

Evidence-Based Implementation Efficiency Analysis of the HIV/AIDS National Response in Colombia

Antonio Moreno

Arturo Álvarez-Rosete

Ricardo Luque Nuñez

Teresa del Carmen Moreno Chavez

Rosalía Rodríguez-García

Fernando Montenegro

Luis Ángel Moreno

Alejandra Suarez Lissi

Pedro Magne Concardo

Michel Eric Gaillard

The World Bank
Human Development Network
Health, Nutrition and Population Unit
August 2012



Abstract

This study on the implementation efficiency of the HIV/AIDS national response in Colombia seeks to examine how it has been implemented—whether it has been done according to the available evidence about the epidemic and as the response was originally planned. The study approaches three specific dimensions of implementation efficiency: (i) programmatic; (ii) budgetary; and (iii) service delivery.

The study uses a range of research techniques, including: (i) documentary analysis of key policies, official publications and reports; (ii) semi-structured interviews with representatives of the central government and territorial entities, international and community-based organizations, insurers, care providers, etc.; and (iii) case-study analysis to visualize the ways in which people are cared for in practice. The available data suggest

that the HIV/AIDS response is succeeding in keeping the prevalence low and the epidemic concentrated. In recent years, the level of health coverage has increased and the quality of care services has improved. The identified problems in service delivery (mostly related to coverage and access) are linked to system fragmentation and integration, and to the nature of the coordination mechanisms, both at the national and the territorial level. The effectiveness of the response would benefit from re-energized leadership at both the national and local levels—articulated through the existing programmatic framework and coordinating mechanisms. The complexity of the system and the lack of budgetary and expenditure information have impeded the evaluation of the budgetary efficiency of the HIV/AIDS response.

This paper is a product of the Global HIV and AIDS Program, Health, Nutrition and Population Unit, Human Development Network. It is part of a larger effort by the World Bank to provide open access to its research and make a contribution to development policy discussions around the world. Policy Research Working Papers are also posted on the Web at <http://econ.worldbank.org>. The author may be contacted at rrodriguezgarcia@worldbank.org.

The Policy Research Working Paper Series disseminates the findings of work in progress to encourage the exchange of ideas about development issues. An objective of the series is to get the findings out quickly, even if the presentations are less than fully polished. The papers carry the names of the authors and should be cited accordingly. The findings, interpretations, and conclusions expressed in this paper are entirely those of the authors. They do not necessarily represent the views of the International Bank for Reconstruction and Development/World Bank and its affiliated organizations, or those of the Executive Directors of the World Bank or the governments they represent.

EVIDENCE-BASED IMPLEMENTATION EFFICIENCY ANALYSIS OF THE HIV/AIDS NATIONAL RESPONSE IN COLOMBIA

Antonio Moreno, Arturo Álvarez-Rosete¹
Ricardo Luque Nuñez, Teresa del Carmen Moreno Chavez²
Rosalía Rodríguez-García, Fernando Montenegro³
Luis Ángel Moreno⁴
Alejandra Suarez Lissi, Pedro Magne Concardo, Michel Eric Gaillard⁵

Keywords: Efficiency, Implementation impact, HIV/AIDS, Colombia

The Spanish version of this study is included in this same paper.

¹ Técnicas de Salud, S.A., Spain.

² Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social, Bogotá, D.C. Colombia.

³ The World Bank, Human Development Network and Latin America and Caribbean Region.

⁴ UNAIDS, Colombia.

⁵ World Bank consultants.

This study is the result of a collaboration between the Dirección General de Salud Pública en Colombia (Dr. Ricardo Luque and team), the World Bank (Dr. Rosalía Rodríguez-García and team), and UNAIDS Colombia (Dr. Luis Ángel Moreno and team). The authors appreciate useful comments received from reviewers on a previous version of this document, and the logistical support of Mario Méndez. The authors would also like to acknowledge the support received from David Wilson, Director of the Global HIV/AIDS Program, Joana Godinho, Sector Manager, Health, and Shiyao Chao, Senior Economist, both in the Latin America and the Caribbean Region at the World Bank. The opinions expressed in this paper are those of the authors only and need not represent the views of the World Bank, its Executive Directors, or the countries they represent.

Contents

EXECUTIVE SUMMARY	6
LIST OF ACRONYMS AND GLOSSARY	11
I. INTRODUCTION	12
II. ANALYTICAL FRAMEWORK AND STUDY METHODOLOGY	14
1. ANALYTICAL FRAMEWORK.....	14
2. STUDY METHODOLOGY	18
III. BRIEF OVERVIEW OF HIV AND AIDS IN COLOMBIA	19
1. COUNTRY CONTEXT	19
2. THE EPIDEMIC	20
3. HIV/AIDS NATIONAL RESPONSE	24
(a) Insurance Component.....	25
(b) Public Health Component.....	28
IV. RESEARCH FINDINGS.....	29
1. PROGRAMMATIC DIMENSION	29
(a) Knowing the Epidemic	29
(b) Programmatic Framework: National Level.....	30
(c) Programmatic Framework: Regional Level	35
(d) Summary of Findings.....	36
2. BUDGETARY DIMENSION	37
(a) Funding Sources.....	37
(b) HIV/AIDS Budgets.....	38
(c) HIV/AIDS Expenditures	39
(d) Summary of Findings.....	42
3. SERVICE DELIVERY DIMENSION	43
(a) Coverage.....	43
(b) Access Barriers.....	45
(c) Service Delivery.....	48
(d) Summary of Findings.....	51
V. CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS.....	53
1. EFFICIENCY OF THE HIV/AIDS RESPONSE IN COLOMBIA	53
2. ISSUES TO BE ADDRESSED.....	54
3. RECOMMENDATIONS	57
ANNEX: RESEARCH TOOLS	60
1. DOCUMENTS REVIEWED	60
2. STAKEHOLDERS INTERVIEWED	62
3. SURVEY FOR HEALTH TERRITORIAL ENTITIES	64

Figures

FIGURE 1: FRAMEWORK FOR ANALYZING IMPLEMENTATION EFFICIENCY	17
FIGURE 2: EVOLUTION OF HIV PREVALENCE FOR THE GENERAL POPULATION IN COLOMBIA, 1991-2015.....	20
FIGURE 3: ADULT HIV PREVALENCE IN SELECT LATIN AMERICAN AND CARIBBEAN COUNTRIES, 2001-2009	21
FIGURE 4: REPORTED HIV/AIDS CASES. COLOMBIA, 1985-2011	22
FIGURE 5: HIV/AIDS REPORTED CASES BY DISEASE STAGE, COLOMBIA, 1983-2011.....	23
FIGURE 6: MORTALITY RATES BY AIDS PER 100,000 POPULATION. COLOMBIA, 1991-2009.....	23
FIGURE 7: MAIN RELATIONSHIPS WITHIN THE HEALTH INSURANCE SYSTEM OF COLOMBIA.....	25
FIGURE 8: EVOLUTION OF TUTELAGE ACTIONS RELATED TO HIV/AIDS, 2003-2010	44
FIGURE 9: RANKING IN THE QUALITY OF HIV/AIDS CARE IN COLOMBIA ACCORDING TO THE INSURANCE MODALITIES OF PATIENTS AND AREA OF RESIDENCE	46

Tables

TABLE 1: POPULATION OF COLOMBIA, 2009	19
TABLE 2: PEN 2008-2011 ESTIMATED COSTS AS PER AXIS	39
TABLE 3: PEN 2008-2011 ESTIMATED COSTS AS PER ACTIVITY GROUPS	39
TABLE 4: HIV/AIDS EXPENDITURES IN 2008 AND 2009 AS PER CATEGORIES.....	41
TABLE 5: HIV/AIDS EXPENDITURES IN 2008 AND 2009 AS PER FUNDING SOURCES.....	42
TABLE 6: PERCENTAGE OF ADULTS AND CHILDREN LIVING WITH HIV RECEIVING ART, 2007, 2008 AND 2009.....	48

Boxes

BOX 1: FINDINGS FOR THE PROGRAMMATIC DIMENSION OF IMPLEMENTATION EFFICIENCY	8
BOX 2: FINDINGS FOR THE BUDGETARY DIMENSION OF IMPLEMENTATION EFFICIENCY.....	9
BOX 3: FINDINGS FOR THE SERVICE DELIVERY DIMENSION OF IMPLEMENTATION EFFICIENCY	9
BOX 4: PREVENTIVE, DIAGNOSTICS AND TREATMENT SERVICES FOR PEOPLE WITH HIV/AIDS IN COLOMBIA.....	32
BOX 5: SUMMARY OF FINDINGS OF THE PROGRAMMATIC DIMENSION.....	36
BOX 6: SUMMARY OF FINDINGS OF THE BUDGETARY DIMENSION	43
BOX 7: SUMMARY OF FINDINGS OF THE SERVICE DELIVERY DIMENSION	52

Executive Summary

This study (Study) on the implementation efficiency of the HIV/AIDS National Response in Colombia seeks to examine how such response has been implemented—whether it has been done according to the available evidence about the epidemic and as the response was originally planned.

The HIV/AIDS national response in Colombia is understood as a system that includes the set of functions, actions, actors, resources and information flows that contribute to the control of the epidemic, and that are permanently interacting with each other. Any change in any one of these elements necessarily impacts the performance of the rest of the elements within the system.

The Study analyzes three specific dimensions of implementation efficiency: (i) programmatic efficiency, (ii) budgetary efficiency, and (iii) service delivery efficiency.

The programmatic dimension of the HIV/AIDS response in Colombia is supported by a legal framework. The programmatic framework is defined at a national level through a number of key policies—namely, the *Plan Nacional de Salud Pública* (PNSP) and the *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA. Colombia 2008-2011* (PEN). The country has a better understanding of the epidemic and in particular, of its impact on the most vulnerable population groups. The available data suggest that the HIV/AIDS response in Colombia is generally succeeding in keeping the HIV prevalence low and the epidemic contained. The Study does reveal that the effectiveness of the response would benefit from a reenergized leadership at both the national and local levels—articulated through the existing programmatic framework and coordinating mechanisms.

From a budgetary perspective, the Colombian social security system constitutes the main financing mechanism for providing care to the HIV/AIDS population. The strength of the response is dependent upon the performance of the health insurance system—the quality of care provided, the financial sustainability, the adequacy of the regulatory framework, etc. However, the complexity of the current system and the lack of cost-

accounting mechanisms have impeded the evaluation of the budgetary efficiency of the HIV/AIDS response.

The Study confirms that a substantial amount of HIV/AIDS care services do exist and are functioning in Colombia. In recent years, the level of health coverage has increased and the quality of care services has improved—and the HIV/AIDS response includes promotion, prevention and treatment services, as well as social support services. However, there are: (i) inequities linked to geographical and insurance regime issues; (ii) problems regarding drug availability, access and quality; and (iii) problems stemming from an absence of continuity of care. There is a broad consensus that: (i) the incorporation of patients into prevention programs is largely occurring late in the process; and (ii) there are opportunities and synergies for HIV/AIDS prevention available at the primary care level that are being wasted.

Given the nature and scope of the Study, the recommendations included are consciously generic and go beyond the mere HIV/AIDS response; as a consequence, their implementation might require further study and dialogue among the key stakeholders so as to refine them and find the most workable solutions. The three key recommendations are as follows:

1. Strengthen the programmatic and coordinating leadership in HIV/AIDS at both the national and local levels, by giving the new *Plan de Respuesta ante el VIH/SIDA* a binding status.
2. In the mid-term, establish a system of financial accounting for the health insurance system disaggregated for HIV/AIDS in order to have the capacity to single out the HIV/AIDS financial flows and to identify HIV/AIDS budgets and expenditures. In the short-term, carry out a new study to measure expenditures on HIV/AIDS (MEGAS: *Medición del Gasto en VIH/SIDA*) in Colombia.
3. Tackle the inequity problems and barriers to access by simplifying and improving the efficiency of the social insurance system, reinforcing HIV/AIDS services at the primary care level, identifying the most vulnerable populations

at the local level, and improving the regulatory framework for medicines for human use.

Boxes 1, 2 and 3 below summarize the findings and recommendations for each of the three dimensions of implementation efficiency:

Box 1: Findings for the Programmatic Dimension of Implementation Efficiency

STRENGTHS	CHALLENGES	RECOMMENDATIONS
Programmatic Dimension		
<p>Colombia has increased the understanding of the HIV/AIDS epidemic and its impact on the most vulnerable groups.</p> <p>The existing legal framework is sufficiently developed so as to sustain a sound and stable programmatic response.</p> <p>The HIV/AIDS response is supported at the national level by a number of key policies, including the PNSP and the PEN.</p>	<p>Studies on the HIV epidemic have been produced only at the national level—not at the departmental or district level.</p> <p>The HIV/AIDS response strategic decision-making is not always supported by evidence.</p> <p>The PEN and the coordinating bodies have had limited effectiveness in designing a centralized HIV/AIDS response <i>in practice</i>.</p> <p>There has been a lack of leadership at the local level in regard to making use of the entire institutional arsenal (Territorial Public Health Plans, Departmental HIV/AIDS Committees, etc.)</p>	<p>Strengthen the programmatic and coordinating leadership in HIV/AIDS at the national and local (DTS) levels, through:</p> <p>Align the programmatic objectives, resources, services and actions that form the response to the HIV/AIDS epidemic with the SRH policy.</p> <p>Ensure a sense of ownership of and commitment to the PEN among all stakeholders, by facilitating an open, inclusive and transparent process of formulation and implementation.</p> <p>Grant the new PEN a binding status for all DTSs, EPSs and IPSs, by detailing responsibilities, goals, information requirements and potential sanctions.</p> <p>Strengthen the programmatic leadership of the local entities by enhancing their monitoring and inspection capacity over EPSs and IPSs. Support local entities in improving their knowledge of the HIV/AIDS epidemic and its impact on the people within their territories, in order for this evidence to inform intervention plans and strategies.</p>

Box 2: Findings for the Budgetary Dimension of Implementation Efficiency

STRENGTHS	CHALLENGES	RECOMMENDATIONS
Budgetary Dimension		
<p>The insurance system is the main funding source of HIV/AIDS care services (both personal and collective) for the whole population.</p> <p>Despite its complexity, the mechanism is well stipulated and regulated.</p> <p>The sustainability of the HIV/AIDS response is dependent upon the financial sustainability of the insurance system.</p> <p>The existence of a single funding source avoids problems of overlapping and/or under-financing.</p>	<p>Lack of differentiated budgets for HIV/AIDS (funds are part of broader SRH programs).</p> <p>Lack of a system of financial accounting that makes it possible to track the flow of money in either the budgetary flow or the expenditure flow for the HIV/AIDS response.</p> <p>It cannot be determined conclusively whether any specific increase or reduction of funds is needed.</p> <p>It cannot be determined conclusively whether the budgeted money is devoted to the expected services, or expenditures match budgets.</p>	<p>Establish a system of financial accounting for the health insurance system that allows for a disaggregated analysis of the HIV/AIDS response, through:</p> <p>In the medium-term, establish the capacity to single out HIV/AIDS financial flows and costs.</p> <p>In the short-term, conduct a new study to measure expenditures on HIV/AIDS (MEGAS: Medición del Gasto en VIH/SIDA).</p>

Box 3: Findings for the Service delivery Dimension of Implementation Efficiency

STRENGTHS	CHALLENGES	RECOMMENDATIONS
Service Delivery Dimension		
<p>There is a well-structured network of preventive, diagnostic, treatment, palliative and support services for people living with HIV/AIDS.</p> <p>The coverage level and the quality of services have improved over the years.</p>	<p>The complexity of the insurance system determines the national response in terms of: Geographical inequities and by type of insurance regime.</p> <p>Problems of availability, access and quality of medicine for human use (poorly developed regulatory framework).</p> <p>Continuity of care within the subsidized regime (it is especially problematic).</p>	<p>Tackle the inequity problems and barriers to access by simplifying and improving the efficiency of the social insurance system, promoting the delivery of HIV/AIDS care at the primary care level, and improving the regulatory framework for medicines for human use, through:</p> <p>Clearly identify and resolve the fractures in the insurance system that de facto cause problems of access to services and discontinuities in treatments, as well as economic, family- and work-related, and life disruptions.</p> <p>Complete the transfer of the associated insurance scheme to the subsidized regime – ensuring the sustainability and quality of the latter.</p> <p>Reorganize and transfer prevention, diagnostic and treatment services for HIV/AIDS towards the primary care level. Make the most of the</p>

		<p>synergies and opportunities that exist at the primary care level in order to better coordinate treatment of HIV/AIDS, STD and opportunistic diseases. Strengthen the primary care level.</p> <p>Complement the existing general health system response to HIV/AIDS with programs and interventions for targeting the most at risk groups to be identified by studies at the local level.</p> <p>Improve the regulatory framework for medicines for human use—particularly in regard to the processes of authorization, price-setting and reimbursement, distribution and drug dispensation. Develop the pharmaco-vigilance system.</p>
--	--	---

Source: Técnicas de Salud, 2011.

List of Acronyms and Glossary

Spanish Acronym	Spanish Name	English Name	*English Acronym (if used differently than Spanish)
ARV	Anti-retroviral	Antirretroviral	
ASAP	Grupo de Trabajo del Banco Mundial sobre Estrategia y Plan de Acción en SIDA	World Bank Working Team on AIDS Strategy & Action Plan	
CONASIDA	Consejo Nacional de SIDA	AIDS National Council	
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional	Armed Forces and National Police HIV/AIDS Prevention and Control Committee	
CRES	Comisión de Regulación en Salud	Health Regulation Commission	
DTS	Direcciones Territoriales de Salud	Territorial Health Entities	
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	Demography and Health National Survey	
EPS	Empresa Promotora de Salud	Health Promoting Company	
ESE	Empresa Social del Estado	Social State Enterprises	
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	Sexually Transmitted Diseases	STD
FGSTM	Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía	Solidarity and Guarantee Fund	
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres	Men who have sex with men	MSM
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	Colombian Institute of Family Welfare	
IEC	Información, educación y comunicación	Information, Education and Communication	
INS	Instituto Nacional de la Salud	National Health Institute	
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicinas y Alimentos	National Institute of Drug and Food Vigilance	
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud	Healthcare Delivery Institutions	
LAC	Latinoamérica y Caribe	Latin America and the Caribbean	
MDN	Ministerio de Defensa Nacional	Ministry of National Defense	
MEGAS	Medición del Gasto en VIH/SIDA	Measuring expenditure on HIV/AIDS	
MEN	Ministerio de Educación Nacional	Ministry of National Education	
MPS	Ministerio de Protección Social	Ministry of Social Protection	
MTS	Mujer Trabajadora Sexual	Female Sex Worker	
ONG	Organizaciones No Gubernamentales	Non-Governmental Organizations	NGO
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre El VIH/SIDA	The Joint United Nations Program on HIV/AIDS	UNAIDS
OPS	Organización Panamericana de la Salud	Pan-American Health Organization	PAHO
PAB	Plan de Atención Básica	Basic Health Care Plan	
PEN	Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA	National Plan for responding to HIV/AIDS	
PGN	Presupuesto General de la Nación	National Budget	
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública	Public Health National Plan	
POS	Plan Obligatorio de Salud	Compulsory Health Plan	
PTS	Planes Territoriales de Salud	Territorial Public Health Plan	
PVV	Personas que viven con el VIH	People who live with HIV	
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud	General System of Social Security in Health	
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida	Acquired Immune Deficiency Syndrome	AIDS
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales	System for Selecting Beneficiaries of Social Programs	
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia de la Salud	System for Health Vigilance	
SSR	Salud Sexual y Reproductiva	Sexual and Reproductive Health	SRH
UDIS	Usuarios de drogas inyectables	Users of Intravenous Drugs	IDUS
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas	United Nations Population Fund	
UNGASS	Reunión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el SIDA	United Nations General Assembly for AIDS Special Session	
UPC	Unidad de Pago por Capitación	Payment by Capitation Measuring Unit	
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana	Human Immunodeficiency Virus	HIV
WB	Banco Mundial	World Bank	

I. Introduction

As part of its general strategy for Latin America and the Caribbean (LAC), in 2010, the World Bank (WB) conducted a study of HIV allocative efficiency in several Latin American countries. This study compared actual expenditures of the HIV/AIDS response with the estimated costs foreseen in the new national HIV and AIDS plan. The goal of this study was to determine whether differences between expenditures, resource allocations, and health needs existed—especially in regard to the groups affected by the epidemic.⁶

In line with that regional effort and as a response to the interest of the Colombian Ministry of Social Protection (Ministerio de la Protección Social de Colombia, MPS), the current Study—entitled Evidence-based Implementation Efficiency Analysis of the National HIV/AIDS Response in Colombia—has now been completed. The Study seeks to examine how the national response has been implemented—whether it has been done according to the available evidence about the epidemic and as the response was originally planned. Special effort has been put into verifying that the prevention and care actions envisaged in the national AIDS program are reaching the priority populations.

More specifically, the Study analyzes three dimensions of efficacy: (i) programmatic, (ii) budgetary, and (iii) service delivery. It is structured as follows:

- ▶ After the Introduction, Section II summarizes the analytical framework applied and the activities developed for conducting the Study.
- ▶ Section III analyzes the state of the HIV/AIDS epidemic in Colombia—placing particular attention on contextual elements, the type of HIV epidemic, and the articulation of the national response.
- ▶ Section IV details the findings for each one of the dimensions of the Study—programmatic, budgetary, and service delivery.
- ▶ Section V summarizes the conclusions of the Study, and suggests a number of recommendations to improve the national response in Colombia.

⁶ Rodríguez-García R, Gaillard ME; Aran-Matero D. (2010) AIDS Resource Efficiency in Latin America. World Bank.

- ▶ The Report concludes with the annexes, which include: (i) the list of the people interviewed; (ii) the template of the survey sent to all of the territorial health directorates (direcciones territoriales de salud, DTS); and (iii) the relation of the various documents reviewed.

II. Analytical Framework and Study Methodology

1. Analytical Framework

Efficiency is widely understood as the relation between resource inputs—funds, labor, capital, and equipment—and results obtained. “Efficiency measures whether resources are being used to get the best value for money”.⁷ The economic literature has referred to different types of efficiencies—mainly, technical, allocative and productive⁸—and has developed a number of analytical tools to measure the efficiency and effectiveness of organizations, including cost-utility, cost-effectiveness and cost-benefit analyses.

In recent decades, the discipline of Policy Analysis has broadened the scope of the concept by including the conditions that determine the effective and efficient implementation of a policy. As policymakers, project managers and implementers know well, on many occasions, efficient choices (from an economic perspective) do not necessarily translate into successful policy interventions. In the process of implementation, a policy may encounter a number of barriers and deviations that may alter its original intentions and lead to its partial or total failure.

Within this discipline of Policy Analysis, the approach used by Técnicas de Salud to evaluate the implementation efficiency of the HIV/AIDS response is based on systems theory—understanding “system” as an identifiable set of interdependent elements forming a purposeful whole, whereby any interaction of one of its constituent parts provoke changes in the system as a whole.⁹

In a simple form¹⁰, the system is represented in terms of a series of resources (=inputs), the combined functions of which transform a process in order to produce

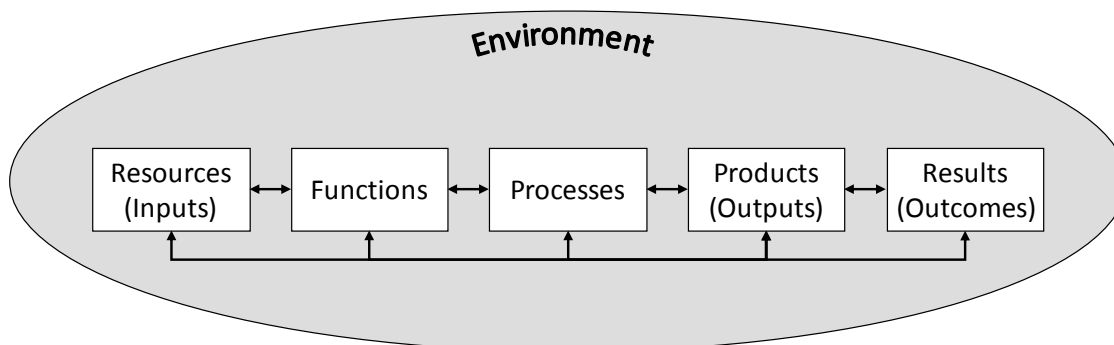
⁷ Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of Efficiency, BMJ April 24; 318(7191): p. 1136

⁸ Palmer and Torgerson present the following definitions: (i) Technical Efficiency position is achieved when the maximum possible improvement in outcome is obtained from a set of resource inputs; (ii) Productive efficiency is the maximization of outcome for a given cost or the minimization of cost for a given outcome; (iii) Allocative Efficiency takes account not only of the productive efficiency with which resources are used to produce outcomes, but also the efficiency with which these outcomes are distributed among the community; see Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of Efficiency, BMJ April 24; 318(7191): p. 1136.

⁹ Bertalanfy KL (1968) General System Theory: Foundations, Development, Applications, New York: George Braziller, revised edition 1976.

¹⁰ Easton D (1965) *A Systems Analysis of Political Life*, New York: Wiley

specific outputs (=products) and desired results (=outcomes)—all operating within a given environment:



Powerful social, economic, political, ecological and biological contexts determine the environment, which strongly affects inputs, functions, process, outputs and outcomes. This focus on the effects of contexts helps to avoid presupposing linear, sequential and/or mechanical relationships, instead of complex and iterative dynamics.

Systems Theory has shown its usefulness in explaining conceptually complex relationships and processes of a social system operating within its particular environment, including those relationships and dynamics in contemporary health systems¹¹.

In the Study, a very simplified Systems framework is suggested as a descriptive tool for capturing the basic dynamics and relationships between the different system components of the HIV/AIDS response in Colombia. Thus, the framework is not suggested as a model of causality or a predictive tool, but rather as a map to aid in the observation and research of a number of interrelate aspects of implementation efficiency. It has proven useful in enabling the Team to approach the research questions iteratively, and to develop a holistic understanding of the HIV/AIDS response in Colombia.

¹¹World Health Organization (2000) *World Health Report 2000*. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization; Murray CJL and Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78(6):717-731; Black N and Gruen R (2005) *Understanding Health Services*, Maidenhead, UK: Open University Press; Shakarishvili G (2009) *Building on Health Systems Frameworks for developing a common approach to health systems strengthening*. Paper prepared for the World Bank, Global Fund Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and GAVI Alliance, Technical Workshop on Health Systems Strengthening, Washington DC, June 25-27, 2009.

From Técnicas de Salud's perspective, the analysis of the implementation efficiency requires a consideration of all those elements that have an impact on the provision of goods and services—in other words, a consideration of the total sequence of activities, inputs, outputs and information flows that contribute to the success or failure of projects.¹² Within this approach, the response to the HIV/AIDS epidemic is understood as a system that integrates multiple efforts from various sectors, organizations and actors (either programs, services and community-based activities¹³ and the specific interventions from the national health system).

In other words, the chosen framework to analyze the efficiency of the national response to HIV/AIDS in Colombia takes the PEN (*Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011*) into account, but it is not limited to it.

All health systems perform a common set of functions—namely, the provision of personal and population services, financing, input generation, and stewardship.¹⁴ Despite all its particularities, the HIV/AIDS care network is a sub-system within the health sector. Therefore:

- ▶ Care services need to be provided; all inputs, functions and processes substantiated in the act of care—e.g., in the moment in which a blood test is conducted, an anti-retroviral treatment is prescribed, a drug is given to an HIV-infected person, etc.
- ▶ Funding must be ensured—the effective functioning and the sustainability of programs require sufficient resources.
- ▶ However, ensuring resources and funding—while an entirely necessary condition for providing care services to the people—is not sufficient in and of itself to provide services. The system as a whole needs to be led, mobilized and governed.

¹² Parsons W (1996) Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis, Aldershot: Edward Elgar, p. 474.

¹³ Rodríguez-García R. et al. (2011) Analyzing Community Responses to HIV and AIDS. Operational Framework and Typology, Policy Research Working Paper 5532, The World Bank.

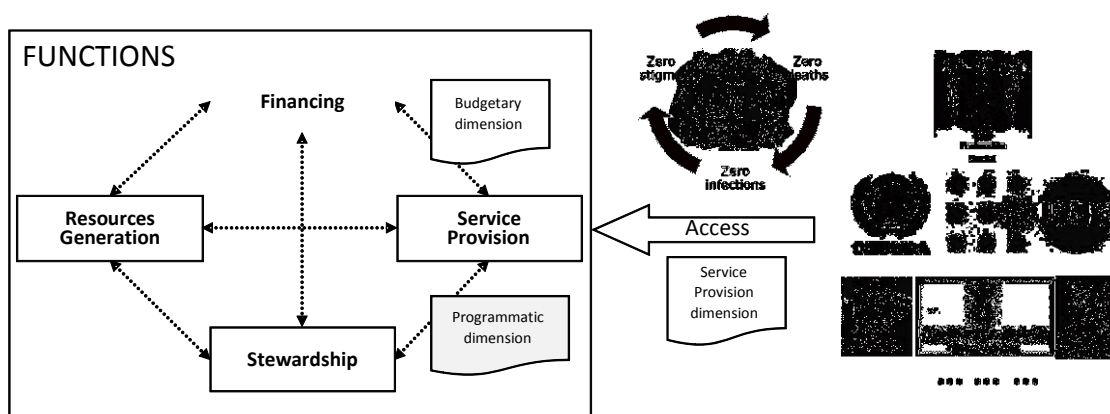
¹⁴ World Health Organization. World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva, World Health Organization.

Reflecting this systemic approach, the Study analyzes three specific dimensions of implementation efficiency:

- ▶ **Programmatic Efficiency**—by looking at issues such as: (i) priority populations (including size and coverage); (ii) type of programs (prevention, diagnostics, treatment, care, support); and (iii) the degree of integration and coordination between the existing schemes.
- ▶ **Budgetary Efficiency**—by looking at issues such as: (i) current expenditures on priority groups and programs; (ii) sources of funds (public, private, international); and (iii) financial sustainability.
- ▶ **Service Delivery Efficiency**—by looking at issues such as: (i) delivery modalities; (ii) providers (public, private, NGO); (iii) facilities (formal care and lay care); and (iv) the basket of services.

In short, the service delivery dimension is perceived as the cornerstone that guarantees access to care services for those who need them. Despite not being sufficient by themselves, the programmatic and budgetary dimensions are entirely necessary and should work in conjunction in order to support the service delivery dimension. The graph below synthesizes the proposed analytical framework:

Figure 1: Framework for Analyzing Implementation Efficiency



Source: Técnicas de Salud. 2011.

2. Study Methodology

A range of research techniques have been used in the Study—mainly documentary analysis, semi-structured interviews and case-study analysis.

- ▶ Documentary analysis has been used to gather data on: (i) the extent and profile of the epidemic (e.g., *Análisis de la Situación de la Epidemia*); (ii) budget allocations and expenditures (e.g. *Gasto Nacional en VIH/SIDA*); (iii) existing care services (e.g., as described by the *Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH*); and (iv) policies, programs and care guidelines (e.g., *Plan Nacional de Respuesta, Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia; Guía de Práctica Clínica*).
- ▶ Semi-structured interviews have been used: (i) to reconstruct the flow of funds; (ii) to make explicit the allocative decisions by national and local authorities; and (iii) to make explicit the points-of-view of key stakeholders. Informants included: (i) representatives of the central Government (e.g., MPS, MEN or MDN) and territorial entities (for example, district and departmental secretariats); (ii) international organizations; (iii) community-based organizations; and (iv) NGOs, EPEs, IPS, and hospital and primary care center staff. Whenever informants consented, these interviews were recorded and transcribed for detailed narrative and thematic analysis.
- ▶ Case studies have been designed to visualize the way in which people are cared for in practice—not merely on paper. The aim of this strategy was to identify potential barriers to access to HIV/AIDS services, and institutional bottlenecks.

The Annex provides further information on the documents reviewed, the people interviewed, the questionnaires applied, and other tools.

III. Brief Overview of HIV and AIDS in Colombia

1. Country Context

Colombia is located in South America; it has a population of 44,977,758 (estimated for 2009).¹⁵ Table 1 below shows the population distribution by age and sex:

Table 1: Population of Colombia, 2009

Total population	44,977,758	(100%)	Total population	44,977,758	(100%)
Men	22,203,234	(49,4%)	0–14	13,073,904	(29,1%)
Women	22,774,524	(50,64%)	15–49	23,651,446	(52,6%)
			> 50	8,252,408	(18,3%)

Source: Censo General de Colombia (www.dane.gov.co). Población proyectada. 2009.

The country extension is 1,141,748 Km², which implies a population density of 39 inhabitants by Km².

The country is organized in the following manner:

- ▶ 32 departments and 5 districts (including the *Distrito Capital de Bogotá*).
- ▶ 20 sub-departmental entities (*corregimientos departamentales*)
- ▶ 1,101 municipalities
- ▶ 8,059 villages (smaller than municipalities)

The GDP in Colombia in 2009 (last year for which this information is available) was \$234,045 million (current international \$ or 392,446 million \$ PPP).¹⁶ This represents a per capita income of \$4,990.¹⁷ The life expectancy at birth in 2009 was 73 years;¹⁸ the adult literacy rate (15-years-old and above) was 93%.¹⁹

¹⁵ Censo General de Colombia (www.dane.gov.co). 2009.

¹⁶ World dataBank. World Development Indicators (WDI) & Global Development Finance (GDF) (<http://databank.worldbank.org>).

¹⁷ The World Bank Open Data. GNI per capita, Atlas method (current US\$) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>) (Atlas method).

¹⁸ The World Bank Open Data. Life expectancy at birth, total (years) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>).

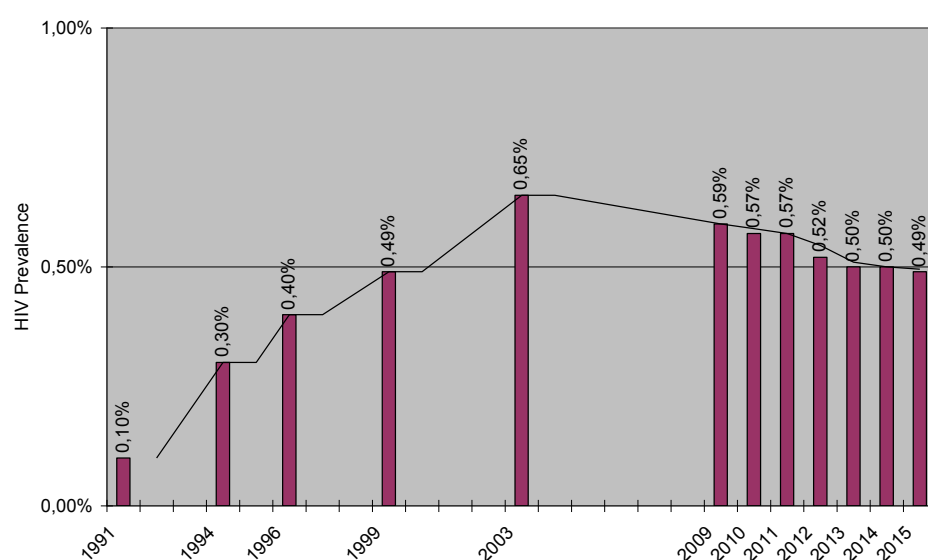
¹⁹ The World Bank Open Data. Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>).

2. The Epidemic

The prevalence of HIV/AIDS within the entire population of Colombia is low. Data from 2009²⁰ show an adult HIV prevalence of 0.59%—which represents about 140,125 people between the ages of 15 and 49 living with HIV or AIDS in the country. Preliminary epidemic estimates for 2010 point to an HIV prevalence of 0.57%—and to 144,290 people between the ages of 15 and 49 living with HIV or AIDS.²¹

Using different data sources, the graph below shows the evolution of HIV prevalence for the general population in Colombia from 1991-2015:

Figure 2: Evolution of HIV Prevalence for the General Population in Colombia, 1991-2015



Data:

1991 ^a	1994 ^a	1996 ^a	1999 ^a	2003 ^a	2009 ^b	2010 ^c	2011 ^d	2012 ^d	2013 ^d	2014 ^d	2015 ^d
0,10%	0,30%	0,40%	0,49%	0,65%	0,59%	0,57%	0,57%	0,52%	0,50%	0,50%	0,49%

Sources: Adapted by Técnicas de Salud using data from the following sources:

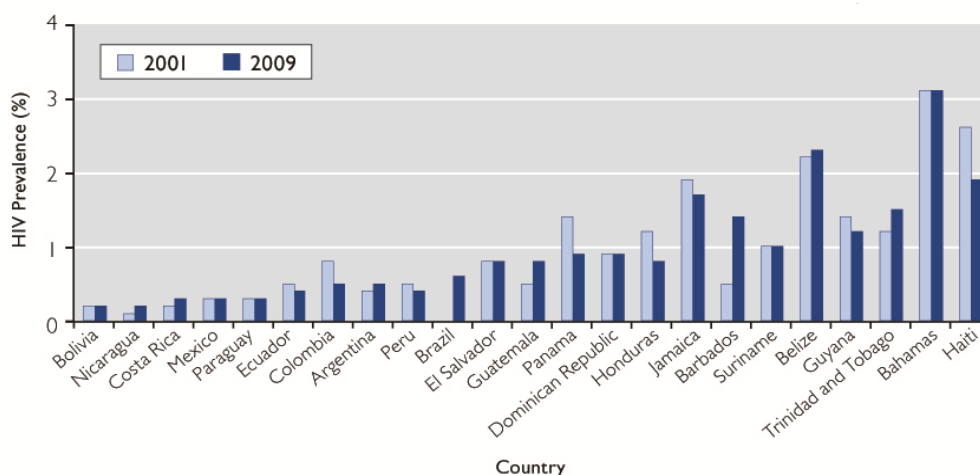
- UNGASS 2012: p.28.
- UNGASS 2010: p.41.
- Personal communication from Dr. Luque, Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.
- Análisis estimaciones de la epidemia de VIH en Colombia 2011. Spectrum versión 4.47 generado el 30 de marzo de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

²⁰ UNGASS 2010: p.41

²¹ Personal communication from Dr. Luque, Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Colombia's HIV epidemiological profile shows the country to be in the group of low prevalence Latin American and Caribbean countries, as seen in the graph below:

Figure 3: Adult HIV Prevalence in Select Latin American and Caribbean Countries, 2001-2009



Source: UNAIDS 2010 Report on the Global AIDS. Epidemic Data for Brazil are from 2010 UNGASS report. No trend data are available for Brazil.

The epidemic is concentrated in the most vulnerable populations. For Men who have Sex with Men (MSM)—one of the most at risk populations—the HIV prevalence is higher than 5%. The only one of the most vulnerable groups that has a low prevalence (less than 1%) is pregnant women²². The geographical distribution of the highest prevalence of the most vulnerable groups is:

- ▶ MSM are the most affected group—with a prevalence of 24% in Cali, 15% in Bogotá, and 10.9% in Barranquilla.²³
- ▶ For Female Sex Workers (SW), the highest prevalence rates occur in Bucaramanga (3.26%) and Barranquilla 2.22%.²⁴
- ▶ For IDUs, prevalence is 3.8% in Medellin and 1.9% in Pereira.²⁵
- ▶ The active vigilance of pregnant women has shown a national average prevalence of 0.22%.²⁶

²² UNGASS 2010: p.20.

²³ MPS and UNFPA, 2010

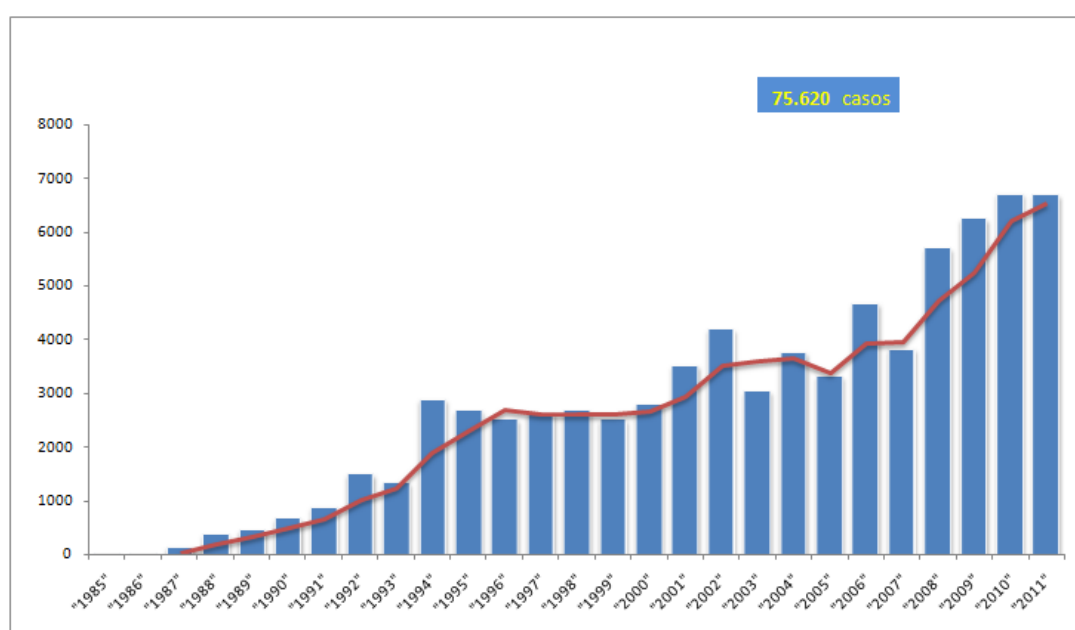
²⁴ MPS y UNFPA, 2008

²⁵ MPS/UNODC/ Universidad CES

Sexual intercourse has been the main mechanism of infection transmission, accounting for 97% of cases. The predominance of infection with men suggests that sexual transmission between males plays an important role. Key factors for the transmission of the infection may include a lack of condom use and a profusion of multiple sexual partners.

As Figure 4 shows, from 1985-2011, a total of 75,620 HIV/AIDS cases were reported, of which 6,687 were reported in 2011.²⁷

Figure 4: Reported HIV/AIDS Cases. Colombia, 1985-2011



Source: UNGASS 2012: p. 21

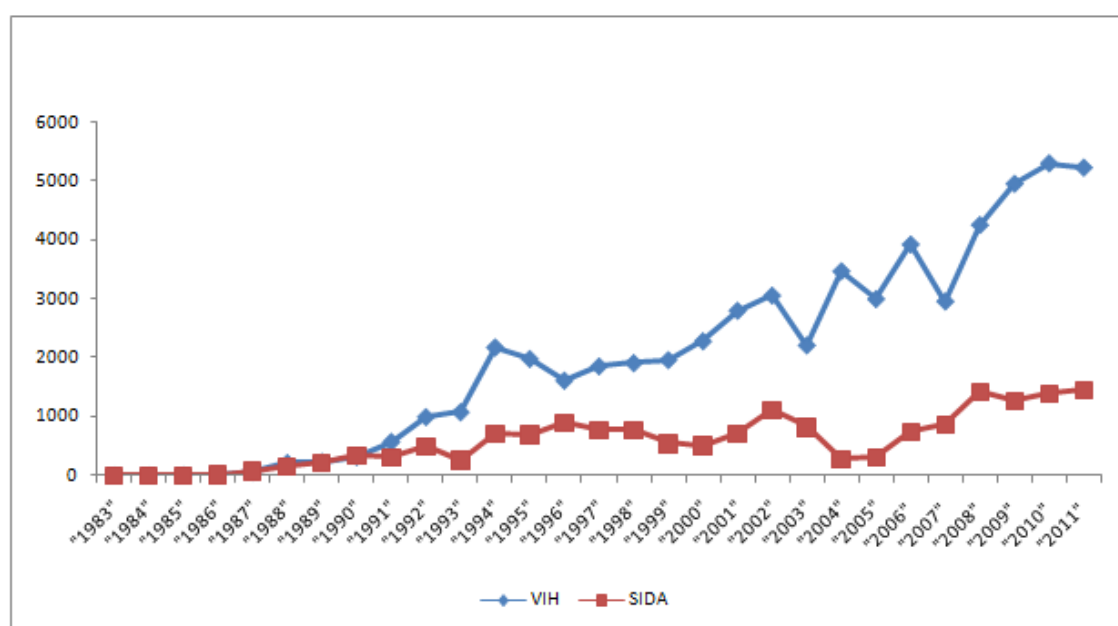
The increase in the number of reported cases could be due to various factors, including initiatives for offering assessment and advice to take voluntary tests, reduction of administrative processes for accessing HIV/AIDS services, and offering of the HIV test to all pregnant women across the country.

Figure 5 below shows how the number of HIV cases reported has been gradually growing vis a vis AIDS cases.

²⁶ INS, 2009

²⁷ UNGASS 2012: p. 21.

Figure 5: HIV/AIDS Reported Cases by Disease Stage, Colombia, 1983-2011

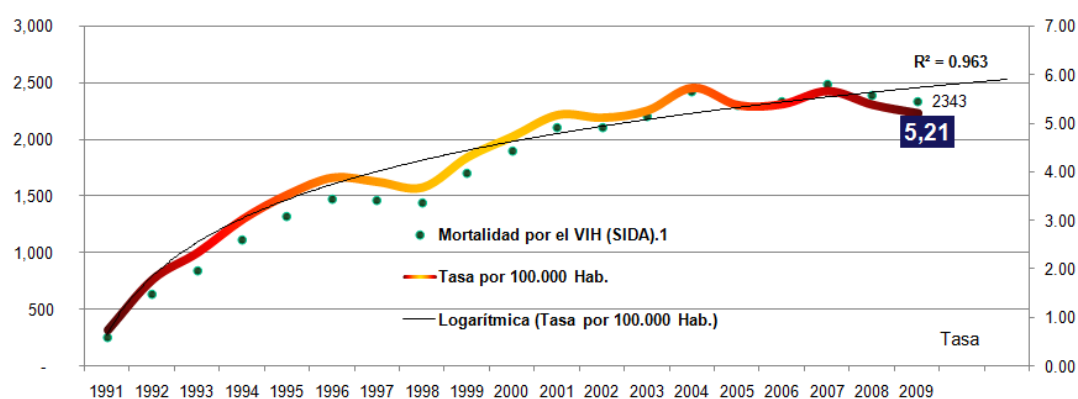


Source: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011 Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP; UNGASS 2012: p.24.

Arguably, this gap between HIV and AIDS cases is linked to improved access to diagnostic and treatment services and technologies, which contributes toward delaying the transition period to the AIDS stage.

Finally, figure 6 shows the evolution of AIDS mortality rates in Colombia between 1991 and 2009. It suggests a trend towards stability—probably as a result of better access to health care services and ARVs. In 2009, the number of reported deaths by AIDS was 2,343, which represents a mortality rate of 5.21 per 100,000 persons:

Figure 6: Mortality Rates by AIDS per 100,000 Population. Colombia, 1991-2009



Source: Estadísticas Vitales-DANE- 1991-2009, UNGASS 2012: p. 37.

Data from the National Demography and Health Survey (*Encuesta Nacional Demografía y Salud 2010*, ENDS²⁸) shows that knowledge about HIV/AIDS in Colombia is almost universal. Nevertheless: (i) the majority of the population identifies and visualizes the disease as “others’ problem”; (ii) there is little knowledge about safe practices to avoid transmission (in particular, in departments such as Putumayo, Vaupés, Amazonas, Vichada, Guainía and Caquetá); and (iii) rejection and stigma towards people with HIV/AIDS still persists.

In sum, the prevalence of HIV/AIDS for the entire population of Colombia is low, the epidemic is concentrated, and the number of HIV cases reported has been gradually growing vis a vis AIDS cases.

3. HIV/AIDS National Response

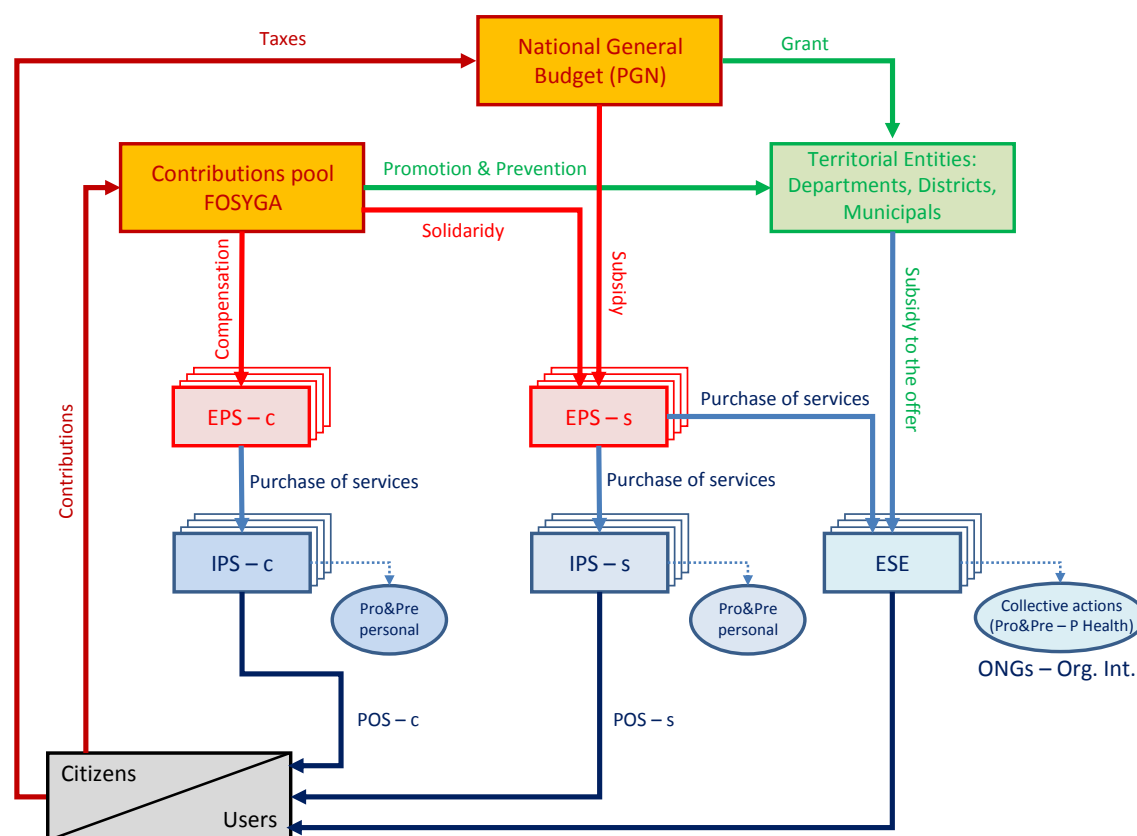
The national response to HIV/AIDS in Colombia is administered by the Ministry of Social Protection (MPS), and is articulated by a two-fold mechanism:

- ▶ An insurance component that provides health care through a network of insurance companies (the Empresas Promotoras de Salud, EPS) and the health care centers (the Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS).
- ▶ A public health component that includes collective interventions for health promotion and prevention—such as awareness and information campaigns—financed by the territorial health entities and provided by local hospitals.

²⁸ Ministerio de la Protección Social (February 2011) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*, Bogotá: MPS.

In the following section, the complex functional and economic relationships that sustain these two-fold mechanisms for the population of Colombia are described in detail. Figure 7 aims to capture that complexity.

Figure 7: Main Relationships within the Health Insurance System of Colombia



Source: Técnicas de Salud, 2011.

(a) Insurance Component

There are three ways through which the citizens of Colombia may enter the health insurance system (Sistema de Seguridad Social en Salud, SGSSS) to receive health care services: (i) the contributory regime (see Figure 7, suffix -c); (ii) the subsidized regime (see Figure 3, suffix -s); and (iii) the associated regime. The latter regime is temporary—it is expected to disappear when coverage to the SGSSS is extended to the entire population.

- The contributory regime applies to all national and foreign citizens who are residents in Colombia with legal work contracts (salaried), or with fixed income

despite not having a contractual and regulated relationship with an employer (e.g., independent professionals, business persons, renters).

- ▶ The subsidized regime applies to poor and vulnerable persons—in order to enter this regime, individuals are required to undertake the SISBEN survey.
- ▶ The associated regime applies to non-insured poor persons.

The entire health insurance system is financed through the Solidarity and Guarantee Fund (FOSYGA, or “social security bank”), which is supported by the insurance contributions from the contributory regime. The required contribution is 12.5% of the basic salary:

- ▶ In the case of salaried workers, the worker assumes 4% and the employer assumes 8.5%.
- ▶ In the case of self-employed workers, the worker assumes the total amount.

The FOSYGA manages four types of funds: (i) compensation; (ii) solidarity; (iii) promotion and prevention; and (iv) those for catastrophic events and traffic accidents.

The EPSs are entities that perform the following functions, as delegated by the FOSYGA: (i) managing the affiliation and registering of persons; and (ii) organizing and ensuring the provision of the basket of basic services – the Plan Obligatorio de Salud (POS) – that are required in all EPSs, and to which all affiliated members have the right to access. It includes the integral protection of families, maternity care, health information, health promotion, diagnostics, treatment and rehabilitation for all diseases. Those persons affiliated with the contributory and subsidized regimes freely choose their EPSs to register with the beneficiary.

The EPS organizes the network of services (hospitals, clinics, laboratories, etc.) in order to guarantee a plural offer of providers to affiliated persons. To that end, the EPS enters into contractual arrangements with provider institutions (IPSs). The EPS-s also enters into contractual arrangements with traditional public hospitals—renamed as Social State Enterprises. The affiliated persons can freely choose an IPS from the list of providers offered by their EPS.

In regard to the availability of drugs, the Colombian system has two lists that are compiled on the basis of the characteristics of the affiliated person:

- ▶ The Health Regulatory Commission (*Comisión de Regulación en Salud*, CRES) has established a list of drugs for persons who belong to the contributory regime – or for persons under 18 years of age who are in the subsidized regime. The IPS doctor must prescribe from that list, and the drugs have to meet the characteristics described in the POS.
- ▶ The CRES has also established a specific list of drugs for persons 18 years of age or older who are affiliated with the subsidized regime. In order to be eligible to receive the drugs, the POS of the subsidized regime must include the cases, indications and procedures for which the drugs have been prescribed.

For each insured person, the FOSYGA provides the equivalent payment to the capitation measuring unit (Unidad de Pago por Capitación, UPC) through the compensation and solidarity funds.

- ▶ There exist two UPCs—one contributory and one subsidized. The national budget (Presupuesto General de la Nación, PGN) contributes to cover the care in the subsidized regime (subsidy).
- ▶ There are two different POSs with different baskets of service—one for the contributory regime, and another for the subsidized regime.

The insured persons, in turn, receive specific subsidies funded by the territorial entities (departments, districts, municipalities) with contributions from the PGN:

- ▶ Demand subsidy, to manage the affiliation to the subsidized regime.
- ▶ Supply subsidy, to ensure attention in the ESE to the persons without affiliation to a social security regime.

There is a fourth scheme, which applies to the following “exceptional regimes”: (i) the Armed Forces and the Police; (ii) persons affiliated with the national fund for the social security of teachers; (iii) the public officials of Ecopetrol; and (iv) the civil servants of public universities. Each of these exceptional regimes has its own fund for health and

pensions, and only contributes to the general system through contributions to the solidarity fund of the FOSYGA.

(b) Public Health Component

The public health component – which includes promotion and prevention interventions – as been organized as follows:

- ▶ The ESEs—through the use of both the FOSYGA promotion and prevention fund and the specific contributions of the territorial entities—are responsible for organizing collective interventions. They can fulfill that task by using their own resources, by collaborating with international organizations, or even by contracting out services to NGOs.
- ▶ The IPSs also conduct individual promotion and prevention activities.²⁹

²⁹ Collective or population services are those that address groups of persons, whereas individual services are those that address single individuals. However, the latter are not only curative—because they can also refer to preventive or promotion interventions. Thus, the action of a doctor in his/her practice, sensitizing a citizen to use condoms is considered as a preventive service—even when as personalized as the prescription of ARVs. On the other hand, press campaigns recommending the use of condoms are examples of preventive and population services. Therefore, the term “public health services” should not be limited to referring to actions *exclusively*: (i) implemented by governments; (ii) requiring community participation; (iii) linked to the environment (such as sanitary interventions) or community (such as educating for public health); or (iv) designed for vulnerable groups. For this discussion, see, for example: Durán A and Kutzin J (2010) Financing of public health services and programs: time to look into the black box, in Kutzin, Cashin and Jakab (eds.) Implementing Health Financing Reform. Lessons from countries in Transition, WHO, pp. 248-253.

IV. Research Findings

1. Programmatic Dimension

Programmatic efficiency implies that sound evidence on the HIV/AIDS epidemic informs the strategic choice of goals and policies, and that all schemes and policies are accordingly mobilized, aligned and coordinated. Viewed from the opposite angle, it could be concluded that the HIV/AIDS response would be inefficient if:

- ▶ There was a lack of knowledge about the epidemic (what population groups are particularly affected? How does the epidemic affect them?).
- ▶ The different administrative bodies (at the national and territorial levels) responsible for responding to the epidemic were ignoring the evidence.
- ▶ Various policies and interventions were overlapping (without coordination, or even antagonistically).
- ▶ There was a lack of leadership capacity (in particular, at the national level).

(a) *Knowing the Epidemic*

In recent years, the Government of Colombia has made a notable effort to understand the HIV/AIDS epidemic and its impact on the most vulnerable groups. The PEN included as a priority activity, the “elaboration and diffusion of studies on the economic and social impact of HIV/AIDS” (activity A-40, goal 11). A recent example of this effort is the elaboration of the Reference Database for an evidence-based strategy³⁰ by the MPS—with support from the WB and UNAIDS—aimed at collecting the existing studies on the HIV/AIDS epidemic in Colombia.

It is difficult to determine exactly the degree of knowledge that the different local administrations have regarding the state of the epidemic in their territories. In recent times, two surveys were conducted requesting information from the DTS about the

³⁰ Ministerio de la Protección Social (Mayo 2011) *Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia*, Bogotá: MPS.

availability of evidence about the epidemic and the use of that information when formulating the local response.³¹

The first was conducted by the MPS with the 36 DTSS, as part of an effort to evaluate the PEN 2008-2011.³² None of the 16 DTSS that responded to the survey reported having conducted elaborated specific studies about the prevalence and epidemiological profile of HIV/AIDS on their local population during the years the PEN was in use. The second survey was conducted in August 2011 by the MPS with those same DTSS in the context of the Study.³³ It revealed that all DTSS but one had generated studies about the epidemic in their territories. However, a number of DTSS reported that they had not identified the most vulnerable groups, and other DTSS included a long list of various social groups—or even the entire population—as a vulnerable group.

Similarly, the degree of knowledge that EPSs have of the epidemic among their insured populations is variable—as reflected by the survey conducted by the MPS among the EPSs.³⁴ Some EPSs have produced their own indicators to monitor persons registered in the care programs, to analyze the quality of data reported by IPS and SIVIGILA, to assess the information flow with the Observatorio Nacional, and other variables.

In any case, these initiatives have sought to improve the information about the insured people for managerial and accounting purposes rather than for elaborating the HIV/AIDS epidemiological map to inform future strategic and clinical decisions. Furthermore, only four of the 16 responding EPSs reported having set up initiatives for data collection and technical reports elaboration (PEN activity A-66, linked to goal 12).

(b) Programmatic Framework: National Level

At the national level, Colombia has been developing the necessary normative to sustain the programmatic framework of the HIV/AIDS response. The country has passed laws, decrees and agreements that: (i) regulate the handling of HIV, AIDS and

³¹ The response rate to both surveys was low—not exceeding 40% of the sample—which requires taking the data with caution.

³² MPS (2011) Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

³³ Please see Annex 1. Eight Departments and two Health District Secretaries answered the survey.

³⁴ MPS (2011) Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

STD infections; (ii) regulate the organization of service provision in education and healthcare; (iii) define the POS and the publicly-funded medicines; and (iv) decree the propagation of the epidemic as a crime against public health. The evidence indicates that the existing legal framework— although fragmented—is sufficiently developed so as to sustain a sound and stable programmatic response.

The POS constitutes the “basic basket of services” that all EPSs—in either the contributive or subsidized regime—have to offer, and to which all affiliated members have the right. It includes: (i) the integral health protection of families; (ii) maternity care; (iii) promotion and prevention services; and (iv) diagnostics, treatment and rehabilitation for all diseases. The POS includes a list of pharmaceutical drugs and treatments.

On occasion, it is also possible to obtain drugs not included in the POS. This requires the approval of the technical-scientific committees—also known as drug committees. The process to obtain drugs not covered by the POS is as follows: the patient submits all required information and—once approved by the technical-scientific committee—the healthcare provider invoices the FOSYGA for the total or partial reimbursement of the treatment. If the technical-scientific committee denies access to the drug, the patient may resort to the “tutelage action.”³⁵

In particular, the basket of services for prevention, diagnostics, and treatment of people with HIV/AIDS—and the recommendations of the HIV/AIDS Programmatic Management Models—have been incorporated into Resolution Number 3442, which was passed by the MPS on September 22, 2006. In box 1 below, the list of care services for patients with HIV/AIDS is provided:

³⁵ The tutelage action (in Spanish, “la acción de tutela”) in health is a legal mechanism at the disposal of users and patients for the protection of their fundamental constitutional rights when they consider that those rights have been harmed by authorities or other people. See, for example, Defensoría del Pueblo (2010). *La Tutela y el Derecho a la Salud*, Bogotá.

Box 4: Preventive, Diagnostics and Treatment Services for People with HIV/AIDS in Colombia

1.	Prevention
2.	Diagnostics – Detection
	Assessment and detection
	Screening tests
	Confirmatory tests
3.	Care
	Care programs
	Referrals to HIV/AIDS experts
4.	Preliminary Assessment
	Anamnesis
	Revision by systems
	Physical exams
	Preliminary interventions
5.	Antiretroviral Treatments
	Launching of the therapy
	ARV selection
	Therapy modification
	Therapy failure
	Use of genotyping test
	Optimization
6.	Infected Patient Follow-up
	Clinical follow-up
	Laboratorial follow-up
7.	HIV and Pregnancy
	Detection
	ARV therapy and pregnancy
	Preliminary evaluation and infected pregnant woman follow-up
	Newborn prophylaxis
	Follow-up of infected woman's son
8.	Opportunistic Diseases Prophylaxis
9.	Exposition at Risk
	Occupational risks
	Non-occupational risks

Source: Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442 de 22 de septiembre de 2006.

The HIV/AIDS response in Colombia is formally based at the national level upon a number of key policies, including: (i) the National Public Health Plan (*Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*, PNSP); and (ii) the National Response Plan to HIV/AIDS 2008-2011 (*Plan Nacional de Respuesta a VIH/SIDA 2008-2011*, PEN).³⁶ It is supported by a number of central coordinating bodies, including CONASIDA, the MPS, the UNAIDS Thematic Group, and the Country Coordinating Mechanism (*Mecanismo Coordinador de País*).

³⁶ Both the PNSP and the PEN constitute the programmatic framework at the national level. The PNSP has a broader scope than the PEN, in that it is a public health plan in addition to being an HIV/AIDS plan. For its part, the PEN currently in place replaced the previous Inter-sectoral National Response Plan to HIV/AIDS 2004-2007 (*Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante VIH/Sida de 2004-2007*).

Plan Nacional de Salud Pública (PNSP)

The PNSP 2007-2010 is the general framework that the local entities (departments, districts and municipalities) need to comply with in developing their own local public health plans. Since 2003, HIV/AIDS has been integrated into the area of sexual and reproductive health, and has been one of the priorities included in the PNSP for the whole of Colombia. The evidence suggests that, in fact, the PNSP constitutes the main programmatic reference in HIV/AIDS for most of the interviewed DTs and EPSs—more so than the PEN 2008-2011.

Plan Nacional de Respuesta a VIH/SIDA. 2008-2011 (PEN)

The Pen 2008-2011 was published in January 2008, after a open and inclusive process of formulation. It replaced the Inter-sectoral National Response Plan to HIV /AIDS 2004-2007 (*Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante VIH/Sida de 2004-2007*).

The PEN 2008-2011 was built upon four thematic axes: (i) promotion and prevention; (ii) integral care; (iii) support and social protection; and (iv) follow-up and evaluation of the response. These axes reflected a basic continuity with the Inter-sectoral National Response Plan to HIV/AIDS 2004-2007. The PEN 2008-2011 introduced the third axis (support and social protection), which seeks to reduce the social and economic impact of the epidemic through reduction of the vulnerability conditions and improvement of the quality of life of people who live with HIV (PVV), and their families. The Plan includes 81 actions that are clustered in 11 areas: (i) direct care to the population; (ii) technical assistance; (iii) capacity-building; (iv) communications; (v) condom distribution; (vi) technical studies; (vii) information, education and communication (IEC); (viii) implementation; (ix) monitoring; (x) political mobilization; and (xi) regulation.

In the opinion of the interviewed people who promoted the PEN, this Plan sought:

- ▶ To resurface the disease agenda, and to make more visible its specificity after the reforms that integrated HIV/AIDS into the Sexual and Reproductive Health (SRH) area.
- ▶ To provide implementers a political tool with which to legitimize specific HIV/AIDS interventions.

- To set up a coordinated and cross-cutting strategy for all health and non-health sectors with a stake in HIV/AIDS.

The first goal seems to have been reasonably well achieved; the second goal, has also been achieved—but to a lesser extent. Nevertheless, for the representatives of patient and community organizations, insurance companies and care providers interviewed for the Study, the PEN has not managed to establish itself as the integral and integrating framework for the HIV/AIDS response—because it has not sufficiently permeated the social protection and public health systems that are responsible for delivering the HIV/AIDS response. One possible explanation is that, for many actors, the PEN is not considered to be an essential policy—to the extent that health care staff of the interviewed IPSs openly declared their lack of awareness of the existence of the PEN, or of its content. Most likely, the biggest weakness of the PEN lies in its low-profile legal status. It is neither a law nor a secondary norm, but rather a political document that lacks executive capacity.

Coordinating Mechanisms

One of the achievements of the previous Inter-sectoral National Response Plan to HIV/AIDS 2004-2007 was the establishment of the Observatory of the HIV/AIDS Management (*Observatorio de la Gestión en VIH y SIDA*)—as part of the *Dirección General de Salud Pública* of the MPS.

The aim of the Observatory is to articulate and collate the existing information, and to produce reports in support of HIV/AIDS policymaking. The Observatory functions through a network of satellite observatories that report regular standardized information about: (i) DTSS; (ii) EPSs; (iii) INSs; (iv) international cooperation agencies; (v) professional risk administration companies; (vi) insurance policies of the subsidized regime; (vii) the Colombian Institute of the Family Welfare (*Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*, ICBF); (viii) special regimes; and (ix) the MPS.

At present—after a number of changes in its management—the Observatory aspires to consolidate as a reference body the production of evidence about the epidemic. In order to achieve this goal, the flow of regular, complete and high-quality information upwards to the Observatory should be ensured by having the MPS set up effective regulatory mechanisms.

The PEN 2008-2011 established that the inter-sectoral coordination for the development of the plan at the national level was to be carried out by three national institutions: (i) CONASIDA (including its different sub-committees); (ii) UNAIDS thematic group; and (iii) the Country Coordinating Mechanism (*Mecanismo Coordinador de País*). During the time the Study was being conducted, it was not possible to determine the function and composition of those three institutions or the actions promoted or led by them. The Study Team did not find minutes from meetings or official publications that would have enabled the Team to evaluate the activities and the degree of effective coordination exercised by those institutions. A more detailed discussion of the functions of these coordinating mechanisms would allow for reinforcing leadership and the much needed inter-sectoral coordination.

There is a fluid channel of communication within the special insurance regimes—in particular within the health insurance system of the Armed Forces—that has been achieved through the Armed Forces and National Police HIV/AIDS Prevention and Control Committee (*Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía*, COPRECOS).

(c) Programmatic Framework: Regional Level

At the territorial level, the role of programmatic leadership and coordination of the response to the HIV/AIDS epidemic in Colombia is the responsibility of the DTSSs. This is accomplished through two programmatic tools: (i) the territorial public health plans (PTSSs); and (ii) the Departmental HIV/AIDS Committees.

The PTSSs include the public health priorities of each local entity, in accordance with the overall framework provided by the PNSP. Each of the 10 DTSSs (eight departments and two district health secretariats) that responded to the survey conducted for the Study in August 2011 reported the formulation of its own PTS. However, four of the 10 PTSSs had not included specific programs or interventions for HIV vulnerable groups—mainly because the latter had not been previously identified. Furthermore, even those DTSSs that had identified their vulnerable populations and prioritized interventions reckoned that these strategies and interventions should have been made even more explicit, and that their budgets should reflect that objective.

The second programmatic tool at the local level is the Departmental HIV/AIDS Committees—which are still far from having been set up in all DTSSs. In fact, only four of the 10 responding DTSSs reported that these committees had been established and were operating regularly.

The weakness of the programmatic framework at the local level implies that in many cases EPSs, IPSs and ESEs operate without adequate knowledge of the existing regulations, policies and strategies that have been put in place to control the epidemic. A recent study by the authorities of Quindío about the functioning of the Departmental HIV/AIDS Program³⁷ concluded that many ESEs in the department suffer from: (i) a lack of knowledge about the norms and programmatic framework; (ii) a lack of coordination with other institutions or sectors (such as municipalities, EPSs and IPSs); and (iii) an absence of systems for monitoring and gathering data on HIV patients.

(d) Summary of Findings

The box below summarizes the key findings of the analysis of the programmatic component of the HIV/AIDS response in Colombia, including both the main strengths of the system and the challenges that need to be addressed:

Box 5: Summary of Findings of the Programmatic Dimension

STRENGTHS	CHALLENGES
Colombia has increased the understanding of the HIV/AIDS epidemic and its impact on the most vulnerable groups.	Studies on the HIV epidemic have been produced only at the national level—not at the departmental or district level.
The existing legal framework is sufficiently developed so as to sustain a sound and stable programmatic response.	The HIV/AIDS response strategic decision-making is not always supported by evidence.
The HIV/AIDS response is supported at the national level by a number of key policies, including the PNSP and the PEN.	The PEN and the coordinating bodies have had limited effectiveness in designing a centralized HIV/AIDS response <i>in practice</i> .
	There has been a lack of leadership at the local level in regard to making use of the entire institutional arsenal (Territorial Public Health Plans, Departmental HIV/AIDS Committees, etc.)

Source: Técnicas de Salud, 2011.

³⁷ Naranjo MT y Montoya CH (2011) Estado del Arte del VIH/SIDA en el Departamento del Quindío 2010, Armenia: Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío.

2. Budgetary Dimension

Budgetary efficiency in responding to the HIV/AIDS epidemic is achieved when there is a sufficient provision of resources (both technical and human) and funds to ensure the normal functioning and sustainability of care programs. In other words, it implies that HIV/AIDS programs and services are adequately budgeted and actually funded as expected.

From the opposite angle, it could be concluded that the HIV/AIDS response would be inefficient if there were:

- ▶ Insufficient capacity to raise revenue (lack of funds); multiple fund pools (overlapping and not aligned); lack of a formal budgeting process (non-regular funding, affecting sustainability).
- ▶ Insufficient or no funds budgeted for priority populations; allocated resources to priority groups diverted to non-priority populations.
- ▶ A systematic lack of budget compliance (money diverted).
- ▶ Serious delays in the transfer of funds.

The Study has sought to identify the basic financial flows in the country, and the information sources for tracking HIV/AIDS funds through the system. However, the complexity of the Health Insurance System in Colombia makes it virtually impossible to trace the flow of the money either budgeted for or spent on HIV/AIDS.

(a) Funding Sources

The following section demonstrates that when expenditures are disaggregated, it reveals that the insurance system is the main funding source for the national response to HIV/AIDS. Unlike in other countries, in Colombia there are no multiple donors who fund programs, whether for preventive, treatment or care services. The Joint UN program for HIV/AIDS (ONUSIDA), the UN Population Fund (UNFPA), the Pan American Health Organization (PAHO), UNICEF and other international organizations contribute a small fraction of the funds—and these are directed almost exclusively to prevention and promotion programs and interventions. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria has contributed no funds for HIV/AIDS in Colombia during

the duration of the PEN 2008-2011 (although at the time of the Study, around 39 million USD of new funds were approved for the upcoming five years).³⁸

The national and international NGOs that work on HIV/AIDS in Colombia do not provide funding. Rather, they contribute to the country response by supporting DTSs in the provision of prevention and promotion services, family support, and information campaigns.

(b) HIV/AIDS Budgets

Regarding budget data, since the 2003 reform, HIV/AIDS funds for preventive actions have been part of broader SRH Programs. Thus, ETSs do not report HIV/AIDS budgets in a differentiated way. The EPSs do not contain specific budgets for HIV/AIDS.

As a result, the only available data on HIV/AIDS budgets are those included in the PEN 2008-2011. However, informants interviewed for the Study confirmed that the budget included in the PEN was intended to provide some initial ball-park financial figures for the strategies and interventions described. The PEN budget does not include real assignments to specific expending units with set milestones and compromises that require evaluation, and that could be used to hold the funds' recipients accountable.

The PEN budget does not include expenditures on direct HIV/AIDS care or ARVs treatments—nor does it include specific budget lines for priority populations. It does however establish tentative budgets for each of the four axes (Promotion and prevention; Integral care; Support and social protection; and Follow-up and evaluation of the response) that conforms to the Plan, and to the 81 actions it includes that are clustered around 11 types of activity.

The following tables—which were obtained from the PEN—show the budget allocations for the four years of the Plan (2008-2011) classified by PEN axis and type of activity:

³⁸ Personal communication by Dr. Ricardo Luque, advisor to the Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social.

Table 2: PEN 2008-2011 Estimated Costs as per Axis

Axis	2008	2009	2010	2011	Total
I	5.165.227.769 COP	13.586.465.907 COP	12.611.672.026 COP	16.342.678.536 COP	47.706.044.237 COP
II	907.286.500 COP	5.732.274.633 COP	6.732.203.920 COP	5.685.386.177 COP	19.057.151.230 COP
III	910.847.400 COP	11.452.492.695 COP	9.963.161.253 COP	14.107.508.051 COP	36.434.009.400 COP
IV	521.976.500 COP	826.220.752 COP	976.149.994 COP	741.136.867 COP	3.065.484.113 COP
Total	7.505.338.169 COP	31.597.453.988 COP	30.283.187.192 COP	36.876.709.631 COP	106.262.688.980 COP

Source: PEN 2008-2010, Table 4.

Table 3: PEN 2008-2011 Estimated Costs as per Activity Groups

Type of activity	2008	2009	2010	2011	Total
Population's direct care	210.600.000 COP	7.150.128.000 COP	7.012.222.759 COP	7.306.313.874 COP	21.679.264.633 COP
Technical assistance	121.188.000 COP	78.020.726 COP	124.731.803 COP	81.418.175 COP	405.358.704 COP
Training	3.509.586.473 COP	2.509.631.017 COP	5.860.029.772 COP	3.160.867.864 COP	15.040.115.126 COP
Communication	475.121.400 COP	464.995.923 COP	660.123.097 COP	530.171.223 COP	2.130.411.643 COP
Delivery of condoms	1.480.725.714 COP	3.116.631.483 COP	3.279.942.973 COP	2.876.509.987 COP	10.753.810.157 COP
Technical studies	454.612.500 COP	967.730.328 COP	653.279.732 COP	178.674.850 COP	2.254.297.410 COP
Communication, training and information	881.624.081 COP	16.348.762.358 COP	10.751.976.291 COP	19.426.320.786 COP	47.408.683.516 COP
Implementing	65.960.000 COP	526.462.525 COP	1.500.170.586 COP	2.859.515.734 COP	4.952.108.845 COP
Monitoring	300.600.000 COP	393.374.491 COP	399.753.136 COP	410.713.501 COP	1.504.441.128 COP
Political mobilization	2.280.000 COP	38.917.752 COP	40.957.042 COP	43.103.191 COP	125.257.985 COP
Regulation	3.040.000 COP	2.799.384 COP	-	3.100.446 COP	8.939.830 COP
TOTAL	7.505.338.168 COP	31.597.453.987 COP	30.283.187.191 COP	36.876.709.631 COP	106.262.688.977 COP

Source: PEN 2008-2010, Table 6.

Nearly 80% of the total budget is concentrated in axis I (45%) and axis III (34%). Nearly 90% of the resources are allocated to four of the 11 types of activities: information, education and communication (nearly 45%); direct care to the population (20%), Capacity-building (14%); and condom distribution (10%).

(c) HIV/AIDS Expenditures

The Study found no regular, continuous and systematic collection of expenditure data on HIV/AIDS programs and services in Colombia.

Available expenditure data has been collected through three specific exercises that cover the periods 1999-2002,³⁹ 2006-2007,⁴⁰ and 2007-2009.⁴¹ The first two studies

³⁹ MPS (2003) Cuentas Nacionales del VIH/SIDA. 1999 - 2002, Bogotá: MPS.

⁴⁰ MPS – ONUSIDA (2008) Gasto Nacional en VIH y SIDA. Colombia. Años 2006 y 2007, Bogotá: MPS – ONUSIDA.

⁴¹ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

were carried out by applying the MEGAS methodology⁴² to determine national expenditures in HIV/AIDS. The last study was done with expenditure estimates obtained from a short sample of IPSs, EPSs, DTSs and international donors. Apparently, the reason why the MEGAS methodology was not used for the last study was because it would have required a longer period of time to apply—and the elaboration of the UNGAS 2010 report was urgent.⁴³

Unlike the PEN budget analyzed in the previous section that was disaggregated into 11 activity categories, the three expenditure studies were disaggregated into eight categories. These were: (i) prevention; (ii) care and treatment; (iii) orphans and vulnerable children; (iv) program management and administration strengthening; (v) human resources; (vi) social protection and social services (excluding orphans and vulnerable children); (vii) enabling environment; and (viii) research. To start with, this discrepancy in categorization makes the assessment of whether programs and services have ultimately been funded as planned extremely difficult.

There were further discrepancies in the data published by the three expenditure studies. For example, the total expenditures of the national response to HIV/AIDS for the year 2007 was 254.454.112.740 COP according to the 2008 report, but 182.849.521.500 COP according to the 2011 report. These discrepancies were present throughout all of the disaggregated figures that were published (e.g., by expenditure category; nature of financing; fraction of public expenditures by territorial level) in all three documents. As suggested by informants, a possible explanation for these discrepancies lies in the fact that each study applied a different methodology – as explained above.

Because of the problems associated with those discrepancies, the Study focused on years 2008 and 2009, which were also central years of the PEN life. Table 4 below shows HIV/AIDS expenditures for 2008 and 2009 disaggregated by expenditure categories:

⁴² MEGAS (Medición del gasto nacional relativo al SIDA) is a tool designed by UNAIDS that provides indicators of the financial country response to AIDS, and supports the monitoring of resource mobilization. Please see UNAIDS: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/tools/nasapublications/>

⁴³ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

Table 4: HIV/AIDS Expenditures in 2008 and 2009 as per Categories

Expenditure Categories	2008		2009	
	Expenditure	%	Expenditure	%
1. Prevention	40.976.533.387 COP	16,2%	46.314.877.030 COP	15,8%
2. Care and Treatment	200.524.876.531 COP	79,1%	236.855.174.775 COP	80,9%
3. Orphans and Vulnerable Children	269.682.593 COP	0,1%	182.507.642 COP	0,1%
4. Program Management and Administration Strengthening	7.070.017.662 COP	2,8%	4.396.342.696 COP	1,5%
5. Human Resources	2.097.333.341 COP	0,8%	2.571.885.784 COP	0,9%
6. Social Protection and Social Services (excluding category 3)	158.957.250 COP	0,1%	167.368.250 COP	0,1%
7. Enabling Environment	1.503.959.940 COP	0,6%	1.749.416.916 COP	0,6%
8. Research	806.634.220 COP	0,3%	667.126.249 COP	0,2%
TOTAL	253.407.994.924 COP	100,0%	292.904.699.342 COP	100,0%

Source: MPS 2011. UNGASS 2010. Tables 17 & 18; pages 65 & 66.

More than 95% of the total expenditures were concentrated in two categories. Most remarkably, 80% of expenditures were concentrated in care and treatment, which includes ARVs. Following well behind at 16% was prevention. This contrasted with the budget data included in the PEN (see previous section), which showed the following breakdown of resources by category: information, education and communication (nearly 45%); direct care to the population (20%); capacity-building (14%); and condom distribution (10%). It is worth insisting that a direct comparison is not possible given that the categories are different and that ARVs are excluded in the budget figures. However, despite these limitations, two categories that would appear to resist a direct comparison—the IEC budgetary line and prevention expenditure—were both among the categories in which most resources were concentrated, although with different percentages.

Table 5 shows the distribution of HIV/AIDS expenditures in 2008 and 2009 disaggregated according to whether the funding source was public, private or international. In both years, the predominant funding source was clearly public (around 80%), followed by private (less than 20%), while international funding was the weakest source (less than 0.5%).

Table 5: HIV/AIDS Expenditures in 2008 and 2009 as per Funding Sources

Funding Sources	2008		2009	
	Expenditure	%	Expenditure	%
Public	202.634.715.059 COP	80,0%	233.398.352.260 COP	79,684%
Private	49.787.582.863 COP	19,6%	58.317.799.083 COP	19,910%
International	985.697.000 COP	0,4%	1.188.548.000 COP	0,406%
TOTAL	253.407.994.922 COP	100,0%	292.904.699.343 COP	100,000%

Source: MPS 2011. UNGASS 2010. Table 19; page 67.

Within the public funding scheme, the bulk of the funds are contributed by the insurance system (72% in 2008, and 79% in 2009)⁴⁴—with the contributory and subsidized regimes that form the FOSYGA (see Figure 3 above) through the EPS acting as financing agents. EPSs purchase services, diagnostic tests and drugs from public and private care providers, clinical laboratories and the pharmaceutical industry on behalf of their affiliated populations.

The second largest contribution is made by the local entities (the DTS and municipalities)—it constituted around 18% of HIV/AIDS expenditures in 2008 and 15% in 2009. Other national sources—including FOSYGA, the Armed Forces and other agencies—contribute smaller amounts.

In sum, it is not possible to correlate budget and expenditures for the HIV/AIDS response from the three expenditure studies, because the categories used are not the same. In particular, the PEN budget excludes any budget line to direct care or to ARV treatments, whereas these categories are present as expenditures.

(d) Summary of Findings

The box below summarizes the key findings of the analysis of the budgetary component of the HIV/AIDS response in Colombia, including both the main strengths of the system and the challenges that need to be addressed:

⁴⁴ MPS 2011 UNGASS 2010, table 19, page 67.

Box 6: Summary of Findings of the Budgetary Dimension

STRENGTHS	CHALLENGES
The insurance system is the main funding source of HIV/AIDS care services (both personal and collective) for the whole population.	Lack of differentiated budgets for HIV/AIDS (funds are part of broader SRH programs).
Despite its complexity, the mechanism is well stipulated and regulated.	Lack of a system of financial accounting that makes it possible to track the flow of money in either the budgetary flow or the expenditure flow for the HIV/AIDS response.
The sustainability of the HIV/AIDS response is dependent upon the financial sustainability of the insurance system.	It cannot be determined conclusively whether any specific increase or reduction of funds is needed.
The existence of a single funding source avoids problems of overlapping and/or under-financing.	It cannot be determined conclusively whether the budgeted money is devoted to the expected services, or expenditures match budgets.

Source: Técnicas de Salud. 2011.

3. Service Delivery Dimension

Efficiency in delivering services to respond to the HIV/AIDS epidemic is achieved when an adequate network of high-quality HIV/AIDS services—suited to meet the challenges of the epidemic—provides effective care to the entire population and, in particular, to the people with HIV/AIDS in Colombia. From the opposite angle, the HIV/AIDS response would be inefficient if:

- ▶ Prospective services in existing plans and programs have not been set up.
- ▶ Services are running, but lacking in quality (e.g., lack of adherence to clinical protocols).
- ▶ Services are running, but necessary components and resources are not adequately provided (e.g., staff unavailable, antiretroviral shortages).
- ▶ People do not have access to existing services.

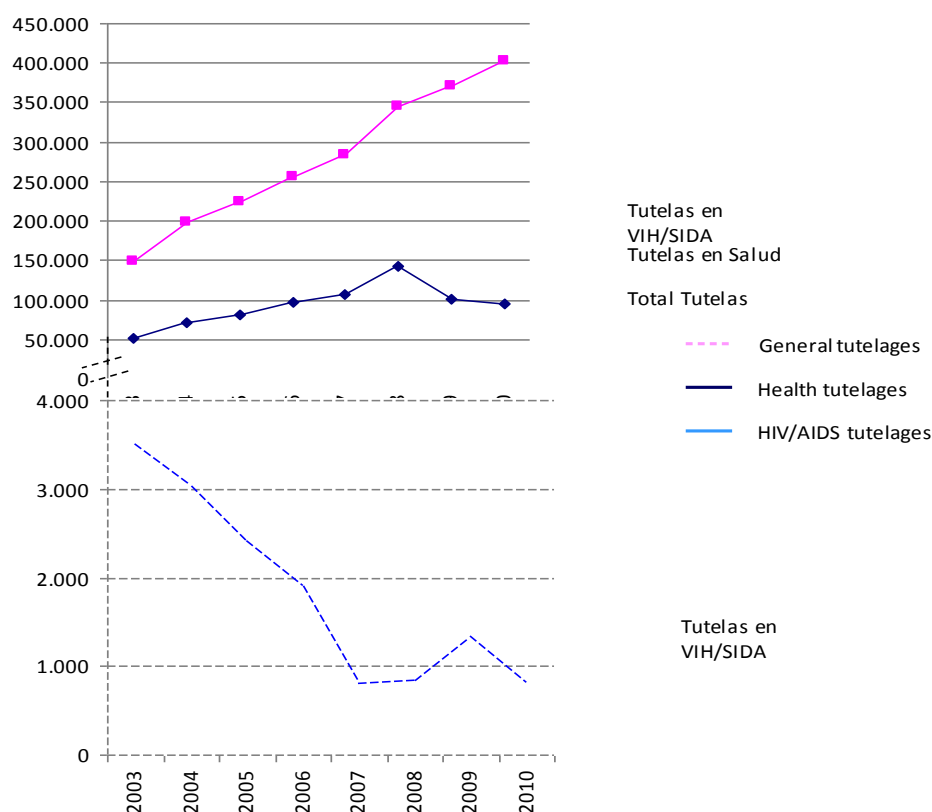
(a) Coverage

There is overall consensus that the level of coverage has increased in recent years and that the quality of services has improved. According to UNGASS 2010, coverage increased from 86.46% in 2007 to 89.36% in 2008. The number of persons affiliated with the contributive regime in 2008 was 17,234,265 (38.77% of the population); the subsidized regime had 22,485,211 affiliated persons (50.59% of the population).

The information gathered through the Health and Social Security Program of the Ombudsman Office (*Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo de Colombia*) points to an improvement in terms of effective health coverage—in particular, in HIV/AIDS. The number of tutelage actions⁴⁵ presented by citizens to the Colombian Ombudsman Office went up from 86,000 in 1999 to more than 400,000 in 2010. Those related to the exercise of health rights also went up, but to a lesser extent—increasing from 21,000 in 1999 to more than 94,000 in 2010.

However, as Figure 8 below shows, tutelage actions related to HIV/AIDS have been decreasing throughout these years. They went from 3,505 in 2003, to 1,910 in 2006, to 846 in 2008—reaching the lowest figure in 2010: 807.

Figure 8: Evolution of Tutelage Actions related to HIV/AIDS, 2003-2010



Source: Técnicas de Salud 2011, from data included in the series *La tutela y el Derecho a la Salud*, published by the Defensoría del Pueblo between 2007 and 2011.

⁴⁵ Data included in the series *La tutela y el Derecho a la Salud*, published by the Defensoría del Pueblo between 2007 and 2011.

(b) Access Barriers

Inequities Linked to Geographical and Insurance Regime Issues

The latest ENDS survey of 2010⁴⁶ showed that 72% of adults who had suffered from health problems during the previous 30 days had been treated in a health center by either a doctor or a nurse. A problem of access (distance, transport costs, or co-payments) was the reason given by 7% of those who did not attend a health center.

These figures might lead to the conclusion that there are no serious problems of access to health services that might require attention and solutions. However, on the basis of the various interviews conducted during the Study, the Study Team arrived at a different conclusion. The Team concluded that the quantity, variety and quality of HIV/AIDS care services in Colombia:

- ▶ Is higher in urban than in rural areas;
- ▶ Is higher in the contributory than in the subsidized insurance regime;
- ▶ Varies in the associated regime to the extent that—in places such as Bogotá, the capital city—care in the associated regime can be far better than care provided by either the contributory or subsidized regimes.

The graph provided in Figure 5 below aims to reflect the discrepancies in quality of service available for people with HIV/AIDS, depending on the insurance scheme they happen to belong to and the place where they happen to live (rural or urban setting).

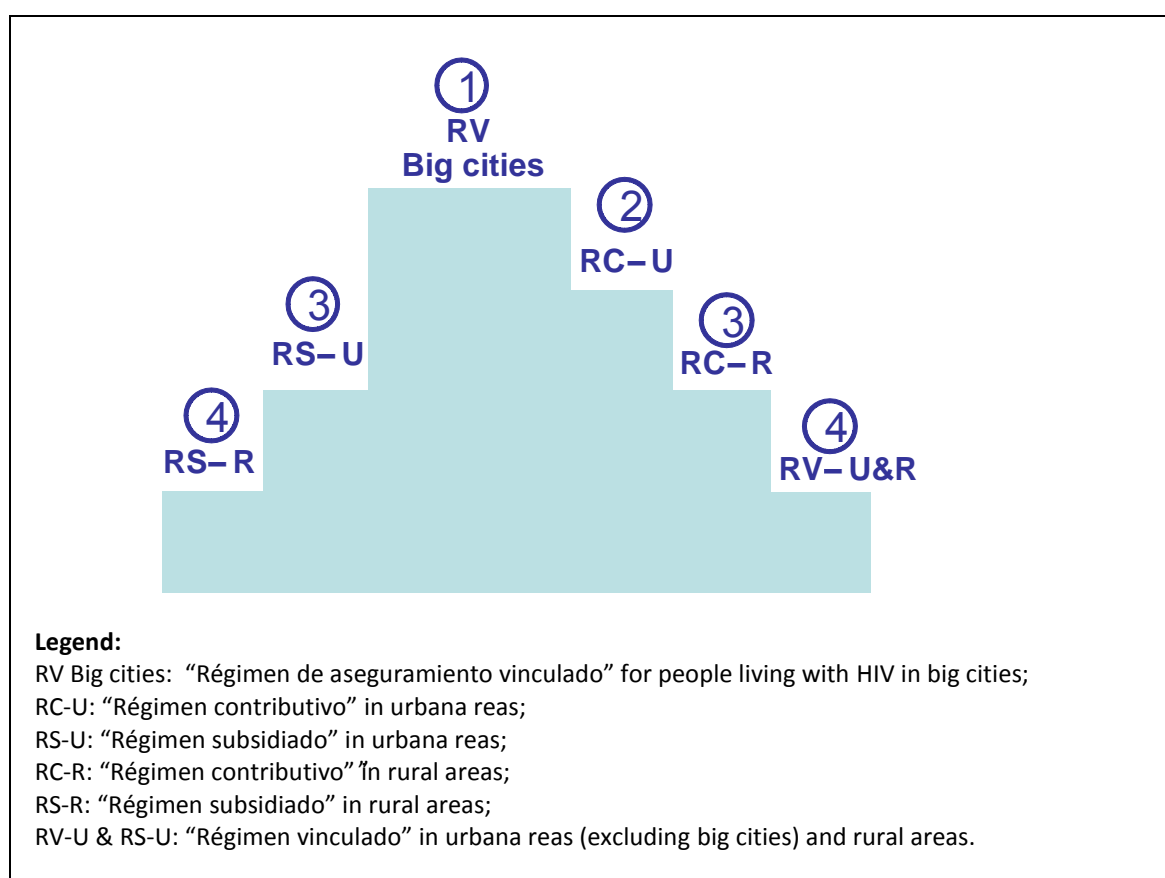
Paradoxically, it so happens that persons from urban areas who are not registered in any insurance scheme—and are therefore treated at ESEs—receive the best care of all. This seems to be due to a variety of reasons. First, ESEs are generally better equipped than most IPSs. Second, ESEs can provide key support HIV/AIDS services—such as nutrition, social care, pharmacy, and diagnostics—in the same building, which benefits patients notably by saving them time and expenses that would otherwise be incurred by travelling to multiple locations.

Persons from urban areas who are affiliated with the contributory insurance regime receive the second best care. Persons from urban areas who are affiliated with the

⁴⁶ MPS (February 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

subsidized regime and persons from rural areas who are affiliated with the contributory regime receive the third best care. Persons from rural areas who are affiliated with the subsidized regime or who are not insured at all receive the worst care. One of the greatest difficulties mentioned by the users of subsidized EPSs is the frequent changes in service providers contracted by their EPSs, which leads to frequent problems in treatment continuity.

Figure 9: Ranking in the Quality of HIV/AIDS Care in Colombia According to the Insurance Modalities of Patients and Area of Residence



Source: Técnicas de Salud 2011.

In the specific case of diagnostics services (HIV tests), there are social and gender inequities in Colombia. The 2010 ENDS survey⁴⁷ shows that a substantial percentage of women in certain age groups are lacking in knowledge about where to take the HIV test. Only 19% of women below the age of 19 and 28% of women above the age of 40 have taken the test. Furthermore, within both of these age groups, women living in

⁴⁷ MPS (February 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

rural areas and with no formal education face more obstacles in regard to obtaining diagnostic services.

Drug Availability and Quality

In Colombia, the regulatory framework for medicines for human use is not fully developed. The processes of price-setting and reimbursement are not regulated (i.e., the Government does not fix the price of drugs). There are no measures to control drug offering (no reference pricing systems, negative or positive drug lists, etc.), or to promote the rational use of drugs (measures on drug prescriptions, incentives to generic drug uptake, etc.)—and the pharmaceutical distribution processes are complex.

Regarding the availability of drugs, the Health Regulation Commission (*Comisión de Regulación en Salud*, CRES) has established two specific lists of medicines to which people have access, depending on their insurance status:

- ▶ A list of drug products for persons who are affiliated with the contributory regime and for persons who are younger than 18 and are affiliated with the subsidized regime. The doctor of the IPS is required to choose from this list when making prescriptions, and the drugs have to meet the characteristics described in the POS.
- ▶ A second list of drug products for persons who are 18 or older and are affiliated with the subsidized regime. The POS of the subsidized regime describes the conditions, cases and treatment uses of the drugs authorized to be used.

In 2005, 72% of people with HIV/AIDS had access to ARV therapy. Goal 8 of Objective 3 of the PEN was to achieve an access rate of 86% by 2009, and of 96% by 2011.⁴⁸ However, as can be seen in table 6 below—which uses data from UNGASS 2010⁴⁹—the rate of access to ARV therapy has gone down.

⁴⁸ MPS (Enero 2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

⁴⁹ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

Table 6: Percentage of Adults and Children Living with HIV Receiving ART, 2007, 2008 and 2009

	2007	2008	2009
Number of people receiving ART	12.237	17.551	16.302
Number of people that should receive ART	17.090	26.922	22.924
ART coverage	72%	65%	71%

Source: MPS 2011. UNGASS 2010, Table 24, page 74.

In fact, the representatives from patient associations and civil society organizations interviewed for the Study pointed to drug supply problems leading to treatment discontinuities and a lack of adherence. One example concerns the availability of second line ARV treatments. Informants revealed that when there is a second therapeutic failure, the Technico-Scientific Committee of the IPS grants the patient a CTC authorization to request the alternative treatment from the EPS. This process may take between one month and one year—mainly due to the delay of the FOSYGA in providing the funds for the treatment.

(c) Service Delivery

There is a high degree of patient and public satisfaction with the health system in Colombia.⁵⁰ About two-thirds (71.4%) of surveyed adults in 2010 who had used health services in the previous year reported that the quality of those services was good or excellent; only 7.1% reported that the quality was bad or awful. However, there is no data available specifically regarding patient satisfaction with HIV/AIDS care services.

Colombia has a well-structured network of services to deliver the care needed for HIV/AIDS. There are preventive, diagnostic and treatment services (including those for opportunistic diseases), as well as palliative and support services. On the one hand, the Study found no evidence indicating that new or different services need to be developed to meet the needs of patients with HIV/AIDS in Colombia. On the other hand, the current network of services could be complemented with programs and interventions for targeting the most at risk groups as identified by research at the local level.

⁵⁰ MPS (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

Continuity of Care

According to stakeholders (in particular, those representing the views of user associations and civil society organizations), continuity of care in HIV/AIDS varies—mainly depending on the type of insurance of the patient. For people affiliated with the subsidized regime, the system is very fragmented—users have to travel long distances to have a pre-test visit with a doctor, undergo the tests, and consult with a specialist on infection diseases, a nutritionist, a psychologist, etc. These services are rarely concentrated in a single facility, and users—usually with poor resources—incur high travel and accommodation costs.

Failure of Using the Primary Care Level

Health staff working in IPSs and patient representatives explained that, the point of access to preventive services in HIV/AIDS takes place at the time of undergoing the HIV test—usually at the patient’s initiative after s/he has reckoned with a risky lifestyle and is concerned with the possibility of having been infected. Thus, there is a failure to take advantage of the opportunities available to undertake preventive HIV actions and test people “on the spot” during the regular contacts of people at the primary care level, when they visit their primary care doctor or nurse for other reasons.

In addition, the HIV test can only be done by specialized clinicians at the hospital – and occasionally, at ambulatory IPSs. In practice, this implies that the centers that are able to conduct such diagnostic tests are located in large urban areas.

Therefore, the failure to take advantage of the opportunities available at the primary care level and the unavailability of HIV testing in health centers other than hospitals might explain—at least partially—why in 30% of cases the diagnosis takes place when the disease is already in the AIDS stage.⁵¹ Despite the improving coverage rates and quality of services, far too many people with HIV do not receive treatment until the disease is in an advanced stage of the disease. This might account for the resilient mortality levels for HIV/AIDS in Colombia.

⁵¹ MPS (January 2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

Service users' associations and civil society organizations reported that, on occasions, some EPSs of the subsidized regime refused to grant the ELISA⁵² test to their affiliated persons—on the grounds that it was excluded from the POS-s. This practice would be illegal. Paradoxically, the available data about tutelage actions produced by the Ombudsman Office seems to suggest otherwise: that effective access to diagnostic tests is not currently the problem that it used to be a decade ago.

Efforts to Target Vulnerable Populations

One of the five key objectives of the PEN focuses on preventive actions for vulnerable populations, including Men who have Sex with Men (MSM), Sex Workers (SW), members of the Armed Forces, inmates, domestic and international migrants, former guerrillas, and ethnic minorities.

As explained above (Section IV: Research Findings; Programmatic Dimension), many DTSs have not yet identified the most at risk populations within their areas—and as a consequence, those DTSs have not developed specific programs or interventions for preventing HIV infection and treating these groups more effectively. Among those DTSs that have identified their vulnerable populations, more could be done to target those groups through specific strategies and interventions.

On the other hand, the Study Team did find a number of examples of good practice. In particular, the health secretariat at the local council of Bogotá (Secretaría de Salud del Distrito Bogotá) reported: (i) regular monitoring studies of their most at risk populations; (ii) preventive and formative activities with those groups (including visiting places where MSM and SW concentrate and domestic migrants reside); and (iii) distribution of condoms among those groups.

In addition, prevention and control of HIV/AIDS among one of the groups that is most at risk—the Armed Forces and Police—is done through a special Committee called COPRECOS, supported by health information systems that allow for a continuous epidemiological vigilance for HIV/AIDS.

⁵² Enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA). This test is usually the first one used to detect infection with HIV. If antibodies to HIV are present (positive), the test is usually repeated to confirm the diagnosis. If ELISA is negative, other tests are not usually needed. This test has a low chance of having a false result after the first few weeks of infection.

Despite the programmatic focus on vulnerable groups at the national level and the existence of good practices across the country, programs and interventions for targeting most at risk groups are still limited—mainly due to the lack of sound evidence of vulnerable populations at the territorial level.

Restrictive Limit for Initiating ARV Therapy

The current clinical HIV/AIDS guidelines are outdated. Most interviewees pointed to the need to review the criteria for commencing lifelong antiretroviral therapy – which is currently on CD-4 counts below 200 cells/ μ L,⁵³ despite the fact that the most up to date literature and technical advice recommends establishing the threshold at 350 cells/ μ L⁵⁴.

The concurrence of the weaknesses discussed in this section – including the failure to make the most of the opportunities available at the primary care level, the barriers to access to services, and the outdated current clinical HIV/AIDS guidelines – account for the fact that, despite all of the great efforts made so far, the mortality levels for HIV in Colombia have not yet been reduced.⁵⁵

(d) Summary of Findings

Box 4 below summarizes the key findings of the analysis of the Service Delivery component of the HIV/AIDS response in Colombia, including both the main strengths of the system and the challenges that need to be addressed:

⁵³ MPS (November 2006) Guía de práctica clínica VIH / SIDA. Bogotá: MPS.

⁵⁴ World Health Organisation (2009) *Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf

⁵⁵ UNGASS 2010.

Box 7: Summary of Findings of the Service Delivery Dimension

STRENGTHS	CHALLENGES
<p>There is a well-structured network of preventive, diagnostic, treatment, palliative and support services for people living with HIV/AIDS.</p> <p>The coverage level and the quality of services have improved over the years.</p>	<p>The complexity of the insurance system determines the national response in terms of: Geographical inequities and by type of insurance regime.</p> <p>Problems of availability, access and quality of medicine for human use (poorly developed regulatory framework).</p> <p>Continuity of care within the subsidized regime (it is especially problematic).</p> <p>Programs and interventions for targeting most at risk groups are still limited, mainly due to the lack of sound evidence of vulnerable populations at the territorial level.</p>

Source: Técnicas de Salud. 2011.

V. Conclusions and Recommendations

The national response to HIV/AIDS in Colombia is articulated through a health insurance system and is integrated into the broader area of public health (as per the PNSP), and more specifically, into the SRH area—which is one of the key national priorities in health. The SGSS guarantees the provision of health care to the population – with a growing degree of care coverage and an increasing proportion of public expenditures that have been gradually achieving a smaller proportion of out-of-pocket expenditures in health.⁵⁶ This system is integrated by a network of insurance companies and health care provider institutions that compete in a regulated market.

Due to the structural challenges that the health insurance system is currently facing, Colombia is now undergoing a process of rationalization and reform.⁵⁷ The existence of different affiliation and insurance regimes makes it an extraordinarily complex and fragmented system. In addition—and contrary to what might be expected—two-thirds of the insured belong to the subsidized regime, and only one-third actively contributes to the contributory insurance scheme.⁵⁸

On the other hand, the public health system component carries out collective interventions for health promotion and prevention—channeled through the local entities—which results in a certain degree of local variability in the type and quality of interventions used to respond to the HIV/AIDS epidemic across the country.

1. Efficiency of the HIV/AIDS Response in Colombia

The epidemiological data presented in the Study suggest that the HIV/AIDS response in Colombia is succeeding in containing the epidemic. The prevalence of HIV/AIDS for the entire population of Colombia is low. However, the number of HIV cases reported has been gradually increasing among the groups where the epidemic is concentrated – mainly, MSM, FSWs, IDUs and pregnant women. In addition, Colombia is making a

⁵⁶ ACEMI (Septiembre 2008) Modelo de Aseguramiento en Salud en Colombia. <http://www.aplegis.com/documentosoffice/tutelaypila/LEGISCODESS.pdf>.

⁵⁷ Díaz Granados JM (8 Febrero 2011) El Aseguramiento en la Reforma. Foro Reforma Sistema de Salud. ACEMI. <http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/foro2011/05.pdf>.

⁵⁸ Clavijo S y Peña MO (Septiembre 2010) Reformas al régimen de salud: entre la emergencia social y el déficit estructural, EGOB Revista de Asuntos Públicos, num. 5, pp. 4-8.

concerted effort to understand the HIV/AIDS epidemic and its impact on the most vulnerable groups.

The country has developed a strong legal and normative framework to sustain the programmatic framework of the HIV/AIDS response. A number of key policies—notably, the National Public Health Plan (*Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*, PNSP) and the National Response Plan to HIV/AIDS 2008-2011 (*Plan Nacional de Respuesta a VIH/SIDA 2008-2011*, PEN)—constitute the backbone of that programmatic framework.

Regarding the budgetary dimension, the insurance system is the main funding source of services (both to individuals and collectivities) for people with HIV/AIDS. Despite its complexity, this mechanism is stipulated and regulated. The existence of a single funding source avoids problems of overlapping and dispersion among actors in their efforts to obtain funds. Therefore, it can be said that the sustainability of the HIV/AIDS response is dependent upon the financial sustainability of the insurance system.

Regarding service delivery, the HIV/AIDS response in Colombia is delivered through a well-structured network of preventive, diagnostic, treatment, palliative and support services, which have been integrated into the Colombian health system. The coverage level and the quality of services have improved over the years.

2. Issues to be Addressed

Despite the many successes described above, there are still some areas of improvement for the HIV/AIDS response in Colombia:

- ▶ The studies on the HIV epidemic have been produced only at the national level—not at the departmental or district level—with the exception of some local entities that have made a great effort to generate evidence on the epidemic in their territories. A body of evidence about the epidemic on a departmental or district level is needed in order to inform the strategic decisions to be made at various administrative levels (national and local) responsible for formulating response programs and strategies.
- ▶ At the national level, the PEN and the coordinating bodies have had limited efficacy in monitoring and managing the HIV/AIDS response *in practice*. At the

local level, the territorial bodies are not making use of the entire institutional arsenal (PTS and Departmental HIV/AIDS committees) at their disposal.

- ▶ There is no system of financial accounting that makes it possible to track the flow of the money in either the budgetary flow (top-down, how budget lines and items are disaggregated, how much reaches whom) or the expenditure flow (bottom-up, how and where funds have finally been spent). As a consequence, it has been impossible to confirm whether or how the funds distil through the insurance system to the EPSs and IPSs—it has also been impossible to identify with any certainty the HIV/AIDS expenditures. Therefore, it cannot be reliably determined whether a specific intervention (e.g., a collective intervention to discourage risky lifestyles) would require additional funds.
- ▶ There are important inequities linked to geographical and insurance regime issues. Paradoxically, persons from urban areas who are not registered in any insurance scheme—and are therefore treated at ESEs—receive the best care of all. Persons from urban areas who are affiliated with the contributory insurance regime receive the second best care. Persons from urban areas who are affiliated with the subsidized regime and persons from rural areas who are affiliated with the contributory regime receive the third best care. Persons from rural areas who are affiliated with the subsidized regime or who are not insured at all receive the worst care.
- ▶ The regulatory framework for medicines for human use is not fully developed. In addition, special attention needs to be devoted to problems of availability and access. Frequently, there are problems of access to drugs that lead to discontinuities and a lack of adherence to treatments. In addition, the quality of drugs is not always guaranteed.
- ▶ Continuity of care is especially problematic within the subsidized regime. The system is very fragmented—users have to travel long distances to have a pre-test visit with a doctor, undergo the tests, and consult with a specialist on infective diseases, a nutritionist, a psychologist, etc. Service users' associations and civil society organizations reported that, on occasions, some EPSs of the subsidized regime refused to grant the ELISA test to their affiliated people—on

the grounds that it is excluded from the POS-s. This practice would not be in accordance with the existing legal norms.

- ▶ With regard to service delivery problems, it is worth noting that the point of access to preventive services in HIV/AIDS takes place at the time when a person undergoes the HIV test. Unfortunately, there is a widespread failure on the primary care level to take advantage of the opportunities available to undertake preventive HIV actions and to test people “on the spot” during their regular primary care visits. In addition, the HIV test can only be done by specialized clinicians at the hospital I, and occasionally at ambulatory IPSs.
- ▶ Programs and interventions for targeting most at risk groups are still limited, mainly due to the lack of sound evidence of vulnerable populations at the territorial level. The existing general health system response to HIV/AIDS in Colombia could be effectively complemented with prioritized interventions for the most vulnerable populations to be identified by studies at the local level.
- ▶ Finally, there is a wide consensus among Colombian actors that the current threshold for initiating antiretroviral therapy (CD-4 counts below 200 cells/ μ L) is too low. Thus, there is a need to update the Clinical Guidelines for HIV/AIDS to bring them in line with the current international therapeutic recommendations (<350 cells/ μ L). This effort would excite an informed debate at the national level about the efficiency of diagnostic tests and ARV treatments, the appropriate use of treatment lines, the effectiveness of the therapeutic arsenal, etc.

To a great extent, the problems detected (of coverage, access and service provision) are related to the fragmentation and lack of effective integration of the system, and, therefore, to the absence of coordinating mechanisms at either the national or local levels to mitigate these problems. The effectiveness of the response would benefit from a reenergized leadership at both the national and local levels—articulated through the existing programmatic framework and coordinating mechanisms.

Regarding budgetary efficiency, the absence of data renders it extremely difficult to reach any conclusion as to whether the HIV/AIDS response is efficient—that is,

whether the budgeted money has effectively reached the services as expected, or whether the actual money spent matches the previously budgeted amounts.

3. Recommendations

As was explained in the introductory section, the Study has adopted a systemic approach. The HIV/AIDS response is understood as a system that encompasses the totality of functions, actions, actors, resources and information flows that participate in the control of the epidemic and that operate in permanent mutual interaction. The alteration of one of its elements necessarily affects the performance of the entire system.

Given the nature and scope of the Study, the recommendations suggested below are consciously generic and go beyond the mere HIV/AIDS response; as a consequence, their implementation might require further study and dialogue among the key stakeholders so as to be able to refine them and find the most workable solutions.

The recommendations are clustered into three fundamental areas. The recommendations are as follows:

(a) Strengthen the programmatic and coordinating leadership in HIV/AIDS at the national and local (DTS) levels.

- ▶ Align the programmatic objectives, resources, services and actions that form the response to the HIV/AIDS epidemic with the SRH policy.
- ▶ Ensure a sense of ownership of and commitment to the PEN among all stakeholders, by facilitating an open, inclusive and transparent process of formulation and implementation.
- ▶ Grant the new PEN a binding status for all DTSs, EPSs and IPSs, by detailing responsibilities, goals, information requirements and potential sanctions.
- ▶ Strengthen the programmatic leadership of the local entities by enhancing their monitoring and inspection capacity over EPSs and IPSs. Support local entities in improving their knowledge of the HIV/AIDS epidemic and its impact on the most vulnerable people within their territories, in order for this evidence to inform intervention plans and strategies.

(b) Establish a system of financial accounting for the health insurance system that allows for a disaggregated analysis of the HIV/AIDS response.

- ▶ In the medium-term, establish the capacity to single out HIV/AIDS financial flows and costs.
- ▶ In the short-term, conduct a new study to measure expenditures on HIV/AIDS (MEGAS: *Medición del Gasto en VIH/SIDA*).

(c) Tackle the inequity problems and barriers to access by simplifying and improving the efficiency of the social insurance system, promoting the delivery of HIV/AIDS care at the primary care level, and improving the regulatory framework for medicines for human use.

- ▶ Clearly identify and resolve the fractures in the insurance system that *de facto* cause problems of access to services and discontinuities in treatments, as well as economic, family- and work-related, and life disruptions.
- ▶ Complete the transfer of the associated insurance scheme to the subsidized regime – ensuring the sustainability and quality of the latter.
- ▶ Reorganize and transfer prevention, diagnostic and treatment services for HIV/AIDS towards the primary care level. Make the most of the synergies and opportunities that exist at the primary care level in order to better coordinate treatment of HIV/AIDS, STD and opportunistic diseases, and to strengthen the primary care level.
- ▶ Complement the existing general health system response to HIV/AIDS with programs and interventions for targeting the most at risk groups to be identified by studies at the local level.
- ▶ Improve the regulatory framework for medicines for human use—particularly in regard to the processes of authorization, price-setting and reimbursement, distribution and drug dispensation. Develop the pharmaco-vigilance system.

These recommendations aim to improve the current HIV/AIDS response. Strengthening the programmatic leadership would contribute to: (i) bringing about better informed decisions as per the available evidence about the epidemic; and (ii) disseminating and

implementing the information and programs in a more coordinated way. Better coordination among all actors would help to mitigate the problems derived from the fragmentation and lack of effective integration of the HIV/AIDS response. Gathering more information about the budgetary and expenditure flows would enable policymakers to determine whether the response services were being correctly and sufficiently funded. Promoting the monitoring capacity and the transparency of the system would result in improvements in the quality of the preventive, diagnostic, treatment and support services provided, and would enable policymakers to introduce correcting actions appropriate to the evolution of the HIV/AIDS epidemic in Colombia.

1. Documents Reviewed

Defensoría del Pueblo (2007) Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2007) La tutela y el derecho a la salud periodo 2003-2005, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2008) Acceso efectivo a los medicamentos por prescripción médica, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2009) La tutela y el derecho a la salud periodo 2006-2008, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010) Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud 2009, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010) Derechos de los usuarios: aportes, copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010) Derechos de las personas que viven con VIH / SIDA, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010) La tutela y el derecho a la salud 2009, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2011) La tutela y el derecho a la salud 2010, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) Modelo de gestión programática en VIH / sida. Bogotá, MPS.

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) Guía para el manejo del VIH / sida basada en la evidencia. Colombia. Bogotá, MPS.

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) Guía de práctica clínica VIH / sida. Bogotá, MPS.

Ministerio de la Protección Social (Julio 2007) Guías técnicas del Proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de Servicios de Salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Bogotá, MPS.

Ministerio de la Protección Social (Agosto 2007) Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (Enero 2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2009) Solicitud información a entidades promotoras de salud para el “Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de pago por capitación 2008 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la unidad de pago por capitación”, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2010) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2012) Informe UNGASS – 2012. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (Mayo 2011) Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2011) Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012) Análisis estimaciones de la epidemia de VIH en Colombia 2011. Spectrum versión 4.47 generado el 30 de marzo de 2012, Bogotá: MPS.

Naranjo MT y Montoya CH (2011) Estado del Arte del VIH/SIDA en el Departamento del Quindío 2010, Armenia: Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío.

ONUSIDA (Febrero 2008) ¿A qué tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud? Cartilla del usuario, Bogotá.

ONUSIDA - MPS (2008) Gasto Nacional en VIH/SIDA- Colombia. Años 2006, 2007, Bogotá.

Rodríguez-García R and Kuseck J (2007) Planning and managing for HIV/AIDS results. A handbook. Global AIDS Monitoring and Evaluation Team - GAMET, World Bank Global HIV/AIDS Program. Washington: The World Bank.

Rodríguez-García R. et al. (2009) Effective partnerships achieve results, En breve November 2000; Number 148, The World Bank.

Rodríguez-García R, Gaillard ME, Aran-Matero D (2010) AIDS Resource Efficiency in Latin America. World Bank.

Rodríguez-García R. et al. (2011) Analyzing Community Responses to HIV and AIDS. Operational Framework and Typology, Policy Research Working Paper 5532, The World Bank.

World Health Organization (2000) World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization.

2. Stakeholders Interviewed

Agudelo, Eliana. Ciudad Salud (IPS)

Alquichire, Carlos. SaludCoop (IPS)

Álvarez, Carlos. Sanitas (IPS)

Ariza, Francisco. Ministerio de Educación Nacional (MEN)

Ávila, Sandra. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Barrera, Alexander. Ciudad Salud (IPS)

Belalcazar, Elba. UNFPA

Bonilla, Edgard. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Campillo, Gustavo. Fundación Rasa

Castaño, Martha. Secretaría de Salud, Departamento Valle del Cauca

Castiblanco, Daniel. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Correa, Diana. Ecoopsos (EPS)

Durán, Patricia. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Forero, Elisabeth. Santa Clara (ESE)

González, Manuel. Secretaría de Salud, Distrito Bogotá

González, Mariana. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Granada, Ana María. Santa Clara (ESE)

Hadechi, Rosario. Secretaría de Salud, Departamento Atlántico

Hoyos, Jaime. EMSSANAR (EPS)

Luque, Ricardo. Asesor de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social (MPS)

Mantilla, Monica. SaludCoop (IPS)

Martínez, Martha. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Mejía, Inés. Elvira. Experta Local en consumo de sustancias psicoactivas.

Mercado, Arleth. Gestarsalud (EPS)

Moreno, Luis Ángel. ONUSIDA

Moreno, Luis Leonardo. Experto Local. Economista independiente

Moreno, Teresa. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA (MPS)

Ordóñez, Inés Elvira. Experta local en asuntos regulatorios.

Orjuela, Alexandra. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Pacheco, Jorge. Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida

Parra, Andrea. Ministerio de Educación Nacional (MEN)

Pardo Ariza, Hilario. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Paredes, Nelsi. Vicepresidencia Operativa y Financiera. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

Piñeros, Luis. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Polanco, Mauricio. UNFPA/Ministerio de Defensa Nacional (MDN)

Posada, Santiago. Ciudad Salud (IPS)

Rodríguez, Nohoia. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Rubio, Martha. UNFPA

Salazar, Nicolás. Asociación usuarios Nueva EPS

Silva, José. Ministerio de Defensa Nacional (MDN)

Simbaqueva, Juan. Recolvih

Vera, Mayerlene. Huella de Arte

Villera, Rafael. Mutual Ser (EPS)

Yopasá, José. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

3. Survey for Health Territorial Entities

IMPLEMENTATION EFFICIENCY ANALYSIS OF THE HIV/AIDS RESPONSE AT THE DEPARTMENT/DISTRICT LEVEL

(1) Are there a sufficient number of useful and reliable studies on the HIV/AIDS epidemic in your Department/District?

(a) Is there a common agreement in regard to who are the most vulnerable groups? (MSM; SW; prisoners; MTCT; other)

(b) What is the HIV/AIDS prevalence rate for these groups?

(2) Have you developed a Territorial Public Health Plan in your Department/District?

(a) If so, how does that Territorial Public Health Plan tackle the HIV /AIDS response?

(3) Is there a Departmental Committee for HIV/AIDS in your Department/District?

(4) What kind of collective actions for prevention and promoting HIV/AIDS have been implemented in your Department/District?

(a) In particular, what collective actions have been undertaken that target vulnerable groups?

- (b) Who are the parties responsible for implementing those collective actions?
- (5) Have you been apprised of the National Plan for responding to HIV/AIDS, 2008-2011?
- (a) If so, would you say that the National Plan has been useful for creating your own Territorial Public Health Plan?
- (b) If so, would you say that the National Plan has been useful for developing the HIV/AIDS response in your Department/District?

ANÁLISIS BASADO EN LA EVIDENCIA DE LA EFICIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA NACIONAL AL VIH/SIDA EN COLOMBIA

Antonio Moreno, Arturo Álvarez-Rosete¹
Ricardo Luque Nuñez, Teresa del Carmen Moreno Chavez²
Rosalía Rodríguez-García, Fernando Montenegro³
Luis Ángel Moreno⁴
Alejandra Suarez Lissi, Pedro Magne Concardo, Michel Eric Gaillard⁵

Este estudio representa una colaboración entre la Dirección General de Salud Pública en Colombia (Dr. Ricardo Luque y equipo), el Banco Mundial (Dra. Rosalía Rodríguez-García y equipo) y ONUSIDA Colombia (Dr. Luis Ángel Moreno y equipo). Los autores agradecen los comentarios útiles proporcionados por los revisores en una versión previa de este documento, y el apoyo logístico de Mario Méndez. Los autores también desean reconocer el apoyo de David Wilson, Director del Programa Global de VIH y SIDA, Joana Godinho, Gerente de Sector, y Shiyen Chao, Economista Senior, ambas en Salud, Región de Latinoamérica y el Caribe, en el Banco Mundial. Las opiniones expresadas en este documento son únicamente de los autores y no necesariamente representan los puntos de vista del Banco Mundial, sus Directores Ejecutivos, ni de los países que estos representan.

¹ Técnicas de Salud, S.A., España.

² Dirección General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social, Bogotá, D.C. Colombia.

³ Banco Mundial, Red para el Desarrollo Humano y la Región Latinoamericana y el Caribe.

⁴ ONUSIDA, Colombia.

⁵ Consultantes del Banco Mundial.

Extracto

La respuesta al VIH/SIDA en Colombia se sustenta en dos planes nacionales: el Plan de Salud Pública y el de Respuesta ante VIH y SIDA. Este Estudio sobre la Eficiencia en la Implementación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en Colombia busca examinar cómo ha sido implementada dicha respuesta, si se aplica conforme a la evidencia disponible sobre la epidemia, tal como fue planificada.

El Estudio aborda, desde una perspectiva sistémica, tres dimensiones de la eficiencia en la implementación: (a) programática (analiza si las decisiones estratégicas responden a la evidencia disponible sobre la epidemia; y si se transmiten y adoptan de forma coordinada); (b) presupuestaria (intenta comprobar si el dinero llega efectivamente a los servicios como se esperaba y si lo gastado se corresponde con lo presupuestado previamente) y (c) de prestación de servicios (evalúa si estos servicios resultan accesibles a quienes los necesitan y se proveen tal como se programaron).

Métodos: Se han usado diversas técnicas para llevar a cabo el Estudio –análisis documental de publicaciones e informes oficiales sobre políticas clave; entrevistas semi-estructuradas con representantes del gobierno central y entidades territoriales; de agencias internacionales y organizaciones basadas en la comunidad; de aseguradoras y proveedores de asistencia; etc.; así como estudios de caso para visualizar la forma en que las personas son atendidas en la práctica real.

Resultados: Los datos sugieren que la epidemia se mantiene concentrada y la prevalencia es baja. El Estudio concluye que en Colombia existen servicios a personas con VIH/SIDA y que dichos servicios están operativos. A lo largo de los últimos años el nivel de cobertura ha aumentado y la calidad de los servicios ha mejorado. Los problemas detectados en la prestación de servicios (cobertura y acceso) están relacionados con la fragmentación y falta de integración efectiva del sistema y con la naturaleza de los mecanismos coordinadores a nivel nacional y territorial. La efectividad de la respuesta se vería beneficiada con un impulso en el liderazgo, tanto a nivel nacional como local, articulado en el actual marco programático y en los mecanismos de coordinación. La complejidad del sistema y la ausencia de datos sobre

presupuesto y gasto impide concluir si la respuesta a VIH/SIDA es presupuestariamente eficiente.

Conclusión: El estudio recomienda: (1) reforzar el liderazgo programático y coordinador de la respuesta a nivel nacional y territorial; (2) establecer un sistema de contabilidad analítica en el sistema de aseguramiento sanitario, que singularice las partidas de VIH/SIDA; y (3) simplificar y racionalizar el sistema de provisión social, potenciando los servicios de VIH/SIDA en el primer nivel asistencial y mejorando el marco regulador de los medicamentos de uso humano.

Palabras clave: Eficiencia, Implementación, VIH y SIDA, Colombia

Índice

SUMARIO EJECUTIVO	6
GLOSARIO: LISTADO DE ACRÓNIMOS	10
I. INTRODUCCIÓN	11
II. MARCO DE ANÁLISIS Y METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	13
1. MARCO DE ANÁLISIS	13
2. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	17
III. LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN COLOMBIA.....	18
1. CONTEXTO DEL PAÍS	18
2. LA EPIDEMIA	19
3. LA RESPUESTA AL VIH/SIDA	23
(a) <i>Componente de aseguramiento</i>	24
(b) <i>Componente de Salud Pública</i>	27
V. HALLAZGOS	28
1. DIMENSIÓN PROGRAMÁTICA.....	28
(a) <i>El conocimiento de la epidemia</i>	28
(b) <i>Marco Programático: Nivel Nacional</i>	30
(c) <i>Marco Programático: Nivel Territorial</i>	34
(d) <i>Resumen de Hallazgos</i>	35
2. DIMENSIÓN PRESUPUESTARIA.....	36
(a) <i>Fuentes de financiación</i>	36
(b) <i>Presupuesto</i>	37
(c) <i>Gasto</i>	39
(d) <i>Resumen de Hallazgos</i>	42
3. DIMENSIÓN PROVISIÓN DE SERVICIOS	42
(a) <i>Cobertura</i>	43
(b) <i>Barreras de Acceso</i>	44
(c) <i>Prestación del servicio</i>	48
(d) <i>Resumen de Hallazgos</i>	51
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	52
1. EPIDEMIA DE LA RESPUESTA A VIH/SIDA EN COLOMBIA.....	53
2. ASPECTOS A RESOLVER	53
3. RECOMENDACIONES	56
ANEXO: MUESTRA DE HERRAMIENTAS EMPLEADAS EN LA INVESTIGACIÓN	59
1. DOCUMENTACIÓN CONSULTADA	59
2. RELACIÓN DE PERSONAS ENTREVISTADAS	61
3. ENCUESTA DIRIGIDA A LAS ENTIDADES TERRITORIALES DE SALUD	63

Lista de Figuras

FIGURA 1. MARCO DE ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA EN LA IMPLEMENTACIÓN	16
FIGURA 2: EVOLUCIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIH PARA LA POBLACIÓN GENERAL DE COLOMBIA ENTRE 1991 AND 2015...	19
FIGURA 3: PREVALENCIA DE VIH EN ADULTOS EN PAÍSES SELECCIONADOS DE LATINO AMÉRICA Y CARIBE, 2001 - 2009	20
FIGURA 4: CASOS REPORTADOS DE VIH / SIDA. COLOMBIA, 1985 - 2011.....	21
FIGURA 5: CASOS NOTIFICADOS DE VIH Y SIDA, DISTRIBUCIÓN POR ESTADIO CLÍNICO. COLOMBIA 1983-2011	22
FIGURA 6: TASAS DE MORTALIDAD POR SIDA POR CADA 100.000 HABITANTES. COLOMBIA 1991-2009.....	23
FIGURA 7. PRINCIPALES RELACIONES EN EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN COLOMBIA	24
FIGURA 8. EVOLUCIÓN DE LAS TUTELAS RELACIONADAS CON VIH/SIDA ENTRE 2003 Y 2010.....	44
FIGURA 9. VENTAJAS RELATIVAS EN LA RESPUESTA A VIH/SIDA EN COLOMBIA PARA LOS DIFERENTES MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO	46

Lista de Tablas

TABLA 1. POBLACIÓN DE COLOMBIA	18
TABLA 2. COSTEO ESTIMADO PARA PEN 2008-2011. DISTRIBUCIÓN POR EJES	38
TABLA 3. COSTEO ESTIMADO PARA PEN 2008-2011. DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE ACTIVIDAD.....	38
TABLA 4. GASTO POR CATEGORÍA VIH/SIDA PARA 2008 Y 2009	40
TABLA 5. GASTO POR FUENTE DE FINANCIACIÓN PARA 2008 Y 2009	41
TABLA 6. PORCENTAJE DE ADULTOS Y NIÑOS CON INFECCIÓN POR EL VIH AVANZADA QUE RECIBE TRATAMIENTO CON ARV (TAR), 2007-2009.	47

Lista de Cuadros

CUADRO 1. DIMENSIÓN PROGRAMÁTICA	8
CUADRO 2. DIMENSIÓN PRESUPUESTARIA.....	8
CUADRO 3. DIMENSIÓN PRESTACIÓN DE SERVICIOS	9
CUADRO 4. SERVICIOS DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PERSONAS CON VIH/SIDA EN COLOMBIA	31
CUADRO 5. RESUMEN DE HALLAZGOS EN LA DIMENSIÓN PROGRAMÁTICA	35
CUADRO 6. RESUMEN DE HALLAZGOS EN LA DIMENSIÓN PRESUPUESTARIA.....	42
CUADRO 7. RESUMEN DE HALLAZGOS EN LA DIMENSIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	51

Sumario Ejecutivo

El presente Estudio sobre la eficiencia en la implementación de la respuesta al VIH/SIDA en Colombia busca examinar cómo ha sido implementada dicha respuesta, si se aplica conforme a la evidencia disponible sobre la epidemia, tal como fue planificada.

La respuesta a VIH/SIDA en el país se concibe como un sistema que engloba el conjunto de funciones, acciones, actores, recursos y flujos de información que participan en el control de la epidemia y que se encuentran en permanente interacción. La alteración de uno de sus elementos necesariamente afecta al desempeño del resto dentro del sistema.

El estudio aborda tres dimensiones: eficiencia programática; eficiencia presupuestaria y eficiencia en prestación de servicios de HIV/SIDA.

Colombia dispone de un marco jurídico que sustenta el marco programático de la respuesta a VIH/SIDA. Este marco programático está definido a nivel nacional en una serie de políticas claves, en particular el Plan Nacional de Salud Pública (PNSP) y el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011 (PEN). El país está avanzando en el conocimiento de la epidemia y en la prevalencia en los grupos más vulnerables. Los datos sugieren que, en general, la respuesta a VIH/SIDA en Colombia está manteniendo baja la prevalencia y concentrada la epidemia. Junto a esto, el estudio revela también que la efectividad de esta respuesta se beneficiaría de un nuevo impulso en el liderazgo a nivel nacional y local, articulado en torno al marco programático y los mecanismos coordinadores ya existentes.

En términos presupuestarios, el sistema de seguridad social de Colombia constituye el mecanismo de financiación fundamental de la atención a la población con VIH/SIDA. La potencia de la respuesta a VIH/SIDA dependerá del desempeño del sistema de aseguramiento sanitario (de la calidad de los servicios que preste, de su sostenibilidad financiera, de la adecuación de su marco de regulación, etc.). Sin embargo, la actual complejidad de este sistema y la ausencia de un mecanismo de contabilidad analítica

han impedido evaluar la eficiencia en términos de asignación de gasto de la respuesta a VIH/SIDA.

En lo que respecta a la provisión de servicios de atención a personas con VIH/SIDA, se constata que estos existen y funcionan. El nivel de cobertura sanitaria ha crecido en años recientes, la calidad de los servicios ha mejorado, y la respuesta está integrada por servicios de promoción, prevención, atención y apoyo social en VIH/SIDA.

Existen sin embargo, inequidades geográficas y por régimen de aseguramiento; problemas de disponibilidad, acceso y calidad de los medicamentos de uso humano; incidencias puntuales en la continuidad de la asistencia. Existe consenso en aceptar que la entrada al programa de prevención es tardía y que se estarían desaprovechando oportunidades de prevención en el primer nivel asistencial.

Dada la naturaleza y el alcance de este estudio, las recomendaciones que siguen son conscientemente generales y van más allá de la mera respuesta a VIH, por lo que su puesta en práctica requeriría un estudio en profundidad previo y diálogo entre todas las partes implicadas. Las tres recomendaciones fundamentales son:

1. Reforzar el liderazgo programático y coordinador en VIH/SIDA a nivel nacional y territorial (DTS), dotando al nuevo Plan de Respuesta ante el VIH/SIDA, de capacidad vinculante.
2. Establecer, a medio plazo, un sistema de contabilidad analítica en el sistema de aseguramiento sanitario, que singularice las partidas de VIH/SIDA. A corto plazo, realizar un nuevo estudio de Medición del Gasto en VIH/SIDA (MEGAS) en Colombia.
3. Afrontar los problemas de inequidades y barreras de acceso: simplificando y racionalizando el sistema de provisión social; potenciando los servicios de VIH/SIDA hacia el primer nivel asistencial; identificando poblaciones vulnerables a nivel local; y mejorando el marco regulador de los medicamentos de uso humano.

Los siguientes tres Cuadros resumen los hallazgos y recomendaciones para las tres dimensiones de la eficiencia en la implementación consideradas en el Estudio.

Cuadro 1. Dimensión Programática

FORTALEZAS	RETOS	RECOMENDACIONES
<p>Colombia está avanzando en el conocimiento de la epidemia y en la prevalencia sobre los grupos vulnerables</p> <p>Existe un marco jurídico bien desarrollado que sustenta legalmente la respuesta</p> <p>Este marco está definido a nivel nacional en una serie de políticas claves (PNSP y PEN)</p>	<p>Mejores estudios a nivel nacional que departamental o distrital (salvo excepciones)</p> <p>La evidencia no alimenta las decisiones estratégicas de respuesta</p> <p>Eficacia limitada para determinar en la práctica una respuesta centralizada al VIH/SIDA</p> <p>Falta de liderazgo a nivel local para aprovechar el arsenal institucional (planes territoriales; comités departamentales;...)</p>	<p>Reforzar el liderazgo programático y coordinador en VIH/SIDA a nivel nacional y territorial (Direcciones Territoriales de Salud).</p> <p>Alinear objetivos programáticos, recursos, servicios y acciones de la respuesta a VIH/SIDA con la política de Salud Sexual y Reproductiva del país.</p> <p>Asegurar el sentimiento de pertenencia e importancia del nuevo Plan de Respuesta al VIH y SIDA entre todos los actores involucrados en la respuesta a la epidemia, mediante un proceso de elaboración y formulación inclusivo, abierto y transparente.</p> <p>Dotar al nuevo Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida de capacidad vinculante para las Direcciones Territoriales de Salud, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, especificando responsabilidades, objetivos y metas, información a reportar y potenciales sanciones.</p> <p>Reforzar el liderazgo programático de las entidades territoriales y su capacidad de monitoreo e inspección de las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud. Apoyar a las entidades territoriales para que mejoren el conocimiento de la epidemia a nivel local y en el impacto de ésta sobre sus poblaciones, y para que esta evidencia informe sus planes y estrategias de intervención.</p> <p>Dotar al Observatorio de VIH/SIDA de los recursos necesarios para avanzar en el conocimiento de la epidemia en el país.</p>

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

Cuadro 2. Dimensión Presupuestaria

FORTALEZAS	RETOS	RECOMENDACIONES
<p>Existe un mecanismo de financiación de servicios personales y colectivos, que alcanza a toda la población</p> <p>Pese a su complejidad, está estipulado y procedimentado</p>	<p>Presupuesto VIH/SIDA no diferenciado (integrado en SSR)</p> <p>Ausencia de contabilidad analítica que identifique flujos presupuestario y de gasto para VIH/SIDA</p> <p>Imposibilidad para concluir si:</p>	<p>Establecer un sistema de contabilidad analítica en el sistema de aseguramiento sanitario, que singularice las partidas de VIH/SIDA.</p> <p>A medio plazo, establecer un sistema que permita el análisis de presupuestos y gastos en VIH/SIDA.</p>

La respuesta a VIH/SIDA será sostenible mientras lo sea el sistema de aseguramiento	Se requiere incremento o reducción del gasto	A corto plazo, realizar un nuevo estudio de Medición del Gasto en VIH/SIDA (MEGAS) en Colombia.
No existen problemas de solapamiento, sobre-financiación y/o infra-financiación, estrategias centradas en la captación de fondos más que en las necesidades del país, etc.	El dinero presupuestado llega a los servicios previstos o si lo gastado corresponde con lo previamente presupuestado	

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

Cuadro 3. Dimensión Prestación de Servicios

FORTALEZAS	RETOS	RECOMENDACIONES
<p>Existe una red de servicios de promoción, prevención, atención y apoyo social a personas con VIH/SIDA</p> <p>La cobertura ha crecido en años recientes</p> <p>La calidad de los servicios ha mejorado</p>	<p>La complejidad del sistema de aseguramiento condiciona la respuesta nacional, en términos de:</p> <p>Inequidades geográficas y por régimen de aseguramiento</p> <p>Problemas de disponibilidad, acceso y calidad del tratamiento con ARV (deficiente desarrollo del marco regulador)</p> <p>Continuidad de la asistencia particularmente problemática en el régimen subsidiado</p>	<p>Afrontar los problemas de inequidades y barreras de acceso: simplificando y racionalizando el sistema de provisión social; potenciando los servicios de VIH/SIDA hacia el primer nivel asistencial; mejorando el marco regulador de los medicamentos de uso humano.</p> <p>Identificar con precisión y eliminar las grietas del sistema, que son causas de barreras de facto, de discontinuidades en los tratamientos o de perjuicios económicos, familiares, laborales o de tiempo personal.</p> <p>Completar la transferencia del régimen vinculado al subsidiado, asegurando la sostenibilidad y calidad de éste último.</p> <p>Reorganizar y transferir los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para VIH/SIDA hacia el primer nivel asistencial. Aprovechar las sinergias y oportunidades que brinda la atención primaria de salud para el tratamiento conjunto del VIH, de enfermedades de transmisión sexual y enfermedades oportunistas. Reforzar el primer nivel asistencial.</p> <p>Complementar la actual respuesta general del sistema sanitario al VIH/SIDA con programas e intervenciones dirigidas a grupos de riesgo, que deben ser identificados mediante estudios a nivel local.</p> <p>Mejorar el marco regulador de los medicamentos de uso humano, en particular en lo que se refiere a la autorización, fijación de precios y reembolso, distribución y dispensación de medicamentos. Desarrollar el sistema de farmacovigilancia.</p>

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

Glosario: Listado de Acrónimos

ARV	Antirretroviral
ASAP	Grupo de Trabajo del Banco Mundial sobre Estrategia y Plan de Acción en SIDA (AIDS Strategy & Action Plan)
CONASIDA	Consejo Nacional de SIDA
COPRECOS	Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional
CRES	Comisión de Regulación en Salud
DTS	Direcciones Territoriales de Salud (se incluyen tanto las departamentales, como las distritales o las municipales)
ENDS	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPS	Empresa Promotora de Salud
ESE	Empresas Sociales del Estado
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FGSTM	Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
FOSYGA	Fondo de Solidaridad y Garantía
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
IEC	Información, educación y comunicación
INS	Instituto Nacional de la Salud
INVIMA	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicinas y Alimentos
IPS	Instituciones Prestadoras de Salud
LAC	Latinoamérica y Caribe
MDN	Ministerio de Defensa Nacional
MEGAS	Medición del Gasto en VIH/SIDA
MEN	Ministerio de Educación Nacional
MPS	Ministerio de Protección Social
MTS	Mujeres Trabajadoras Sexuales
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre El VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAB	Plan de Atención Básica
PEN	Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011
PGN	Presupuesto General de la Nación
PNSP	Plan Nacional de Salud Pública
POS	Plan Obligatorio de Salud
PTS	Planes Territoriales de Salud
PVV	Personas que viven con el VIH
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SISBEN	Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales
SIVIGILA	Sistema de Vigilancia de la Salud
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UDIS	Usuarios de drogas inyectables
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	Reunión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas para el SIDA
UPC	Unidad de Pago por Capitación
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
WB	Banco Mundial

I. Introducción

En el marco de su estrategia general en Latinoamérica y el Caribe (LAC), el Banco Mundial (WB) desarrolló en 2010 un estudio de eficiencia en la asignación del gasto en VIH de algunos países de Latinoamérica. El estudio comparaba el gasto en la respuesta a VIH/SIDA con los correspondientes planes. El objetivo era analizar la coherencia entre los gastos previos, las partidas que se dedican para dichos gastos en los nuevos planes, y las necesidades reales, especialmente en términos de grupos de población especialmente afectados por la epidemia⁶.

En línea con ese esfuerzo regional y como respuesta al interés del Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS) se lanza ahora el estudio *Análisis Basado en la Evidencia de la Eficiencia en la Implementación de la Respuesta Nacional al VIH/SIDA en Colombia*. El estudio persigue examinar cómo la respuesta nacional se ha puesto en práctica y si ha sido conforme a las evidencias disponibles sobre la epidemia y a la forma en que se planificó la respuesta. Especial énfasis se ha puesto en verificar que las actividades de naturaleza preventiva y asistencial se dirigen a las poblaciones consideradas prioritarias.

Más específicamente, el estudio incluye tres dimensiones de la eficiencia: (i) programática, (ii) presupuestaria y (iii) de prestación de servicios.

El presente documento está estructurado del siguiente modo:

- ▶ Tras esta Introducción, (en la que se presenta lo más relevante del marco utilizado para llevar a cabo el análisis y se describen las actividades desarrolladas)
- ▶ En el Capítulo I se realiza un análisis de situación de la epidemia de VIH/SIDA en Colombia, prestando atención diferenciada a elementos de contexto, a la tipificación de la epidemia y a la articulación de la respuesta nacional.
- ▶ A continuación, el Capítulo II detalla los hallazgos constatados durante nuestra misión en el país en cada una de las tres dimensiones del estudio (programática; presupuestaria y prestación de servicio)

⁶ Rodríguez-García R, Gaillard ME; Aran-Matero D. (2010) AIDS Resource Efficiency in Latin America. World Bank.

- ▶ Finalmente, el Capítulo III recoge las conclusiones del estudio y aporta algunas recomendaciones de curso de acción.
- ▶ El Informe se completa con una serie de Anexos que incluyen la lista de personas entrevistadas, el formato de la encuesta dirigida a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y la relación de documentos consultados.

II. Marco de análisis y metodología del estudio

1. Marco de análisis

Se entiende por eficiencia a la relación que existe entre los recursos (financieros, humanos o materiales) que se ponen en movimiento y los resultados que se obtienen. “La eficiencia mide si los recursos han sido utilizados para conseguir la mejor relación *value for money*”⁷. En la literatura técnica se hace referencia a diferentes tipos de eficiencias: técnica, alocativa y productiva⁸ y se han desarrollado una serie de herramientas para medir la eficiencia y la efectividad de las organizaciones, incluidos los análisis coste – utilidad, coste – efectividad y coste – beneficio.

En décadas recientes, la disciplina del Análisis Político ha ampliado su ámbito hasta conseguir incluir las condiciones que determinan la *implementación* efectiva y eficiente de una política. Como conocen bien los responsables de formular políticas una elección eficiente (desde una perspectiva económica), no siempre se traduce en intervenciones satisfactorias. Al implementar un proceso, las políticas afrontan barreras y desviaciones que pueden alterar las intenciones originales y conducir a fracasos (parciales o totales).

El abordaje de evaluación de la eficiencia en la implementación de la respuesta al VIH/SIDA que Técnicas de Salud plantea está basado en la *teoría de sistemas*, (entendiendo por *sistema*⁹ un conjunto de elementos que persiguen un mismo fin, interrelacionados de tal modo que cualquier interacción con un elemento del sistema provoca que el sistema en su conjunto se vea afectado).

En su forma más simple¹⁰, los sistemas se representan como un conjunto de recursos (=inputs), una serie de funciones para ejecutar procesos que conducen a productos

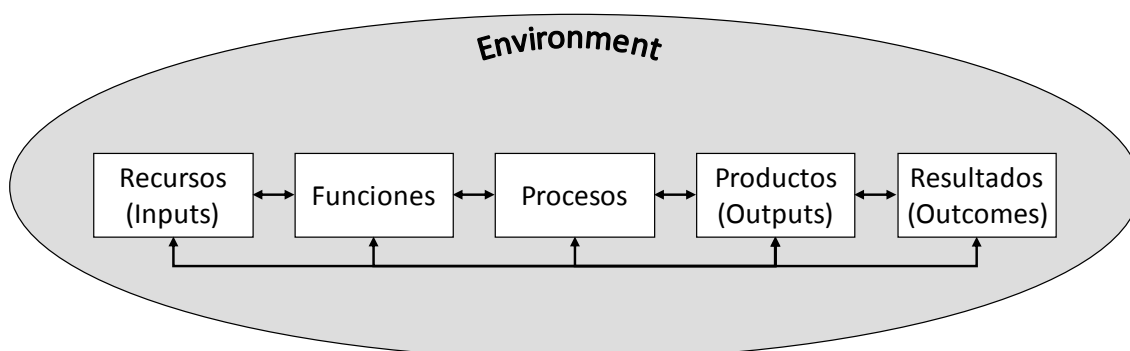
⁷ Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of Efficiency, *BMJ* April 24; 318(7191): p. 1136

⁸ Palmer and Torgerson establecen que: (a) la eficiencia técnica se alcanza cuando se obtiene la máxima mejora posible en los resultados a partir de un conjunto de recursos; (b) la eficiencia productiva se consigue maximizando el resultado que se obtiene para un coste dado o minimizando el coste necesario para conseguir un resultado deseado; y (c) la eficiencia alocativa tiene en cuenta no sólo la eficiencia productiva con la que los recursos se usan para producir el resultado, sino la eficiencia con la que los resultados se distribuyen en la comunidad. Ver Palmer S and Torgerson DJ (1999) Definitions of Efficiency, *BMJ* April 24; 318(7191): p. 1136.

⁹ Bertalanfy KL (1968) *General System theory: Foundations, Development, Applications*, New York: George Braziller, revised edition 1976

¹⁰ Easton D (1965) *A Systems Analysis of Political Life*, New York: Wiley

específicos (=outputs), con los que se consiguen resultados deseados (=outcomes), en un contexto (=environment) dado:



Los contextos social, económico, político, ecológico y biológico determinan el entorno que afecta poderosamente a los recursos, funciones, procesos, productos y resultados. Poner énfasis en los efectos del contexto conduce a considerar dinámicas complejas e iterativas entre los elementos de un sistema, en lugar de asumir relaciones mecánicas, secuenciales o lineales.

La Teoría de Sistemas se ha mostrado útil para explicar relaciones y procesos conceptualmente complejos de sistemas sociales que operan en un contexto dado, incluidas las dinámicas y relaciones de los sistemas sanitarios contemporáneos¹¹.

En este Informe, se sugiere un marco de sistemas simplificado, a modo de herramienta descriptiva que permite captar las dinámicas y relaciones básicas entre los diferentes componentes de la respuesta al VIH/SIDA en Colombia. No se sugiere, por tanto, como modelo de herramienta de causalidad o predictiva, sino como un mapa de análisis e investigación sobre una serie de aspectos de la eficiencia en la implementación, interrelacionados entre sí. El marco se ha demostrado útil para permitir al equipo

¹¹World Health Organization (2000) *World Health Report 2000*. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization; Murray CJL and Frenk J (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 78(6):717-731; Black N and Gruen R (2005) *Understanding Health Services*, Maidenhead, UK: Open University Press; Shakarishvili G (2009) *Building on Health Systems Frameworks for developing a common approach to health systems strengthening*. Paper prepared for the World Bank, Global Fund Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria and GAVI Alliance, Technical Workshop on Health Systems Strengthening, Washington DC, June 25-27, 2009.

abordar de forma iterativa los temas a investigar así como para desarrollar un entendimiento holístico de la respuesta al VIH/SIDA en Colombia.

Desde la perspectiva de Técnicas de Salud, por tanto, analizar la eficiencia en la implementación requiere prestar atención a *todo* aquello que tenga implicación en la provisión de bienes y servicios, es decir, a cómo una secuencia completa de recursos, actividades, productos y flujos de información contribuye al éxito o fracaso de los proyectos¹². Bajo esta visión, la respuesta a la epidemia consiste en un *sistema* que integra esfuerzos de diversos sectores, organizaciones y actores (programas, servicios y actividades basados en la comunidad¹³, pero también actuaciones específicas del sistema sanitario nacional).

En otras palabras, el marco escogido para analizar la eficiencia de la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia tiene en cuenta el PEN (Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011), pero no se reduce a su contenido.

Todos los sistemas sanitarios desempeñan un conjunto de funciones, en concreto, provisión de servicios personales y poblacionales; financiación; generación de recursos; y el liderazgo de gobierno¹⁴. Con todas sus particularidades la red de asistencia al VIH/SIDA constituye también un subsistema del sector sanitario. Como tal:

- ▶ Se requiere *prestar* servicios: todos los recursos, funciones y procesos se sustancian en el acto de la asistencia (por ejemplo, en el momento en que se realiza un análisis de sangre; cuando se prescribe un tratamiento antirretroviral; o se trata una infección oportunista a una persona ingresada en un hospital)
- ▶ Para ello hay que asegurar financiación: el funcionamiento efectivo y la sostenibilidad de los programas precisa de suficientes recursos.

¹² Parsons W (1996) Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis, Aldershot: Edward Elgar, p. 474

¹³ Rodríguez-García R. et al. (2011) Analyzing Community Responses to HIV and AIDS. Operational Framework and Typology, Policy Research Working Paper 5532, The World Bank

¹⁴ World Health Organization (2000). World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization

- ▶ Sin embargo, asegurar recursos y financiación (siendo una condición necesaria) no es suficiente para proveer servicios a las personas. El sistema en su conjunto necesita ser *liderado, movilizado y gobernado*.

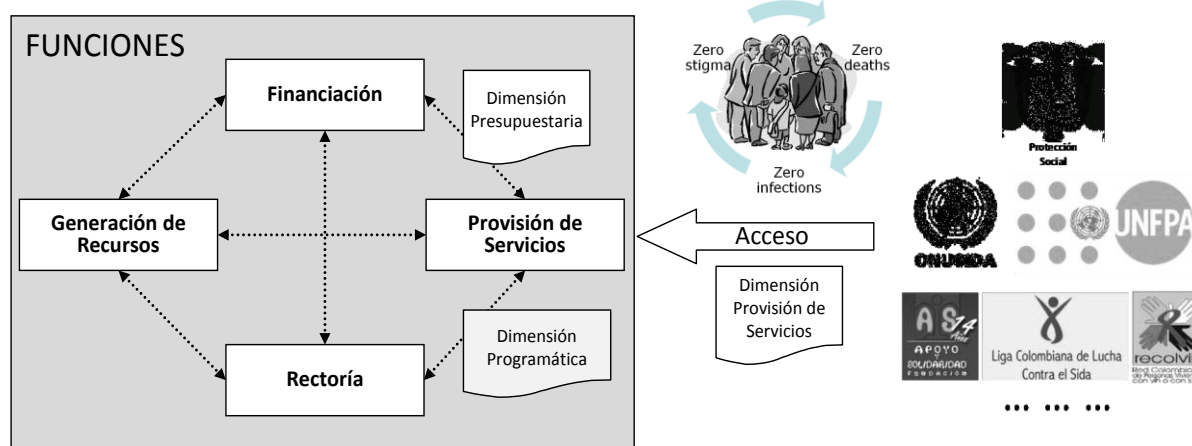
El presente Estudio se centra en las siguientes tres dimensiones de la eficiencia:

- ▶ **Programática**, atendiendo a temas como (i) poblaciones prioritarias (tamaño y cobertura); (ii) modalidades de programas (prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados, apoyo); o (iii) grado de integración y coordinación de los esquemas disponibles.
- ▶ **Presupuestaria**, atendiendo a temas como (i) gastos destinados a poblaciones y programas prioritarios, y su relación con los planes; (ii) fuentes de la financiación (pública, privada, internacional); o (iii) sostenibilidad financiera.
- ▶ **Prestación de servicios**, atendiendo a temas como (i) modalidades de prestación; (ii) proveedores (públicos, privados, ONG); (iii) red de centros (instalaciones formales de asistencia sanitaria; otros centros); o (iv) cartera de servicios.

En síntesis, la dimensión *Provisión de Servicios* se convierte así en la piedra angular que garantiza el acceso a los servicios a quienes los necesitan. Las dimensiones *Programática* y *Presupuestaria*, por su parte, sin ser suficientes, son altamente necesarias y han de ser vistas en conjunto para alcanzar la primera.

El gráfico siguiente sintetiza el marco analítico que proponemos:

Figura 1. Marco de Análisis de la Eficiencia en la Implementación



Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

2. Metodología del estudio

Para el desarrollo del estudio se utilizaron tres técnicas de investigación diferentes: análisis documental, cuestionarios semiestructurados y estudio de casos.

- ▶ El análisis documental se utilizó para recoger datos relativos a la extensión y perfil de la epidemia (por ejemplo, *Análisis de la Situación de la Epidemia*); a los presupuestos y gastos (por ejemplo, *Gasto Nacional en VIH/SIDA*); a los servicios asistenciales disponibles (por ejemplo, *Modelo de Gestión Integral de Servicios de Salud Sexual y Reproductiva y Prevención de la Infección por VIH*); o a las políticas, programas y guías de práctica clínica (por ejemplo, *Plan Nacional de Respuesta*; *Guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia*; *Guía de Práctica Clínica VIH/SIDA*). La naturaleza de los documentos fue variada, desde informes oficiales del gobierno colombiano o de donantes internacionales, a estadísticas oficiales, etc.
- ▶ Los cuestionarios semiestructurados perseguían reconstruir los flujos de los fondos; hacer explícitas las decisiones prioritarias de las autoridades locales y nacionales, así como el punto de vista de los principales actores implicados en la respuesta al VIH/SIDA en Colombia. El perfil de los entrevistados abarcó a representantes del gobierno central (por ejemplo, del MPS, MEN o MDN) y de entidades territoriales (por ejemplo, secretarías distritales y departamentales), de organismos internacionales, organizaciones basadas en la comunidad, ONG, EPS, IPS, personal sanitario de hospitales o centros de atención primaria. Cuando los entrevistados lo consintieron, las entrevistas fueron grabadas, lo que facilitó su transcripción y el análisis de la información facilitada.
- ▶ Se diseñaron estudios de caso que permitieran visualizar la forma en que las personas son atendidas en *la práctica*. El objetivo de esta estrategia de investigación era identificar potenciales barreras de acceso a los servicios de VIH/SIDA, así como eventuales cuellos de botella institucionales.

El Anexo 1 ofrece, al final del Informe, una muestra de las herramientas empleadas durante el estudio (documentación localizada y consultada; personas entrevistadas; cuestionarios aplicados; etc.).

III. La Epidemia de VIH/SIDA en Colombia

1. Contexto del País

Colombia está localizada en América del Sur, con una población¹⁵ de 44.977.758 habitantes (población proyectada para 2009). Las siguientes tablas muestran la distribución de población por edad y sexo:

Tabla 1. Población de Colombia

Población total	44.977.758	(100,0 %)	Población total	44.977.758	(100,0%)
Hombres	22.203.234	(49,4 %)	0 a 14 años	13.073.904	(29,1 %)
Mujeres	22.774.524	(50,64 %)	15 a 49 años	23.651.446	(52,6 %)
			> 50 años	8.252.408	(18,3 %)

Fuente: Censo General de Colombia (www.dane.gov.co). Población proyectada. 2009

La superficie es de 1.141.748 km² (lo que equivale a una densidad de 39 habitantes por km²). El país está organizado en:

- ▶ 32 departamentos y 5 distritos (incluido el Distrito Capital de Bogotá)
- ▶ 1.101 municipios
- ▶ 20 corregimientos departamentales, y
- ▶ 8.059 otros centros poblados.

El PIB de Colombia asciende (2009, último año disponible) a 234.045 miles de millones USD corrientes (o 392.446 miles de millones USD a PPA)¹⁶. Esto representa un ingreso per cápita en USD (2009) (método Atlas) de 4.990 USD¹⁷. La expectativa de vida al nacer¹⁸ (2009) es de 73 años, y ese mismo año, la tasa de alfabetización en adultos¹⁹ (edad 15 años en adelante) era del 93 %.

¹⁵ Censo General de Colombia (www.dane.gov.co) 2009

¹⁶ World dataBank. World Development Indicators (WDI) & Global Development Finance (GDF) (<http://databank.worldbank.org>)

¹⁷ The World Bank Open Data. GNI per capita, Atlas method (current US\$) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>)

¹⁸ The World Bank Open Data. Life expectancy at birth, total (years) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>)

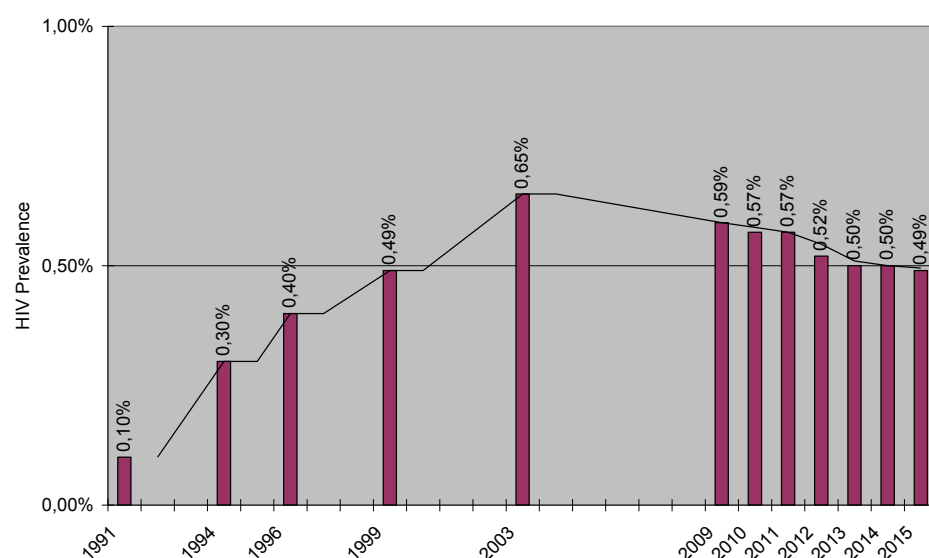
¹⁹ The World Bank Open Data. Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above) (2009) (<http://data.worldbank.org/indicator>)

2. La epidemia

La prevalencia de VIH/SIDA en la población de Colombia es baja. Los datos para 2009²⁰⁾ muestran una prevalencia de VIH para población adulta de 0.59% y un estimado total de 140.125 personas con VIH o SIDA en el país. Los datos estimados para 2010 son: prevalencia estimada de 0.57% y 144.290 personas estimadas con VIH entre los 15 y 49 años²¹⁾.

Usando diferentes fuentes de datos, el siguiente gráfico muestra la evolución de la prevalencia de VIH para la población general de Colombia entre 1991 y 2015:

Figura 2: Evolución de la prevalencia de VIH para la población general de Colombia entre 1991 and 2015



Datos:

1991 ^a	1994 ^a	1996 ^a	1999 ^a	2003 ^a	2009 ^b	2010 ^c	2011 ^d	2012 ^d	2013 ^d	2014 ^d	2015 ^d
0,10%	0,30%	0,40%	0,49%	0,65%	0,59%	0,57%	0,57%	0,52%	0,50%	0,50%	0,49%

Fuentes: Adaptación de Técnicas de Salud a partir de las siguientes fuentes:

a UNGASS 2012: p.28

b UNGASS 2010: p.41

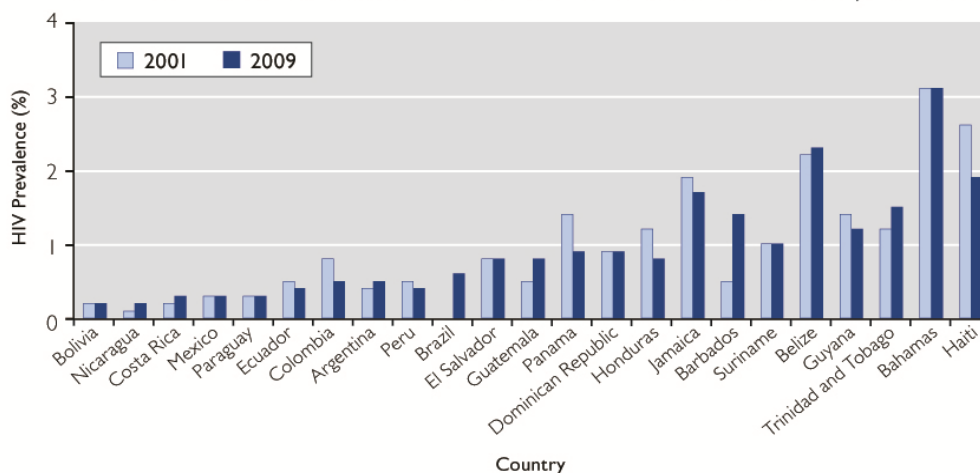
c. Comunicación personal del Dr. Luque, Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social

²⁰ UNGASS 2010: p.41

²¹ Comunicación personal del Dr. Luque, Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social

En comparación con otros países de Latino América y Caribe, Colombia se encuentra entre los países de prevalencia más baja, como muestra el siguiente gráfico:

Figura 3: Prevalencia de VIH en adultos en países seleccionados de Latino América y Caribe, 2001 - 2009



Fuente: UNAIDS 2010 Report on the Global AIDS. Los datos epidemiológicos de Brasil proceden del informe UNGASS 2010. Para este país no se dispone de tendencias.

La epidemia se puede definir como concentrada en poblaciones en mayor contexto de vulnerabilidad, ya que la prevalencia en por lo menos una de las poblaciones con factores de vulnerabilidad [hombres que tienen sexo con hombres] supera el 5% mientras que la prevalencia en mujeres gestantes, no es superior a 1%²². La distribución geográfica de las prevalencias más altas por grupos más vulnerables es la siguiente:

- Los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) son el grupo más afectado, con prevalencias de VIH de 24% en Cali, 15% en Bogotá y 10.9% en Barranquilla²³.

²² UNGASS 2010: p.20.

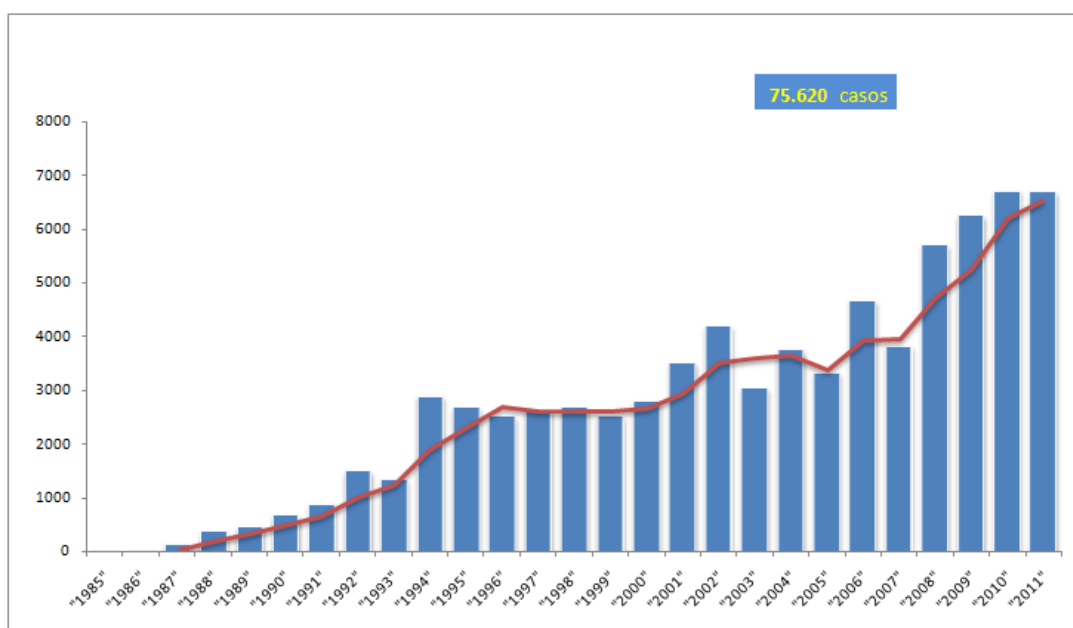
²³ MPS y UNFPA, 2010

- ▶ Entre las Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS) se han registrado prevalencias de 3.26% en Bucaramanga y 2.22% en Barranquilla²⁴.
- ▶ Para Usuarios de Drogas Inyectables (UDIS) se han encontrado prevalencias de 3.8 en Medellín y 1.9 en Pereira²⁵.
- ▶ La vigilancia activa desarrollada en gestantes ha arrojado una cifra de prevalencia media nacional de 0.22%²⁶.

El principal mecanismo de transmisión de la infección es la vía sexual, atribuyéndose a esta modalidad el 97% de los casos. El importante predominio de varones en la casuística sugiere que la transmisión sexual entre varones juega un rol importante. Entre los principales determinantes de la dinámica de la epidemia figuran la práctica de sexo desprotegido y la presencia de múltiples compañeros sexuales.

Como muestra la figura 4, desde 1985 hasta finales de 2011, se han reportado un total de 75.620 casos de VIH/SIDA, de los cuales, 6.687 casos corresponden a 2011.²⁷

Figura 4: Casos reportados de VIH / SIDA. Colombia, 1985 - 2011



Fuente: UNGASS 2012: p. 21

²⁴ MPS y UNFPA, 2008

²⁵ MPS/UNODC/ Universidad CES

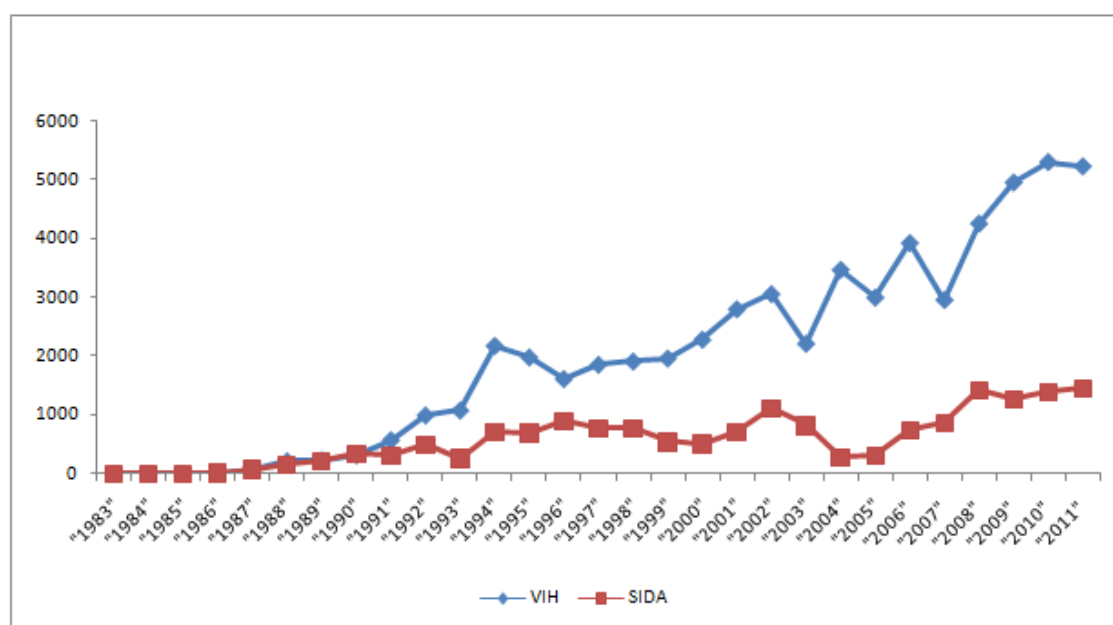
²⁶ INS, 2009

²⁷ UNGASS 2012: p. 21

La tendencia general es de incremento en la frecuencia de casos notificados que puede obedecer a factores como un mayor acceso a la asesoría y prueba voluntaria, una posible disminución de barreras administrativas para autorización de los servicios y la oferta de la prueba a toda gestante en el país.

La figura 5 muestra cómo el número de casos reportados de VIH ha aumentado gradualmente respecto de los casos de SIDA:

Figura 5: Casos notificados de VIH y SIDA, distribución por estadio clínico. Colombia 1983-2011

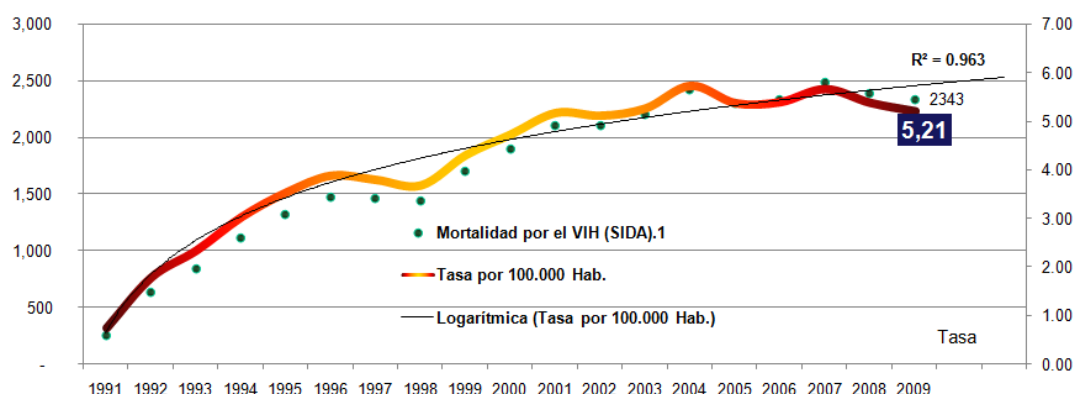


Fuente: Base de datos VIH-INS 1985 a corte 31 de diciembre de 2011 Procesamiento: Observatorio Nacional de la Gestión en VIH-MSP; UNGASS 2012: p.24

Esta diferencia entre los casos de VIH y de SIDA está posiblemente relacionada con el acceso oportuno a servicios y tecnologías de diagnóstico y tratamiento, que contribuyen a un aumento en el tiempo de transición hacia SIDA.

Finalmente, la figura XXX muestra la evolución de las tasas de mortalidad por SIDA en Colombia entre 1991 y 2009, que sugieren una tendencia hacia la estabilidad, probablemente como resultado de un mejor acceso a ARV y a servicios asistenciales. En 2009, se reportaron 2.343 muertes, lo que representa una tasa de 5,21 muertes por cada 100.000 habitantes:

Figura 6: Tasas de mortalidad por SIDA por cada 100.000 habitantes. Colombia 1991-2009



Fuente: Estadísticas Vitales-DANE- 1991-2009, UNGASS 2012: p. 37

Datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010²⁸ (ENDS) reflejan que, en Colombia, el conocimiento del VIH/SIDA es prácticamente universal. Aún así, la mayoría de su población identifica y visualiza el VIH/SIDA como un “problema de otros”, no hay conocimiento suficiente sobre prácticas seguras para evitar la infección (sobre todo en departamentos como Putumayo, Vaupés, Amazonas, Vichada, Guainía y Caquetá) y persisten actitudes de rechazo y estigma hacia personas con VIH/SIDA.

En resumen, puede afirmarse que la prevalencia de VIH/SIDA en la población de Colombia es baja, que la epidemia se mantiene concentrada y que los casos notificados de VIH han ido creciendo progresivamente frente a los de SIDA y fallecidos.

3. La respuesta al VIH/SIDA

La respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia está administrada desde el Ministerio de Protección Social (MPS) y se articula con un doble mecanismo:

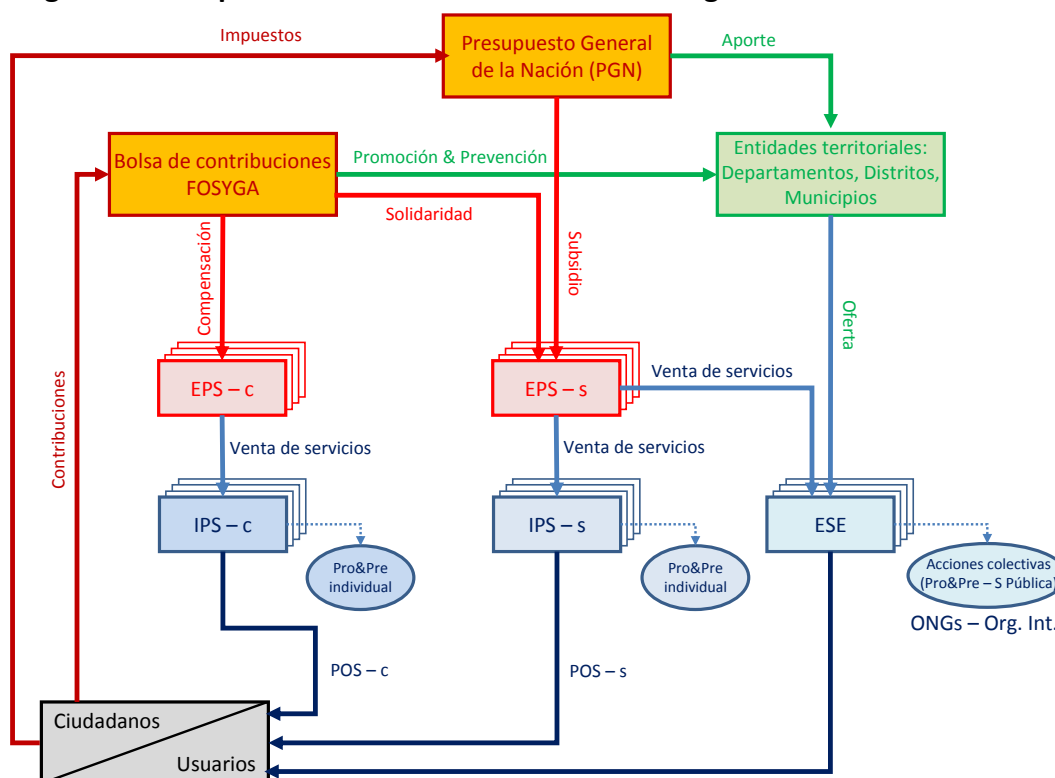
- Un componente de aseguramiento que provee asistencia sanitaria a través de compañías aseguradoras (las empresas promotoras de salud – EPS) y los centros de asistencia sanitaria (las instituciones prestadoras de servicios – IPS)

²⁸ Ministerio de la Protección Social (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

- Un componente de salud pública que provee intervenciones colectivas de promoción y prevención a través de las entidades territoriales de salud que financian actividades de promoción y prevención lideradas por los hospitales locales y que realizan campañas informativas y de sensibilización.

A continuación se describe en más detalle las complejas relaciones funcionales y económicas que soportan este doble mecanismo de aseguramiento y promoción y prevención de la salud para la población de Colombia. La Figura 7, titulada *Principales relaciones en el sistema de aseguramiento en Colombia*, intenta capturar esta complejidad del sistema colombiano.

Figura 7. Principales relaciones en el sistema de aseguramiento en Colombia



Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

(a) **Componente de aseguramiento**

Los ciudadanos de Colombia reciben servicios de salud tras ingresar en el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) por tres puertas de entrada: (i) régimen contributivo (en el esquema se lo caracteriza con el sufijo - c); (ii) régimen subsidiado (en el esquema anterior, se indica como - s); y (iii) régimen vinculado, para personas pobres

no aseguradas. Este último esquema es provisional y se aspira a que desaparezca cuando la cobertura de afiliación al SGSSS alcance al 100% de la población colombiana.

- ▶ Pertenecen al régimen contributivo todas las personas nacionales o extranjeras, residentes en Colombia, con contrato laboral; así como quienes no tengan vínculo contractual y reglamentario con un empleador, pero dispongan de ingresos fijos (profesionales independientes; propietarios de empresas; rentistas; etc.)
- ▶ Forman parte del régimen subsidiado las personas consideradas población pobre y vulnerable. Para adquirir esta condición deben ser identificadas como tales tras la aplicación de la encuesta SISBEN (sistema de selección de beneficiarios de programas sociales)
- ▶ Se consideran vinculadas las personas que carecen de dinero para asumir los servicios de salud y aún no están afiliadas al régimen subsidiado

Las contribuciones se realizan al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía o “banco de la seguridad social”). El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización.

- ▶ En el caso de los asalariados, éste asume el 4% y el empleador el 8,5%
- ▶ En el caso de los trabajadores independientes, es asumido por éste en su totalidad

Con las contribuciones que recibe, el FOSYGA maneja cuatro tipos de fondos diferentes: (i) de compensación; (ii) de solidaridad; (iii) de promoción y prevención; y (iv) para eventos catastróficos y accidentes de tráfico.

Las EPS son entidades que cumplen una función delegada por el FOSYGA. Se encargan de la afiliación y registro de las personas, y organizan y garantizan en forma directa o indirecta la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS), o “paquete de servicios básicos” que deben prestar todas las EPS, y al cual tienen derecho las personas afiliadas. Incluye la protección integral de familias, atención a la maternidad y enfermedad en general, servicios de información y promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades.

Los inscritos en los regímenes contributivo y subsidiado escogen una EPS, a su libre elección y se inscriben junto con sus beneficiarios (tras aportar toda la documentación acreditativa de su condición que resulte pertinente).

Corresponderá a cada EPS disponer de una red de servicios (hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc.) que garantice una oferta plural y poner a disposición de las personas afiliadas un listado de proveedores de servicios adecuado al grado de complejidad y especialización que cada caso requiera.

Para ello establecen relaciones contractuales con las instituciones prestadoras de servicios (IPS). En el caso de las EPS – s, también con los antiguos hospitales públicos, reconvertidos en Empresas Sociales del Estado (ESE).

Los asegurados, por su parte, eligen libremente una IPS de entre las opciones que le ofrece su EPS.

En cuanto a la disponibilidad de medicamentos, en el sistema Colombiano, existen dos listados específicos de medicamentos, en función de las características del asegurado:

- ▶ La Comisión de Regulación en Salud (CRES) establece un listado de especialidades para las personas que se encuentra en el régimen contributivo o que sean menores de 18 años en el régimen subsidiado. Para ello, el médico de su IPS debe prescribirlos expresamente, y los medicamentos han de cumplir con las características con las que se encuentran descritos en el POS.
- ▶ La CRES establece otro listado específico para quienes se encuentren en el régimen subsidiado y sean mayores de 18 años. Para ser facilitados, el POS del Régimen Subsidiado debe contemplar los casos, eventos y procedimientos para los que se han prescrito.

Por cada asegurado, el FOSYGA aporta el equivalente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC) a través de los fondos de compensación y de solidaridad, respectivamente.

- ▶ Se establecen diferentes UPC: una UPC – contributiva y una UPC – subsidiada. Desde el Presupuesto General de la Nación (PGN), y procedente de la recaudación de impuestos, se aporta la fracción necesaria (“subsidio”) para cubrir la asistencia en el régimen subsidiado.

- ▶ Se establecen asimismo diferentes POS, con diferentes paquetes de servicios: un POS – contributivo y un POS – subsidiado.

Las personas vinculadas, por su parte, reciben subsidios específicos, financiados por las entidades territoriales (departamentos, distritos, municipios) con los aportes que reciben del PGN:

- ▶ Subsidio a la demanda, para gestionar la afiliación al régimen subsidiado.
- ▶ Subsidio a la oferta, para asegurar la atención, en las ESE, a las personas sin afiliación a un régimen de seguridad social.

Existe un cuarto grupo, “regímenes de excepción”, constituido por los miembros de las fuerzas militares y la policía; los afiliados al fondo nacional de prestaciones sociales del magisterio; los servidores públicos de Ecopetrol y los servidores públicos de universidades públicas. Este colectivo tiene sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones y sólo participan en el Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del FOSYGA.

(b) Componente de Salud Pública

El componente de salud pública que provee intervenciones de promoción y prevención se organiza, a su vez del siguiente modo:

- ▶ Las ESE, utilizando tanto el fondo de promoción y previsión del FOSYGA, como aportaciones específicas de las entidades territoriales, se encargan de organizar actuaciones de naturaleza colectiva. Pueden hacerlo, indistintamente, utilizando sus propios recursos, aprovechando la colaboración de organizaciones internacionales, e incluso contratando los servicios de ONGs.
- ▶ Entre los servicios que prestan las IPS se encuentran las intervenciones de promoción y prevención de naturaleza individual²⁹

²⁹ Servicios colectivos o poblacionales son aquellos que se dirigen a grupos de personas, mientras que los individuales son los prestados a una única persona. Estos últimos servicios no sólo tienen naturaleza curativa, sino que también pueden referirse a actuaciones preventivas o de promoción. Así, la acción de un médico en consulta sensibilizando a un ciudadano para que utilice el preservativo es un servicio preventivo tan personal como la prescripción de ARV. Por el contrario, las campañas de prensa recomendando el uso de preservativos es un ejemplo de servicio poblacional, pero también preventivo. El término “servicios de salud pública” no debe emplearse, por tanto, para referirse *exclusivamente* a acciones (i) implementadas desde los gobiernos; (ii) que requieran una participación comunitaria; (iii)

V. Hallazgos

1. Dimensión Programática

Se entiende que existe eficiencia programática en la respuesta al VIH/SIDA cuando las decisiones estratégicas que se adoptan han sido informadas por la evidencia disponible sobre la epidemia y dichas decisiones se transmiten e implementan de forma coordinada.

Por el contrario, puede concluirse que la respuesta sería ineficiente si:

- ▶ existe desconocimiento sobre la epidemia (¿a qué población(es) afecta de forma especial? ¿cómo lo hace a cada una de ellas?);
- ▶ los diferentes niveles administrativos (nacional y territorial) responsables de responder a la epidemia se desentienden de la evidencia;
- ▶ se superponen políticas e intervenciones, sin coordinación o incluso de forma antagonista;
- ▶ no existe capacidad de liderazgo (en particular a nivel nacional); etc.

(a) El conocimiento de la epidemia

En los últimos años, el gobierno de Colombia ha hecho un notable esfuerzo por conocer la situación de la epidemia de VIH/SIDA y su impacto sobre los grupos más vulnerables. El PEN estableció como actividad prioritaria la “realización y difusión de estudios del impacto económico y social del VIH y SIDA” (Actividad A-40, Meta 11). Un reciente ejemplo de este esfuerzo lo constituye la producción de la “Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia”³⁰ por el MPS con el apoyo del Banco Mundial y ONUSIDA, que recopila la información sobre la epidemia de VIH generada en el país.

referidas al medioambiente (como las de higienización) o a la comunidad (como las de educación para la salud); o de naturaleza preventiva para grupos vulnerables. Para esta discusión terminológica, véase por ejemplo: Durán A, y Kutzin J (2010) Financing of public health services and programmes: time to look into the black box, en Kutzin, Cashin and Jakab (eds.) Implementing Health Financing Reform. Lesson from countries in Transition, WHO, pp. 248-253

³⁰ Ministerio de la Protección Social (Mayo 2011) *Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia*, Bogotá: MPS.

Es difícil determinar con exactitud el grado de conocimiento que tienen las distintas administraciones locales de la situación de la epidemia en sus territorios. En fechas recientes, se han realizado dos encuestas solicitando información a las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) sobre la disponibilidad de evidencia sobre la epidemia en la formulación de la respuesta local³¹.

Por una parte, el MPS realizó una encuesta³² entre las 36 DTS como parte del esfuerzo de evaluación del PEN 2008-2011. De las 16 DTS que respondieron, ninguna reportó la elaboración de estudios específicos sobre la prevalencia y perfil epidemiológico en su población durante estos años de vigencia del Plan. Sin embargo, la encuesta realizada a esas mismas DTS en el marco de este estudio en Agosto de 2011³³ reveló que todas menos una habían generado estudios sobre la epidemia en su territorio. Ahora bien, esta evidencia no parece haber culminado en la identificación de los grupos más vulnerables, puesto que varias DTS reportaron que estos no estaban identificados, mientras que otras incluían una larga lista de grupos sociales e incluso a la población general.

De igual forma, el grado de conocimiento que tienen las distintas empresas promotoras de salud (EPS) de la epidemia entre su población asegurada es variable, como refleja la encuesta de Evaluación del PEN elaborada por el MPS entre las EPS³⁴. Algunas EPS han confeccionado indicadores propios sobre personas y formularios de seguimiento, de la depuración de datos de IPS y SIVIGILA, del mantenimiento de un contacto fluido con el Observatorio Nacional, etc. En cualquier caso, estas iniciativas han buscado más la mejora de la información sobre los asegurados con fines gestores y contables que elaborar el mapa epidemiológico de VIH y SIDA de su población que informara futuras decisiones estratégicas y clínicas. Además, sólo 4 de las 16 EPS que respondieron a la encuesta ofrecen información sobre iniciativas de recolección de datos y elaboración de informes técnicos (actividad A-66, vinculada a la meta 12).

³¹ La tasa de respuesta a ambas encuestas fue baja, no superior al 40% de la muestra, lo que exige a tomar los datos con precaución.

³² MPS (2011) *Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011*, Bogotá: MPS.

³³ Ver Anexo 1. Fue respondida por 8 Departamentos y 2 Secretarías Distritales de Salud.

³⁴ MPS (2011) *Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011*, Bogotá: MPS.

(b) Marco Programático: Nivel Nacional

A nivel nacional, Colombia ha ido desarrollando la normativa necesaria para sustentar legalmente el marco programático de la respuesta a VIH/SIDA. El país dispone de leyes, decretos y acuerdos que regulan el manejo de la infección por el VIH, SIDA y las ETS; regulan la organización de las prestaciones de los servicios de salud y educación; definen el POS y los medicamentos financiados públicamente; tipifican la propagación de epidemia como delito contra la salud pública; etc.

En este sentido, el estudio indica que, aunque fragmentado, el marco jurídico existente está suficientemente desarrollado como para amparar una respuesta programática sólida y estable.

El POS constituye el “paquete de servicios básicos” que deben prestar todas las EPS, sean del régimen contributivo o del subsidiado, y al cual tienen derecho las personas afiliadas. Incluye la protección integral de las familias, atención a la maternidad y la enfermedad en general, con servicios de información, promoción y fomento de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para todas las enfermedades.

En ocasiones, incluso es posible obtener medicamentos no incluidos (no cubiertos) en el POS. Para ello existen los comités técnico-científicos, conocidos también como comités de farmacia o de medicamentos. El procedimiento requerido es el siguiente: el enfermo presenta la documentación y luego de aprobado el suministro de los medicamentos, la entidad que ofrece los servicios puede pasar una cuenta de cobro al FOSYGA (Fondo de Solidaridad y Garantía) para el reintegro total o parcial del coste de los medicamentos suministrados. En los casos en que el comité mantiene la negativa al suministro de medicamentos, es posible incluso acudir a la acción de tutela³⁵.

En particular, la cartera de servicios para prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con VIH / SIDA, así como las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA vienen recogidas en la Resolución número 3442 de 22 de

³⁵ La Acción de Tutela en salud es un mecanismo judicial que se pone al servicio de los usuarios y pacientes para la protección de sus derechos constitucionales fundamentales cuando se estima que estos se han visto amenazados o vulnerados por parte de las autoridades o de determinados particulares. Véase, por ejemplo, Defensoría del Pueblo (2010). *La Tutela y el Derecho a la Salud*, Bogotá.

septiembre de 2006 del Ministerio de la Protección Social. En el cuadro 1, se agrupan en apartados dichos servicios para pacientes con VIH/SIDA:

Cuadro 4. Servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de personas con VIH/SIDA en Colombia

1.	Prevención
2.	Diagnóstico – Detección
	Asesoría y detección
	Pruebas de tamizaje
	Pruebas confirmatorias
3.	Atención
	Programas de atención
	Referencia – interconsulta a expertos en VIH/SIDA o infecciosas
4.	Valoración Inicial
	Anamnesis
	Revisión por sistemas
	Examen físico
	Intervenciones iniciales
5.	Tratamiento antirretroviral
	Iniciación de la terapia
	Selección de ARV
	Modificación de la terapia
	Fracaso terapéutico
	Uso de prueba de genotipificación
	Optimización del cumplimiento
6.	Seguimiento del paciente infectado
	Seguimiento clínico
	Seguimiento de laboratorio
7.	VIH y embarazo
	Detección
	Terapia ARV y embarazo
	Evaluación inicial y seguimiento de la gestante infectada
	Profilaxis del recién nacido
	Seguimiento del hijo de mujer infectada
8.	Profilaxis de infecciones oportunistas
9.	Exposición de riesgo
	Ocupacional
	No ocupacional

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442 de 22 de septiembre de 2006.

La respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia está programáticamente definida a nivel nacional en una serie de políticas claves, en particular el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 (PNSP) ³⁶ y el Plan Nacional de Respuesta a VIH/SIDA 2008-2011 (PEN), y apoyada por una serie de organismos coordinadores centrales que incluyen

³⁶ El Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante VIH/Sida de 2004-2007 constituye el antecedente del Plan Nacional de Respuesta a VIH/Sida 2008-2011, PEN, actualmente vigente. El Plan Nacional de Salud Pública es un documento diferente, y de mayor alcance que los dos anteriores. En esta sección se aborda en primer lugar el PNSP y luego el PEN. Ambos constituyen el marco programático nacional

CONASIDA; el Ministerio de Protección Social, el Grupo Temático ONUSIDA y el Mecanismo Coordinador de País.

El Plan Nacional de Salud Pública (PNSP)

El PNSP 2007-2010 es el marco general en el que las direcciones territoriales (Departamentos, Distritos y Municipios) han de desarrollar sus propios Planes Territoriales de Salud.

Desde el año 2003, el área de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) integra VIH/SIDA y constituye una de las prioridades del PNSP para toda Colombia.

Durante el estudio se pudo constatar que el PNSP constituye, de hecho, para la mayoría de las DTS y EPS entrevistadas, la referencia programática nacional clave en VIH/SIDA, más que el PEN 2008-2011.

Plan Nacional de Respuesta a VIH/SIDA. 2008-2011 (PEN)

El PEN 2008-2011, publicado en Enero de 2008 tras un proceso de elaboración abierto e inclusivo, sustituyó al previo Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante el VIH/SIDA 2004-2007.

El PEN 2008-2011 dispone cuatro ejes temáticos: Promoción y prevención; Atención Integral; Apoyo y protección social; Seguimiento y evaluación de la respuesta

Estos ejes reflejan la línea de continuidad con el Plan Intersectorial 2004-2007, con la novedad de que ahora se incluía el eje III que buscaba reducir el impacto social y económico de la epidemia, mediante la reducción de las condiciones de vulnerabilidad y el mejoramiento de la calidad de vida de las Personas que Viven con el VIH (PVV) y de las familias afectadas.

En opinión de los promotores del PEN entrevistados, este Plan buscó:

- ▶ Reactivar la agenda de la enfermedad y hacer más visible su especificidad tras la reforma que integró VIH /SIDA en el área de SSR.
- ▶ Ofrecer una herramienta política para legitimar políticas e intervenciones específicas para VIH/SIDA
- ▶ Establecer una estrategia coordinada y horizontal para todos los sectores y actores implicados en VIH/SIDA

Mientras que para estos informantes el PEN consiguió reactivar la agenda del VIH/SIDA en Colombia en un buen grado, el segundo objetivo de aportar una herramienta política legitimadora fue conseguido en menor medida. Ahora bien, para los representantes de pacientes, organizaciones comunitarias, aseguradoras e instituciones prestadores de salud entrevistados, el PEN no ha logrado establecerse como marco integral e integrador de la respuesta al VIH/SIDA, ya que no ha permeado suficientemente en los sistemas de protección social y salud pública que desarrollan la respuesta de VIH/SIDA. Una explicación posible es que el Plan Estratégico Nacional no es reconocido como una política esencial por muchos actores, hasta el punto de que personal sanitario de las IPS entrevistadas manifestaban con sinceridad desconocer la existencia del PEN y su contenido. Probablemente la mayor debilidad del PEN es su estatus legal de perfil bajo, puesto que es un documento político sin capacidad ejecutiva, que ni es ley ni incluso una norma secundaria.

Mecanismos Coordinadores

Uno de los logros del antiguo Plan Intersectorial de Respuesta Nacional ante el VIH/SIDA 2004-2007 fue la creación y puesta en marcha del Observatorio de la Gestión en VIH y SIDA, como parte de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social.

El objetivo del Observatorio es articular la información existente, acopiarla y generar informes que permitan la toma de decisiones pertinentes para realizar los ajustes concernientes al SGSSS. El Observatorio funciona mediante una red de observatorios satélite-tipo que reportan información periódica estandarizada sobre: DTS; EPS; INS; Agencias de Cooperación Internacional; Administradoras de Riesgo Profesional; Administradoras de Régimen Subsidiado; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF); Regímenes Excepcionales; MPS.

En la actualidad, tras una sucesión de cambios en la dirección, el Observatorio aspira a consolidarse como una referencia en la producción de evidencia sobre la epidemia. Para conseguirlo, el flujo de información regular, completa y de calidad hacia el Observatorio deberá garantizarse mediante mecanismos efectivos de regulación a establecer por el MPS.

El PEN 2008-2011 establecía que la coordinación intersectorial para el desarrollo del plan a nivel nacional se realizaría desde tres instancias nacionales: CONASIDA (con sus diferentes subcomités), el Grupo Temático ONUSIDA y el Mecanismo Coordinador de País. Sin embargo, durante este estudio, no ha sido posible determinar las funciones de cada una de estas instancias, su composición o las acciones promovidas o lideradas por ellas. No hemos encontrado actas o publicaciones oficiales de libre acceso que pudieran haber sido analizadas por este equipo de consultores y que nos permitieran evaluar las actividades y el grado de coordinación efectiva ejercida por estas instancias. Una discusión más profunda de las funciones de estos mecanismos coordinadores permitiría reforzar el liderazgo y la necesaria coordinación intersectorial.

Sí se ha podido constatar la existencia de un canal de comunicación fluido con regímenes especiales, particularmente con el régimen de salud de las Fuerzas Armadas, a través de Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía (COPRECOS) de Colombia

(c) Marco Programático: Nivel Territorial

A nivel territorial, la función de liderazgo programático y coordinación de la respuesta a la epidemia de VIH/SIDA en Colombia recae en las DTS y se expresa en dos herramientas: los Planes Territoriales de Salud (PTS) y los Comités Departamentales de VIH/SIDA.

Los PTS establecen las prioridades en salud pública de cada entidad territorial, de acuerdo al marco general fijado por el PNSP. Las 10 DTS (8 Departamentos y 2 Secretarías Distritales de Salud) que respondieron a la encuesta con motivo de este estudio (en Agosto de 2011) reportaron la realización de sus propios PTS. Sin embargo, en 4 de estos 10 PTS no se han desarrollado programas e intervenciones específicas para las poblaciones más vulnerables al VIH, porque estas no se han identificado. Incluso aquellas DTS que sí han logrado identificar y priorizar a sus grupos más vulnerables reconocen que deberían hacer más explícitas las estrategias y acciones para con las poblaciones vulnerables y reflejarlo así en el presupuesto.

Una segunda herramienta de formulación programática a nivel territorial son los Comités Departamentales de VIH/SIDA, que distan mucho todavía de estar implantados en todas las DTS. De hecho, sólo 4 de las 10 DTS que respondieron a la encuesta realizada con motivo de este estudio informaron del establecimiento de estos comités y confirmaron que operasen regularmente.

La debilidad en la aplicación del marco programático a nivel territorial hace que EPS, IPS y ESE operen en muchas ocasiones sin conocer la normatividad, las políticas y las estrategias de control de la epidemia. En un reciente estudio de la Gobernación del Quindío sobre el funcionamiento del Programa Departamental de VIH/SIDA³⁷, se reflejaba tal desconocimiento por parte de muchas ESE del departamento, así como falta de coordinación con otras instituciones o sectores (como municipios, EPS, IPS) o la ausencia de sistemas de monitoreo y recogida de información de pacientes con VIH.

(d) Resumen de Hallazgos

El siguiente Cuadro resume los rasgos positivos del componente programático en la respuesta al VIH/SIDA en Colombia, así como los principales retos que el sistema sigue afrontando:

Cuadro 5. Resumen de hallazgos en la dimensión programática

FORTALEZAS	RETOS
Colombia está avanzando en el conocimiento de la epidemia y en la prevalencia sobre los grupos vulnerables	Mejores estudios a nivel nacional que departamental o distrital (salvo excepciones) La evidencia no alimenta las decisiones estratégicas de respuesta
Existe un marco jurídico bien desarrollado que sustenta legalmente la respuesta	Eficacia limitada para determinar en la práctica una respuesta centralizada al VIH/SIDA
Este marco está definido a nivel nacional en una serie de políticas claves (PNSP y PEN)	Falta de liderazgo a nivel local para aprovechar el arsenal institucional (planes territoriales; comités departamentales;...)

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

³⁷ Naranjo MT y Montoya CH (2011) Estado del Arte del VIH/SIDA en el Departamento del Quindío 2010, Armenia: Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío.

2. Dimensión Presupuestaria

Se entiende que existe eficiencia presupuestaria en la respuesta al VIH/SIDA cuando se garantizan recursos (técnicos y humanos) y fondos que aseguren el normal funcionamiento y la sostenibilidad de los programas. En otras palabras, cuando los programas y servicios se presupuestan adecuadamente y se financian tal como se planificaron.

Por el contrario, puede concluirse que la respuesta sería ineficiente si:

- ▶ la financiación es insuficiente, con solapamientos o irregular, y afecta a la sostenibilidad;
- ▶ se asignan partidas preferentes a poblaciones no prioritarias;
- ▶ se incumplen sistemáticamente los presupuestos;
- ▶ se producen retrasos en las transferencias de fondos; etc.

Este estudio ha tratado de identificar los flujos financieros básicos que tienen lugar en el país, así como la documentación en la que se recoge adónde van a parar los fondos para VIH/SIDA. Sin embargo, la complejidad del sistema de aseguramiento en salud de Colombia dificulta enormemente el seguimiento preciso de los flujos de partidas presupuestadas y gastadas en relación con el VIH/SIDA.

(a) Fuentes de financiación

El sistema de aseguramiento es el que financia, casi en su totalidad la respuesta nacional a VIH/SIDA, como se muestra más abajo al desagregar el gasto. A diferencia de otros países, en Colombia no existen múltiples donantes que financien programas, ya sean estos de promoción y prevención, de tratamiento o de cuidados. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Panamericana de la Salud (OPS/WHO), UNICEF y otros organismos internacionales aportan una fracción muy pequeña, dirigida casi exclusivamente a financiar programas y actividades de prevención y promoción. El Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FGSTM) no aportó fondos para VIH/SIDA en Colombia durante el periodo de vigencia del PEN 2008 – 2011 (si bien, en la actualidad existen recursos aprobados por

un valor aproximado de 39 millones en el componente de VIH³⁸ para los próximos 5 años).

Las ONG nacionales e internacionales que trabajan en VIH/SIDA en Colombia no son financiadoras. Por el contrario, son prestadoras de acciones de prevención, trabajo con pares e información, mediante convenios con las DTS.

(b) Presupuesto

En relación con los datos presupuestarios, desde la reforma del año 2003, los fondos destinados a la prevención del VIH/SIDA forman parte de programas más amplios de Salud Sexual y Reproductiva (SSR). Por esta razón, las entidades territoriales de salud (a nivel departamental y distrital) no reportan presupuestos diferenciados para VIH/SIDA. De la misma forma, las compañías aseguradoras (EPS) no manejan presupuestos específicos para VIH/SIDA.

En consecuencia, las únicas cifras de presupuesto disponible, son las que se aportan en el PEN. Más aún, en el transcurso de las entrevistas realizadas durante el trabajo de campo, las personas que participaron directamente en la formulación de estos presupuestos nos aclararon que las cantidades que contienen consistían en valoraciones aproximadas del coste de las actividades incluidas en el plan, al objeto de disponer de algunas cifras iniciales aproximadas y no de un presupuesto operativo. Esto es, con asignaciones reales a unidades específicas, convenientemente distribuidas en el tiempo y con compromiso de ser evaluadas y ofrecer rendición de cuentas de las intervenciones desarrolladas y los objetivos alcanzados.

El presupuesto del PEN (en consonancia con su contenido) no incluye ningún gasto relacionado con la asistencia sanitaria directa o con tratamientos con ARV, ni contempla partidas específicas para poblaciones prioritarias. , El PEN sí establece presupuestos tentativos para cada uno de los cuatro ejes sobre los que se organiza [(I) promoción y prevención; (II) atención integral; (III) apoyo y protección social; y (IV) seguimiento y evaluación de la respuesta] y las ochenta y una actividades que se contemplan, clasificadas, a su vez, de acuerdo con la naturaleza de su objeto en once

³⁸ Comunicación personal del Dr. Luque, Asesor de la Dirección de Promoción y Prevención del Ministerio de Salud y Protección Social

grupos [asistencia directa a la población; asistencia técnica; capacitación; comunicación; distribución de condones; estudio técnico; información, educación y comunicación (IEC); implementación; monitoreo; movilización política; y normativo].

Las siguientes tablas (extraídas del PEN) muestran la distribución de los presupuestos para cada uno de los cuatro años (2008 a 2011) por “eje” y “tipo de actividad”.

Tabla 2. Costeo Estimado para PEN 2008-2011. Distribución por ejes

Eje	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
I	5.165.227.769 COP	13.586.465.907 COP	12.611.672.026 COP	16.342.678.536 COP	47.706.044.237 COP
II	907.286.500 COP	5.732.274.633 COP	6.732.203.920 COP	5.685.386.177 COP	19.057.151.230 COP
III	910.847.400 COP	11.452.492.695 COP	9.963.161.253 COP	14.107.508.051 COP	36.434.009.400 COP
IV	521.976.500 COP	826.220.752 COP	976.149.994 COP	741.136.867 COP	3.065.484.113 COP
Total	7.505.338.169 COP	31.597.453.988 COP	30.283.187.192 COP	36.876.709.631 COP	106.262.688.980 COP

Fuente: PEN 2008-2010, Tabla 4.

Tabla 3. Costeo Estimado para PEN 2008-2011. Distribución por grupos de actividad

Tipo de Actividad	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	TOTAL
Asistencia directa a población	210.600.000 COP	7.150.128.000 COP	7.012.222.759 COP	7.306.313.874 COP	21.679.264.633 COP
Asistencia técnica	121.188.000 COP	78.020.726 COP	124.731.803 COP	81.418.175 COP	405.358.704 COP
Capacitación	3.509.586.473 COP	2.509.631.017 COP	5.860.029.772 COP	3.160.867.864 COP	15.040.115.126 COP
Comunicación	475.121.400 COP	464.995.923 COP	660.123.097 COP	530.171.223 COP	2.130.411.643 COP
Distribución condones	1.480.725.714 COP	3.116.631.483 COP	3.279.942.973 COP	2.876.509.987 COP	10.753.810.157 COP
Estudio técnico	454.612.500 COP	967.730.328 COP	653.279.732 COP	178.674.850 COP	2.254.297.410 COP
IEC	881.624.081 COP	16.348.762.358 COP	10.751.976.291 COP	19.426.320.786 COP	47.408.683.516 COP
Implementación	65.960.000 COP	526.462.525 COP	1.500.170.586 COP	2.859.515.734 COP	4.952.108.845 COP
Monitoreo	300.600.000 COP	393.374.491 COP	399.753.136 COP	410.713.501 COP	1.504.441.128 COP
Movilización política	2.280.000 COP	38.917.752 COP	40.957.042 COP	43.103.191 COP	125.257.985 COP
Normativo	3.040.000 COP	2.799.384 COP	-	3.100.446 COP	8.939.830 COP
Total general	7.505.338.168 COP	31.597.453.987 COP	30.283.187.191 COP	36.876.709.631 COP	106.262.688.977 COP

Fuente: PEN 2008-2010, Tabla 6.

En términos de presupuesto, por tanto, los ejes I, de “promoción y prevención”, y III, de “apoyo y protección social”, acumulan casi el 80% del total (con el 45% y 34%, respectivamente); mientras que las actividades a las que más recursos se asignan son las de IEC (con cerca del 45%), seguidas de las de “asistencia directa a población” (con el 20%), de las de “capacitación” (con el 14%) y las de “suministro de condones” (con el 10%), con lo que se asigna casi el 90% de los recursos totales a cuatro de los once tipos de actividades.

(c) Gasto

Este estudio ha podido comprobar que, en Colombia, no tiene lugar una recogida regular, continuada y sistemática de datos sobre gasto en programas y servicios de VIH/SIDA.

Los datos de gasto disponibles responden a tres ejercicios transversales específicos, que cubren, respectivamente, los periodos 1999 – 2002³⁹; 2006 – 2007⁴⁰; y 2007 – 2009⁴¹.

Los dos primeros fueron realizados de forma expresa, a través de lo que se conoce como estudios de medición del gasto nacional en VIH y SIDA (o metodología MEGAS)⁴².

Sin embargo, el último de los estudios, para el periodo 2007– 09, se llevó a cabo mediante estimaciones a partir de una muestra reducida de IPS, EPS, entidades territoriales y donantes internacionales. La razón aducida para no emplear la metodología MEGAS en este último estudio fue que habría requerido un período de tiempo largo, del que no se disponía ante la urgencia del Informe UNGASS 2010⁴³.

Para empezar, a diferencia de los datos analizados en la sección previa que desagregaban el presupuesto en once categorías, los tres estudios de medición del gasto contemplan ocho categorías: (a) prevención; (b) atención y tratamiento; (c) huérfanos y niños vulnerables; (d) fortalecimiento gestión y administración de programas; (e) recursos humanos; (f) protección social y servicios sociales (excluidos huérfanos y niños, contemplados en (c)); (g) entorno favorable; y (h) investigación, excluida la investigación operativa. De entrada, esto dificulta comprobar si los programas y servicios se han financiado tal como se planificaron.

³⁹ MPS (2003) Cuentas Nacionales del VIH/SIDA. 1999 - 2002, Bogotá: MPS.

⁴⁰ MPS – ONUSIDA (2008) Gasto Nacional en VIH y SIDA. Colombia. Años 2006 y 2007, Bogotá: MPS – ONUSIDA.

⁴¹ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

⁴² La Medición del gasto nacional relativo al sida (MEGAS) es una herramienta diseñada por ONUSIDA que proporciona indicadores acerca de la respuesta financiera al sida de un país y sirve para complementar el seguimiento de la movilización de recursos. Véase ONUSIDA <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/tools/nasapublications/>

⁴³ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

Hay además discrepancias en los datos publicados por estos tres estudios de gasto. Por ejemplo, el gasto total para la Respuesta Nacional al VIH y SIDA para el mismo año de 2007 es de 254.454.112.740COP según el informe de 2008, mientras que el dato baja a 182.849.521.500COP según el último informe publicado en 2011. Estas discrepancias se mantienen en todas las desagregaciones de gasto que se publican (por ejemplo, por categoría de gasto; según la naturaleza de la financiación; o la fracción del gasto público nacional, territorial o de seguridad social) en cada uno de los documentos. Una posible explicación, aducida por informantes, relaciona esta discrepancia con la aplicación de la diferente metodología en cada estudio, como se señaló más arriba.

Por esta razón, este estudio se centrará en los años 2008 y 2009, que son, además, los que entran dentro del periodo de implementación del PEN 2008-2011. A continuación se presenta el detalle de gastos para 2008 y 2009, desagregado por estas categorías.

Tabla 4. Gasto por categoría VIH/SIDA para 2008 y 2009

Categorías	2008		2009	
	Gasto	Participación	Gasto	Participación
Prevención	40.976.533.387 COP	16,2%	46.314.877.030 COP	15,8%
Atención y tratamiento	200.524.876.531 COP	79,1%	236.855.174.775 COP	80,9%
Huérfanos y niños vulnerables	269.682.593 COP	0,1%	182.507.642 COP	0,1%
Fortalecimiento gestión y administración de programas	7.070.017.662 COP	2,8%	4.396.342.696 COP	1,5%
Recursos Humanos	2.097.333.341 COP	0,8%	2.571.885.784 COP	0,9%
Protecc soc y serv soc (excl huérfanos y niños)	158.957.250 COP	0,1%	167.368.250 COP	0,1%
Entorno favorable	1.503.959.940 COP	0,6%	1.749.416.916 COP	0,6%
Investigación, excluida investigación de operaciones	806.634.220 COP	0,3%	667.126.249 COP	0,2%
TOTAL	253.407.994.924 COP	100,0%	292.904.699.342 COP	100,0%

Fuente: MPS 2011. UNGASS 2010. Tablas 17 y18; p. 65 y 66

En términos de gasto, dos categorías consumen más del 95% del total: “atención y tratamiento”, que incluye ARV (con el 80%) y “prevención” (con el 16%). Esto contrasta con los datos facilitados por el PEN en la sección previa sobre categorías de actividades a las que se asignaba mayor presupuesto, que eran “información, educación y comunicación, IEC” (con cerca del 45%), “asistencia directa a población” (con el 20%), “capacitación” (con el 14%) y “suministro de condones” (con el 10%). Es preciso insistir que la comparación directa no es posible ya que las categorías son diferentes y en presupuesto se excluye expresamente el tratamiento ARV. Salvando estas limitaciones,

dos categorías de contenido intuitivamente similar -“prevención” en gasto y “IEC” en presupuesto – se encuentran entre las partidas principales tanto en gasto como en presupuesto, si bien con porcentajes dispares.

Sí es posible realizar análisis de la desagregación de las cifras de gasto publicadas. La tabla siguiente, por ejemplo, muestra la distribución en 2008 y 2009 del gasto total en VIH/SIDA desagregado en función de la naturaleza de la financiación (pública, privada o ayuda internacional)

Tabla 5. Gasto por fuente de financiación para 2008 y 2009

Fuentes	2008		2009	
	Gasto	Porcentaje	Gasto	Porcentaje
Públicas	202.634.715.059 COP	80,0%	233.398.352.260 COP	79,7%
Privadas	49.787.582.863 COP	19,6%	58.317.799.083 COP	19,9%
Internacionales	985.697.000 COP	0,4%	1.188.548.000 COP	0,4%
TOTAL PAÍS	253.407.994.922 COP	100,0%	292.904.699.343 COP	100,0%

Fuente: MPS 2011. UNGASS 2010. Tablas 19; p. 67

En ambos casos puede comprobarse cómo la fracción predominante es el gasto público (alrededor del 80%), seguido del privado (algo por debajo del 20%); mientras que la ayuda internacional no alcanza el 0,5%.

La mayor contribución al gasto público en VIH/SIDA procede del sistema de aseguramiento (con un 72% en 2008 y un 79% en 2009)⁴⁴, a través de la operación de los regímenes contributivo y subsidiado, que tienen como principal fondo financiador las cuentas de compensación y solidaridad del FOSYGA (ver antes gráfico de respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia) y sus agentes financiadores son las EPS que a su vez compran servicios, exámenes clínicos y medicamentos a hospitales públicos y privados, laboratorios clínicos e industria farmacéutica para su población afiliada.

En segundo lugar se encuentran las entidades subnacionales (con un 18% en 2008 y un 15% en 2009), que aportan recursos de las direcciones departamentales y municipales de salud. Las fuentes nacionales centrales (FOSYGA, fuerzas militares y otras agencias), por último, participan con fracciones inferiores.

⁴⁴ Fuente: MPS 2011 UNGASS 2010. Tabla 19. P. 67

No resulta posible, por tanto, realizar una correlación entre presupuesto y gasto, ya que las categorías en las que se organiza la información de una y otra naturaleza no son las mismas. Esto es, el presupuesto disponible, basado en el PEN, excluye expresamente cualquier partida dedicada a asistencia directa y a tratamiento con ARV, mientras que las cifras de gasto son especialmente relevantes en este ámbito.

(d) Resumen de Hallazgos

El siguiente Cuadro resume los rasgos positivos del componente presupuestario en la respuesta al VIH/SIDA en Colombia, así como los principales retos que el sistema sigue afrontando:

Cuadro 6. Resumen de hallazgos en la dimensión presupuestaria

FORTALEZAS	RETOS
Existe un mecanismo de financiación de servicios personales y colectivos, que alcanza a toda la población	Presupuesto VIH/SIDA no diferenciado (integrado en SSR)
Pese a su complejidad, está estipulado y procedimentado	Ausencia de contabilidad analítica que identifique flujos presupuestario y de gasto para VIH/SIDA
La respuesta a VIH/SIDA será sostenible mientras lo sea el sistema de aseguramiento	Imposibilidad para concluir si: se requiere incremento o reducción del gasto
No existen problemas de solapamiento, sobre-financiación y/o infra-financiación, estrategias centradas en la captación de fondos más que en las necesidades del país, etc.	el dinero presupuestado llega a los servicios previstos o si lo gastado corresponde con lo previamente presupuestado

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

3. Dimensión Provisión de Servicios

Se entiende que existe eficiencia en la provisión de servicios en la respuesta al VIH/SIDA cuando existe una adecuada red de servicios de calidad que responden de forma efectiva a las necesidades de la población general y de las personas con VIH-SIDA en Colombia.

Por el contrario, puede concluirse que la respuesta sería ineficiente si:

- no se implementan los servicios planificados en los diferentes planes y programas;

- ▶ los servicios existentes son de pobre calidad (por ejemplo, con poca adherencia a los protocolos clínicos);
- ▶ los servicios funcionan sin recursos suficiente (por ejemplo, mal provistos en términos de recursos humanos; desabastecimiento de medicamentos);
- ▶ los usuarios sufren barreras en el acceso a los servicios; etc.

(a) Cobertura

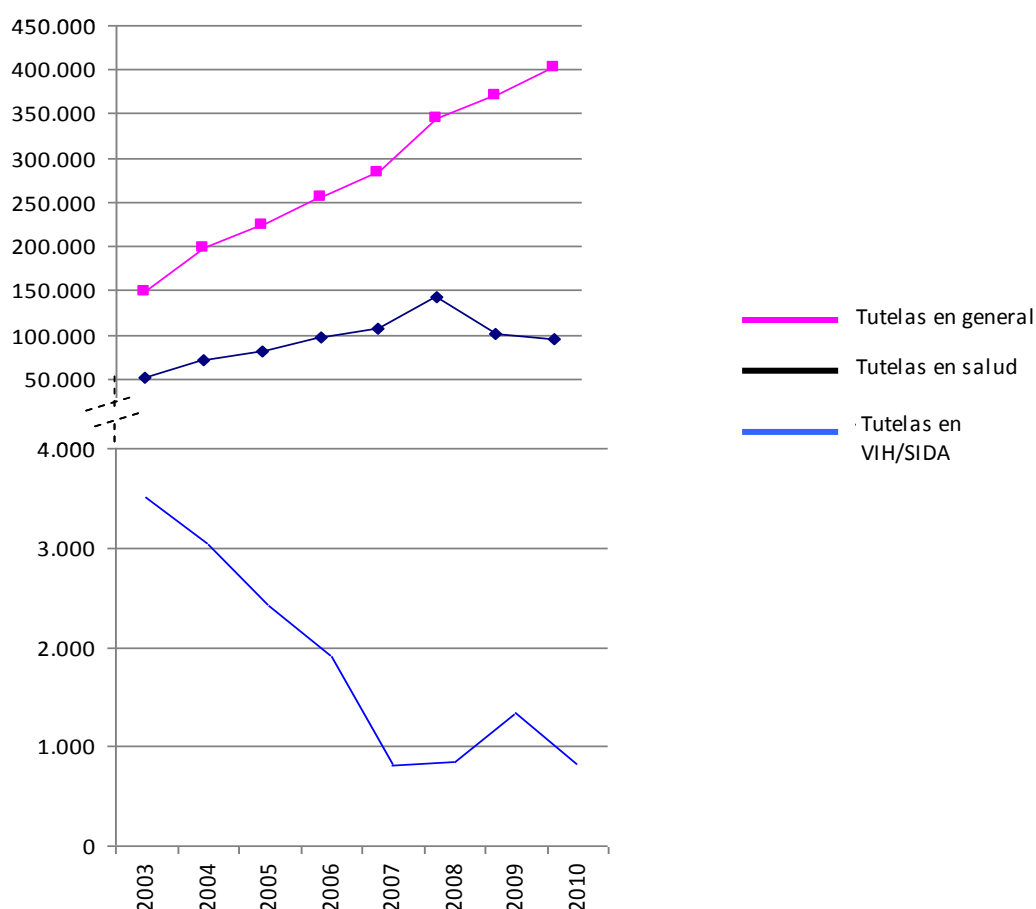
Existe consenso generalizado acerca de que el nivel de cobertura sanitaria en Colombia ha crecido en años recientes y que la calidad de los servicios ha mejorado. De acuerdo con UNGASS, 2010, la cobertura ha pasado del 86,46% en 2007 al 89,36% en 2008. En este último año, el número de personas inscrito en el régimen contributivo ascendía a 17.234.265 personas (un 38,77% de la población), mientras que la cifra en el régimen subsidiado era algo superior: 22.485.211 personas (esto es, un 50,59% de la población total).

La información aportada desde el Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo de Colombia⁴⁵ también apunta a una mejora de la cobertura sanitaria efectiva, sobre todo en VIH/SIDA. Mientras que el número de tutelas instauradas por los ciudadanos frente a la Defensoría del Pueblo pasó de unas 86.000 en 1999 a más de 400.000 en 2010, las que invocan el derecho a la salud también crecen pero con una pendiente mucho menos pronunciada (de más de 21.000 en 1999 a más de 94.000 en 2010).

Ahora bien, como muestra la siguiente gráfica, las tutelas instauradas relacionadas con el VIH/SIDA no sólo no han crecido aunque haya sido al ritmo más moderado del sector salud en general, sino que han ido disminuyendo con el paso del tiempo, pasando de 3.505 en 2003, a 1.910 en 2006 y 846 en 2008, culminando en 2010 con la cifra más baja de toda la serie, 807 tutelas relacionadas con VIH/SIDA.

⁴⁵ Estos datos provienen de la serie La tutela y el Derecho a la Salud, publicada por la Defensoría del Pueblo entre 2007 y 2011.

Figura 8. Evolución de las tutelas relacionadas con VIH/SIDA entre 2003 y 2010



Fuente: Elaboración propia, a partir de datos de la serie La tutela y el Derecho a la Salud, publicada por la Defensoría del Pueblo entre 2007 y 2011.

(b) Barreras de Acceso

Inequidades geográficas y por aseguramiento

La última encuesta ENDS del año 2010⁴⁶ muestra que el 72 % de los adultos mayores que refieren problemas de salud en los últimos 30 días han sido atendidos en un servicio de salud (médico o especialista o enfermera). De los que no acudieron al servicio de salud, un 7% lo justificó por problemas de acceso (lejanía, coste del transporte y co-pago).

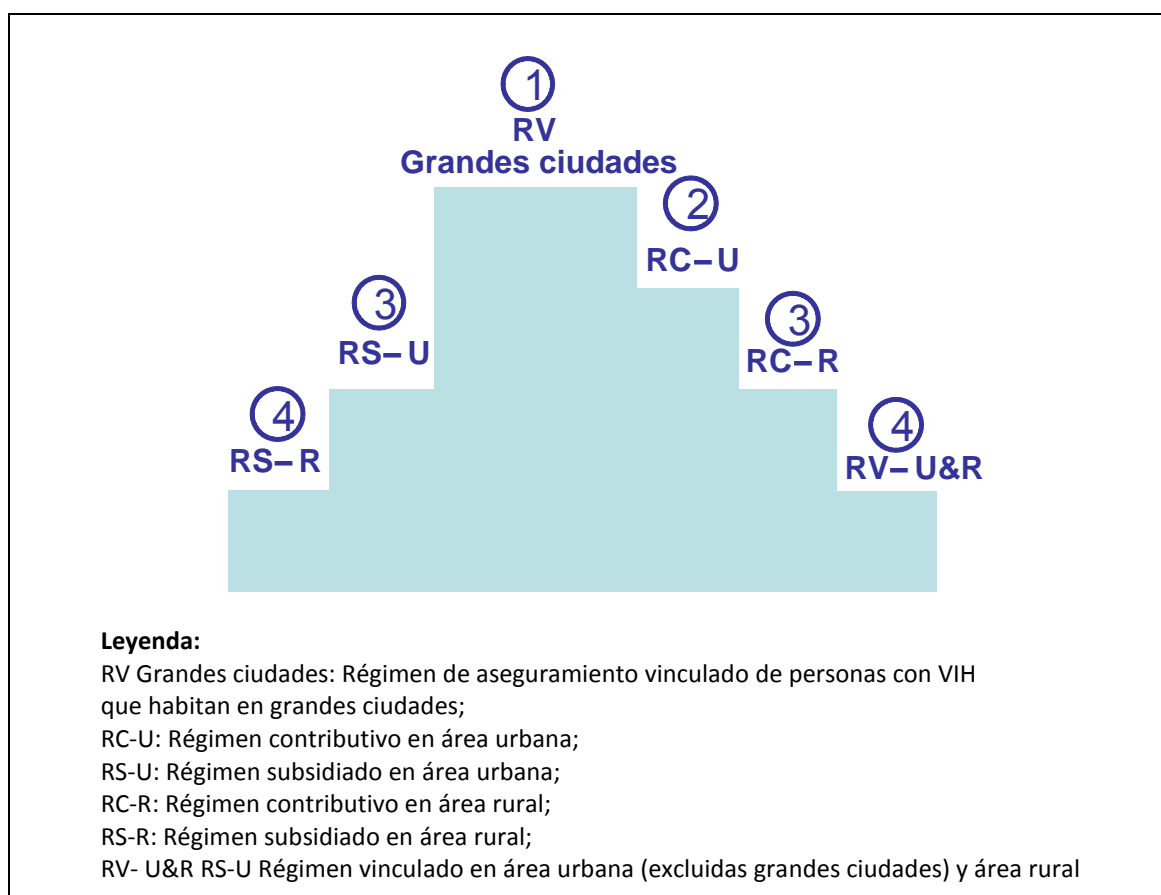
Estas cifras podrían inducir a pensar que no existe un problema preocupante de acceso a servicios sanitarios que requiera respuesta y solución. Sin embargo, la percepción recogida tras las múltiples entrevistas realizadas indica que la cantidad, variedad y calidad de los servicios de atención a personas con VIH/SIDA en Colombia es:

⁴⁶ MPS (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

- ▶ más alta en las ciudades que en las áreas rurales;
- ▶ más alta para la población asegurada en el régimen contributivo que para la del subsidiado;
- ▶ variable respecto del régimen vinculado (esto es, los “no asegurados”), pudiendo incluso llegar a ser, en sitios como Bogotá, por ejemplo, mucho mejor para la población no asegurada que para la asegurada tanto en régimen contributivo como subsidiado.

La siguiente representación gráfica (Figura 5) intenta reflejar esta diversa ventaja que tienen las personas con VIH/SIDA según sea su régimen de aseguramiento y según su residencia en un entorno urbano o rural. Así pues, se da el caso de que las personas mejor atendidas son las que, viviendo en grandes ciudades, no están afiliadas en ningún régimen, y el servicio se les presta en las ESE. Diversas razones justifican esta asunción. Para empezar, estas ESE (antiguos hospitales públicos) están, por lo general, mejor dotadas que la mayoría de las IPS, pero es que, además, ofrecen el beneficio añadido de contar con otros servicios requeridos en la respuesta a VIH/SIDA (como son los de nutrición, asistencia social, farmacia, laboratorios, etc.) en un único lugar, con lo que para el paciente representa un ahorro notable en tiempo y en el gasto que de otro modo le supondría el desplazamiento a más de un proveedor de servicio. Le siguen las personas de entorno urbano que están aseguradas en el régimen contributivo. Comparten el tercer puesto tanto las personas urbanas afiliadas al régimen subsidiado, como las rurales del régimen contributivo. En el último escalón, estarían las personas rurales que están afiliadas en el régimen subsidiado o no están aseguradas de ninguna forma. Una de las mayores dificultades referidas por los usuarios de EPS subsidiadas son los cambios frecuentes de contratación de prestadores, lo que genera tanto dificultades en el seguimiento clínico, como interrupciones en los tratamientos.

Figura 9. Ventajas relativas en la respuesta a VIH/SIDA en Colombia para los diferentes mecanismos de aseguramiento



Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

En el caso específico de los servicios diagnósticos (prueba del VIH), existen inequidades sociales y de género en Colombia. La ENDS 2010⁴⁷ pone de relieve cómo las mujeres más jóvenes y las de mayor edad son las que menos saben a dónde deberían acudir si quisieran que se les practicara la prueba del virus del VIH. Entre las menores de 19 años sólo se la han hecho el 19 % y entre las mayores de 40, sólo el 28 %. Dentro de estos dos grupos, más dificultades encuentran las mujeres de las zonas rurales y las que carecen de educación formal.

Disponibilidad y Calidad de los Medicamentos

En Colombia, el marco regulador de los medicamentos de uso humano no está suficientemente desarrollado. Los procesos de fijación de precio y reembolso no están regulados (el precio de los medicamentos es libre), no hay medidas de control de la oferta de los laboratorios (sistema de precios de referencia, listas negativas o positivas,

⁴⁷ MPS (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

etc.) o de promoción de uso racional del medicamento (medidas sobre la prescripción, incentivación del uso del genérico, etc.) y la distribución de medicamentos es compleja.

En cuanto a la disponibilidad de medicamentos, en el sistema Colombiano, existen dos listados específicos de medicamentos, en función de las características del asegurado:

La Comisión de Regulación en Salud (CRES) establece un listado de especialidades para las personas que se encuentra en el régimen contributivo o que sean menores de 18 años en el régimen subsidiado. Para ello, el médico de su IPS debe prescribirlos expresamente, y los medicamentos han de cumplir con las características con las que se encuentran descritos en el POS.

La CRES establece otro listado específico para quienes se encuentren en el régimen subsidiado y sean mayores de 18 años. Para ser facilitados, el POS del Régimen Subsidiado debe contemplar los casos, eventos y procedimientos para los que se han prescrito.

En 2005, el 72% de las personas con VIH tenían acceso a terapia antirretroviral. A su vez, la meta 8 del Objetivo 3 del PEN establecía un 86% para 2009 y un 96% para 2011⁴⁸. Sin embargo, según se aprecia en la tabla siguiente con datos del UNGASS 2010⁴⁹, la tasa de cobertura no sólo no ha aumentado sino que incluso ha disminuido.

Tabla 6. Porcentaje de adultos y niños con infección por el VIH avanzada que recibe tratamiento con ARV (TAR), 2007-2009.

	2007	2008	2009
Número de personas en TAR	12.237	17.551	16.302
Número estimado de personas que requieren TAR	17.090	26.922	22.924
Porcentaje de cobertura de TAR	72%	65%	71%

Fuente: MPS 2011. UNGASS 2010, Tabla 24. P. 74

De hecho, los representantes de las asociaciones de pacientes y de otras organizaciones de la sociedad civil hicieron referencia a problemas de desabastecimiento, con la consecuente aparición de discontinuidad y falta de adherencia en los tratamientos. Como ejemplo, en cuanto a la disponibilidad de

⁴⁸ MPS (Enero 2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

⁴⁹ MPS (2011) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS.

segunda línea de tratamiento de ARVs, estos mismos informantes revelaron que cuando se produce una segunda falla terapéutica, el Comité-Técnico Científico de la IPS a la que pertenece el paciente le concede la llamada autorización CTC para que acuda a su EPS. Este proceso puede demorarse entre un mes y un año, en gran medida por la tardanza del FOSYGA en efectuar el pago por el tratamiento.

(c) *Prestación del servicio*

El grado de satisfacción con el servicio sanitario en Colombia está en niveles muy altos⁵⁰. El 71,4% de los adultos encuestados que habían usado el servicio de salud en el año anterior manifestaron que la calidad de éste era buena o excelente, mientras que sólo un 7,1% respondieron que la calidad del servicio era mala o pésima. No se disponen de datos de satisfacción sobre los servicios de VIH/SIDA.

El país dispone de una red de servicios bien estructurada para atender en todo el curso de la infección VIH y SIDA. Existen servicios preventivos, diagnósticos, de tratamiento (incluidos los de enfermedades oportunistas), de cuidados, etc. Aunque no hemos encontrado ninguna evidencia de que se necesiten servicios diferentes o nuevos que no se estén dando en la actualidad, la actual red de servicios podría ser complementada con programas e intervenciones dirigidas a grupos de riesgo, identificados por investigaciones a nivel local.

Continuidad de la Asistencia

De acuerdo con algunos interlocutores (en particular, los pertenecientes a asociaciones de usuarios y otras organizaciones de la sociedad civil), la continuidad en la provisión de servicios de respuesta a VIH/SIDA varía en función del régimen de aseguramiento. Para las personas aseguradas en el régimen subsidiado el sistema está muy fragmentado, con lo que los usuarios se ven obligados a recorrer grandes distancias para cubrir las diferentes etapas (visita de consejería previa a la realización de la prueba de VIH, visita para la realización de la prueba, consulta con infectiólogos, nutricionistas, psicólogos y otros especialistas, tratamiento de ARVs). Esta circunstancia les obliga a incurrir en gastos de viaje y alojamiento que muchas veces representan cantidades importantes para sus economías.

⁵⁰ MPS (Febrero 2011) Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010, Bogotá: MPS.

Desaprovechamiento del Primer Nivel Asistencial

De acuerdo con los profesionales sanitarios de las IPS contactadas y de los representantes de los pacientes entrevistados, en Colombia, la puerta de entrada al programa de prevención lo constituye el momento de realización de la prueba de VIH, generalmente hecha por iniciativa del paciente, tras reconocer que ha tenido conductas de riesgo y teme haberse infectado. Se desaprovechan así las oportunidades que ofrecen los contactos regulares de esa persona con el primer nivel asistencial, cuando acude por diferentes razones a su médico de familia.

Ocorre, además, que la prueba diagnóstica sólo puede ser realizada por médicos especialistas en centros hospitalarios. En la práctica, esto representa que la oferta de centros que realizan la prueba se reduce a hospitales de las grandes ciudades capitales (salvo algunos centros ambulatorios IPS donde se realiza excepcionalmente).

Ambas razones, el desaprovechamiento de las oportunidades de prevención desde el primer nivel y la obligatoriedad de realizar la prueba diagnóstica de VIH en un hospital podrían explicar, al menos parcialmente, que el 30% de los casos se diagnostiquen en la fase SIDA⁵¹.

Durante el estudio, las asociaciones de usuarios y otras organizaciones de la sociedad civil contactadas refirieron asimismo que, en ocasiones, algunas EPS-s rehúsan realizar la prueba ELISA⁵² a los afiliados que la solicitan argumentando que ésta se encuentra excluida del POS-s. Esta circunstancia constituiría un incumplimiento de la normatividad. Paradójicamente, los datos sobre las tutelas de la Defensoría del Pueblo parecen sugerir lo contrario: el acceso efectivo a la prueba diagnóstica no es un problema hoy en día como lo era hace diez años.

Esfuerzos por atender a Poblaciones Vulnerables

Uno de los cinco objetivos clave del PEN consiste en *promover los factores protectores y reducir los factores de vulnerabilidad* relacionados con las ITS, el Vih y Sida, con énfasis en poblaciones específicas caracterizadas como de alta vulnerabilidad (HSH, TS, FFAA,

⁵¹ MPS (Enero 2008) Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

⁵² Enzima vinculada inmunosorbent assay (ELISA). Esta prueba es generalmente la primera utilizada para detectar la infección con el VIH. Si anticuerpos VIH están presentes (positivo), la prueba se repite normalmente para confirmar el diagnóstico. Si ELISA es negativa, normalmente no son necesarios otros exámenes.

población desplazada, población carcelaria, *migrantes, desmovilizados, minorías étnicas*), *de acuerdo con los contextos regionales*.

Como se explicó antes cuando se revisaba la dimensión programática, muchas DTS no han identificado todavía las poblaciones de riesgo en sus respectivas áreas. En consecuencia, no han desarrollado programas específicos ni intervenciones para prevenir las infecciones por VIH o para tratar a estos grupos de población de forma más efectiva. Incluso aquellas DTSs que sí han identificado poblaciones de riesgo, podrían hacer más para atenderlas con estrategias e intervenciones específicas..

Hemos encontrado, en cualquier caso, ejemplos de buenas prácticas. En particular, podemos citar la Secretaría de Salud del Distrito Bogotá, que realiza de forma regular estudios de monitorización de sus poblaciones de riesgo, a las que dedica actividades de naturaleza preventiva y formativa (que incluyen visitas a los lugares donde se concentran los grupos HSH y MTS o donde residen los desplazados desde otras regiones del país) y entre los que distribuyen condones.

Adicionalmente, la prevención y el control de VIH/SIDA entre otro de los grupos de riesgo, las Fuerzas Armadas y la Policía, se realiza a través de un comité especial (COPRECOs), apoyado por un sistema de información sanitaria que permite una vigilancia epidemiológica continua para VIH/SIDA.

A pesar del énfasis programático en grupos vulnerables a nivel nacional y de la constatación de buenas prácticas, los programas e intervenciones específicos para poblaciones de riesgo son aún limitadas, sobre todo, a causa de la ausencia de evidencias a nivel territorial sobre quienes constituyen estos grupos vulnerables.

Límite restrictivo para iniciación de la terapia antirretroviral

La reclamación de que se revisaran los criterios que se establecen en la versión actual de la guía de práctica clínica para iniciar la terapia antirretroviral⁵³ fue un tema recurrente durante las entrevistas desarrolladas para el estudio. El límite actual para

⁵³ MPS (Noviembre 2006) Guía de práctica clínica VIH / SIDA. Bogotá: MPS.

recuento de CD-4 es 200 células / μL , cuando la literatura técnica estaría recomendando establecerla en 350⁵⁴.

La interacción de las debilidades comentadas en este capítulo, como oportunidades de diagnóstico temprano perdidas, barreras de acceso y limitación en la oferta de servicios, así como desactualización de guías de práctica clínicas vigentes, explicaría el hecho de que a pesar de los grandes esfuerzos realizados, aún no se ha logrado disminuir la tasa de mortalidad por VIH en Colombia⁵⁵

(d) Resumen de Hallazgos

El siguiente Cuadro resume los rasgos positivos del componente de prestación de servicios en la respuesta al VIH/SIDA en Colombia, así como los principales retos que el sistema sigue afrontando:

Cuadro 7. Resumen de hallazgos en la dimensión de prestación de servicios

FORTALEZAS	RETOS
Existe una red de servicios de promoción, prevención, atención y apoyo social a personas con VIH/SIDA	La complejidad del sistema de aseguramiento condiciona la respuesta nacional, en términos de: Inequidades geográficas y por régimen de aseguramiento
La cobertura ha crecido en años recientes	Problemas de disponibilidad, acceso y calidad del tratamiento con ARV (deficiente desarrollo del marco regulador)
La calidad de los servicios ha mejorado	Continuidad de la asistencia particularmente problemática en el régimen subsidiado
	Los programas e intervenciones dirigidas a grupos vulnerables son todavía limitados, principalmente por no disponerse de evidencias acerca de quienes constituyen a nivel territorial estas poblaciones de riesgo.

Fuente: Técnicas de Salud. Elaboración Propia. 2011

⁵⁴ World Health Organisation (2009) *Rapid advice: antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents*. Geneva: WHO. http://www.who.int/hiv/pub/arv/rapid_advice_art.pdf

⁵⁵ UNGASS 2010.

V. Conclusiones y Recomendaciones

La respuesta al VIH/SIDA en Colombia gira alrededor del sistema de aseguramiento y está integrada en la política de salud pública (expresada en el Plan Nacional de Salud Pública, PNSP), y en concreto, en la política de Salud Sexual y Reproductiva que es una de las prioridades nacionales en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) garantiza la asistencia sanitaria a la población, con un grado de cobertura creciente y un mayor gasto en aseguramiento que han logrado disminuir progresivamente la proporción de gasto de bolsillo en salud⁵⁶. Este sistema dispone de una red de instituciones aseguradoras y prestadoras de servicios de salud establecida que compiten en un marco regulado.

Debido a los retos estructurales que enfrenta el sistema de aseguramiento, Colombia se encuentra en estos momentos en proceso de su racionalización y reforma⁵⁷. La existencia de diferentes modalidades de afiliación y regímenes de aseguramiento lo configuran como un sistema extraordinariamente complejo y fragmentado. Además, y contrariamente a lo esperado, dos terceras partes de los asegurados pertenecen al régimen subsidiado y sólo una tercera parte contribuye activamente al régimen de salud⁵⁸.

El sistema de salud pública, por su parte, desarrolla intervenciones de promoción y prevención de salud canalizadas desde las entidades territoriales, lo que provoca cierto grado de variabilidad en las acciones de respuesta al VIH y Sida y su calidad según los diferentes departamentos.

⁵⁶ ACEMI (Septiembre 2008) Modelo de Aseguramiento en Salud en Colombia.
<http://www.aplegis.com/documentosoffice/tutelaypila/LEGISCODESS.pdf>

⁵⁷ Díaz Granados JM (8 Febrero 2011) El Aseguramiento en la Reforma. Foro Reforma Sistema de Salud. ACEMI. <http://www.acemi.org.co/Comunicaciones/presentaciones/foro2011/05.pdf>

⁵⁸ Clavijo S y Peña MO (Septiembre 2010) Reformas al régimen de salud: entre la emergencia social y el déficit estructural, EGOB Revista de Asuntos Públicos, num. 5, pp. 4-8.

1. Epidemia de la respuesta a VIH/SIDA en Colombia

Los datos epidemiológicos presentados en este informe sugieren que la respuesta a VIH/SIDA en Colombia está consiguiendo contener la epidemia. La prevalencia en la población es baja, la epidemia se mantiene concentrada y se observa como los casos notificados de VIH han ido creciendo progresivamente frente a los de SIDA y fallecidos. Puede afirmarse, además, que Colombia está avanzando en el conocimiento de la epidemia de VIH/SIDA y en la prevalencia en los grupos más vulnerables.

El país dispone de un marco jurídico suficientemente desarrollado para sustentar legalmente el marco programático de la respuesta a VIH/SIDA. Una serie de políticas claves, en particular el Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (PNSP) y el Plan Nacional de Respuesta a VIH/Sida 2008 – 2011 (PEN), constituyen dicho marco.

En términos presupuestarios, el sistema de seguridad social de Colombia constituye el mecanismo de financiación fundamental de los servicios (tanto individuales como colectivos) de atención a población con VIH/SIDA (integrado en el presupuesto de Salud Sexual y Reproductiva). Pese a su complejidad, este mecanismo está estipulado y procedimentado. La existencia de una fuente de financiación mayoritaria evita problemas de solapamiento y de dispersión de esfuerzos entre los actores por captar fondos. Puede afirmarse, en consecuencia, que la respuesta a VIH/SIDA será sostenible en la medida en que lo sea el sistema de aseguramiento.

La respuesta al VIH/SIDA en Colombia está integrada por servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo social, como parte del sistema sanitario colombiano. El nivel de cobertura ha crecido en años recientes, la calidad de los servicios ha mejorado.

2. Aspectos a resolver

A pesar de los puntos fuertes del sistema, que hay muchos como dicho anteriormente, existe margen de mejora en la respuesta al VIH/SIDA en Colombia:

- Los estudios sobre la epidemia se han generado más a nivel nacional que departamental o distrital, a excepción de algunas entidades territoriales que sí han hecho un esfuerzo de generación de evidencia. Sin embargo, este cuerpo de evidencia necesita alimentar las decisiones estratégicas tomadas por los

diferentes niveles administrativos (nacional y territorial) encargados de formular las estrategias y programas de respuesta.

- ▶ A nivel nacional, el PEN y los organismos coordinadores han tenido una eficacia limitada a la hora de monitorizar y manejar la respuesta *en la práctica* al VIH/SIDA. A nivel local, los organismos territoriales no están haciendo uso de todo el arsenal institucional (Planes Territoriales de Salud (PTS), Comité Departamental de VIH/SIDA) que disponen.
- ▶ No existe un sistema de contabilidad analítica que permita tanto la identificación del flujo presupuestario (de arriba abajo, cómo se desagregan las partidas del presupuesto, qué le llega a quién) como del flujo de gasto (de abajo arriba, en qué se han gastado los fondos) en VIH/SIDA. De esta forma, no se puede confirmar cómo los fondos se van repartiendo al filtrarse en el sistema de aseguramiento hacia las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Tampoco se pueden identificar con seguridad las partidas de gasto en VIH/SIDA, por lo cual no se puede concluir si una intervención concreta (por ejemplo, las acciones colectivas de prevención y promoción) requieren de un incremento.
- ▶ Existen importantes inequidades geográficas y por régimen de aseguramiento. En términos generales, las personas con VIH/SIDA que viven en las ciudades y están afiliadas al régimen contributivo tienen mucha mejor atención que las afiliadas al régimen subsidiado que residen en un entorno rural. Paradójicamente, las mejor atendidas parecen ser las personas que no están afiliadas a ningún régimen y por tanto se les presta el servicio en los hospitales grandes de las ciudades capitales.
- ▶ Especial atención merecen los problemas de disponibilidad, acceso y calidad de los medicamentos de uso humano, cuyo marco regulador está deficientemente desarrollado en Colombia. Los problemas de inaccesibilidad a los medicamentos no son infrecuentes, resultando en discontinuidad en el tratamiento y en falta de adherencia. Además, la calidad de los medicamentos no está siempre garantizada.

- ▶ La continuidad de la asistencia es particularmente problemática en el régimen subsidiado. El sistema está muy fragmentado y los usuarios tienen que recorrer grandes distancias para realizar la visita de consejería previa a la realización de la prueba de VIH, para que le realicen la prueba, para acceder a la consulta con los especialistas, para recibir el tratamiento de antirretrovirales, etc. A su vez, varios de los entrevistados refirieron que, en ocasiones, algunas Empresas Promotoras de Salud del régimen subsidiado (EPS-s) rehúsan realizar la prueba ELISA a los afiliados que la solicitan argumentando que ésta se encuentra excluida del Plan Obligatorio de Salud del régimen subsidiado (POS-s), lo que constituye un incumplimiento de la normatividad.
- ▶ En relación a otros problemas de la provisión de servicios de atención, es importante citar que la entrada al programa de prevención es tardía, fundamentalmente en el momento realización de la prueba de VIH, desaprovechando oportunidades de prevención en el primer nivel asistencial. A su vez, la realización de la prueba diagnóstica se limita a los centros hospitalarios y, excepcionalmente, a algunos centros ambulatorios de Instituciones Prestadoras de Salud.
- ▶ Los programas e intervenciones dirigidas a grupos de riesgo son aún limitadas, principalmente por carecerse de evidencias para decidir a nivel territorial quienes constituyen estas poblaciones vulnerables. La existencia de una respuesta genérica al VIH/SIDA en el sistema sanitario colombiano podría ser complementada de forma efectiva con intervenciones prioritarias encaminadas a las poblaciones más vulnerables, a identificar mediante estudios de ámbito local.
- ▶ Finalmente, hay un consenso generalizado de que el límite establecido para la iniciación de la terapia antirretroviral (recuento de CD-4 inferior a 200 células / μ L) es demasiado restrictivo, por lo que urge una actualización de la Guía de Práctica Clínica de acuerdo a las actuales recomendaciones terapéuticas internacionales (<350 células / μ L). Este esfuerzo animaría a un debate informado a nivel nacional sobre la eficiencia de las pruebas diagnósticas y

tratamientos antiretrovirales, uso apropiado de líneas de tratamiento, efectividad del arsenal terapéutico, etc.

En buena medida, los problemas detectados (de cobertura, acceso y prestación del servicio) están relacionados con la fragmentación y falta de integración efectiva del sistema y por tanto, con la ausencia de mecanismos coordinadores a nivel nacional y territorial que mitigaran estos problemas. La efectividad de la respuesta se vería beneficiada con un impulso en el liderazgo a ambos niveles, nacional y local, articulado alrededor del marco programático y los mecanismos de coordinación actuales.

Respecto a la eficiencia presupuestaria, la ausencia de datos impide concluir si la respuesta a VIH/SIDA es eficiente, es decir, si el dinero presupuestado ha llegado efectivamente a los servicios como se esperaba, ni tampoco si lo gastado corresponde con lo que se había previamente presupuestado.

3. Recomendaciones

Como se explica en la introducción de este informe, este estudio sobre la eficiencia en la implementación de la respuesta al VIH/SIDA en Colombia se sustenta en un marco de análisis sistémico. La respuesta a VIH/SIDA se concibe como un sistema que engloba el conjunto de funciones, acciones, actores, recursos y flujos de información que participan en el control de la epidemia y que se encuentran en permanente interacción. La alteración de uno de sus elementos necesariamente afecta al desempeño del resto dentro del sistema.

Dada la naturaleza y el alcance de este estudio, las recomendaciones que siguen son conscientemente generales y van más allá de la mera respuesta a VIH, por lo que su puesta en práctica requeriría un estudio en profundidad previo y diálogo entre todas las partes implicadas para poder ser más concretos con las recomendaciones adecuadas. Las recomendaciones que surgen de este estudio están agrupadas en tres áreas fundamentales:

(a) Reforzar el liderazgo programático y coordinador en VIH/SIDA a nivel nacional y territorial (Direcciones Territoriales de Salud).

- ▶ Alinear objetivos programáticos, recursos, servicios y acciones de la respuesta a VIH/SIDA con la política de Salud Sexual y Reproductiva del país.

- ▶ Asegurar el sentimiento de pertenencia e importancia del nuevo Plan de Respuesta al VIH y SIDA entre todos los actores involucrados en la respuesta a la epidemia, mediante un proceso de elaboración y formulación inclusivo, abierto y transparente.
- ▶ Dotar al nuevo Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida de capacidad vinculante para las Direcciones Territoriales de Salud, las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud, especificando responsabilidades, objetivos y metas, información a reportar y potenciales sanciones.
- ▶ Reforzar el liderazgo programático de las entidades territoriales y su capacidad de monitoreo e inspección de las Empresas Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Salud. Apoyar a las entidades territoriales para que mejoren el conocimiento de la epidemia a nivel local y en el impacto de ésta sobre sus poblaciones más vulnerables, y para que esta evidencia informe sus planes y estrategias de intervención.
- ▶ Dotar al Observatorio de VIH/SIDA de los recursos necesarios para avanzar en el conocimiento de la epidemia en el país.

(b) Establecer un sistema de contabilidad analítica en el sistema de aseguramiento sanitario, que singularice las partidas de VIH/SIDA.

- ▶ A medio plazo, establecer un sistema que permita el análisis de presupuestos y gastos en VIH/SIDA.
- ▶ A corto plazo, realizar un nuevo estudio de Medición del Gasto en VIH/SIDA (MEGAS) en Colombia.

(c) Afrontar los problemas de inequidades y barreras de acceso: simplificando y racionalizando el sistema de provisión social; potenciando los servicios de VIH/SIDA hacia el primer nivel asistencial; mejorando el marco regulador de los medicamentos de uso humano.

- ▶ Identificar con precisión y eliminar las grietas del sistema, que son causas de barreras de facto, de discontinuidades en los tratamientos o de perjuicios económicos, familiares, laborales o de tiempo personal.

- ▶ Completar la transferencia del régimen vinculado al subsidiado, asegurando la sostenibilidad y calidad de éste último.
- ▶ Reorganizar y transferir los servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento para VIH/SIDA hacia el primer nivel asistencial. Aprovechar las sinergias y oportunidades que brinda la atención primaria de salud para el tratamiento conjunto del VIH, de enfermedades de transmisión sexual y enfermedades oportunistas. Reforzar el primer nivel asistencial.
- ▶ Complementar la actual respuesta genérica al VIH/SIDA del sistema sanitario con programas e intervenciones dirigidas a grupos vulnerables, a identificar mediante estudios a nivel local.
- ▶ Mejorar el marco regulador de los medicamentos de uso humano, en particular en lo que se refiere a la autorización, fijación de precios y reembolso, distribución y dispensación de medicamentos. Desarrollar el sistema de farmacovigilancia.

Estas recomendaciones aspiran a mejorar la actual respuesta a VIH/SIDA que ya tiene elementos positivos. Reforzar el liderazgo programático contribuirá a adoptar decisiones más informadas por la evidencia disponible sobre la epidemia y a transmitirlas e implementarlas de forma más coordinada. Una mejor coordinación entre todos los actores ayudará a paliar la fragmentación y falta de integración efectiva de la respuesta a VIH/SIDA en Colombia. Más información sobre los flujos presupuestarios y de gasto permitirá saber si los servicios de respuesta están siendo debidamente y suficientemente financiados. Potenciar la capacidad de monitoreo y la transparencia del sistema resultará en una mejora de la calidad de los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo, y permitirá introducir acciones correctoras conforme a la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en Colombia.

ANEXO: Muestra de herramientas empleadas en la investigación

1. Documentación consultada

Defensoría del Pueblo (2007). Autonomía médica y su relación con la prestación de los servicios de salud, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2007). La tutela y el derecho a la salud periodo 2003-2005, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2008). Acceso efectivo a los medicamentos por prescripción médica, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2009). La tutela y el derecho a la salud periodo 2006-2008, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010). Evaluación de los servicios de salud que brindan las empresas promotoras de salud 2009, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010). Derechos de los usuarios: aportes, copagos, cuotas moderadoras y cuotas de recuperación, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010). Derechos de las personas que viven con VIH / SIDA, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2010). *La tutela y el derecho a la salud 2009*, Bogotá.

Defensoría del Pueblo (2011). *La tutela y el derecho a la salud 2010*, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) *Modelo de gestión programática en VIH / sida*. Bogotá, MPS

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) Guía para el manejo del VIH / sida basada en la evidencia. Colombia. Bogotá, MPS

Ministerio de la Protección Social (Noviembre 2006) *Guía de práctica clínica VIH / sida*. Bogotá, MPS

Ministerio de la Protección Social (Julio 2007) Guías técnicas del Proyecto INTEGRA: Modelo de gestión integral de Servicios de Salud sexual y reproductiva y prevención de la infección por VIH. Bogotá, MPS

Ministerio de la Protección Social (Agosto 2007) *Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010*, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (Enero 2008) *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y Sida 2008-2011*, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2009) Solicitud información a entidades promotoras de salud para el “Estudio de suficiencia Plan Obligatorio de Salud - Unidad de pago por capitación 2008 y de los actuales mecanismos de ajuste del riesgo determinantes del gasto de la unidad de pago por capitación”, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2010) Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS

Ministerio de Salud y Protección Social (2012) Informe UNGASS – 2012. Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA, Bogotá: MPS

Ministerio de la Protección Social (Febrero 2011) *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2010*, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (Mayo 2011) Base de Datos y Referencias para una Estrategia Basada en Evidencia, Bogotá: MPS.

Ministerio de la Protección Social (2011) Evaluación del Plan de Respuesta Nacional ante el VIH y Sida 2008-2011, Bogotá: MPS.

Ministerio de Salud y Protección Social (2012) Análisis estimaciones de la epidemia de VIH en Colombia 2011. Spectrum versión 4.47 generado el 30 de marzo de 2012. Bogotá: MPS

Naranjo MT y Montoya CH (2011) Estado del Arte del VIH/SIDA en el Departamento del Quindío 2010, Armenia: Gobernación del Quindío. Instituto Seccional de Salud del Quindío.

ONUSIDA (Febrero 2008) ¿A qué tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud? Cartilla del usuario, Bogotá.

ONUSIDA - MPS (2008) Gasto Nacional en VIH/SIDA- Colombia. Años 2006, 2007, Bogotá.

Rodríguez-García R y Kusek J (2007) Planning and managing for HIV/AIDS results. A handbook. Global AIDS Monitoring and Evaluation Team - GAMET, World Bank Global HIV/AIDS Program. Washington. The World Bank

Rodríguez-García R. et al. (2009) Effective partnerships achieve results, En breve November 2000; Number 148, The World Bank

Rodríguez-García R, Gaillard ME, Aran-Matero D (2010) AIDS Resource Efficiency in Latin America. World Bank.

Rodríguez-García R. et al. (2011) Analyzing Community Responses to HIV and AIDS. Operational Framework and Typology, Policy Research Working Paper 5532, The World Bank

World Health Organization (2000). *World Health Report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization

2. Relación de personas entrevistadas

Agudelo, Eliana. Ciudad Salud (IPS)

Alquichire, Carlos. SaludCoop (IPS)

Álvarez, Carlos. Sanitas (IPS)

Ariza, Francisco. Ministerio de Educación Nacional (MEN)

Ávila, Sandra. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Barrera, Alexander. Ciudad Salud (IPS)

Belalcazar, Elba. UNFPA

Bonilla, Edgard. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Campillo, Gustavo. Fundación Rasa

Castaño, Martha. Secretaría de Salud, Departamento Valle del Cauca

Castiblanco, Daniel. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Correa, Diana. Ecoopsos (EPS)

Durán, Patricia. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Forero, Elisabeth. Santa Clara (ESE)

González, Manuel. Secretaría de Salud, Distrito Bogotá

González, Mariana. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Granada, Ana María. Santa Clara (ESE)

Hadechi, Rosario. Secretaría de Salud, Departamento Atlántico

Hoyos, Jaime. EMSSANAR (EPS)

Luque, Ricardo. Asesor de la Dirección General de Salud Pública. Ministerio de la Protección Social (MPS)

Mantilla, Monica. SaludCoop (IPS)

Martínez, Martha. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Mejía, Inés. Elvira. Experta Local en consumo de sustancias psicoactivas.

Mercado, Arleth. Gestarsalud (EPS)

Moreno, Luis Ángel. ONUSIDA

Moreno, Luis Leonardo. Experto Local. Economista independiente

Moreno, Teresa. Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA (MPS)

Ordóñez, Inés Elvira. Experta local en asuntos regulatorios.

Orjuela, Alexandra. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Pacheco, Jorge. Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida

Parra, Andrea. Ministerio de Educación Nacional (MEN)

Pardo Ariza, Hilario. Programa de Salud y Seguridad Social de la Defensoría del Pueblo

Paredes, Nelsi. Vicepresidencia Operativa y Financiera. Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral (ACEMI)

Piñeros, Luis. Programa de Fármaco Vigilancia. INVIMA

Polanco, Mauricio. UNFPA/Ministerio de Defensa Nacional (MDN)

Posada, Santiago. Ciudad Salud (IPS)

Rodríguez, Nohoia. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

Rubio, Martha. UNFPA

Salazar, Nicolás. Asociación usuarios Nueva EPS

Silva, José. Ministerio de Defensa Nacional (MDN)

Simbaqueva, Juan. Recolvih

Vera, Mayerlene. Huella de Arte

Villera, Rafael. Mutual Ser (EPS)

Yopasá, José. Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional – COPRECOS

3. Encuesta dirigida a las Entidades Territoriales de Salud

ANÁLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RESPUESTA A VIH A NIVEL DEPARTAMENTO/DISTRITO

- (1) ¿Existen estudios sobre la epidemia VIH/SIDA en su territorio?
 - (a) ¿Cuáles son los grupos más vulnerables?
 - (b) ¿Cuáles son sus prevalencias de VIH/SIDA?
- (2) ¿Disponen de un plan territorial de salud?
 - (a) ¿Cómo aborda la respuesta a VIH/SIDA?
- (3) Ha establecido un comité departamental VIH/SIDA?
- (4) ¿Qué acciones colectivas de prevención y promoción VIH /SIDA han puesto en marcha?
 - (a) En particular ¿qué acciones colectivas han establecido para las poblaciones más vulnerables?
 - (b) ¿Quiénes son los implementadores de estas acciones colectivas?
- (5) ¿Conoce el Plan de Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA. Colombia 2008 – 2011?
 - (a) ¿Cuán útil le ha sido este plan en la elaboración de su plan territorial de salud?

(6) ¿Cuán útil le ha sido este plan en el desarrollo de la respuesta VIH/SIDA en su territorio?