



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



Protocolo de vigilancia
en salud pública

VIH/SIDA

Código: 850

Versión 08

Fecha Junio 30 de 2024

Créditos

HELVER GUIOVANNY RUBIANO GARCIA
Director General

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

Elaboración Versión 8

HENRY SEPULVEDA MEDINA
Profesional especializado

Revisión

DIANA MARCELA WALTEROS ACERO
Subdirectora de prevención, vigilancia y control en salud pública
(Hasta 30 de abril de 2024)

LUIS CARLOS GÓMEZ ORTEGA
Coordinadora Grupo de Vigilancia de Enfermedades Endoepidémicas e ITS

Aprobación

FRANKLYN EDWIN PRIETO ALVARADO
Director de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

© Instituto Nacional de Salud
Colombia Av. Calle 26 No. 51-20

Cita: Colombia. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública de VIH/SIDA. versión 8. [Internet] 2024.
<https://doi.org/10.33610/VIHS0850>

Tabla de contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	4
1.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA	4
1.1.1. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA MUNDIAL.....	4
1.1.2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN AMÉRICA	4
1.1.3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN COLOMBIA	4
1.2. ESTADO DEL ARTE	4
1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA VIGILANCIA.	7
1.4. USOS Y USUARIOS DE LA VIGILANCIA.	7
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
3. DEFINICIONES OPERATIVAS DE CASO	8
4. ESTRATEGIAS DE LA VIGILANCIA Y RESPONSABILIDADES POR NIVELES.....	9
4.1. ESTRATEGIAS DE VIGILANCIA	9
4.2. RESPONSABILIDADES POR NIVELES	10
4.2.1. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.....	10
4.2.2. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.	10
4.2.3. EMPRESAS ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO (EAPB).....	10
4.2.4. SECRETARÍAS DEPARTAMENTALES Y DISTRITALES DE SALUD.....	10
4.2.5. SECRETARÍAS MUNICIPALES DE SALUD.	10
4.2.6. UNIDADES PRIMARIAS GENERADORAS DEL DATO (UPGD).....	11
4.2.7. CUENTA DE ALTO COSTO (CAC).	11
5. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS, FLUJO Y FUENTES DE INFORMACIÓN.	11
5.1. PERIODICIDAD DEL REPORTE.	11
5.2. FLUJO DE INFORMACIÓN.	12
5.3. FUENTES DE INFORMACIÓN	12
6. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.	12
6.1. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS	12
6.2. ANÁLISIS RUTINARIOS Y COMPORTAMIENTOS INUSUALES.	13
7. ORIENTACIÓN PARA LA ACCIÓN.....	13
7.1. ACCIONES INDIVIDUALES.....	13
7.1.1. UNIDAD DE ANÁLISIS DE CASOS.	13
7.2. ACCIONES COLECTIVAS.	13
7.2.1. INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN.	13
7.2.2. BÚSQUEDA ACTIVA INSTITUCIONAL (BAI).	14
7.3. SITUACIÓN DE ALARMA, BROTE Y EMERGENCIA EN SALUD PÚBLICA.....	14
7.4. ACCIONES DE LABORATORIO.....	14
8. COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA VIGILANCIA.....	14
9. INDICADORES.	15
10. REFERENCIAS.....	16
11. CONTROL DE REVISIONES.	17
12. ANEXOS.....	18

1. Introducción

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la hepatitis viral y las infecciones de transmisión sexual comparten modos de transmisión y determinantes comunes, y en muchas de las poblaciones afectadas por estas enfermedades pueden superponerse. Los enfoques centrados en las personas que se organizan en torno a las necesidades de las personas afectadas pueden mejorar la prestación de atención médica, promover la cobertura universal de salud, aumentar la calidad y la sostenibilidad del servicio y maximizar el impacto de los recursos de salud disponibles (1).

El VIH, sigue siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, su transmisión persiste en todos los países y en algunos de ellos las nuevas infecciones están aumentando. La enfermedad no tiene cura, pero gracias al acceso a la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención eficaces del VIH y de las infecciones oportunistas, se ha convertido en una enfermedad crónica, y los pacientes pueden tener una vida larga y saludable (2). El VIH es una importante infección de transmisión sexual y comparte determinantes conductuales, sociales y estructurales con otras infecciones de transmisión sexual, el sector de la salud es responsable de garantizar que todos puedan acceder a los servicios para el VIH, las hepatitis virales y las infecciones de transmisión sexual en un entorno inclusivo, no discriminatorio y de apoyo, se requieren estrategias para abordar las desigualdades de género subyacentes que generan riesgo de infección, como la mutilación genital femenina, el matrimonio infantil y la falta de autonomía en la toma de decisiones sexuales y reproductivas (1).

1.1. Situación epidemiológica

1.1.1. Situación epidemiológica mundial

En el mundo, ha cobrado 40,1 [33,6 a 48,6] millones de vidas. Se calcula que a finales de

2021 había 38,4 [33,9 a 43,8] millones de personas con VIH, más de dos tercios de ellas (25,6 millones) en la Región de África de la OMS. Ese año fallecieron 650 000 [510 000–860 000] personas por causas relacionadas con el VIH y 1,5 (1,1– 2,0) millones contrajeron el virus (2)

1.1.2. Situación epidemiológica en América

Se estima que el número de nuevas infecciones por VIH en América Latina ha aumentado un 4,7% de 2010 a 2021, con aproximadamente 110.000 nuevas infecciones, afectando los hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales, representando más de la mitad de las nuevas infecciones. Hubo 2,5 millones de personas con VIH en las Américas en el 2021, de estas el 18% desconoce su infección, aproximadamente un tercio se diagnostica tarde, con inmunodeficiencia avanzada, la mortalidad de VIH ha disminuido en las Américas de 40 mil en 2010 a 29 mil casos en 2021 (3).

1.1.3. Situación epidemiológica en Colombia

La Cuenta de Alto Costo (CAC) estima en Colombia, hasta enero de 2021, 134.902 personas están viviendo con VIH (4). En 2022, en SiviGila, se reportaron 19.183 casos (5), 8,7 % más que los notificados en 2021 (6). El comportamiento demográfico indica que el 80,9 % de los casos se registraron en hombres; el grupo etario con la mayor proporción es el de 25 a 34 años (38,2 % del total de casos).

1.2. Estado del arte

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ataca el sistema inmunitario y debilita las

defensas contra muchas infecciones y determinados tipos de cáncer que las personas con un sistema inmunitario más fuerte pueden combatir más fácilmente. A medida que el virus destruye las células inmunitarias e impide el normal funcionamiento de la inmunidad, la persona infectada va cayendo gradualmente en una situación de inmunodeficiencia. La función inmunitaria se suele medir mediante el recuento de linfocitos CD4; la fase más avanzada de la infección por el VIH es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) que, en ausencia de tratamiento y en función de la persona, puede tardar muchos años en manifestarse. Las personas con sida pueden contraer ciertos tipos de cáncer e infecciones o presentar otras manifestaciones clínicas crónicas de gravedad (2).

A veces, en las primeras semanas posteriores al contagio, la persona no manifiesta ningún síntoma, mientras que en otras ocasiones presenta un cuadro pseudogripal con fiebre, cefalea, erupciones o dolor de garganta, a medida que la infección debilita el sistema inmunitario, la persona puede presentar otros signos y síntomas, como adenopatías, pérdida de peso, fiebre, diarrea y tos. Si no se trata la infección, pueden aparecer enfermedades graves como la tuberculosis, la meningitis criptocócica, infecciones bacterianas graves o cánceres como los linfomas o el sarcoma de Kaposi (2).

El VIH se contagia a través del intercambio de líquidos corporales de la persona infectada, como la sangre, la leche materna, el semen o las secreciones vaginales, y también se puede transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto; es importante tener en cuenta que las personas con VIH que están en tratamiento antirretrovírico (TAR) y han suprimido la carga vírica no transmiten el virus a sus parejas sexuales. El acceso temprano al TAR y el apoyo para continuar el tratamiento son, por tanto, cruciales no solo para mejorar la salud de las personas con el VIH, sino para prevenir la transmisión del virus (2)

Estos son los comportamientos y las afecciones que aumentan el riesgo de contraer el VIH:

- Tener relaciones sexuales anales o vaginales sin preservativo;
- Padecer otra infección de transmisión sexual (ITS) como la sífilis, el herpes, la clamidiasis, la gonorrea o las vaginitis bacterianas;
- Hacer un consumo nocivo de bebidas alcohólicas o drogas durante las relaciones sexuales;
- Compartir agujas, jeringuillas, soluciones de droga u otro material infectivo contaminado para consumir drogas inyectables; recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos sin garantías de seguridad o ser objeto de procedimientos quirúrgicos que entrañen cortes o perforaciones con instrumental no esterilizado; y
- Pincharse accidentalmente con una aguja, lesión que puede afectar sobre todo al personal de salud.

A las personas que hayan dado positivo en una primera prueba diagnóstica rápida de tercera o cuarta generación o inmunoensayo (ELISA o quimioluminiscencia) o prueba molecular en el punto de atención se les debe realizar una nueva prueba rápida diferente a la primera o inmunoensayo realizada o respaldada por un laboratorio clínico habilitado en ambiente extramurales o comunitarios o prueba molecular en el sitio de atención, antes de atenderlos y tratarlos de por vida, con el fin de descartar que los resultados sean incorrectos y que se haya notificado erróneamente un resultado positivo; las pruebas rápidas de antígenos no bastan para detectar la infección en los niños menores de 18 meses, por lo que se deben realizar pruebas virológicas en el momento del nacimiento o a las seis semanas, lo mismo debe realizarse con las mujeres embarazadas.

Las personas que, gracias al TAR, presentan supresión vírica del VIH (menos de 200 copias del virus por mililitro de sangre) no contagian a sus parejas sexuales, por lo que aumentar el acceso a las pruebas y ayudar a iniciar y mantener el TAR es muy importante para prevenir esta infección.

Desde 2016, la OMS recomienda una política de tratamiento generalizado que consiste en proporcionar TAR de por vida a todas las personas con el VIH, incluidos los niños, los adolescentes, los adultos y las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, con independencia de su estado clínico y de su recuento de linfocitos CD4 (2).

Estas son las orientaciones de las estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual 2022-2030:

- Prestar servicios basados en la evidencia y centrados en las personas.
- Optimizar los sistemas, los sectores y las alianzas para lograr impacto.
- Generar datos y utilizarlos para orientar la toma de decisiones encaminadas a la acción.
- Implicar a la comunidad y la sociedad civil.
- Fomentar la innovación para potenciar las medidas.

Tabla 1 Características del virus de la inmunodeficiencia humana y la enfermedad

Aspecto	Descripción
Agente etiológico	El virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas, ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer.
Modo de transmisión	<p>Sexual: ocurre por contacto directo con secreciones genitales (semen o líquidos vaginales) en piel o mucosas abiertas, de una persona infectada con una persona sana.</p> <p>Materno-infantil: ocurre cuando la madre infectada con VIH transmite a su hijo el virus durante el embarazo, en el momento de parto o a través de la leche materna.</p> <p>Sanguínea o percutánea: ocurre como producto de la exposición a sangre o productos sanguíneos de personas infectadas a personas sanas. Las formas de exposición más frecuentes son por transfusión de sangre o hemoderivados, accidentes laborales (personal de salud), reutilización de elementos para realizar tatuajes, acupuntura y similares, por compartir cuchillas de afeitar y cepillos de dientes provenientes de personas infectadas.</p>
Período de incubación	Desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables pueden transcurrir entre uno y nueve meses (con una media de dos a tres meses). La duración de este período estará relacionada con la cantidad de partículas virales que ingresaron al organismo al momento de la infección, el estado inmunológico previo y la edad.
Periodo de trasmisibilidad	Una persona infectada con VIH puede transmitir el virus en cualquier momento del curso de la infección, sin embargo, la probabilidad de transmisión será proporcional a la carga viral o cantidad de partículas virales circulantes en un momento determinado y a la cantidad de inóculo (líquido infectante) que ingrese al cuerpo de la persona sana. Los momentos de mayor transmisibilidad, teniendo en cuenta el aumento en la carga viral, incluyen el período de seroconversión donde la replicación de virus es muy alta y la persona no ha sido diagnosticada o en ausencia de tratamiento antirretroviral (TAR).
Susceptibilidad	La susceptibilidad es generalizada, cualquier persona que se exponga al virus ya sea por contacto sexual, contacto con fluidos corporales, o de una gestante con VIH a su hijo, sin las debidas medidas de protección, pueden adquirir la enfermedad. Aunque existen poblaciones con una mayor vulnerabilidad como son los hombres que tiene sexo con hombres, los trabajadores sexuales, las mujeres transgénero, la población privada de la libertad, los habitantes de calle, las personas que se inyectan drogas, entre otros.
Reservorio	Los seres humanos

1.3. Justificación de la vigilancia.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha convertido en uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en salud pública y es considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre los recursos financieros del mismo y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente, de su familia e incluso con repercusiones laborales. Los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) renovaron su compromiso en la eliminación del VIH, cuando aprobaron el plan de acción para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021; igualmente, el objetivo 3 de Desarrollo Sostenible contempla dentro de las metas 3.2 y 3.3 para el 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de menores de cinco años, así como también a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas; además dentro de las metas del Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031, se encuentra que para el año 2031 se logre mantener el % de TMI (transmisión materno – infantil) de VIH en al menos 2% y al mismo año por lo menos el 55% de las personas que viven con VIH se diagnostican en estados tempranos de la infección de acuerdo con los CDC (7). Una de las estrategias para lograr alcanzar y mantener el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH, es la de garantizar que al 100 % de las gestantes se les oferte la prueba de VIH, lo cual se logra a través de la optimización de la cobertura y la calidad de la atención de los servicios de salud, el fortalecimiento de la detección temprana y el tratamiento oportuno de los casos de VIH, apoyadas por la estrategia para la reducción de la transmisión materno infantil del VIH del Ministerio de Salud y Protección Social. Por lo anterior es fundamental la normalización de los procesos de atención y vigilancia del evento en el marco del plan de beneficios con cargo a la unidad de pago por capitación

(UPC). Además, la vigilancia del evento proporciona datos que permiten caracterizar a las poblaciones en las que se están diagnosticando los nuevos casos de infección, mediante el análisis de variables básicas tales como la edad, el sexo, el mecanismo de transmisión y el estadio clínico, que van a ayudar a planificar y evaluar las actividades de prevención y atención.

1.4. Usos y usuarios de la vigilancia.

Caracterizar el evento de VIH/sida incluyendo la mortalidad por sida, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación, recolección y análisis de los datos, que permitan generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control de la enfermedad, entre otras estimando tendencias en grupos poblacionales específicos, identificando comportamientos inusuales que permita la toma temprana de decisiones. Los usuarios de la información generada por el Instituto Nacional de Salud (INS) son entre otros, el Ministerio de Salud y Protección Social (toma información para este y actualiza informes a nivel internacional), las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio, principalmente en gestantes y TMI (EAPB), las Direcciones departamentales, distritales y municipales de salud, la Cuenta de alto costo, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), así mismo los usos de esta información que hace ONUSIDA y varias ONG con presencia en nuestro país (aid for aids y aid Health care entre otras), también se está creando el sistema SISCO-SSR que interoperará esta entre INS y MSPS y la comunidad médica y la comunidad en general.

2. Objetivos específicos

- a. Describir en términos de variables de persona, tiempo y lugar el comportamiento epidemiológico de VIH/sida en Colombia.

- b. Realizar seguimiento a los indicadores establecidos para la vigilancia del VIH/SIDA.
- b. Estimar tendencias en grupos poblacionales específicos,

identificando comportamientos inusuales que permitan la toma temprana de decisiones.

3. Definiciones operativas de caso

Tabla 2. Definiciones operativas de caso para VIH / SIDA

Tipo de caso	Características de la clasificación
Caso confirmado de VIH	<p>Caso confirmado: todo caso de VIH/sida y muerte debe ingresar como confirmado por laboratorio.</p> <p>Criterios de confirmación por laboratorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir de los 18 meses de edad no gestantes: se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa). • Caso confirmado en gestantes: se realiza a través de dos pruebas (rápidas de tercera o cuarta generación o inmunoensayo o prueba molecular rápida) reactivas o positivas, confirmadas con carga viral detectable o con Western Blot (8). • Menores de 18 meses: se realiza mediante dos pruebas de carga viral ARN detectables, de conformidad con lo siguiente (9): <p>El criterio que define la categoría Bajo riesgo para la transmisión materno infantil (TMI) de VIH es: madres que recibieron terapia antirretroviral (TAR) durante la gestación y cuya carga viral sea “no detectable” cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto).</p> <p>La presencia de una de las siguientes circunstancias define la categoría Alto riesgo para la TMI de VIH: madres que no recibieron TAR durante la gestación; madres que solo recibieron TAR intraparto; madres que recibieron TAR anteparto e intraparto, pero con carga viral detectable cerca al parto (2 – 4 semanas antes del parto); madres con infección retroviral aguda durante la gestación; madres con estado serológico desconocido o con prueba positiva intraparto; recién nacido en situación de restablecimiento de derechos con pruebas presuntivas positivas para VIH.</p> <p>a) menor de 18 meses con alto riesgo para la transmisión materno infantil de VIH: carga viral ARN o ADN en las primeras 72 horas de vida; si es detectable o positiva, realizar inmediatamente segunda carga viral ARN. Si la segunda carga viral es detectable, se confirma el diagnóstico. Si la segunda carga viral es indetectable, se realiza la tercera prueba de carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si la tercera carga viral es indetectable, se realiza carga viral a los 4 meses de edad. Si el resultado de la carga viral a los 4 meses de edad es indetectable, se descarta el diagnóstico. Si la primera carga viral es negativa o indetectable se realiza otra carga viral dos semanas después de terminar la profilaxis; si el resultado de esta segunda carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico; si el resultado es detectable se realiza inmediatamente carga viral.</p> <p>b) menor de 18 meses con bajo riesgo para la transmisión materno infantil de VIH: se realiza la primera carga viral ARN dos semanas después de terminar la profilaxis. Si es detectable, se realiza inmediatamente la segunda carga viral; si la segunda carga viral es indetectable, se realiza carga viral a las dos semanas; si la</p>

Tipo de caso	Características de la clasificación
	tercera carga viral es indetectable, se toma carga viral a los 4 meses de edad; si el resultado es indetectable se descarta el diagnóstico. Si la primera carga viral es indetectable, se realiza la segunda carga viral a los 4 meses de edad; si es indetectable se descarta el diagnóstico; si es detectable se realiza inmediatamente carga viral. *Para más información ver las guías de práctica clínica basada en la evidencia científica para VIH 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social.
Caso confirmado por SIDA	Caso confirmado por laboratorio, de acuerdo con la edad que sea clasificado en las categorías clínicas A3, B3, C1, C2 y C3 (11). Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso.
Caso confirmado de muerte por SIDA	Caso confirmado por laboratorio de acuerdo con la edad, cuya causa de muerte fue sida. Este caso puede ser la primera forma de notificación del caso.

4. Estrategias de la vigilancia y responsabilidades por niveles.

4.1. Estrategias de vigilancia

Notificación de casos predefinidos (vigilancia pasiva): se notifican al sistema de vigilancia los casos confirmados de VIH, sida y muerte por sida.

Vigilancia por búsqueda secundaria (vigilancia activa): se debe realizar, con periodicidad semestral, Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos confirmados a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD, cuando al realizar análisis de casos inusuales, se encuentra que no hay notificación de casos o se ha disminuido su reporte, realizando testaje con pruebas rápidas en poblaciones vulnerables, de igual forma se pueden hacer cruces con bases de cuenta de alto costo, donde hay personas que están en seguimiento y tratamiento y no se encuentran notificadas en SIVIGILA

Vigilancia basada en Comunidad: De acuerdo con la OMS, la vigilancia basada en comunidad es la detección sistemática y el reporte de eventos (situaciones) de interés en salud pública en la comunidad, por miembros (agentes) de esta misma. Representa un enfoque participativo que involucra a los propios miembros de la comunidad en la

observación y reporte de casos. Este método busca no solo recolectar datos sobre el comportamiento del evento, sino también comprender mejor la situación de salud en las comunidades. De esta forma, para el 2023 desde el INS se han publicado los manuales de "Vigilancia basada en comunidad" con el objetivo de facilitar la adopción o la adaptación de los procesos para la identificación del riesgo utilizando esta estrategia.

Para su implementación deben seguirse las etapas de: preparación, planeación, implementación, operación, seguimiento y evaluación. En VIH es importante la planeación en recursos disponibles y articulación intersectoriales principalmente con comunidades de HSH (Hombres que tienen sexo con hombres), Homosexuales, Heterosexuales, trabajadoras (es) sexuales, cárceles, poblaciones agrupadas, ONGs (aids for aids, aids healthcare etc.), bares recreativos etc.

En la etapa de planeación se debe tener en cuenta el plan de trabajo, mapa de actores y el acercamiento y abordaje comunitario principalmente identificando a los potenciales miembros de la Red de Vigilancia epidemiológica basada en comunidad (REVcom) compuesta por: nodos de vigías y gestores comunitarios. (deben ser personas de las mismas comunidades principalmente de las poblaciones más vulnerables: HSH, homosexuales, bares recreativos etc). Por último en etapas de implementación,

operación y evaluación deben guiarse por el sistema de alertas: vigilancia basada en comunidad disponible en: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/etapa-1-1-sistema-de-alerta-temprana-vigilanciabasadaencomunidad-generalidades.pdf>

4.2. Responsabilidades por niveles

Será conforme a lo establecido en el Decreto 3518 de 2006 (por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública), compilado en el Decreto 780 de 2016 (por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social), en especial para la vigilancia de VIH / sida:

4.2.1. Ministerio de salud y Protección Social.

Definir las políticas, planes, programas y proyectos requeridos para el adecuado

Analizar y utilizar la información de la vigilancia de VIH / sida para la toma de decisiones.

Garantizar los procesos de detección temprana, que hacen referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitando su diagnóstico en estados tempranos y el tratamiento oportuno.

4.2.4. Secretarías Departamentales y Distritales de Salud.

Apoyar a los municipios de su jurisdicción en la gestión del sistema de vigilancia en salud pública y en el desarrollo de las acciones de vigilancia y control epidemiológico, garantizando el cumplimiento de los lineamientos y requerimientos establecidos.

funcionamiento y operación del Sistema de Vigilancia de VIH / sida.

Coordinar la participación de las organizaciones del sector salud y de otros sectores del ámbito nacional, en el desarrollo del Sistema de Vigilancia de VIH / sida.

4.2.2. Instituto Nacional de Salud.

Apoyar al Ministerio de Salud y Protección Social en la definición de las normas técnicas y estrategias para la vigilancia de VIH / sida.

Apoyar a los departamentos y distritos en la gestión del Sistema de Vigilancia de VIH /sida y en el desarrollo de acciones de vigilancia y control epidemiológico en las áreas de su competencia, cuando así se requiera.

Analizar y divulgar periódicamente la información generada por la vigilancia de VIH / sida.

4.2.3. Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB).

Mantener actualizada la información epidemiológica del comportamiento del VIH/sida y muerte por sida en el departamento/distrito.

Capacitar a los responsables de la vigilancia de los municipios en el protocolo y los lineamientos del VIH/sida y muerte por sida.

Realizar capacitaciones a los profesionales de la salud de los municipios (médicos, enfermeros, bacteriólogos) en lo relacionado con el diagnóstico de VIH (toma de muestras, tipo de muestras, tipo de pruebas, condiciones para transporte).

4.2.5. Secretarías Municipales de Salud.

Garantizar la infraestructura y el talento humano necesario para la gestión de la vigilancia de VIH / sida en el ámbito municipal de acuerdo con su categoría.

Realizar la gestión interinstitucional e intersectorial para la implementación y desarrollo de acciones de vigilancia de VIH / sida, conforme a sus competencias.

4.2.6. Unidades Primarias Generadoras del Dato (UPGD).

El médico tratante debe diligenciar la historia clínica completa, especificando los antecedentes, haciendo énfasis en antecedentes relacionados con infecciones de transmisión sexual, las fechas y resultados de laboratorios, esto para realizar las acciones tendientes a detectar y confirmar los casos VIH / sida.

Notificar la ocurrencia de casos VIH / sida, dentro de los términos establecidos.

4.2.7. Cuenta de Alto Costo (CAC).

La Cuenta de Alto Costo (CAC) debe generar ejercicios de articulación para que periódicamente se revise la concordancia de los casos confirmados de VIH que son notificados por Sivigila y contrastar con el seguimiento de los casos desde las EAPB

5. Recolección de los datos, flujo y fuentes de información.

5.1. Periodicidad del reporte.

Se debe notificar individualmente y con periodicidad semanal la presencia de todos los casos confirmados de VIH / sida, de acuerdo con los estándares establecidos en el subsistema de información para la vigilancia en salud pública

5.1.1. Periodicidad de la notificación

TIPO	Observaciones
Super inmediata	No aplica para el evento
Inmediata	No aplica para el evento
Notificación semanal	Las unidades primarias generadoras de datos (UPGD), caracterizadas de conformidad con las normas vigentes, son las responsables de notificar los casos confirmados en los formatos y estructura establecidos por el INS. Se debe tener en cuenta que todo caso que se diagnostique por primera vez ya sea en estadio clínico de VIH/sida o fallecido, debe reportarse al Sivigila; no deben reportarse los casos cuando exista cambio de estadio clínico.
Negativa	No aplica para el evento

5.1.2. Periodicidad en ajustes y reportes

TIPO	Observaciones y Periodicidad
Ajustes	Un caso se puede descartar (ajuste 6) cuando, mediante pruebas de laboratorio, se concluye que no cumple la definición de caso. También se descarta (ajuste D) cuando hubo errores de digitación. Se deben realizar cada semana epidemiológica.
Investigación Epidemiológica de Campo (IEC)	Se debe realizar en TMI (menores de 5 años), y en caso de conglomerados en poblaciones vulnerables.
Unidad de análisis	Se debe realizar unidad de análisis individual a los casos de muertes con coinfección con tuberculosis en menores de 49 años, en conjunto con el equipo de tuberculosis. También se realiza unidad de análisis individual de los casos en menores de cinco años (transmisión materno infantil VIH), en las ocho semanas siguientes a la notificación. Los análisis deben utilizar la metodología,

	manuales y formatos dispuestos en: https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx .
Búsqueda activa institucional (BAI)	Se debe realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos confirmados a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD, cada trimestre epidemiológico.
Reporte de situación (SitReport)	Cuando se presenten conglomerados de casos de VIH en poblaciones vulnerables (cárceles, ancianatos, bares de recreación, donantes componentes sanguíneos, etc.) una vez detectados debe realizarse el seguimiento mediante el SITREP, inicialmente emitido a las 24 horas de notificado el conglomerado y actualizado cada vez que haya cambios en este, el cierre debe hacerse de acuerdo al comportamiento del evento.

5.2. Flujo de información.

El flujo de la información para la recolección de datos corresponde al procedimiento nacional de notificación de eventos. El flujo de información se puede consultar en el documento: "Manual del usuario sistema aplicativo Sivigila" que puede ser consultado en el portal web del INS: <https://www.ins.gov.co/BibliotecaDigital/manual-sivigila.pdf>

5.3. Fuentes de información

El conjunto de datos requerido para describir el comportamiento de la vigilancia en salud pública del país, se obtiene a partir de la recolección realizada por las UPGD y UI en el territorio nacional, de los datos de pacientes que cumplen con la definición de caso de cada evento de interés en salud pública y que son diligenciados en el Registro Administrativo "Sivigila" utilizando cualquiera de las herramientas disponibles de la suite de Sivigila 4.0 desarrollada por el Instituto Nacional de Salud – INS.

La Operación Estadística de Vigilancia de eventos de salud pública, hace un aprovechamiento de dicho Registro Administrativo y se constituye en una de las fuentes oficiales para Colombia, de la información referente a los eventos de interés en salud pública. Para algunos eventos, esta fuente se integra a otros sistemas de información del tipo Registro, que de acuerdo con la legislación colombiana, son la fuente oficial del evento.

Para complementar los datos obtenidos del sistema de vigilancia se hace uso de otros registros tales como: i) Registros individuales de Prestación de Servicios de Salud - RIPS. ii) Historias clínicas. Iii) Registro de defunción –RUAF. Iv) Proyecciones de población DANE.

6. Análisis de la información.

6.1. Procesamiento de los datos

Antes del proceso de análisis se deberá desarrollar un proceso de depuración, donde se eliminen los registros duplicados (definidos como registros con igual información en algunas de las variables de la ficha 850, notificados en años anteriores), eliminación de los registros con ajuste 6 y D y se revisa cumplimiento de algoritmo diagnóstico principalmente en gestantes y menores de 8 meses de edad que cumplan confirmación de evento.

El análisis se realizará a partir del departamento y municipio de procedencia y se tendrá en cuenta la fecha de notificación y semana de notificación.

De igual manera, cada período epidemiológico los municipios, departamentos y/o distritos deben revisar el indicador del cumplimiento del algoritmo diagnóstico en mayores de 18 meses, gestantes y menores 18 meses.

De acuerdo con los hallazgos observados el municipio y departamento o distrito deberán realizar seguimiento y solicitud de ajustes en SIVIGILA a la unidad informadora y unidad

primaria generadora de datos de variables como tipo de prueba utilizada en el diagnóstico, los cuales para gestantes debe ser western blot o carga viral y para menores solamente carga viral.

Para el procesamiento de los datos se deben depurar las bases teniendo en cuenta las definiciones de caso y haciendo especial énfasis en los casos que no cumplen dichas definiciones; es decir, que tienen fallas en la calidad del dato buscando la realización de los respectivos ajustes.

6.2. Análisis rutinarios y comportamientos inusuales.

Para el análisis del evento hay que tener en cuenta las siguientes consideraciones:

Para calcular la incidencia se incluyen los casos notificados por primera vez, es decir no se tienen en cuenta los datos de casos reportados como duplicados o repetidos, notificados en años anteriores, casos con resultados positivos de fecha años anteriores, y casos que no cumplan la definición establecida para el evento confirmado.

Caracterizar el comportamiento en variables de persona, tiempo y lugar.

Establecer la distribución según edad, sexo, área, afiliación al SGSSS, mecanismo de transmisión, presentación en poblaciones especiales (Cárceles, indígenas, negros afrodescendientes, gestantes etc)

En los casos identificados con mecanismo de transmisión materno infantil (menores de cinco años) o en los casos de personas fallecidas con coinfección con TB se debe realizar unidad de análisis teniendo en cuenta los lineamientos establecidos.

7. Orientación para la acción.

7.1. Acciones individuales.

La detección del VIH/sida se realizará dando cumplimiento a las recomendaciones de las Guías de Práctica clínica basadas en la evidencia científica para la atención de la

infección por VIH en niños menores de 13 años, y para la atención de la infección VIH/sida en adolescentes con 13 años o más de edad y adultos. Además, se deberá tener en cuenta la ruta de atención integral del Ministerio de Salud y Protección Social. Disponibilidad guías clínicas VIH, MSPS.

<https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/Publicacion-GPC-observaciones-comunidad.aspx>

7.1.1. Unidad de Análisis de casos.

Se debe realizar unidad de análisis individual a los casos de muertes con coinfección con tuberculosis en menores de 49 años, en conjunto con el equipo de tuberculosis. También se realiza unidad de análisis individual de los casos en menores de cinco años (transmisión materno infantil VIH), en las ocho semanas siguientes a la notificación. Asimismo, la documentación producto de las unidades de análisis se debe enviar al referente nacional del evento y plataforma dispuesta para tal fin.

Puesto que las unidades de análisis permiten la clasificación definitiva de los casos y la identificación de los factores asociados a su desenlace, para la realización de las unidades de análisis se deben utilizar la metodología, manuales y formatos dispuestos en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Paginas/Unidad-de-Analisis.aspx>

7.2. Acciones colectivas.

7.2.1. Información, educación y comunicación.

Las acciones colectivas están orientadas a la articulación sectorial, intersectorial y comunitaria de la estrategia de Información, Educación y Comunicación (IEC), que busca el desarrollo de capacidades en la comunidad para la identificación temprana y reporte de situaciones inusuales o rumores que permitan la identificación y alerta de casos del evento, informando así a la autoridad sanitaria

pertinente, generando respuesta oportuna y adecuada con respecto a la naturaleza del evento con un enfoque integral de salud con participación social y ciudadana.

Educar e informar a la población sobre la infección por VIH/sida y los mecanismos para evitar su transmisión. Las acciones se deben articular con el plan de salud sexual y reproductiva existente en cada entidad territorial.

Promover medidas generales para fomentar la educación sexual, a través de campañas de promoción de comportamientos saludables relacionados con la sexualidad y la reproducción.

7.2.2. Búsqueda Institucional (BAI). Activa

Con periodicidad trimestral, realizar Búsqueda Activa Institucional (BAI) de casos confirmados a partir de los Registros Individuales de Prestación de Servicios (RIPS) generados en las UPGD. Se deben ingresar a Sivigila los casos que aún no se hayan notificado.

7.3. Situación de alarma, brote y emergencia en salud pública.

Las alertas identificadas deben notificarse inmediatamente al correo del referente del evento del INS y al Sistema de Alerta Temprana del INS, correo eri@ins.gov.co con una información preliminar “cápsula de información” que describa: número de afectados, tipo de población, casos graves y hospitalizados, muertes relacionadas, muertes recolectadas, nivel de riesgo y respuesta estimados por la entidad territorial y las actividades preliminares para el control de la situación. La cápsula de información debe fluir inmediatamente a los niveles superiores.

Se establece una situación de alerta mediante el monitoreo de medios o ante el incremento significativo en el análisis de comportamientos inusuales. Para analizar los comportamientos inusuales se puede utilizar el modelo de

probabilidad de la distribución de Poisson, con el propósito de establecer la significación estadística del aumento de casos, al comparar las cifras observadas con el comportamiento histórico medio de los últimos cinco años.

7.4. Acciones de laboratorio.

Las acciones por el laboratorio van orientadas a realizar el diagnóstico de la infección por VIH, de acuerdo con las recomendaciones de las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia vigentes para el país.

7.4.1. Análisis de resultados de laboratorio.

Para diagnóstico por laboratorio de la infección por VIH hay variedad de ensayos de laboratorio, el tipo de ensayo y la secuencia en la que se realizan están establecidos en las guías de práctica clínica basadas en la evidencia científica para el VIH.

8. Comunicación y difusión de los resultados de la vigilancia.

La comunicación y difusión periódica de la información resultante del análisis de la vigilancia en salud pública es un insumo fundamental que apoya la toma de decisiones y contribuye en la generación de acciones de prevención y control sobre el evento.

Con el fin de divulgar de forma sistemática el análisis de los eventos de interés en salud pública el Instituto Nacional de Salud, dispone de diferentes herramientas como el Boletín Epidemiológico Semanal (BES), informes gráficos e informes finales con los cierres anuales del análisis del comportamiento del evento; así mismo, en el Portal Sivigila 4.0 se encuentran disponibles los tableros de control con el comportamiento histórico de los eventos, así como las bases de datos anonimizadas (microdatos) anuales depuradas desde 2007.

Las entidades territoriales departamentales, distritales o municipales, tienen la responsabilidad de difundir los resultados de

la vigilancia de los eventos de interés en salud pública, por lo cual se recomienda realizar de manera periódica diversas herramientas de divulgación como boletines epidemiológicos, tableros de control, informes gráficos, informes de eventos, entre otros, así como,

utilizar medios de contacto comunitario como radio, televisión o redes sociales, manteniendo los flujos de información y comunicación del riesgo establecidos en las entidades.

9. Indicadores.

Los siguientes indicadores están dirigidos a evaluar la gestión y los aspectos más importantes de la vigilancia de los dos eventos.

Tabla 3. Indicador de proceso y gestión para la vigilancia de VIH.

Nombre del indicador	Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres gestantes
Tipo de indicador	Impacto
Definición	Refleja el número de gestantes infectadas con VIH
Propósito	Medida de riesgo de una mujer embarazada de contraer el virus
Definición operacional	Numerador: número de casos de VIH/sida en mujeres embarazadas por unidad de tiempo y lugar notificadas al SIVIGILA. Denominador: número total de nacidos vivos por unidad de tiempo y lugar
Coeficiente de multiplicación	1 000
Fuente de información	Sivigila - DANE
Interpretación del resultado	Por cada 1.000 nacidos vivos en el periodo __ se presentaron __ casos de VIH/sida en gestantes.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Anual
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Tasa de notificación de casos confirmados VIH/SIDA
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Refleja el número de casos notificados de VIH/sida por período en la población. Se incluyen los casos nuevos confirmados independientes de la condición del evento: asintomático o sintomático.
Propósito	Evaluar la magnitud del evento Evaluar el ritmo de desarrollo de casos de la enfermedad.
Definición operacional	Numerador: número de casos notificados de VIH/sida por unidad de tiempo y lugar. Denominador: población DANE proyectada por unidad de tiempo y lugar.
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Sivigila - DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100.000 habitantes del territorio en estudio en el periodo ____ se notificaron ____ casos de infección por VIH/sida.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Anual
Meta	No aplica.

Nombre del indicador	Tasa de incidencia de VIH/SIDA
Tipo de indicador	Resultado
Definición	Refleja el número de casos de VIH/sida por periodo en la población. Se incluyen los casos nuevos diagnosticados en el periodo.
Propósito	Estimar la incidencia
Definición operacional	Numerador: número de casos incidentes de VIH/sida por unidad de tiempo y lugar. Denominador: población DANE proyectada por unidad de tiempo y lugar.
Coeficiente de multiplicación	100 000
Fuente de información	Sivigila - DANE
Interpretación del resultado	Por cada 100.000 habitantes del territorio en estudio en el periodo ____ se diagnosticaron ____ casos de infección por VIH/sida.
Nivel	Nacional y departamental
Periodicidad	Anual
Meta	No aplica

Nombre del indicador	Porcentaje de casos notificados según algoritmo diagnóstico
Tipo de indicador	Proceso
Definición	Refleja el número de casos de VIH/sida, notificados según algoritmo diagnóstico
Propósito	Evaluar calidad de la información
Definición operacional	Numerador: número de casos de VIH/sida y fallecidos notificados al Sivigila según algoritmo diagnóstico. Denominador: número total de casos reportados al Sivigila
Coeficiente de multiplicación	100
Fuente de información	Sivigila
Interpretación del resultado	El ____ % de los casos notificados al Sivigila de VIH/sida, cumplieron con el algoritmo diagnóstico.
Nivel	Nacional, departamental y municipal
Periodicidad	Trimestral
Meta	No aplica

10. Referencias.

1. **World Health Organization.** *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infection for the period 2022 - 2030.* Geneva : World Health Organization, 2022. CC BY-NC-SA 3.0 IGO..
2. **Organización Mundial de la Salud.** Infección VIH. *VIH / SIDA.* [En línea] 27 de julio de 2022. [Citado el: mayo de 27 de 2023.] <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
3. **Organización Panamericana de la Salud.** VIH/SIDA EN LAS AMÉRICAS. *VIH / SIDA.* [En línea] 19 de abril de 2023. [Citado el: 17 de mayo de 2023.] <https://www.paho.org/es/temas/vihsida>.
4. **Cuenta de alto costo. Fondo colombiano de enfermedades de alto Costo.** Situación del VIH y SIDA en Colombia 2021. [En línea] [Citado el: 8 de marzo de 2022.] <https://cuentadealtocosto.org/site/publicacion/es/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2021/>.

5. **Instituto Nacional de Salud.** *Base Excel depurada y avalada SIVIGILA, VIH año 2022.* Bogotá D.C. : s.n., 2023.
6. —. *Informe del evento VIH / SIDA. Colombia 2021.* Bogotá, D.C. : s.n., 2022.
7. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Plan Decenal de Salud Pública 2022- 2031. Resolución 1035 de 14 de junio de 2022.* Bogotá D.C. : s.n., 2022.
8. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Versión completa.* Bogotá D.C., Colombia : s.n., 2021. [Internet]. Fecha de consulta 10 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-vihadultos-2021.pdf>.
9. **Ministerio de Salud y Protección Social.** *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en niñas, niños y adolescentes. Versión Completa.* Bogotá D.C, Colombia : s.n., 2021. Fecha de consulta 10 de febrero de 2022. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IGUB/gpc-vihpediatria-2021.pdf>.
10. **Organización Panamericana de la Salud.** *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades. Unidad 4 Vigilancia en Salud Pública. Segunda Edición.* Washington D.C. OPS; : s.n., 2011. 48-49.

11. Control de revisiones.

VERSIÓN	FECHA DE APROBACIÓN			DESCRIPCIÓN	ELABORACIÓN O ACTUALIZACIÓN
	AAAA	MM	DD		
00	2007	07	01	Creación del documento de acuerdo con los lineamientos de salud pública a nivel nacional	Norma Constanza Cuéllar Espitia Profesional Especializado Equipo de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual
01	2012	12	12	Se elimina seguimiento de los casos de transmisión perinatal y de gestantes, se actualizó la información epidemiológica, ajuste de formato	Norma Constanza Cuéllar Espitia Profesional Especializado Equipo de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual
02	2010	08	13	Creación del documento de acuerdo con los lineamientos de salud pública a nivel nacional.	Diana Landaeta – Referente vigilancia hepatitis B. Equipo Funcional Infecciones de Transmisión Sexual.
02	2014	06	11	Se complementan acciones específicas para la vigilancia de VIH/ Sida y muerte por Sida. Adición de definiciones del decreto 3518 e indicadores	Norma C. Cuéllar Espitia Líder Equipo Funcional ITS

03	2015	03	10	Se realiza cambio en los algoritmos diagnósticos	Norma C. Cuéllar Espitia Líder Equipo Funcional ITS
04	2016	09	30	Se realiza cambio en las estadísticas mundiales y nacionales y ajuste en la definición de ficha 850 y acciones individuales	Norma C. Cuéllar Espitia Líder Equipo Funcional ITS
05	2017	05	30	Actualización general	Norma C. Cuéllar Espitia Líder Equipo Funcional ITS
06	2017	11	22	Revisión y actualización del protocolo	Norma C. Cuéllar Espitia Líder Equipo Funcional ITS
07	2022	03	23	Actualización del protocolo	Luis Enrique Mayorga Mogollón
08	2024	06	30	Actualización Introducción y estado del arte, como plan decenal salud pública 2022 – 2031 y ajustes.	Henry Sepúlveda Medina

12. Anexos.

Anexo 1. Ficha única de notificación de VIH_SIDA (código 850). Disponible en:

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_VIH%202022.pdf

Anexo 2. Ficha única de notificación de VIH_SIDA (código 850). Disponible en:

https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/850_Vih_Sida_2024.pdf