los integrantes del SGSSS como del Sistema de Protección social, en el ámbito de sus competencias y obligaciones; el cual desde la dimensión de sexualidad, derechos sexuales y reproductivos define el componente de prevención y atención integral en SSR desde un enfoque de derechos que entre sus objetivos establece el promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la afectación de los determinantes sociales, programáticos e individuales que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y la atención integral en salud, fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación; así como, las metas a cumplir para el 2021 (50), entre ellas:

- a. Mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años.
- b. Alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, en el 2% o menos.
- c. Alcanzar y mantener la incidencia de sífilis congénita en 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.
- d. Lograr el acceso universal terapia ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento.

- e. Aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad (HSH, MTS, habitantes de la calle, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad).
- f. Disminuir la tasa de VIH en donantes de sangre en un 50%.

Acuerdo 117 de 1998. Establece que las EPS, Entidades Adaptadas y Transformadas y las Administradoras del Régimen Subsidiado son responsables del obligatorio cumplimiento de actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en Salud Pública, entre ellas las Enfermedades de Transmisión Sexual (infección gonocócica, Sífilis, VIH) en su población afiliada (51).

Acuerdo 29 de 2011. Establece que la población afiliada al Régimen Subsidiado para la cual no se ha unificado el Plan Obligatorio de Salud, será atendida según las condiciones establecidas en lo relacionado con las coberturas de pacientes con cataratas, VIH, cáncer, insuficiencia renal aguda y crónica y los que requieran amputaciones; para efectos de los copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos corresponden a casos de pacientes infectados por VIH; y, para efectos de las cuotas moderadoras y copagos, los eventos y servicios de alto costo incluidos en el Plan Obligatorio de Salud corresponden a diagnóstico y manejo del paciente infectado por VIH (52).

Circular Externa 004 de 2011. La Comisión de Regulación en Salud precisa que el suministro del condón para la prevención de ITS/VIH/Sida hace parte integral del POS y por lo tanto debe ser suministrado por las Entidades Promotoras de Salud a sus usuarios sin algún costo adicional (53).

7. REFERENCIAS

1. Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Curso en línea M + E lo esencial. [consultado 19 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://contentlibrary.theglobalfund.org/eLearning/me/01es/Index1.html>.
2. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2019: Un análisis de situación. Bogotá. 2012.
3. Organización de Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA: intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH y el SIDA. Resolución A/RES/65/277. Nueva York. 2011 (10 de junio).
4. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Resolución A/RES/S-26/2. Nueva York. 2001 (27 de junio).
5. Organización de las Naciones Unidas. Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA. Resolución A/RES/60/262. Nueva York. 2006 (2 de junio).
6. ONUSIDA. Informe mundial de avances en la lucha contra el sida 2013: desarrollo de indicadores básicos para el seguimiento de la Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011. Ginebra. Enero de 2013.
7. Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Acerca del Fondo Mundial. [Consultado 19 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/es/about/>

8. Colombia. Departamento Administrativo de la Función Pública. Decreto por el cual se determinan los objetivos y la estructura del Ministerio de Salud y Protección Social y se integra el Sector Administrativo de Salud y Protección Social. Decreto 4107 de 2011 (2 de noviembre).
9. CHF International. Actualización y fortalecimiento del plan de monitoreo y evaluación. Componente VIH/SIDA. Proyecto de novena ronda del Fondo Mundial: Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia. 2013.
10. Ministerio de la Protección Social. Manual de Referencia. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH - SIDA. 2006.
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida, Colombia 2012.
12. Ministerio de la Protección Social. Propuesta de Reglamento Interno del Consejo Nacional de SIDA - CONASIDA-. 2005 (16 de junio).
13. Colombia. El Congreso. Decreto por el cual se establece la estructura interna del Instituto Nacional de Salud. Decreto 2774 de 2012 (28 de diciembre).
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. Decreto 3518 de 2006 (09 de octubre).
15. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se establecen algunas normas relacionadas con el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Decreto 2699 de 2007 (13 de julio).

16. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual e modifica la estructura de la Superintendencia Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones. Decreto 1018 de 2007 (30 de marzo).
17. Ministerio de la Protección Social. Observatorio Nacional de Gestión en VIH/SIDA. Manual operativo EPS-S - EPS-C Regímenes de excepción. Monitoreo y evaluación en VIH/SIDA Fase 2. 2011.
18. ONUSIDA. Llegar a cero Estrategia 2011-2015. Ginebra. 2010
19. ONUSIDA. Los "Tres Unos" principios fundamentales. Consultado 12 de junio de 2013]. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BrochurePamphlet/2004/threeones_keyprinciples_flyer_es.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Guía de recursos para la triangulación de datos sobre el VIH: síntesis de los resultados de fuentes múltiples de datos para la evaluación y toma de decisiones. Ginebra. 2009.
21. Ministerio de la Protección Social. Programa de Apoyo a la Reforma de Salud. Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social. Modelo de gestión programática en VIH/Sida Colombia. Bogotá. 2006.
22. Ministerio de la Protección Social. Manual de procedimientos Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita. Bogotá, D.C. 2009
23. Organización Mundial de la Salud. Guía de monitoreo y evaluación VIH/SIDA, tuberculosis y malaria. 2006.

24. Rodríguez M. Monitoreo y evaluación: definición, funciones y usos. Diplomado Centroamericano Monitoreo y Evaluación para la Gestión de Políticas y Programas de VIH/SIDA 2011-2012. [Consultado 25 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.pasca.org/userfiles/M1_T7_RODRIGUEZ_PA.pdf.
25. Departamento Nacional Planeación. Sistema Nacional de Evaluación de Resultados de la Gestión Pública SINERGIA. Grupo Asesor de la Gestión e Programas y Proyectos de Inversión Pública. Guía para elaboración de indicadores. [consultado 14 de junio de 2013]. Disponible en: https://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DIFP/Bpin/Guia_para_elaboracion_de_indicadores.pdf
26. Universidad Católica de Chile. Epi-Centro. Indicadores en Salud. [consultado 12 de junio de 2013]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/PDF/INSINTROD6.pdf>.
27. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Introducción al diseño, construcción e interpretación de indicadores. Estrategia para el Fortalecimiento Estadístico Territorial. 2012.
28. Organización Panamericana de la Salud. Instituto Nacional de Salud. Protocolo para implementación de indicadores de alerta temprana para la fármaco resistencia del VIH en Colombia en adolescentes y adultos. Bogotá. 2011.
29. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo (CIPID). El Cairo. 1994.

30. 13avo Congreso Mundial de Sexología. Declaración los Derechos Sexuales son Derechos Humanos, fundamentales y universales. Valencia. España. 1997
31. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Consultado 19 de mayo de 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/es/
32. Organización Panamericana de la Salud. Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA. Análisis de Situación de VIH en la Subregión Andina 2003-2005. Plan Subregional Andino de VIH para el Sector Salud 2007-2010. 2007 (marzo). .
33. Sistema de Naciones Unidas en Colombia. Ministerio de la Protección Social. Proyecto INTEGRA. Guías técnicas del Proyecto INTEGRA: Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de a Infección por VIH. 2007
34. Constitución Política de Colombia 1991.
35. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2006.
36. Ministerio de la Protección Social. Dirección General de Salud Pública. ONUSIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011. Bogotá, 2018.

37. Ministerio de a Protección Social. Dirección General de Salud Pública. Plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. Colombia 2011-2015. Bogotá; diciembre 2010.
38. Colombia. Congreso de la República. Ley por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Ley 100 de 1993 (23 de diciembre).
39. Colombia. Congreso de la República. Ley por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Ley 972 de 2005 (15 de julio).
40. Colombia. Congreso de la República. Ley por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1122 de 200 (9 de enero).
41. Colombia. El Congreso. Ley por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Ley 1438 de 2011 (18 de enero).
42. Colombia. Presidencia de la República. Decreto por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Decreto 1543 de 1997 (06 de diciembre).
43. Colombia. Presidencia de la República. Decreto por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 9ª de 1979 en relación con la Red Nacional de Laboratorios y se dictan otras disposiciones. Decreto 2323 de 2006 (07 de diciembre).

44. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Decreto 3039 de 2007 (10 de agosto).
45. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Resolución 5261 de 1994 (5 de agosto).
46. Colombia. Ministerio de Salud. Resolución por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan 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. Resolución 412 de 2000 (25 de febrero).
47. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución por la cual adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. Resolución 3442 de 2006 (22 de septiembre).
48. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución Por la cual se define la periodicidad, la forma y el 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, relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Resolución 4725 de 2011 (12 de octubre).

49. Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. Resolución por la cual se efectúan unas modificaciones y se corrigen unos yerros al Anexo Técnico de la Resolución 00004725 de 2011. Resolución 783 de 2012 (12 de abril).
50. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Resolución 1841 de 2013 (4 de junio).
51. Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo por el cual se establece el obligatorio cumplimiento de las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Acuerdo 117 de 1998 (29 de diciembre).
52. Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo Por el cual se sustituye el Acuerdo 028 de 2011 que define, aclara y actualiza integralmente el Plan Obligatorio de Salud. Acuerdo 29 de 2011 (28 de diciembre).
53. Colombia. Comisión de Regulación en Salud. Circular sobre la cobertura de servicios del Plan Obligatorio de Salud respecto a la Resolución 3442 de 2006 del Ministerio de la Protección Social. Circular externa 004 de 2011 (31 de agosto).