

Boletín Epidemiológico Distrital

1 de mayo a 31 de agosto de 2010. Volumen 15 - Edición 20 / ISSN 0123-8590



El presente del VIH en Bogotá, D. C.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

BOGOTÁ
HUMANANA

Boletín Epidemiológico Distrital

Alcalde Mayor de Bogotá
Gustavo Francisco Petro Urrego

Secretario Distrital de Salud
Aldo Enrique Cadena Rojas

Subsecretario Distrital de Salud
Helver Giovanni Rubiano García

Director de Salud Pública
Jaime Hernán Urrego Rodríguez

Vigilancia en Salud Pública
Patricia Arce Guzmán

Editores
Luis Jorge Hernández Flórez
Daibeth Elena Henríquez Iguarán

Comité Editorial
Hernán Vargas
Bibiana Pérez
Claudia Moreno
Diana Guevara Jaramillo
Sandra Gómez

Apoyo Técnico
Lady Katherine Torres Aguirre

Coordinación editorial

Oficina Asesora de Comunicaciones en Salud
Oriana Obagi Orozco

Corrección de Estilo
Gustavo Patiño Díaz

Diseño y Diagramación
Harol Giovanni León Niampira

Impresión
Subdirección Imprenta Distrital D.D.D.I.

Secretaría Distrital de Salud
Carrera 32 No.12-81
Conmutador: 364 9090
Bogotá, D. C. - 2013
www.saludcapital.gov.co

Manuel A. González Mayorga
malgonzalez@saludcapital.gov.co
Referente para la Vigilancia en Salud Pública
del VIH e ITS, Secretaría Distrital de Salud

El presente del VIH en Bogotá, D. C.

CONTENIDO

Introducción	3
Datos procedentes del SIVIGILA	4
Características de las personas viviendo con VIH/sida en 2009	5
Laboratorio centralizado de VIH	19
Datos procedentes de la hemovigilancia	20
Resumen de cuatro estudios sobre la epidemia por VIH en el Distrito Capital, 2004 a 2009	21
Estudio centinela de prevalencia de VIH en población general, 2004	22
Estudio de conocimientos de comportamientos sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 2006	23
Estudio de seroprevalencia y del comportamiento en mujeres trabajadoras sexuales, 2007	23
Estudio centinela nacional de prevalencia de VIH en gestantes, 2009	24
Conclusiones	25
Referencias	27

Introducción

El VIH es uno de los eventos de interés en salud pública de mayor impacto social, familiar y económico. El marco social capitalino, donde confluyen diferentes factores de inequidad, entre ellos la llegada de población desplazada por el conflicto armado, constituye un entorno urbano de alta complejidad, dentro del cual debe entenderse la dinámica de la transmisión de enfermedades.

En el caso de Bogotá D. C., la epidemia se define como “concentrada”, teniendo en cuenta dos parámetros: la prevalencia en población general de 0,7% (1), al igual que las diferentes ventanas epidemiológicas, como la vigilancia en bancos de sangre (hemovigilancia) y laboratorios especializados en VIH (‘Laboratorio Centralizado de VIH’) en la ciudad, que muestran prevalencia en población general no superiores al 1%; y los estudios de prevalencia en poblaciones de mayor vulnerabilidad, como hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), con el 10,8%.

Las diferentes fuentes de información con las que se cuenta en el Distrito Capital, como todo sistema de vigilancia en salud pública (VSP), tienen limitaciones en el registro de los casos de VIH/sida, debido a múltiples factores que generan alteraciones, como el acceso a la asesoría y prueba voluntaria para el VIH, cambios en los sistemas operativos del SIVIGILA y desconocimiento de los protocolos de VSP de los diferentes eventos. Adicionalmente, cada sistema observa el curso de la epidemia desde una perspectiva distinta. La Secretaría de Salud ha hecho esfuerzos importantes por mejorar estos sistemas y hacer integral la VSP; estos avances son visibles en la utilización de fuentes de información, lo que permite elaborar un cuadro cada vez más completo sobre el curso de la epidemia, y así mismo, trazar mejores políticas y programas destinados a contenerla.

Además de los datos provenientes de ventanas de vigilancia, se presenta un resumen de cuatro estudios que ayudan a estimar mejor el comportamiento de la epidemia y sus factores relacionados, así como otros eventos de interés en salud pública.

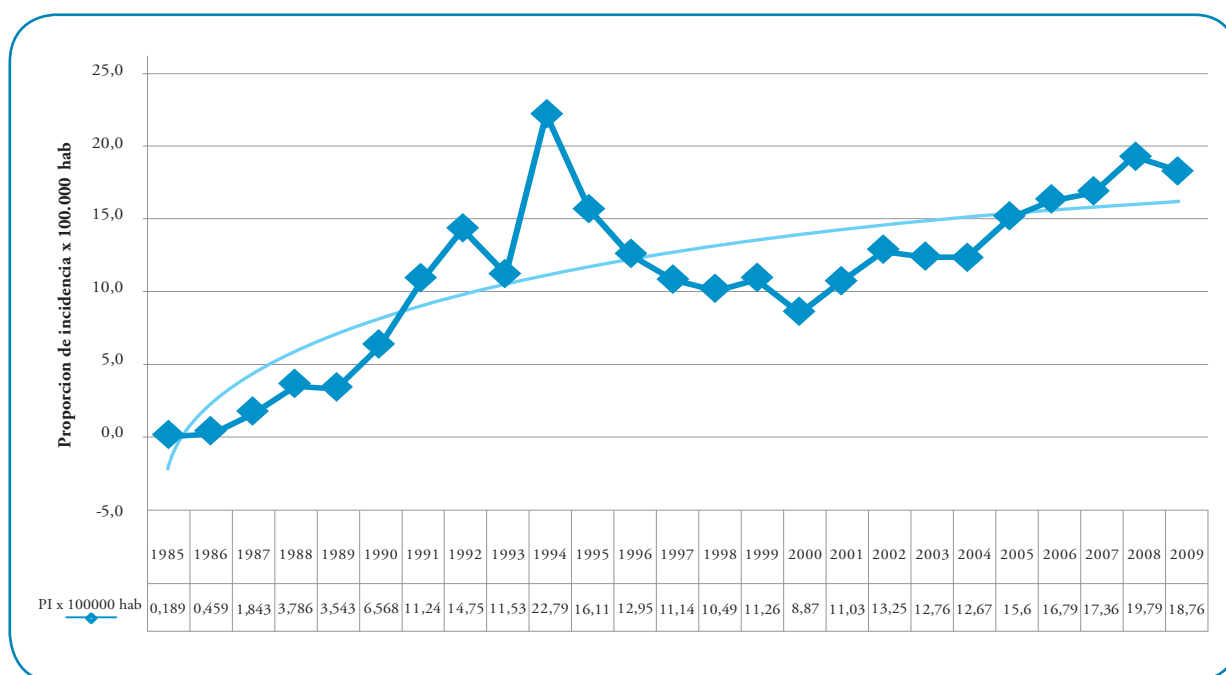
A continuación, se presenta un recuento de la información obtenida a partir de varias fuentes de información de las que se dispone en Bogotá, para dar cuenta de la dinámica de la epidemia por VIH/sida, con el propósito de que sirva a diferentes públicos interesados en el tema.

Datos procedentes del SIVIGILA

Esta ventana epidemiológica tiene como fuente de información el reporte de eventos de interés en salud pública, que según el Decreto 3518 de 2006, deben ser objeto de notificación obligatoria por parte del 100% de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) que se encuentran habilitadas por la Secretaría Distrital de Salud.

Por el SIVIGILA se registran 17.778 casos acumulados de VIH/sida notificados entre 1985 y el 31 de diciembre de 2009 (semana epidemiológica 52). La proporción de incidencia por cada 100.000 habitantes permite observar la relación entre el número de casos notificados por año y la población estimada para la ciudad para el mismo periodo. En el análisis histórico se observa que esta ha venido aumentando, con algunos picos en la década de los noventa, relacionados con la campaña nacional para la realización masiva de pruebas de tamizaje para VIH. En 2009 se observa una leve disminución en la tendencia, por primera vez en los últimos cinco años. Tal comportamiento requiere análisis en profundidad, por tratarse de información de sistemas de vigilancia rutinaria, que se puede ver influenciada por múltiples aspectos, como dificultades en el acceso a pruebas diagnósticas o a servicios de salud. Por todo ello, no es posible afirmar con certeza que tal disminución en la notificación obedezca a una reducción en el curso de la epidemia. El número de casos en 2008 fue de 1.416 y en 2009, de 1.409 (gráfica 1).

Gráfica 1. Proporción de incidencia de VIH/sida por 100.000 habitantes 1985 a 2009, Bogotá.



Fuente: SIVIGILA-SAA, SDS, 1985 a 2009.

Características de las personas viviendo con VIH/sida en 2009

Con el propósito de enriquecer el análisis de lo sucedido en 2009, se hizo un análisis según características clave, como sexo y etapa del ciclo vital.

Sexo de las personas viviendo con VIH/sida (PVV)

El cuarto trimestre de 2009 fue el de mayor cantidad de casos (30,2%). Por otra parte, es notorio que la mayor cantidad de PVV fueron de sexo masculino (80,8%), lo que concuerda con la alta prevalencia de VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por ser la población históricamente más vulnerable, debido a diferentes factores sociales y culturales fuertemente influenciados por el estigma y la discriminación (tabla 1).

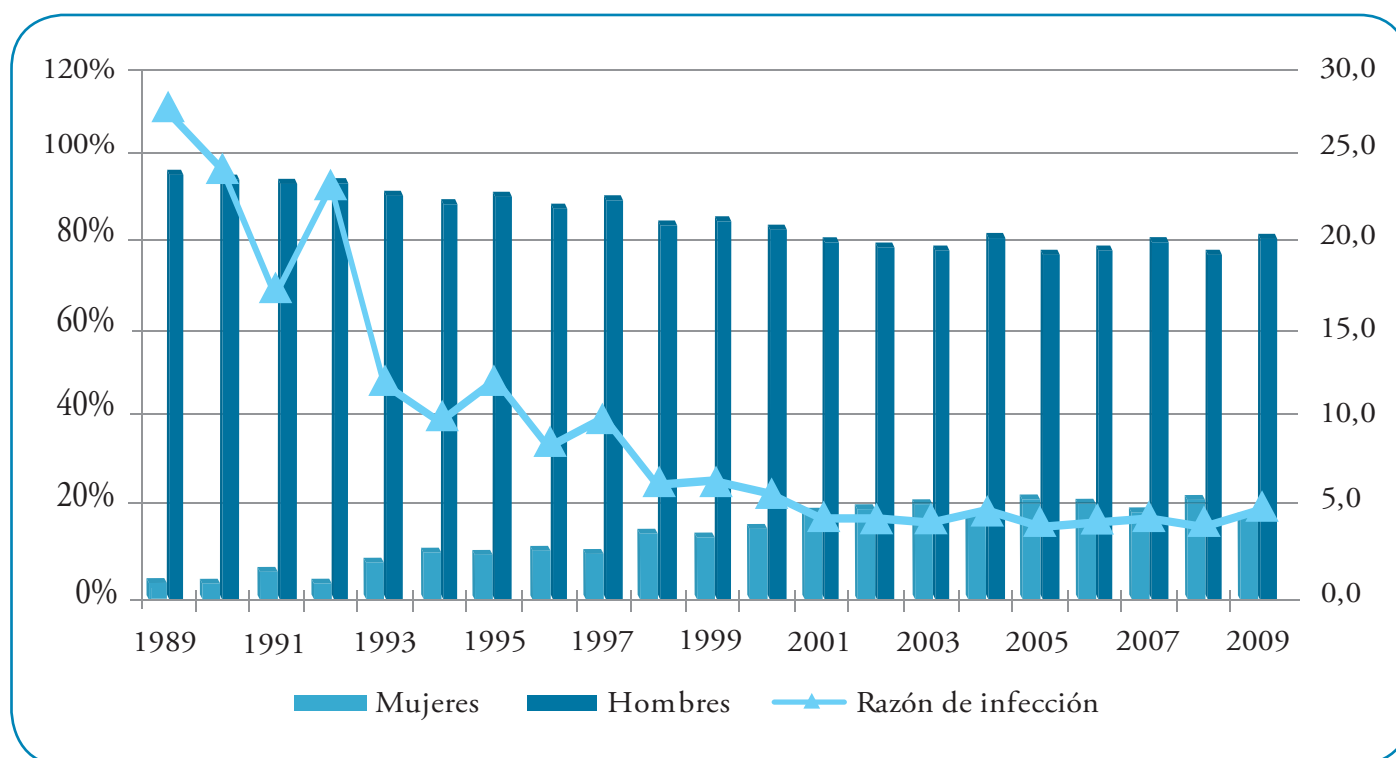
Tabla 1. Sexo de las personas viviendo con VIH/sida por trimestres de 2009

Trimestre	Mujeres		Hombres		Total	
	N	%	N	%	N	%
Primero	75	27,5	324	28,2	399	28,1
Segundo	65	23,8	301	26,2	366	25,8
Tercero	38	13,9	188	16,4	226	15,9
Cuarto	95	34,8	334	29,1	429	30,2
Total	273	100	1.147	100	1.420	100

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

Al hacer el análisis histórico se observa cómo la proporción de casos de mujeres ha aumentado constantemente, aunque existe una tendencia a estabilizarse desde el 2001 hasta la fecha. En la gráfica 2, la línea azul representa la razón de infección por VIH hombre-mujer en el periodo entre 1985 y 2009. Aunque al inicio de la epidemia el comportamiento es errático, este empieza a estabilizarse en 1989, donde era de 27,3:1, hace diez años se encontraba en 6,3:1 y para 2009 se ubica en 4,2:1. Lo anterior alerta sobre la importancia de adelantar acciones y limitar la posibilidad de pasar de una epidemia concentrada a una generalizada.

Gráfica 2. Porcentaje de casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por sexo y razón hombre-mujer, de infección por VIH, Bogotá, 1985 a 2009



Fuente: SIVIGILA-SDS, 1985 a 2009.

Edad de las personas con VIH/sida

El VIH/sida históricamente ha afectado principalmente a los grupos poblacionales con mayor actividad sexual, por ser la principal vía de transmisión y por su relación con mayores factores de riesgo y vulnerabilidad para la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Para el Distrito Capital, los grupos más afectados fueron las personas de los rangos de edad entre 20 y 24 años, con el 19,1%, y 25 y 29 años, con el 16,6%. Entre los 15 y 44 años se agrupa el 86,3% de los casos, lo cual indica que la epidemia está afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente, impactando en el número de años de vida saludable perdidos y la expectativa de vida de Bogotá (tabla 2).

La etapa de ciclo con el mayor porcentaje de casos fue el de los adultos, con el 71,7% del total reportado. Del grupo entre 15 y 26 años (jóvenes) provino el 25,1% (tabla 3).

Tabla 2. Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad, Bogotá, 2005 a 2009

Grupo de edad	2005		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
< 1 año	1	0,1	1	0,1	6	0,5	8	0,5	1	0,1
1 a 4	14	1,3	20	1,7	4	0,3	5	0,3	5	0,4
5 a 9	6	0,6	5	0,4	0	0,0	3	0,2	3	0,2
10 a 14	2	0,2	3	0,3	4	0,3	1	0,1	2	0,1
15 a 19	32	3,0	33	2,8	44	3,6	61	3,9	50	3,5
20 a 24	147	13,8	145	12,4	164	13,4	212	13,6	208	14,6
25 a 29	187	17,5	241	20,7	249	20,3	310	19,9	271	19,1
30 a 34	185	17,3	191	16,4	201	16,4	272	17,5	236	16,6
35 a 39	202	18,9	180	15,4	194	15,8	255	16,4	226	15,9
40 a 44	125	11,7	131	11,2	146	11,9	166	10,7	175	12,3
45 a 49	69	6,5	89	7,6	92	7,5	107	6,9	110	7,7
50 a 54	57	5,3	61	5,2	49	4,0	65	4,2	62	4,4
55 a 59	20	1,9	30	2,6	41	3,3	47	3,0	35	2,5
60 a 64	10	0,9	19	1,6	11	0,9	29	1,9	23	1,6
65 y más	10	0,9	17	1,5	19	1,6	16	1,0	13	0,9
Total	1.067	100	1.166	100	1.224	100	1.557	100	1.420	100

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2005 a 2009.

Tabla 3. Etapas del ciclo vital de las personas con VIH/sida por trimestres de 2009

Trimestre	Etapa de ciclo vital							
	Infancia (0-14)		Juventud (15-26)		Adulthood (27-59)		Vejez (60 y más)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primero	1	10	88	24,7	302	29,7	8	22,2
Segundo	3	30	91	25,6	261	25,6	11	30,6
Tercero	3	30	55	15,4	164	16,1	4	11,1
Cuarto	3	30	122	34,3	291	28,6	13	36,1
Total	10	100	356	100	1018	100	36	100

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

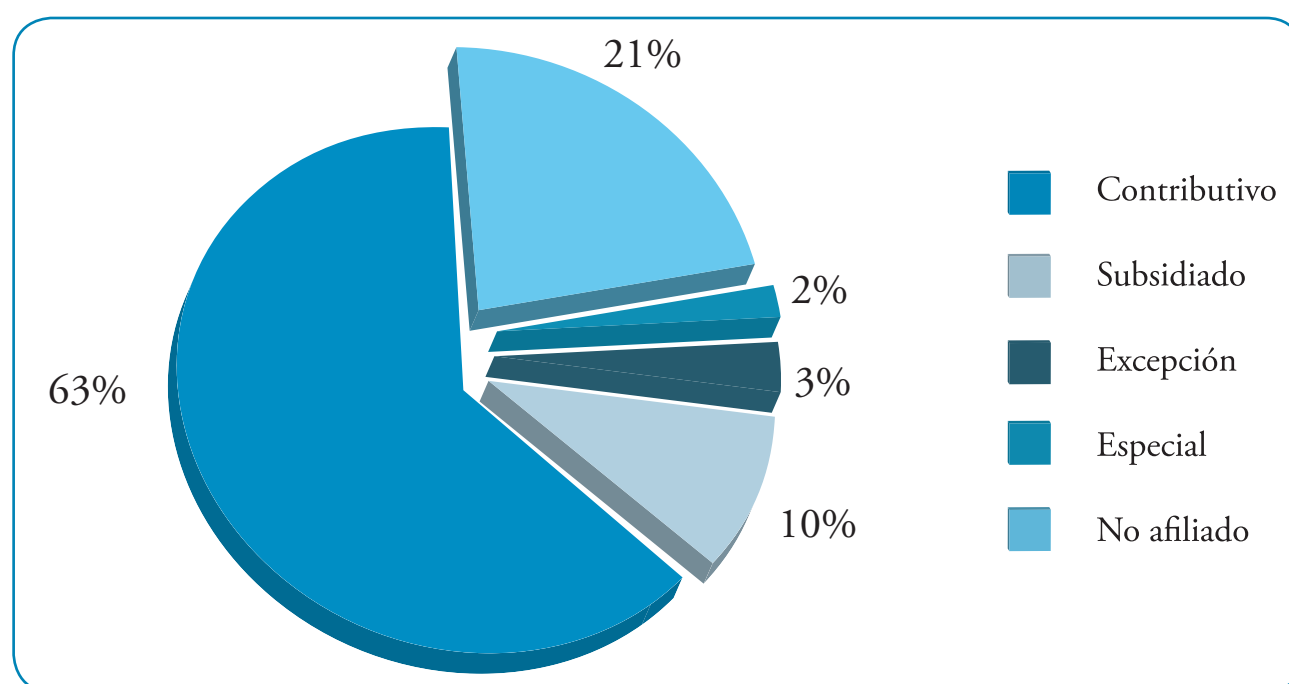
Mujeres gestantes

En el SIVIGILA se registraron 64 casos de gestantes VIH positivas, de las cuales el 94,1% corresponden a mujeres residentes en el Distrito Capital y representan el 4,8% del total de la notificación del 2009. Históricamente, la mayor parte de casos de transmisión vertical notificadas corresponden a mujeres gestantes residentes fuera de la ciudad, lo cual dificulta el seguimiento y análisis de los casos.

Condición de aseguramiento

El 63,3% de las personas incluidas en el análisis estaban afiliadas al régimen contributivo en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, y el 21,5% no eran afiliados (gráfica 3).

Gráfica 3. Casos de VIH notificados al SIVIGILA en 2009, Bogotá D. C., distribuidos por régimen de seguridad social



Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

En la tasa por cada 100.000 afiliados se observa que la población pobre no afiliada es la que presenta los mayores niveles, con 34,2%, seguido de la población de régimen especial y de excepción, con el 33%, y contributiva, con 21,1%. La población pobre no asegurada es la que tiene las mayores condiciones de vulnerabilidad, como bajos niveles educativos, relaciones inequitativas de género y mayor dificultad en el acceso a preservativos, lo cual los expone con mayor frecuencia a factores de riesgo para adquirir el VIH y otras ITS.

Ubicación por residencia y procedencia de las personas con VIH/sida

En la tabla 4 y el mapa 1 se muestran las proporciones de incidencia de casos de VIH en cada una de las localidades del Distrito Capital. Se observa que las tres localidades con las mayores proporciones para 2009 fueron Santa Fe, Chapinero y Los Mártires, con 62,9, 55 y 42,1 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En comparación con el 2008, las mismas localidades se encuentran en los tres primeros lugares, aunque ese año Chapinero encabezó la lista, con 65,5 por cada 100.000 habitantes.

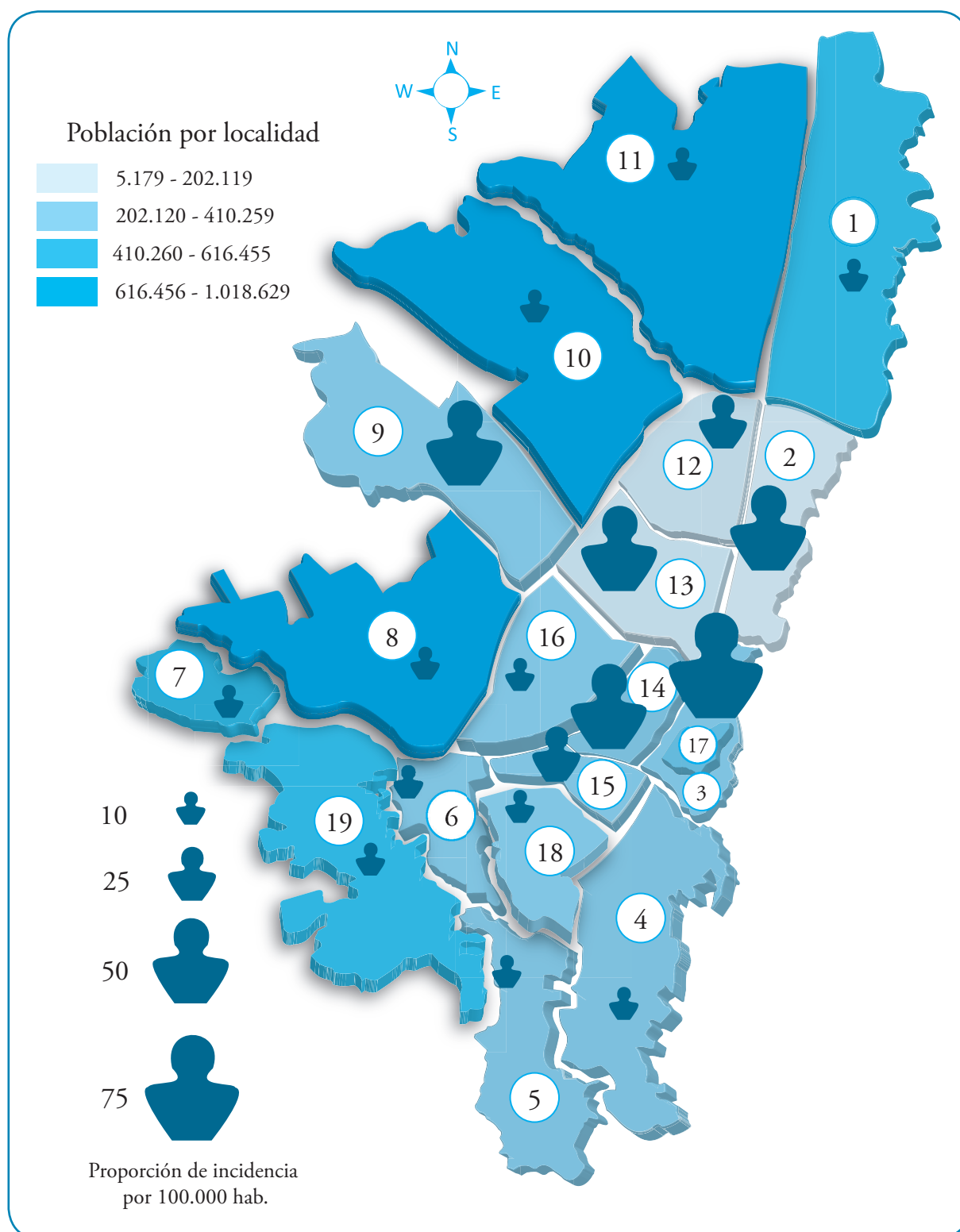
Tabla 4. Casos de VIH notificados y proporción de incidencia por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, Bogotá, D. C., 2009

Localidad	Número de casos	Población 2009	Tasa por 100.000 habitantes
1. Usaquén	67	464.656	14,4
2. Chapinero	72	131.027	55,0
3. Santa fe	76	109.882	69,2
4. San Cristóbal	63	410.259	15,4
5. Usme	38	349.346	10,9
6. Tunjuelito	40	202.119	19,8
7. Bosa	77	554.389	13,9
8. Kennedy	134	997.639	13,4
9. Fontibón	58	330.156	17,6
10. Engativá	144	828.096	17,4
11. Suba	141	1.018.629	13,8
12. Barrios Unidos	43	231.435	18,6
13. Teusaquillo	56	143.891	38,9
14. Mártires	41	97.283	42,1
15. Antonio Nariño	32	107.935	29,6
16. Puente Aranda	44	258.368	17,0
17. Candelaria	0	24.095	0,0
18. Rafael Uribe Uribe	68	377.704	18,0
19. Ciudad Bolívar	85	616.455	13,8
20. Sumapaz	0	6.179	0,0
Fuera de Bogotá	124	NA*	NA
Sin dato	17	NA	NA
Total general	1.420	6.003.536	23,7

*NA: no aplica

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

Mapa 1. Casos de VIH notificados y proporción de incidencia por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, Bogotá, D. C., 2009



Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

Se debe tener en cuenta que estas localidades concentran una parte importante de la población habitante de la calle y en situación de desplazamiento, que son unas de las personas más vulnerables para la transmisión de VIH/sida, así como la población transgenerista y de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, con toda la estructura de vulnerabilidades asociadas con condiciones sociales y culturales, como el estigma y la discriminación, que los exponen al VIH más que las orientaciones sexuales en sí mismas. Algunas localidades que tienen proporciones importantes de poblaciones de mayor vulnerabilidad y bajas proporciones de incidencia pueden estar relacionadas con acceso a servicios de salud y estímulo para la asesoría y prueba voluntaria para VIH.

En la tabla 5 se observa como de la totalidad de personas viviendo con VIH/sida en el 2009, el 9,1% correspondió a casos que no provenían del Distrito Capital. En comparación con el 2008, disminuyó el porcentaje, que fue del 11,4%. Cundinamarca, con el 4,7%, es el departamento en el cual reside la mayor parte de las personas notificadas que no pertenecen al Distrito Capital.

Tabla 5. Distribución por sitio de procedencia de las personas viviendo con VIH/sida en el 2009

Procedencia	Casos	Porcentaje
Bogotá D. C.	1.291	90,9
Cundinamarca	67	4,7
Meta	13	0,9
Casanare	8	0,6
Tolima	8	0,6
Boyacá	6	0,4
Caldas	3	0,2
Cauca	3	0,2
Huila	3	0,2
Fuera del país	3	0,2
Putumayo	3	0,2
Antioquia	2	0,1
Caquetá	2	0,1
Guainía	2	0,1
Magdalena	2	0,1
Córdoba	1	0,1
Nariño	1	0,1
Quindío	1	0,1
Valle del Cauca	1	0,1
Total	1.420	100

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

Pertenencia étnica y desplazamiento

En la tabla 6 se observa que para el 2009, el 7% del total de casos notificados se identifican con alguna pertenencia étnica, siempre siendo mayor en el grupo de los hombres, lo cual indica un comportamiento similar al de la población en general. Haciendo el análisis desde 2007, se observa un aumento en la representatividad de esta población, que pasó de 3,6% en 2007, 5,7% en 2008 al 7% actual, lo cual está fuertemente asociado con los factores económicos y de conflicto armado interno que han generado movimientos migratorios, especialmente de los grupos étnicos a la capital del país, lo cual se suma a las condiciones de vulnerabilidad en las cuales residen estas personas por el desplazamiento a la ciudad y sus primeros años de residencia en ella.

Tabla 6. Casos notificados según pertenencia étnica, Bogotá D. C., 2007 a 2009

Pertenencia étnica	2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%
Indígena	2	0,1	7	0,4	1	0,1
Rom gitano	1	0,1	8	0,5	4	0,3
Raizal	1	0,1	4	0,3	3	0,2
Afrocolombiano	44	3,3	69	4,4	92	6,5
Otros	1.289	96,4	1.469	94,3	1.320	93,0
Total	1.337	100	1.557	100	1.420	100

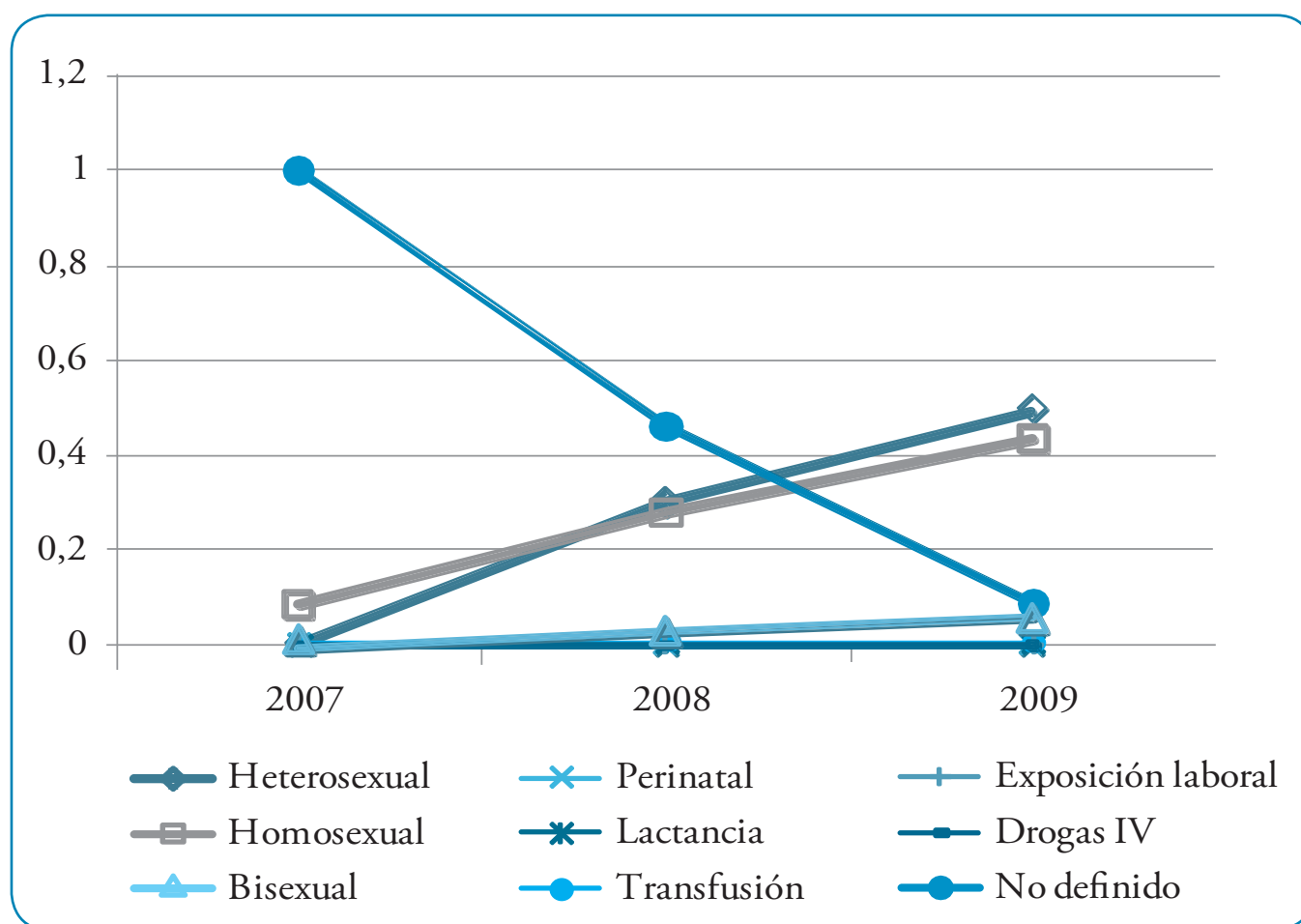
Fuente: SIVIGILA, Bogotá D. C. 2007-2009.

Mecanismo de transmisión

Esta es una de las variables de mayor importancia para el análisis de la evolución de la epidemia; sin embargo, por dificultades relacionadas con el estigma y la discriminación, los resultados son poco confiables. Con todo ello, en 2009 se ha realizado un trabajo fuerte para mejorar el registro de esta variable, resultados que se evidencian en la disminución de los casos no definidos, que en 2007 representaban el 99,4%, en 2008 el 46% y para 2009 el 8,9%.

Claramente, la principal causa de transmisión del VIH es la sexual, con el 90,8% del total de reportes, seguido por los no definidos, con el 8,9%, y la transmisión perinatal, con el 0,2% (gráfica 4).

Gráfica 4. Casos de VIH notificados a SIVIGILA distribuidos por probable mecanismo de transmisión, Bogotá D. C., 2007 a 2009

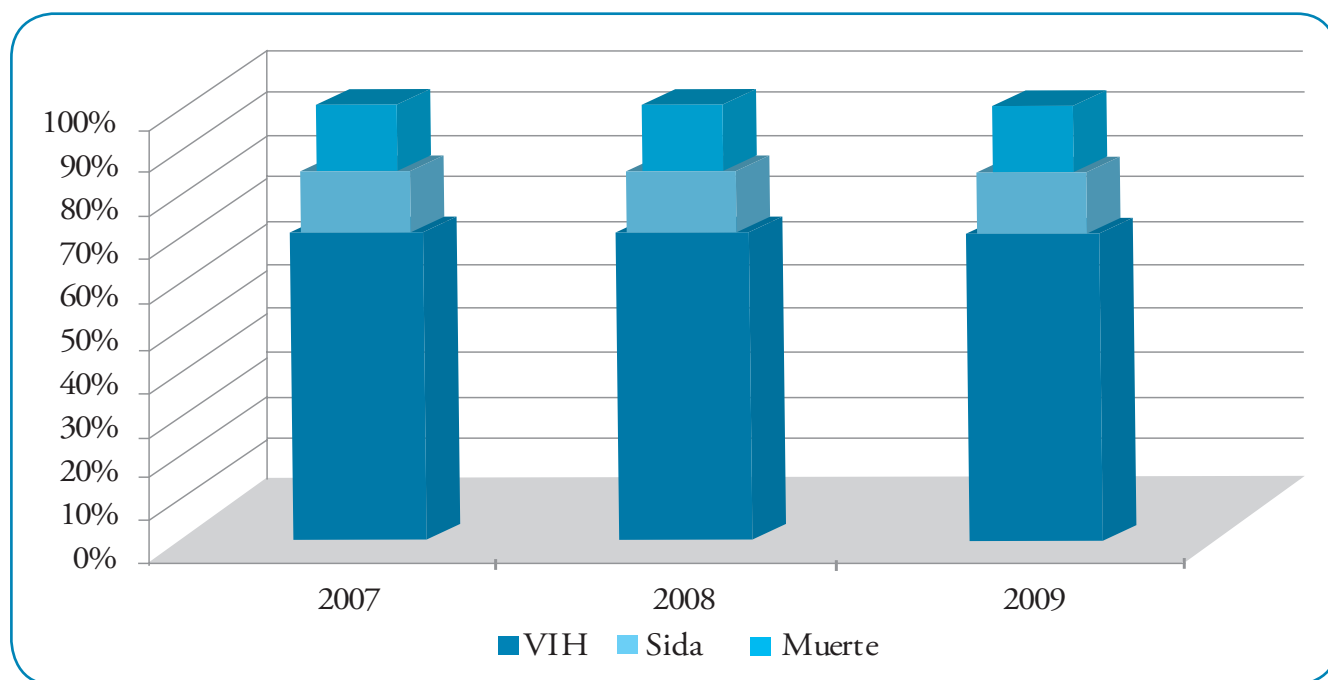


Fuente: SIVIGILA-SDS, 2007 a 2009.

Estadio clínico de notificación

En la gráfica 5 se hace el análisis sobre el estadio clínico en el cual se encontró la persona al momento en que se hizo la notificación. Para el 2009, el 73,8% se notificó en estadio de VIH, lo cual indica momentos oportunos de diagnóstico, y por consiguiente, inicio de tratamiento temprano y mejoras en las expectativas de vida. El 16,1% de los casos fue notificado como sida, lo que quiere decir que estas personas en promedio llevarían más tiempo viviendo con el virus y generando posiblemente cadenas de transmisión más amplias —dependiendo de si la notificación es una actualización en el estadio clínico o el diagnóstico inicial—, así como un deterioro avanzado del sistema inmunológico, lo cual repercutirá en esquemas terapéuticos, con resultados poco efectivos. El 10,1% restante fueron notificados como muertes, de los cuales algunos casos pueden ser actualizaciones de personas notificadas previamente o que no fueron identificadas antes.

Gráfica 5. Casos de VIH notificados en el primer semestre de 2009, en Bogotá, D. C., distribuidos según fase clínica al momento de la notificación



Fuente: SIVIGILA-SDS, 2007 a 2009.

Al hacer el análisis de los estadios clínicos al momento de la notificación, en los últimos tres años, se observa un comportamiento sin mayores modificaciones. Es importante tener en cuenta el aumento de la proporción de casos de VIH en 2009.

Coinfecciones y comorbilidades

La principal complicación y causa de muerte entre las personas viviendo con VIH/sida son las coinfecciones y comorbilidades, generadas por la disminución en la respuesta inmunológica relacionadas con el avance de la enfermedad. Se observa cómo el 23% de los casos notificados en el 2009 tenían algún tipo de coinfección o comorbilidad, y el 15% de estos tiene una única coinfección. La mayoría de las personas notificadas no presentan coinfecciones, lo cual es compatible con los hallazgos en el estadio clínico de notificación; estos dos aspectos generan buenas expectativas para el tratamiento y la calidad de vida de estas personas.

La coinfección de mayor presencia en el 2009 fue la candidiasis esofágica, con el 13,6%, seguida por la toxoplasmosis cerebral y la neumonía recurrente, con el 9,8% y 9,0%, respectivamente. Agrupando por patología se encuentran las candidiasis en primer lugar, con el 17,1%; en segundo y tercer lugar encontramos las neumonías y las tuberculosis, lo cual ha sido parte fundamental en

el desarrollo del plan colaborativo TB/VIH. En comparación con el 2008, los tres eventos también fueron los primeros lugares, aunque para ese periodo las neumonías aportaron el mayor porcentaje, con el 19,1% (tabla 7).

Tabla 7. Clases de coinfecciones en casos notificados por VIH/sida, 2009, Bogotá D. C.

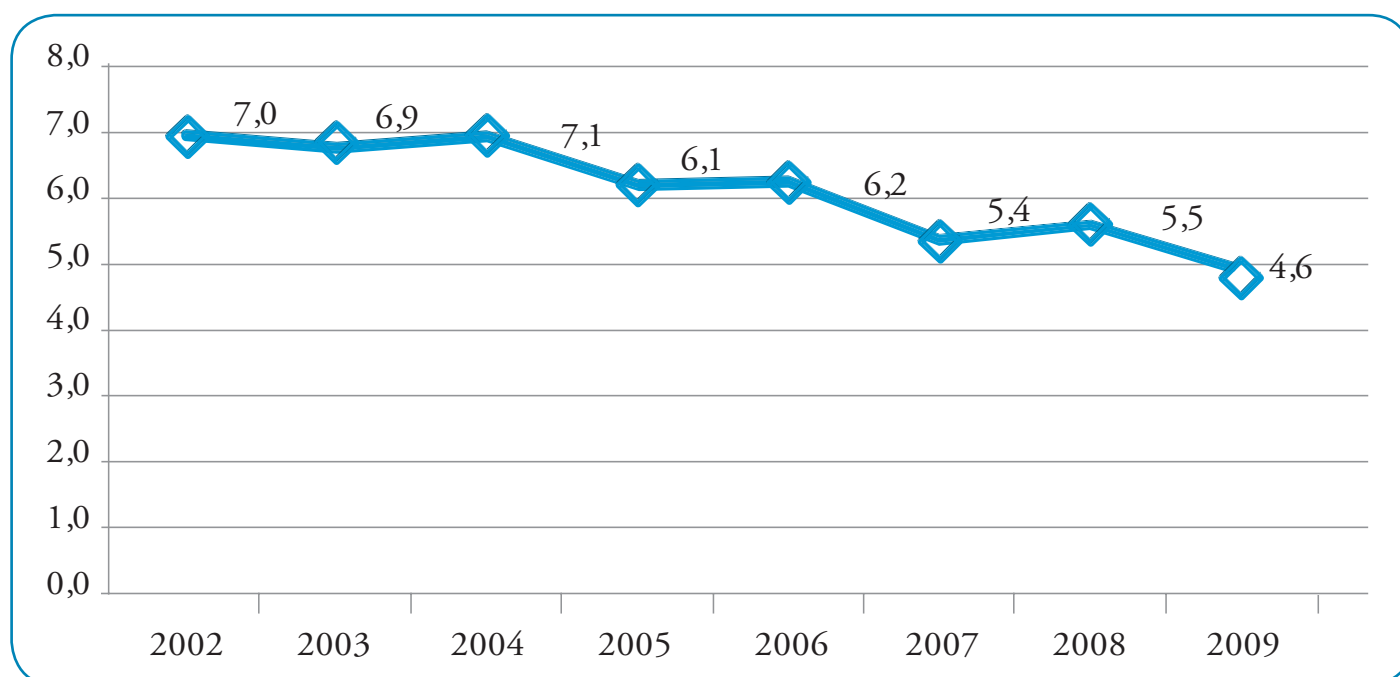
Coinfecciones	Frecuencia	Porcentaje
Candidiasis esofágica	71	13,6
Toxoplasmosis cerebral	51	9,8
Neumonía recurrente	47	9,0
Síndrome de emaciación	39	7,5
Neumonía por pneumocystis	39	7,5
Tuberculosis extrapulmonar	32	6,1
Sarcoma de Kaposi	28	5,4
Tuberculosis pulmonar	31	6,0
Candidiasis de las vías aéreas	18	3,5
Encefalopatía	13	2,5
Meningitis	22	4,2
Criptococosis extrapulmonar	22	4,2
Herpes zóster	18	3,5
Citomegalovirus	11	2,1
Criptosporiadiasis crónica	12	2,3
Septicemia recurrente	7	1,3
Cáncer cervical invasivo	5	1,0
Herpes simple	9	1,7
Histoplasmosis diseminada	10	1,9
Linfoma de Burkitt	7	1,3
Linfoma inmunoblástico	7	1,3
Leucoencefalopatía multifocal	9	1,7
Hepatitis C	4	0,8
Retinitis por citomegalovirus	2	0,4
Histoplasmosis extrapulmonar	4	0,8
Isosporiasis crónica	2	0,4
Coccidioidomicosis	1	0,2
Total de coinfecciones	521	100

Fuente: SIVIGILA-SDS, 2009.

Mortalidad por sida

En la gráfica 6 se presenta el comportamiento de la mortalidad por sida en el Distrito Capital, para el periodo 2002 a 2009. Se define una clara tendencia a la disminución en el número de casos. Desde la aparición en los años noventa de la terapia antirretroviral, en el mundo han disminuido las muertes asociadas con la epidemia. Sin embargo, este comportamiento es irregular, con periodos de aumento. Podría lograrse un mayor avance en la reducción de las muertes por sida si se garantizan las características necesarias de atención que debe brindar el Sistema General de Seguridad Social en Salud, especialmente las relacionadas con la profunda fragmentación entre tipos de afiliación y las barreras para el tratamiento de algunas patologías denominadas enfermedades de alto costo (2).

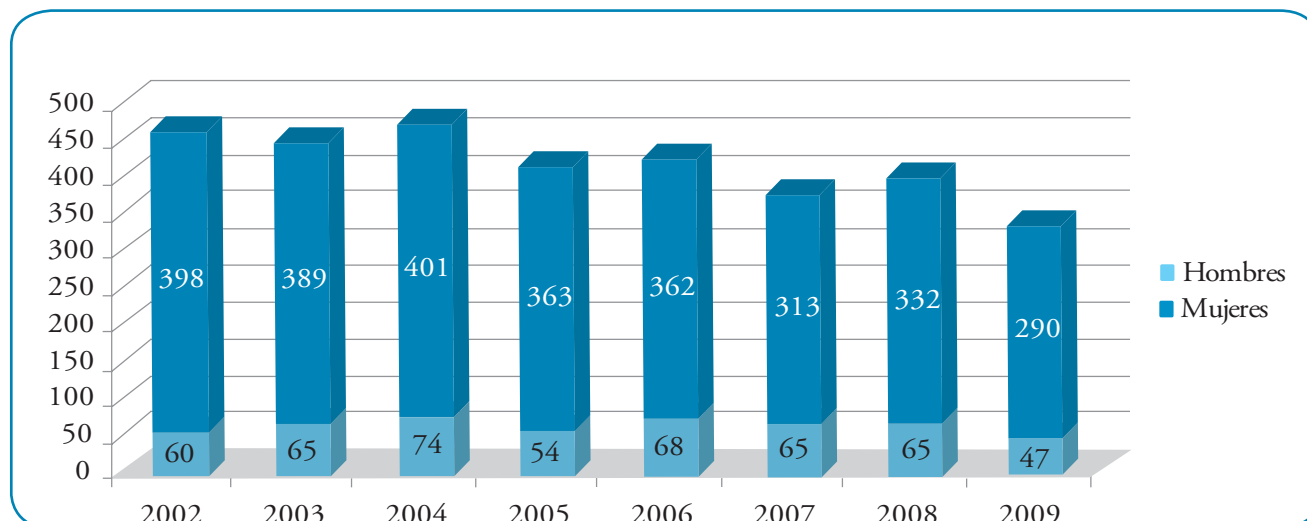
Gráfica 6. Tasa por 100.000 habitantes de muertes por sida, Bogotá D. C., 2009



Fuente: Estadísticas vitales SDS 2002 a 2009.

En concordancia con datos presentados antes en este documento, el mayor impacto de la mortalidad por sida se da en los hombres. Esta situación se ha mantenido estable en el periodo analizado. En promedio, las mujeres representan para 2002 a 2009 el 14,9% del total de casos, y los hombres, el 85,1%. La razón hombre/mujer de muerte por VIH muestra que por cada 6,2 hombres que mueren por VIH lo hace una mujer. Este indicador es diferente al de infección para el mismo año, que, como se dijo anteriormente, revela que por cada 4,2 hombres que se infecta lo hace una mujer (gráfica7).

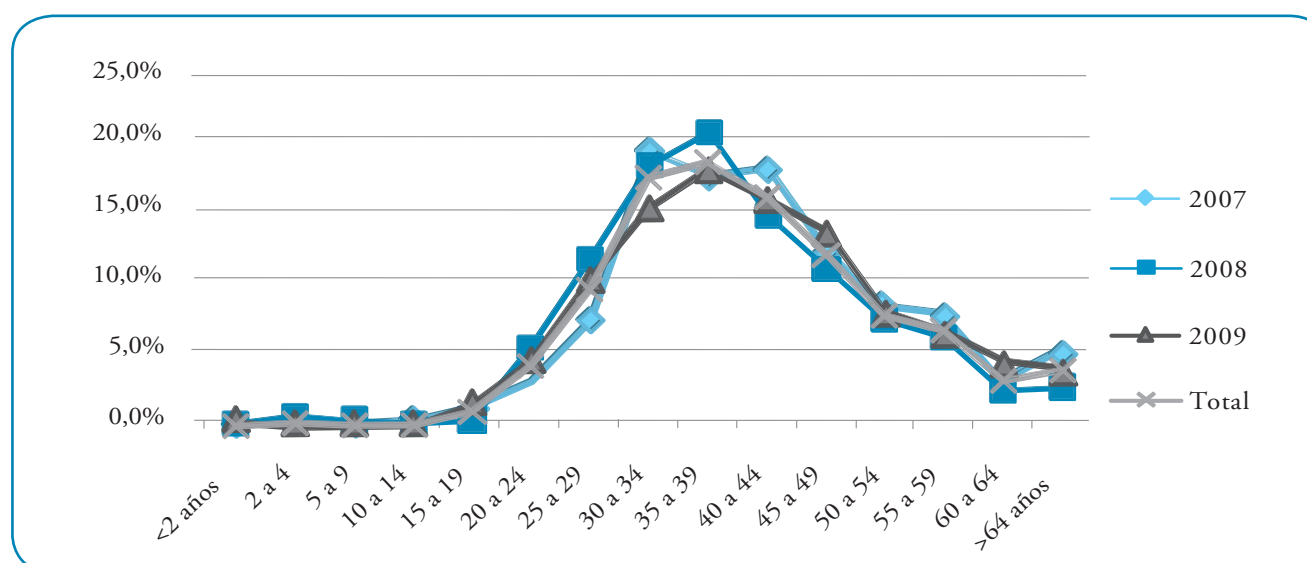
Gráfica 7. Casos de muertes por sida distribuidos según sexo, Bogotá, D. C., 2002 a 2009



Fuente: Estadísticas vitales SDS, 2009.

La mortalidad por sida es una de las consecuencias asociadas con el VIH de mayor impacto social, que genera importantes repercusiones en múltiples ámbitos, sociales, familiares y económicos. Las muertes por esta causa están afectando principalmente los grupos de mayor productividad, pues en el grupo de 25 a 49 años se encontró para 2009 el 72,1%, y en el periodo 2007 a 2009, el 73,7%. Dentro del rango descrito, el grupo más afectado es la población de 35 a 39 años, con un promedio para el periodo del 18,5% y del 17,8% para 2009 (gráfica 8).

Gráfica 8. Comportamiento porcentual de la mortalidad por sida según la edad de ocurrencia, Bogotá D. C., 2007 a 2009



Fuente: Estadísticas vitales SDS 2007 a 2009.

Las mayores proporciones de incidencia de reporte de defunciones por sida según el subsistema de estadísticas vitales se encuentra en las localidades de Mártires y Santafé, lo cual es similar a las cifras registradas por SIVIGILA, en las cuales están en los primeros lugares. Es importante ver cómo Chapinero, que es una de las localidades con mayor notificación, se encuentra en los últimos lugares de muerte por sida. Esto puede estar causado por las características socioeconómicas de las personas que allí habitan, lo que a su vez sería un indicio de inequidades en contra de quienes viven en las localidades con mayor mortalidad (tabla 8).

Tabla 8. Casos de mortalidad por sida y proporción de incidencia por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, 2008 y 2009, Bogotá D. C.

Localidad	2008		2009	
	Casos	Proporción de incidencia	Casos	Proporción de incidencia
Mártires	10	8,9	16	16,4
Candelaria	2	6,7	2	8,3
Santafé	14	10	9	8,2
Teusaquillo	8	4,6	11	7,6
San Cristóbal	29	5,4	22	5,4
Rafael Uribe	23	4,9	20	5,3
Tunjuelito	11	4,4	9	4,5
Ciudad Bolívar	23	3,4	24	3,9
Chapinero	7	4,6	5	3,8
Bosa	23	3,9	20	3,6
Engativá	38	4,3	29	3,5
Puente Aranda	12	3,7	9	3,5
Suba	36	4	29	2,8
Usme	10	3,6	9	2,6
Kennedy	33	3,3	24	2,4
Usaquén	7	1,4	11	2,4
Antonio Nariño	2	1,7	2	1,9
Fontibón	8	2,5	6	1,8
Barrios Unidos	5	2,5	3	1,3
Sumapaz	0	0	0	0
Fuera de Bogotá	66	NA*	56	NA
Sin dato	30	NA	21	NA
Total	397	5,5	337	4,6

*NA: no aplica

Fuente: Estadísticas vitales SDS, 2009.

Laboratorio centralizado de VIH

Bogotá es la única ciudad del país que cuenta con un laboratorio especializado en VIH, denominado ‘Laboratorio Centralizado de VIH’, el cual permite romper barreras administrativas y desarrollar todas las pruebas diagnósticas y de seguimiento para VIH al 100% de la población que no tiene definida su afiliación al Sistema General de Seguridad Social y Salud (llamados “vinculados”).

De las 32.183 muestras enviadas al Laboratorio Centralizado de VIH (LCVIH) en el 2009, el 0,84% tuvieron resultado confirmado de VIH. A continuación se hace el análisis de estos resultados.

Mujeres gestantes

El LCVIH procesa el 100% de pruebas realizadas a las gestantes vinculadas con el Distrito Capital. Como se observa en la tabla 9, el mayor porcentaje de positividad se dio en población general, con el 1,93%. El total general permite ver un panorama más amplio, donde el 0,69% de positividad sería una prevalencia comparable con la del estudio centinela de 2004 en población general, que arrojó cifras de 0,7%; siempre se debe tener en cuenta la diferencia en la población y que buena parte de estas pruebas fueron ordenadas por indicación médica.

Tabla 9. Porcentaje de positividad de pruebas enviadas al LCVIH según tipo de población, Bogotá D. C., 2009

Población	Positividad
Gestante	0,13%
Población general	1,93%
Total general	0,69%

Fuente: LCVIH-SDS, 2009.

Sexo

El porcentaje de positividad según sexo muestra que es cuatro veces mayor en hombres que en mujeres, lo cual indica una razón de infección por VIH hombre mujer 2:1, que es menor que la observada en SIVIGILA para el mismo periodo, de 4,2:1; el 67% fueron casos en hombres y el restante 33%, en mujeres.

Edad

Al igual que en SIVIGILA, el 89,7% del total de casos se encuentra en el grupo de 15 a 44 años de edad, siendo los más afectados, casi por igual, los quinquenios de 20 a 24 y 25 a 29, con el 16,2% y 17,7%, respectivamente.

Datos procedentes de la hemovigilancia

La información aquí presentada muestra la totalidad de los resultados positivos para VIH de donantes de la Red Distrital de Bancos de Sangre durante 2009. Gracias a esta información, se realiza asesoría posttest, canalización y acompañamiento a las personas identificadas como confirmadas para VIH, mediante el proyecto especial de la Secretaría Distrital de Salud y la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida. Del total de las 740 muestras enviadas al Laboratorio de Salud Pública para hacer la confirmación, el 4,81% tuvieron resultado confirmado para VIH positivo. A continuación se realiza el análisis de estos resultados.

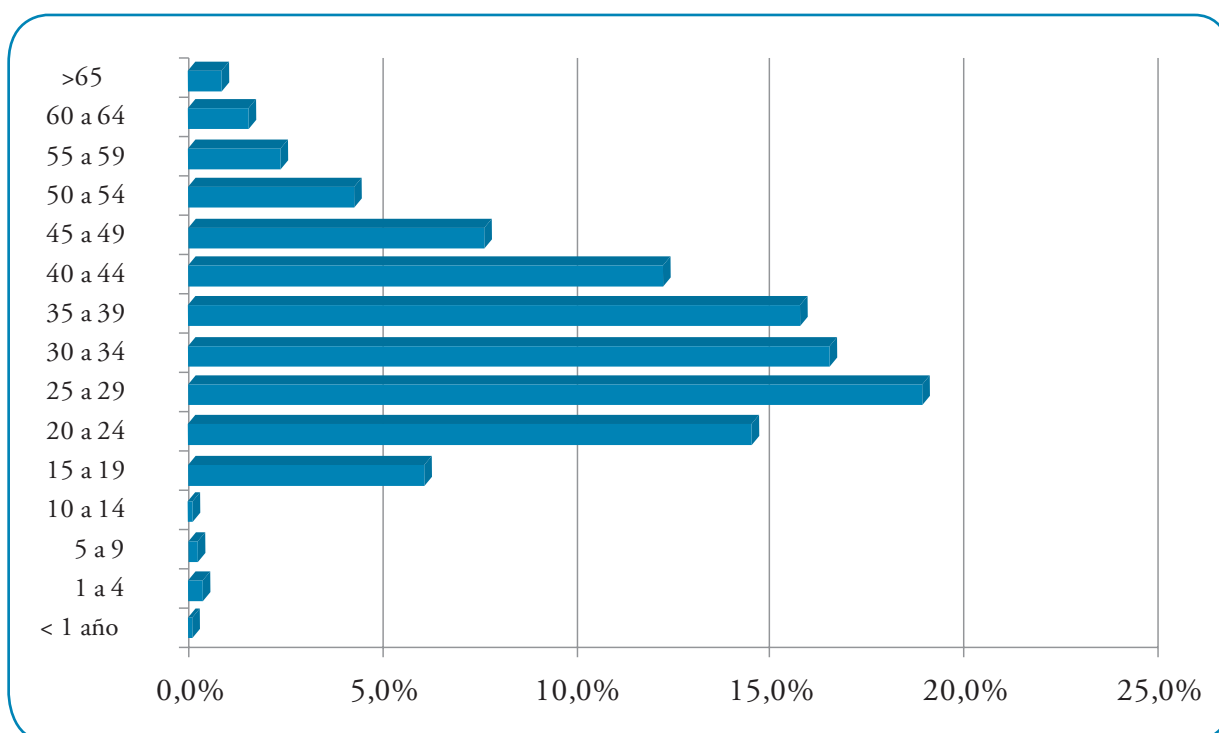
Distribución por sexo

Se observa que los hombres aportan el 85% y las mujeres el 15% restante del total de casos reportados para el 2009, estas cifras concuerdan con el comportamiento de la notificación del evento al SIVIGILA y la clasificación actual de epidemia concentrada. La canalización de donantes reactivos es esencial en la ruptura de las cadenas de transmisión en este tipo de eventos.

Distribución por edad

El grueso de la población afectada está entre los 20 y 39 años, quienes representan el 80,5% del total de la población; de estos grupos, el que está entre 25 y 29 años es el que más aporta, con el 25,4%. En la gráfica 9 se debe tener en cuenta que las únicas personas que pueden ser donadoras de sangre son las mayores de 18 años, por eso la distribución de la figura comienza en el rango donde se inicia la mayoría de edad.

Gráfica 9. Donantes positivos para VIH al tercer trimestre de 2009, en Bogotá D. C., distribuidos por grupo de edad



Fuente: Laboratorio de Salud Pública, 2009.

Resumen de cuatro estudios sobre la epidemia por VIH en el Distrito Capital, 2004 a 2009

En el 2000, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las “guías prácticas para poner en marcha la vigilancia del VIH de segunda generación”, donde se hace el llamado a incluir en los estudios no solo la caracterización de las personas viviendo con VIH, sino también las condiciones de vulnerabilidad y los factores determinantes principales de la epidemia, con el fin de hacer aportes significativos a la creación de políticas públicas en salud (3).

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desarrolla estudios para monitorear el comportamiento de la epidemia en la ciudad. En algunas ocasiones, en conjunto con instituciones de orden internacional, como el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). También, realiza investigaciones con entidades nacionales, como el Instituto Nacional de Salud (INS); o de forma independiente, con colaboración de organizaciones no gubernamentales (ONG), como la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida (Liga Sida).

Desde el 2004 hasta el 2009, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha realizado cuatro estudios, que se presentan en la tabla 10, y de los cuales se exponen sendos resúmenes a continuación.

Tabla 10. Estudios realizados por la SDS, 2004 a 2009

Grupo poblacional	Año	Instituciones participantes
Población general	2004	INS y SDS
Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres	2006	ONUSIDA, SDS y Liga Sida
Mujeres trabajadoras sexuales	2007	UNFPA, SDS y Liga Sida
Mujeres gestantes	2009	INS y SDS

Fuente: SDS. Bogotá, D.C., 2004 a 2009.

Estudio centinela de prevalencia de VIH en población general, 2004

En este estudio participaron once unidades centinela de Bogotá, así como en otras diez ciudades del país; se realizó en conjunto con el Instituto Nacional de Salud. Se definió un tamaño de muestra para todas las unidades de 300 personas. El Distrito Capital recolectó 281 muestras (4) (tabla 11).

Tabla 11. Resultados según región del estudio centinela de 2004

Región	N	Positivos	Positividad (%)
Atlántico	300	5	1,67
Santander	300	4	1,33
Valle del Cauca	296	3	1,01
Bogotá D. C.	281	2	0,71
Risaralda	298	2	0,67
Norte de Santander	273	1	0,37
Putumayo	293	1	0,34
Caldas	299	1	0,33
Antioquia	302	1	0,33
Arauca	298	0	0,00
Meta	300	0	0,00
Total	3.240	20	0,62

Fuente: Instituto Nacional de Salud.

La prevalencia total en el estudio fue de 0,62%. Bogotá se ubicó en el cuarto lugar, con una proporción de 0,71%. En comparación con las prevalencias de los países de la región, según el informe ONUSIDA (5), el Distrito Capital se encuentra al mismo nivel de países como Honduras, El Salvador y Guatemala, por encima de países como Brasil. En relación con el LCVIH (Laboratorio Centralizado de VIH), se encuentra que es menor al porcentaje de positividad, que para 2009 fue de 0,83%, con 32.183 muestras recibidas.

Estudio de conocimientos de comportamientos sexuales y prevalencia de VIH y otras ITS en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 2006

El estudio fue realizado únicamente por Bogotá, en conjunto con la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. La muestra efectiva estuvo conformada por 630 sujetos.

Como resultado de la investigación, se obtuvo una prevalencia del 10,8%. Aunque es bastante alta si se compara con la prevalencia en población general, es relativamente baja si se toman en cuenta los hallazgos en otras capitales de la región; la hallada en Montevideo es una de las más altas, con el 22%. Le siguen Lima, con el 18 al 22%; Buenos Aires, con el 14%, y Quito, con el 15%. Por otra parte, la prevalencia de África Subsahariana es del 32,6%; en Asia, del 28%; mientras la de Europa Oriental y Asia Central está entre 5 y 21% (5).

Estudio de seroprevalencia y del comportamiento en mujeres trabajadoras sexuales, 2007

El estudio fue realizado con la participación de la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. El tamaño de la muestra fue de 501 mujeres, y se obtuvo una prevalencia de 0,76% (6). Al comparar el Distrito Capital con los estudios de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia, que se presentan en la tabla 12 (7), se concluye que en esta población, Bogotá tiene una prevalencia relativamente baja.

Tabla 12. Prevalencia obtenida según unidades

Ciudad	Prevalencia (%)
Barranquilla	4,54
Bucaramanga	3,82
Cali	1,67
Medellín	1,19

Fuente: Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2009.

Se debe tener en cuenta que en el Distrito Capital, el 100% de mujeres participantes trabajaban en establecimientos; por lo tanto, no están representadas las que ofrecen sus servicios en la calle, por lo cual la prevalencia en esa población podría ser mayor. Cabe anotar que las cifras en la región oscilaron en otros estudios entre el 0,0% en Venezuela y Chile, al 4,5% en Argentina. Los países que tienen comportamientos similares fueron Bolivia, con el 0,4%; Uruguay, el 0,8%, y Perú, el 1,0%. En conjunto, la prevalencia de VIH fue menor en los países de la región Andina, que en los del Cono Sur (8).

Uno de los principales hallazgos del estudio tuvo que ver con el uso de preservativo en este grupo de mujeres, que en las relaciones sexuales comerciales alcanzó el 77,5%, lo cual contrasta con el uso entre las parejas estables, en las cuales más del 50% reporta no usarlo y el 19%, usarlo irregularmente.

Estudio centinela nacional de prevalencia de VIH en gestantes, 2009

La investigación se hizo efectiva con el apoyo del INS y Liga Sida. El tamaño de muestra definido para Bogotá fue de 2.998 mujeres gestantes. Al momento de redactar este documento, el informe final estaba en construcción por parte del INS. Solamente se encontró una mujer con prueba positiva para VIH, lo que representa una prevalencia de 0,034%, siendo la más baja del país.

Esta información puede ser comparada con la del Laboratorio Centralizado de VIH, que procesa el 100% de las muestras de las mujeres gestantes pertenecientes a la población pobre no asegurada y algunas pertenecientes al régimen subsidiado del Distrito Capital. Durante 2009, de 19.634 mujeres se obtuvo un porcentaje de positividad del 0,15%, que es significativamente mayor que el resultado del estudio centinela nacional. Aunque este grupo poblacional tiene mayores condiciones

de vulnerabilidad y exposición a factores de riesgo para la infección por VIH que la población general, la contrastación de los datos podría indicar la necesidad de mantener sistemas constantes de información, pues los estudios puntuales tendrían dificultades para lograr estimaciones precisas sobre las prevalencias.

Conclusiones

Las diferentes ventanas epidemiológicas identifican un comportamiento leve de aumento, aunque para 2009 se observó una estacionalidad por primera vez en cinco años. Por los datos de prevalencia en población general del 0,7% (estudio centinela de 2004) y en población de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), del 11% (estudio centinela distrital de 2007), se sigue definiendo como epidemia concentrada; el comportamiento de indicadores, como la razón hombre-mujer y probable mecanismo de transmisión, hacen un llamado urgente a desarrollar acciones tendientes a frenar la transmisión en grupos de mayor vulnerabilidad, y especialmente la afectación a la población general, así como a seguir con las estrategias que lleven a una detección temprana, para poder romper cadenas de transmisión y mejorar las expectativas de vida de las personas viviendo con VIH, y sus familias.

El Sistema General de Seguridad Social en Salud es un actor fundamental en todas las fases de la epidemia, tanto desde la prevención como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Muy probablemente con el mejoramiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, en términos de la superación de las barreras administrativas, fragmentación del sistema, entre otros factores, se lograría una mejor notificación y atención en salud, y en el mediano plazo, un impacto mayor sobre la epidemia.

De acuerdo con los datos resumidos en este artículo, la epidemia por VIH/sida en Bogotá se clasifica como concentrada, lo que implica que es de esperarse un comportamiento estable en los próximos años. En general, la ciudad se encuentra al nivel de epidemias de mediano impacto en el mundo, aunque algunas ventanas epidemiológicas evidencian aumento en la prevalencia, por lo cual se deben tomar medidas para evitar mayor afectación en la población general.

De los grupos definidos como de alto riesgo y con los cuales se han hecho estudios de prevalencia, los HSH son los más afectados. Su prevalencia superior al 10% es la más alta obtenida en los estudios.

Por otra parte, no en todos los casos es posible hacer una comparación de los estudios con algunas de las ventanas epidemiológicas existentes en la ciudad. En general, se observa consistencia en las prevalencias obtenidas, con la excepción de la investigación en mujeres gestantes.

Los estudios indican la necesidad de fortalecer la promoción de la salud sexual y reproductiva, así como la prevención de las infecciones de transmisión sexual en los grupos con comportamientos de riesgo, sin dejar de lado a la población general, pues esta última se está viendo cada vez más afectada. La secuencia de estudios, así como el mantenimiento de los sistemas de vigilancia constantes, deben servir de fundamento para la toma de decisiones en bien de toda la sociedad, la cual espera que la epidemia por VIH sea en el futuro próximo, asunto del pasado.

La Secretaría Distrital de Salud ha evidenciado la importancia de información permanente sobre el VIH, las ITS y las prácticas sexuales, como base para definir intervenciones claras y acordes con las necesidades de las poblaciones.

Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud. Estudio centinela de prevalencia de VIH en población general. Bogotá: SDS; 2004.
2. Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Liga Sida. Estudio de cobertura de terapia antirretroviral y calidad de atención a PVV en el Distrito Capital. Resultados preliminares. Bogotá: SDS.
3. World Health Organization (WHO), UNAIDS. Guías prácticas para poner en marcha la vigilancia del VIH de segunda generación. Ginebra: WHO; 2000.
4. República de Colombia, Instituto Nacional de Salud, Secretaría Distrital de Salud (SDS). Informe final VI estudio Nacional de Prevalencia de VIH en Población General. Bogotá: INS; 2004.
5. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008. Ginebra: ONU; 2008.
6. Secretaría Distrital de Salud, UNFPA, Liga Sida. Estudio de seroprevalencia y del comportamiento en mujeres trabajadoras sexuales. Bogotá: SDS; 2007.
7. Ministerio de la Protección Social (MPS), UNFPA. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá: MPS; 2009.
8. Bautista CT, Sánchez J, Montano SM., et al. Seroprevalence and risk factors for HIV - 1 infection among female commercial sex workers in South America. Sex Transm Infect. 2006;82:311-6.

