

Plan estratégico para la

ELIMINACIÓN de la
transmisión materno
infantil del **VIH** y la
SÍFILIS CONGÉNITA

**Plan estratégico para la eliminación de la transmisión
materno infantil del vih y la sífilis congénita**

Colombia 2011 - 2015

Dirección General de Salud Pública.
Ministerio de la Protección Social.

Diseño: **ACM Design.**
acarvajal_11@hotmail.com

Impresión: **Legis S.A.**

Bogotá D.C. Febrero 2011

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

MAURICIO SANTA MARÍA SALAMANCA

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO BURGOS BERNAL

Secretario General

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELÁSQUEZ

Director de Salud Pública

RICARDO LUQUE NÚÑEZ

Asesor Dirección General de Salud Pública



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

TANIA COOPER PATRIOTA

Representante en Colombia

LUCY WARTENBERG

Representante Auxiliar

MARY LUZ MEJÍA GÓMEZ

Asesora en Salud Sexual y Reproductiva



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

● AUTORES

Isabel Cristina Idárraga Vásquez

Consultora estrategia sífilis congénita y gestacional Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Sidia Caicedo Traslaviña

Consultora estrategia VIH perinatal Ministerio de la Protección Social Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

● REVISORES

Liliana Andrade Forero

Consultora VIH
Ministerio de la Protección Social
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA

Paola Pineda Villegas

Consultora VIH
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF

Luis Ángel Moreno Díaz

Coordinador Nacional ONUSIDA Colombia

Hernán Rodríguez González

Consultor Nacional
Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS Colombia

Rafael Ignacio Pardo Abello

Consultor Nacional
Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS Colombia

Bertha Gómez Martínez

Asesora Subregional para el Área Andina en VIH
Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS

Pablo Montoya Chica

Representante ONG
Health Alliance International y Sinergias, Alianzas estratégicas para la salud y el desarrollo social.

● COLABORADORES

Luisa Consuelo Rubiano Perea - Consultora Observatorio de VIH/sida.

Ministerio de la Protección Social.
Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

Julio César Vergel - Consultor salud materna.

Ministerio de la Protección Social.
Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA.

Adriana Teresa Osorio Rincón - Consultora.

Ministerio de la Protección Social-UNICEF.
Marzo a diciembre de 2009.

Blanca Méndez Calderón - Referente de sífilis grupo de vigilancia en salud pública.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Clemencia Téllez Martínez - Referente estrategia transmisión materno infantil de VIH.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Herson León González Galindo - Ginecólogo-obstetra.

Asesor red materna perinatal.
Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Héctor Augusto González - Asesor red materna perinatal.

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Tailandia Rodríguez - Infectóloga pediatra.

Hospital Simón Bolívar de Bogotá.

Gloria Ema Aristizabal Valencia - Epidemióloga.

Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali.

Joaquín Guillermo Gómez Dávila

Director Centro Nacer Universidad de Antioquia.

Liliana Isabel Gallego Vélez

Ginecóloga y obstetra Centro Nacer Universidad de Antioquia.

● **COMITÉ EDITORIAL**
Convenio 620

Mary Luz Mejía Gómez

Carlos Iván Pacheco

Maria Cristina Toro

Claudia Lily Rodríguez N.

Alejandro Rodríguez Aguirre

Luis Antonio Torrado

● TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN	17
GLOSARIO	19
DEFINICIONES OPERATIVAS	20
1. ANTECEDENTES	21
1.1 POBLACIÓN OBJETO DEL PLAN	21
1.2 LA SALUD MATERNA EN COLOMBIA	23
1.3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH Y LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA	28
1.3.1 Aspectos generales del VIH en el país	28
1.3.2 Situación epidemiológica de la transmisión materno infantil del VIH	30
1.3.3 Situación epidemiológica de la sífilis gestacional	40
1.3.4 Situación epidemiológica de la sífilis congénita	45
2. MARCO LEGAL	46
3. OBJETIVOS Y METAS	49
4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACTIVIDADES GENERALES	52
4.1 Promoción y fomento de la salud en la comunidad	52
4.2 Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional	53
4.3 Seguimiento, evaluación y control de las acciones.	54
5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN	55
5.1 indicadores de monitoreo y evaluación	56
6. FINANCIACIÓN	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

● PRESENTACIÓN

El grado de desarrollo de un país está determinado principalmente por la calidad de vida de su población, en especial de las mujeres, los niños y las niñas, quienes representan los pilares fundamentales del desarrollo de la sociedad actual y futura.

Para el país es de suma importancia que la institucionalidad del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) incorpore dentro de sus prioridades de salud pública la prevención y la atención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y la sífilis gestacional y congénita, que afectan en forma creciente a las mujeres y sus recién nacidos en nuestro país, y que el Estado debe propender por preservarlas. La infección del recién nacido por el VIH supone la adquisición de un padecimiento crónico que potencialmente acorta la esperanza de vida.

De otra parte, son conocidas las consecuencias que la sífilis gestacional puede ocasionar; sin tratamiento, de un 50% a un 80% de las gestaciones con infección por sífilis terminan en aborto, muerte fetal o neonatal, parto prematuro, recién nacido con bajo peso o recién nacido con infección congénita con diversos grados de afectación. Los anteriores eventos generan un enorme costo humano, social y económico para el país y por consiguiente limitan su desarrollo.

En el periodo 2003 -2010 se han diagnosticado en Colombia 2.761 gestantes con infección por VIH, 235 niños infectados por el VIH de los cuales 121 son menores de 2 años, 23.370 gestantes con sífilis y 16.602 recién nacidos con sífilis congénita, significa que, por ejemplo, para 2009 la incidencia de sífilis congénita en el país fue de 2.6 casos por 1000 nacidos vivos. Aunque en los últimos años el sistema de vigilancia y registro ha mejorado, estas cifras implican un importante problema en el diagnóstico y subregistro de los casos, sobre todo en lo relacionado con el tema de sífilis.

Con las metas propuestas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el país se obliga, para 2015, a disminuir el número de casos de transmisión materno infantil del VIH a 2% o menos. Si bien, no se contempla como meta directa la disminución de la transmisión materno infantil de la sífilis congénita, el Ministerio de la Protección Social, se acoge a la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para todos los países de América Latina, que contempla la integralidad de las acciones en la atención a las gestantes buscando lograr la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita, lo cual implica también la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

Teniendo en cuenta la situación del país, en especial frente a la sífilis congénita, se considera que lograr su eliminación es un reto que atañe a todos los organismos del Estado y la sociedad en general para así garantizar la salud de las madres, los niños y las niñas.

Los elementos fundamentales para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita se relacionan estrechamente con la captación temprana de la gestante en el primer trimestre de la gestación y con brindar un tratamiento oportuno y adecuado. Para lograr resultados positivos se requiere del compromiso, el conocimiento y el cumplimiento de las responsabilidades de cada uno de los actores del SGSSS.

Con el ánimo de preservar la salud materna y perinatal y contribuir a la reducción de la mortalidad materna y neonatal se ha diseñado 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.

Para el desarrollo exitoso de las cuatro líneas estratégicas propuestas en el plan es fundamental el empoderamiento de la comunidad en general, en especial de las mujeres con intención reproductiva y de las gestantes y sus parejas, para que accedan oportunamente a los servicios preconceptionales y de control prenatal. A su vez, las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y las entidades administradoras de planes de beneficios (EAPB) deben prepararse para garantizar una atención integral que permita cumplir los objetivos del presente plan estratégico.

Las prioridades y líneas estratégicas establecidas en este plan son producto de múltiples reuniones de trabajo con diferentes grupos de expertos del país; amplias discusiones que permitieron identificar de manera conjunta las barreras que limitan los progresos del país frente a la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Para el Ministerio de la Protección Social la publicación de este documento “Plan Estratégico para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y la Sífilis Congénita” es la reiteración del compromiso de continuar trabajando en la protección de la salud de las madres, los niños y las niñas de Colombia.

● GLOSARIO

ARV Antirretroviral

DANE Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas

DTS Dirección Territorial de Salud

EAPB Entidades Administradoras de Planes de Beneficios Fondo de Solidaridad y Garantía

FOSYGA

INS Instituto Nacional de Salud

IPS Institución Prestadora de Servicios de Salud

ITS Infección de Transmisión Sexual

MPS Ministerio de la Protección Social

MEF Mujeres en Edad Fértil

NV Nacido Vivo

ODM Objetivo de Desarrollo del Milenio

POS Plan Obligatorio de Salud

POS – S Plan Obligatorio de Salud del régimen Subsidiado

POS – C Plan Obligatorio de Salud del régimen Contributivo

PIC Plan de Intervenciones Colectivas

SGSSS Sistema General de Seguridad Social en Salud

SOGC Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad

SIDA Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

SIVIGILA Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SSR Salud Sexual y Reproductiva

TAR Terapia Antirretroviral

UPGD Unidades Primarias Generadoras de Datos

UNGASS United Nationaly Assembly Special Session on HIV/AIDS

VIH Virus de la Inmunodeficiencia Humana

DEFINICIONES OPERATIVAS

La OPS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), comprometidos en apoyar a los países de América Latina para eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en la región, ambas enfermedades prevenibles, han hecho el lanzamiento de una iniciativa regional para la eliminación de estos dos eventos como problema de salud pública.

La meta general es eliminar la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe para 2015.

Para medir los avances realizados en pos de esta meta se proponen dos objetivos de impacto:

Eliminación de la transmisión materno infantil del VIH: que significa la reducción de la transmisión materno infantil del VIH al 2% ó menos.

Eliminación de la sífilis congénita: que significa la reducción de la incidencia de la sífilis congénita a 0.5 casos o menos, incluidos los mortinatos, por cada 1.000 nacidos vivos.

Estos objetivos son asumidos por el país con el fin de lograr la eliminación en el 2015.

1. ANTECEDENTES

1.1 POBLACIÓN OBJETO DEL PLAN

Se consideran, para el presente plan, poblaciones objeto a las mujeres en edad fértil, las gestantes y sus parejas sexuales y los neonatos independientemente de su régimen de afiliación al SGSSS.

Con el fin de tener un mayor conocimiento de las poblaciones objeto y su ubicación en el contexto colombiano en relación con el VIH, la sífilis gestacional y la sífilis congénita, se presentan los datos que permiten valorar las condiciones y características poblacionales.

El grupo de mujeres en edad fértil según la definición establecida para el país por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) corresponde a las mujeres entre los 15 y 49 años de edad, que para el año 2010 alcanzan un total de 12.109.995, que representan el 26.6% del total de la población y el 52.5% del total de mujeres.

Para la estimación de las gestantes se requiere contar con información sobre el número de nacidos vivos, muertes fetales, y abortos estimados en el país. Las diferentes metodologías utilizadas, en especial el cálculo de los abortos ocurridos en Colombia, han generado divergencias entre las diferentes instancias del país que tienen que ver con el tema; las mayores dificultades surgen frente al cálculo de los abortos debido a que en la actualidad en Colombia no se dispone oficialmente de esta información.

Teniendo en cuenta las anteriores precisiones y dado que tanto para la formulación como para la evaluación del presente plan es de suma importancia contar con el dato de gestantes estimadas se realizó un ejercicio para hacer la estimación de las gestantes para los años de vigencia del plan. Los resultados de este ejercicio se presentan en el siguiente cuadro y serán los denominadores a partir de los cuales se evaluarán los avances en el cumplimiento de las metas y los objetivos propuestos en el presente documento.

Tabla 1. Gestantes estimadas. Colombia 1998 a 2015

Año	Nacidos vivos estimados (1)	Muertes fetales estimadas (2)	Abortos estimados (3)	Gestantes estimadas (4)
1998	720.984	9.213	288.394	1.018.591
1999	746.194	9.341	298.478	1.054.013
2000	752.834	7.467	301.134	1.061.435
2001	724.319	8.576	289.728	1.022.623
2002	700.455	7.988	280.182	988.625
2003	710.702	10.379	284.281	1.005.362
2004	723.099	10.484	289.240	1.022.823
2005	719.968	13.447	287.987	1.021.402
2006	714.450	15.604	285.780	1.015.834
2007	709.253	14.732	283.701	1.007.686
2008	715.453	14.690	286.181	1.016.324
2009	659.073	18.074	263.629	940.777
2010	649.358	19.205	259.743	928.306
2011	639.642	20.336	255.857	915.835
2012	629.926	21.467	251.970	903.364
2013	620.210	22.598	248.084	890.892
2014	610.495	23.729	244.198	878.421
2015	600.779	24.860	240.312	865.950

(1) DANE para 1998 - 2008.

http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=786&Itemid=119. Para 2009- 2015 Estimaciones propias.

(2) DANE para 1998 - 2008.

http://www.dane.gov.co/daneweb_V09/index.php?option=com_content&view=article&id=786&Itemid=119. Para 2009- 2015 Estimaciones propias.

(3) Panorama general del aborto clandestino en América Latina. The Alan Guttmacher Institute <http://www.guttmacher.com/pubs/1997/01/01/ib12sp.pdf>

(4) Estimación de gestantes sumatoria de nacidos vivos +muertes fetales +abortos

1.2 LA SALUD MATERNA EN COLOMBIA

La OPS define como pilares fundamentales para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita la detección temprana de la infección en la gestante y su manejo oportuno y adecuado. Lograr lo anterior depende en gran medida de **las coberturas de control prenatal y de parto institucional**. Estos dos momentos representan una gran oportunidad para el tamizaje, diagnóstico y control de estas infecciones.

La cobertura y calidad de la atención prenatal y el parto constituyen factores estrechamente ligados a la salud materno infantil y son, por lo tanto, elementos que deben ser tomados en cuenta al evaluar la situación general de salud del país.

Acorde con la información brindada por el DANE en Colombia se han logrado avances importantes frente al mejoramiento de las coberturas de atención prenatal y parto institucional. La atención del parto institucional en el país ha ido en aumento, así, para 1998 la cobertura de parto institucional fue del 92,7% y para 2008 esta cobertura aumentó al 98,1% como se aprecia en el siguiente cuadro.

Tabla 2. Nacidos vivos según sitio de atención del parto. Distribución por año Colombia 1998 a 2008

Año	Institución de salud	%	Domicilio	%	Otro	%	Sin información	%	Total nacidos vivos
1998	668.127	92.7	47.499	6.6	2.078	0.3	3.280	0.5	720.984
1999	693.983	93.0	46.334	6.2	1.912	0.3	3.965	0.5	746.194
2000	703.676	93.5	44.553	5.9	1.818	0.2	2.787	0.4	752.834
2001	677.654	93.6	42.214	5.8	1.770	0.2	2.681	0.4	724.319
2002	663.779	94.8	33.368	4.8	1.652	0.2	1.656	0.2	700.455
2003	676.230	95.1	31.223	4.4	1.746	0.2	1.503	0.2	710.702
2004	692.254	95.7	27.597	3.8	1.691	0.2	1.557	0.2	723.099
2005	694.415	96.5	22.241	3.1	1.697	0.2	1.615	0.2	719.968
2006	694.058	97.1	17.421	2.4	1.782	0.2	1.189	0.2	714.450
2007	693.457	97.8	13.514	1.9	1.699	0.1	583	0.1	709.253
2008	701.502	98.1	11.820	12.8	1.518	0.0	613	0.0	715.453

Fuente: DANE. Estadísticas vitales

Sin embargo, es importante mencionar las diferencias existentes entre las zonas urbanas y rurales, que para estas últimas, **muchos de los partos ocurren en el domicilio**, debido a las barreras geográficas, económicas y culturales y de oferta de servicios que interfieren en las posibilidades de acceso de la población a los servicios de salud.

A pesar del alto promedio nacional de la atención institucional del parto hay algunos departamentos con promedios más bajos como Amazonas 85,1%, Arauca 90,2%, Cauca 91,8%, Putumayo 91,9% y Chocó 92,4%.

Las coberturas del control prenatal referenciadas en las encuestas nacionales de demografía y salud muestran que en 1990 y 1995 era de 83%, en 2000 aumentó a 87% y para 2005 se refiere una cobertura de 94%. Estos datos demuestran un aumento progresivo con diferencias significativas en mujeres residentes en zonas rurales, mujeres con más de 34 años, mujeres con más de 3 hijos, con niveles menores de escolaridad y con menores índices de riqueza, en las que se ve limitado el acceso por desconocimiento, falta de recursos o dificultades de desplazamiento, entre otras.

A pesar de las altas coberturas de control prenatal, aún son **bajas en algunas departamentos del país** como La Guajira, Caquetá, Cauca, Chocó, Córdoba, Vaupés, Magdalena, Guainía, Cesar, Tolima, Meta, Nariño, Putumayo, Sucre, Amazonas y Huila.

Es importante resaltar que el 83 % de las embarazadas (87% urbano y 73% rural) tuvo 4 o más visitas de control prenatal; el 8% entre 2 y 3 visitas y menos de 2% una sola visita. El 6% de las mujeres no tuvo ninguna visita, lo cual significa que un gran porcentaje de mujeres (94%), ha estado en contacto con los servicios de salud por lo menos una vez durante su gestación.

El 71 % de las mujeres asistieron a la primera visita de control prenatal cuando tenían menos de 4 meses de gestación, 17% cuando tenían entre 4 y 5 meses; cerca del 6% tuvo su primer control después de los 5 meses. La mediana de meses de embarazo para la primera visita fue de 3 meses.

La atención prenatal reduce la morbilidad y la mortalidad materna y perinatal, al igual que los partos prematuros y el número de productos con bajo peso al nacer. Adicionalmente, permite identificar tempranamente factores de riesgo haciendo posible establecer acciones preventivas y terapéuticas oportunas durante el embarazo, por lo que es preciso garantizar que los procesos de atención sean oportunos y de calidad.

Tabla 3. Porcentaje de cobertura de control prenatal. Distribución por departamento. Colombia 2005

Entidad territorial	Porcentaje de cobertura de control prenatal
San Andrés	99.3
Risaralda	98.5
Bogotá D.C.	98.0
Quindío	97.8
Cundinamarca	97.7
Santander	97.7
Norte de Santander	96.8
Casanare	96.7
Caldas	95.9
Boyacá	94.9
Guaviare	94.8
Antioquia	94.3
Arauca	94.0
Valle	94.0
Atlántico	93.9
Bolívar	93.8
Vichada	93.8
Total país	93.6
Huila	93.3
Amazonas	92.6
Sucre	92.5
Putumayo	92.3
Nariño	92.1
Meta	92.0
Tolima	90.0
Cesar	88.5
Guainía	88.2
Magdalena	86.4
Vaupés	86.4
Córdoba	86.0
Chocó	84.8
Cauca	84.5
Caquetá	80.4
La Guajira	79.5

Pese a las altas coberturas de control prenatal y de parto institucional logradas en el país, que deberían ser garantes para un diagnóstico y tratamiento oportuno y adecuado, existen serias deficiencias en el proceso de atención de las gestantes con sífilis, que han retrasado el avance del país hacia la meta de eliminación de la sífilis congénita.

Un estudio realizado durante el año 2009, por la OPS y el Grupo Nacer de la Universidad de Antioquia, con la asesoría del Ministerio de la Protección Social (MPS), con el objetivo general de "Evaluar el proceso de gestión y atención para la detección y tratamiento de las mujeres gestantes con sífilis en una muestra de los casos reportados al SIVIGILA en 2009 en 50 instituciones prestadoras de servicios de salud de 10 ciudades del país",¹ ha permitido conocer en detalle estas deficiencias.

Las conclusiones de este estudio se referencian a continuación:

- Los esfuerzos realizados por el país para garantizar el acceso universal al SGSSS requieren ser fortalecidos en las entidades territoriales, considerando que un 33% de las gestantes incluidas en el estudio no estaban afiliadas al sistema en el momento de la gestación, situación que retarda la consulta al control prenatal e impide el tratamiento oportuno de la gestante y la prevención de los casos de sífilis congénita.
- La fortaleza del país en materia de legislación y formulación de políticas dirigidas a la eliminación de los casos de sífilis congénita no se ve reflejada en una unidad de protocolos de atención, ni en el seguimiento a las políticas estatales relacionadas con la maternidad segura.
- No existe la suficiente conciencia, por parte de los actores del sistema, de la utilidad del sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC) como el medio para mejorar la salud de la población, por el contrario el SOGC es percibido como una obligación o requisito del SGSSS y la prestación de los servicios de salud para la atención de las gestantes con sífilis está aún centrada en el cumplimiento de funciones, actividades o requisitos obligatorios.
- Existe una gran disparidad entre municipios y entre IPS de un mismo municipio con respecto a la adopción y cumplimiento de un sistema de gestión por procesos, el cual se encuentra en una etapa inicial de implementación.

¹ El marco metodológico propuesto para esta investigación se estructuró con base en el sistema de gestión de la calidad basado en procesos. En cada uno de los estándares se evaluaron y verificaron las evidencias para los siguientes componentes relacionados con el ciclo de mejoramiento continuo: Planear (P), Hacer (H), Verificar (V) y Actuar (A) o mejoramiento.

- Se evidencian fortalezas en el cumplimiento de las actividades necesarias para la detección y atención de las gestantes con sífilis gestacional. No obstante, las debilidades en la planeación y en la evaluación no favorecen la toma de las decisiones más acertadas.
- El cumplimiento de la tamización para sífilis en el ingreso al programa de control prenatal es una fortaleza; no así el tamizaje en el tercer trimestre, el cual no se realiza en la mitad de los casos. Esto reduce las posibilidades de diagnóstico y tratamiento oportuno.
- Las acciones de salud pública en relación con la atención a las gestantes con sífilis no están siendo garantizadas por los prestadores de servicios de salud. Esto refleja en parte las dificultades generadas por la división artificial entre las acciones dirigidas al individuo y las acciones colectivas.
- Se evidencia una insuficiente articulación en la mayoría de los procesos entre MPS, INS, EAPB, direcciones territoriales de salud y prestadores de servicios de salud en cuanto a directrices, implementación, ejecución, seguimiento y evaluación de las políticas de salud pública para la atención de las gestantes con sífilis y sus contactos y una débil función de vigilancia y control por parte de los entes territoriales de salud a sus respectivos municipios e IPS.
- No se garantiza la continuidad del proceso de atención de las gestantes con sífilis gestacional cuando son referidas/contra referidas o cambian de régimen de afiliación en el SGSSS, ello denota un problema estructural del sistema de salud que genera, además, diagnósticos errados, sobre tratamientos, sub y sobre registro de casos, entre otras situaciones complejas.
- Los programas son reactivos a las diferentes problemáticas presentadas, situación que ha contribuido de manera importante con la no reducción de las tasas de sífilis congénita en el país.
- La acreditación de las instituciones es una herramienta importante para lograr mejores estándares de calidad y posiblemente disminuir o atenuar los daños causados por la enfermedad. Sin embargo, es necesario ser conscientes de cuál es el objetivo final de este proceso según la situación específica y en este caso en particular, a pesar de una ostensible mejoría en los estándares no se mejora el resultado final, como es el tratamiento adecuado de la mujer afectada y el corte de la cadena de transmisión al asegurar el tratamiento de los compañeros sexuales.

De igual manera, un estudio realizado durante el año 2010, por UNICEF, Health Alliance International y el Ministerio de la Protección Social, para buscar a los niños y niñas expuestos al VIH sin seguimiento cuyas madres ingresaron a la estrategia entre los años 2003 y 2009 en siete entidades territoriales, mostró una mortalidad del 8.1% entre 543 niños y niñas de quienes se encontró información de seguimiento clínico. Al analizar la totalidad de los casos registrados en la base de datos de la estrategia para estas entidades territoriales uno de los factores significativamente asociados con la mortalidad fue la no aplicación de las siguientes intervenciones: TAR anteparto, intraparto, cesárea, profilaxis ARV del recién nacido y reemplazo de fórmula láctea. Este mismo estudio evidenció un porcentaje de transmisión perinatal de 5.6%, al estratificar esta tasa según las intervenciones recibidas por el binomio madre hijo fue del 3% para los casos que recibieron intervenciones completas de la madre y del recién nacido, 8% para los casos en los cuales solo el recién nacido recibió las intervenciones, 6% para los casos en que solo la madre recibió las intervenciones y 30% para quienes no recibieron ninguna intervención. Teniendo en cuenta la asociación entre la mortalidad y la falta de intervenciones de la estrategia en la madre y su hijo expuesto la tasa de transmisión vertical podría superar el 10%.

Teniendo en cuenta estas conclusiones se han construido las líneas estratégicas y el planteamiento de las acciones que deben desarrollar los diferentes actores del SGSSS, con el fin de dar respuesta a las necesidades y problemáticas identificadas en la gestión para la atención a las gestantes con VIH y sífilis y que son consideradas como elementos prioritarios para impactar positivamente en la salud y calidad de vida de las gestantes y sus hijos e hijas.

1.3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH Y LA SÍFILIS GESTACIONAL Y CONGÉNITA

1.3.1 Aspectos generales del VIH en el país

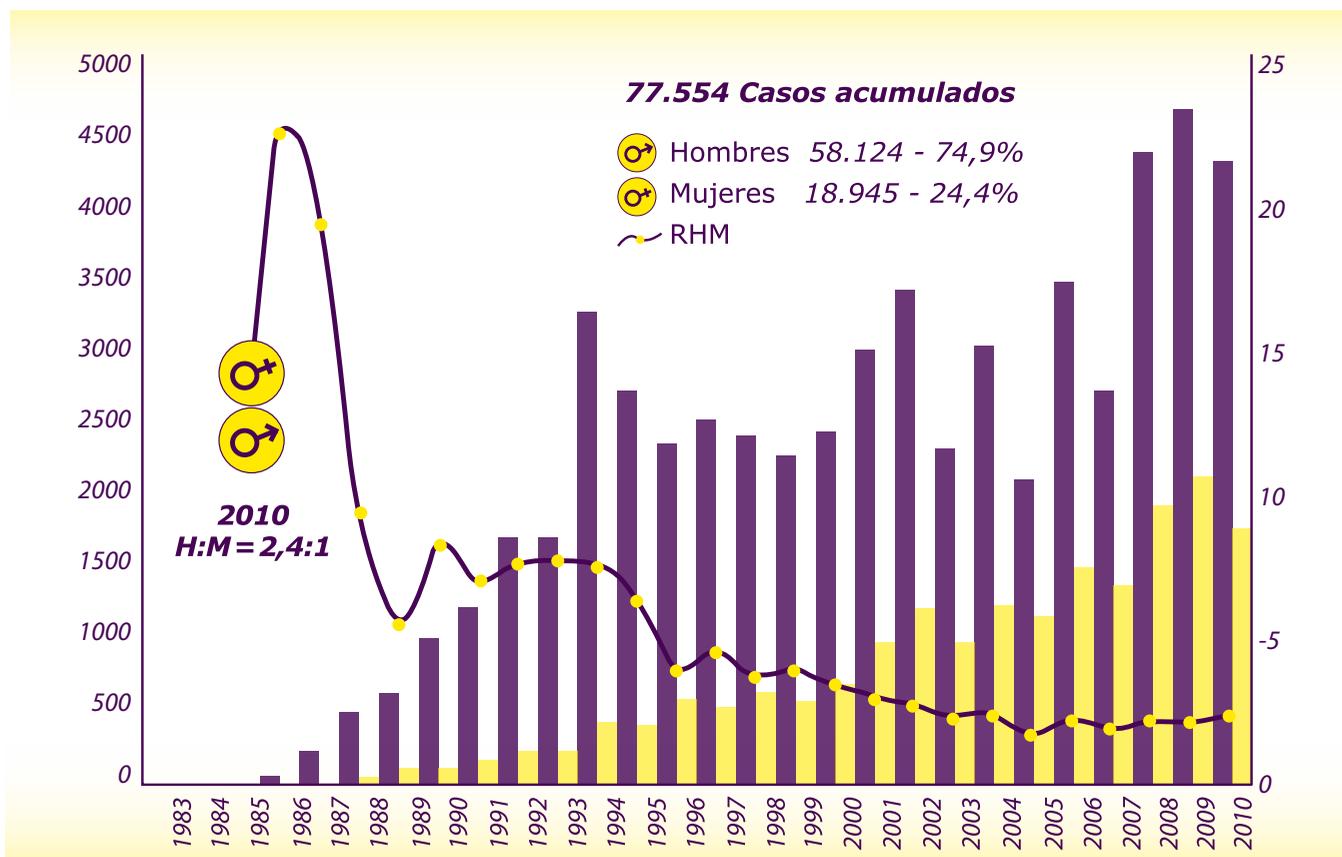
Actualmente, la epidemia de VIH en Colombia se puede definir como concentrada dado que la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con más factores de vulnerabilidad (hombres que tienen sexo con hombres) supera el 5% mientras que la prevalencia en gestantes no es superior al 1%.

Para las personas entre 15 y 49 años la prevalencia estimada es de 0.59%, de acuerdo con los datos referenciados en el informe UNGASS 2010.

Desde 1983, año en que se presentó el primer caso de VIH en el país, hasta la semana 49 de 2010 se han reportado un total de 77.554 casos, se incluyen infección por VIH, casos en estadio de sida y fallecidos. De acuerdo con estas cifras se observa un crecimiento anual del número de casos notificados, situación que se comporta igual para hombres y mujeres. En el acumulado de la epidemia se encuentra una

participación de 74.9% para hombres, 24.4% para mujeres y 0.7% de registros sin dato de sexo.

Gráfica 1. Casos notificados de VIH/SIDA/muertes. Distribución anual por sexo y razón hombre: mujer. Colombia 1983 a 2010*



Fuente: INS – MPS Base de datos Sivigila Procesamiento: Observatorio nacional de gestión en VIH/SIDA. Enero de 2011 Los datos de 2010 corresponden a los acumulados hasta la semana epidemiológica 49.

La tendencia general es al incremento en la frecuencia de casos notificados, que puede obedecer a varios factores: crecimiento de casos de infecciones recientemente adquiridas, mayor acceso a la asesoría y prueba voluntaria, oferta masiva al grupo de gestantes, mayor demanda de servicios diagnósticos y disminución de barreras administrativas para autorización de servicios.

Considerando que el mecanismo de transmisión sexual continúa siendo la vía que aporta el mayor número de casos y que mantiene el crecimiento de la epidemia, es importante mencionar que según la Encuesta Nacional de Salud del 2007, en el grupo de personas entre los 18 y 69 años de edad, la utilización del condón en la primera relación sexual fue de 18% y en la última relación sexual de 19%. Lo anterior indica que su utilización, en general, podría considerarse baja y esto aumentaría la

probabilidad de adquirir la infección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La necesidad de disminuir efectivamente la aparición de nuevos casos de VIH en neonatos ha propiciado el fortalecimiento de la estrategia de prevención materno infantil. Durante su desarrollo se han identificado casos en gestantes y establecido las condiciones de acceso al tratamiento profiláctico; en la etapa posterior al embarazo se le garantiza la terapia antirretroviral en las mismas condiciones de todas las personas que tengan los criterios necesarios para inicio de tratamiento. Los neonatos reciben los servicios de seguimiento médico, entrega de fórmula láctea para los 6 primeros meses de vida, exámenes de laboratorio para descartar precozmente la infección, exámenes de seguimiento y los medicamentos que se requieran.

A continuación se presentan los avances obtenidos a partir de la implementación de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

En primera instancia es importante conocer que en la actualidad la vigilancia del VIH y de la sífilis gestacional y congénita se realiza en el país a través de dos fuentes de información:

- 1. El Sistema nacional de vigilancia en salud pública (SIVIGILA): Su operación está a cargo del Instituto Nacional de Salud. A través de esta fuente se obtiene la información de los casos que diagnostican las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), mediante los siguientes códigos asignados: 740 para sífilis congénita, 750 para sífilis gestacional, 860 para VIH en gestantes y 870 para VIH en recién nacidos.
- 2. La estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita: su operación está a cargo de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social. A través del sistema de información establecido se monitorea a las madres, sus hijos e hijas.

1.3.2 Situación epidemiológica de la transmisión materno infantil del VIH

1.3.2.1 Situación del VIH en gestantes

De acuerdo con la información que se encuentra recopilada en el sistema de información de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, entre 2003 y 2007 se tamizaron 579.675 gestantes no afiliadas y

entre 2008 y 2010 se tamizaron 1.105.809 gestantes en los diferentes regímenes de aseguramiento en el país.

Tabla 4. Gestantes tamizadas para VIH y porcentaje de seropositividad. Colombia 2003 a 2010*

Año	Gestantes tamizadas	Casos nuevos con diagnóstico de infección por VIH	% de seropositividad en casos nuevos de VIH	Gestantes con diagnóstico de VIH antes del embarazo actual	Total gestantes captadas con VIH
2003	33.751	82	0,24%	7	89
2004	126.690	208	0,16%	20	228
2005	207.658	445	0,21%	46	491
2006	66.172	203	0,31%	30	233
2007	145.404	284	0,20%	33	317
2008	316.179	538	0,17%	99	637
2009	423.393	525	0,12%	116	641
2010	366.237	476	0,13%	82	558
Total	1.685.484	2.761	0,16%	433	3.194

1.3.2.1.1 Cobertura de tamizaje

El séptimo estudio centinela realizado en el año 2009, en mujeres gestantes mostró una prevalencia de VIH de 0.22%. Si se aplica esta prevalencia a la población proyectada de gestantes para 2009 que corresponde a 940.777, se esperarían 2.069 gestantes diagnosticadas con infección por VIH y para 2010 de un total de 928.306 gestantes proyectadas, 2.042 se diagnosticaran como casos de infección por VIH.

Sin embargo, a través de la estrategia sólo fueron reportados 525 casos en el 2009 y 476 en el 2010, lo cual significa que el porcentaje de casos notificados fue de 25% y 23% respectivamente.

En cuanto al tamizaje para 2009, se obtuvo información por parte de las administradoras de planes de beneficios y de las direcciones territoriales de salud de 423.393 gestantes para un cumplimiento de 45%, mientras que en 2010, con corte a tercer trimestre, la cobertura alcanzó el 39%.

Tabla 5. Cobertura de tamizaje en gestantes y casos de infección por VIH. Colombia 2009 a 2010*

Año	Nº gestantes estimadas	Nº gestantes tamizadas	% de tamizaje	Nº gestantes estimadas a diagnosticar con VIH	Nº gestantes diagnosticadas con VIH	% de gestantes diagnosticadas
2009	940.777	423.393	45%	2.069	525	25%
2010*	928.306	366.237	39%	2.042	476	23%

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. INS: Sivigila.

*Datos con corte a tercer trimestre de 2010.

La siguiente tabla muestra la distribución de los casos de gestantes con diagnóstico de infección por VIH presentado por entidad territorial entre los años 2003 y 2010.

Las 10 entidades territoriales que han notificado el mayor número de casos de gestantes con diagnóstico de infección por VIH son: Valle del Cauca, Bogotá D.C., Antioquia, Córdoba, Barranquilla, Santa Marta, Cesar, Meta y Norte de Santander.

Tabla 6. Número de gestantes con diagnóstico de VIH. Distribución por entidad territorial de salud y año. Colombia 2003 a 2010*

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

INS: Sivigila. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010.

Nº	Entidad territorial	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	Total gestantes
1	Amazonas	0	2	1	1	4	3	1	0	12
2	Antioquia	5	22	61	39	19	41	61	59	307
3	Arauca	0	0	0	0	1	2	0	0	3
4	Atlántico	4	2	10	1	14	22	16	17	86
5	Barranquilla	6	10	30	10	13	18	48	26	161
6	Bogotá D.C.	6	18	55	12	34	93	64	57	339
7	Bolívar	6	4	7	3	11	14	9	12	66
8	Boyacá	0	1	2	2	10	7	6	12	40
9	Caldas	4	4	10	2	1	13	11	5	50
10	Caquetá	1	0	4	2	7	7	8	10	39
11	Cartagena	0	4	8	3	2	16	29	13	75
12	Casanare	0	0	4	0	0	5	10	7	26
13	Cauca	0	2	5	4	5	14	7	9	46
14	Cesar	0	4	16	10	17	14	15	28	104
15	Choco	0	1	3	1	3	9	15	7	39
16	Córdoba	4	19	32	9	21	25	28	39	177
17	Cundinamarca	0	6	5	5	8	14	10	11	59
18	Guainía	0	0	1	0	0	1	0	0	2
19	Guaviare	0	0	3	0	0	5	1	0	9
20	Huila	1	4	10	5	8	19	12	15	74
21	La Guajira	5	3	12	9	15	20	6	13	83
22	Magdalena	1	1	5	9	15	22	23	13	89
23	Meta	6	12	9	15	9	24	14	15	104
24	Nariño	1	4	16	3	3	17	16	17	77
25	Nte de Santander	5	13	24	11	7	13	20	7	100
26	Putumayo	0	0	2	0	1	6	4	2	15
27	Quindío	4	10	11	1	2	7	10	7	52
28	Risaralda	7	8	16	4	7	15	8	9	74
29	San Andrés	0	0	1	0	0	0	1	4	6
20	Santa Marta	1	12	15	6	10	21	31	17	113
31	Santander	3	8	11	2	8	10	26	13	81
32	Sucre	7	7	20	7	7	15	15	26	104
33	Tolima	2	9	7	9	6	16	14	11	74
34	Valle	10	38	74	48	49	107	101	75	502
35	Vaupés	0	0	0	0	0	0	0	1	1
36	Vichada	0	0	1	0	0	2	1	1	5
	TOTAL	89	228	491	233	317	637	641	558	3.194

1.3.2.1.2 Control prenatal

La edad de inicio del control prenatal en el primer trimestre de la gestación es un aspecto clave para la prevención de la transmisión materno infantil del VIH, de esta circunstancia depende, en gran medida, la oportunidad en el diagnóstico temprano e inicio oportuno del tratamiento profiláctico antirretroviral para la gestante en el anteparto.

En el quinquenio 2003 - 2007, el inicio del control prenatal en el primer trimestre de gestación pasó de 9% a 19%; el porcentaje de gestantes que iniciaron control en el segundo trimestre pasó del 39% al 51%; mientras que la iniciación de controles prenatales en el tercer trimestre disminuyó del 49% a un 30%.

Los datos del año 2009 muestran que el porcentaje de mujeres que iniciaron su control prenatal en el tercer trimestre de gestación se redujo al 23%; este dato muestra una mejor captación de la gestante con referencia a los años anteriores. Pero a su vez, se observa un aumento en el porcentaje de los casos sin la información de esta variable.

Tabla 7. Gestantes con diagnóstico de VIH. Semanas de gestación al inicio del primer control prenatal. Colombia 2003 a 2010*

Semanas al 1er C.P.	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
1 a 13 (1 trimestre)	8	9	26	11	73	15	51	22	59	19	182	29	216	43	165	30
14 a 27 (2 trimestre)	35	39	99	43	199	41	108	46	162	51	274	43	218	43	191	34
28 y más (3 trimestre)	44	49	103	45	196	40	72	31	96	30	156	24	148	23	99	18
Sin C.P.	2	2	0	0	23	5	2	1	0	0	5	1	13	2	13	2
Sin dato	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	3	46	7	90	16
Total	89	100	228	100	491	100	233	100	317	100	637	100	641	100	558	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010.

Los datos anteriores evidencian la necesidad de hacer un mayor énfasis en el fortalecimiento de los programas de atención prenatal y de prevención de VIH/sida en el país.

1.3.2.1.3 Tratamiento antirretroviral anteparto

La falta de información respecto a la administración de tratamiento antirretroviral anteparto, consecuencia del no reporte de esta información por las entidades administradoras de planes de beneficios y las entidades territoriales, impide la valoración de este indicador; situación que viene aumentando y que presenta el pico más alto de subregistro en 2008, en el cual, el porcentaje de casos sin dato de administración de tratamiento ascendió a 28%.

Sin embargo, llama la atención que del total de gestantes de las cuales se tiene información con respecto a la administración del tratamiento antirretroviral anteparto, en promedio solo el 76,5% recibió tratamiento antirretroviral entre el periodo 2003 -2009, sin evidenciar cambios significativos entre un año y otro.

Tabla 8. Gestantes con diagnóstico de VIH. Tratamiento profiláctico antirretroviral en el anteparto. Colombia 2003 a 2010*

TAR anteparto	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
Si recibió	60	67	176	77	365	74	158	68	225	71	365	56	431	67	256	46
No recibió	29	33	47	21	99	20	49	21	58	18	103	16	127	20	82	15
Sin dato	0	0	5	2	27	5	26	11	34	11	178	28	83	12	220	39
Total	89	100	228	100	491	100	233	100	317	100	637	100	641	100	558	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010

1.3.2.1.4 Inicio de la terapia antirretroviral anteparto

En 2003 el 40% de las gestantes con infección por VIH inició su tratamiento profiláctico antirretroviral en el segundo trimestre de gestación; con 5 años de implementación de la estrategia se logró que para 2007 este porcentaje llegara al 54%. El inicio tardío de la terapia en el tercer trimestre de la gestación pasó de 60% en el 2003 al 43% en 2007.

De otra parte para 2009, el 5% de las gestantes diagnosticadas con infección por VIH inició la terapia antirretroviral en el primer trimestre de gestación, esta iniciación temprana del TAR se realizó teniendo en cuenta que el 26% de las gestantes se encontraban en fase Sida, el 30% presentaban cargas virales por encima de 2.500 copias, el 26% eran gestantes diagnosticadas antes del embarazo actual y el 17% iniciaron el tratamiento ARV por criterio médico.

El 58% de las gestantes con VIH iniciaron su terapia ARV en el segundo trimestre y el 36% lo hizo en el tercer trimestre.

El inicio oportuno de la terapia antirretroviral durante el segundo trimestre de la gestación tiene como resultado la disminución de la probabilidad de transmisión perinatal del VIH al disminuir la carga viral; la probabilidad de transmisión sin intervención en esta etapa de la gestación es del 30% al 40%.

Tabla 9. Gestantes con diagnóstico de VIH. Semanas de gestación al inicio del tratamiento profiláctico antirretroviral anteparto. Colombia 2003 a 2010*

Semanas al 1er C.P.	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
1 a 13 (1 trimestre)	0	0	0	0	3	1	3	2	6	3	11	3	23	5	17	7
14 a 27 (2 trimestre)	24	40	80	45	195	53	88	56	122	54	210	59	252	58	169	66
28 y más (3 trimestre)	36	60	96	55	167	46	67	42	97	43	135	38	156	36	70	27
TOTAL	60	100	176	100	365	100	158	100	225	100	356	100	431	100	256	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010

1.3.2.1.5 Tratamiento antirretroviral intraparto

Como sucede con la información de la administración de tratamiento anteparto, el año 2008 es el que presenta el mayor porcentaje de gestantes que no registran dato sobre la aplicación del protocolo intraparto (30%); esto afecta la evaluación del porcentaje de cumplimiento de gestantes que recibieron TAR.

Estas deficiencias en la información dificultan conocer en su totalidad el comportamiento de la terapia intraparto en el país, por lo que se requiere la participación activa y responsable de todas las administradoras de planes de beneficios y de las direcciones territoriales de salud para que mejoren el reporte y la calidad del dato a través del sistema de información propio de la estrategia. De igual manera se requiere la participación de las direcciones territoriales de salud en lo pertinente a la inspección vigilancia y control de la oferta de los servicios estipulados por la ley.

Tabla 10. Gestantes con diagnóstico de VIH. Administración de terapia antirretroviral intraparto. Colombia 2003 a 2010*

TAR anteparto	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
Si recibió	69	78	194	85	376	77	166	71	247	77	366	57	393	61	146	39
No recibió	18	20	27	12	70	14	33	14	39	12	78	12	78	12	32	9
Sin dato	2	2	7	3	45	9	34	15	35	11	193	30	170	27	195	52
Total	89	100	228	100	491	100	233	100	317	100	637	100	641	100	373	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010

1.3.2.2 Situación del VIH en niños y niñas

El indicador de transmisión materno infantil del VIH mide el porcentaje de niños y niñas menores de dos años que adquirieron el VIH por vía materna con respecto al total de expuestos (hijos de mujeres con diagnóstico de VIH durante la gestación) en un período determinado. Este indicador tiene como propósito determi-

nar la eficacia de los programas de prevención y atención integral al interior de los servicios de salud, para dar acceso a diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH en los programas de control prenatal.

Desde 2003 la estrategia dispone de datos relevantes, sin embargo, hay que tener en cuenta que hasta 2007 se recolectó Información proveniente exclusivamente de la población no afiliada. A partir de 2008, la información incluye el reporte que realizan todos los actores del sistema.

El reporte del indicador de transmisión perinatal para cada período a informar se realiza dos años después de éste, tiempo en el cual se espera finalizar y consolidar los resultados del seguimiento de cada niño o niña nacido en el período a reportar. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede hablar con certeza que el último año con la cohorte cerrada es 2008 presentando un porcentaje de transmisión perinatal de 5.8%.

Un corte parcial de 2009 - 2010 muestra un porcentaje de transmisión perinatal de 4,1% y del 5,3% respectivamente, lo cual evidencia que en la actualidad Colombia no está cumpliendo con la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH propuesta por la OPS, lo que significa reducir el porcentaje de infección en niños y niñas expuestos al VIH al 2% o menos.

A continuación se presentan los datos obtenidos a través de la implementación de la estrategia.

Tabla 11. Porcentaje de transmisión materno infantil del VIH. Colombia 2003 a 2010*

Año de nacimiento	Nº nacidos vivos	Nº niños (as) con diagnóstico de VIH < 2 años	% de transmisión perinatal
2003	60	4	6,7%
2004	178	11	6,2%
2005	432	14	3,2%
2006	204	16	7,8%
2007	284	18	6,3%
2008	416	24	5,8%
2009	434	18	4,1%
2010*	304	16	5,3%
TOTAL	2.312	121	

*Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010*

1.3.2.2.1 Profilaxis antirretroviral en niños y niñas

La administración de profilaxis antirretroviral durante 42 días a los niños y niñas expuestos al VIH, ha fluctuado del 94% al 97% entre 2003 - 2009. El porcentaje de niños y niñas que no recibieron la profilaxis ARV en el mismo periodo ha oscilado entre el 3% y el 4%.

Tabla 12. Niños y niñas expuestos al VIH. Administración de profilaxis antirretroviral. Colombia 2003 a 2010*

Profilaxis ARV	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
Si recibió	58	97	173	97	418	97	185	95	266	96	386	95	404	94	270	90
No recibió	2	3	5	3	12	3	6	3	10	4	18	4	16	4	10	4
Sin dato	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	2	1	8	2	19	6
Total	60	100	178	100	430	100	194	100	276	100	406	100	428	100	299	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010

1.3.2.2.2 Fórmula láctea

La ingesta de la fórmula láctea por parte de los niños y niñas expuestos al VIH desde el momento del nacimiento hasta los 6 meses de edad ha estado entre un 90% y 97% en el período de 2003 a 2009, en el mismo período, el porcentaje de niños y niñas que no recibieron fórmula de reemplazo osciló entre el 3% y 9%.

La estrategia para la eliminación de la transmisión perinatal del VIH tiene establecido en su protocolo la realización de una primera carga viral del niño o niña al primer mes de vida, y una segunda a los 6 meses de edad para determinar su estado virológico frente al VIH. La confirmación diagnóstica y el seguimiento de los niños expuestos perinatalmente al VIH establece un desafío para la red de laboratorios, los programas de atención integral, los programas de crecimiento y desarrollo, los sistemas de información de las EAPB y las direcciones territoriales

de salud las cuales deben asegurar el diagnóstico oportuno y la atención integral de los niños y niñas.

Tabla 13. Niños y niñas expuestos al VIH. Suministro de fórmula láctea hasta los 6 meses de edad. Colombia 2003 a 2010*

Fórmula láctea	2003	%	2004	%	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010*	%
Si recibió	54	90	167	94	418	97	179	92	263	263	369	91	390	91	149	65
No recibió	6	10	9	5	12	3	9	5	12	12	22	5	20	5	10	4
Sin dato	0	0	2	1	0	0	6	3	1	1	15	4	18	4	70	31
Total	100	100	178	100	430	100	194	100	276	276	406	100	428	100	229	100

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. *Datos con corte a tercer trimestre de 2010

Sin embargo se han identificado barreras para la atención y seguimiento de los casos de los niños y niñas expuestos perinatalmente al VIH, entre los que se encuentran problemas de seguridad en el marco del conflicto armado, el estigma y la discriminación.

El no cumplimiento del protocolo establecido da como resultado la realización de diagnósticos tardíos en los niños y niñas dejando como consecuencia un deterioro de su calidad de vida, costos sociales y económicos para el grupo familiar y aumento de los costos en la atención en salud.

1.3.3 Situación epidemiológica de la sífilis gestacional

A partir de 2003 en el país la sífilis gestacional se incluyó dentro de los eventos de interés en salud pública de notificación obligatoria, lo cual permitió un incremento en el reporte de los casos aunque aún existe subregistro y retardo en la notificación.

Tabla 14. Prevalencia de sífilis gestacional por mil nacidos vivos Distribución por entidad territorial Colombia 2005 a 2008

Entidad territorial	2005	2006	2007	2008
Guainía	3,85	0,00	6,05	5,84
Quindío	6,34	3,00	3,95	5,01
Meta	3,95	3,15	4,17	4,92
Arauca	4,12	2,79	4,32	4,77
Sucre	4,56	3,82	6,11	4,24
Valle	4,51	3,12	3,50	4,09
La Guajira	0,53	0,75	0,75	4,06
Antioquia	1,99	2,16	1,75	3,67
Vichada	1,38	2,36	3,12	3,35
Chocó	5,20	5,98	0,39	3,24
Magdalena	2,10	1,06	2,48	3,19
Tolima	1,25	1,06	2,34	3,04
Cauca	2,97	4,03	0,52	2,68
Bogotá	1,71	2,02	1,81	2,60
Córdoba	0,76	0,25	2,72	2,37
Casanare	2,07	1,87	0,81	2,35
Nariño	2,85	1,16	1,93	2,29
Caldas	1,69	0,74	1,35	2,05
Guaviare	0,58	4,89	1,28	1,99
Vaupés	0,00	0,00	0,00	1,84
Bolívar	1,58	1,98	1,94	1,76
Atlántico	1,09	1,43	0,97	1,72
Santander	0,53	2,53	0,77	1,68
Risaralda	1,01	0,93	1,42	1,61
Huila	3,55	1,58	2,01	1,59
Putumayo	4,56	0,79	1,47	1,41
Caquetá	1,25	1,54	1,93	1,39
Nte de Santander	2,72	1,76	1,84	1,06
Cesar	0,44	0,38	1,22	0,92
Amazonas	2,32	4,15	2,16	0,82
Boyacá	1,37	1,71	1,22	0,80
Cundinamarca	1,69	2,08	1,76	0,69
San Andrés	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	2,15	1,98	2,00	2,61

Fuente: Instituto Nacional de Salud – SIVIGILA DANE Estadísticas Vitales

El comportamiento de la notificación de casos por entidad territorial entre 2003 y 2010, ha sido variable. El 53% del total de los casos notificados en este periodo proceden en su orden de Valle del Cauca, Antioquia, Bogotá, Nariño, Sucre y Huila, como puede apreciarse en el siguiente cuadro.

Al calcular la prevalencia de sífilis gestacional en relación con los nacidos vivos, se aprecia como en la mayoría de las entidades territoriales se ha incrementado.

Los cálculos nacionales de la prevalencia de sífilis gestacional en relación con los nacidos vivos y las gestantes estimadas demuestran también un aumento progresivo.

Tabla 15. Prevalencia de sífilis gestacional según gestantes estimadas. Estimaciones por 1.000 gestantes esperadas. Colombia 2005 a 2010*

Año	Nº gestantes con sífilis	Gestantes estimadas	Prevalencia
2005	2.539	1.021.402	2.49
2006	2.935	1.015.834	2.89
2007	3.371	1.007.686	3.35
2008	4.108	1.014.958	4.05
2009	4.034	940.777	4.29
2010	4412*	928.306	4.75

Fuente: el dato de número de casos proviene de fuente INS- sivigila. Los datos de gestantes esperadas corresponden a cálculos propios de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

* Los datos del año 2010 corresponde al total de casos reportados hasta la semana epidemiológica 48.

Sin embargo, el dato más realista y próximo está dado por el estudio realizado en el año 2009, dónde se estimó la prevalencia de sífilis en gestantes en 13 ciudades del país, mediante un anidado al VII Estudio Centinela de Prevalencia de VIH en Gestantes. En este estudio se obtuvo una prevalencia de sífilis gestacional de 1,7%.

Tabla 16. Prevalencia de sífilis gestacional por mil nacidos vivos. Estimaciones por 1000 nacidos vivos. Colombia 2005 a 2010*

Año	Nº gestantes con sífilis	Gestantes estimadas	Prevalencia
2005	2.539	719.968	3.53
2006	2.935	714.450	4.11
2007	3.371	709.253	4.75
2008	4.108	715.453	5.75
2009	4.034	659.073	6.12
2010	4412*	649.358	6.8

Fuente: el dato de número de casos proviene de fuente INS- sivigila. Los datos de gestantes esperadas corresponden a cálculos propios de la estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

* Los datos del año 2010 corresponde al total de casos reportados hasta la semana epidemiológica 48.

Para cuantificar las deficiencias en la atención a la gestante y en el sistema de información se ha aplicado la prevalencia estimada de 1,7% con el fin de calcular el número de gestantes con serología positiva para sífilis que deberían haber sido diagnosticadas y reportadas al sistema de vigilancia durante 2009 y 2010.

En total las cifras estimadas para estos años son de 15.034 y 14.834 gestantes potencialmente infectadas respectivamente. Sin embargo, a través del Sivigila sólo fueron reportados para 2009 4.034 casos y para 2010 4.412 casos, es decir que la cobertura de notificación para el nivel nacional solo llegó al 27% y al 30% respectivamente, lo cual significa que el promedio de subregistro calculado para estos dos años es de 71%.

Tabla 17. Estimación de gestantes con serología positiva y proporción de casos estimados versus casos reportados al Sivigila. Colombia 2009 a 2010*

Año	2010*	2009
Total de gestantes estimadas (1)	940.777	928.306
% de gestantes que acuden por lo menos una vez al CPN (2)	884.330	872.607
Gestantes tamizadas (3)	540.102	561.714
Gestantes no tamizadas (3)	344.228	310.893
Prevalencia en gestantes (4)	1.7	1.7
Estimación de gestantes con serología positiva (5)	15.034	14.834
Gestantes con sífilis reportadas al Sivigila (6)	4.034	4.412
% estimado de casos de sífilis reportados al Sivigila (6)	27%	30%
% estimado de casos de sífilis no reportados al Sivigila (6)	73%	70%

Fuentes:

(1) MPS - cálculos propios de la estrategia

(2) Cálculo a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía 2005, que reportan que el 94% de las gestantes acudieron por lo menos una vez al control prenatal.

(3) MPS - estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita

(4) Prevalencia según anidado en el VII estudio centinela de VIH en gestantes Colombia 2009.

(5) Cálculo a partir de resultados del VII estudio centinela de VIH en gestantes Colombia 2009.

(6) INS - Sivigila

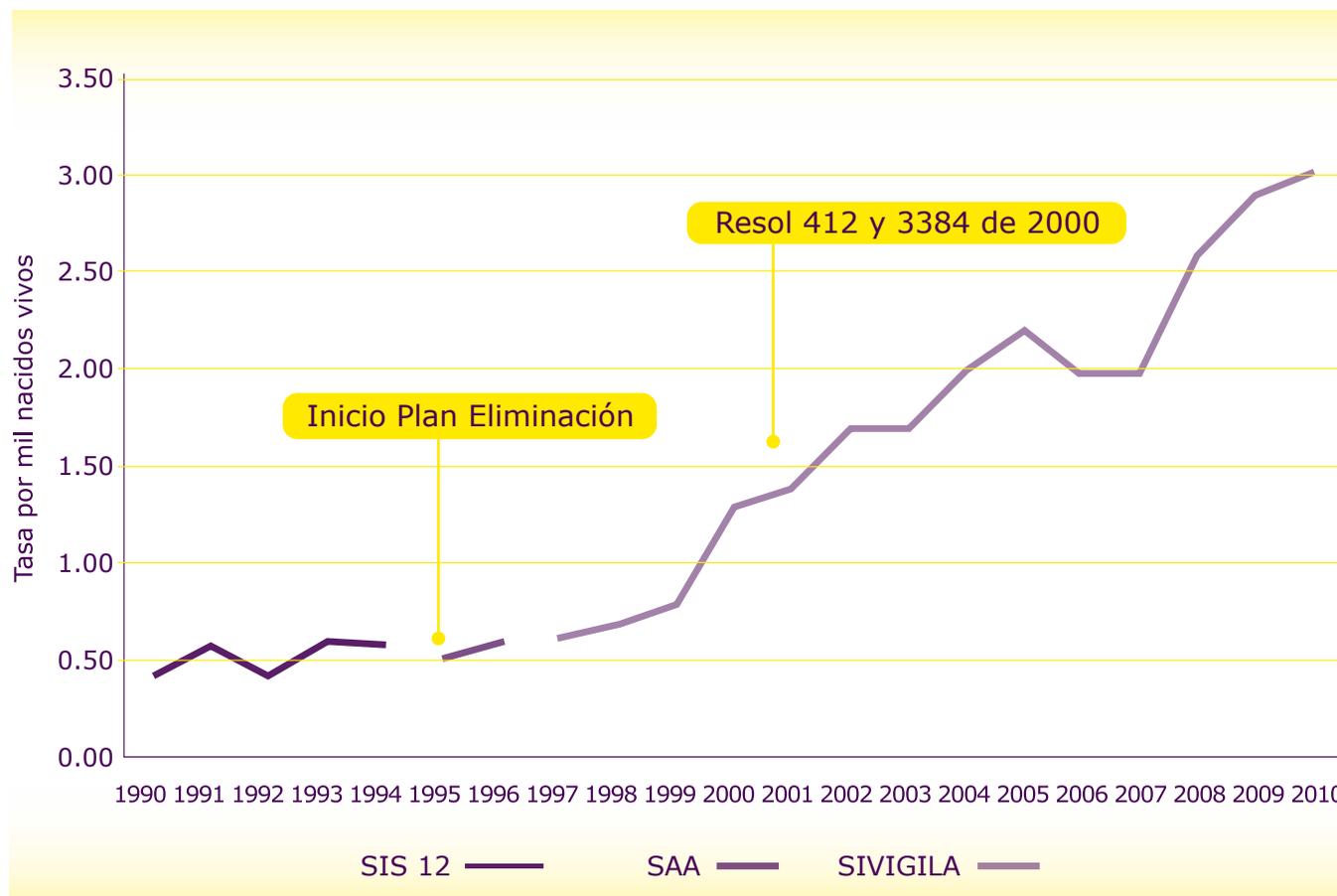
(6) MPS estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Los datos demuestran que más allá de las deficiencias en el proceso de la notificación, existen serias dificultades en el diagnóstico oportuno y por tanto en el manejo adecuado de las madres con el consecuente incremento en los casos de sífilis congénita.

1.3.4 Situación epidemiológica de la sífilis congénita

La incidencia de sífilis congénita en el país ha ido en aumento pasando de 0,42 por 1.000 nacidos vivos en el año 1990 a 3.0 por 1.000 nacidos vivos en 2010.

Gráfico 2. Incidencia de sífilis congénita por 1.000 nacidos vivos. Distribución anual. Colombia 1990 a 2010*



Fuente: MPS -SIS 12 desde 1990 a 1994, MPS- oficina de epidemiología - Sistema Alerta Acción SAA 1996 -1998, MPS- SIVIGILA 1999 - 2009. Para el cálculo de la incidencia de los años 2008 -2010 se tomaron los cálculos de nacidos vivos. Los datos de 2010 corresponden a los casos acumulados a semana epidemiológica 49

2. MARCO LEGAL

En Colombia el marco normativo existente brinda todas las garantías para que la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita puedan ser consideradas como eventos en fase de eliminación. Dentro de estas garantías están:

- La Constitución Política de 1991, artículo 49, considera la salud como un servicio público a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud y de saneamiento ambiental a los habitantes, conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.

- La implementación de la Ley 100/1993, mediante la cual se establece el SGSSS para garantizar los servicios de salud a la totalidad de la población optando por una forma más racional de financiación de los servicios. A través de esta ley se definieron las condiciones para el acceso al Plan Obligatorio de Salud (POS) que busca la protección integral de las familias durante la maternidad y enfermedad general en las fases de promoción y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de todas las patologías.

- Decreto 1543 de 1997, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS).

- La Resolución 412 de 2000, por medio de la cual 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 incluidas la sífilis gestacional y congénita.

- La Resolución 3384 de 2000, que modificó los artículos 11, 16 y 17 de la Resolución 412 asignando responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y estableciendo las metas de cumplimiento para las aseguradoras y entidades territoriales.

- La Ley 715 de 2001 define los recursos y competencias para cada uno de los niveles, nacional, departamental y municipal para la prestación de servicios de salud y el desarrollo de acciones de salud pública.

- La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003, incluyó, para VIH y sífilis, acciones dirigidas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las infecciones de transmisión sexual (ITS), y el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.

- El Conpes 091 de 2005, establece las metas y estrategias que se implementarán hasta 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). El objetivo 6 indicador 3, establece reducir en un 20% la incidencia de transmisión madre hijo durante el quinquenio 2010 - 2015 en comparación con el quinquenio 2005 - 2010.

Con referencia a lo anterior es importante mencionar, que el Ministerio de la Protección Social solicitó al Departamento Nacional de Planeación (DNP) el cambio del indicador de medición de la transmisión madre hijo del VIH por el de porcentaje de casos de transmisión materno infantil del VIH. Esta modificación obedece al compromiso nacional de estandarizar sus indicadores en consonancia con los acuerdos técnicos que están contenidos en el documento de la "Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe", cuya meta nacional propuesta sería, reducir el porcentaje de transmisión materno infantil del VIH al 2% o menos.

- El Decreto 2323 de 2006, organiza la Red Nacional de Laboratorios y establece cuatro líneas estratégicas sobre las cuales se centran sus acciones: 1) Vigilancia en salud pública, 2) Investigación, 3) Gestión de la calidad 4) Prestación de servicios. Establece las funciones de los laboratorios nacionales de referencia (INS e INVIMA), laboratorios de salud pública departamental y distrital y de los laboratorios en el nivel municipal.

- La Resolución 3442 de 2006, adopta el Modelo de Gestión Programática y la guía de atención integral para el manejo de la infección por el VIH.

- El Decreto 3518 de 2006, crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) y establece las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública, dentro de los cuales se encuentran la sífilis gestacional y congénita, y el VIH/sida. Se cuenta con un protocolo de vigilancia estandarizado que incluye las fichas únicas de notificación de casos, que se realiza de forma semanal en el nivel nacional.

- La Resolución 1446 de 2006, define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo; la resolución se estableció como uno de los indicadores de calidad, la presencia o no de eventos adversos, dentro de los cuales se identifica la sífilis congénita.

● La Ley 1122 de 2007, establece los mecanismos que permiten la evaluación a través de indicadores de gestión y resultados en salud y bienestar de todos los actores que operan en el SGSSS.

● El Decreto 3039 del 2007, establece el Plan Nacional de Salud Pública que incluye a la sífilis como prioridad para mejorar la salud infantil. De otra parte el VIH se incluye dentro de la salud sexual y reproductiva como prioridad.

● El Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008 – 2011, propone cuatro ejes temáticos: Promoción y prevención, Atención integral, Apoyo y protección social, Seguimiento y evaluación de la respuesta.

3. OBJETIVOS Y METAS

Objetivo general

Eliminar la transmisión materno infantil del VIH y la sífilis congénita.

Metas generales

1. Para el año 2015 la incidencia de sífilis congénita en Colombia será de 0.5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos.
2. Para el año 2015 la transmisión materno infantil del VIH en Colombia será del 2%, o menos.

Objetivo específico 1

Aumentar la demanda inducida simultánea de las pruebas de VIH y sífilis en gestantes, en el control prenatal.

Metas para cumplir con este objetivo

- Para el año 2015 se tendrá una cobertura de tamizaje con serología para sífilis del 100% en las gestantes que acuden al control prenatal.
- Para el año 2015 se tendrá una cobertura de oferta de asesoría y prueba voluntaria para el VIH al 100% de las gestantes que acuden al control prenatal.

Objetivo específico 2

Ampliar la cobertura de tratamiento de sífilis y profilaxis antirretroviral para VIH en las gestantes y mejorar la oportunidad y el grado de adecuación del tratamiento a la gestante, a su pareja y al recién nacido.

Metas para cumplir con este objetivo

- Para el año 2015 se ofertará al 100% de las gestantes con diagnóstico de sífilis y/o VIH el tratamiento adecuado y oportuno, según lo establecido en las guías de manejo vigentes definidas por el nivel nacional.

● Para el año 2015 el 95% de las gestantes y recién nacidos con diagnóstico de sífilis recibirán tratamiento oportuno y adecuado, según lo establecido en las guías de manejo vigentes definidas por el nivel nacional.

● Para el año 2015 el 95% de las madres, niños y niñas con tratamiento para sífilis tendrán seguimiento post tratamiento, de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.

● Para el año 2015 se aumentará en un 50% el inicio del tratamiento para sífilis, en el primer trimestre del embarazo.

● Para el año 2015 se aumentará en un 37% el inicio del tratamiento profiláctico para VIH, en la semana 14 de gestación.

● Para el año 2015 se aumentará en un 34% la administración del TAR profiláctico intraparto.

● Para el año 2015 el 95% de las gestantes tendrán seguimiento de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.

● Para el año 2015 el 98% de los niños y niñas expuestos al VIH habrán recibido tratamiento profiláctico antirretroviral al nacimiento, de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.

● Para el año 2015 el 95% de los niños y niñas expuestos al VIH habrán recibido fórmula láctea de reemplazo hasta los 6 meses de edad.

● Para el año 2015 el 90% de los niños y niñas con profilaxis antirretroviral para VIH tendrán seguimiento, de acuerdo con lo establecido en las guías vigentes.

● Para el año 2015 el 90% de los niños y niñas expuestos al VIH, completarán a los seis meses de edad, su algoritmo diagnóstico para definir su estado con respecto a la infección por VIH.

Objetivo específico 3

Ampliar la cobertura de la notificación de casos de VIH y sífilis y mejorar la calidad del dato.

Metas para cumplir con este objetivo

- Para el año 2015 el 90% de las unidades primarias generadoras de datos reportarán al sistema de vigilancia nacional el total de casos diagnosticados con VIH gestacional, VIH perinatal, sífilis gestacional y congénita.
- Para el año 2012 el 75% de las direcciones territoriales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios reportarán el 100% de los indicadores del presente plan.
- Para el año 2015 el 95% de las direcciones territoriales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios reportarán el 100% de los indicadores del presente plan.
- Para el año 2015 el 90% de los casos de sífilis y VIH tendrán las fichas de seguimiento diligenciadas adecuadamente.

El Objetivo específico 4

Realizar seguimiento y evaluación a la implementación del plan estratégico para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita.

Metas para cumplir con este objetivo

- Para el año 2011 el 100% de las entidades territoriales de salud y las entidades administradoras de planes de beneficios habrán recibido procesos de asistencia técnica para el conocimiento del plan estratégico.
- Para el año 2011 el 50% de las entidades territoriales y entidades administradoras de planes de beneficios tendrán, dentro de sus planes operativos anuales, actividades que respondan a las líneas estratégicas del plan.
- Para el año 2012 el 100% de las entidades territoriales y entidades administradoras de planes de beneficios tendrán, dentro de sus planes operativos anuales, actividades que respondan a las líneas estratégicas del plan.

4. LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACTIVIDADES GENERALES

A continuación, se presentan las líneas estratégicas de trabajo y una descripción general de las actividades del plan.

4.1 Promoción y fomento de la salud en la comunidad

- Empoderar a la comunidad sobre el conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y el fomento del inicio temprano del control prenatal, involucrando siempre a las parejas.
- Diseñar y desarrollar estrategias de información, educación y comunicación dirigidas al individuo, familia y comunidad para la difusión y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, derechos del usuario en el SGSSS, con énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las ITS/VIH/Sida y la reducción del estigma y discriminación.
- Detectar barreras e implementar estrategias que permitan el acceso de las gestantes a los servicios de diagnóstico y tratamiento.
- Implementar estrategias de información, educación y comunicación orientadas a inducir la demanda de control prenatal y canalización de las gestantes hacia los servicios de salud.
- Capacitar a los grupos de base comunitaria para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos y la prevención de las infecciones de transmisión sexual, VIH/Sida, con énfasis en los grupos de gestantes, mujeres con intención reproductiva y sus parejas.
- Empoderar a la comunidad en sus derechos y deberes dentro del SGSSS, en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva (SSR).
- Implementar acciones de abogacía y sensibilización a tomadores de decisión para la inclusión de estas temáticas en la agenda pública.

4.2 Fortalecimiento de la capacidad de respuesta institucional

- Fortalecer las competencias y habilidades del talento humano en salud, a través de asistencia técnica y seguimiento a las entidades territoriales de salud, las entidades administradoras de planes de beneficios y las instituciones prestadoras de servicios de salud, en aspectos relacionados con la atención integral de la gestante en VIH y sífilis para garantizar el cumplimiento de las actividades de promoción, prevención y control relacionadas con el plan.
- Fortalecer los canales de coordinación intrainstitucional entre los diferentes servicios y programas relacionados con la SSR así como con la atención pediátrica.
- Mejorar la cobertura, oportunidad y grado de adecuación del diagnóstico y el tratamiento en los casos y sus contactos.
- Fortalecer la capacidad de respuesta de la red de laboratorios de las entidades territoriales para el diagnóstico de VIH y sífilis.
- Mejorar los procesos de control de calidad de las pruebas de VIH y sífilis a cargo de los laboratorios departamentales de salud pública.
- Fortalecer los mecanismos de inspección, vigilancia y control que garanticen el cumplimiento y adherencia a normas y guías de atención relacionadas con la temática del plan.
- Fortalecer la implementación de estrategias de seguimiento y evaluación a eventos adversos, según lo definido por el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad (SOGC) y en concordancia con la política nacional de seguridad clínica del paciente.
- Garantizar los insumos necesarios para el diagnóstico y el tratamiento oportuno dentro de la misma institución donde se diagnostica el caso.
- Asegurar la inclusión en el POS de los medicamentos e insumos necesarios para el diagnóstico y manejo de los casos.
- Desarrollar herramientas para evaluar y mejorar la calidad de los servicios brindados a la gestante en lo relacionado con VIH y sífilis.

- Fomentar la gestión en los servicios de SSR, la transversalización de la asesoría para prueba voluntaria, con la consecuente mejoría del acceso a la misma.
- Fortalecer acciones articuladas con asociaciones científicas para incluir dentro del currículo académico de los profesionales de la salud el manejo de estos eventos.
- Reactivar y articular los subcomités del CONASIDA para responder a las necesidades del Plan.

4.3 Fortalecimiento de la vigilancia en salud pública

- Fortalecer el sistema de vigilancia en salud pública en los procesos de recolección, validación, sistematización y análisis de los casos, como apoyo para la toma de decisiones en el nivel territorial y nacional.
- Fortalecer en el nivel local el sistema de información de manera que pueda mejorarse la calidad y oportunidad del dato.
- Consolidar, analizar y difundir a través de diferentes medios la información resultante de las acciones de vigilancia de estos eventos.
- Definir en las direcciones territoriales de salud, con el apoyo de las asociaciones científicas, la academia y grupos de investigación, líneas estratégicas de investigación operativa que permitan profundizar en el conocimiento de estas temáticas.
- Implementar los instrumentos y formatos diseñados para recolectar, consolidar y enviar de manera oportuna los informes al nivel nacional.
o Mantener actualizados los protocolos de vigilancia para VIH y sífilis gestacional y congénita.
- Analizar los casos de transmisión materno infantil de VIH y sífilis con el fin de evaluar el cumplimiento de los protocolos e identificar las fallas ocurridas, y formular planes de mejoramiento.
- Fortalecer los procesos de búsqueda activa institucional en las unidades primarias generadoras de datos (UPGD).

4.4 Seguimiento, evaluación y control de las acciones

- Difundir el plan estratégico a nivel de las entidades territoriales de salud, a las entidades administradoras de planes de beneficios e instituciones prestadoras de servicios de salud.
- Incluir dentro de los planes operativos anuales de los actores del sistema actividades encaminadas al logro de los objetivos y metas del plan.
- Las direcciones territoriales de salud vigilarán el cumplimiento de las actividades establecidas dentro del plan estratégico.

5. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DEL PLAN

El monitoreo y evaluación del plan estratégico se realizará en cada uno de los niveles territoriales de salud. En el nivel nacional esta responsabilidad la tendrán el MPS y el INS; a las direcciones territoriales de salud del nivel departamental y distrital les compete el seguimiento de las acciones desarrolladas en el nivel municipal al igual que a las APB. A las direcciones territoriales de salud en conjunto con las APB les compete realizar el seguimiento a la red de prestadores.

El seguimiento del plan se realizará con el fin de evaluar permanentemente el cumplimiento de los objetivos y metas.

En cada plan operativo anual nacional se hará la inclusión de los componentes de este plan, que contemple la ejecución de acciones necesarias para alcanzar las metas e invertir de forma eficiente los recursos asignados para tal fin.

En su respectiva jurisdicción las entidades territoriales deberán garantizar el seguimiento y monitoreo a las metas.

Se emplearán como fuentes de verificación por parte del nivel nacional:

- o Los informes de datos poblacionales que periódicamente se deben enviar desde la entidad territorial y las APB.
- o La notificación semanal obligatoria de casos al Sivigila.
- o Las fichas de seguimiento individual de los casos de sífilis gestacional y congénita y las fichas de VIH gestacional y perinatal.

La recopilación de información necesaria para la evaluación se hará de manera continua, según se vayan implementando las diferentes actividades. A partir de 2011 cada año se realizará una revisión y análisis del plan para verificar avances en el nivel nacional. En el primer semestre de 2012 se realizará la primera medición de los indicadores de impacto y el resultado de los mismos.

Se continuará con las reuniones de evaluación, en el nivel nacional, de actividades de prevención, vigilancia y control, las cuales serán organizadas por el MPS e INS.

5.1 Indicadores de monitoreo y evaluación

Tabla 18. Indicadores de impacto

Indicador	Medios de verificación	Línea de base	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015
Incidencia de sífilis congénita	Sivigila	Año 2009: 2.7 por 1.000 NV	2.2 por 1.000 NV	1.7 por 1.000 NV	1.2 por 1.000 NV	0.7 por 1.000 NV	0.5 por 1.000 NV
% de transmisión materno infantil de VIH	Estrategia	Año 2008: 5.8%	5%	4%	3%	2.5 %	2%

Fuente: MPS: Estrategia para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita. INS: Sivigila

Tabla 19. Indicadores Operacionales

Indicador	Medios de verificación	Línea de base año 2009	Meta 2011	Meta 2012	Meta 2013	Meta 2014	Meta 2015
Cobertura de tamizaje con serología para sífilis en gestantes	Estrategia	45 %	56 %	67 %	78 %	89 %	100 %
Cobertura de tratamiento para los casos de sífilis gestacional	Estrategia	30 %	47 %	63 %	79 %	90 %	95 %
Cobertura de tratamiento para los casos de sífilis congénita	Estrategia	30 %	47 %	63 %	79 %	90 %	95 %
Cobertura de tamizaje para VIH en gestantes que acuden a CPN	Estrategia	45 %	55 %	60 %	65 %	70 %	80 %
Cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto	Estrategia	67 %	70 %	75 %	80 %	85 %	95 %
Cobertura de TAR profiláctico ARV anteparto. Semana 14 de gestación	Estrategia	58 %	60 %	70 %	80 %	90 %	95 %
Cobertura de TAR profiláctico ARV intraparto	Estrategia	61 %	70 %	80 %	85 %	90 %	95 %
Cobertura de profilaxis ARV del recién nacido.	Estrategia	94 %	98 %	98 %	98 %	98 %	98 %
Cobertura de fórmula láctea exclusiva hasta los 6 meses de edad	Estrategia	91 %	95 %	95 %	95 %	95 %	95 %

6. FINANCIACIÓN

Para el desarrollo de las acciones propuestas en el presente plan se dispone de varias fuentes de financiación en el SGSSS tanto para la población asegurada como no asegurada.

Fuentes nacionales: se dispone de recursos de inversión del presupuesto general de la nación que se destinan a los proyectos de Protección de la Salud Pública en cabeza del MPS y del proyecto prevención control y vigilancia en salud pública a cargo del INS.

Población asegurada: en el régimen contributivo se cuenta con recursos específicamente destinados a acciones de promoción y prevención en la subcuenta de promoción del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) y con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC) que en su cálculo prevé la realización de acciones de promoción de la salud, protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés en salud pública para cada uno de los afiliados cotizantes y beneficiarios.

En el Régimen Subsidiado se cuenta con la UPC-Subsidiada para la prestación de servicios de salud dentro de los cuales se encuentran los de protección específica y detección temprana, y la atención de las enfermedades de interés en salud pública.

Población pobre no afiliada: de acuerdo con el artículo 157 de la Ley 100 de 1993 la población vinculada tiene derecho a los servicios de atención en salud en las instituciones públicas y en las privadas que tengan contrato con el Estado. En tal sentido, las direcciones departamentales y distritales deben promover en los municipios procesos de organización local para la identificación de la población vinculada (pobres sin subsidio), de tal manera que sea posible planificar los mecanismos para la realización de las intervenciones relacionadas con la SSR, con los recursos que se asignan a departamentos, distritos y municipios, provenientes del sistema general de participaciones para la atención a la población pobre, en aquellos servicios no cubiertos con subsidios a la demanda, rentas cedidas y recursos propios, entre otros.

Los departamentos, distritos y municipios con los recursos asignados del Sistema general de participaciones para salud pública realizarán acciones dirigidas a la colectividad en las áreas de promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control de factores de riesgo y vigilancia en salud pública con especial énfasis en acciones del área de SSR.

Sector privado: se considera de gran importancia la vinculación del sector privado en la financiación o cofinanciación de proyectos relacionados con la SSR, que permitan desarrollar las líneas de acción de manera conjunta con el Ministerio MPS y con instituciones públicas, y así lograr objetivos comunes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. República de Colombia. Constitución Política de Colombia de 1991.
2. República de Colombia. Ley 100 de 1993.
3. Decreto 1543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia adquirida el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual. Ministerio de Salud. Junio de 1997.
4. Resolución 412 de 2000. 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. Ministerio de Salud. Febrero 25 de 2000.
5. Resolución 3384 de 2000 modificó los artículos 11, 16 y 17 de la Resolución 412 asignando responsabilidades en el cumplimiento de las normas y guías de atención y estableciendo las metas de cumplimiento para las aseguradoras y entidades territoriales.
6. Ley 715 de 2001. Por la cual se definen los recursos y competencias para los niveles, nacional, departamental y municipal para la prestación de servicios de salud y el desarrollo de acciones de salud pública.
7. La Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2003. Que incluyó para VIH y sífilis acciones dirigidas a la promoción de factores protectores y prevención de riesgos, el acceso de la población a la detección y el tratamiento adecuado de las ITS y el fortalecimiento de la vigilancia en salud pública.
8. Valderrama, F Zacarías, R Mazin - Sífilis materna y sífilis congénita en América Latina: un problema grave de solución sencilla. Revista Panamericana Salud Pública, 2004.
9. Conpes 091 de 2005. Por el cual se establecen las metas y estrategias que se implementaran hasta 2015 para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

- 10.** Decreto 2323 de 2006. Por el cual se organiza la Red Nacional de Laboratorios.
- 11.** Resolución 3442 de 2006. Por la cual se adopta el Modelo de Gestión Programático y la guía para el manejo del VIH/Sida basada en la evidencia.
- 12.** Decreto 3518 de 2006. Por el cual se crea y reglamenta el sistema de vigilancia en salud pública (Sivigila) y se establecen las competencias y procesos para la vigilancia de eventos de interés en salud pública.
- 13.** Resolución 1446 de 2006. Por la cual se define el sistema de información para la calidad y se adoptan los indicadores de monitoreo del Sistema Obligatorio de la Garantía de la Calidad.
- 14.** Decreto 3039 del 2007, por el cual se establece el Plan Nacional de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social. 2007.
- 15.** Organización Panamericana de Salud. Eliminación mundial de sífilis congénita, fundamentos y estrategia de acción, 2008.
- 16.** Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. ISBN: 978-92-75-32991-7.
- 17.** Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe. Documento conceptual. Montevideo: CLAP/SMR; set. 2009.
- 18.** Ministerio de la Protección Social. Informe UNGASS 2010.
- 19.** Universidad de Antioquia - Nacer Salud Sexual y Reproductiva - Organización Panamericana de la Salud. La sífilis gestacional en Colombia: evaluación del proceso de gestión y de la atención. Informe de hallazgos. Documento sin publicar.
- 20.** Ministerio de la Protección Social. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal de VIH y de la sífilis congénita. Manual de procedimientos cuarta edición 2009.
- 21.** UNICEF, Health Alliance International, Ministerio de la Protección Social. Seguimiento a niñas, niños y madres atendidos por la estrategia de reducción de la transmisión perinatal del VIH 2003-2009. Documento sin publicar. 2011.

