



Medición del gasto en VIH/SIDA (MEGAS) en Colombia 2022

Mayo de 2024



Guillermo Alfonso Jaramillo Martínez

Ministro de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga

Viceministro de Protección Social

Gonzalo Parra González

Secretario General

Gina Rosa Rojas Fernández

Directora de Promoción y Prevención

Ricardo Luque Núñez

Coordinador grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Cielo Yaneth Rios Hincapié

Profesional Especializado ITS/VIH
Área Funcional Población y Desarrollo
Dirección de Promoción y Prevención

Sidia Caicedo

Contratista Estrategia Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH, la Sífilis y la Hepatitis B
Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos
Dirección de Promoción y Prevención



Hanna Marisol Henao

Presidenta

Ricardo Luque Núñez

Vicepresidente

Carlos Alberto González Promicieros

Gerente del Proyecto VIH

Mónica Bibiana Narváez Betancur

Coordinadora Técnica Nacional - Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón

Coordinadora de Monitoreo y Evaluación - Proyecto VIH

Sandra Escandón Moncaleano

Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social – Proyecto VIH



**Instituto de Evaluación
Tecnológica en Salud**

Evidencia que promueve confianza

Adriana María Robayo García

Directora Ejecutiva

Luz Mery Barragán González

Subdirectora General y de Operaciones

Luis Esteban Orozco Ramírez

Líder del estudio y Coordinador de la Unidad de Economía de la Salud

Bogotá D.C., Colombia. 2024.

© Es permitida la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio escrito o visual, siempre y cuando se reconozca la fuente y se respete la imagen institucional de las entidades participantes en el desarrollo del mismo.

Este documento fue elaborado por el equipo técnico del Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud – IETS, mediante el contrato 2230279 de 2023 suscrito con ENTerritorio para ser publicado en mayo de 2024.

El Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) es una corporación sin ánimo de lucro, de participación mixta y de carácter privado, con patrimonio propio, creado según lo estipulado en la Ley 1438 de 2011. Su misión es contribuir al desarrollo de mejores prácticas asistenciales en salud, mediante la producción de información basada en evidencia, a través de la evaluación de tecnologías en salud y guías de práctica clínica, producidas con rigor técnico, independencia y participación. Sus miembros son el Ministerio de Salud y Protección Social (MINSALUD), el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación (MINCIENCIAS, antes Colciencias), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA), el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y la Asociación Colombiana de Sociedades Científicas (ACSC).

Autores

Álvarez Moreno, Carlos Arturo. Médico Infectólogo. MSc Epidemiología Clínica. PhD Ciencias Biológicas. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Álzate Ángel, Juan Carlos. Médico. MSc Ciencias Clínicas. PhD(c) Epidemiología. Jefatura de Síntesis de Evidencia y Gestión de Tecnologías. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Bejarano Salcedo, Valeria. Estadística. MSc en Estadística. Jefatura de Estudios Analíticos, Económicos y Actuariales en Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Cardona Paredes, María Isabel. Química Farmacéutica. MSc en Ciencias Farmacéuticas. PhD en Ciencias Farmacéuticas. Jefatura de Síntesis de Evidencia y Gestión de Tecnologías. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Chamorro Velásquez, Cindy Lorena. Economista. MSc en Economía. Jefatura de Estudios Analíticos, Económicos y Actuariales en Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Gómez Vera, Estefanía. Economista. MSc en Economía. Jefatura de Estudios Analíticos, Económicos y Actuariales en Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Mesa-Melgarejo, Lorena. Enfermera. MSc en Salud Pública. MSc en Economía de la salud. PhD en Salud Pública. Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Orozco Ramírez, Luis Esteban. Economista. MSc en Economía. Jefatura de Estudios Analíticos, Económicos y Actuariales en Salud. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Sanabria Herrera, Natalia. Médica. MSc en Salud Pública. Esp en Gerencia de Servicios de Salud. Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Fuerza ampliada

Arán, Christian. Health Economics Consultant. Fondo Mundial - FM.

Arteaga Quintero, Juliana Andrea. Médico. MSc Economía de la salud. Esp en Estadística aplicada. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Lara Sánchez, Andrea. Politóloga. Esp en Estado, políticas públicas y desarrollo. MSc (C) en Gestión Pública Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Riaño Ángel, Juanita. Economista. MSc. en Economía. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Torres García, Fanny Emelina. Administradora de Empresas. Jefatura de Métodos Cualitativos e Investigación Social. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Diseño y diagramación

Ayala Acuña, Anamaría. Comunicadora social y periodista. MSc en Análisis de Problemas Políticos, Económicos e Internacionales Contemporáneos. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS.

Revisores

Arán, Christian. Health Economics Consultant. Fondo Mundial - FM.

Narváz Betancur, Mónica Bibiana. Coordinadora Técnica Nacional - Proyecto VIH ENTerritorio.

Ortiz, Jennifer Lorena. Médica epidemióloga. MSc en Economía de la Salud y en VIH. Aspirante a MBA. Asesora Nacional de ONUSIDA en Colombia para la Oficina de la Coordinadora Residente.

Rios, Cielo. Profesional especializado. Dirección de promoción y prevención, Ministerio de Salud y Protección Social.

Conflictos de interés

Los autores de este posicionamiento terapéutico declaran que no existe ningún tipo de conflicto financiero, intelectual, de pertenencia o familiar que afecte las recomendaciones incluidas en el presente documento técnico-científico.

Citación

Este documento debe citarse de la siguiente manera:

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Estudio de Medición de Gastos de la financiación del programa de VIH/SIDA en Colombia. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS); 2023.

Derechos de autor

Los derechos patrimoniales¹ del contenido de este documento son de propiedad de ENTerritorio. Lo anterior, sin perjuicio de los derechos morales, reconocer la entidad ejecutora, las citas y referencias bibliográficas enunciadas.

En consecuencia, constituirá violación a la normativa aplicable a los derechos de autor, y acarreará las sanciones civiles, comerciales y penales a que haya lugar, su modificación, copia, reproducción, fijación, transmisión, divulgación, publicación o similares, parcial o total, o el uso del contenido de este sin importar su propósito, sin que medie el consentimiento expreso y escrito de ENTerritorio. Sin embargo, ENTerritorio, autoriza de manera previa la publicación de las creaciones que surjan de la ejecución del contrato únicamente para fines educativos o de investigación.

Confidencialidad

El presente documento contiene información confidencial que sólo podrá ser utilizada con el propósito de realizar una debida ejecución de lo propuesto en este documento, quedando prohibido a quien la recibe compartirla con terceros. Cualquier trasgresión a la presente obligación de confidencialidad dará lugar a las acciones judiciales y la indemnización por perjuicios a que haya lugar.

Fuente de financiación

El presente documento fue financiado por ENTerritorio mediante el contrato 2230279 de 2023 con el IETS.

Correspondencia

Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)
Bogotá, D.C., Colombia.
<http://www.iets.org.co>
contacto@iets.org.co
© Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud, 2024.

¹ <https://www.wipo.int/copyright/es/>

Contenido

1.	Introducción	1
2.	Objetivos	2
3.	Contexto	2
3.1.	Contexto económico y gasto en salud	2
3.2.	Contexto epidemiológico	4
4.	Respuesta nacional al VIH	6
5.	Financiamiento del sistema de salud colombiano	7
5.1.	Estructura y agentes del sistema de salud	7
5.2.	Fuentes y usos de los recursos del sistema de salud	11
6.	Diseño	12
6.1.	Metodología y clasificaciones MEGAS	12
6.2.	Implementación de la MEGAS	15
6.2.1.	Recolección de información e instrumentos	18
6.2.2.	Procesamiento de información	25
6.2.3.	Análisis de la información	30
7.	Resultados	32
7.1.	Gasto estimado nacional y por caso	32
7.2.	Entidades financiadoras (FE)	37
7.3.	Ingresos (REV)	39
7.4.	Mecanismos financieros (SCH)	40
7.5.	Agente financiero-comprador (FAP)	42
7.6.	Modalidades de entrega de servicios (SDM)	43
7.7.	Proveedores de la respuesta (PS)	44
7.8.	Factores de producción (PF)	46
7.9.	Categorías de gasto en sida (ASC)	47
7.10.	Poblaciones beneficiarias (BP)	49
7.11.	Poblaciones clave	49
7.12.	Gasto subnacional (SND)	51
8.	Limitaciones del estudio	54
9.	Conclusiones	57
10.	Recomendaciones	58
11.	Referencias	60
12.	Anexos	65
	Anexo 1. Capacitación en la metodología MEGAS	65
	Anexo 2. Formularios de recolección de datos	65
	Anexo 3. Plan de difusión	65
	Anexo 4. Mapeo de actores	65
	Anexo 5. Archivos de recopilación y procesamiento de datos	65

Listado de tablas

Tabla 1. Fuentes y porcentajes para el financiamiento del sistema de salud, 2022	12
Tabla 2. Uso de recursos en el sistema de salud, 2022	12
Tabla 3. Dimensiones y categorías de MEGAS	14
Tabla 4. Actores identificados en el mapeo	19
Tabla 5. Fuentes de información para la construcción del mapeo de actores	20
Tabla 6. Clasificación de los registros de los datos de Suficiencia (ejemplo)	29
Tabla 7. Gasto de Direcciones Territoriales de Salud y otras organizaciones, 2022	30
Tabla 8. Número de atenciones por CIE-10 a partir de Suficiencia y MIPRES, 2022	30
Tabla 9. Gasto a partir de Suficiencia y MIPRES, 2022	32
Tabla 10. Estimación del costo de la atención por VIH/SIDA en otros estudios, 2022	34
Tabla 11. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por entidades financiadoras (FE), 2022	37
Tabla 12. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por ingresos (REV), 2022	40
Tabla 13. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por mecanismos financieros (SCH), 2022	40
Tabla 14. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por agente financiero-comprador (FAP), 2022	42
Tabla 15. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por modalidades de entrega de servicios (SDM), 2022	43
Tabla 16. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por proveedores de la respuesta (PS), 2022	44
Tabla 17. Proveedores de salud (PS) y categorías del gasto (ASC), 2022	45
Tabla 18. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por factores de producción (PF), 2022	46
Tabla 19. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por categorías de gasto en sida (ASC), 2022	47
Tabla 20. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por poblaciones beneficiarias (BP), 2022	49
Tabla 21. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por poblaciones beneficiarias (BP) y categorías del gasto (ASC), 2022	50
Tabla 22. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por departamento, 2022	51
Tabla 23. Gasto subnacional (SND) y entidad financiadora (FE), 2022	55
Tabla 24. Gasto subnacional (SND) por población beneficiaria (BP), 2022	56

Listado de figuras

Figura 1. Distribución de la incidencia del VIH (% de la población no infectada de 15 a 49 años) por nivel de ingreso	3
Figura 2. Gasto en salud vs incidencia, prevalencia y mortalidad de VIH/SIDA.....	4
Figura 3. Actores y fuentes principales de financiación del sistema de salud en Colombia	9
Figura 4. Triangulación de los agentes, dimensiones y vectores	13
Figura 5. Esquema de la transacción	14
Figura 6. Diagrama de financiación de la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia	15
Figura 7. Fuentes de información para cada eje de análisis	25
Figura 8. Procesamiento de las bases de datos oficiales.....	28
Figura 9. Histórico del gasto de la respuesta al VIH/SIDA 2006-2022	33
Figura 10. Flujo de fondos entre agentes de la respuesta nacional al VIH, 2022 .	35
Figura 11. Flujo de entidades financiadoras a proveedores de servicios de la respuesta nacional al VIH, 2022.....	36
Figura 12. Flujo de los proveedores a los factores de producción de la respuesta nacional al VIH, 2022	36
Figura 13. Detalle de los flujos de las entidades financiadoras (FE) a los proveedores (PS) de la respuesta nacional al VIH, 2022.....	37
Figura 14. Entidades financiadoras (FE) y categoría del gasto (ASC), 2022	38
Figura 15. Programas clave y entidades financiadoras (FE), 2022	39
Figura 16. Entidad financiadora (FE) y los mecanismos financieros (SCH), 2022	41
Figura 17. Entidad financiadora (FE) y agente financiero-comprador (FAP), 2022	43
Figura 18. Gasto subnacional (SND) y categoría del gasto (ASC), 2022.....	52
Figura 19. Gasto subnacional (SND) y proveedor del servicio (PS), 2022	53

1. Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tienen un impacto en las vidas de las personas, en la economía del país y en la sociedad en general (1). Por lo tanto, es importante realizar mediciones del gasto nacional de las acciones en la respuesta al VIH en el país, de forma tal que sirva de apoyo para la toma de decisiones y como herramienta de evaluación de políticas y monitoreo de recursos.

Este documento tiene como objetivo presentar los resultados del estudio de Medición de Gastos de la financiación del programa de VIH/SIDA en Colombia para el año 2022, siguiendo la metodología de Medición del Gasto en SIDA (MEGAS) o sus siglas en inglés, NASA (*National AIDS Spending Assessment*) desarrollada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) en el año 2005. Las MEGAS tienen como finalidad determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH. Por lo tanto, el proceso de seguimiento de recursos sigue las transacciones financieras desde su origen hasta su destino final (es decir, los beneficiarios que reciben los bienes y servicios) (2). La metodología MEGAS incorpora un proceso participativo multisectorial a través del mapeo de actores que intervienen en la respuesta del VIH. Por lo tanto, además de los prestadores y aseguradores de salud, en este caso se debe contar con la participación de las direcciones territoriales de salud, organizaciones de base comunitaria, organizaciones internacionales, entre otros, que permita estimar también el gasto de la respuesta comunitaria en el control de la epidemia.

El beneficio de realizar la MEGAS es contar con una valiosa herramienta de planificación, la cual genera información útil para el proceso de toma de decisiones y apoya el diseño de políticas dirigidas a controlar la epidemia de VIH. La MEGAS es considerada una de las herramientas del marco nacional de control y evaluación, y una herramienta de medición recomendada para realizar un seguimiento del gasto en VIH a nivel nacional que puede emplearse en el informe mundial de avances en la lucha contra el SIDA (Indicador GARPR 6.1 Gasto Relacionado con el SIDA) (2).

Como antecedentes, en Colombia se realizó la MEGAS en el año 2008, que estimó el gasto nacional en VIH y SIDA para los años 2006 y 2007. Los resultados encontrados determinaron que el país invirtió en el año 2006 alrededor de 226 mil millones de pesos, es decir 95,8 millones de dólares². Por su parte, en 2007, se estimó que el gasto total ascendió a los 254 mil millones de pesos, es decir, 111 millones de dólares (3). Luego, en el año 2021, se realizó estudio de MEGAS en Colombia para el periodo 2015 al 2020, obteniendo un valor que va de 114 millones de dólares a 194 millones de dólares³.

² Para la transformación a dólares, se usó la Tasa Representativa del Mercado (TRM) promedio del año.

³ Datos extraídos a partir de la presentación del proyecto. No se identifica el informe final.

2. Objetivos

Objetivo general

Estimar y caracterizar el gasto incurrido en Colombia en la respuesta del VIH/SIDA, en el año 2022, para generar información que permita apoyar la toma de decisiones dirigidas a controlar la epidemia de VIH.

Objetivos específicos

- Identificar los actores que intervienen en la respuesta al VIH/SIDA en el país.
- Identificar las diferentes fuentes de datos disponibles en el país.
- Ajustar las herramientas de MEGAS de recopilación de datos al contexto y las necesidades locales.
- Caracterizar el gasto realizado en 2022 en el país según la clasificación de MEGAS.

3. Contexto

3.1. Contexto económico y gasto en salud

La economía colombiana se sitúa según el Banco Mundial (BM) como un país de ingresos medio altos con un producto interno bruto (PIB) per cápita promedio entre 2019 y 2022 de USD 6.442⁴ según el DANE⁵. Se podría afirmar que el país ha gozado de una la estabilidad económica que se ve reflejado en las tasas de crecimiento positivo alcanzadas en 2022 (7,3%) (DANE), esto a pesar de las cifras de alta informalidad laboral y del nivel de las tasas de desempleo las cuales llegan a dos dígitos, estas últimas se incrementaron hasta alcanzar 15,9% en la pandemia por COVID-19 (2020)⁶.

El año 2020, trajo retos a nivel social y económico a raíz de la pandemia, una desaceleración del crecimiento (-7%), en medio de una coyuntura que demandaba de los gobiernos soluciones que permitieron cumplir con la atención de problemáticas como el desempleo, garantizar las ayudas económicas a poblaciones vulnerables y dar solidez al sistema de salud para que este respondiera a la atención alrededor de la pandemia. Dichas estrategias llevaron a incrementos en el gasto público, en salud este pasó de una participación del PIB en 2019 de 7,78% a cifras de 9,01% en 2021 (OCDE)⁷.

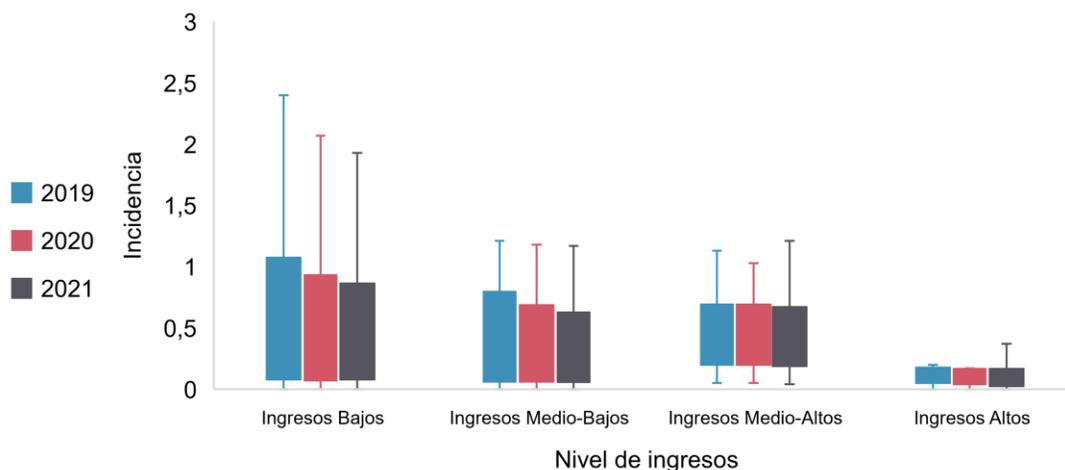
⁴ Según la TRM promedio del 2015.

⁵ Datos disponibles en el [enlace](#).

⁶ Datos disponibles en el [enlace](#).

⁷ Datos disponibles en el [enlace](#).

Figura 1. Distribución de la incidencia del VIH (% de la población no infectada de 15 a 49 años) por nivel de ingreso



Fuente: elaboración propia con datos del Banco Mundial ⁸.

A pesar de que se logró superar la coyuntura alrededor del COVID-19, el sistema de salud en Colombia presenta grandes retos entorno al financiamiento y sostenibilidad del gasto. Entre las principales problemáticas está la alta participación de afiliados en el régimen subsidiado que alcanzó el 50,47% en el año 2023, con una tasa de cobertura que garantiza la atención al 98,93% de la población total según cifras del Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud), lo que resulta, según Melo-Becerra et al. (2023), “en una mayor necesidad de recursos fiscales para cubrir la Unidad de Pago por Capitación (UPC) de este régimen” (4) ⁹.

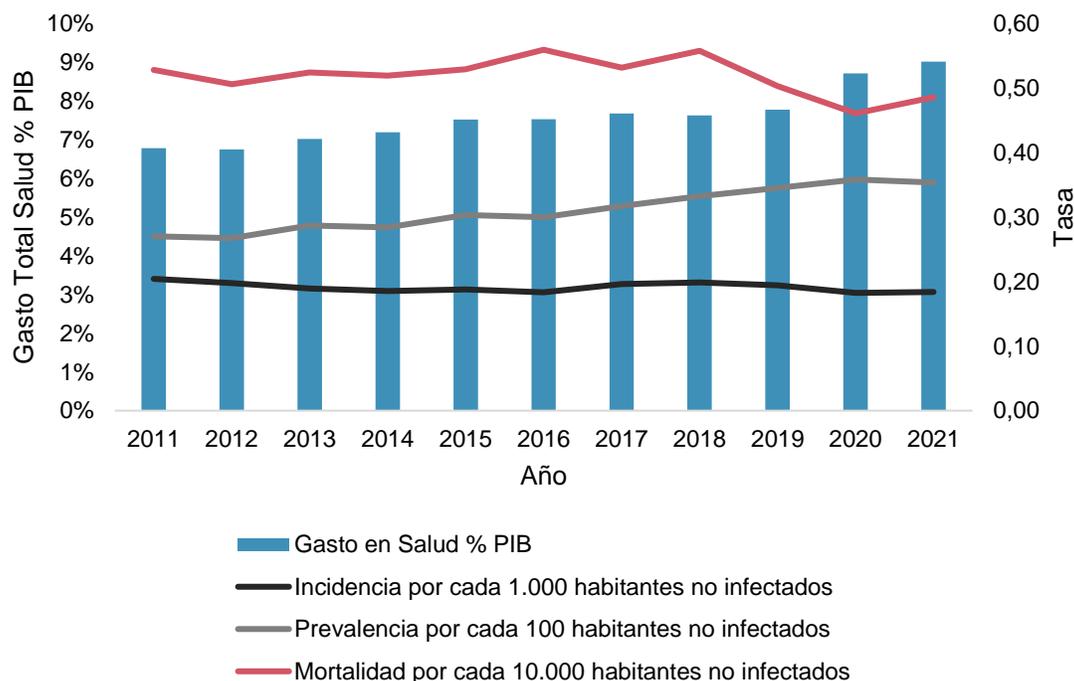
Otro punto en discusión se ha fundamentado en la oportunidad y calidad del servicio, como lo expresa Melo-Becerra et al. (2023) (4), por lo cual es de esperar que sea necesario un incremento del gasto en salud para garantizar una mejoría en los indicadores de salud. Un ejemplo de lo anterior se evidencia en la Figura 1, en la cual se muestra por grupos de ingreso de diferentes países, la distribución de las tasas de incidencia del VIH (15 a 49 años), con datos del Banco Mundial. Lo que se evidencia es que a medida que los países son de ingresos altos, tienen menores tasas de incidencia, mientras que los países de bajos ingresos tienen una mayor varianza lo que implica tasas de incidencia más altas.

Otro ejemplo, para el caso puntual de Colombia, es relacionar tres de los principales indicadores de salud relacionados con VIH y el gasto total en salud como porcentaje del PIB. En la Figura 2 se presenta el gasto en salud versus la incidencia, la prevalencia y la muerte. Evidenciando a priori una relación negativa con la mortalidad y positiva con la incidencia y prevalencia en comparación con el gasto; sin embargo, estos resultados no son concluyentes sólo con esta información.

⁸ Disponibles en el [enlace](#). Se usan esta fuente de datos porque permite relacionar el nivel de ingreso del país con los casos de reportados de VIH, pese a la limitación de la fuente de información usada para el cálculo de estos últimos.

⁹ Para mayor claridad acerca de los regímenes y la forma de financiación en Colombia, ver la sección 5. Financiamiento del sistema de salud colombiano.

Figura 2. Gasto en salud vs incidencia, prevalencia y mortalidad de VIH/SIDA



Fuente: elaboración propia con datos Gasto total salud % del PIB tomados de la OCDE¹⁰ y los datos de incidencia y prevalencia de VIH de Onusida¹¹ y muerte de las estadísticas vitales nacimientos y defunciones del DANE¹².

3.2. Contexto epidemiológico

Los avances en los fármacos antirretrovirales han permitido que la infección por el VIH haya evolucionado a convertirse en una enfermedad crónica, en la que las complicaciones asociadas al SIDA ya no son el principal problema para las personas que viven con VIH (PVV) en muchas partes del mundo (5). Cuando son utilizados efectivamente por personas diagnosticadas el riesgo de transmisión de la infección disminuye sustancialmente (6), incluso sin un uso consistente del condón, lo que se conoce como indetectable, igual a intransmisible (7).

A pesar de esto, de acuerdo con la información de ONUSIDA en el 2023, se estimó 39 millones PVV en todo el mundo, de las cuales sólo 29,8 millones recibían tratamiento (8). El acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) ha mejorado en regiones como América Latina; sin embargo, desde hace varios años se reconoce que existen deficiencias en la atención, reflejadas en una proporción de personas infectadas que no conocen su condición que va del 30 al 60%, posiblemente asociadas con factores que impiden el acceso oportuno a las pruebas diagnósticas, incluyendo estigma, temor a la discriminación, necesidad de

¹⁰ Disponibles en el [enlace](#).

¹¹ Disponibles en el [enlace](#).

¹² Disponibles en el [enlace](#).

consentimientos informados para las pruebas y una proporción pequeña de personas que logran supresión virológica con los tratamientos (9).

En Colombia, la situación de la infección por el VIH se conoce en parte por los informes de la cuenta de alto costo (CAC). Según lo reportado por esta cuenta, en Colombia 141.787 personas han sido identificadas como PVV al 31 de enero de 2022. Esta cifra se deriva de un aumento constante en el número de nuevos casos notificados desde 2012, pasando de 5.275 en este año a 12.919 en 2022 (10). La cobertura del TAR es menor a las metas para el país, y en las PVV se sitúa en un 88,35%; sin cumplir tampoco metas de control virológico adecuado, pues de estas, el 87,6% presentan una carga viral por debajo de 1000 copias/ml (1).

Implicaciones de la enfermedad

A pesar de los avances en el tratamiento de la infección por VIH, las personas siguen muriendo por esta enfermedad, aunque con alguna mejoría en este desenlace en los últimos años, pues el TAR ha reducido el número de muertes asociadas con el SIDA en todo el mundo en un 52%, pasando de 1,3 millones en 2010 a 630.000 en 2022 (8). En Colombia, la mortalidad estandarizada por edad, a 31 de enero de 2022 fue de 4,1 personas por 100.000 habitantes, con una proporción mayor debida a causas externas (44,71%), seguida de enfermedades no asociadas al SIDA (22,55%) y asociadas con el SIDA (19,35%). Sin embargo, para la misma fecha, el reporte de incidencia arroja que, entre los nuevos casos, el estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico se encuentra en etapas avanzadas SIDA en el 34,79% de los casos y que, entre los casos prevalentes, la proporción corresponde al 53,75%. (10).

Situaciones como las descritas, y con el objetivo de terminar la epidemia por SIDA en el mundo, ONUSIDA estableció unas metas en el control del virus. Dichas metas estaban inmersas en la estrategia denominada 90-90-90, la cual buscaba que para el año 2020 el 90% de todas las PVV conozcan su estado frente a la enfermedad, 90% de todas las personas con diagnóstico reciban tratamiento antirretroviral y 90% de todas las personas que reciban tratamiento antirretroviral tengan supresión viral, con lo cual se esperaba alcanzar el objetivo de erradicar la epidemia para el año 2030 (11). A pesar de la implementación de diferentes estrategias para lograr las metas, para el año 2016 las cifras se encontraban en un estado de 70-77-82 (12), con otros reportes que las han estimado en 54-41-32 a nivel global (13). Aunque se hicieron progresos a nivel mundial, al final del 2019 las metas fueron estimadas en un 81-67-59, ocasionando una reformulación de las metas, enfatizando la importancia de enfocarse en la reducción de inequidades y desigualdades, además de estrategias de prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento (14). Luego de analizar diversas razones para no cumplir con estos objetivos, se estableció la estrategia mundial contra el SIDA 2021-2026, ahora con un objetivo llamado 95-95-95 en términos de diagnóstico, tratamiento y control virológico, pero haciendo énfasis en la necesidad de atacar las desigualdades, incluyendo la disminución del estigma, de la criminalización de las PVV mejorando el acceso de poblaciones vulnerables como las mujeres, no sólo a servicios relacionados con el VIH, sino a servicios de salud sexual y reproductiva, y optimizando lo relacionado con estrategias de prevención (incluyendo profilaxis preexposición), diagnóstico oportuno y tratamiento de las comorbilidades (15).

4. Respuesta nacional al VIH

En Colombia, la solicitud de pruebas para diagnosticar la infección se debía realizar previa consejería, por personal de la salud debidamente entrenado, con consentimiento del paciente y el resultado debía ser entregado por un profesional de la medicina u otra persona del equipo de salud entrenada en consejería (16). Este personal no necesariamente debe tener formación relacionada con las áreas de la salud, pero sí haber recibido capacitación en asesoría (17). Adicionalmente, se han identificado diversas razones que impactan el acceso oportuno al tamizaje de la infección por VIH, entre ellos factores intrapersonales como miedo al diagnóstico o a que este sea revelado, interpersonales como resistencia del personal de salud para ordenar las pruebas diagnósticas y extrapersonales como barreras de acceso al servicio, criminalización de la enfermedad y falta de personal de la salud entrenado (18). Estas barreras se han intentado superar con estrategias relacionadas con procedimientos extramurales de diagnóstico, capacitaciones al personal para la aplicación de pruebas rápidas de diagnóstico (incluyendo personas de organizaciones de base comunitaria) y recomendaciones acerca del uso del autotest como primera prueba del algoritmo de diagnóstico, con el fin de impactar en el diagnóstico oportuno de la infección. Adicionalmente, con la resolución 1314 de 2020 se brindan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH (19).

Recientemente, se ha socializado el lineamiento para la implementación de la profilaxis preexposición (PrEP) en Colombia, documento desarrollado¹³ por el MinSalud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que ha sido socializado por medio de un ciclo de conversatorios desarrollados entre mayo y junio de 2023, en los cuales se presentaron aspectos teóricos, normativos, éticos y operativos para su ejecución en el país. En dichos conversatorios se presentaron los aspectos que se deben tener en cuenta para que las personas puedan acceder a la prevención combinada de la infección por VIH, incluyendo PrEP y los lineamientos que se deben seguir por las instituciones u organizaciones que presten este servicio.

Las personas que son diagnosticadas con la infección reciben atención en programas especializados que han sido modificados en la medida que diferentes planes, guías de práctica clínica y normatividad han sido publicadas, como el decreto 1543 de 1997, el plan decenal de salud pública, el plan nacional de respuesta frente a las infecciones de transmisión sexual, el VIH y las hepatitis virales 2022-2025, la actualización de la guía de práctica clínica publicada en 2021, y más recientemente, los lineamientos para la implementación de la PrEP del VIH en Colombia (16,20–23). Aunque se han realizado avances recientes en estos procedimientos, como la realización de pruebas rápidas por fuera del contexto del laboratorio clínico, de forma extramural, con el fin de mejorar el acceso, la disponibilidad de resultados en menos de 30 minutos y poder continuar con el proceso de diagnóstico inmediatamente se obtienen los resultados de estas pruebas rápidas (19); otros avances como la recomendación del uso del autotest de VIH como primera prueba del algoritmo diagnóstico, de acuerdo con lo dispuesto en la última guía de

¹³ El documento se encuentra disponible en línea, junto a los videos de los conversatorios, en el [enlace](#).

práctica clínica (24), aún no se han implementado y hacerlo requiere de una revisión de normas y procesos que pueden convertirse en una barrera para lograrlo.

Algunos investigadores han evaluado el costo de la atención a la infección por VIH en el país. Se llevó a cabo un estudio de medición del gasto nacional en VIH-SIDA en Colombia en el año 2008 (25), el cual presentó que para el año 2006 el país destinó aproximadamente 226 mil millones de pesos (99,4 millones de dólares) en acciones de prevención y garantía del acceso a servicios de salud, equivalente al 1,5% del gasto total en salud. Para ese periodo de tiempo en Colombia, la financiación estaba compuesta principalmente de recursos públicos nacionales (60%), seguidos por gasto privado (30%) y fuentes internacionales (1,6%). Es de resaltar, que para el año 2007, las acciones preventivas sumaron 91 mil millones de pesos (35% del gasto total), experimentando un decrecimiento del 3,4% respecto a 2006. En contraste, la atención y tratamiento a PVV representaron el 63% del gasto total, alcanzando 161 mil millones de pesos (25).

Un estudio publicado en 2016, evaluó mediante análisis de costo efectividad y costo utilidad un programa de atención a pacientes con VIH en Colombia, reportando que el costo promedio anual de atención es entre 1,5 a 3 veces mayor en pacientes con estadios avanzados de la enfermedad (con recuento de linfocitos T CD4+ menor de 50/ μ l) con respecto a aquellos en estadios iniciales (con recuento de linfocitos T CD4+ > 500/ μ l) con el 80,54% del costo explicado por los medicamentos utilizados para tratar la enfermedad (26). Estudios previos habían reportado un gasto en la atención de pacientes con VIH para Colombia de USD 108.791.907 por año, con un 99% del gasto siendo financiado por el país con sólo un 1% de recursos internacionales (27). En el informe de gastos en VIH para Colombia en 2022 publicado por ONUSIDA, se revela un gasto total de USD 121.000.000, de los cuales la mayor parte proviene de fuentes públicas nacionales (USD 112.000.000) y la cantidad restante proveniente de fuentes internacionales (USD 9.200.000) (28). Otros han evaluado el costo de acuerdo con la fase de atención, reportando gastos por \$ 36.876.609.631 en actividades para prevenir la infección durante el año 2011, entre USD 1.683 y USD 4.449 anuales por paciente en TAR y \$ 17.770.900.000 anuales por gastos de atención hospitalaria, la cual se da principalmente en pacientes con estadios avanzados de la enfermedad (29).

5. Financiamiento del sistema de salud colombiano

5.1. Estructura y agentes del sistema de salud

El sistema de salud colombiano se basa en un esquema de aseguramiento público obligatorio, dividido en tres regímenes de salud: régimen contributivo (RC), en el que se encuentran las personas vinculadas mediante un contrato de trabajo, los pensionados, los servidores públicos (no legalmente exceptuados), los trabajadores independientes e informales que se vinculan voluntariamente (por su capacidad de pago) y los beneficiarios; régimen subsidiado (RS) para personas sin capacidad de pago; y regímenes especiales o de excepción (RE), para las fuerzas militares, Ecopetrol y el gremio de los profesores de instituciones educativas y el gremio de los profesores de las universidades públicas (30). Estos últimos regímenes funcionan como subsistemas con organización y estructura

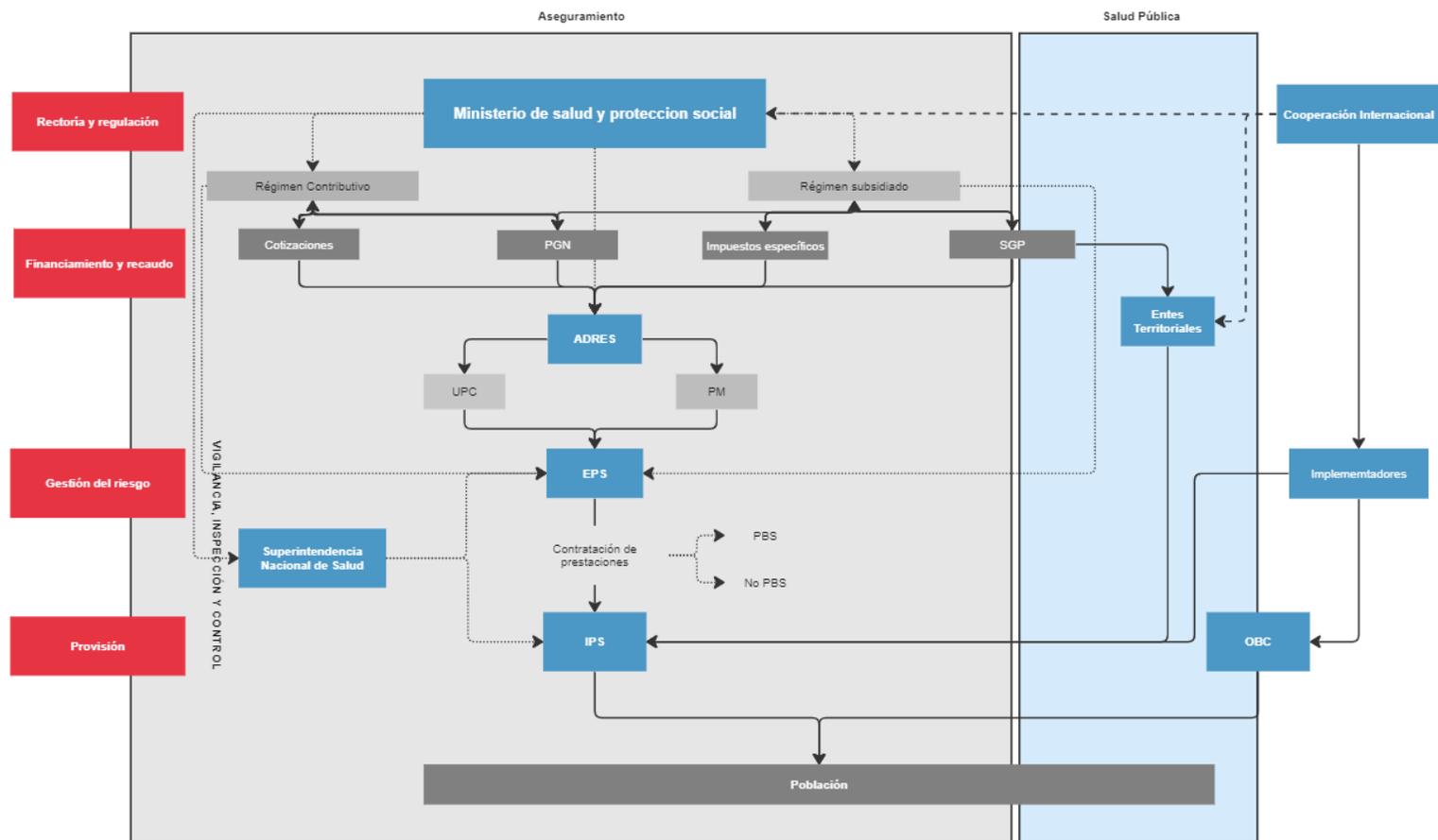
autónoma y recogen al 4% del total de la población afiliada al sistema de salud (31). El grueso de la población colombiana se encuentra afiliada a los RC y RS con un 45,25% y un 50,47%, respectivamente, para una cobertura total de 98,93% de la población a noviembre de 2023, dentro de los cuales se encuentran más de un millón trescientos mil migrantes venezolanos (31).

La actual estructura del sistema de salud colombiano (Figura 3) es herencia de la Ley 100 de 1993 con la cual se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y durante estos 30 años de implementación ha tenido cambios sustanciales en su financiamiento y aspectos institucionales, dentro de los cuales se resaltan los cambios provenientes de la sentencia de la Corte Constitucional T-760 de 2008 que eleva la salud a derecho constitucional autónomo; la Ley 1132 y Ley 1438, con ajustes en materia de cobertura universal, evaluación de tecnologías, planeación en salud pública, política farmacéutica y manejo más flexible de la financiación (32), y la Ley 1751 o Ley Estatutaria de Salud que regula el derecho a la salud (antes considerado un servicio) y fue considerada una reforma más conceptual y técnica sobre el SGSSS que una reforma operativa pues los agentes, acuerdos institucionales y modos de operar, permanecen sin cambios en profundidad.

La función de rectoría y regulación la ejerce el MinSalud, quien es la cabeza del sector y define, a través de herramientas de política pública, el rumbo y derrotero del sistema de salud. En apoyo a la función de vigilancia y control, se encuentra la Superintendencia Nacional de Salud (SNS), con un rol de procurar el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias a que están sujetas las entidades que prestan servicios de salud (33). Prestando servicios técnicos y operativos al sistema de salud, existen varios institutos y entidades adscritas o vinculadas al MinSalud como el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS), el Instituto Nacional de Cancerología (INC), entre otros.

El sistema de salud se financia a partir de la confluencia de los recursos de las cotizaciones de la seguridad social para el RC, en la cual el trabajador aporta el 4% de su salario y los independientes o autónomos el 12,5% sobre su Ingreso Base de Cotización (IBC), así como de los recursos del Presupuesto General de la Nación (PGN) e impuestos específicos para el RS; aunque de acuerdo con Melo y cols., los recursos provenientes del PGN también aportan al financiamiento del RC (32).

Figura 3. Actores y fuentes principales de financiación del sistema de salud en Colombia



Fuente: elaboración propia.

El total de los recursos por concepto de aseguramiento en salud en Colombia, se integran y son recaudados por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud (ADRES)¹⁴, fondo creado en 2017 en reemplazo del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), una fiducia que era manejada por un consorcio privado (34). Adicionalmente, con su creación, la ADRES empezó el recaudo de los recursos que vía Sistema General de Participaciones (una asignación especial del PGN) que se otorgaban a los departamentos del país para el financiamiento del RS en su jurisdicción territorial, por medio de los Entes Territoriales¹⁵; este sistema financia las acciones de salud pública. En Colombia, dado el esquema de aseguramiento público, se considera que todo recurso que se recauda para la salud es un recurso de carácter público.

La ADRES, a través de un monto establecido anualmente denominado Unidad de Pago por Capitación (UPC), transfiere a entidades privadas o mixtas llamadas Entidades Promotoras de Salud (EPS) un monto definido por cada afiliado para realizar la gestión del riesgo en salud y garantizar la prestación de los servicios establecidos en un Plan de Beneficios en Salud (PBS); este plan actualmente cubre las tecnologías para diagnóstico y tratamiento del VIH. Estas entidades son intermediarias entre la función de financiamiento y la de provisión de servicios, específicamente, se encargan de: 1) la afiliación y registro de las personas al sistema de salud; 2) organizar y contratar con prestadores los servicios de salud incluidos en el PBS; 3) gestionar el riesgo en salud y el riesgo financiero de sus usuarios; 4) la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud, y 5) la representación del afiliado ante el prestador (35).

La UPC se estima anualmente con base en lo reportado sobre las frecuencias de uso y costos de los servicios que las EPS pagan a los prestadores, adicionando a su cálculo unos ajustadores de riesgo (adición de recursos) con base en la edad, el sexo y la zona geográfica por cada afiliado (36). Dada la calidad y completitud de la información reportada para el cálculo de la UPC, hasta 2021, sólo se calculó con base en datos provenientes del RC, con las EPS que pasaron la malla validadora, y para el RS se realizaba una estimación con base en estos datos del RC. La base datos utilizada para dicho cálculo se denomina “Base de Suficiencia de la UPC” (36).

Las prestaciones de salud que son cubiertas en Colombia se basan en un modelo de lista negativa, donde solo aquello que está explícitamente excluido no se financia con recursos públicos asignados a la salud (32). Por lo anterior, se han establecido dos mecanismos de financiamiento de dichas prestaciones, por medio de la UPC se financia todo aquello definido en el PBS y por medio de los “presupuestos máximos” (PM) se financian prestaciones no incluidas en el PBS y no excluidas en el sistema de salud. Los recursos de los PM provienen del PGN y son transferidos a las EPS luego de que se presta el servicio o tecnología, cuya prestación se debe reportar por medio del aplicativo de MIPRES (37). Actualmente Colombia cubre por PBS “el 90% de los medicamentos y el 97% de los procedimientos médicos autorizados en el país” (32), el resto de tecnologías y procedimientos, sino están explícitamente excluidos, se pueden cubrir o prestar y se financian por medio del mecanismo de PM.

¹⁴ Entidad encargada del recaudo, control y pagos de los recursos del SGSSS.

¹⁵ Son los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.

Adicionalmente, existen unas prestaciones de salud relacionadas con la salud pública y las acciones colectivas que se financian por medio del Sistema General de Participaciones (SGP), una asignación específica del PGN para ello. Del total del SGP, el 24,5% se destina al sector salud, otra parte va para educación, otra para acueducto o alcantarillado y el resto a otras prioridades sociales (38). Del porcentaje de salud, el 87% se dirige al aseguramiento del RS y lo maneja la ADRES, mientras que el 13% es específico para acciones de salud pública y son transferidos a los Entes Territoriales para ser ejecutados, según sus planes de salud; estas actividades suelen ser contratadas para ser implementadas o ejecutadas por prestadores públicos de los departamentos y municipios.

Para la provisión de servicios, las EPS contratan a partir de diversas modalidades a prestadores de servicios, entre los cuales están las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)¹⁶, que son de naturaleza pública (algunas de ellas denominadas Empresas Sociales del Estado -ESE-), privada o mixta. La prestación se organiza a nivel de servicios de salud con diferentes grados de complejidad, en donde los servicios de mayor complejidad requieren de un sistema administrativo de autorización por parte de las EPS, aspecto que ha sido considerado como una barrera de acceso (39); debido a esto, se realizaron cambios normativos para eliminar el proceso de autorización de servicios para los casos específicos de la atención para la promoción y mantenimiento, materno-perinatal, cáncer y VIH. Finalmente, en el caso de la respuesta al VIH, es importante mencionar el rol de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC)¹⁷, quienes realizan acciones particularmente de educación, promoción y prevención; suelen ser contratadas por cooperantes internacionales o sus implementadores y en algunos casos por los Entes Territoriales para el desarrollo de estas acciones.

5.2. Fuentes y usos de los recursos del sistema de salud

De acuerdo con Ligia Melo y cols., para 2022 el conjunto de las fuentes que se recaudaron por concepto de aseguramiento en salud comprendió el 5,2% del PIB (Tabla 1). De este porcentaje, las cotizaciones representaron el 2%, mientras que los recursos del PGN el 2,8% y los impuestos específicos (licores, juegos de suerte, ente otros) el 0,2%. Adicionalmente, los recursos que se recolectan vía seguros obligatorios por accidentes de tránsito y de un fondo de salvamento, denominado FONSAT, fueron del 0,17% (32).

Frente a los usos de los recursos, el estudio de Melo encontró que para 2022, del 5,1% del PIB que representó el gasto en salud en Colombia (Tabla 2), el 4,1% se usó para cubrir la UPC del conjunto de afiliados, con un 2,1% para el RC y un 2,0% para el RS. Por su parte, lo No UPC, es decir los servicios cubiertos por el mecanismo de PM, representó el 0,35% del PIB. El uso de los recursos para salud pública fue del 0,5% y en otros gastos, como el acuerdo de punto final (mecanismo para sanear las deudas de las EPS con las IPS creado en 2018) y el sistema de residencias médicas, fue cerca del 0,31% (32).

¹⁶ Entidades aprobadas para brindar los servicios de salud según el nivel de atención a los afiliados y sus beneficiarios en el SGSSS.

¹⁷ Entidad sin ánimo de lucro que representa a una comunidad para satisfacer sus necesidades.

Tabla 1. Fuentes y porcentajes para el financiamiento del sistema de salud, 2022

Fuente	Subtotal como porcentaje del PIB a 2022	Porcentaje del recaudo
Cotizaciones de la Seguridad Social	2	39,21
Presupuesto General de la Nación	2,8	54,9
Impuestos específicos (licores, cigarrillos, juegos de suerte y recursos propios de los entes territoriales)	0,2	3,9
Otros recursos (SOAT, FONSAT)	0,17	3,33
Total recaudo como porcentaje del PIB	5,17	100

Fuente: elaboración propia a partir de Melo et al (32).

Tabla 2. Uso de recursos en el sistema de salud, 2022

Usos	Subtotal como porcentaje del PIB a 2022	Porcentaje del uso, como gasto total
Pago UPC para el RC	2,1	40,6
Pago UPC para el RS	2,0	39,2
No PBS (No UPC)	0,26	5,09
Salud Pública y programas de prevención y promoción	0,5	9,8
Otros usos	0,31	6,07
Total usos como porcentaje del PIB	5,17	100

Fuente: elaboración propia a partir de Melo et al (32).

6. Diseño

En la siguiente sección, se presenta la metodología aplicada al contexto colombiano. En primer lugar, se muestra una síntesis de la metodología y la clasificación de la MEGAS¹⁸. En segundo lugar, se presentan las aproximaciones planteadas a partir de los datos primarios, por medio de la información de los actores relevantes identificados, y de las bases de datos de orden nacional, el método de cálculo según la información disponible y las limitaciones asociadas.

6.1. Metodología y clasificaciones MEGAS

La MEGAS tiene como finalidad determinar los flujos de fondos utilizados para financiar las respuestas nacionales a la epidemia del VIH. Su metodología se basa en métodos estandarizados, definiciones y reglas contables del Sistema de Cuentas Nacionales, Cuentas Nacionales de Salud y Cuentas Nacionales del SIDA. Además, este sistema de clasificación permite que al consumo de servicios se le asigne exactamente una categoría sin duplicación ni omisión (40).

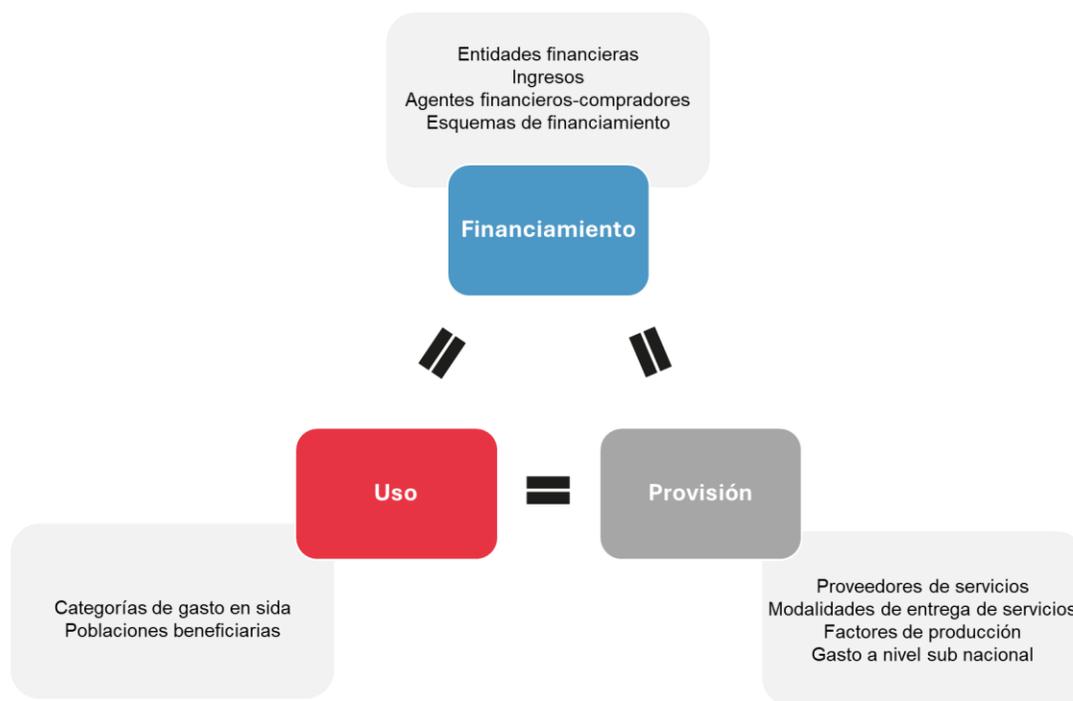
Este estudio no sólo realiza seguimiento de los gastos en salud, sino que también incluye los gastos no sanitarios, como mitigación social, educación, mano de obra y otros sectores que se encuentren relacionados a la respuesta al VIH. Por lo tanto, la MEGAS emplea un método de seguimiento de gastos y provee información de las transacciones respondiendo

¹⁸ Para ello, el grupo desarrollador debió asistir a las actividades de capacitación y entrenamiento desarrolladas por un consultor designado por ONUSIDA. En el Anexo 1 se detalla esta información.

las siguientes preguntas: ¿quién financia?, ¿quién gerencia los fondos?, ¿cómo está organizado el sistema?, ¿quiénes son los proveedores?, ¿qué se produce?, ¿quiénes son los beneficiarios? y ¿cómo se produce? (40).

El seguimiento de los flujos y gastos de financiación para el VIH/SIDA requiere la recopilación de todas las transacciones agrupadas en tres dimensiones: financiamiento, provisión y uso (Figura 4). Una transacción es una transferencia de recursos entre diferentes agentes económicos, en este caso la unidad de observación para reconstruir los flujos desde el origen hasta su final.

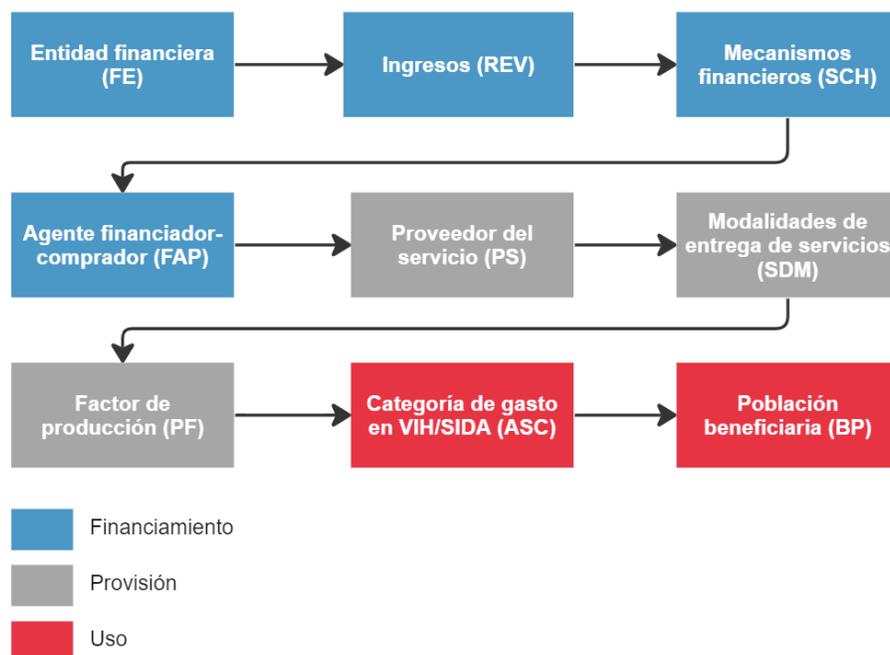
Figura 4. Triangulación de los agentes, dimensiones y vectores



Fuente: elaboración propia a partir de (2).

La construcción de las transacciones es el elemento central del seguimiento de recursos (Figura 5). Por lo tanto, una transacción rastrea los recursos que una institución financiera (FE) aporta un ingreso (REV) a un esquema de financiamiento (SCH), en el que un agente comprador (FAP) adquiere bienes y servicios (ASC) de un proveedor (PS), para satisfacer las necesidades de una o más poblaciones beneficiarias (BP).

Figura 5. Esquema de la transacción



Fuente: elaboración propia a partir de (2).

Finalmente, los datos recopilados en las transacciones deben reflejar el valor de los bienes y servicios consumidos en la implementación de la respuesta nacional al VIH. Es importante aclarar que el objetivo de la MEGAS no es contabilizar los recursos disponibles o presupuestados, sino los recursos realmente utilizados y entregados a la población beneficiaria, para lo cual las tres dimensiones (financiación, provisión y uso), tienen un nivel de desagregación en la que se debe de clasificar la información (ver Tabla 3). Las categorías anteriores a su vez se desagregan en distintos componentes codificados que permiten obtener de forma detallada la información de los esquemas de respuesta al VIH.

Tabla 3. Dimensiones y categorías de MEGAS

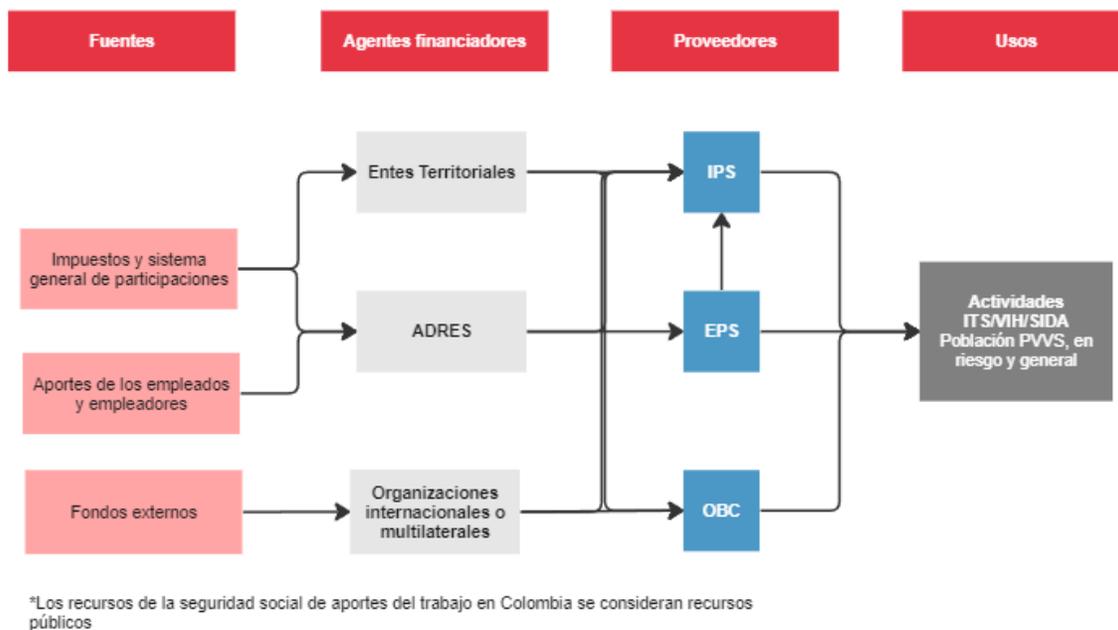
Financiamiento	
1. Entidades financieras (FE)	Entidades que proporcionan los recursos para financiar los servicios relacionados con el VIH.
2. Ingresos (REV)	Fuentes de los ingresos para los esquemas de servicios relacionados con VIH.
3. Mecanismos financieros (SCH)	Modalidad de financiamiento de los esquemas.
4. Agente financiero-comprador (FAP)	Entidades que movilizan y agrupan los recursos financieros recolectados de diferentes fuentes de financiación y los transfieren para pagar o comprar asistencia sanitaria u otros bienes o servicios.
Provisión	
5. Modalidades de entrega de servicios (SDM)	Modalidad de entrega de los servicios finales o cómo se implementan los programas.
6. Proveedor de servicios (PS)	Entidades que participan de forma directa en la producción, provisión y prestación de los bienes y servicios.

7. Factores de producción (PF)	Factores y/o recursos utilizados para la producción de los bienes y servicios de los esquemas de servicio de atención al VIH.
Uso	
8. Categorías de gasto en sida (ASC)	Bienes y servicios que conforman la atención e intervención de los esquemas de respuesta al VIH.
9. Población beneficiaria (BP)	Poblaciones beneficiadas por los esquemas de respuesta al VIH.

Fuente: elaboración propia a partir de (2).

Para el contexto colombiano, la Figura 6 representa el flujo de recursos para el VIH/SIDA. Como principales fuentes se tiene las que vienen del sector formal empresarial, los impuestos y otras fuentes no nacionales (fuentes externas). En los agentes financiadores, se identifican los Entes Territoriales, la ADRES y otras organizaciones internacionales o multilaterales. Y como proveedores, están las IPS, las EPS y las OBC.

Figura 6. Diagrama de financiación de la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia



Fuente: elaboración propia.

6.2. Implementación de la MEGAS

El proceso de la MEGAS 2022 inició el 15 septiembre de 2023 hasta el 11 de marzo de 2024. La planeación se realizó de acuerdo con las siguientes fases:

Fase inicial

El equipo técnico del IETS, encargado de la MEGAS, asistió a las capacitaciones brindadas por el consultor experto designado por el Fondo Mundial dirigidas a la explicación de la metodología MEGAS y el proceso de implementación. También se revisaron los

documentos relacionados con el MEGAS, los informes previos en Colombia y de algunos países como Guatemala y Salvador, con el fin de analizar el proceso realizado. Así mismo, se contó con el acompañamiento de una delegada de ONUSIDA en el desarrollo del proyecto.

Fase de planificación

En esta fase se realizó la identificación de las principales fuentes de información que pudieran servir de insumo para la estimación de la MEGAS. Principalmente se identificaron fuentes primarias cuya información se recolectaría a través de formularios y fuentes secundarias por medio de las bases de datos oficiales a nivel nacional.

Para la identificación de los principales actores que pudieran brindar información por medio de fuentes primarias, se realizó en primera medida un mapeo de actores. A la par, se construyeron las herramientas de recopilación de datos, usando como guía los formularios implementados en otros países, adaptándolas al contexto y las necesidades locales. En el caso de Colombia se identificó la necesidad de construir tres formularios, uno para administradoras y promotoras (EPS), otro para prestadores en salud (IPS) y el último para organizaciones internacionales, organizaciones de base comunitaria, organización no gubernamental (ONG) y Entes Territoriales¹⁹. Los formularios para las EPS e IPS se basaron en la identificación de recursos según los datos del informe de la situación de VIH de la CAC y revisión de expertos clínicos en VIH, con el fin de identificar el tratamiento clínico implementado en el país para esta población. Luego, se preparó el lanzamiento oficial del proyecto MEGAS con la invitación de los actores identificados en el mapeo a partir del Plan Nacional de Respuesta ante las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH, la coinfección tuberculosis (TB)/VIH y las Hepatitis B y C realizado por el MinSalud de Colombia para los años 2018-2021 y 2023-2025 (23,41)²⁰.

Para la identificación de las bases de datos relacionadas con VIH, se realizó una búsqueda en las principales entidades que reportan información relacionada con la condición de salud, la consulta a expertos y la revisión de literatura previa de estimación de gastos o costos en el país. Del total de fuentes, se priorizaron aquellas que permitieran identificar las PVV, los servicios en salud consumidos relacionados con VIH o los costos de dichos servicios. En algunos casos se debió realizar una solicitud formal para tener acceso a la información y, debido a la no respuesta oportuna, ocasionó alteraciones en la forma y tiempo en el procesamiento y análisis de la información.

Fase de implementación

Esta fase contiene la recopilación, análisis y procesamiento de la información según la metodología MEGAS. Asimismo, el control de la calidad y la validación de los datos.

En primer lugar, en cuanto a la información primaria a través de la recopilación de información con los actores identificados en el mapeo, se realizó un proceso de análisis de la información enviada. Luego, se realizó un procesamiento donde se aplicaron las

¹⁹ En el Anexo 2 se presentan los formularios usados para la recolección de la información primaria.

²⁰ Proceso que se detalla a fondo en la sección 6.2.1.1. Mapeo de actores y datos primarios.

respectivas clasificaciones estandarizadas de la MEGAS. Posteriormente, se organizó la información de cada formulario en la herramienta de consolidación de los datos. Lo anterior es un proceso manual, donde se realiza validaciones de la información suministrada y se realiza ajustes si se requieren en las clasificaciones enviadas.

En segundo lugar, en cuanto a la información de fuentes secundarias, se consultaron las principales bases de datos de reporte de prestaciones a nivel nacional. Entre ellas, se usaron las bases de datos de Suficiencia²¹, MIPRES²², Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud (RIPS)²³, Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud (REPS)²⁴ y la información de la CAC²⁵. A partir de esta información, se identificaron los pacientes con VIH, prestaciones relacionadas con VIH y la información relacionada con los prestadores de dichos servicios. Luego, se revisaron los servicios de salud partir de la literatura y el criterio clínico, para discriminar únicamente aquellos relacionados.

Con ello, se construyó una base de las atenciones reportadas y organizadas según su identificador CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud) y CUM (Código Único de Medicamentos) y las categorías de la MEGAS. Para la estimación del costo, en el caso de la base de Suficiencia, se utilizó la metodología de coeficiente de expansión para estimar el costo total para la población del SGSSS.

Con toda esta información procesada, se construyeron los archivos RTT, se subieron al software de MEGAS²⁶ y se obtuvieron los resultados. Finalmente, se realizó una presentación de la metodología y los resultados del estudio y un proceso de validación con los actores clave identificados en la investigación en dos sesiones de socialización virtual (12/03/2024 y 18/03/2024) con el propósito de tener la mayor participación posible.

Fase de difusión

Se construyó una estrategia para difundir los principales resultados del estudio. Esta estrategia fue revisada y socializada con ONUSIDA, el Fondo Mundial, ENTerritorio, el Mecanismo de Coordinación de País (MCP), entre otros²⁷. Así mismo, se elaboró una Infografía y un resumen ejecutivo, adicionales a este informe, con el propósito de diseminar aún más los resultados.

²¹ Base de datos que se utiliza para estimar la unidad de pago por capitación (UPC), el cual representa el valor anual por cual se paga por cada uno de los afiliados para cubrir los servicios de salud del SGSSS. Esta base se usa en el “Estudio de Suficiencia y de los mecanismos de ajuste de riesgo para el cálculo de la UPC recursos para garantizar la financiación de los servicios y tecnologías en salud” anualmente.

²² Base de datos que almacena los datos de prescripción y pago de los servicios de salud no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios del SGSSS.

²³ Base de datos que contiene la información de identificación del prestador, identificación del usuario y el motivo de la prestación de los servicios de salud que ofertan las IPS del SGSSS.

²⁴ Base de datos de las entidades departamentales y distritales de salud que registra información de prestación de los servicios de salud, como el prestador, las sedes, los servicios y la capacidad instalada del SGSSS.

²⁵ Base de datos que contiene la información de gestión de los servicios de salud que son definidos como de alto costo del SGSSS, los cuales son administrados por la CAC.

²⁶ UNAIDS NASA RTT.

²⁷ En el Anexo 3 a este informe se presenta el plan de difusión.

6.2.1. Recolección de información e instrumentos

6.2.1.1. Mapeo de actores y datos primarios

Uno de los componentes esenciales de la metodología MEGAS consiste en llevar a cabo un minucioso mapeo de los actores que hacen parte de la respuesta a la infección por VIH. Este procedimiento busca profundizar en la comprensión de la estructura de la atención en salud, identificando las diversas organizaciones involucradas. Asimismo, tiene como objetivo examinar la asignación de recursos dentro de las distintas entidades encargadas de la atención del VIH/SIDA en Colombia, realizando una categorización de las atenciones en métodos para la prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de VIH/SIDA en Colombia, proporcionando una visión detallada de cómo se distribuyen los recursos en este ámbito.

Es importante aclarar que, en este contexto, se entiende que un actor es una organización que desempeña un papel fundamental en la gestión de los recursos destinados a la implementación de un proyecto o política en salud y que cuentan, además, con información relevante desde la perspectiva del grupo que representa (42).

Mapeo de los actores

El proceso del mapeo tuvo como objetivo identificar a los actores y detallar la función que cada uno de ellos desempeña en el proceso de suministro, gestión y utilización de los recursos financieros destinados al programa nacional de VIH/SIDA.

En esta perspectiva, para la descripción de los actores principales y sus funciones, se extrajo la información del plan nacional de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual ITS, el VIH, la coinfección tuberculosis (TB)/VIH y las Hepatitis B y C realizado por el MinSalud de Colombia para los años 2018-2021 (41). En el marco de este estudio de medición de gasto, se optó por seleccionar este plan dado que era el informe vigente para los actores involucrados en el rango de fechas abordado en el proyecto MEGAS. No obstante, se llevó a cabo una revisión adicional del informe actualizado para el periodo considerado entre 2022-2025 (23) con el propósito de validar la presencia de eventuales modificaciones o cambios en los lineamientos pertinentes a la temática objeto de análisis. Este enfoque permitió asegurar la pertinencia y actualidad de la información considerada en el desarrollo de la investigación.

En la Tabla 4, se presentan los actores principales identificados y un resumen de las acciones que cada uno de ellos cumple dentro del plan de atenciones para la prevención, tamizaje, diagnóstico, tratamiento, y seguimiento de VIH/SIDA en Colombia²⁸.

²⁸ En el Anexo 4 se presenta el mapeo de actores completo, incluyendo la información que se tuvo en cuenta para invitar a las organizaciones a participar en el proyecto MEGAS, así como las entidades reportaron los datos solicitados.

Tabla 4. Actores identificados en el mapeo

Actor	Acción
Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud)	Desarrollar y promover iniciativas para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo la elaboración y difusión de lineamientos técnicos, el estudio de la viabilidad de nuevas tecnologías de diagnóstico, el seguimiento al registro territorial de servicios comunitarios de atención salud sexual y reproductiva (SSR), la adquisición de recursos para su distribución (condones, lubricantes, etc.), y el diseño de estrategias de educación, comunicación e información en salud.
Direcciones Territoriales de Salud (DTS)	Implementar y supervisar el cumplimiento de los lineamientos nacionales, garantizar la distribución de recursos, fortalecer las habilidades del personal de salud en el manejo de riesgos biológicos laborales, asegurar el acceso sin obstáculos al tamizaje prenatal para las gestantes, y contribuir en el diseño de estrategias de educación y comunicación.
Entidad Promotora de Salud (EPS)	Promover y ejecutar medidas integrales de atención y prevención de ITS y VIH, incluyendo la difusión e implementación de la ruta de atención integral de ITS, el fortalecimiento de acciones para prevenir la coinfección TB/VIH, la distribución de recursos, la promoción de pruebas rápidas, el cumplimiento de algoritmos de diagnóstico, el tamizaje prenatal sin obstáculos, intervenciones para madres e hijos expuestos al VIH, seguimiento clínico a menores expuestos a ITS, atención al riesgo biológico ocupacional y no ocupacional, acceso a profilaxis preexposición y prevención combinada, y atención de riesgo biológico en urgencias, incluyendo la administración de profilaxis contra ITS y anticoncepción de emergencia.
Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS)	Fortalecer y promover un enfoque integral de prevención y atención en salud, abordando la coinfección TB/VIH, profilaxis con isoniacida en población vulnerable al VIH, tratamiento antirretroviral temprano, distribución de recursos, promoción de pruebas rápidas, tamizaje prenatal sin obstáculos, intervenciones para madres e hijos expuestos al VIH, seguimiento clínico de menores expuestos a transmisión madre-hijo, acceso a profilaxis preexposición y prevención combinada, aplicación de protocolos en riesgo biológico ocupacional y no ocupacional, y atención de situaciones de riesgo biológico en urgencias, incluyendo la administración de profilaxis contra ITS y anticoncepción de emergencia.
Organización de Base Comunitaria (OBC)	Definir procesos de gestión estandarizados, que les permite la participación en procesos de contratación para la prestación de servicios desde el ámbito comunitario, participación en los procesos de planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las acciones definidas por los lineamientos, fortalecimiento del trabajo preventivo, tamizaje, tratamiento y sistema de vigilancia, abogacía y estrategias para disminuir la discriminación y estigma social, estrategias para el cumplimiento de la prestación de servicios de salud de calidad y de la ley estatutaria en salud
Organización de Sociedad Civil (OSC)	Desarrollar campañas, estrategias y acciones de veeduría social para reducir el estigma social y asegurar el cumplimiento de la ley estatutaria en salud, garantizando servicios de promoción, prevención y atención integral para PVV o población en riesgo, que sean oportunos y de alta calidad, diseño de estrategias de educación e información en salud, protección social de las poblaciones clave y prioritaria.
Agencias internacionales	Abordar riesgos y vulnerabilidades del VIH en todas las fases de migración, promover la cooperación regional, lucha contra prácticas discriminatorias, facilitar acceso a servicios de VIH y salud sexual y reproductiva, promover la participación de la comunidad y promover la educación sexual.
Agencias independientes	Desarrollar Planes Estratégicos Nacionales que incluyan actualizaciones epidemiológicas, análisis de riesgos, guías técnicas, análisis de carencias y costeo, facilitar la revisión técnica, el diálogo político y la creación de consensos entre las partes.

Fuente: elaboración propia.

Teniendo el contexto general de cómo se realiza la atención nacional a las infecciones de transmisión sexual y el VIH, el mapeo de actores se complementó realizando una revisión de los informes publicados en el ranking de las EPS e IPS con los mejores resultados en la gestión de las personas con enfermedades de alto costo de 2022, presentado por el Fondo

Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (CAC). Por otro lado, también se consideró la información proporcionada por los Entes Territoriales, que incluye los referentes de salud sexual y reproductiva en cada región, así como los resultados obtenidos en estudios previos realizados en colaboración con el Fondo Mundial, las bases de datos aportadas por ENTerritorio y una revisión libre por un buscador genérico (Tabla 5).

Tabla 5. Fuentes de información para la construcción del mapeo de actores

Actores	Fuente de información	Tipo de datos
EPS	Ranking CAC Buscador genérico Google Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada EPS Búsqueda en Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	Referente y persona de contacto de cada EPS Listado de datos de contacto para envío de la información y formularios
IPS	Ranking CAC Buscador genérico Google Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada IPS Búsqueda en Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud	Referente y persona de contacto de cada IPS Listado de datos de contacto para envío de la información y formularios
DTS	Grupo de Referentes de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud y Protección Social Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada DTS	Referentes de SSR en cada ente territorial
OBC	Bases de datos construidas en estudios previos del IETS Bases de datos provistas por ENTerritorio Búsqueda y solicitud de información por parte de ACOBCS Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada OBC	Listado de las organizaciones de base comunitaria actualmente activas en temas de VIH Listado de datos de contacto para envío de la información y formularios
OSC	Bases de datos construidas en estudios previos del IETS Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada OSC	Listado de las organizaciones de sociedad civil actualmente activas en temas de VIH Listado de datos de contacto para envío de la información y formularios
Organizaciones Internacionales y No Gubernamentales	Bases de datos construidas en estudios previos del IETS Bases de datos provistas por ENTerritorio Búsqueda de datos de contacto con encargados de cada organización	Listado de las organizaciones activas actualmente en temas de VIH Listado de datos de contacto para envío de la información y formularios

Fuente: elaboración propia.

Con la identificación de los diferentes grupos de actores que participan en el proceso de planeación, financiación, administración y distribución de los recursos destinados para el manejo del VIH/SIDA en Colombia, el mapeo procede a organizar de manera esquemática las conexiones entre los actores, permitiendo entender la relación que existe entre los diferentes niveles de atención y aseguramiento en salud. Este enfoque facilita la clasificación de las organizaciones en categorías según las funciones que desempeñan, estas responsabilidades abarcan las fuentes que proporcionan financiamiento, la

financiación aportada por los agentes y proveedores adicionales. En el contexto del sistema de salud colombiano, estas responsabilidades estarían a cargo del MinSalud, las direcciones territoriales de salud (DTS), las EPS y las IPS. Adicionalmente, se incluyeron otras entidades participantes en procesos colaterales para complementar la atención, como las organizaciones internacionales, agencias independientes, organizaciones de sociedad civil (OSC) y OBC.

Para ello, los diferentes grupos de actores identificados se clasificaron en los niveles de atención en tres ejes principales: el eje de promoción de la salud, el eje de gestión de riesgo y el eje de gestión en salud pública; siguiendo el plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C (23,41)²⁹. Adicionalmente se tuvieron en cuenta las acciones específicas que deben llevar a cabo cada uno de los actores para alcanzar con los objetivos establecidos en el ámbito de la atención integral en salud, así como los datos de contacto que se tuvieron en cuenta para gestionar la participación de dichos actores en el presente estudio.

- **Actores del eje de promoción de la salud:** aquí se llevan a cabo diversas acciones lideradas por el MinSalud, la autoridad sanitaria del sistema de salud colombiano. Entre sus responsabilidades se encuentran la formulación de los lineamientos técnicos y el desarrollo de normativas de alcance nacional, la elaboración de estudios de factibilidad, el seguimiento a las entidades territoriales y servicios comunitarios, entre otras funciones. Por otra parte, las DTS cumplen funciones clave en cada territorio como la implementación de los lineamientos, la distribución de los recursos administrados por el MinSalud, la garantía de procesos de tamizaje para las poblaciones clave y prioritarias, entre otros.

De manera complementaria, las EPS desempeñan acciones dentro del eje de promoción de la salud: al ser las responsables de la afiliación y aseguramiento de la prestación de las tecnologías con cargo a la UPC, son las encargadas de implementar la ruta de atención establecida por el MinSalud. Finalmente, las IPS al ser las instituciones encargadas de prestar y garantizar la atención el cumplimiento del algoritmo específico, se encargan de la realización de intervenciones y seguimiento clínico y paraclínico, distribución de recursos, fortalecimiento de las estrategias de prevención, entre otros.

- **Actores del eje de gestión de riesgo:** los principales actores encargados son las EPS e IPS, cuya labor consiste en asegurar la atención integral de personas con infecciones de ITS, incluyendo gestantes, sus hijos expuestos y casos de coinfección TBC/VIH. Esto implica garantizar un acceso universal a los medicamentos, asegurar la disponibilidad y entrega puntual de los fármacos, así como proporcionar un seguimiento paraclínico y suministros necesarios. Además, son responsables de recibir y atender de manera efectiva a las personas derivadas por los servicios comunitarios, especialmente aquellas con tamizajes reactivos para VIH.
- **Actores del eje de gestión en salud pública:** en este eje los actores de las OBC cumplen con el proceso de definir procesos de gestión con el fin de asegurar la

²⁹ En el Anexo 4 se detallan los diferentes actores por eje.

prestación de servicios desde el ámbito comunitario. Las acciones de las OSC incluyen estrategias de veeduría, control social y métodos para disminuir el estigma social del VIH/SIDA. Las DTS desempeñan funciones que complementan las acciones de las organizaciones mencionadas anteriormente: su labor incluye la movilización de recursos para facilitar la participación y vinculación formal OSC en iniciativas para fortalecer la respuesta integral al VIH/SIDA, y se centran en aumentar tanto la cantidad como el alcance de las acciones dirigidas a poblaciones clave y prioritarias. Además, tienen la responsabilidad de presentar y difundir anualmente un informe del análisis de la situación epidemiológica de las ITS, prestando especial atención a poblaciones clave.

Gestión para la participación de los actores en el estudio y obtención de los datos primarios

A partir del mapeo de actores, y con el fin de lograr obtener los datos primarios para el estudio, se elaboró un listado de contactos de los actores relevantes a la respuesta nacional en VIH/SIDA, considerando los datos presentados en el ranking de las EPS e IPS con los mejores resultados en la gestión de las personas con enfermedades de alto costo del 2022, presentado por el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (43). Estos rankings destacan las organizaciones con mejores puntuaciones en la gestión del riesgo en PVV, considerando indicadores como la proporción de PVV que son atendidas por un médico experto, proporción de realización de pruebas de recuento de T CD4+ en la valoración inicial, proporción de PVV con realización de la prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) anual, entre otros. Este listado fue complementado con los datos de contacto de cada institución.

Para los actores clasificados como DTS, OBC, OSC, organizaciones internacionales y agencias independientes, se consideraron los datos de contacto obtenidos de fuentes de los referentes de salud sexual y reproductiva de cada uno de los Entes Territoriales y de los datos obtenidos en estudios previos realizados por el Fondo Mundial. Siguiendo las recomendaciones recibidas, en el presente informe se llevó a cabo una ampliación en la búsqueda de información mediante la exploración de los datos disponibles en la web.

Paralelo a la organización de los datos de contacto, y con el objetivo de facilitar una participación informada y efectiva de los actores identificados en el proyecto MEGAS, se llevaron a cabo dos sesiones de socialización virtual (2/11/2023 y 3/11/2023). En estas sesiones, se proporcionó una exposición detallada del contexto del proyecto, incluyendo sus objetivos, métodos y la justificación específica de la selección de cada organización participante.

Posteriormente, se remitieron los formularios de medición de gastos a cada grupo de actores (3/11/2023). Este proceso se estructuró con el propósito de promover una colaboración efectiva y garantizar la integridad de la información recolectada en aras del éxito del proyecto. A lo largo del desarrollo del proyecto, se emitieron recordatorios para el diligenciamiento del formulario. En estos correos se incluyeron adicionalmente las presentaciones correspondientes al contexto general del proyecto MEGAS; fueron enviados en las fechas 21/11/2023, 22/11/2023 y 1/12/2023.

Para fortalecer la posibilidad de respuesta por parte de los actores involucrados se solicitó apoyo al Grupo Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos del MinSalud, quienes, a partir de bases de datos de actores construidas en el marco del mapeo de actores, enviaron una invitación a participar a título del MinSalud. Este envío se realizó el 24/11/2023 al conjunto de actores mapeados.

En total, se recibieron los formularios provenientes de once -12- DTS correspondientes a Amazonas, Arauca, Bogotá, Bolívar, Caldas, Córdoba, Huila, Magdalena, Nariño, Risaralda, San Andrés y Providencia, y Santander. Igualmente, obtuvo la documentación de dos -2- EPS, específicamente, Salud Mía y Dusakawi; dos -2- IPS, SIES Salud y Quimiosalud, y tres -2- organizaciones, la Fundación Manos de Alegría³⁰, AID FOR AIDS Colombia³¹ y ENTerritorio. De manera complementaria, se llevaron a cabo cuatro sesiones de resolución de dudas con aquellas entidades o instituciones que lo solicitaron. Entre las entidades participantes se incluyen la DTS del Huila, la Subred Centro Oriente de Bogotá, la Nueva EPS y la IPS SIES Salud.

Es importante señalar que las entidades antes mencionadas solicitaron una prórroga en el plazo de entrega, fundamentando esta solicitud en la necesidad de gestionar procesos internos para recopilar y presentar la información requerida. En consecuencia, la prórroga fue concedida, extendiendo el plazo de entrega hasta el día 26/01/2024.

Descripción o depuración de entidades participantes

Con respecto al total de la información solicitada a los actores, la tasa de respuesta fue del 12%³². En general los formularios tuvieron la información solicitada; sin embargo, en su mayoría no siguieron las indicaciones presentadas en el espacio de socialización y dentro del formulario enviado, en consecuencia, se generó mayor tiempo en el procesamiento de la información para el equipo desarrollador y en algunas ocasiones se tuvo que contactar al actor para resolver dudas.

6.2.1.2. Bases de datos y otras fuentes secundarias

Para la obtención de la información relevante para el estudio, se realizó una búsqueda de bases de datos y reportes de información relevante para la estimación del gasto. Por parte de los proveedores, en el país las IPS están obligadas a reportar información en cuanto a los servicios que ofrecen y las personas que atienden de diferente manera y a diferentes centros de información. Por parte del financiamiento, existen diversas fuentes y formas en las que se recogen los recursos para el sostenimiento del sistema; todas ellas administradas a nivel gubernamental.

³⁰ La organización fue constituida en marzo del 2022 y hasta el momento no ha recibido el apoyo económico de ninguna entidad pública, privada y ONG nacional e internacional.

³¹ En el Anexo 5 se presenta la información recibida y procesada por parte de los diferentes actores.

³² En el Anexo 5 se encuentra el archivo de control del MEGAS con el propósito de tener el registro de respuesta de los actores.

En las bases de datos a nivel nacional que contienen información de VIH, se identificó la información de la CAC, Suficiencia y el Sistema Integrado de Información de la Protección Social (SISPRO), específicamente los RIPS y los REPS, MIPRES y Gestión de la Demanda. Se enviaron solicitudes de acceso a los microdatos más actualizados (para poder cruzar las bases de datos entre sí) y se obtuvo información de Suficiencia 2021, MIPRES 2017-2021³³ y CAC 2011-2018. El acceso a estas bases de datos se dio en el medio del desarrollo del proyecto, lo cual implicó un cambio en la planeación y reprocesamientos en la obtención de los datos.

La primera fuente es la base de datos de atenciones y prestaciones de servicios de salud que registran las aseguradoras (de aquí en adelante denominada Suficiencia) de 2021 del RC. El MinSalud utiliza las bases de datos de Suficiencia para calcular el incremento anual de la UPC. Esta base contiene únicamente el reporte de las atenciones en salud de aquellas administradoras de planes de beneficios (EAPB)³⁴ cuyos datos superaron las mallas de validación, siendo un total de 7 EPS: Salud Total, Sanitas, Sura, Comfenalco Valle, Famisanar, Servicio Occidental de Salud y Nueva EPS. En la base de datos, cada registro es una atención en salud donde se especifica la edad y el sexo del afiliado atendido, el municipio donde recibe la atención, la clasificación internacional de enfermedades – en su 10 edición - (CIE-10), el ámbito de atención, el valor total de la atención en salud, entre otros atributos. Esta es la base más actual y validada de costos con la que se dispone, sin embargo, cuenta únicamente con información del RC, el cual representó para el sistema en este periodo el 45,25%³⁵ de los afiliados. Por ello, con el propósito de realizar estimaciones de gasto de representación nacional, se aplicó un coeficiente de expansión para que las cifras representen la totalidad de la población, bajo el supuesto que la población del SGSSS se comporta de manera similar a la población de las EPS del régimen contributivo usada para el cálculo de la UPC.

La segunda base es el reporte de la prescripción de las tecnologías no financiadas con recursos de la UPC y servicios complementarios (MIPRES) (44). Esta herramienta sirve para el análisis y futuro pago por parte de la ADRES de las tecnologías indicadas por los profesionales de la salud. Allí, se registra cada atención en salud, el CIE-10, el valor total de la atención en salud, entre otros atributos.

La tercera base es la CAC que reporta la información de las personas con las condiciones de mayor impacto económico en el país. De acuerdo con la Resolución 273 de 2019, las IPS están obligadas a reportar a la CAC las variables de relevancia para el seguimiento del paciente, como son el tipo de exámenes y los tratamientos farmacológicos. Esta fuente de información representa la cuantificación más confiable del número de PVV en el país; sin embargo, en la información suministrada en el marco de la MEGAS, no se reporta información de la valoración de los recursos que usan los pacientes. Es por esto por lo que se usó para identificar las personas que tuvieran efectivamente VIH y estas se buscaron en las bases de Suficiencia y MIPRES para obtener sus reportes de servicios de salud.

³³ Hasta el 30/06/2021.

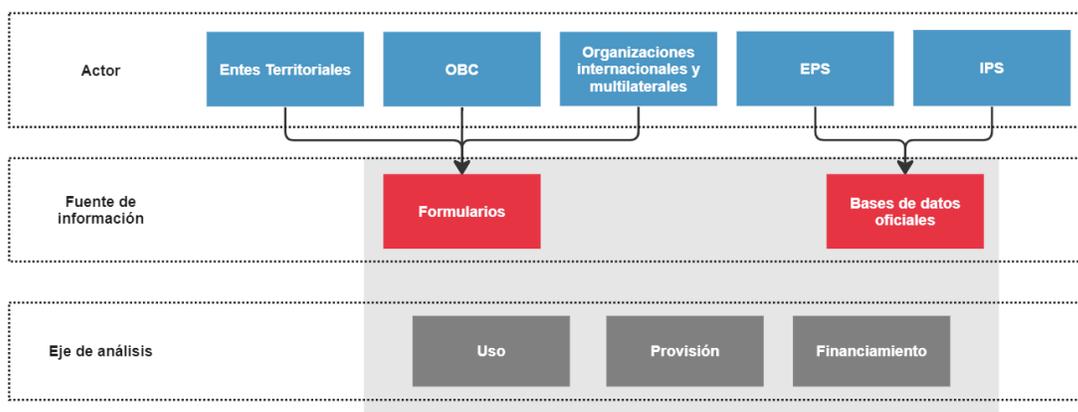
³⁴ EPS de los regímenes contributivo y subsidiado.

³⁵ Según las cifras de afiliación en salud con corte a diciembre 2023 reportadas por MinSalud en el [enlace](#).

6.2.2. Procesamiento de información

La información obtenida, tanto de fuentes primarias como de secundarias, surtió un proceso de tres etapas: revisión de los datos, consulta de dudas con algún reporte o categoría y validación de información consolidada. Particularmente, según el tipo de actor se usaron diferentes fuentes de información para los principales ejes de análisis (ver Figura 7).

Figura 7. Fuentes de información para cada eje de análisis



Fuente: elaboración propia.

Con las fuentes primarias, los formularios fueron sometidos a un proceso en tres fases. En la primera, se organizó y procesó la información. En la segunda, se consolidó la información y, en las que hubo dudas, se realizó una consulta al actor reportante. En la tercera, se validó el reporte. Para el análisis se priorizó la información relacionada con el financiamiento, que no se reportó en ninguna otra fuente de datos en el país. Finalmente, a pesar de que algunas IPS y EPS reportaron información, esta no fue incluida en los cálculos por medio de las fuentes primarias debido al subreporte de las instituciones; por ello, se realizó el cálculo mediante el uso de las bases de datos y los ajustes asociados.

Con las fuentes secundarias, se construyó una base de datos consolidada a partir de Suficiencia y MIPRES. Por medio de la CAC se identificaron los pacientes que tuvieron VIH hasta el año 2018³⁶ y luego con Suficiencia se identificaron los pacientes en 2021 con los diagnósticos CIE-10 asociados con el VIH. Como supuesto adicional, también se consideraron como VIH positivos a aquellas personas que recibieron los medicamentos para tratar la enfermedad³⁷. Finalmente, se tuvieron en cuenta las prestaciones de salud con códigos CIE-10 relacionados al VIH (códigos Z y R), así como los registros de las pruebas confirmatorias y de anticuerpos.

Con los pacientes identificados en estas bases de datos, se extrajeron los datos disponibles del último año con información completa (junio 2020 a julio de 2021) de MIPRES y de Suficiencia en 2021. Con esta información, se realizó un proceso de cuatro fases:

³⁶ Periodo máximo con el que se contó con información de la CAC.

³⁷ En la base de datos no es posible identificar pacientes en PrEP.

1. Extracción de los registros por paciente de medicamentos, procedimientos y otras prestaciones de salud reportadas en las bases de datos de Suficiencia y MIPRES.
2. Priorización de las prestaciones de salud asociadas directa o indirectamente con VIH por medio de la revisión de la literatura, los paquetes de atención de VIH y el análisis clínico. Por ejemplo, el medicamento ritonavir que se usa para el tratamiento del VIH.
3. Categorización de la MEGAS y cruce de acuerdo con los identificadores (especialmente, CUM y CUPS) de cada registro por paciente identificado. Por ejemplo, para el efavirenz se identifica el código ATC J05AG03 (clasificación anatómica, terapéutica y química, por sus siglas en inglés) y uno de los CUM es el 20063470-1. Luego, dado el tipo de tecnología en salud (medicamento antirretroviral), la edad y sexo del paciente (sea un hombre mayor de edad -27 años-) y el diagnóstico (paciente con VIH -B24X-), se le asignan las categorías PF.01.03.01.01 (Antirretrovirales), BP.01.01.01 (Hombres adultos y jóvenes -de 15 años en adelante- que viven con el VIH) y ASC.03.01.01.98 (Terapia antirretroviral para adultos sin desglosar por línea de tratamiento). Finalmente, de acuerdo con el tipo institución que atende al paciente, su ubicación y el ámbito de la atención del servicio se le asignan al registro el PS.02.98 (Proveedores del sector privado sin desglosar), SND.31 (Valle del Cauca) y SDM.01.01 (Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria).
4. Validación por parte de un experto clínico y un experto en la clasificación de la MEGAS.

Para la realización de priorización de las prestaciones de salud, se revisaron las guías de práctica clínica para la atención de PVV en Colombia, tanto para la población adulta como pediátrica. Adicionalmente, se escogieron aquellas tecnologías en salud asociadas con las complicaciones más frecuentes relacionados con la infección VIH/SIDA, especialmente de infecciones oportunistas (p. e. toxoplasmosis, criptococosis, tuberculosis, etc.) y neoplasias. Finalmente se revisaron y se incluyeron las prestaciones relacionadas con las principales complicaciones o condiciones clínicas frecuentes en PVV en terapia antirretroviral (p. e. dislipidemia, síndrome metabólico, alteraciones neuro intubas, etc.). Como resultados, del total de 4.201 CUPS identificados, se seleccionaron 324, y del total de 10.190 CUMS revisados, se incluyeron 2.374.

Luego, se usaron las bases de datos de los RIPS y los REPS para la identificación de las IPS, en términos de su naturaleza jurídica (privada, mixta o pública) y las prestaciones que atende en cada régimen de afiliación.

Finalmente, con la base de los costos depurada y con todas las categorías MEGAS, se emplearon factores de expansión sobre de los datos de la base de Suficiencia. Esto es debido a que la base recoge información únicamente de algunas EPS que pasan la malla validadora del RC, y se usa esta metodología para lograr una representación del universo nacional en términos del total de EPS del SGSSS, utilizando la base de datos única de afiliados (BDUA)³⁸.

Este método extrapola resultados para las EPS incluidas, asumiendo un comportamiento de riesgo en salud similar para las entidades no incluidas. El coeficiente de expansión se

³⁸ En el caso de MIPRES no es necesario realizar una expansión, pues contiene el reporte de todo el sistema.

calcula como la división entre el número promedio mensual de afiliados de la BDUA y de los afiliados a las EPS en la base de datos de Suficiencia en el mismo periodo de tiempo, ver detalles adicionales en (45). Así, para la base de datos de Suficiencia en el año 2021 en un grupo de edad simple (e) y sexo (s), se calcula el coeficiente como se observa en [1].

$$CE_{e,s} = \frac{PBDUA_{e,s}}{PSuf_{e,s}}, \quad [1]$$

donde,

$CE_{e,s}$: coeficiente de expansión para la población con edad e y sexo s .

$PBDUA_{e,s}$: población total a partir de BDUA de la población con edad e y sexo s .

$PSuf_{e,s}$: población de las EPS que componen la base de datos de Suficiencia con edad e y sexo s .

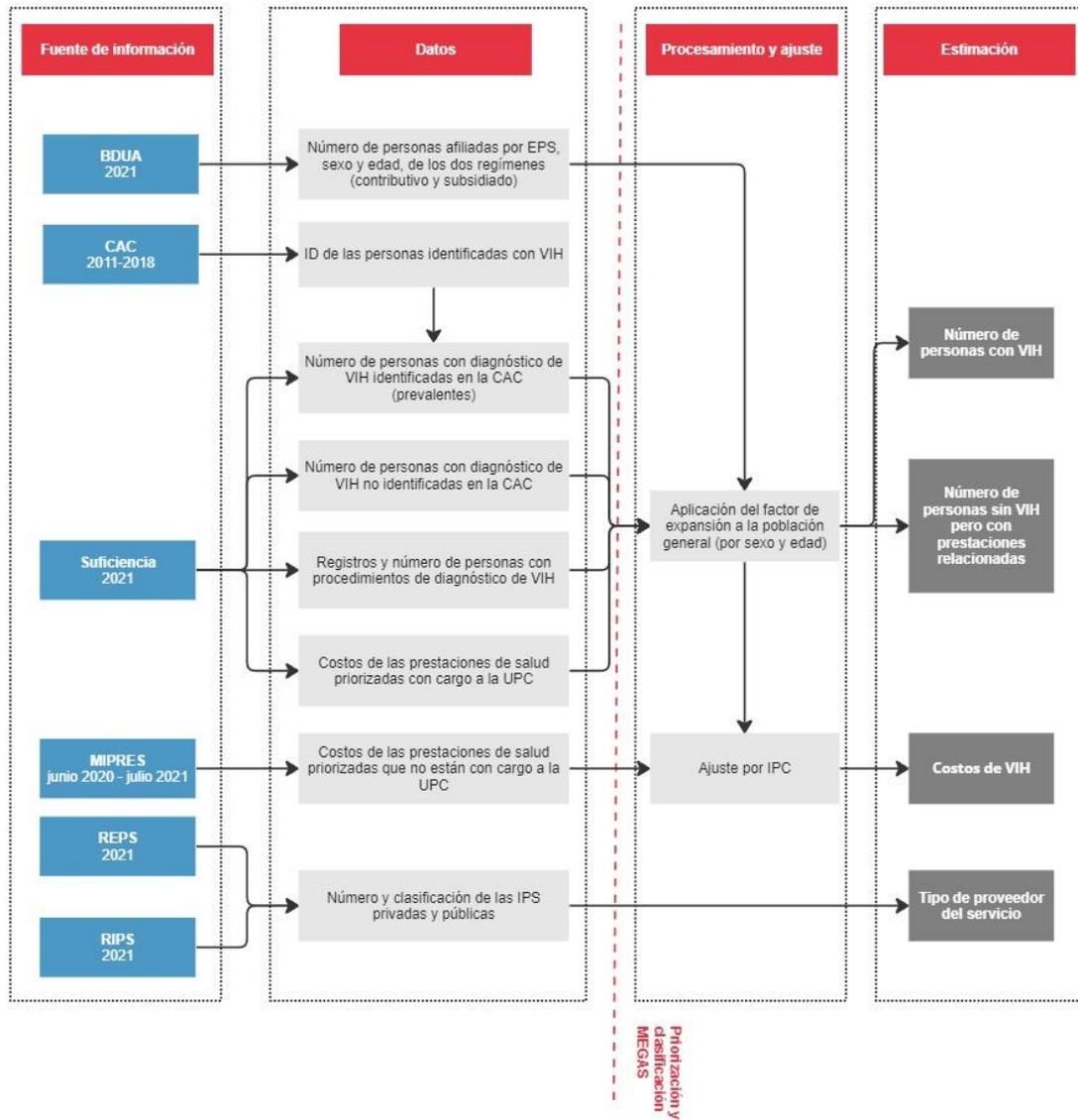
Finalmente, el cálculo del gasto de los proveedores implica aplicar el coeficiente de expansión a los costos de los servicios (procedimientos, medicamentos e insumos) para cada registro por edad y sexo, según se detalla en [2]. De esta manera, para las diferentes categorías establecidas, la suma del gasto expandido equivale a la suma de los registros expandidos, y las personas únicas expandidas corresponden a la suma de los coeficientes de expansión asociados a cada una de ellas.

$$Gasto\ expandido_{e,s} = Gasto\ Suficiencia_{e,s} * CE_{e,s} \quad [2]$$

El esquema completo del procesamiento de la información a partir de las bases de datos oficiales se presenta en la Figura 8. Para la estimación de la ubicación geográfica se asumió la misma distribución reportada a partir de la base de Suficiencia. La ubicación no se pudo usar como una variable en el coeficiente de expansión ya que no hay una correspondencia de este campo entre las bases de datos, ya que en la base de Suficiencia se registra la ubicación de la institución que atiende al paciente y en BDUA se registra la ubicación de residencia del paciente.

En la Tabla 6 se presentan algunos ejemplos del resultado de la metodología de clasificación de los registros de los datos de Suficiencia.

Figura 8. Procesamiento de las bases de datos oficiales



Fuente: elaboración propia.

Tabla 6. Clasificación de los registros de los datos de Suficiencia (ejemplo)

IDA	CEAPB	S	Ed	Mun	CD	AP	CHab	FechaServ	TCod	Codigo	Costo_exp	PS	SND	SDM	ASC	PF	BP
1072502	EPS010	M	55	5001	B24X	A	50011143601	12/07/2021	CUM	19949247-1	\$ 1.472.574	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	SND.02 Antioquia	SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	ASC.03.01.01.98 Terapia antirretroviral para adultos sin desglosar por línea de tratamiento	PF.01.03.01.01 Antirretrovirales	BP.01.01.01 Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH
105217327	EPS037	F	16	8001	Z717	A	80010235105	11/08/2021	CUPS	902213	\$ 20.781	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	SND.04 Atlántico	SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	ASC.03.98 Servicios de atención y tratamiento sin desglosar	PF.01.03.03.98 Reactivos y materiales sin desglosar	BP.01.01.02 Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH
112570210	EPS010	M	25	11001	B24X	A	110010586809	7/05/2021	CUPS	906126	\$ 142.643	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	SND.05 Bogotá	SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	ASC.03.98 Servicios de atención y tratamiento sin desglosar	PF.98 Factores de producción sin desglosar	BP.01.01.01 Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH
45545236	EPS002	M	31	17001	B24X	A	170010145703	24/11/2021	CUPS	906905	\$ 62.889	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	SND.08 Caldas	SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	ASC.03.98 Servicios de atención y tratamiento sin desglosar	PF.01.03.03.98 Reactivos y materiales sin desglosar	BP.01.01.01 Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH
104237826	EPS012	M	27	76001	B24X	A	760010663501	31/08/2021	CUM	20063470-1	\$ 55.968	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	SND.31 Valle del Cauca	SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	ASC.03.01.01.98 Terapia antirretroviral para adultos sin desglosar por línea de tratamiento	PF.01.03.01.01 Antirretrovirales	BP.01.01.01 Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH

IDA: identificación del paciente anonimizada, CEAPB: código del administrador de planes de beneficios en salud S: sexo del paciente (femenino (F) o masculino (M)), Ed: edad del paciente, Mun: código del municipio, CD: CIE 10, AP: ámbito del procedimiento, Chab: código de habilitación de la institución prestadora del servicio de salud, FechaServ: fecha de la atención, TCod: tipo de código de la tecnología en salud (CUPS o CUMS), Codigo: código de la tecnología en salud, Costo_exp: costo ajustado por el coeficiente de expansión, PS: proveedores, SND: ubicación por departamento, SDM: modalidades de entrega de servicios, ASC: categorías de gasto en VIH/Sida, PF: factores de producción, y BP: población beneficiaria.

Fuente: elaboración propia.

6.2.3. Análisis de la información

Fuentes primarias

Del total de formularios enviados para entidades u organizaciones que hacen parte de la respuesta al VIH en Colombia, se obtuvo respuesta de 12 DTS y 2 organizaciones, para los cuales el 83,9% del gasto reportado hace parte el Fondo Mundial. Esto se puede interpretar como una limitación debido a la alta variabilidad de la cantidad de gasto reportada entre instituciones y la información faltante por parte de las otras instituciones (ver Tabla 7). Debido a esta limitación información, se realizó el cálculo de la aproximación al gasto de los prestadores mediante el uso de las bases de datos.

Bases de datos

En la Tabla 8 se presenta el número de atenciones por CIE-10 obtenidas en Suficiencia y MIPRES, diferenciando a los pacientes marcados con y sin VIH. De los pacientes que acudieron a las IPS a realizarse una prueba diagnóstica por VIH, pero que no se identificaron con la condición, el 58,92% tuvieron el CIE-10 Z717 “Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]” y aquellos identificados con VIH el 94,56% fueron diagnosticados con el código B24X “Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación”.

Tabla 7. Gasto de Direcciones Territoriales de Salud y otras organizaciones, 2022

Entidad	Cantidad de gasto	Porcentaje de gasto
Fondo Mundial	\$ 31.419.472.401	83,88%
DTS Bogotá	\$ 2.753.262.876	7,35%
AID FOR AIDS	\$ 1.774.891.963	4,74%
DTS Bolívar	\$ 392.720.000	1,05%
DTS Córdoba	\$ 348.000.000	0,93%
DTS Nariño	\$ 206.222.350	0,55%
DTS Huila	\$ 202.719.896	0,54%
DTS Magdalena	\$ 176.019.117	0,47%
DTS Amazonas	\$ 61.148.454	0,16%
DTS San Andrés y Providencia	\$ 59.190.000	0,16%
DTS Caldas	\$ 42.336.379	0,11%
DTS Arauca	\$ 19.400.000	0,05%
DTS Santander	\$ 1.915.519	0,01%
DTS Risaralda	\$ 1.609.680	0,00%
Total	\$ 37.458.908.635	100,0%

Fuente: elaboración propia.

Tabla 8. Número de atenciones por CIE-10 a partir de Suficiencia y MIPRES, 2022

VIH	CIE10	Descripción	Número de atenciones	%
0	R75X	Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	93	0,24%
0	Z114	Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	15532	39,97%
0	Z206	Contacto con y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	331	0,85%

VIH	CIE10	Descripción	Número de atenciones	%
0	Z717	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	22896	58,92%
0	Z830	Historia familiar de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	5	0,01%
1	B200	Enfermedad por VIH, resultante en infección por micobacterias	610	0,03%
1	B201	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones bacterianas	562	0,03%
1	B202	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad por citomegalovirus	784	0,04%
1	B203	Enfermedad por VIH, resultante en otras infecciones virales	1663	0,09%
1	B204	Enfermedad por VIH, resultante en candidiasis	659	0,03%
1	B205	Enfermedad por VIH, resultante en otras micosis	431	0,02%
1	B206	Enfermedad por VIH, resultante en neumonía por Pneumocystis Carinii	706	0,04%
1	B207	Enfermedad por VIH, resultante en infecciones múltiples	1174	0,06%
1	B208	Enfermedad por VIH, resultante en otras enfermedades infecciosas o parasitarias	510	0,03%
1	B209	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedad infecciosa o parasitaria no especificada	558	0,03%
1	B210	Enfermedad por VIH, resultante en sarcoma de Kaposi	463	0,02%
1	B211	Enfermedad por VIH, resultante en linfoma de Burkitt	244	0,01%
1	B212	Enfermedad por VIH, resultante en otros tipos de linfoma no Hodgkin	196	0,01%
1	B213	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos del tejido linfoide, hematopoyético y tejidos relacionados	16	0,00%
1	B217	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos múltiples	17	0,00%
1	B218	Enfermedad por VIH, resultante en otros tumores malignos	113	0,01%
1	B219	Enfermedad por VIH, resultante en tumores malignos no especificados	107	0,01%
1	B220	Enfermedad por VIH, resultante en encefalopatía	630	0,03%
1	B221	Enfermedad por VIH, resultante en neumonitis linfoide intersticial	102	0,01%
1	B222	Enfermedad por VIH, resultante en síndrome caquéctico	272	0,01%
1	B227	Enfermedad por VIH, resultante en enfermedades múltiples clasificadas en otra parte	588	0,03%
1	B230	Síndrome de infección aguda debida a VIH	8047	0,42%
1	B231	Enfermedad por VIH, resultante en linfadenopatía generalizada (persistente)	210	0,01%
1	B232	Enfermedad por VIH, resultante en anomalías inmunológicas y hematológicas, no clasificadas en otra parte	618	0,03%
1	B238	Enfermedad por VIH, resultante en otras afecciones especificadas	10698	0,56%
1	B24X	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH], sin otra especificación	1798887	94,56%
1	F024	Demencia en la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	339	0,02%
1	O987	Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] que complica el embarazo, el parto y el puerperio	14	0,00%
1	R75X	Evidencias de laboratorio del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	11326	0,60%
1	Z114	Examen de pesquisa especial para el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	25306	1,33%
1	Z206	Contacto con y exposición al virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	4900	0,26%
1	Z21X	Estado de infección asintomática por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	2595	0,14%

VIH	CIE10	Descripción	Número de atenciones	%
1	Z717	Consulta para asesoría sobre el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	28961	1,52%
1	Z830	Historia familiar de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]	113	0,01%

0: pacientes con diagnósticos relacionados con VIH (R75X, Z114, Z206, Z717 y Z830) y 1: pacientes con VIH con diagnósticos en Suficiencia (B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B210, B211, B212, B213, B217, B218, B219, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24X, F024, O987, R75X, Z114, Z206, Z21X, Z717 y Z830), identificados en la CAC y con medicamentos de VIH.

Fuente: elaboración propia a partir de la información de Suficiencia, MIPRES y CAC.

Por su parte, en la Tabla 9 se presentan los resultados de la estimación de población y gasto por medio de las bases de Suficiencia y MIPRES. Para la selección de la población, se tomaron todos los pacientes con diagnósticos relacionados con VIH -0-, los pacientes identificados con VIH -1- y aquellos pacientes que se realizaron pruebas de VIH, pero que no tuvieron la condición en el periodo de análisis -2-. Así mismo, se presenta el número de personas únicas y gasto con y sin el coeficiente de expansión y diferenciado para Suficiencia en términos del régimen de contribución estimado. El gasto estimado total fue de \$ 790.484.080.134 por ambas fuentes y el número de personas únicas en total fue de 1.968.939, de los cuales 210.856 fueron estimadas con VIH.

Tabla 9. Gasto a partir de Suficiencia y MIPRES, 2022

BD	MIPRES		Suficiencia		
	0	1	0	1	2
Codificación VIH					
Personas únicas	34	29628	27610	87697	663819
Gasto	\$ 19.611.015	\$ 39.416.284.525	\$ 1.066.104.555	\$ 275.807.302.034	\$ 39.168.418.572
Personas únicas expandidas	NA	NA	68961	210856	1659460
Gasto expandido	NA	NA	\$ 2.706.927.715	\$ 650.113.642.755	\$ 98.227.614.124
Personas únicas expandidas contributivo	NA	NA	35557	113189	855899
Gasto expandido contributivo	NA	NA	\$ 1.369.961.453	\$ 356.385.486.050	\$ 50.487.858.124
Personas únicas expandidas subsidiado	NA	NA	33403	97667	803561
Gasto expandido subsidiado	NA	NA	\$ 1.336.966.263	\$ 293.728.156.705	\$ 47.739.756.000

NA: No aplica, 0: pacientes con diagnósticos relacionados con VIH (R75X, Z114, Z206, Z717 y Z830), 1: pacientes con VIH con diagnósticos en Suficiencia (B200, B201, B202, B203, B204, B205, B206, B207, B208, B209, B210, B211, B212, B213, B217, B218, B219, B220, B221, B222, B227, B230, B231, B232, B238, B24X, F024, O987, R75X, Z114, Z206, Z21X, Z717 y Z830), identificados en la CAC y con medicamentos de VIH y 2: pacientes con pruebas de VIH (906249 y 906250).

Fuente: elaboración propia a partir de la información de Suficiencia, MIPRES y CAC.

7. Resultados

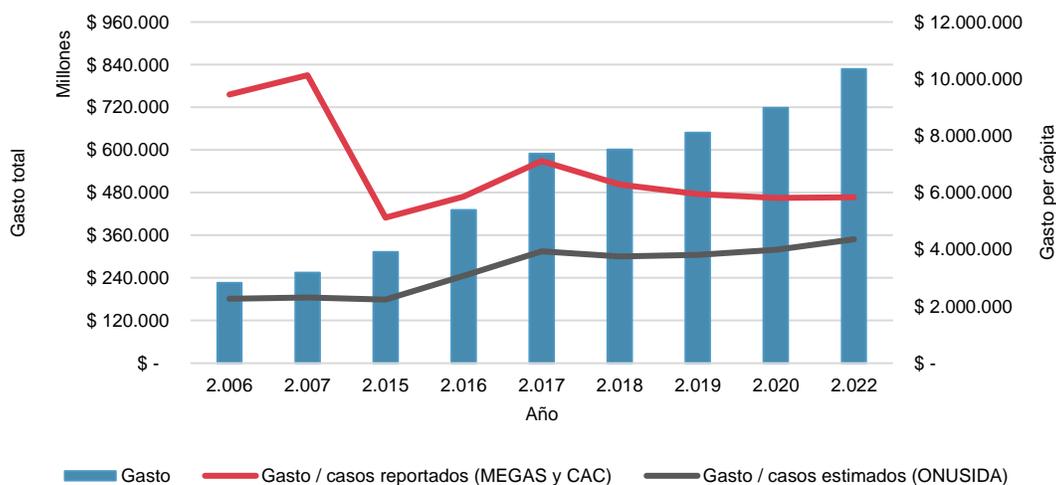
7.1. Gasto estimado nacional y por caso

El gasto total estimado de la financiación de la respuesta nacional al VIH/SIDA en Colombia en el 2022 fue de \$ 827.942.988.770 (USD 194.581.196). En la Figura 9 se presentan los valores estimados del MEGAS desde 2006 hasta 2022. Se evidencia un incremento sostenido en el tiempo en el gasto total de VIH/SIDA, siendo del 15% desde 2020 al 2022.

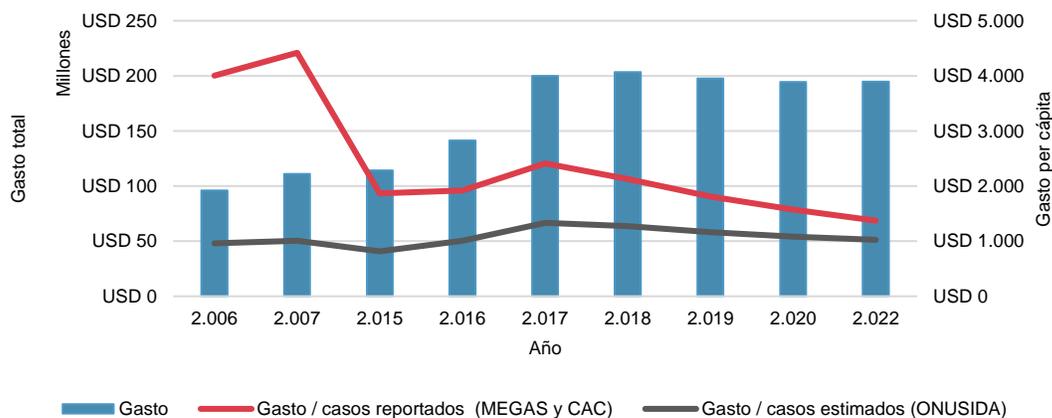
En términos del gasto por caso, se usaron dos fuentes para calcular el número de personas, por un lado, los reportes de MEGAS (2006-2007) y la CAC (2015-2022)³⁹ y, por el otro, ONUSIDA (2006-2022). Con la primera, se evidencia un decaimiento en el gasto per cápita y con la segunda un incremento. La diferencia podría deberse a un subregistro en los datos locales con respecto a la población calculada con VIH, particularmente en los primeros años. El gasto per cápita a partir de los datos de ONUSIDA estaría en \$ 4.357.595 (USD 1.024), con un intervalo entre \$ 3.311.772 (USD 778) y \$ 5.519.620 (USD 1.297).

Figura 9. Histórico del gasto de la respuesta al VIH/SIDA 2006-2022

Pesos colombianos (COP)



Dólares (USD)



Fuente: elaboración propia a partir de la estimación de 2022, la información de gasto de los MEGAS anteriores, el número de personas reportados por el MEGAS (2006-2007) y la CAC (2015-2022), y el número de personas estimadas ONUSIDA (2006-2022). Para pasar los de COP a USD se usó la TRM promedio de cada año publicado por el Banco de la República de Colombia.

³⁹ Número de casos al 31 de enero de 2022.

Como comparativo, se realizó una revisión de literatura de los estudios de gastos y costos para VIH en Colombia (1,46,47). En la Tabla 10 se presenta un resumen de los principales hallazgos, en la que se evidencia una estimación del costo per cápita entre \$ 3.706.794 y \$ 4.875.807 y un total entre \$ 704.290.849.752 y \$ 926.403.330.000, medidos a partir de los datos del número de PVV de ONUSIDA.

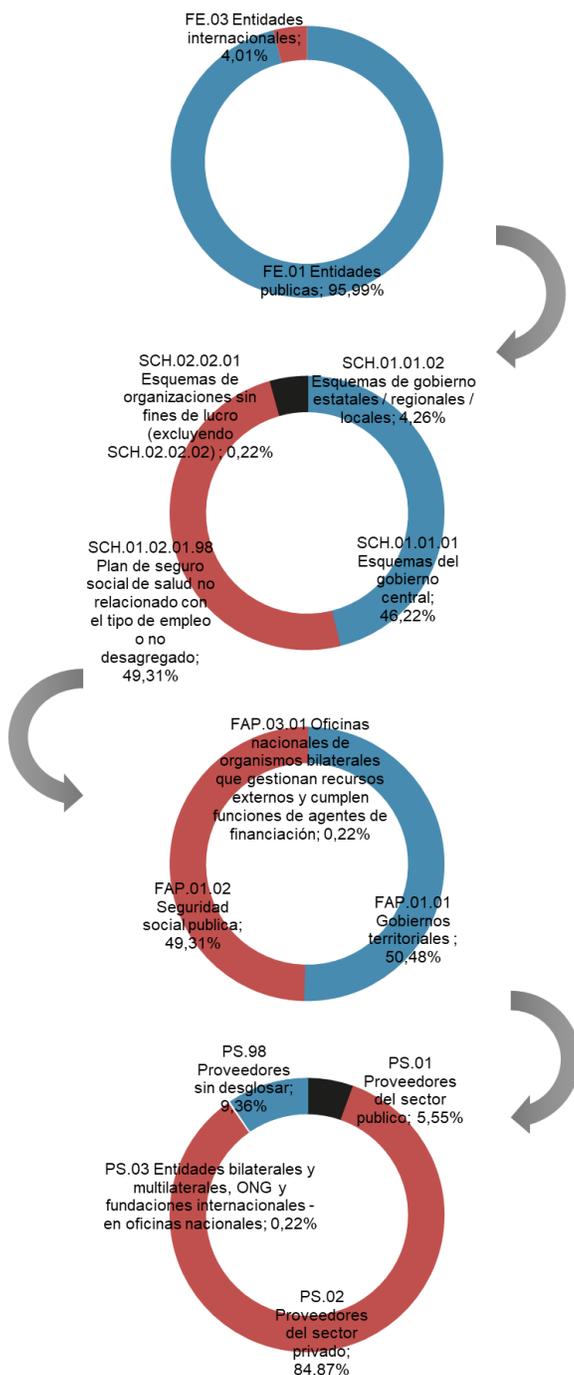
Tabla 10. Estimación del costo de la atención por VIH/SIDA en otros estudios, 2022

Estudio	Costo per cápita	Total	Fuente
Costo de la atención en salud del VIH/Sida en Colombia	\$ 3.706.794	\$ 704.290.849.752	(46)
Situación del VIH 2022	\$ 3.689.530	\$ 701.010.700.000	(1)
Paquetes de atención integral para personas en situación de migración irregular o pendular con VIH	\$ 4.875.807	\$ 926.403.330.000	(47)

Fuente: elaboración propia a partir de las fuentes señaladas y número de personas con VIH reportado por ONUSIDA (2022).

En términos de las categorías del gasto, la Figura 10 resume en términos de porcentaje del gasto el flujo de fondos entre agentes de la respuesta nacional en el 2022. Allí se muestran las cuatro principales categorías del MEGAS: las entidades financiadoras (FE), los mecanismos financieros (SCH), los agentes compradores-financiadores (FAP) y las entidades prestadoras (PS). En el grupo de la FE, el 96% de la financiación se da por medio de entidades públicas y el 4% por entidades internacionales. En cuanto a los SCH, el 46,22% se da por mecanismos asociados con el gobierno central, el 49,31% por el plan de seguro social en salud, el 4,26% por esquemas de gobierno departamental y el 0,22% por organizaciones sin fines de lucro. Por su parte, en los FAP, el 50,48% es el gobierno territorial, el 49,31% son las organizaciones asociadas con la seguridad social pública y el 0,22% son las organizaciones nacionales de organismos bilaterales. Finalmente, en los PS, el 84,87% son proveedores del sector privado, el 9,36% proveedores sin desglosar, el 5,55% proveedor del sector público y el 0,22% son las entidades bilaterales y multilaterales, ONG o fundaciones internacionales. En las siguientes secciones, se detalla la información reportada en dichas categorías.

Figura 10. Flujo de fondos entre agentes de la respuesta nacional al VIH, 2022

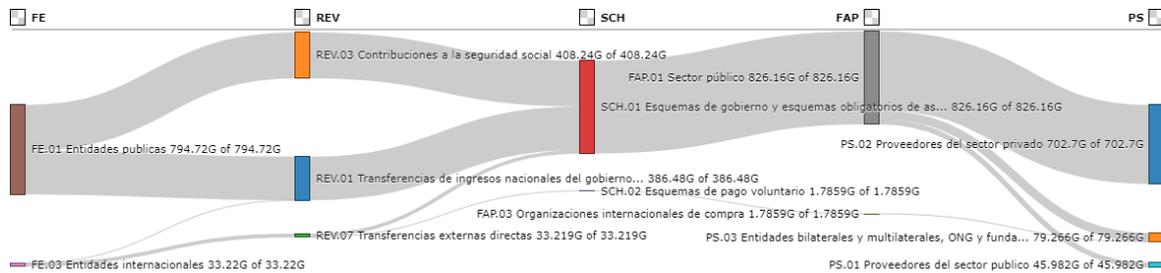


Fuente: elaboración propia.

Más detalladamente, la Figura 11 muestra los flujos de recursos desde las entidades financiadoras (FE) a los proveedores de servicios (PS). Allí se exhibe que 794,72 mil millones de pesos provienen de las entidades públicas y 33,22 mil millones de pesos de las

entidades internacionales, cuya fuente de ingresos (REV) se divide principalmente en contribuciones a la seguridad social (408,24 mil millones de pesos), transferencias de ingresos nacionales del gobierno (386,48 mil millones de pesos) y transferencias externas directas (33,21 mil millones). Estos ingresos, se distribuyen por medio de los esquemas (SCH) de gobierno y obligatorios de la asistencia sanitaria a través del sector público como agente financiero-comprador (FAP) (826,16 mil millones de pesos) y por vía de los esquemas de pago voluntario mediante las organizaciones internacionales (1,78 mil millones de pesos). Finalmente, los recursos son ejecutados en la prestación de los servicios de salud (PS) por proveedores del sector privado (702,7 mil millones de pesos), entidades bilaterales y multilaterales, ONG o fundaciones internacionales (79,26 mil millones de pesos) y proveedores del sector público (45,98 mil millones de pesos).

Figura 11. Flujo de entidades financiadoras a proveedores de servicios de la respuesta nacional al VIH, 2022

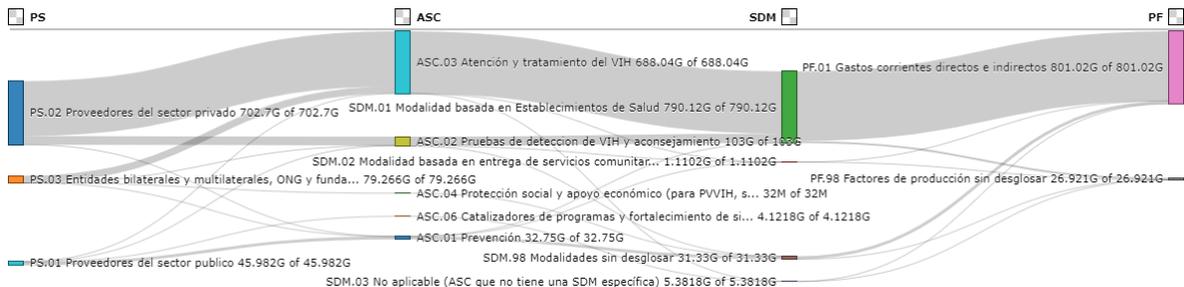


G: \$ 1.000.000.000.

Fuente: elaboración propia partir del RTT de Onusida.

Por su parte, la Figura 12 exhibe la circulación del gasto desde los proveedores a los factores de producción. Allí, se evidencia en primera medida que los proveedores ofrecen diferentes servicios que responden a distintas categorías del gasto (ASC) y que la mayoría de los recursos se destinan a: atención y tratamiento del VIH (688,04 mil millones de pesos), pruebas de detección de VIH y asesoramiento (103 mil millones de pesos) y prevención (32,75 mil millones de pesos). Seguidamente, se muestra que la principal modalidad de entrega de los servicios (SDM) es mediante establecimientos de salud (790,12 mil millones de pesos) y destinación es para pagar los factores de producción (PF) de gastos corrientes directos e indirectos (801,02 mil millones de pesos).

Figura 12. Flujo de los proveedores a los factores de producción de la respuesta nacional al VIH, 2022

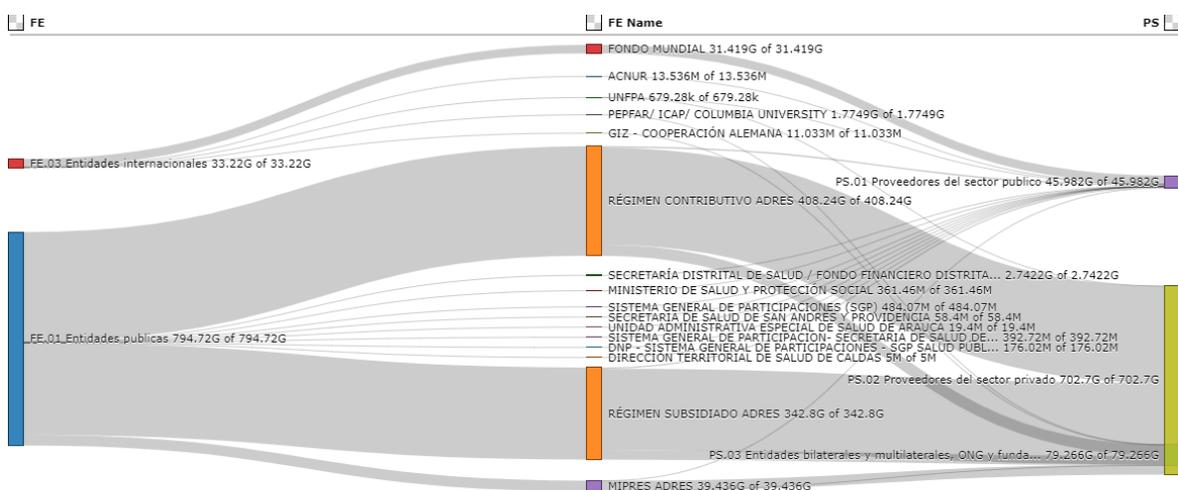


G: \$ 100.000.000.

Fuente: elaboración propia del RTT de Onusida.

Finalmente, la Figura 13 presenta el detalle de los flujos de las entidades financiadoras (FE) a los proveedores (PS) de la respuesta nacional al VIH. Allí se resalta adicionalmente, que los principales ingresos son públicos, administrados principalmente por la ADRES, por medio de las contribuciones a ambos regímenes de afiliación del SGSSS (408,24 mil millones de pesos RC y 342,8 mil millones de pesos RS) y presupuestos máximos mediante la información reportada en el MIPRES (39,43 mil millones de pesos), y el Fondo Mundial (31,42 mil millones de pesos).

Figura 13. Detalle de los flujos de las entidades financiadoras (FE) a los proveedores (PS) de la respuesta nacional al VIH, 2022



M: \$ 1.000.000, G: \$ 1.000.000.000.
Fuente: elaboración propia del RTT de Onusida.

7.2. Entidades financiadoras (FE)

La Tabla 11 muestra el gasto según las entidades financiadoras (FE). Allí se resalta, que el 95,99% se da a través de entidades públicas; mientras que, el 4,01% es a través de las entidades internacionales, de los cuales el 3,79% son recursos del Fondo Mundial. Del total del gasto de las entidades públicas, la población beneficiaria son principalmente las PVV (independientemente de si tienen un diagnóstico médico o clínico de sida) con un 82,82%.

Tabla 11. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por entidades financiadoras (FE), 2022

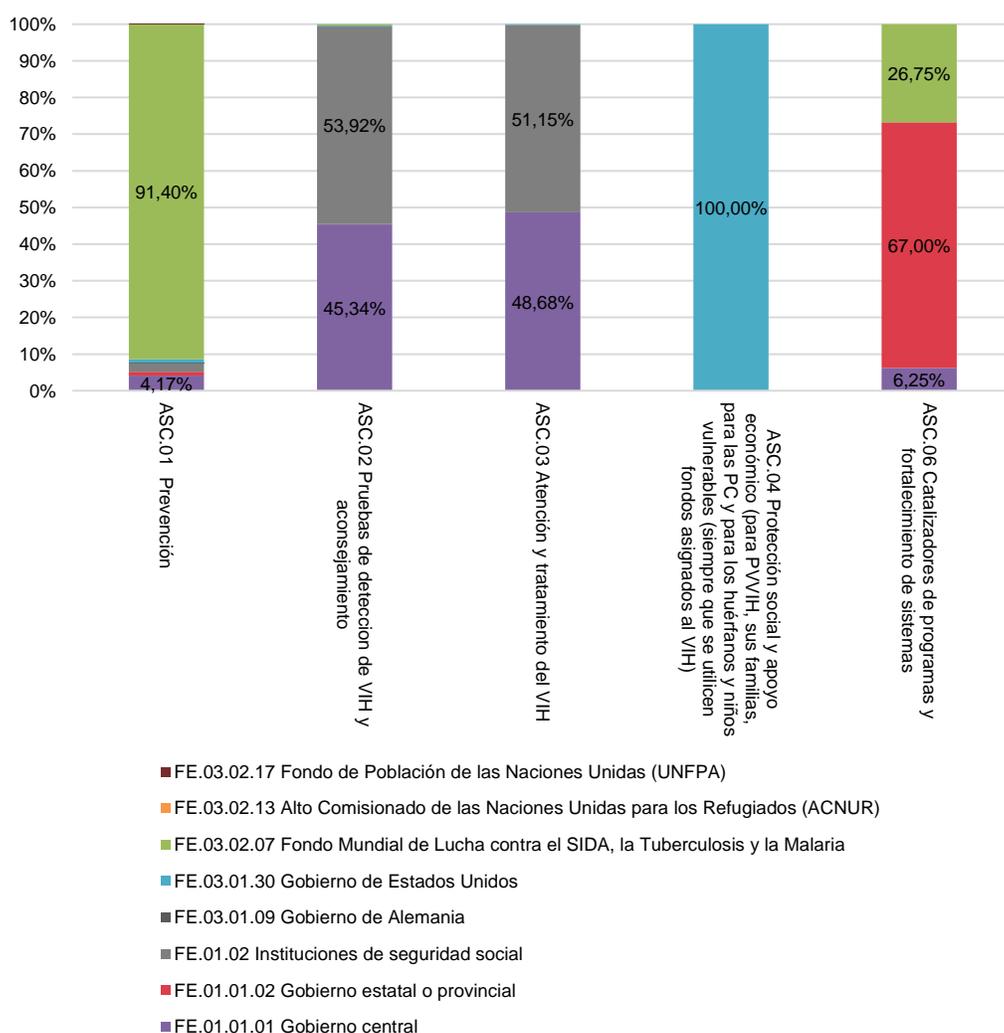
Transacción	Total \$ Col.	%
FE.01 Entidades públicas	\$ 794.723.375.492	95,99%
FE.01.01.01 Gobierno central	\$ 383.267.320.239	46,29%
FE.01.01.02 Gobierno estatal o provincial	\$ 3.212.749.626	0,39%
FE.01.02 Instituciones de seguridad social	\$ 408.243.305.626	49,31%
FE.03 Entidades internacionales	\$ 33.219.613.278	4,01%
FE.03.01.09 Gobierno de Alemania	\$ 11.033.250	0,00%
FE.03.01.30 Gobierno de Estados Unidos	\$ 1.774.891.963	0,21%
FE.03.02.07 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria	\$ 31.419.472.401	3,79%

FE.03.02.13 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)	\$ 13.536.379	0,00%
FE.03.02.17 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	\$ 679.285	0,00%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

La Figura 14 muestra que el mayor porcentaje de gasto por entidades públicas va dirigido a atención y tratamiento del VIH (99,83%) y por entidades internacionales a protección social y apoyo económico (100%). Así mismo, se evidencia que el mayor porcentaje de gasto dirigido a prevención depende mayormente de entidades internacionales (91,4%) esto es debido a la limitación en la recolección de información por parte de las DTS que se encargan de la gestión de la mayoría de este tipo de actividades y debido a que la mayoría de los incentivos económicos en la atención en el SGSSS van direccionados principalmente hacia el tratamiento de la enfermedad.

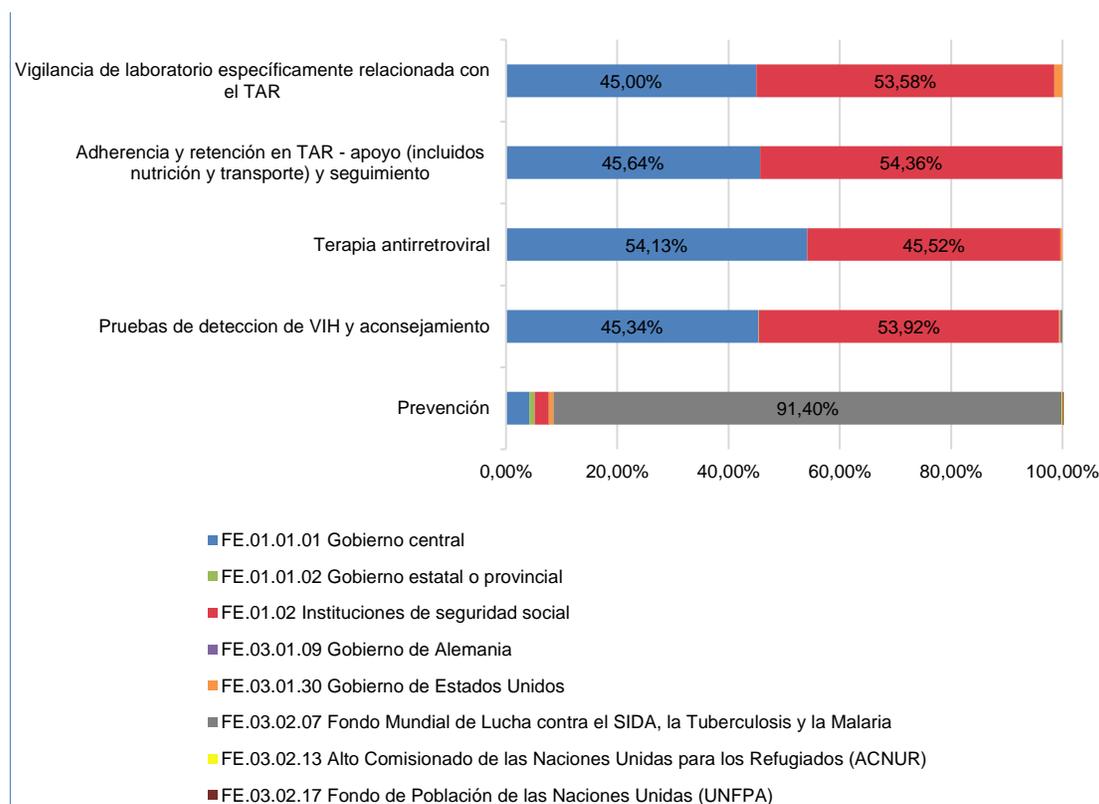
Figura 14. Entidades financiadoras (FE) y categoría del gasto (ASC), 2022



Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la Figura 15, se centra en los programas clave. Allí se evidencia que la mayoría del gasto se realiza con fondos públicos, con excepción de la prevención. En esto se debe a que se capta en mayoría el gasto relacionado con atención y tratamiento (Suficiencia, MIPRES, etc) y la fuente principal de dichas atenciones se dan marco del SGSSS en los RC y RS.

Figura 15. Programas clave y entidades financiadoras (FE), 2022



Fuente: elaboración propia.

7.3. Ingresos (REV)

La Tabla 12 presenta el gasto por ingresos (REV). Se evidencia que el 49,31% de contribuciones a la seguridad social sin desglosar y 46,68% de transferencias y donaciones internas. Ambas fuentes son recursos públicos que administra la ADRES y se dividieron para intentar visibilizar los ingresos para el RC, asociados a la primera contribución, y RS, mediante la segunda⁴⁰. La principal fuente de información está relacionada con atención y tratamiento por medio de Suficiencia y MIPRES. De estos ingresos públicos (95,99%), el 84,87% va orientado a proveedores del sector privado.

⁴⁰ Mediante el uso de los coeficientes de expansión.

Tabla 12. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por ingresos (REV), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
REV.01 Transferencias de ingresos nacionales del gobierno, incluidos los préstamos reembolsables (asignados para enfrentar el VIH)	\$ 386.480.749.150	46,68%
REV.01.01 Transferencias y donaciones internas	\$ 386.480.749.150	46,68%
REV.03 Contribuciones a la seguridad social	\$ 408.243.305.626	49,31%
REV.03.98 Contribuciones a la seguridad social sin desglosar	\$ 408.243.305.626	49,31%
REV.07 Transferencias externas directas	\$ 33.218.933.993	4,01%
REV.07.01.01 Transferencias financieras directas bilaterales	\$ 1.785.925.213	0,22%
REV.07.01.02 Transferencias financieras directas multilaterales	\$ 31.433.008.780	3,80%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

7.4. Mecanismos financieros (SCH)

La Tabla 13 ilustra el gasto por mecanismos financieros (SCH). Se muestra que el 99,78% se da mediante esquemas de gobierno y esquemas obligatorios de asistencia sanitaria, en donde el 95,53% de los recursos públicos se gestionan por medio de la ADRES y cuya principal fuente de información está relacionada con la atención y el tratamiento en las bases de datos de Suficiencia y MIPRES. Dicho porcentaje, se dividió para visibilizar los ingresos por régimen en el SGSSS como el 49,31% que obedece al plan de seguro social de salud no relacionado con el tipo de empleo o no desagregado (como una aproximación al valor del RC) y el 46,22% en esquemas del gobierno central en el caso del gasto público (como una aproximación al valor del RC)⁴¹.

Tabla 13. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por mecanismos financieros (SCH), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
SCH.01 Esquemas de gobierno y esquemas obligatorios de asistencia sanitaria.	\$ 826.157.063.557	99,78%
SCH.01.01.01 Esquemas del gobierno central	\$ 382.684.382.628	46,22%
SCH.01.02.01.98 Plan de seguro social de salud no relacionado con el tipo de empleo o no desagregado	\$ 408.243.305.626	49,31%
SCH.01.01.02 Esquemas de gobierno estatales / regionales / locales	\$ 35.229.375.302	4,26%
SCH.02 Esquemas de pago voluntario	\$ 1.785.925.213	0,22%
SCH.02.02.01 Esquemas de organizaciones sin fines de lucro (excluyendo SCH.02.02.02)	\$ 1.785.925.213	0,22%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

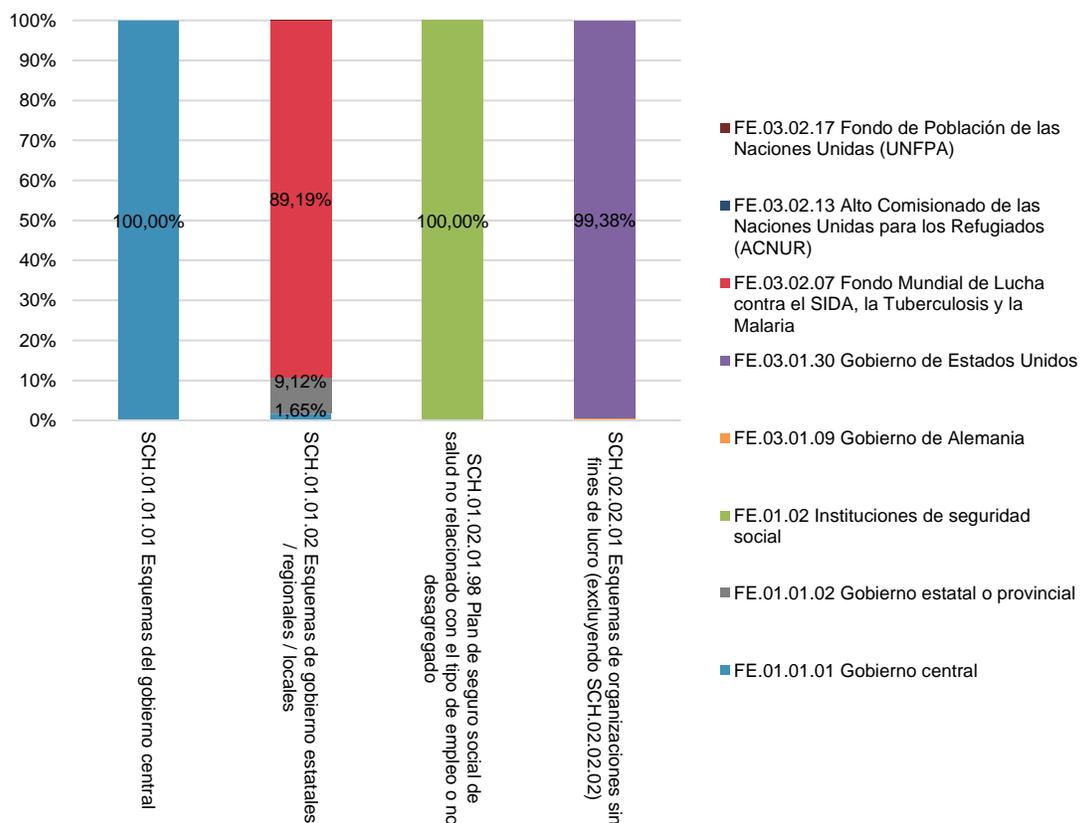
Fuente: elaboración propia.

La Figura 16 presenta la relación de los esquemas con las entidades financiadoras y allí, es de relevancia resaltar la participación de los organismos multilaterales en los esquemas de gobierno local. Específicamente, en los esquemas de gobierno estatales / regionales / locales (SCH.01.01.02), el 89,19% de los recursos que provienen de organizaciones multilaterales, la entidad financiadora es el Fondo Mundial y se asignaron para actividades programáticas y programas de prevención con entrega de preservativos y lubricantes hacia poblaciones clave, pruebas de detección de VIH y aconsejamiento y costos de administración y gestión de programas. Por su parte, los esquemas de organizaciones sin

⁴¹ Mediante el uso de los coeficientes de expansión.

fines de lucro (SCH.02.02.01)⁴², las entidades financiadoras son el Plan Presidencial de Emergencia para Alivio del SIDA (PEPFAR), ICAP de Columbia University y la Agencia Alemana para la Cooperación Internacional (GIZ) y son destinados para la promoción y suministro de preservativos y lubricantes, la prevención y tratamiento de ITS, el asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para la población en general, la terapia antirretroviral, la vigilancia de laboratorio específicamente relacionada con el TAR y la protección social a través de beneficios monetarios o en especie.

Figura 16. Entidad financiadora (FE) y los mecanismos financieros (SCH), 2022



Fuente: elaboración propia.

Finalmente, los esquemas del gobierno central (SCH.01.01.01) y el plan de seguro social de salud no relacionado con el tipo de empleo o no desagregado (SCH.01.02.01.98) agrupan los fondos que provienen del gobierno central, los cuales fueron separados para reflejar los fondos que vienen del RS y RC, respectivamente. Estos fondos provienen de los aportes de los trabajadores formales, los impuestos y otras fuentes del presupuesto general de la nación.

⁴² Este código excluye SCH.2.2.2 Esquemas de agencias extranjeras residentes.

7.5. Agente financiero-comprador (FAP)

La Tabla 14 exhibe el gasto por agente financiero-comprador (FAP). Del total estimado, se encuentra que el 99,78% proviene del sector público y el 0,22% de organizaciones internacionales de compra.

Tabla 14. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por agente financiero-comprador (FAP), 2022

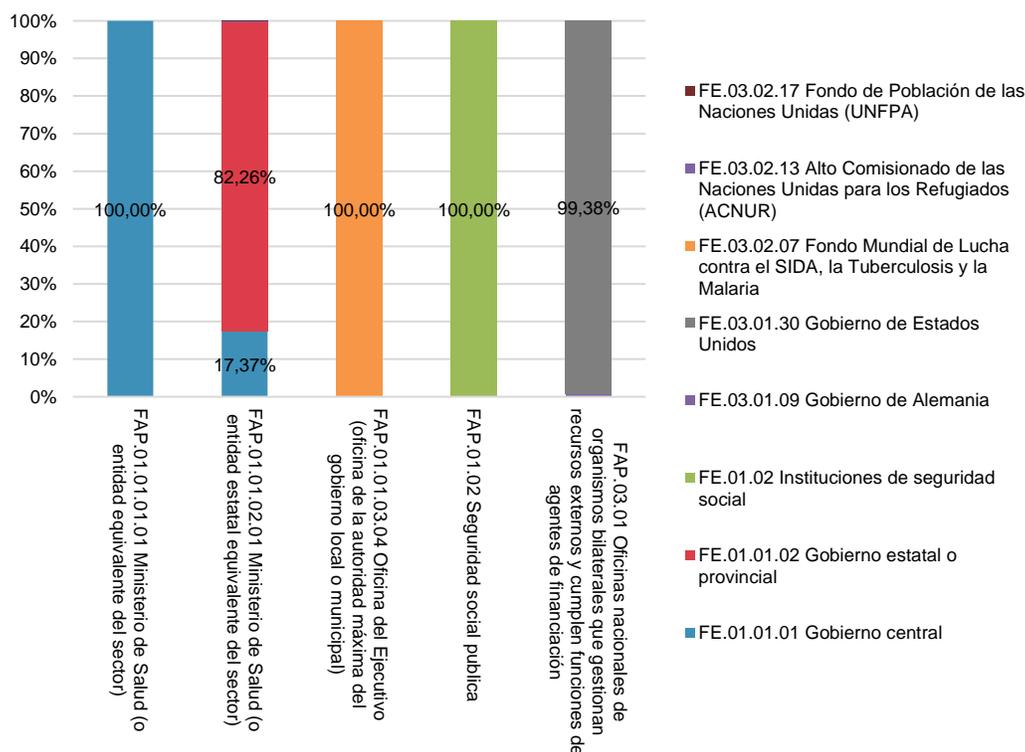
Transacción	Total \$ Col.	%
FAP.01 Sector público	\$ 826.157.063.557	99,78%
FAP.01.01.01.01 Ministerio de Salud (o entidad equivalente del sector)	\$ 382.588.774.508	46,21%
FAP.01.01.02.01 Ministerio de Salud (o entidad estatal equivalente del sector)	\$ 3.905.511.022	0,47%
FAP.01.01.03.04 Oficina del Ejecutivo (oficina de la autoridad máxima del gobierno local o municipal)	\$ 31.419.472.401	3,79%
FAP.01.02 Seguridad social publica	\$ 408.243.305.626	49,31%
FAP.03 Organizaciones internacionales de compra	\$ 1.785.925.213	0,22%
FAP.03.01 Oficinas nacionales de organismos bilaterales que gestionan recursos externos y cumplen funciones de agentes de financiación	\$ 1.785.925.213	0,22%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

Por su parte, la Figura 17 relaciona la entidad financiera y agente financiero-comprador. En este caso, el sector público (FAP.01) por medio de los gobiernos territoriales (FAP.01.01) son el principal agente financiador-comprador, cuya entidad financiadora son las entidades públicas gubernamentales (FE.01.01), y a través de la seguridad social pública (FAP.01.02), cuya principal entidad financiadora son las instituciones de seguridad social (FE.01.02). El destino de los recursos son las prestaciones asociadas principalmente con la atención y tratamiento del VIH/SIDA en el SGSSS.

Particularmente, en el caso de la oficina del ejecutivo de las autoridades locales o municipales (FAP.01.01.03.04) la principal entidad financiadora es el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FE.03.02.07) destinado a servicios para poblaciones clave, principalmente para programas de prevención con entrega de preservativos y lubricantes, pruebas de detección de VIH y asesoramiento y los costos de administración y gestión. Y en el caso de las oficinas nacionales de organismos bilaterales (FAP.03.01) cuyas entidades financiadoras son los gobiernos de Estados Unidos (FE.03.01.30), en mayor proporción, y de Alemania (FE.03.01.09), se destinaron a la promoción y suministro de preservativos y lubricantes, la prevención y tratamiento de ITS, asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, terapia antirretroviral, vigilancia de laboratorio específicamente relacionada con el TAR y la protección social a través de beneficios monetarios o en especie.

Figura 17. Entidad financiadora (FE) y agente financiero-comprador (FAP), 2022



Fuente: elaboración propia.

7.6. Modalidades de entrega de servicios (SDM)

La Tabla 15 registra el gasto por modalidades de entrega de servicios (SDM). Allí se muestra que el 91,93% son basados en atención ambulatoria y el 3,5% en atención hospitalaria. El tipo se identificó mediante la variable del ámbito de atención de los prestadores reportada en la base de datos.

Tabla 15. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por modalidades de entrega de servicios (SDM), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
SDM.01 Modalidad basada en Establecimientos de Salud	\$ 790.121.192.116	95,43%
SDM.01.01 Basados en el establecimiento: Atención ambulatoria	\$ 761.111.216.828	91,93%
SDM.01.02 Basados en el establecimiento: Atención hospitalaria	\$ 28.938.475.288	3,50%
SDM.01.98 Basados en el establecimiento sin desglosar	\$ 71.500.000	0,01%
SDM.02 Modalidad basada en entrega de servicios comunitarios o en hogar	\$ 1.110.189.732	0,13%
SDM.02.05 Basados en la comunidad: actividades de divulgación	\$ 521.699	0,00%
SDM.02.98 Basados en el hogar y la comunidad sin desglosar	\$ 1.109.668.033	0,13%
SDM.03 No aplicable (ASC que no tiene una SDM específica)	\$ 5.381.783.607	0,65%
SDM.03 No aplicable (ASC que no tiene una SDM específica)	\$ 5.381.783.607	0,65%
SDM.98 Modalidades sin desglosar	\$ 31.329.823.314	3,78%
SDM.98 Modalidades sin desglosar	\$ 31.329.823.314	3,78%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

7.7. Proveedores de la respuesta (PS)

La Tabla 16 reporta el gasto proveedores de la respuesta (PS). De las diferentes entidades identificadas, el 84,87% corresponde a proveedores del sector privado y 5,55% del sector público. Estos se identificaron por medio del código de habilitación de la institución prestadora del servicio de salud por medio los RIPS y REPS; sin embargo, en algunos casos el identificador no arrojó resultados para caracterizar la institución.

Tabla 16. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por proveedores de la respuesta (PS), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
PS.01 Proveedores del sector publico	\$ 45.981.873.491	5,55%
PS.01.01.01 Hospitales (públicos)	\$ 179.968.338	0,02%
PS.01.01.13.02 Departamentos dependientes del Ministerio de Salud o equivalente	\$ 45.126.140	0,01%
PS.01.01.13.98 Entidades gubernamentales no desglosadas	\$ 292.425	0,00%
PS.01.01.98 Organizaciones gubernamentales sin desglosar	\$ 44.949.949.787	5,43%
PS.01.02.98 Organizaciones paraestatales sin desglosar	\$ 458.536.801	0,06%
PS.01.98 Proveedores del sector público sin desglosar	\$ 348.000.000	0,04%
PS.02 Proveedores del sector privado	\$ 702.695.137.862	84,87%
PS.02.01.01.14 Organizaciones de la sociedad civil (privadas, sin fines de lucro, no basados en fe)	\$ 67.070	0,00%
PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	\$ 702.695.070.792	84,87%
PS.03 Entidades bilaterales y multilaterales, ONG y fundaciones internacionales - en oficinas nacionales	\$ 1.785.925.213	0,22%
PS.03.03 ONG y fundaciones internacionales	\$ 1.785.925.213	0,22%
PS.98 Proveedores sin desglosar	\$ 77.480.052.203	9,36%
PS.98 Proveedores sin desglosar	\$ 77.480.052.203	9,36%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

En la Tabla 17 se presenta el proveedor por áreas programáticas. Se evidencia que la prevención es provista por organizaciones gubernamentales principalmente y las pruebas de detección, aconsejamiento, atención y tratamiento están a cargo de organizaciones privadas en su mayoría. En prevención el 93,69% (ASC.01) es provisto por organizaciones gubernamentales (PS.01.01) como las DTS, las ESE, los hospitales o IPS públicas, las mesas departamentales y destinado principalmente para programas de promoción y suministro de preservativos y lubricantes, actividades programáticas, prevención y tratamiento y actividades de Prevención de la transmisión materno-infantil (PTMI).

Por su parte, las pruebas de detección de VIH y aconsejamiento (ASC.02) y la atención y tratamiento del VIH (ASC.03), con el 92,30% y 88,11% del gasto, son provistos por proveedores del sector privado (PS.02.98), en representación de las IPS privadas, respectivamente. En el primer caso, el gasto está asociado principalmente con el asesoramiento y pruebas del VIH. En el segundo caso, están relacionados con la provisión, vigilancia de laboratorio, adherencia y retención de la terapia con TAR, tratamiento, prevención detección y diagnóstico de TB o hepatitis, profilaxis y tratamientos de infecciones oportunistas (IO), cuidados paliativos y otros tratamientos relacionados.

Tabla 17. Proveedores de salud (PS) y categorías del gasto (ASC), 2022

Proveedor por áreas programáticas	PS.01.01 Organizaciones gubernamentales	PS.01.02 Organizaciones paraestatales	PS.02.01 Proveedores sin fines de lucro	PS.03.03 ONG y fundaciones internacionales	PS.01.98 Proveedores del sector público sin desglosar	PS.02.98 Proveedores del sector privado sin desglosar	PS.98 Proveedores sin desglosar	Total
ASC.01 Prevención	93,69%	0,00%	0,00%	0,99%	1,06%	4,26%	0,00%	100%
ASC.02 Pruebas de detección de VIH y asesoramiento	6,90%	0,20%	0,00%	0,24%	0,00%	92,30%	0,36%	100%
ASC.03 Atención y tratamiento del VIH	0,47%	0,04%	0,00%	0,17%	0,00%	88,11%	11,21%	100%
ASC.04 Protección social y apoyo económico (para PVVIH, sus familias, para las PC y para los huérfanos y niños vulnerables (siempre que se utilicen fondos asignados al VIH)	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
ASC.06 Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas	100,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	100%
Total	5,46%	0,06%	0,00%	0,22%	0,04%	84,87%	9,36%	100%

Fuente: elaboración propia.

En la protección social y apoyo económico (ASC.04) son provistos por ONG y fundaciones internacionales (PS.03.03) y se direcciona para brindar beneficios monetarios o en especie. Finalmente, los catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas (ASC.06), los provee también las organizaciones gubernamentales (PS.01.01) principalmente por las DTS y las ESE y son dirigidas a la planificación estratégica, coordinación y desarrollo de políticas y los costos de administración y gestión de programas.

7.8. Factores de producción (PF)

La Tabla 18 contiene el gasto agrupado por los factores de producción (PF). Del total de elementos, los costos laborales - proveedores de servicios directos ocupan el 47,59% y los antirretrovirales el 24,01%.

Tabla 18. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por factores de producción (PF), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
PF.01 Gastos corrientes directos e indirectos	\$ 801.021.890.599	96,75%
PF.01.01.01.01 Costos laborales - Proveedores de servicios directos	\$ 394.014.804.476	47,59%
PF.01.01.01.04 Consultores (externos)	\$ 6.645.356.659	0,80%
PF.01.01.01.98 Proveedores de servicios directos sin desglosar	\$ 3.326.156.095	0,40%
PF.01.01.02.01 Costos laborales - Gestión del programa	\$ 203.378.350	0,02%
PF.01.02.03 Gastos de viaje	\$ 1.305.464.817	0,16%
PF.01.02.04 Costos administrativos y de gestión del programa	\$ 1.850.919.621	0,22%
PF.01.03.01.01 Antirretrovirales	\$ 198.766.967.183	24,01%
PF.01.03.01.98 Productos farmacéuticos sin desglosar	\$ 8.343.165.276	1,01%
PF.01.03.02.02 Preservativos	\$ 282.445.878	0,03%
PF.01.03.02.03 Lubricantes	\$ 69.700.453	0,01%
PF.01.03.03.01 Pruebas de detección y diagnóstico de VIH	\$ 104.563.161.693	12,63%
PF.01.03.03.02 Pruebas de CV	\$ 20.341.737.328	2,46%
PF.01.03.03.03 Pruebas de CD4	\$ 11.415.179.956	1,38%
PF.01.03.03.04 Pruebas de diagnóstico de ITS (incluidas las pruebas rápidas)	\$ 1.401.207.123	0,17%
PF.01.03.03.98 Reactivos y materiales sin desglosar	\$ 9.811.999.267	1,19%
PF.01.03.04.01 Alimentos y nutrientes	\$ 4.156.447.965	0,50%
PF.01.03.04.02 Material de promoción e información	\$ 206.561.180	0,02%
PF.01.03.98 Productos y suministros médicos sin desglosar	\$ 15.506.840.537	1,87%
PF.01.04 Servicios externos contratados	\$ 3.391.815.274	0,41%
PF.01.05 Transporte relacionado con beneficiarios	\$ 534.460.433	0,06%
PF.01.03.03.06 Pruebas de diagnóstico de hepatitis (incluidas las pruebas rápidas)	\$ 10.905.583.660	1,32%
PF.01.06 Servicios de vivienda o alojamiento para beneficiarios	\$ 44.387.020	0,01%
PF.01.03.04.98 Suministros no médicos, sin desglosar	\$ 499.455.759	0,06%
PF.01.03.01.02 Medicamentos para la tuberculosis	\$ 636.314.104	0,08%
PF.01.03.01.05 Vacunas contra la hepatitis	\$ 210.867.936	0,03%
PF.01.03.03.05 Pruebas de diagnóstico de TB (incluidas las pruebas rápidas)	\$ 2.587.512.557	0,31%
PF.98 Factores de producción sin desglosar	\$ 26.921.098.171	3,25%
PF.98 Factores de producción sin desglosar	\$ 26.921.098.171	3,25%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

7.9. Categorías de gasto en sida (ASC)

La Tabla 19 expone las diferentes categorías de gasto en sida (ASC). En proporción, la atención y tratamiento del VIH tiene el mayor porcentaje (83,10%), seguida de las pruebas de detección de VIH y asesoramiento (12,44%).

Tabla 19. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por categorías de gasto en sida (ASC), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
ASC.01 Prevención	\$ 32.749.906.076	3,96%
ASC.01.01.02.01.01 Programas de preservativos y lubricante como parte de los programas para profesionales del sexo	\$ 61.631.334	0,01%
ASC.01.01.02.01.98 Actividades programáticas para profesionales del sexo y sus clientes sin desglosar por tipo	\$ 1.446.349.403	0,17%
ASC.01.01.02.02.01 Programas de preservativos y lubricantes para HSH	\$ 192.912.927	0,02%
ASC.01.01.02.02.98 Actividades programáticas para HSH sin desglosar por tipo	\$ 12.004.700.041	1,45%
ASC.01.01.02.03.01 Programas de preservativos y lubricantes para personas transgénero	\$ 30.005.740	0,00%
ASC.01.01.02.03.98 Actividades programáticas para TG sin desglosar por tipo	\$ 289.269.881	0,03%
ASC.01.01.02.04.01 Programas de preservativos y lubricantes como parte de los programas para PID	\$ 13.567.761	0,00%
ASC.01.01.02.04.98 Otras actividades programáticas para PID sin desglosar por tipo	\$ 723.174.701	0,09%
ASC.01.01.02.98 Actividades programáticas para poblaciones clave no desagregadas (exclusivamente para las cinco poblaciones clave arriba señaladas)	\$ 15.440.541.897	1,86%
ASC.01.01.03.01 Suministro de preservativos gratuitos para la prevención del VIH (excluidas las PC)	\$ 17.889.006	0,00%
ASC.01.01.03.02 Comercialización social del preservativo para la prevención del VIH (excluidas las PC)	\$ 3.000.000	0,00%
ASC.01.02.01.02 Prácticas de parto como parte de los programas de PTMI.	\$ 52.131.080	0,01%
ASC.01.02.01.99 Actividades de PTMI sin clasificar en otras categorías (sin clasificar en otras categorías (s.c.o.))	\$ 37.094	0,00%
ASC.01.02.02 Comunicación para el cambio social y de comportamiento (CCSC) para poblaciones distintas de las poblaciones clave	\$ 547.505.205	0,07%
ASC.01.02.04.01 Promoción y suministro de preservativos y lubricantes como parte de los programas para poblaciones vulnerables y accesibles	\$ 328.016.589	0,04%
ASC.01.02.04.02 Prevención y tratamiento de ITS como parte de los programas para poblaciones vulnerables y accesibles	\$ 23.970.000	0,00%
ASC.01.02.05.01 Actividades de prevención implementadas en las escuelas	\$ 350.000	0,00%
ASC.01.02.06.03 Prevención y tratamiento de ITS como parte de los programas para PVVIH y sus parejas	\$ 1.394.853.417	0,17%
ASC.01.02.10 Programas de prevención y tratamiento de ITS para poblaciones distintas de las poblaciones clave, solo si su financiamiento se deriva de presupuestos específicos para el VIH	\$ 180.000.000	0,02%
ASC.02 Pruebas de detección de VIH y asesoramiento	\$ 103.002.727.894	12,44%
ASC.02.01 Asesoramiento y pruebas de VIH para profesionales del sexo	\$ 13.437.872	0,00%

Transacción	Total \$ Col.	%
ASC.02.02 Asesoramiento y pruebas de VIH para HSH	\$ 100.370.713	0,01%
ASC.02.03 Asesoramiento y pruebas del VIH para TG	\$ 10.400.543	0,00%
ASC.02.04 Asesoramiento y pruebas del VIH para PID	\$ 151.939.491	0,02%
ASC.02.06 Asesoramiento y pruebas del VIH para mujeres embarazadas (parte de programas PTMI)	\$ 28.026.556.825	3,39%
ASC.02.08 Asesoramiento y pruebas de VIH para poblaciones vulnerables y accesibles	\$ 23.800.000	0,00%
ASC.02.09 Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH para la población en general	\$ 248.071.043	0,03%
ASC.02.10 Asesoramiento y pruebas por iniciativa del proveedor (APIP)	\$ 5.920.063.942	0,72%
ASC.02.98 Actividades de asesoramiento y pruebas del VIH sin desglosar	\$ 68.508.087.465	8,27%
ASC.03 Atención y tratamiento del VIH	\$ 688.036.577.967	83,10%
ASC.03.01.01.98 Terapia antirretroviral para adultos sin desglosar por línea de tratamiento	\$ 166.896.536.201	20,16%
ASC.03.01.02.98 Terapia antirretroviral pediátrica sin desglosar por línea de tratamiento	\$ 254.588.050	0,03%
ASC.03.01.98 Terapia antirretroviral sin desglosar por edad, línea de tratamiento o PTMI	\$ 31.615.842.931	3,82%
ASC.03.02 Adherencia y retención en TAR - apoyo (incluidos nutrición y transporte) y seguimiento	\$ 74.639.153	0,01%
ASC.03.03 Vigilancia de laboratorio específicamente relacionada con el TAR	\$ 33.617.128.457	4,06%
ASC.03.04.01.02 Análisis, detección de casos y diagnóstico de TB	\$ 2.587.512.557	0,31%
ASC.03.04.01.03.98 Tratamiento de la TB sin desglosar por tipo de TB	\$ 636.314.104	0,08%
ASC.03.04.02.01 Prevención de la hepatitis (incluida la vacunación contra el VHB)	\$ 210.867.936	0,03%
ASC.03.04.02.02 Detección y diagnóstico de hepatitis.	\$ 11.188.065.213	1,35%
ASC.03.04.04 Otros tratamientos de IO (excluidas TB y hepatitis)	\$ 208.690.391	0,03%
ASC.03.04.98 Otra profilaxis y tratamientos de IO sin desglosar por tipo (excluidas TB y hepatitis)	\$ 6.868.090.254	0,83%
ASC.03.05 Tratamiento psicológico y servicios de apoyo	\$ 852.029.112	0,10%
ASC.03.06 Cuidados paliativos	\$ 9.352.402	0,00%
ASC.03.07 Medicina tradicional y servicios informales de atención y tratamiento.	\$ 105.490	0,00%
ASC.03.98 Servicios de atención y tratamiento sin desglosar	\$ 433.016.815.718	52,30%
ASC.04 Protección social y apoyo económico (para PVVIH, sus familias, para las PC y para los huérfanos y niños vulnerables (siempre que se utilicen fondos asignados al VIH))	\$ 32.000.000	0,00%
ASC.04.02.01 Protección social a través de beneficios monetarios o en especie	\$ 32.000.000	0,00%
ASC.06 Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas	\$ 4.121.776.833	0,50%
ASC.06.01 Planificación estratégica, coordinación y desarrollo de políticas	\$ 2.956.321.555	0,36%
ASC.06.03 Costos de administración y gestión de programas (por encima del nivel de prestación de servicios)	\$ 1.102.406.824	0,13%
ASC.06.07.01 Fortalecimiento de las capacidades de los trabajadores de la salud, excluyendo trabajadores comunitarios	\$ 43.648.454	0,01%
ASC.06.98 Catalizadores de programas y fortalecimiento de sistemas no desagregados	\$ 19.400.000	0,00%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.

7.10. Poblaciones beneficiarias (BP)

La Tabla 20 anuncia el gasto por las poblaciones beneficiarias (BP). Del total de la población analizada, se encuentra que el 82,86% corresponde a las PVV (independientemente de si tienen un diagnóstico médico o clínico de sida), el 9,38% a la población general y 3,71% es población clave.

Tabla 20. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por poblaciones beneficiarias (BP), 2022

Transacción	Total \$ Col.	%
BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de si tienen un diagnóstico médico o clínico de sida)	\$ 686.230.643.906	82,88%
BP.01.01.01 Hombres adultos y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$ 546.571.211.979	66,02%
BP.01.01.02 Mujeres adultas y jóvenes (de 15 años en adelante) que viven con el VIH	\$ 92.214.180.013	11,14%
BP.01.02.01 Niños varones (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$ 1.656.093.077	0,20%
BP.01.02.02 Niñas (menores de 15 años) que viven con el VIH	\$ 1.444.653.540	0,17%
BP.01.98 Personas que viven con el VIH sin desglosar por edad o género	\$ 44.344.505.297	5,36%
BP.02 Poblaciones clave	\$ 30.695.311.770	3,71%
BP.02.01.01 Adultos (>18 años) que se inyectan drogas (PID) y sus parejas sexuales	\$ 888.681.953	0,11%
BP.02.02.98 Profesionales del sexo sin desglosar por género, y sus clientes.	\$ 1.521.418.609	0,18%
BP.02.03 Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)	\$ 12.297.983.681	1,49%
BP.02.04 Transgénero	\$ 329.676.164	0,04%
BP.02.98 "Poblaciones clave" sin desglosar por tipo	\$ 15.657.551.364	1,89%
BP.03 Poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas	\$ 29.408.101.075	3,55%
BP.03.02 Mujeres embarazadas y lactantes VIH positivas (sin TAR) y niños recién nacidos y por nacer (con estado de VIH indeterminado)	\$ 28.078.724.999	3,39%
BP.03.06 Migrantes y poblaciones móviles	\$ 1.286.689.697	0,16%
BP.03.17 Estudiantes de escuela secundaria	\$ 350.000	0,00%
BP.03.98 Poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas sin desglosar por tipo	\$ 42.336.379	0,01%
BP.04 Población general	\$ 77.487.155.186	9,36%
BP.04.01.01 Población adulta masculina	\$ 21.225.974.168	2,56%
BP.04.01.02 Población adulta femenina	\$ 34.166.596.473	4,13%
BP.04.02.01 Niños varones	\$ 428.906.891	0,05%
BP.04.02.02 Niñas	\$ 796.483.791	0,10%
BP.04.03.01 Hombres jóvenes	\$ 6.831.915.715	0,83%
BP.04.03.02 Mujeres jóvenes (excluidos los programas AGYW en países con alta prevalencia de VIH)	\$ 13.317.518.661	1,61%
BP.04.03.98 Personas jóvenes (de 15 a 24 años) sin desglosar por género	\$ 520.097.550	0,06%
BP.04.98 Población general sin desglosar por edad o género.	\$ 199.661.936	0,02%
BP.05 Intervenciones no dirigidas	\$ 4.121.776.833	0,50%
BP.05 Intervenciones no dirigidas	\$ 4.121.776.833	0,50%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

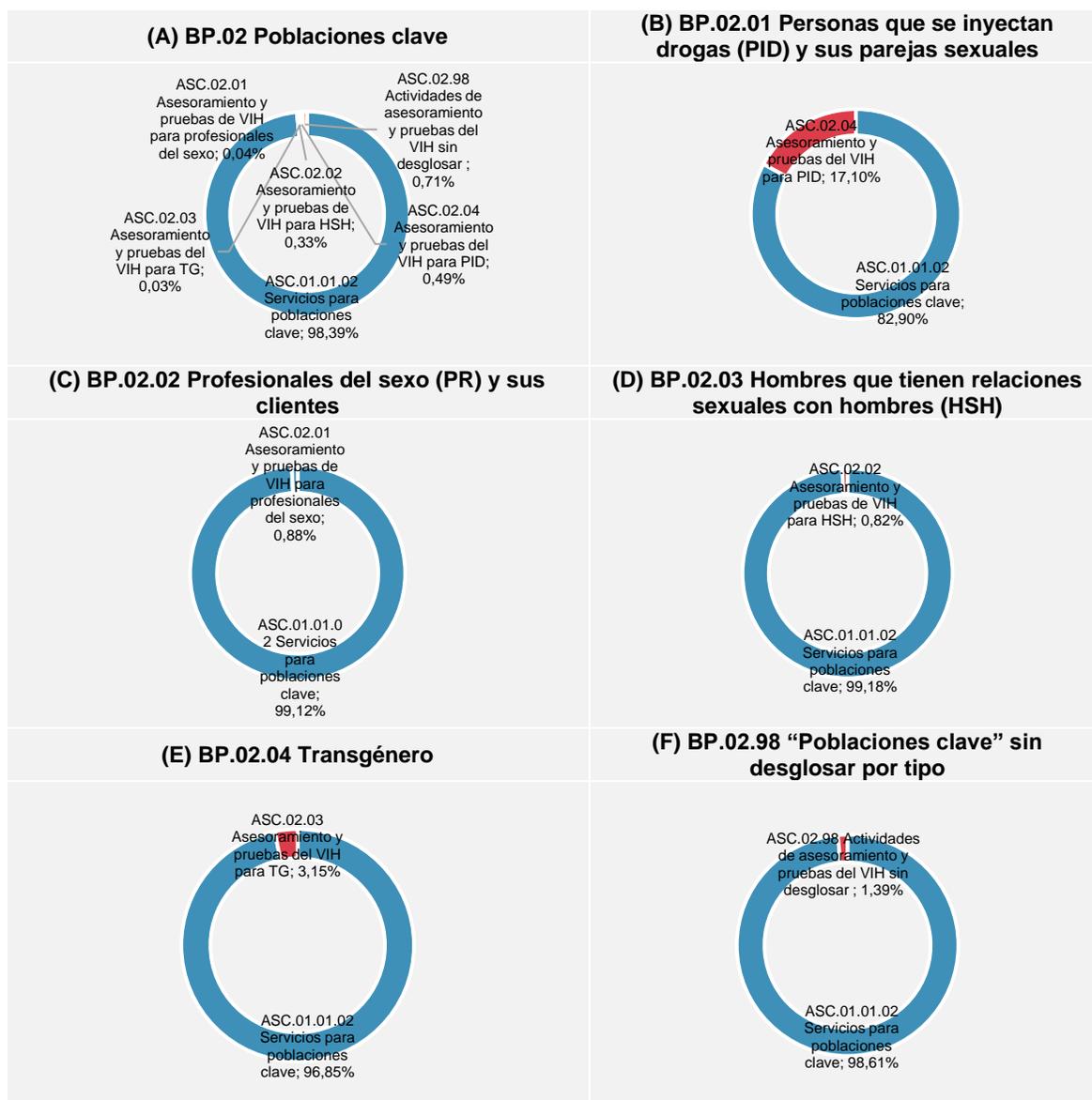
Fuente: elaboración propia.

7.11. Poblaciones clave

La Tabla 21 muestra la población beneficiaria y las categorías del gasto. Dadas las limitaciones en las fuentes de información, únicamente se presentan los recursos agregados principalmente en la categoría de ASC.01.01.02 (servicios para poblaciones

clave) de población para cuál se contó con información (representa únicamente el 3,71% del total del gasto). Para precisar este gasto, es necesario cruzar las bases de datos de gastos o costos con la información que discrimina el tipo de población atendida. En el panel A, se resalta que la mayor proporción del gasto va direccionado hacia los cinco pilares de la prevención. Lo cual se sostiene el analizar cada población clave en específico (paneles B-F).

Tabla 21. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por poblaciones beneficiarias (BP) y categorías del gasto (ASC), 2022



Fuente: elaboración propia.

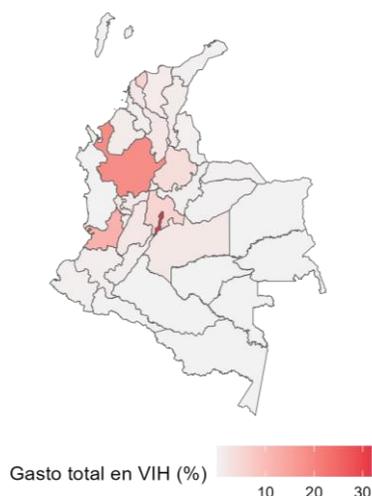
7.12. Gasto subnacional (SND)

En la Tabla 22 se presenta la división del gasto por departamento. La ubicación se tomó a partir del reporte de la ubicación de la institución reportada que le provee el servicio de salud al paciente. El campo “No desagregado por departamento” contiene los registros en los cuales no se pudo identificar la ubicación de la prestación en la información de las bases de datos o el gasto que no tiene una especificidad de direccionamiento en la información reportada por las fuentes internacionales. Allí se resalta que el 31,88% corresponde a Bogotá, luego el 18,62% de gasto en Antioquia y 11,93% Valle del Cauca.

Tabla 22. Gasto de la respuesta al VIH/SIDA por departamento, 2022

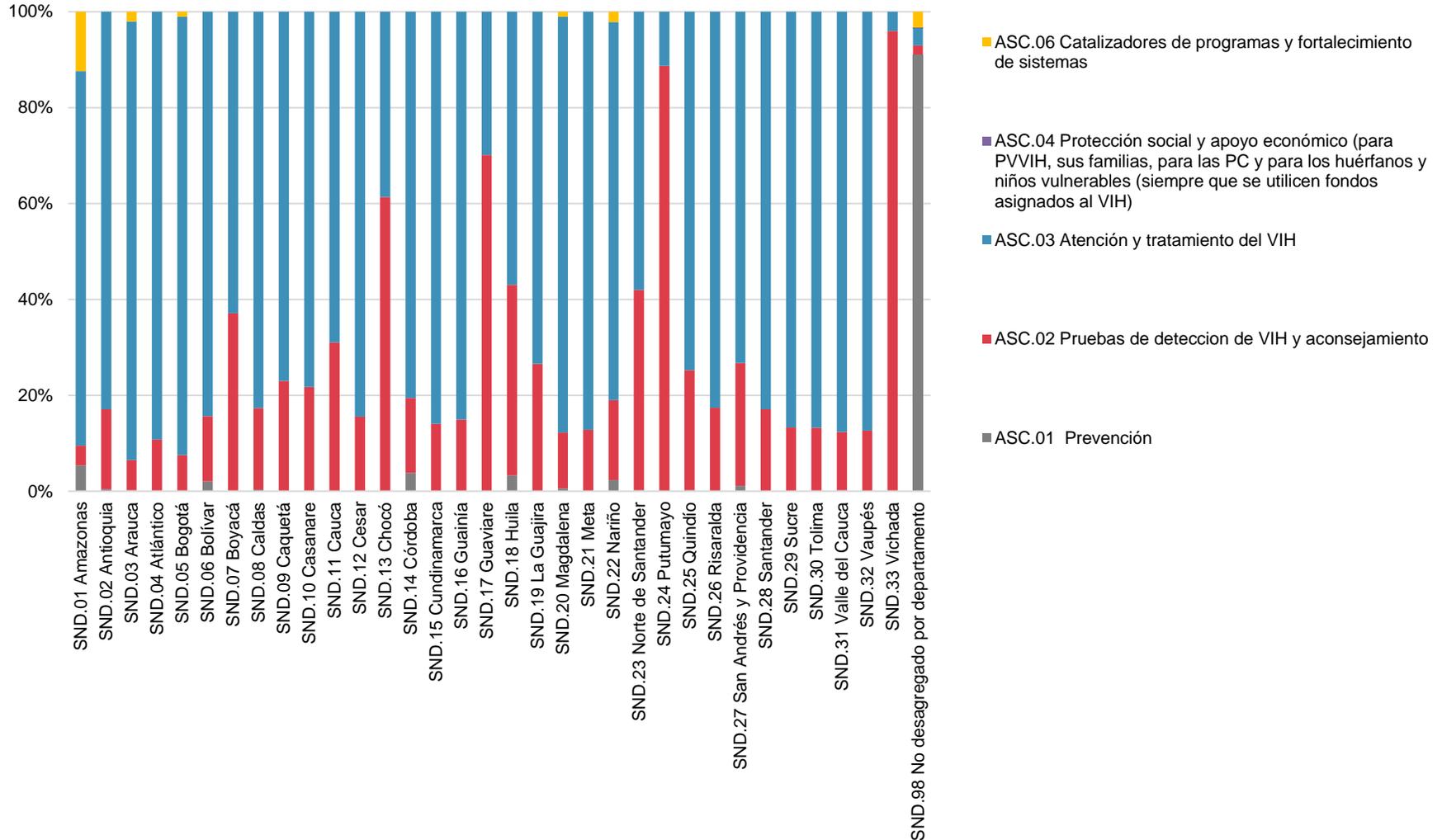
Código y ubicación	Total \$ Col.	%
SND.05 Bogotá	\$ 263.950.767.156	31,88%
SND.02 Antioquia	\$ 154.131.641.517	18,62%
SND.31 Valle del Cauca	\$ 98.798.542.620	11,93%
SND.04 Atlántico	\$ 47.925.056.396	5,79%
SND.15 Cundinamarca	\$ 44.964.499.914	5,43%
SND.98 No desagregado por departamento	\$ 33.215.232.139	4,01%
SND.28 Santander	\$ 31.573.005.311	3,81%
SND.26 Risaralda	\$ 17.879.082.150	2,16%
SND.30 Tolima	\$ 16.691.988.517	2,02%
SND.06 Bolívar	\$ 16.416.854.297	1,98%
SND.21 Meta	\$ 15.209.033.064	1,84%
SND.08 Caldas	\$ 14.120.571.234	1,71%
SND.20 Magdalena	\$ 10.943.973.581	1,32%
SND.12 Cesar	\$ 9.808.334.997	1,18%
SND.14 Córdoba	\$ 9.218.512.074	1,11%
SND.25 Quindío	\$ 7.564.628.873	0,91%
SND.11 Cauca	\$ 6.954.156.846	0,84%
SND.18 Huila	\$ 5.461.058.345	0,66%
SND.07 Boyacá	\$ 4.527.748.110	0,55%
SND.22 Nariño	\$ 4.404.364.960	0,53%
SND.29 Sucre	\$ 4.372.975.611	0,53%
SND.23 Norte de Santander	\$ 3.211.180.087	0,39%
SND.10 Casanare	\$ 1.985.700.955	0,24%
SND.19 La Guajira	\$ 1.292.911.134	0,16%
SND.03 Arauca	\$ 948.556.175	0,11%
SND.09 Caquetá	\$ 704.188.326	0,09%
SND.27 San Andrés y Providencia	\$ 478.815.573	0,06%
SND.13 Chocó	\$ 380.813.392	0,05%
SND.01 Amazonas	\$ 351.191.005	0,04%
SND.17 Guaviare	\$ 229.527.609	0,03%
SND.24 Putumayo	\$ 182.003.677	0,02%
SND.33 Vichada	\$ 22.536.836	0,00%
SND.32 Vaupés	\$ 17.679.321	0,00%
SND.16 Guainía	\$ 5.856.967	0,00%
Total	\$ 827.942.988.770	100,00%

Fuente: elaboración propia.



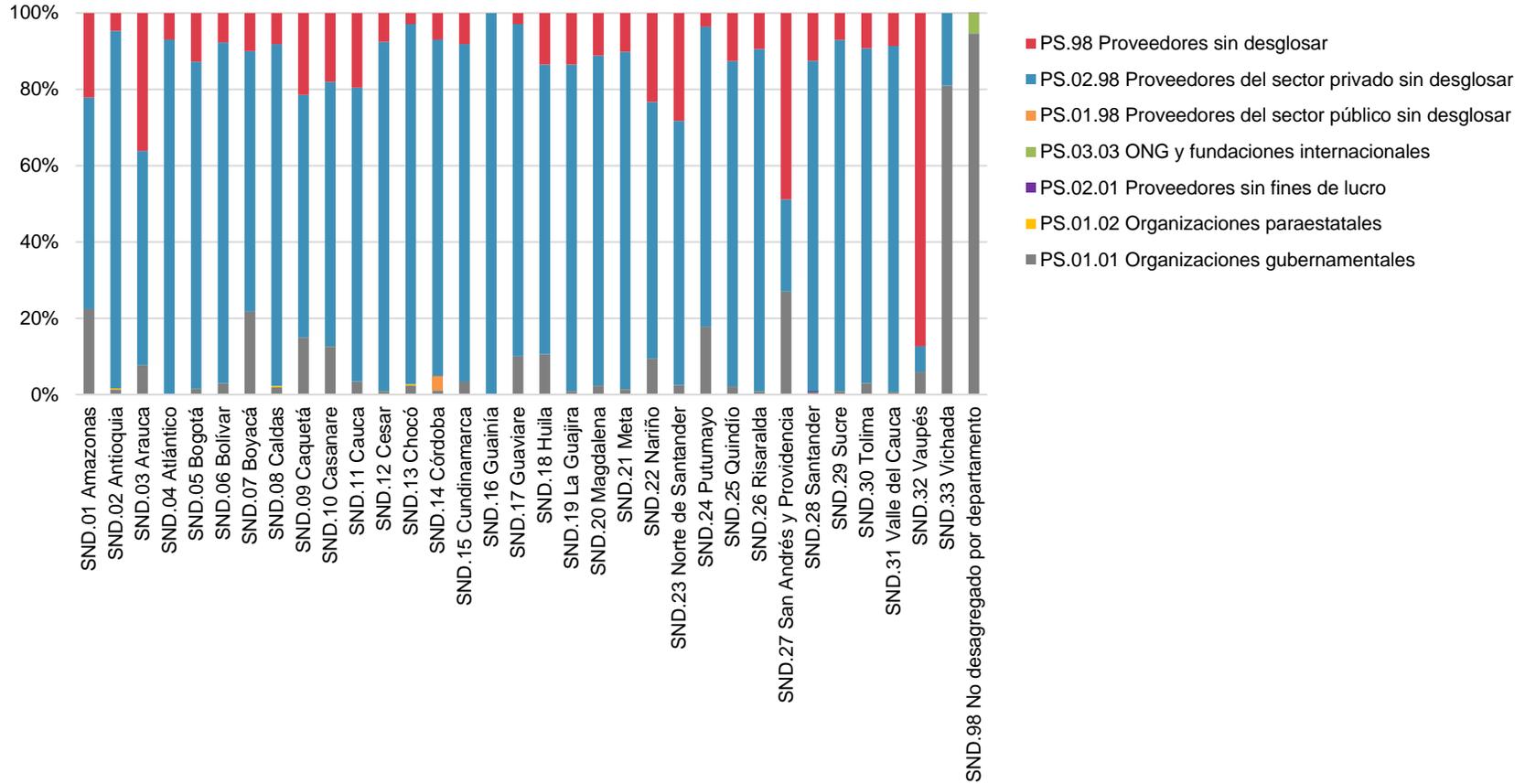
Por su parte, en la Figura 18 se presentan las categorías de gasto por departamento, en donde se evidencia que en general las de mayor participación son atención y tratamiento, y pruebas de detección y aconsejamiento. En la categoría “No desagregado por departamento” se evidencia una mayor proporción dirigido a prevención, puesto que es el principal direccionamiento de las fuentes internacionales, mientras que por departamento se refleja principalmente los recursos del SGSSS que están enfocados principalmente en la atención de la enfermedad; una limitación, es que no se tuvo los datos por parte de todas las DTS.

Figura 18. Gasto subnacional (SND) y categoría del gasto (ASC), 2022



Fuente: elaboración propia.

Figura 19. Gasto subnacional (SND) y proveedor del servicio (PS), 2022



Fuente: elaboración propia.

La Figura 19 relaciona los proveedores por departamento, mostrando que en mayor proporción proviene del sector privado. En la categoría “No desagregado por departamento” se evidencia que una mayor proporción es provista por organizaciones gubernamentales. Los “Proveedores sin desglosar” son aquellas instituciones a las que no se pudo rastrear la naturaleza del tipo de atención. No se pudo desglosar aún más el tipo de institución, ya que en Colombia participan muchas instituciones que ofrecen diferentes tipos de servicios en el SGSSS y estos no están clasificados en ninguna base de datos.

Por otro lado, la Tabla 23 presenta las principales entidades financiadoras por departamento, evidenciando que una baja proporción de los gastos proviene de fuentes internacionales, esto puede ser debido al subregistro que se tuvo de las fuentes primarias y que la gran mayoría de los recursos proviene de la SGSSS. Es de resaltar para el caso de “No desagregado por departamento” que este representa el 0,003% del total de las entidades públicas mientras que para las entidades internacionales es el 99,924%, lo cual se debe al nivel de desagregación de la información reportada por las entidades internacionales.

Finalmente, la Tabla 24 presenta la población beneficiaria por departamento. Allí se resalta que el mayor reporte está asociado con las PVV, las poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas, y la población general en especial en Bogotá, Antioquia y Valle del Cauca; datos que en su mayoría se identificaron por las bases de datos. Para las poblaciones clave e intervenciones no dirigidas se identifican reportes para algunos departamentos. Se resalta el valor bajo del gasto para Guainía, Vaupés y Vichada.

8. Limitaciones del estudio

El estudio presenta una serie de limitaciones que dependen principalmente de la disponibilidad de las fuentes, el detalle y la calidad de la información requerida. En primera medida, se refirieron a la adquisición de la información por fuentes primarias. En esta aproximación, las instituciones consultadas expresan dispendiosos trámites administrativos para poder diligenciar los formularios, baja disponibilidad de recurso humano para tramitar la información y en algunos casos exponen que está ya fue suministrada a las entidades regulatorias correspondientes (p.e. la CAC) por lo que no disponen del tiempo para volver a procesar la información. En el estudio se recibieron los formularios provenientes de once -12- DTS correspondientes a Amazonas, Arauca, Bogotá, Bolívar, Caldas, Córdoba, Huila, Magdalena, Nariño, Risaralda, San Andrés y Providencia, y Santander; de dos -2- EPS, específicamente, Salud Mía y Dusakawi; dos -2- IPS, SIES Salud y Quimiosalud; y tres -3- organizaciones, la Fundación Manos de Alegría, AID FOR AIDS Colombia y ENTerritorio.

Tabla 23. Gasto subnacional (SND) y entidad financiadora (FE), 2022

Financiador por departamento	FE.01 Entidades publicas	FE.03 Entidades internacionales	Total
SND.01 Amazonas	\$ 351.191.005		\$ 351.191.005
SND.02 Antioquia	\$ 154.131.641.517		\$ 154.131.641.517
SND.03 Arauca	\$ 948.556.175		\$ 948.556.175
SND.04 Atlántico	\$ 47.925.056.396		\$ 47.925.056.396
SND.05 Bogotá	\$ 263.939.733.906	\$ 11.033.250	\$ 263.950.767.156
SND.06 Bolívar	\$ 16.416.854.297		\$ 16.416.854.297
SND.07 Boyacá	\$ 4.527.748.110		\$ 4.527.748.110
SND.08 Caldas	\$ 14.107.034.855	\$ 13.536.379	\$ 14.120.571.234
SND.09 Caquetá	\$ 704.188.326		\$ 704.188.326
SND.10 Casanare	\$ 1.985.700.955		\$ 1.985.700.955
SND.11 Cauca	\$ 6.954.156.846		\$ 6.954.156.846
SND.12 Cesar	\$ 9.808.334.997		\$ 9.808.334.997
SND.13 Chocó	\$ 380.813.392		\$ 380.813.392
SND.14 Córdoba	\$ 9.218.512.074		\$ 9.218.512.074
SND.15 Cundinamarca	\$ 44.964.499.914		\$ 44.964.499.914
SND.16 Guainía	\$ 5.856.967		\$ 5.856.967
SND.17 Guaviare	\$ 229.527.609		\$ 229.527.609
SND.18 Huila	\$ 5.461.058.345		\$ 5.461.058.345
SND.19 La Guajira	\$ 1.292.911.134		\$ 1.292.911.134
SND.20 Magdalena	\$ 10.943.973.581		\$ 10.943.973.581
SND.21 Meta	\$ 15.209.033.064		\$ 15.209.033.064
SND.22 Nariño	\$ 4.404.364.960		\$ 4.404.364.960
SND.23 Norte de Santander	\$ 3.211.180.087		\$ 3.211.180.087
SND.24 Putumayo	\$ 182.003.677		\$ 182.003.677
SND.25 Quindío	\$ 7.564.628.873		\$ 7.564.628.873
SND.26 Risaralda	\$ 17.879.082.150		\$ 17.879.082.150
SND.27 San Andrés y Providencia	\$ 478.815.573		\$ 478.815.573
SND.28 Santander	\$ 31.572.326.026	\$ 679.285	\$ 31.573.005.311
SND.29 Sucre	\$ 4.372.975.611		\$ 4.372.975.611
SND.30 Tolima	\$ 16.691.988.517		\$ 16.691.988.517
SND.31 Valle del Cauca	\$ 98.798.542.620		\$ 98.798.542.620
SND.32 Vaupés	\$ 17.679.321		\$ 17.679.321
SND.33 Vichada	\$ 22.536.836		\$ 22.536.836
SND.98 No desagregado por departamento	\$ 20.867.775	\$ 33.194.364.364	\$ 33.215.232.139
Total	\$ 794.723.375.492	\$ 33.219.613.278	\$ 827.942.988.770

Fuente: elaboración propia.

Tabla 24. Gasto subnacional (SND) por población beneficiaria (BP), 2022

Población beneficiaria por departamento	BP.01 Personas que viven con el VIH (independientemente de si tienen un diagnóstico médico o clínico de sida)	BP.02 Poblaciones clave	BP.03 Poblaciones vulnerables, accesibles y otras poblaciones específicas	BP.04 Población general	BP.05 Intervenciones no dirigidas	Total
SND.01 Amazonas	\$ 271.285.523		\$ 2.296.008	\$ 33.961.019	\$ 43.648.454	\$ 351.191.005
SND.02 Antioquia	\$ 128.300.474.701		\$ 7.313.899.886	\$ 18.517.266.930		\$ 154.131.641.517
SND.03 Arauca	\$ 865.139.591		\$ 8.242.309	\$ 55.774.276	\$ 19.400.000	\$ 948.556.175
SND.04 Atlántico	\$ 42.789.624.076		\$ 1.854.351.698	\$ 3.281.080.623		\$ 47.925.056.396
SND.05 Bogotá	\$ 241.523.473.244		\$ 5.023.220.578	\$ 14.661.843.708	\$ 2.742.229.626	\$ 263.950.767.156
SND.06 Bolívar	\$ 13.856.378.195	\$ 212.720.000	\$ 825.633.763	\$ 1.522.122.339		\$ 16.416.854.297
SND.07 Boyacá	\$ 2.808.585.201		\$ 459.380.396	\$ 1.259.782.513		\$ 4.527.748.110
SND.08 Caldas	\$ 11.559.014.963		\$ 773.655.840	\$ 1.787.900.431		\$ 14.120.571.234
SND.09 Caquetá	\$ 536.800.367		\$ 25.498.097	\$ 141.889.862		\$ 704.188.326
SND.10 Casanare	\$ 1.513.965.730		\$ 42.448.430	\$ 429.286.796		\$ 1.985.700.955
SND.11 Cauca	\$ 4.660.069.925		\$ 301.115.979	\$ 1.992.970.942		\$ 6.954.156.846
SND.12 Cesar	\$ 8.278.202.593		\$ 564.672.738	\$ 965.459.666		\$ 9.808.334.997
SND.13 Chocó	\$ 73.089.690		\$ 37.567.760	\$ 270.155.942		\$ 380.813.392
SND.14 Córdoba	\$ 7.393.246.275		\$ 484.945.220	\$ 1.340.320.578		\$ 9.218.512.074
SND.15 Cundinamarca	\$ 38.558.800.094		\$ 1.943.605.955	\$ 4.462.093.866		\$ 44.964.499.914
SND.16 Guainía	\$ 4.981.565			\$ 875.402		\$ 5.856.967
SND.17 Guaviare	\$ 68.777.285		\$ 39.477.462	\$ 121.272.861		\$ 229.527.609
SND.18 Huila	\$ 3.060.159.968	\$ 62.390.000	\$ 576.554.391	\$ 1.761.953.985		\$ 5.461.058.345
SND.19 La Guajira	\$ 928.011.792		\$ 158.687.513	\$ 206.211.829		\$ 1.292.911.134
SND.20 Magdalena	\$ 9.390.190.053		\$ 371.513.865	\$ 1.063.785.854	\$ 118.483.809	\$ 10.943.973.581
SND.21 Meta	\$ 12.754.983.736		\$ 330.639.549	\$ 2.123.409.780		\$ 15.209.033.064
SND.22 Nariño	\$ 3.181.515.374	\$ 100.000.000	\$ 136.521.911	\$ 890.719.555	\$ 95.608.120	\$ 4.404.364.960
SND.23 Norte de Santander	\$ 1.820.727.630		\$ 384.314.697	\$ 1.006.137.760		\$ 3.211.180.087
SND.24 Putumayo	\$ 20.539.502		\$ 37.969.572	\$ 123.494.602		\$ 182.003.677
SND.25 Quindío	\$ 5.628.209.139		\$ 339.918.799	\$ 1.596.500.935		\$ 7.564.628.873
SND.26 Risaralda	\$ 14.773.552.378	\$ 1.609.680	\$ 611.669.222	\$ 2.492.250.870		\$ 17.879.082.150
SND.27 San Andrés y Providencia	\$ 349.350.536		\$ 67.505.974	\$ 61.959.062		\$ 478.815.573
SND.28 Santander	\$ 26.156.679.022	\$ 1.526.513	\$ 1.644.407.072	\$ 3.770.392.703		\$ 31.573.005.311
SND.29 Sucre	\$ 3.770.719.241		\$ 309.618.625	\$ 292.637.745		\$ 4.372.975.611
SND.30 Tolima	\$ 14.356.382.259		\$ 725.346.538	\$ 1.610.259.719		\$ 16.691.988.517
SND.31 Valle del Cauca	\$ 86.430.693.025		\$ 2.744.634.863	\$ 9.623.214.732		\$ 98.798.542.620
SND.32 Vaupés	\$ 15.444.014		\$ 716.192	\$ 1.519.116		\$ 17.679.321
SND.33 Vichada	\$ 859.697		\$ 3.027.954	\$ 18.649.185		\$ 22.536.836
SND.98 No desagregado por departamento	\$ 530.717.521	\$ 30.317.065.577	\$ 1.265.042.217		\$ 1.102.406.824	\$ 33.215.232.139
Total	\$ 686.230.643.906	\$ 30.695.311.770	\$ 29.408.101.075	\$ 77.487.155.186	\$ 4.121.776.833	\$ 827.942.988.770

Fuente: elaboración propia.

Para solventar la falta de respuesta, se enviaron recordatorios y se realizó un aplazamiento de recibimiento de la información hasta el 26/01/2024 y se llevaron a cabo sesiones de resolución de dudas con aquellas entidades o instituciones que lo requirieron. Estas mismas entidades solicitaron una prórroga en el plazo de entrega, argumentando la necesidad de gestionar procesos internos para recopilar y presentar la información solicitada. Todo esto generó que los tiempos para ejecución se alargaran sin saber si la respuesta final podría ser exitosa y recolectar la mayor cantidad de información. Garavito (2008), cuando se hizo la MEGAS para el país para los años 2006-2007, expresa que el proyecto tomó 6 meses más de lo previsto (48). En este caso, tomó el doble del tiempo inicialmente asignado.

En segunda medida, se refieren a la disponibilidad de los datos a partir de fuentes secundarias. Una limitante, es la no disponibilidad de la información más reciente o completa para la población objetivo del análisis, debido a los requerimientos administrativos para poder acceder a la información o a causa de los procesos de verificación y auditoría de la calidad de la información que realizan a las bases de datos. En el análisis se utilizó la base de datos de Suficiencia para el año 2021, siendo esta la más actual con la que se dispuso, que cuenta con información del RC y de las EPS que pasaron la malla validadora. Para corregir esto, fue necesario aplicar una metodología de coeficiente de expansión para que las cifras representen la totalidad de la población.

Otro limitante es el detalle de la información y el nivel de desagregación al que se puede llegar con el fin de ser comparable con las categorías de MEGAS. Un ejemplo de esto es la base de datos de la CAC, la cual tiene datos restringidos relacionados con el gasto dado que se reporta un costo total en ámbito ambulatorio y hospitalario, pero no de manera desagregada. Así mismo, con las variables disponibles en la base de datos de Suficiencia, sólo fue posible identificar seis de las nueve categorías viables del análisis, teniendo particularmente relevancia y que no se pudo precisar son las variables relacionadas con la identificación de las poblaciones clave o de las personas que acceden a la Profilaxis Preexposición (PrEP).

Finalmente, la información de los regímenes especiales o de excepción y de gastos de bolsillo no reposan en las bases de datos de costos. En este estudio fue un limitante, ya que el comportamiento de población de dicho régimen no es similar a los otros dos, a los que pertenece el grueso de la población en Colombia. Así mismo, la información del gasto de bolsillo no se aloja o recopila de una base de datos específica relacionada para PVV.

En tercera medida, no se tuvo acceso al detalle de la información de las MEGAS previos. Particularmente, la información de gasto que se estimó entre los años 2015 y 2020 no presenta un informe. Esta limitante no permite hacer una trazabilidad del comportamiento de las diferentes instituciones y programas en la respuesta al VIH a través del tiempo, lo cual restringe el alcance de las recomendaciones específicas.

9. Conclusiones

Por medio de las estimaciones de la MEGAS, se ha identificado un aumento del gasto en VIH/Sida desde el año 2006 hasta el 2022. Del año 2020 al 2022, se evidencia un

incremento del 15% pasando de \$ 718.488.626.184 (USD 194.535.181) a \$ \$ 827.942.988.770 (USD 194.581.196). Así mismo, se evidencia un crecimiento en el número de PVV, del 6% según los datos ONUSIDA pasando de 180.000 a 190.000 y del 15% según los datos de la CAC pasando de 123.490 a 141.787. En este estudio, es de resaltar que la parte central de la provisión de servicios en el sistema es capturada por las bases de datos, a pesar de los posibles limitantes en la recolección de la información del gasto que realizan las DTS.

En términos de las categorías del MEGAS, se obtuvo que la principal entidad financiadora que administra los recursos del sistema son las entidades públicas \$ 794.723.375.492 (95,99%), el rubro en las categorías de gasto más relevante es la atención y tratamiento del VIH \$ 688.036.577.967 (83,10%), el factor de producción más relevante fue el gasto de personal \$ 394.014.804.476 (47,59%) y la población más significativa fueron las PVV \$ 686.230.643.906 (82,88%).

En la comparación con otros países, se evidencia que el porcentaje del gasto en prevención es bajo. Guatemala invierte el 29,0% en prevención y el 50,0% en cuidado y tratamiento (49) y Perú el 44,3% y 34,6% (50), respectivamente. Así mismo, al contrastar con dos países que cumplieron la meta 95-95-95 (8), se evidenció que Botsuana emplea el 11% a prevención y el 49% a tratamiento (51), y Esuatini el 16% y 36% (52), respectivamente.

En este estudio se tuvo que, del total del gasto, el 3,96% va dirigido a prevención, el 12,44% pruebas y aconsejamiento, y el 83,10% a tratamiento. La principal fuente del gasto en prevención rastreado proviene de fondos internacionales (91,4%) mientras que más del 99% en el caso de las pruebas, aconsejamiento y tratamiento es financiado con fuentes del gobierno central y del SGSSS. La explicación de esta baja participación pudiera deberse a que el sistema de salud se orienta a la atención de la enfermedad, por la falta de incentivos para ofrecer prestaciones orientadas a la prevención; al subreporte por parte de las DTS, quienes son las que lideran este tipo de programas en los territorios; y a la no posibilidad de identificar las prestaciones de salud de forma más específica para la prevención en las bases de datos.

10. Recomendaciones

Del total de PVV estimadas por ONUSIDA (190.000)⁴³, el 75% (141.787 datos de la CAC) son capturados por el sistema de salud (1). De los cuales, según los datos de la CAC, el 88,35% (125.264) tienen cobertura de TAR y de estos el 87,6% (109.731) presentan una carga viral por debajo de 1000 copias/ml (1). En la estimación del MEGAS, se evidencia que el 12,44% del gasto se destina a la categoría de pruebas de detección de VIH y aconsejamiento y el 3,96% en prevención, en donde, la prestación de dichos servicios está a cargo en un 84,87% es por parte de proveedores del sector privado. En este sentido, con el propósito de alcanzar los objetivos 95-95-95, una de las principales metas del plan nacional de respuesta 2022-2025 (23), se sugiere orientar la política del sistema hacia la prevención, detección y diagnóstico oportuno de las PVV, particularmente, incentivar la implementación de los servicios de prevención combinada, incluyendo la realización de

⁴³ Datos en el [enlace](#).

pruebas para el diagnóstico oportuno del VIH, así como, fortalecer la provisión de estos servicios por parte de los prestadores de salud.

Particularmente, para avanzar en el primer 95 es necesario que las PVV conozcan su diagnóstico e integren un programa de atención y manejo integral de VIH. De esta manera es posible evitar complicaciones tardías que conllevan a peores desenlaces en salud y un mayor costo en la atención. En el tercer 95, se debe hacer énfasis en el diagnóstico temprano y en lograr la indetectabilidad. Para ello, es necesario fortalecer el modelo de atención clínica hacia las actividades de promoción y prevención, con el propósito de alcanzar la no transmisibilidad y de esta manera lograr no sólo un beneficio individual sino también un beneficio para la comunidad.

Para lograrlo, se propone involucrar de una forma más activa a las OBC en cada uno de los componentes del modelo de promoción, prevención y atención integral, pues de acuerdo con los gastos asignados a estas organizaciones aún es muy débil su papel en el sistema de salud. Así mismo, se hace necesario que las aseguradoras y las DTS puedan discriminar de una mejor manera los rubros destinados a actividades de promoción y prevención del VIH.

Para futuras MEGAS, se identificaron algunos aspectos para tener al momento de recolección de la información. En general, se considera importante contar con un proceso formal, continuo y vinculante para el acceso de la información necesaria para el análisis. El desarrollo del proyecto tuvo un tiempo significativo de espera para la obtención de la información y procesamiento de esta y otra no se obtuvo.

Particularmente, en cuanto a las fuentes de información primaria, es relevante que se considere un tiempo más prolongado para la recolección de la información por parte de las entidades consultadas, con el propósito que se pueda asignar personal por parte de ellas para el procesamiento de la información. Así mismo, es importante que se genere un proceso más extenso de capacitación en desarrollo del estudio, de forma tal que permita una mayor preparación de la información. De igual manera, se sugiere realizar una consulta de las dinámicas y formas de contratación entre IPS y EPS, de forma tal que los instrumentos de recolección consideren este aspecto. También, es relevante considerar que el proyecto no se ejecute durante el cambio administrativo en los territorios, debido a que muchos profesionales son reemplazados y el tiempo no es suficiente para que las nuevas personas recolecten la información relevante para el estudio. De igual manera, se sugiere diseñar una herramienta sencilla que permita consolidar la información de los diferentes actores del sistema de salud con respecto a la promoción, prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de VIH/Sida, ex ante a la ejecución de este tipo de estudios. Esto no solo permitirá visibilizarlo, sino orientar o reorientar los recursos de forma oportuna. Finalmente, es relevante que se den los incentivos para una mayor participación por parte de las Organizaciones de Base Comunitaria, debido a que tienen un papel importante en la respuesta al VIH, y no se tiene reporte de dicha información en ninguna base de datos oficial.

En cuanto a las fuentes secundarias, se sugiere unificar la información de los gastos del sistema en una única base de datos o bien permitir de forma ágil la trazabilidad entre las

diferentes bases de datos con las que cuenta el sistema. Particularmente, es relevante incluir la información de los regímenes especiales o de excepción. Así mismo, crear variables específicas que permitan identificar aspectos relevantes de la PVV, como la identificación de las poblaciones clave o de las personas que acceden a PrEP.

Por último, es relevante contar con un equipo entrenado, particularmente en el manejo de las bases de datos nacionales, con conocimiento de la forma de financiación del sistema y de los servicios de salud prestados en el marco de respuesta nacional al VIH/SIDA. Esto es vital para evitar reprocesos y lograr estimaciones confiables.

11. Referencias

1. Cuenta de Alto Costo (CAC), Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia, 2022. Bogotá, D.C; 2023.
2. ONUSIDA. MEGAS Medición del Gasto en Sida: Clasificación y definiciones. 2009.
3. Garavito Beltrán L. Gasto Nacional en VIH y SIDA - Colombia 2006-2007. 2008.
4. Melo-Becerra LA, Arango-Thomas LE, Ávila-Montealegre Ó, Ayala-García J, Bonilla-Mejía L, Botero-García JA, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ens Sobre Política Económica*. 2 de octubre de 2023;(106):1-92.
5. Deeks, SG; Lewin, SR; Havlir D, Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The End of AIDS: HIV Infection as a Chronic Disease. *Lancet*. 2013;382(9903):1525-33.
6. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J Med*. 2016;375:830-9.
7. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *Jama*. 2016;316(2):171-81.
8. The path that ends AIDS: UNAIDS Global AIDS Update 2023. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2023.
9. Piñeirúa A, Sierra-Madero J, Cahn P, Guevara Palmero RN, Martínez Buitrago E, Young B, et al. The HIV care continuum in Latin America: Challenges and opportunities. *Lancet Infect Dis*. 2015;15(7):833-9.
10. Cuenta de Alto Costo. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2022.
11. UNAIDS. 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.
12. Programme UJUN. UNAIDS Data 2017. *Jt U N Programme HIVAIDS*. 2017;1-248.

13. Levi J, Raymond A, Pozniak A, Vernazza P, Kohler P, Hill A. Can the UNAIDS 90-90-90 target be achieved? A systematic analysis of national HIV treatment cascades. *BMJ Glob Health*. 2016;1:e000010.
14. UNAIDS. GLOBAL AIDS STRATEGY 2021 – 2026 END INEQUALITIES . END AIDS . 2021;
15. Estrategia Mundial contra el SIDA 2021 - 2016. Acabar con las desigualdades. Acabar con el SIDA.
16. Ministerio de la Protección Social. Decreto Numero 1543 De 1997. [citado 6 de julio de 2023]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1543-de-1997.pdf>
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013.
18. Bolsewicz K, Vallely A, Debattista J, Whittaker A, Fitzgerald L. Factors impacting HIV testing: A review - Perspectives from Australia, Canada, and the UK. *AIDS Care - Psychol Socio-Med Asp AIDSHIV*. 2015;27(5):570-80.
19. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia. Resolución 1314 de 2020. [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1035 de 2022. Colombia [Internet]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201035%20de%202022.pdf
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Promoción y Prevención. Lineamiento para la implementación de la PrEP en Colombia. 2023 [Internet]. Disponible en: <https://prep-colombia.org/prep-en-colombia/>
22. Ministerio de Salud y Protección Social Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Bogotá, Colombia; 2021.
23. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, 2022-2025. Bogotá D.C.; 2022.
24. Ministerio de Salud y Protección Social. ENTerritorio. IETS. Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Segunda. Bogotá; 2021.
25. Garavito Beltrán L, García R, Luque R, Moreno LÁ, Mejía IE. Gasto Nacional en VIH y SIDA - Colombia, 2006-2007. ONUSIDA, Ministerio de Salud y Protección Social;

26. Guarín Téllez NE, Moreno Calderón JA, Muñoz-Galindo IM, Augusto Díaz Rojas J, Arévalo Roa HO. Cost-Effectiveness of a Care Program for HIV/AIDS Patients Affiliated with a Health Insurer in Colombia, Comparing Three Health Care Providers Nationwide. *Value Health Reg Issues*. 2016;11C:1-8.
27. Arán-Matero D, Amico P, Arán-Fernandez C, Gobet B, Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C. Levels of spending and resource allocation to HIV programs and services in Latin America and the Caribbean. *PLoS ONE*. 2011;6(7):e22373.
28. ONUSIDA. Country factsheets. [citado 16 de noviembre de 2023]. Datos de Gasto en VIH por Región, Colombia. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>
29. Urueña Durán J, Salazar Duarte S, Ojeda Quintero L, Mantilla Reyes T. Estudio de los costos en que incurren las entidades promotoras de salud en Colombia por la prevención y el tratamiento del VIH / sida. *Cienc Tecnol Para Salud Vis Ocul*. 2014;12(1):51-63.
30. Roth-Deubel A, Molina-Marín G. Rectoría y gobernanza en salud pública en el contexto del sistema de salud colombiano, 2012-2013. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2013;15(1):44-55. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/r/sap/v15n1/v15n1a05.pdf
31. Ministerio de Salud y Protección Social. SISPRO. 2023.
32. Melo-Becerra LA, Arango-Thomas LE, Ávila-Montealegre Ó, Ayala-García J, Bonilla-Mejía L, Botero-García JA, et al. Aspectos financieros y fiscales del sistema de salud en Colombia. *Ens Sobre Política Económica* [Internet]. 2 de octubre de 2023 [citado 12 de febrero de 2024];(106):1-92. Disponible en: <https://repositorio.banrep.gov.co/bitstream/handle/20.500.12134/10699/Espe106.pdf>
33. Superintendencia Nacional de Salud. Misión e historia. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/estructura-organica-y-talento-humano/mision-y-vision>
34. Administradora de los Recursos de la Salud. Misión e Historia [Internet]. 2023. Disponible en: <https://servicios.adres.gov.co/Inicio/-Que-Hacemos/Financiero/Portafolio-Financiero#:~:text=El%20manejo%20y%20administraci%C3%B3n%20de,de%20toda%20su%20normatividad%20vigente.>
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Aseguramiento al sistema general de salud [Internet]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx#:~:text=Promover%20la%20afiliaci%C3%B3n%20de%20grupos,en%20todo%20el%20territorio%20nacional.>

36. Ministerio de Salud y Protección Social. Unidad de pago por capitación [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/POS/Paginas/unidad-de-pago-por-capitacion-upc.aspx>
37. Muñoz F. Presupuestos Máximos y el Futuro del Sistema de Salud y sus Actores. ConsultorSalud [Internet]. 25 de noviembre de 2019; Disponible en: <https://consultorsalud.com/presupuestos-maximos-y-el-futuro-del-sistema-de-salud-y-sus-actores/>
38. Departamento Nacional de Planeación. Sistema General de Participaciones - SGP. [Internet]. Bogotá; Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/DNP/SIG/M-CA-02%20Manual%20para%20la%20distribución%20del%20SGP.Pu.pdf>
39. Bran Piedrahita L, Valencia Arias A, Palacios Moya L, Gómez Molina S, Acevedo Correa Y, Arias Arciniegas C, et al. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del régimen subsidiado. Hacia Promoc Salud [Internet]. 1 de julio de 2020 [citado 12 de febrero de 2024];25(2):29-38. Disponible en: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2358>
40. UNAIDS. Guide to produce National AIDS Spending Assessment (NASA). 2009.
41. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, 2018 -2021. Bogotá D.C.;
42. EUnetHTA Joint Action 2010-2012. Stakeholder Involvement Policy. 2010.
43. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Ranking de las EPS e IPS con los mejores resultados en la gestión del riesgo de las enfermedades de alto costo 2022 - Cuenta de Alto Costo [Internet]. 2022 [citado 16 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/ranking-de-las-eps-e-ips-con-los-mejores-resultados-en-la-gestion-del-riesgo-de-las-enfermedades-de-alto-costo-2022/>
44. Ministerio de Salud y Protección Social (MinSalud). Abecé MIPRES [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/AF/abece-ctc-reporte-prescripcion.pdf>
45. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual metodológico para la elaboración de análisis de impacto presupuestal de tecnologías en salud en Colombia. Segunda edición. Bogotá D.C.: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS; 2024.
46. Pérez Á, Garavito L, Toba K, Beltrán D, Álvarez C. Costo de la atención en salud del VIH/Sida en Colombia. Consenso nacional sobre las problemáticas y oportunidades en la contención y atención del VIH/Sida - Colombia. Bogotá D.C.: Processum; 2021.
47. Pérez Á, Soto J, Garavito L, Álvarez C, Barliza M. Un paquete de atención integral para personas en situación de migración irregular o pendular con VIH. Proyecto de Sostenibilidad del Sistema de Salud Local (LHSS) bajo el IDIQ de los Sistemas Integrados de Salud de USAID. Rockville: Abt Associates; 2022.

48. Garavito Beltrán L. Gasto Nacional en VIH y SIDA - Colombia, Años 2006-2007 [Internet]. 2008. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/3_sistemas-informacion/Informe_MEGAS_FINAL__12_ago_2008_Mexico.pdf
49. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Medición del Gasto en Sida -MEGAS- 2019 y 2020. Flujos de Financiamiento y Gasto de la respuesta al VIH en Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; 2022.
50. Navarro de Acosta M del C. Medición del Gasto en SIDA - MEGAS Perú. Ministerio de Salud; 2011.
51. Government of Botswana. Botswana national AIDS spending assessment. As part of the Harmonized SHA-NASA 2018/19– 2019/2020. National AIDS and Health Promotion Agency;
52. The Kingdom of Eswatini. The National AIDS Spending Assessment (NASA). Financial Years 2016/17, 2017/18 and 2018/19. 2020.

12. Anexos

Anexo 1. Capacitación en la metodología MEGAS

- Recepción de formación y de material de capacitación por parte del consultor internacional de ONUSIDA.

Anexo 2. Formularios de recolección de datos

- Formularios finales de recogida de datos. Copias de las herramientas de recopilación de datos, presentadas por fuente, agente y proveedor, ajustadas según el reporte de la información.

Anexo 3. Plan de difusión

- El plan de difusión con la estrategia de comunicación, canales y mensajes clave para los procesos de socialización de los resultados, según perfil de audiencia y recomendaciones generales de implementación de los resultados.

Anexo 4. Mapeo de actores

- Base de datos con el mapeo de los actores clave en la respuesta al VIH, con personas de contacto y detalles y plan de recopilación de datos: equipos, horarios, registro de citas, etc.

Anexo 5. Archivos de recopilación y procesamiento de datos

- Las herramientas de recopilación de datos, las matrices y demás archivos relevantes según los lineamientos de la metodología MEGAS y de acuerdo con la disponibilidad de la información.