

Progresividad de las políticas públicas en la atención de las personas que viven con el VIH en Colombia 1983-2025*

Progressivity of Public Policies in the Care of People Living with HIV in Colombia, 1983–2025

*Sonia Consuelo Benítez Camargo***

Fecha de recepción: 16 de Julio de 2025

Fecha de aceptación: 11 de Agosto de 2025

Resumen

El manejo de pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), inició en Colombia hace más de cuarenta años, sufriendo ajustes para garantizar el acceso de la atención al ser considerada una enfermedad crónica y de alto costo.

En esta revisión documental, se pretende enunciar las diversas modificaciones en las políticas públicas del Sistema General de Seguridad Social en Salud

y en las regulaciones para el acceso al tratamiento efectivo, oportuno y de calidad.

Para concluir se observan avances, pero también algunas recientes instrucciones respecto a registros adicionales podrían generar barreras de acceso y crear dificultades en el cumplimiento de las metas.

Palabras Clave: Política de la salud, lucha contra las enfermedades, servicio de salud, VIH, SIDA

* Artículo de investigación desarrollado como producto del proyecto con código SGI 3605 de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

** Doctora en Administración. MBA. Máster en VIH/SIDA. Médico. Docente Área Administración de Servicios de Salud Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Integrante del grupo de investigación FARQUIMA. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3395-4711> Correo: soniaconsuelo.benitez@uptc.edu.co

Abstract

The management of patients with the Human Immunodeficiency Virus (HIV) began in Colombia more than forty years ago, undergoing adjustments to ensure access to care as it is considered a chronic and high-cost disease.

This documentary review aims to outline the various modifications in the public policies of the General Social Security Health System and in the regulations for access to effective, timely, and quality treatment.

In conclusion, progress has been observed, but some recent instructions regarding additional registries could also generate access barriers and create difficulties in meeting the goals.

keywords: Health policy, disease control, health services, HIV, AIDS

Zusammenfassung

Die Behandlung von Patienten mit dem Humanen Immundefizienz-Virus (HIV) begann in Kolumbien vor über vierzig Jahren und wurde angepasst, um den Zugang zur Versorgung zu

gewährleisten, da HIV als chronische und kostenintensive Krankheit gilt.

Dieser Dokumentarfilm soll die verschiedenen Änderungen in der öffentlichen Politik des Allgemeinen Gesundheitssystems der sozialen Sicherheit und in den Regelungen für den Zugang zu einer wirksamen, zeitnahen und qualitativ hochwertigen Behandlung skizzieren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Fortschritte zu verzeichnen sind, einige neuere Anweisungen bezüglich zusätzlicher Register könnten jedoch auch Zugangsbarrieren schaffen und die Erreichung der Ziele erschweren.

Schlüsselwörter: Gesundheitspolitik, krankheitskontrolle, gesundheitsdienste, menschlicher immunschwächevirus, erworbenes immunschwächesyndrom.

Resumo

O manejo de pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) teve início na Colômbia há mais de quarenta anos, passando por ajustes para garantir o acesso ao tratamento, visto que é considerada uma doença crônica e de alto custo.

Esta revisão documental visa delinear as diversas modificações nas políticas públicas do Sistema Geral de Saúde da Previdência Social e nas normas para acesso a um tratamento eficaz, oportuno e de qualidade.

Em conclusão, observou-se progresso, mas algumas instruções recentes sobre registros adicionais também podem gerar barreiras de acesso e dificultar o cumprimento das metas.

Palavras-chave: Política de saúde, controle de doenças, serviços de saúde, vírus da imunodeficiência humana, síndrome da imunodeficiência adquirida.

Introducción

El VIH, como enfermedad crónica mundial es de interés en los distintos análisis de políticas públicas pues con las estadísticas mundiales que muestran casi 40 millones de personas viviendo con el virus, 1,3 millones con diagnósticos nuevos, se estima que sólo el 79% tiene acceso a terapia antirretroviral (ONUSIDA, 2024).

En Colombia, a la fecha de elaboración de esta revisión, se evidenciaba en

la Cuenta de Alto Costo (Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, 2025, p. 48) para el año 2024, una tasa de incidencia estandarizada de 26,9 por 100.000 habitantes, lo que estima casi 15.000 personas con diagnóstico de VIH nuevo por año, con un leve descenso en comparación del 2023. Para el caso de las personas prevalentes que viven con VIH, se calcula alrededor de 185.1 personas con características específicas como la razón hombre/mujer 3,7:1, con un promedio de edad de 40,21 años.

Con este complejo panorama que impone variados desafíos, resulta importante definir el concepto de política pública, como acciones o inacciones propuestas y realizadas por el estado o gobierno (Arrubla, D., Ballesteros, M., López, J., 2010). En este sentido, las políticas incluyen todas las normas de las instituciones públicas en las que se plasman elementos que definen el orden social y la dignidad humana.

En este caso particular, para el VIH las políticas deben entenderse desde la evolución que ha tenido la epidemia, la distribución demográfica de la enfermedad por lo general en grupos

de riesgo o poblaciones clave, con menos visibilidad en representaciones sociales y con prácticas de riesgo que la comunidad tiene a reprochar.

Con estos elementos, y teniendo recursos limitados para el manejo integral del VIH se han revisado de manera cronológica las normas que han permitido el acceso de las personas que viven con el virus a grupos interdisciplinarios donde se aporte al derecho y disfrute de la salud en las distintas poblaciones.

Metodología

Para el desarrollo de este estudio se utilizó la metodología de revisión documental (Botero Bernal, 2003) de manera cronológica y especial énfasis en la categoría de análisis: políticas públicas, en donde se evidencien las normas que garanticen el acceso a los medicamentos seguros, y efectivos que ayuden a disminuir la transmisión del virus, reducir las complicaciones como el SIDA y proporcionen calidad de vida en las personas que viven con el virus (PVV), pues por la cronicidad de la infección resulta importante evaluar todo el ciclo de atención.

Se tomaron como fuentes: leyes, decretos y resoluciones del Ministerio de Salud y Protección Social, acuerdos emanados de las distintas instituciones colombianas que intervienen en el proceso de atención de este tipo de población como el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud (CNSSS). Además, se revisaron las guías de manejo del VIH/SIDA como recomendaciones de revisiones sistemáticas del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS).

La pregunta de investigación que se planteó fue: ¿Cómo transcurrió la progresividad en las políticas públicas en la atención de PVV desde el año 1983 al 2025?

Para el análisis se dividió en cinco periodos de tiempo, donde se documentaron a partir de reflexiones y tablas la información encontrada y relevante para dar solución a la pregunta de investigación.

I. PRIMEROS CASOS EN COLOMBIA: ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

Con el primer caso reportado en 1983 en la ciudad de Cartagena (Alvis et al., 2002), se inicia la atención médica en

Colombia de las personas que viven con el VIH, por lo general en los mismos lugares donde se realiza el diagnóstico, en su gran mayoría hospitales y clínicas.

En este sentido, con las primeras atenciones se logra reconocer que no sólo el impacto es para el usuario recién diagnosticado, sino en efecto esta huella va hasta el costo del tratamiento afectando los sistemas de salud en los países donde se presentan los casos (Alvis et al., 2002).

Con los primeros diagnósticos de manera hospitalaria ya con fase de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se evidenció una variedad de complicaciones que presentaban este tipo de personas por la afectación del sistema inmunológico, generando además de las alteraciones en salud, impactos sociales y económicos. Conjuntamente, variadas investigaciones han demostrado que no existe una cura general disponible para esta enfermedad debido a la presencia de reservorios virales latentes (Chou et al., 2024)

Desde el punto de vista normativo, en 1991 antes de la promulgación de la Ley 100 de 1993, la Dirección Nacional

del Sistema de Salud y la Presidencia de la República de Colombia tiene en cuenta el VIH como un virus que define como sin tratamiento, para lo cual expide el decreto 559 de 1991, donde aclara algunos términos y da pautas de diagnóstico, atención integral, prevención y control epidemiológico (Parra-Barrera et al., 2022).

En la citada normativa, además crea el Consejo Nacional de SIDA y un comité técnico para la prevención, donde además contempla comités departamentales, distritales y municipales de Lucha contra el SIDA (Decreto 559, 1991).

El decreto 559 de 1991, tiene como fundamento la Ley 09 de 1979 al considerar la salud como un bien público y la Ley 10 de 1990, donde el estado debe garantizar la prestación del servicio ya sea por este o por asoció de las entidades territoriales, sus entes descentralizados y faculta a organizaciones privadas autorizadas.

En este sentido, el decreto adopta algunas definiciones básicas, e instruye por enunciar la importancia del acto médico en el diagnóstico y tratamiento del VIH, bajo atención ambulatoria, hospitalaria, domiciliaria o comunitaria, iniciando el

proceso de notificación de acuerdo con el decreto 1562 de 1984, vigente para la época como la vigilancia y el control epidemiológico bajo confidencialidad.

Por medio de esta norma, se inicia el manejo en equipos de salud como personal interdisciplinario en salud, con actividades que incluyen la prevención, atención y seguimiento de los problemas de salud del individuo y la comunidad, bajo acciones de información, capacitación y educación continua, sin embargo, no aclara las responsabilidades en cuanto a la cobertura de medicación lo que genera que sea el estado el único proveedor del tratamiento, o con las asociaciones anteriormente mencionadas.

II. LA ATENCIÓN CON LA LEY 100 DE 1993

En 1991, con el cambio de constitución nacional bajo el artículo 48 establece que la Seguridad Social es un servicio público obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado. En el artículo 49, menciona que la atención en salud es un servicio a cargo del estado y que se garantiza el acceso a la promoción, protección

y recuperación de la salud tanto por actores públicos y privados pero que el Estado ejerce su vigilancia y control (Yepes Luján, 2010).

De manera posterior en el año 1993, el sistema sufre un cambio sustancial ya que incorpora en la atención además de los actores públicos, actores privados en la prestación de los servicios de salud y añade en la gestión del riesgo y “aseguramiento” las Empresas Promotoras de Salud (EPS). Entonces, bajo Ley 100 de 1993 con el modelo económico del pluralismo estructurado (Londoño & Frenk, 1997) surgen estos cuatro actores que influyen en la rectoría el Estado bajo tutela del Ministerio de Salud y en la coordinación financiera de un Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA).

En este mismo modelo, se incluyen dos regímenes de afiliación el contributivo para las personas trabajadoras y con capacidad de pago, y un régimen subsidiado en el que de manera solidaria se aportan algunos recursos del contributivo, con otras contribuciones fiscales como sistema general de participaciones, rentas cedidas, impuestos y presupuesto nacional de la nación, entre otros (Granger et al., 2023).

Los recursos del sistema son gestionados por las EPS, a partir de la administración de una prima de riesgo: la Unidad de Pago por Capitación (UPC), ajustada anualmente y con ajustes por edad, sexo y regiones geográficas, con la cual se cubre un plan integral de beneficios en salud, que incluye las prestaciones como consultas, procedimientos, medicamentos, y hospitalizaciones, entre otras. Esta UPC tiene algunas exclusiones prestaciones de uso estético y medicamentos experimentales principalmente, y unas inclusiones definidas por un plan de beneficios explícito (Bardey & Buitrago, 2017).

A partir de la interacción de estos cuatro actores inicia la prestación de los servicios de salud en Colombia y para el caso del VIH surgen los primeros programas específicos sólo en la atención de las Personas que Viven con el Virus (PVV).

Al inicio de los programas, son coordinados por infectólogos, pero con el aumento progresivo de casos en varios lugares de Colombia, se forma a médicos expertos entrenados que toman el liderazgo de la atención adiestrándose sólo en este grupo de población con sus patologías relacionadas.

Como aporte al manejo integral de estos pacientes se desarrolla la

primera guía en 1997 en colaboración con ASCOFAME (Asociación de Facultades de Medicina), adoptada por la resolución 412 de 2000 con otras 20 guías de manejo en enfermedades de interés en salud pública en el artículo 10 (Ministerio de Salud, 2000).

Para la atención de las PVV la norma de 1997 incluye el término atención integral como:

Conjunto de servicios de promoción, prevención y asistenciales (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y readaptación), incluidos los medicamentos requeridos, que se prestan a una persona o a un grupo de ellas en su entorno biopsicosocial, para garantizar la protección de la salud individual y colectiva (Decreto 1543, 1997, pp. 2).

Este término, es muy importante para desarrollar las características del servicio de salud que debe aportar en la atención, pues por las estadísticas del periodo (1983-1997) se encontraba que había subido puestos dentro las causas principales de mortalidad el VIH (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012) y además, eran llamativos los malos resultados

en otro indicador en las PVV, como lo es el tiempo de vida saludable perdido evaluado en el 2005, pues afectaba a personas económicamente activas (Acosta et al., 2008).

En este mismo período se reconocen graves problemas de regulación de mercados como la asimetría de información y la selección adversa que presentaban en la afiliación algunos usuarios de las EPS tanto contributivas como subsidiadas, pues se encontraba algunas con elevados costos de manejo y otras con escasas personas con diagnóstico del virus, afectando de manera notoria la carga financiera debido a lo cual el Consejo Nacional de Seguridad Social realiza el acuerdo 217 y 227 de 2001.

Los anteriores acuerdos, son derogados luego por el acuerdo 245 de 2003 en el que se establece la política de atención integral en patologías de alto costo como el VIH tanto a nivel contributivo y subsidiado, estableciendo las reglas para su atención. Este acuerdo luego es modificado en su artículo 1 del Acuerdo 248 de 2003, en el que señala que se realizará de manera excepcional sólo cuando se presente concentración o desviaciones por debajo de la tasa promedio.

Con la resolución 3186 de 2003 (Chicaiza, 2005), se definen los mecanismos de distribución para dos casos; la Insuficiencia Renal Crónica y el VIH/SIDA, con la creación además de entidades como veedurías que garanticen el tratamiento continuo sin interrupciones, estableciendo las reglas de aplicación de la normatividad.

Ya para el año 2005, se crea la ley 972 con algunos aspectos importantes para las enfermedades ruinosas y catastróficas, entre los que se destacan: el declarar de interés y prioridad nacional la atención para el VIH/SIDA, se crea el día de respuesta al VIH y SIDA y el garantizar que los portadores de VIH no se les niegue la asistencia médica y hospitalaria (Ley 972, 2005).

De manera posterior y dada las actualizaciones en el manejo del VIH, las asociaciones científicas como la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), con el acompañamiento de FEDESALUD y del Ministerio de Salud, desarrollan una actualización de esta guía en el 2005 (Díazgranados et al., 2006), como aporte a dos puntos principalmente: al gasto que representaba el manejo de la enfermedad por el alto costo del tratamiento, pero además en la calidad de vida de las PVV que ya para esa época

se advertía como la enfermedad, tomaba patrones de cronicidad.

Surge entonces esta segunda guía, secundaria a la ley de enfermedades ruinosas y catastróficas adoptada en la resolución 3442 de 2006 de acuerdo con el modelo de gestión programática en VIH/SIDA.

III. ÉNFASIS EN CALIDAD- MÁS ALLÁ DE LA SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

El comportamiento epidemiológico VIH/SIDA, para los años posteriores al 2006 continua en aumento, con algunas características en distintos rangos de

Tabla 1
Avance normativo en las PVV desde la ley 100 de 1993 hasta 2006

Norma	Avance
Decreto 1543 de 1997	Regula el manejo del VIH, así como del SIDA y otras ETS
Resolución 412 de 2000	Adopción Primera Guía de atención VIH/SIDA (proyecto ISS-ASCOFAME)
Acuerdo 217 de 2001 Consejo Nacional de Seguridad Social en salud (CNSSS)	Por el cual se est un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfi epidemiológico de la atención en salud del régimen contributivo
Acuerdo 227 de 2001 CNSSS	Por el cual se est un mecanismo para el reconocimiento de la desviación del perfi epidemiológico de la atención en salud del régimen subsidiado
Acuerdo 245 de 2003 CNSSS	Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS
Acuerdo 248 de 2003 CNSSS	Modifica el Artículo 3º del acuerdo 245 y determina nuevos plazos.
Resolución 3186 de 2003	Establece un procedimiento especial para el caso de traslado de pacientes con VIH-SIDA
Plan Intersectorial de Respuesta Nacional 2004-2007	Plantea tres ejes; coordinación intersectorial, monitoreo y evaluación, promoción, prevención y atención
Ley 972 de 2005	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida
Ley 1098 de 2006- Código de Infancia y Adolescencia	Menciona la protección de menores frente a enfermedades prevenibles en la gest y post al nacimiento, lo mismo que las obligaciones para el diagnóst oportuno y el tratamiento de las gest y de los recién nacidos.
Decreto 3518 de 2006	Crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

**Modelo de Gestión Programático
2006 para el VIH/SIDA**

Incluye cuatro ejes: contener la epidemia, detectar la infección por VIH de manera temprana, detener la progresión del VIH y la aparición de resistencias a la TAR, monitorear y evaluar a partir de la perspectiva de derechos y equidad de género.

Resolución 3442 de 2006

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica

Nota: Elaboración propia adaptado de (Chicaiza, 2005; Diazgranados et al., 2006; Ministerio de Salud, 2000; Morales Lizarazo, 2011.

edad, sexo, factores socioculturales, entre otros y algunos llamativos los malos resultados reportados en el 2005 en el indicador de tiempo de vida saludable en las PVV, con la afectación de personas económicamente activas (Acosta et al., 2008).

En relación, al aumento de casos en Colombia continuaron algunos problemas que se hicieron evidentes, pues las enfermedades de alto costo se constituían en un determinante importante de la gestión del riesgo de los administradores de planes de beneficio EPS y, por ende, en determinantes del valor de la Unidad de pago por Capitación (UPC) y en los contenidos de los planes de beneficios (Santa Maria S. et al., 2009).

Así pues, antes del 2004 no se realizaba ajuste ex ante ni ex post de la UPC, por lo que algunos usuarios presentaban problemas en la afiliación o traslado a EPS, principalmente en madres infectadas y neonatos (García, 2004). En este sentido, las EPS, evitaban el aseguramiento de las personas más enfermas causando problemas de eficiencia al sistema de salud (Zweifel & Manning, 2000).

Como factor determinante de este punto, el primero es la creación de la Cuenta de Alto Costo (CAC) como factor para gestionar el riesgo y realizar un ajuste ex post de este tipo de patología con el objetivo de establecer políticas para corregir las fallas del mercado (Ministerio de Protección Social, 2006).

En este periodo se reajusta de manera periódica algunos detalles en cuanto a los indicadores de la atención en salud con la estandarización de estos en las enfermedades de alto costo que incluye el VIH, pero realizando especialmente aportes en la calidad de vida de las PVV y en garantizar las metas internacionales propuestas y así

detectar de manera precoz los casos (Ministerio de Salud y Protección Social & Cuenta de Alto Costo, 2020).

Para concluir a partir de las políticas en VIH para este periodo, se acuerdan los recursos para la atención de las PVV en cuanto a suficiencia y además, se precisan los indicadores a medir estandarizados a partir de la Cuenta de

Tabla 2
Avance normativo en las PVV desde 2006 hasta 2020

Norma	Avance
Decreto 2699 de 2007	Crea la Cuenta de Alto Costo (CAC), describe las enfermedades de interés en salud pública de alto costo y establece subcuentas para su financiamiento
Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011	Plan orientado a cinco ejes: promoción y prevención, atención integral, apoyo y protección social, seguimiento y evaluación de la respuesta nacional.
Decreto 3511 de 2009	Precisa la periodicidad del giro de los recursos desde y hacia la Cuenta de Alto Costo, define los mecanismos y criterios para el financiamiento de los costos de la administración y funcionamiento de la CAC
Resolución 3974 de 2009	Define las enfermedades de alto costo
Resolución 4725 de 2011 y Resolución 783 de 2012	Define periodicidad, contenido de la información CAC para VIH/ SIDA
Resolución 459 de 2012	Adopta el Protocolo de Atención Integral en Salud para víctimas de Violencia Sexual
Circular 016 de 2012- MSPS	Lineamientos para el funcionamiento de la Estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH
Resolución 2338 de 2013	Establece directrices para facilitar el acceso a pruebas en VIH
GPC 2014	Guía de Práctica Clínica para VIH SIDA 2014
El plan de respuesta 2014-2017 VIH/ SIDA	Planteó cuatro ejes: promoción de la salud sexual y reproductiva, atención integral y seguimiento y evaluación.
Resolución 1912 de 2015	Por la cual se fija el mecanismo de cálculo que define el giro y distribución de los recursos de la CAC para EPS en caso VIH/SIDA
Ley 1751 de 2015	Adopta sanciones penales por actos de discriminación.
Plan Nacional de Respuesta ante el VIH 2018-2021	Establece ejes estratégicos y líneas operativas VIH

Resolución 3280 de 2018	Establece puntos de promoción, prevención, diagnóstico temprano en intervenciones individuales y colectivas para VIH.
Resolución 273 de 2019	Define para la CAC el seguimiento de la cohorte de personas que viven con VIH (PVV) y otros grupos poblacionales como: las gestantes, los menores expuestos al VIH y los casos de infección por tuberculosis
Sentencia C-248-19	Elimina del código penal la criminalización de la transmisión del VIH y la hepatitis B
Circular 13 de 2029	Da pautas para fortalecer la gestión de la salud pública para prevención diagnóstico, manejo, control y vigilancia de enfermedades como el VIH.
Resolución 1314 de 2020	Tamizaje de VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C puede ser realizado por gestores comunitarios, Pruebas rápidas para VIH.

Nota: Elaboración propia adaptado de Ministerio de Protección Social, 2006; Ministerio de Salud y la Protección Social, 2021; Ministerio de Salud y Protección Social & Cuenta de Alto Costo, 2020)

Alto Costo llegando a consolidarse en el Plan Nacional de respuesta ante las ITS, VIH, coinfección Tuberculosis/VIH y Hepatitis B y C crónica con el aporte del Ministerio de Salud, EPS, IPS, Academia y la sociedad civil con ejes programáticos con tres ejes principales: la promoción de la salud, la gestión del riesgo y la gestión de la salud pública (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018).

IV. EL NACIMIENTO DE LA PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN

Este nuevo período se inicia en Colombia con la emisión de la guía de práctica clínica del 2021, que incluye recomendaciones para Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) para el país, pues en varios países ya este proceso se había iniciado con casi una década de anticipación (Cataño-Correa et al.,

2023), y con respecto a las directrices internacionales de Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la salud (OPS) desde el 2015 (PAHO, 2020).

Para el 2019 con anterioridad a la promulgación de la guía el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), teniendo en cuenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (PNUD, 2019) se autorizan dos medicamentos para PrEP en personas mayores de 12 años con riesgo de adquirir la infección.

Sin embargo, en el lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia del 2023 aparece la recomendación de anillos vaginales, pero no se encuentran aprobados por el INVIMA, lo mismo

que el medicamento inyectable de acción prolongada.

En este último punto de prevención es importante resaltar que la reducción de las infecciones es una meta importante y que, si bien existen lineamientos, todavía no se encuentran disponibles en Colombia todas las recomendaciones de medicamentos para afrontar esta meta.

Los medicamentos disponibles, se encuentran incluidos en el Plan de Beneficios en Salud desde el 2021 y en concordancia se plantea la meta de disminuir las infecciones nuevas para el 2025 en un mínimo de 18.626 personas con riesgos, encontrando algunas dificultades en estudios como la falta de información en poblaciones de riesgo y la falta de apoyo comunitario (Mueses-Marín et al., 2024), pero para el 2025 existe actualmente un proceso que se verá en el siguiente apartado que puede

hacer que no se llegue al cumplimiento de la meta planteada.

Por último, se plantean varios desafíos para los centros de atención integral en Colombia en la atención de las PVV, debido a que deben continuar con toda la gestión de los procesos clínicos y administrativos que han desarrollado, más la implementación exitosa de la PrEP, pues se han considerado lugares propicios por poseer los conocimientos y experiencia para la ejecución de estos programas bajo estándares internacionales (Cataño-Correa et al., 2023) (Arrivillaga et al., 2022).

V. ¿ASEGURANDO EL ACCESO A
LOS MEDICAMENTOS?

Para finalizar este análisis en los últimos dos años y medio, en los cuales se han planteado algunos cambios en el sistema de salud, no siendo indiferente

Tabla 3
Avance normativo en Profilaxis Pre-Exposición

Norma	Avance
GPC 2021	Guía de Práctica Clínica para VIH SIDA 2021- Incluye recomendaciones PrEP
Resolución 2292 de 2021	Incluye dentro del PBS la PrEP. Adopta la Guía de manejo del 2021.
Resolución 459 de 2021	Actualiza el protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual.

Decreto 441 de 2022	Elimina autorizaciones para la atención de PVV.
Decreto 1652 de 2022	Exceptúa de copagos y cuotas moderadoras a las PVV.
Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, 2022-2025	Establece la meta que para el año 2025, un mínimo 18.626 personas en riesgo de infección por VIH hayan recibido PrEP.
Profilaxis Preexposición al VIH (PrEP) Lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia- 2023	Establece directrices para la adopción y funcionamiento de la PrEP dentro del sistema de salud colombiano a las personas en riesgo.

Nota: Elaboración propia adaptado de (Arrivillaga et al., 2022; Cataño-Correa et al., 2023; Mueses-Marín et al., 2024; PAHO, 2020.

la atención de las PVV. En este sentido, desde el inicio del periodo presidencial se han llevado algunos puntos clave para en “teoría” garantizar el acceso a los medicamentos.

En el primer punto, se inicia con el proceso de declaratoria de existencia de razones de interés público para someter la patente del medicamento Dolutegravir a licencia obligatoria en el año 2023 con la Resolución 881 de 2023 (Becerra Huertas et al., 2025), que terminó con la Resolución 1579 de 2023 donde se logra la licencia obligatoria para el uso de Dolutegravir en versión genérica.

El segundo punto es la normatividad que establece criterios para la compra centralizada del medicamento (Tenofovir Disoproxil Fumarato, Lamivudina, Dolutegravir- TLD), en combinación a dosis fija: para el VIH con el objetivo

de beneficiar las poblaciones prioritarias como migrantes, pacientes con diagnóstico reciente y falla virológica entre otras, sin incluir otro tipo de poblaciones que podrían ser beneficiarias como PVV con efectos adversos u otro tipo de usuarios potenciales.

El tercer punto clave, es la actualización de la Guía de Práctica Clínica en junio de 2024 con las indicaciones de TLD y la aparición de la Hoja de Ruta para la Prevención combinada del VIH/SIDA en Colombia 2024-2025 la cual concilia las iniciativas y procesos de prevención en Colombia y los objetivos de la Coalición Mundial sobre la Prevención del VIH (GPC, Global Prevention Coalition). En esta hoja de ruta, se plantean estrategias focalizadas, con participación intersectorial y de la sociedad civil, para garantizar el acceso universal en todo el ciclo de atención

de PVV y de las poblaciones clave, con sistemas de información robustos a partir del fortalecimiento de la gobernanza en todos los niveles.

Como último punto clave, en el año 2025 se difunden por medio del Ministerio de Salud y Protección Social dos circulares que especifican el uso de la herramienta MIPRES para la prescripción de medicamentos antirretrovirales incluidos en el plan de beneficios en salud (PBS) con plazo máximo abril de 2025.

Respecto de lo anterior, la Resolución 3951 de 2016 en la cual se crea el MIPRES, establecía el procedimiento para el acceso, reporte, suministro y análisis de la información de servicios y tecnologías no incluidas en el PBS con cargo a la UPC, esta resolución fue derogada por la resolución 1885 de 2018 y de manera posterior por la Resolución 740 de 2024 en la cual se actualiza el procedimiento sin mencionar en el artículo 1, cambios con respecto a los medicamentos financiados con la Unidad de Pago por Capitación (UPC) incluidos en el PBS.

La Circular 06 de 2025 cita los Decretos 4107 de 2011 y 2562 de 2012 como fuente

de “instrucciones” para reportar la prescripción en MIPRES. Sin embargo, estas normas sólo crean una Comisión asesora del Ministerio de Salud y no incluyen funciones explícitas sobre la prescripción de medicamentos.

En la Resolución 2622 de 2024, se actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios, y se enuncia en los considerandos que el INVIMA por alertas de escasez frecuentes y sobre las cuales se requiere información aprueba el uso de la herramienta MIPRES para las tecnologías en salud financiadas en la UPC que el ministerio defina.

En esta misma resolución, en el artículo 3, numeral 3.22. Definen las tecnologías prescritas por el MIPRES con recursos de la UPC como los medicamentos de control especial, medicamentos monopolio del estado y tecnologías en salud financiadas con recursos de la UPC definidas para monitorización

Por último, y aunque no se encuentra de manera literal en ninguna norma, la circular 06 de 2025, refiere que para “*garantizar la adecuada implementación*” se requiere incluir

Tabla 4
Avance normativo desde el 2023

Norma	Avance
Resolución 881 de 2023	Se inicia la declaratoria de existencia de razones de interés público para someter patentes del medicamento Dolutegravir a licencia obligatoria
Resolución 1579 de 2023	Declaratoria para someter las patentes de los medicamentos cuyo principio activo es el Dolutegravir a licencia obligatoria y uso en poblaciones prioritarias descritas
Resolución 2367 de 2023	Se definen conceptos y metas de resultados en salud para el VIH del anexo técnico del Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031 en transmisión materno infantil y diagnóstico por banco de sangre para VIH
Resolución 2622 de 2024	Actualiza el procedimiento de acceso, reporte de prescripción, suministro, verificación, control, pago y análisis de la información de tecnologías en salud y servicios complementarios
Resolución 2164 de 2024	Establece los criterios para la compra centralizada, distribución y suministro de los medicamentos antirretrovirales para VIH y el seguimiento a las poblaciones incluidas en la Resolución 1579 de 2023
Hoja de Ruta para la Prevención combinada del VIH/SIDA en Colombia 2024-2025	Concilia las iniciativas y procesos de prevención en Colombia y los objetivos de la Coalición Mundial sobre la Prevención del VIH (GPC, Global Prevention Coalition)
Vía clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas viviendo con VIH- junio 2024	Actualización de la guía de 2021 donde incluye algoritmos para dimensiones de prevención, diagnóstico, tratamiento en pacientes pediátricos, adolescentes, adultos y gestantes, además de acciones de seguimiento.
Circular externa No 006 de 2025	Instrucciones para el reporte de prescripción y monitoreo en MIPRES de los medicamentos antirretrovirales indicados en el tratamiento para el VIH, financiados con recursos de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).
Circular externa No 0010 de 2025	Modifica plazos de la circular externa No 006 de 2025, reiterando la obligatoriedad a partir del 1 de abril de 2025

Nota: Elaboración propia adaptado de la normatividad mencionada.

la prescripción de estos medicamentos en el MIPRES. Esto sin mencionar que desde la Ley 972 de 2005 y el Decreto 441 de 2022, se refiere que la atención integral para el VIH, no debe mediar autorizaciones en ningunas de las prestaciones o provisiones de servicios

o tecnologías en salud, reafirmada por la circular No 19 del Ministerio de Salud del 23 de Mayo de 2025, en el que se prohíbe la participación de los usuarios en trámites administrativos y obtención de autorizaciones como son las aprobaciones del MIPRES.

Se plantean entonces varios desafíos, pues trámites adicionales producen Problemas Relacionados con el Uso de Medicamentos (PRUM) de disponibilidad en las PVV, al necesitar trámites adicionales pues después de su formulación, podrían generar barreras de acceso para pacientes especialmente en localizaciones geográficas dispersas y con recursos limitados para su desplazamiento al tener que esperar la información de la herramienta tecnológica.

De igual manera, estos trámites adicionales de diligenciamiento del MIPRES, disminuyen el tiempo asignado realmente de consulta médica a gestionar variables de interés y a realizar el análisis de tendencias de los indicadores de cada paciente, pues al tratarse de una enfermedad crónica con reporte de estos resultados de manera obligatoria a la CAC debe hacerse de manera imprescindible, lo que generaría omisiones en lo realmente importante desde el punto de vista clínico. Ahora bien, los sistemas de información operan con una correcta conexión a internet y con una robusta plataforma tecnológica que no tenga caídas para funcionar correctamente, en el caso que no se tengan las condiciones para su elaboración de manera inmediata, se podría retrasar el

tratamiento de las PVV con la afectación de indicadores y metas nacionales e internacionales como los ODS.

En este sentido, otro asunto que se vería afectado es la atención de procesos urgentes como es la atención del protocolo de atención integral en salud para víctimas de violencia sexual, los accidentes laborales y la profilaxis post-exposición, ya que se requiere el inicio de la medicación de manera prioritaria lo antes posible. Para finalizar, al momento del cierre del artículo se indaga sobre el inicio de la distribución del medicamento de compra centralizada para los centros de atención integral en Colombia en la atención de las PVV, pero los profesionales de la salud desconocen la fecha de implementación a pesar de estar normalizada desde el 2023 y de estar incluida dentro de las indicaciones referidas en la Resolución 2622 de 2024 del Ministerio de Salud y Protección Social y de que sería accesible desde el 2 de junio de 2025 en el MIPRES.

Conclusión

Desde la atención del primer caso en Colombia del VIH/SIDA se han

planteado desafíos normativos que inician por definir los grupos o equipos interdisciplinarios de atención pues como era una enfermedad emergente que con el tiempo tomó patrones de cronicidad, las políticas públicas se han adaptado para mejorar los indicadores del país a nivel internacional y cumplir con las metas planteadas de diagnóstico temprano, tratamiento adecuado, mejorar la calidad de vida y evitar la transmisión en los casos en los cuales se tiene definido científicamente su utilidad.

A pesar de esta mejoría en los indicadores, vemos como los últimos años con la crisis del sistema de salud la atención a las PVV también se ha visto afectada, y así la calidad de su tratamiento pues por problemas administrativos y de recursos económicos, que han planteado retos operativos principalmente en la línea de frente de la atención, han llevado a interrupciones de medicamentos que podrían sugerir complicaciones y resistencias en un mediano plazo.

Aunque Colombia, ha planteado con las últimas políticas el acceso a un medicamento pionero (Dolutegravir, Tenofovir disoproxil fumarato y Lamivudina), todavía no es claro cómo se realizará la distribución a toda la

población priorizada en los distintos puntos de la geografía nacional.

De manera conjunta se ha trazado algunos registros adicionales por circulares del Ministerio de Salud y Protección Social en la plataforma tecnológica MIPRES en el año 2025, que han generado dificultades en obtener una atención de calidad por su diligenciamiento engorroso y demorado, lo mismo que se han presentado barreras de acceso a los medicamentos. Es fundamental evaluar si las políticas actuales mejorarán los indicadores de atención de las PVV y su calidad de vida.

En memoria de: *El Dr. Roberto Vásquez Camargo y la Docente Porfiria Isabel Escorcia Villalba, por su entrega en la atención del VIH /SIDA como pioneros en la atención.*

Referencias

Arrivillaga, M., Gómez, S. A., Mueses, H. F., Alvarado, B., Martínez Buitrago, E., Camargo-Plazas, P., Hurtado, L. R., Bolívar, M. C., Galindo, X., Torres, J., & Cajas-Martínez, J. L. (2022). Facilitadores y recomendaciones de proveedores

- de salud para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en clínicas de VIH en Colombia. “Estudio PrE-Colombia.” *Gerencia y Políticas de Salud*, 21. <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps21.frps>
- Arrubla, D., Ballesteros, M., López, J., et al. (2010). Enfoques para el análisis de políticas públicas. In *Enfoques para el análisis de políticas públicas*.
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Capítulo-1: Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. *Informe Para AFIDRO*, 2.
- Becerra Huertas, C. E., Giraldo Becerra, J. D., & Cortés Martínez, A. E. (2025). Derecho a los medicamentos esenciales: equilibrio entre salud y mercado. *Ius et Praxis*, 59, 145–161. <https://doi.org/10.26439/iusetpraxis2024.n59.7333>
- Botero Bernal, A. (2003). La metodología documental en la investigación jurídica: alcances y perspectivas. *OPINIÓN JURÍDICA*, 2(4).
- Cataño-Correa, J. C., Montoya-Flórez, P. A., & Cardona-Arias, J. A. (2023). Descripción de la experiencia de un programa de Profilaxis preexposición (PrEP) a VIH en Medellín, Colombia. *Infectio*. <https://doi.org/10.22354/24223794.1118>
- Chicaiza, L. (2005). Fallas del mercado de la salud en Colombia: el caso de la insuficiencia renal crónica. *Revista de economía Institucional*, 7(12).
- Chou, T. C., Maggirwar, N. S., & Marsden, M. D. (2024). HIV Persistence, Latency, and Cure Approaches: Where Are We Now? *Viruses*, 16(7), 1163. <https://doi.org/10.3390/v16071163>
- Decreto 1543, Pub. L. No. 1543 (1997).
- Decreto 3518, Pub. L. No. 3518 (2006).
- Diazgranados, C., Álvarez, C. A., & Prada, G. (2006). Guía de práctica clínica de VIH/SIDA. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Infectio*, 10 (4), 294–326. https://revistainfectio.org/P_OJS/index.php/infectio/article/view/184
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2025). *Situación del VIH en Colombia 2024*. <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-vih-en-colombia-2024/?fbclid=IwY2>

xjawIgiMlleHRuA2FlbQIxMQA
BHcbOCmLPRrJgHfdDeXRl7__
kT8-KLxGPuInjxT46fkVsUq8qBQ
J7oJTClw_aem_JzKr6MNMkkxu
QS1tTLBUrQ&sfnsn=scwspwa

García, R. (2004). VIH/SIDA en las Américas: situación y perspectivas. Reducción de la transmisión vertical del VIH en Colombia. *Iatreia*, 17(3-S), 295–296.

Granger, C., Ramos-Forero, J. E., Melo-Becerra, L. A., & Silva-Samudio, G. T. (2023). Financiamiento del Sistema de Salud en Colombia: Fuentes y usos. *Borradores de economía*.

Ley 972, Protección de enfermedades catastróficas (2005).

Londoño, J. L., & Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. <https://hdl.handle.net/10419/87917>

Ministerio de Protección Social. (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/sida. Colombia Guía para el manejo de VIH/sida. Basada en la evidencia Colombia*.

Ministerio de Salud. (2000). Resolución 412 de 2000. *Ministerio de Salud, 2000*(febrero 25).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. *Ministerio de Salud y Protección Social*.

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

Ministerio de Salud y Protección Social, Cuenta de Alto Costo. (2020). VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud. In *Republica de Colombia*.

Morales Lizarazo, E. Alfonso. (2011). La esfera pública del contagio privado: historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en Colombia, 1983 – 2003. *Universidad Nacional de Colombia* (Vol. 1).

Mueses-Marín, H. F., Alvarado-Llano, B. E., Bolívar-Rocha, M. C.,

- Arrivillaga, M., Camargo-Plazas, P., Torres-Isasiga, J. A., Galindo-Orrego, X., & Martínez-Cajas, J. L. (2024). Factores relacionados al interés e intención al uso de profilaxis preexposición al VIH en hombres gay y/o bisexuales, Colombia. *Hacia La Promoción de La Salud*, 29(1), 118–140. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2024.29.1.9>
- ONUSIDA. (2024). *Hoja Informativa 2024*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- PAHO. (2020). *Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (its) en la era de la profilaxis oral previa a la exposición al vih (prep)*. PAHO.
- PNUD. (2019). Objetivo 3: Salud y bienestar. *Programa de Las Naciones Unidas Para El Desarrollo*.
- Santa María S., M., García A., F., & Vásquez B., T. (2009). El sector salud en Colombia: Riesgo moral y selección adversa en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Coyuntura Económica: Investigación Económica y Social*, 39(1).
- Yepes Luján, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18).
- Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). Chapter 8 Moral hazard and consumer incentives in health care. In *Handbook of Health Economics* (Vol. 1, Issue PART A). [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80167-5](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80167-5)
- Nota: Forma de citación de artículo*
- APA** Benítez Camargo, S. C. (2025). Progresividad de las políticas públicas en la atención de las personas que viven con el VIH en Colombia, 1983–2025. *Revisitus Academicus Cientificus – RAC*, 1(2), –. ISSN 3028-7731.
- MLA** Benítez Camargo, Sonia Consuelo. 2025. “Progresividad de las políticas públicas en la atención de las personas que viven con el VIH en Colombia, 1983–2025.” *Revisitus Academicus Cientificus – RAC* 1 (2): –. ISSN 3028-7731.
- CHICAGO** Benítez Camargo, Sonia Consuelo. 2025. “Progresividad de las políticas públicas en la atención

de las personas que viven con el VIH en Colombia, 1983–2025.” *Revisitus Academicus Cientificus – RAC* 1 (2): –. ISSN 3028-7731.

Opción de Notas y Bibliografía

Benítez Camargo, Sonia Consuelo.

“Progresividad de las políticas públicas en la atención de las personas que viven con el VIH en Colombia, 1983-2025”. *Revista Academicus Cientificus*. Vol. 1 No. 2. (2025): 51 - 72