



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

## SITUACION ACTUAL DEL VIH EN EL DISTRITO CAPITAL 2010

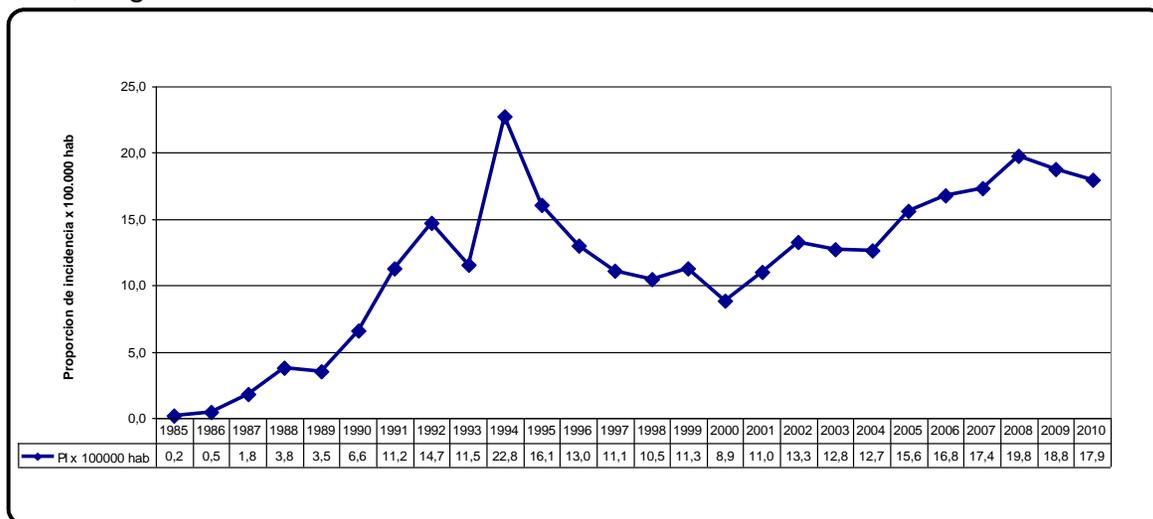
En la actualidad el VIH/SIDA tiene importantes fuentes de información, las principales son el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), al cual son notificados los casos identificados como positivos y que son atendidos en las diferentes IPS del Distrito Capital, los Sistemas de Estadísticas Vitales que reportan las muertes por SIDA, el Laboratorio Centralizado de VIH que tamiza y confirma a toda la población pobre no asegurada del Distrito Capital y los datos de los donantes identificados como confirmados dentro del proceso de tamización de sangre en el Distrito Capital. A continuación se hace el análisis de estas fuentes de información como base para establecer la situación actual del VIH en el Distrito Capital.

### SIVIGILA

#### Notificación acumulada de casos

El número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y el 31 de diciembre de 2010 (semana epidemiológica 52) son 19.052, aquí se encuentran incluidos casos nuevos, actualizaciones en el estadio clínico incluidas muertes.

Grafica N° 1. Proporción de incidencia de VIH/SIDA por 100.000 habitantes 1985 a 2010, Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA – SAA, SDS 1985 a 2010





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

La proporción de incidencia por 100.000 habitantes, nos 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 90 relacionados con campañas nacionales para realización masiva de la prueba de tamizaje para VIH.

En el 2009 por primera vez en los últimos 5 años se observa una disminución, comportamiento que se mantiene en 2010 donde se notificaron 1.321 casos que representan una disminución de 3% en relación con 2009, estos resultados deben ser analizados a la luz del funcionamiento del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA y evaluar si la reducción es real o se debe a factores relacionados con barreras de acceso a la prueba diagnóstica u otras dificultades en el proceso de notificación, en 2010 se da un cambio en el software y protocolos del SIVIGILA los cuales pueden haber impacto de una forma importante la notificación del VIH como se identificó con otros eventos de interés en salud pública que presentaron aumento en el subregistro. Es importante resaltar que la Secretaría Distrital de Salud ha desarrollado acciones importantes para contener la evolución del VIH que también están relacionadas con la reducción en el número de casos.

### Comparación por trimestres 2010

Tabla N° 1. Frecuencia absoluta y relativa de casos de VIH/SIDA, comparación a cuarto trimestre 2010, distribución por sexo, etapa de ciclo de vida y aseguramiento. Bogotá D.C.

Variable	Primero	%	Segundo	%	Tercero	%	Cuarto	%	Total	
Sexo	F	53	20,0%	68	25,7%	79	29,8%	65	24,5%	265
	M	285	24,5%	280	24,0%	324	27,8%	276	23,7%	1165
Etapa de ciclo	Infancia	2	15,4%	3	23,1%	5	38,5%	3	23,1%	13
	Juventud	97	24,7%	88	22,4%	112	28,5%	96	24,4%	393
	Adulthood	231	23,6%	245	25,1%	266	27,2%	236	24,1%	978
	Vejez	8	17,4%	12	26,1%	20	43,5%	6	13,0%	46
Aseguramiento	Contributivo	235	24,6%	227	23,7%	274	28,6%	221	23,1%	957
	Subsidiado	43	18,9%	42	18,5%	61	26,9%	81	35,7%	227
	Excepcion	5	38,5%	2	15,4%	3	23,1%	3	23,1%	13
	Especial	6	14,3%	14	33,3%	9	21,4%	13	31,0%	42
No afiliado	49	25,7%	63	33,0%	56	29,3%	23	12,0%	191	
Total general	338	23,6%	348	24,3%	403	28,2%	341	23,8%	1430	

Fuente: SIVIGILA – SDS IV trimestre de 2010

La tabla 1 muestra el resumen de la notificación de casos de VIH/SIDA, haciendo la comparación por trimestres de 2010 por 3 variables claves tales como sexo, etapa de ciclo de vida y aseguramiento, analizando el aporte de cada trimestre al total acumulado. En comparación con los tres trimestres anteriores la distribución





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

fue similar en el transcurso del año. En las variables analizadas se observa que el comportamiento por trimestre únicamente tiene variaciones importantes en las etapas de ciclo infancia y vejez en las cuales el tercer trimestre mostró un aumento importante en el número de casos notificados.

Tabla N° 2. Frecuencia absoluta y relativa de casos de VIH/SIDA, comparación a cuarto trimestre de 2010, distribución por sitio de procedencia, Bogota D.C 2010.

Procedencia	Primero	%	Segundo	%	Tercero	%	Cuarto	%	Total
Bogota	309	23,3%	319	24,1%	377	28,5%	319	24,1%	1324
Fuera Bogota	29	27,4%	29	27,4%	26	24,5%	22	20,8%	106
<b>Total general</b>	<b>338</b>	<b>23,6%</b>	<b>348</b>	<b>24,3%</b>	<b>403</b>	<b>28,2%</b>	<b>341</b>	<b>23,8%</b>	<b>1430</b>

Fuente: SIVIGILA – SDS IV trimestre de 2010

De la totalidad de personas notificadas como VIH/SIDA a cuarto trimestre de 2010, el 7,4% corresponden a casos que no residen en el Distrito Capital comparando con el mismo periodo del año anterior donde la cifra fue del 8,8% se observa una disminución en la proporción. Haciendo la comparación por trimestres se encuentra que el primero y segundo fueron los de mayor notificación de casos de fuera de la ciudad con 27,4% cada uno, realmente no se observa una importante diferencia en este análisis.

### Análisis total año 2010

Tabla N° 3. Casos de VIH notificados a cuarto trimestre de 2010 en Bogota D.C, distribuidos por departamento de residencia.

Residencia	Casos	Porcentaje
BOGOTÁ	1321	92,4%
CUNDINAMARCA	60	4,2%
META	7	0,5%
TOLIMA	6	0,4%
CASANARE	5	0,3%
BOYACA	4	0,3%
GUAINIA	3	0,2%
HUILA	3	0,2%
ANTIOQUIA	2	0,1%
GUAVIARE	2	0,1%
PUTUMAYO	2	0,1%
SANTANDER	2	0,1%
AMAZONAS	1	0,1%
ARAUCA	1	0,1%
BOLIVAR	1	0,1%
CALDAS	1	0,1%
EXTERIOR	1	0,1%
MAGDALENA	1	0,1%
NARINO	1	0,1%
NORTE SANTANDER	1	0,1%
QUINDIO	1	0,1%
RISARALDA	1	0,1%
SAN ANDRES	1	0,1%
VALLE	1	0,1%
(en blanco)	1	0,1%
<b>Total general</b>	<b>1430</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: SIVIGILA – SDS IV trimestre de 2010

Como se observa en la tabla 3, el 92.4% de los casos corresponden a personas que residen en Bogota D.C., Cundinamarca con el 4,2% es el departamento en el cual residen la mayor parte de las personas notificadas que no pertenecen al





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Distrito Capital lo cual es de esperar por ser ciudad central de la región y de referencia para esta patología.

En la tabla 4, se muestran las proporciones de incidencia de casos de VIH por 100.000 habitantes según las localidades de residencia, lo cual nos permite observar cuantas personas están notificadas por VIH/SIDA en cada una de las localidades. Se observa que las dos localidades con la mayor proporción de incidencia son Candelaria y Chapinero con 128,5 y 61,2 importante ver como Candelaria ha venido repuntando en el numero de casos y dada su poca población la proporción de incidencia se incrementa rápida y drásticamente sin embargo es una alarma para hacer seguimiento a esta localidad y su comportamiento para poder definir si el aumento esta dado por estrategias particulares de tamizaje para VIH, intensificación de la vigilancia u otros elementos, Chapinero siempre ha estado en el primero o segundo lugar, estas dos localidades tienen en común contar con poblaciones definidas como de mayor vulnerabilidad tales como habitantes de calles y en situación de desplazamiento en la primera y tener la población LGBTI mas visible de la ciudad en la segunda, el análisis debe ser realizado sobre como aspectos estructurales de la sociedad como acceso a servicios de salud, nivel socioeconómico, y el pobre uso de preservativo, todos estos aspectos se ven potenciados por el estigma y discriminación que recae sobre estas poblaciones.

En el tercer lugar se encuentra Mártires, santa Fe y Teusaquillo con 34 casos por 100.000 habitantes, estas localidades tienen descripciones poblacionales similares a las dos primeras e históricamente han ocupado los primeros lugares en la ciudad

Tabla N° 4. Casos de VIH notificados proporción de incidencia por 100.000 habitantes, a cuarto trimestre de 2010, distribuidos por localidad de residencia, Bogota D.C.

LOCALIDAD	2008	PI 2008	2009	PI 2009	2010	PI 2010
CANDELARIA	1	4,2	0	0,0	31	128,5
CHAPINERO	85	65,5	77	58,8	81	61,2
MARTIRES	46	47,5	42	43,2	34	34,8
SANTA FE	64	58,3	80	72,8	38	34,5
TEUSAQUILLO	41	28,7	58	40,3	50	34,4
ANTONIO NARINO	33	30,6	32	29,6	24	22,2
PUENTE ARANDA	36	14,0	47	18,2	53	20,5
PONTEBON	50	15,5	64	19,4	67	19,8
SAN CRISTOBAL	96	23,4	62	15,1	80	19,5
RAFAEL URIBE URIBE	80	21,2	74	19,6	68	18,0
KENNEDY	146	14,8	133	13,3	167	16,5
ENGATIVA	165	20,1	153	18,5	137	16,4
BOSA	80	14,8	80	14,4	83	14,6
SUBA	169	17,0	155	15,2	151	14,5
TUNJUELITO	43	21,3	43	21,3	28	13,9
BARRIOS UNIDOS	33	14,3	45	19,4	32	13,7
USME	40	11,9	43	12,3	44	12,1
USAQUEN	54	11,7	69	14,8	56	11,9
CIUDAD BOLIVAR	118	19,5	87	14,1	74	11,8
SUMAPAZ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
FUERA BOGOTA	141	NA	141	NA	109	NA
SIN DATO	36	NA	18	NA	23	NA
TOTAL BOGOTA	1557	21,8	1503	20,7	1430	19,4

Fuente: SIVIGILA – SDS 2008 a 2010

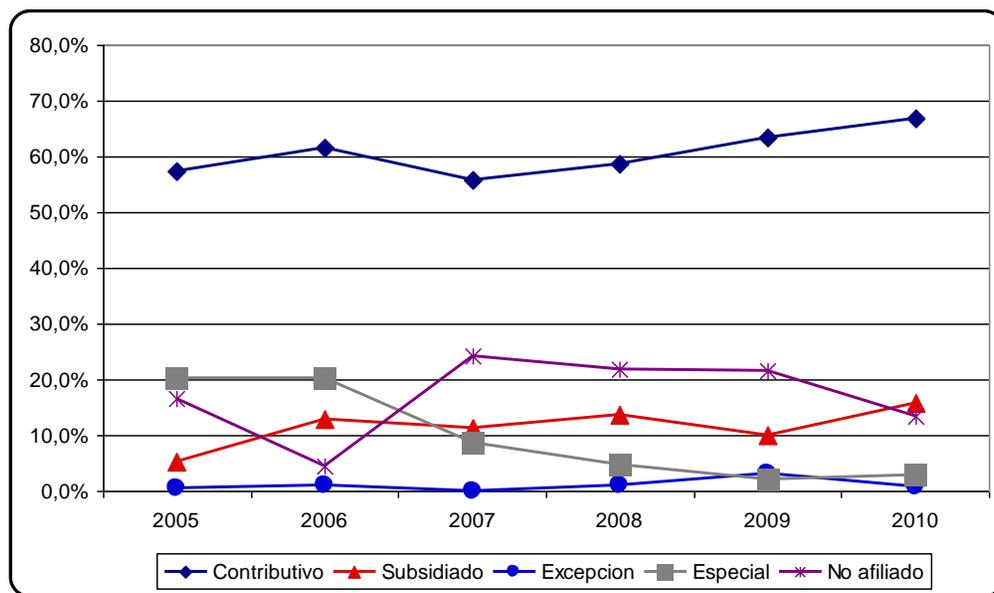




## Aseguramiento

En la grafica 2, se observa la distribución según tipo de aseguramiento de los notificados por VIH/SIDA al SIVIGILA. Se observa que el contributivo en promedio para el periodo analizado representa el 60,6% de la totalidad de los casos, seguido de los no afiliados con el 17% dada una ocurrencia alta en el periodo 2007 a 2009. Para 2010 el contributivo sigue estando el primer lugar seguido de la población subsidiada, se debe tener en cuenta que el 15,9% del total de los casos se encuentran no afiliados y deben ser ingresados al sistema como vinculados y atendidos como tal a cargo del Fondo Financiero Distrital, mientras se define la situación de estas personas y hacen su transición hacia regimenes subsidiados o contributivos, este grupo fue el de mayor aumento en 2.010 del 27% con respecto al promedio en el periodo de análisis.

Grafica N° 2. Casos de VIH notificados a cuarto trimestre de 2010, en Bogota D.C, distribución porcentual según régimen de seguridad social.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2005 a 2010

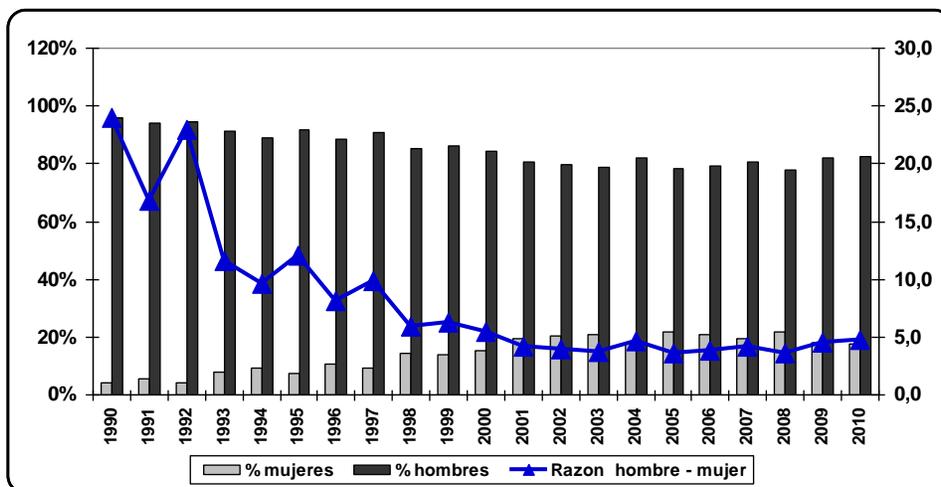
Es importante tener en cuenta que los porcentajes no reflejan de forma real la distribución de los casos según el aseguramiento, pues se debe hacer el ajuste por el número de personas afiliadas a cada régimen, lo cual cambiara la distribución. Especialmente en el contributivo al tener la mayoría de la población en el Distrito Capital.



## Distribución por sexo

Se observa en la grafica 3 que hay mayor presencia de casos en hombres con el 83% del total para 2010. La razón hombre mujer de la infección por VIH/SIDA nos permite ver importantes cambios en la distribución de los casos, en el 90 estuvo en 23,9 a 1, hace diez años se encontraba en 4,1 a 1 y para cierre de 2010 se encontró en 4,7 a 1. A pesar de la estrategia nacional de reducción de la transmisión perinatal del VIH que hace que las mujeres acceden más a la prueba tamiz el anterior indicador muestra una mayor afectación de las mujeres y alerta sobre la importancia de adelantar acciones y limitar la posibilidad de pasar de una epidemia concentrada a una generalizada.

Grafica N° 3. Casos de VIH notificados a SIVIGILA distribuidos por sexo y razón de infección hombre mujer por VIH, en Bogotá D.C, 1990 a 2010.



Fuente: SIVIGILA – SDS 1990 a 2010

## Población Afrodescendiente y de la Diáspora

En la tabla 5 se observa como para 2010 el 1,5% 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 general. Haciendo el análisis desde 2007 se observa un aumento en la representatividad de esta población que paso de 3,6% en 2007 al 7,0% en 2009, en el periodo de análisis por primera vez en 2010 se observa una disminución en la representatividad de este grupo lo cual debe ser analizado a las luz de los



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

diferentes elementos que pueden afectar el sistema de vigilancia en salud pública, sin embargo la alta afectación está fuertemente asociado a los factores económicos y de conflicto armado interno que han generado movimientos migratorios especialmente de los grupos étnicos a la ciudad capital del país, esto sumado a las condiciones de vulnerabilidad en las cuales residen estas personas sus primeros años en la ciudad.

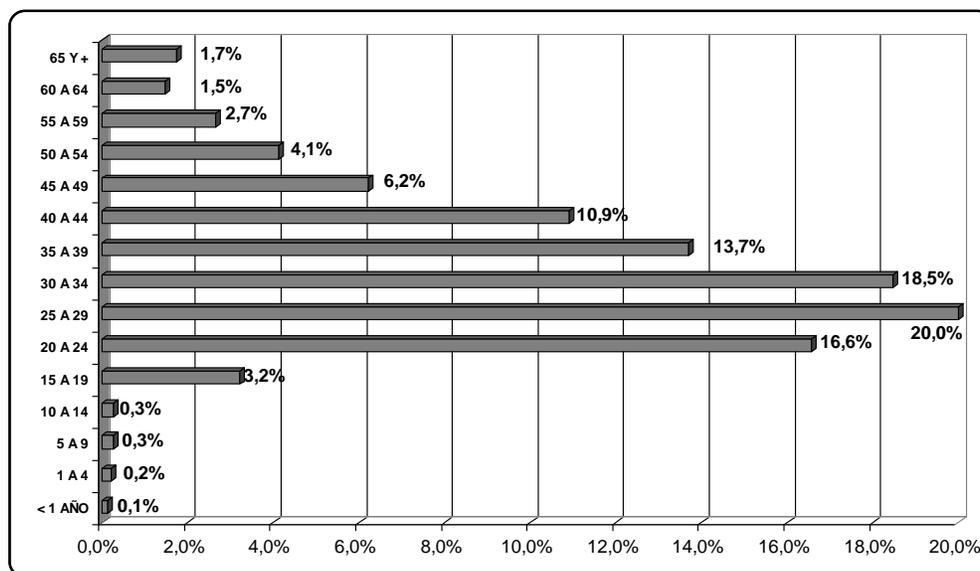
Tabla N° 5. Número y porcentaje con respecto al total del año de hombres y mujeres notificadas como VIH/SIDA, distribución según pertenencia étnica, Bogotá D.C., 2007 a cuarto trimestre de 2010.

Pertenencia étnica	2007					2008					2009					2010				
	F	%	M	%	Total	F	%	M	%	Total	F	%	M	%	Total	F	%	M	%	Total
Indígena	1	50%	1	50%	2	3	43%	4	57%	7	1	0%	0	0%	1	2	67%	1	33%	3
ROM Gitano	0	0%	1	100%	1	1	13%	7	88%	8	1	25%	3	75%	4	0	0%	0	0%	0
Raizal	0	0%	1	100%	1	0	0%	4	100%	4	1	33%	2	67%	3	3	60%	2	40%	5
Afrocolombiano	9	20%	35	80%	44	10	14%	59	86%	69	16	17%	76	83%	92	0	0%	13	100%	13
Otros	249	19%	1040	81%	1289	333	23%	1136	77%	1469	254	19%	1066	81%	1320	260	18%	1149	82%	1409
Total general	259	19%	1078	81%	1337	347	22%	1210	78%	1557	273	19%	1147	81%	1420	265	19%	1165	81%	1430

Fuente: SIVIGILA – SDS 2007 a 2010

### Distribución por grupo de edad y etapa de ciclo de vida

Grafica N° 4. Casos de VIH notificados a SIVIGILA distribuidos por grupo de edad, Bogotá D.C., 2010.



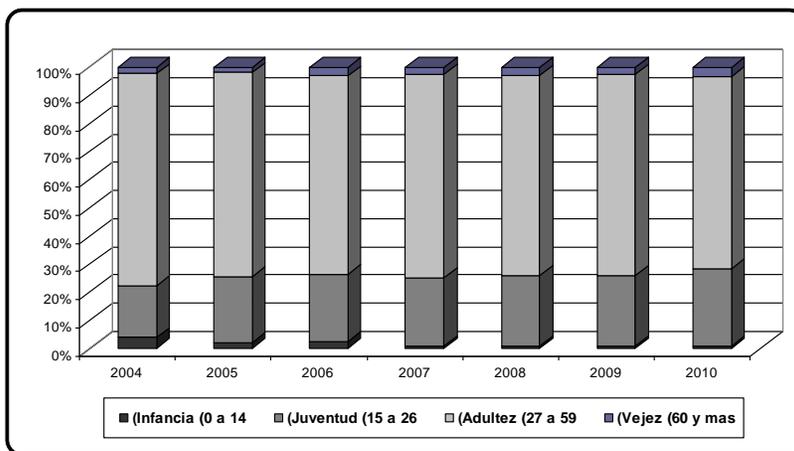
Fuente: SIVIGILA – SDS IV trimestre de 2010



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

El VIH/Sida históricamente ha afectado principalmente a los grupos poblacionales con mayor actividad sexual por su relación con mayores prácticas sexuales de riesgo y vulnerabilidad para la transmisión del VIH y otras ITS. Para 2010 este los grupos más afectados fueron las personas de los rangos de edad entre 25 a 29 con 20% y 30 a 34 años con 18,5%. Entre los 20 y los 49 años se agrupa el 85,9% de los casos, lo cual indica que la epidemia esta afectando principalmente a la población más productiva social y económicamente, impactando en el número de años de vida saludable perdidos y expectativa de vida de Bogota D.C.

Grafica N° 5. Casos de VIH notificados a SIVIGILA distribuidos por etapa de ciclo de vida, Bogota D.C, 2010.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2004 a 2010

Aunque leve se observan modificaciones en infancia que a disminuido, las personas del ciclo juventud que pasaron del 19% en 2004 a 27% en 2010 lo cual puede estar relacionado con una mayor demanda de la prueba diagnostica por parte de este grupo, aunque también indica un número importante de infecciones a temprana edad posiblemente relacionada con pobre uso de preservativo durante el periodo de iniciación de la vida sexual. Otro cambio importante ha sido el número de casos de VIH en la población que se encuentra la etapa de vejez que ha venido en aumento pasando de 2% en 2004 a 3,2% en 2010, estos datos concuerdan con los del país en donde desde la aparición en el mercado de medicamentos que ayudan al tratamiento de disfunciones sexuales en hombres especialmente en esta etapa se ha observado un aumento paulatino. Lo anterior no hace un llamado a construir estrategias de promoción de la salud sexual y prevención del VIH e ITS que cubran toda la población independientemente teniendo aspectos diferenciales como la edad, sexo, nivel educativo y orientación sexual.



## Mecanismo de transmisión

Esta es una de las variables de mayor importancia para el análisis de la evolución de la epidemia, la afectación en diferentes grupos poblacionales y los mecanismos de transmisión, por dificultades relacionadas con el estigma y discriminación asociadas a la orientación sexual e identidad de género los resultados son poco confiables, aunque desde 2009 se ha realizado un trabajo fuerte para mejorar el diligenciamiento de la misma, resultados que se evidencian en la disminución de los no definidos que en 2007 representaban el 99,4% y para 2010 fue de 4,5%, la opción no definido desaparecerá desde la implementación del SIVIGILA 2010.

Tabla N° 6. Casos de VIH/SIDA notificados distribuidos según probable mecanismo de transmisión, 2007 a 2010, en Bogotá D.C.

Mecanismo de transmisión	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Heterosexual	5	0,4%	474	30,4%	704	49,6%	699	48,9%
Homosexual	3	0,2%	313	20,1%	501	35,3%	563	39,4%
Bisexual	0	0,0%	53	3,4%	85	6,0%	87	6,1%
Perinatal	0	0,0%	2	0,1%	3	0,2%	12	0,8%
Lactancia	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Transfusión	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Exp laboral	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,2%
Drogas IV	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	1	0,1%
No definido	1329	99,4%	719	46,1%	126	8,9%	65	4,5%
Total general	1337	100,0%	1561	100,0%	1420	100,0%	1430	100,0%

Fuente: SIVIGILA – SDS 2004 a 2010

Es importante tener en cuenta el ocultamiento de la verdadera orientación sexual debido al estigma social relacionada con el VIH/SIDA, esto sobreestima la transmisión heterosexual, sin embargo nos permite hacer una aproximación y evidenciar que la sexual es la principal vía de transmisión con el 94,3% para 2010 cifra que aumento en comparación con el mismo periodo del 2009 que represento el 90,8%. Se observa un importante aumento en casos de transmisión perinatal lo cual esta relacionado con acciones de asistencia técnica a programas especializados en VIH que tenían casos de niños con edades en promedio de 6 años que nunca habían sido notificados.

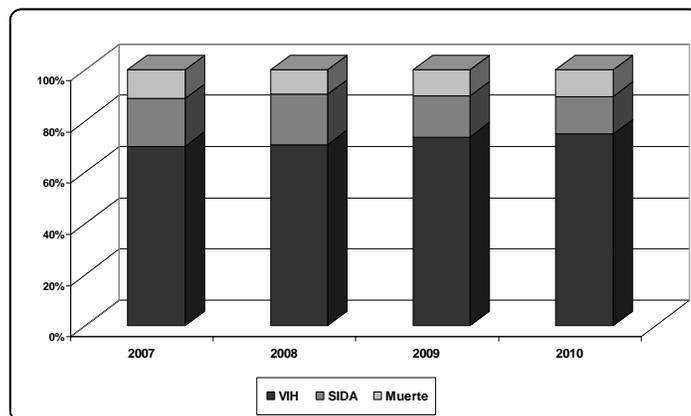
Para 2010 se presentaron dos casos nuevos de transmisión perinatal pertenecientes a régimen subsidiado, los cuales fueron objeto de análisis en Comités de Vigilancia en Salud Pública que permitieron identificar las falencias que llevaron al desenlace, estos hallazgos fueron definidos en los planes de mejoramiento de cada institución para evitar que se vuelvan a presentar.



## Estadio clínico de notificación

En la grafica 6 se hace del análisis sobre el estadio clínico en cual se encontró la persona al momento de hacer la notificación. Aunque la variación porcentual para el periodo analizado es poco y el promedio para VIH es de 72,4% se observa un aumento en el numero de casos reportados en este estadio lo cual indica momentos oportunos de diagnostico y por consiguiente inicio de tratamiento temprano y mejoras en las expectativas de vida. En promedio para el periodo el 17,3% fueron notificados como SIDA y se observa una disminución de 18,7% en 2007 a 14,8% en 2010 lo cual representa un logro pues este estadio clínico representa personas que en promedio llevaran más de 7 años viviendo con el virus y generando posiblemente mayores transmisiones, así como un deterioro avanzado del sistema inmunológico lo cual repercutirá en esquemas terapéuticos con resultados poco efectivos lo cual conlleva expectativa de vida menores. Las muertes por SIDA representan en promedio el 10,3% de los casos para este periodo este estadio clínico se ha mantenido estable en el periodo analizado, es importante tener en cuenta que algunos de estos casos pueden ser actualizaciones de personas notificadas previamente o que nunca fueron identificadas.

Grafica N° 6. Casos de VIH notificados 2007 a cuarto trimestre de 2010, en Bogota D.C, distribuidos según estadio clínico en el momento de la notificación.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2007 a 2010

## Coinfecciones

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 relacionado con el avance de la enfermedad. En la



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

tabla 7, se observa como el 25,4% de los casos notificados en 2010 tenían algún tipo de coinfección lo que representa un aumento en comparación con el 23% para el año anterior. Para el periodo en análisis el 25,4% ha presentado algún tipo de coinfección.

Tabla N° 7. Coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, 2008 a 2010, Bogota D.C.

Existencia de coinfeccion o comorbilidad	2008		2009		2010	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
<b>Dos o mas</b>	163	10,4%	109	7,7%	109	7,6%
<b>Ninguna</b>	1144	73,3%	1093	77,0%	1052	73,6%
<b>Unica</b>	254	16,3%	218	15,4%	269	18,8%
<b>Total general</b>	1561	100,0%	1420	100,0%	1430	100,0%

Fuente: SIVIGILA – SDS 2008 a semana 39 de 2010

Tabla N° 8. Clases de coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, 2007 a IV trimestre 2010, en Bogota D.C.

Coinfeccion	2007		2008		2009		2010	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%
Candidiasis Esofágica	64	9,2%	80	15,4%	71	13,6%	67	13,0%
Toxoplasmosis Cerebral	37	5,3%	62	11,9%	51	9,8%	25	4,9%
Neumonía Recurrente	40	5,8%	63	12,1%	47	9,0%	37	7,2%
Síndrome de Emaciación	63	9,1%	58	11,1%	39	7,5%	48	9,3%
Neumonía por Pneumocistis	66	9,5%	69	13,2%	39	7,5%	66	12,8%
Tuberculosis Extrapulmonar	22	3,2%	34	6,5%	32	6,1%	22	4,3%
Sarcoma de Kaposi	28	4,0%	35	6,7%	28	5,4%	32	6,2%
Tuberculosis Pulmonar	37	5,3%	38	7,3%	31	6,0%	19	3,7%
Candidiasis de las Vías Aéreas	20	2,9%	27	5,2%	18	3,5%	24	4,7%
Encefalopatía	17	2,4%	34	6,5%	13	2,5%	11	2,1%
Meningitis	20	2,9%	22	4,2%	22	4,2%	12	2,3%
Criptococcosis Extrapulmonar	31	4,5%	26	5,0%	22	4,2%	24	4,7%
Herpes Zoster	21	3,0%	24	4,6%	18	3,5%	18	3,5%
Citomegalovirus	13	1,9%	14	2,7%	11	2,1%	12	2,3%
Criptosporidiasis Crónica	11	1,6%	14	2,7%	12	2,3%	7	1,4%
Septicemia Recurrente	10	1,4%	5	1,0%	7	1,3%	10	1,9%
Cáncer Cervical Invasivo	3	0,4%	6	1,2%	5	1,0%	1	0,2%
Herpes simplex	14	2,0%	26	5,0%	9	1,7%	0	0,0%
Histoplasmosis Diseminada	7	1,0%	6	1,2%	10	1,9%	9	1,8%
Linfoma de Burkitt	6	0,9%	12	2,3%	7	1,3%	8	1,6%
Linfoma Inmunoblastico	16	2,3%	12	2,3%	7	1,3%	3	0,6%
Leucoencefalopatía Multifocal	7	1,0%	7	1,3%	9	1,7%	6	1,2%
Hepatitis C	4	0,6%	2	0,4%	4	0,8%	5	1,0%
Hepatitis B	NA	0,0%	NA	0,0%	NA	0,0%	11	2,1%
Retinitis por citomegalovirus	4	0,6%	6	1,2%	2	0,4%	5	1,0%
Histoplasmosis extrapulmonar	6	0,9%	6	1,2%	4	0,8%	9	1,8%
Isosporidiasis Crónica	4	0,6%	5	1,0%	2	0,4%	0	0,0%
Coccidioidomycosis	5	0,7%	2	0,4%	1	0,2%	1	0,2%
Otras micobacterias	NA	0,0%	NA	0,0%	NA	0,0%	17	3,3%
Tuberculosis meningea	NA	0,0%	NA	0,0%	NA	0,0%	5	1,0%
Total coinfecciones	576	82,9%	695	133,4%	521	100,0%	514	100,0%

Fuente: SIVIGILA – SDS 2007 a 2010

La coinfección de mayor presencia en 2010 fue la Candidiasis Esofágica con el 13%, seguida por la neumonía por pneumocistis y síndrome de emaciación con el 12,8% y 9,3% respectivamente. Es importante tener en cuenta que la neumonía



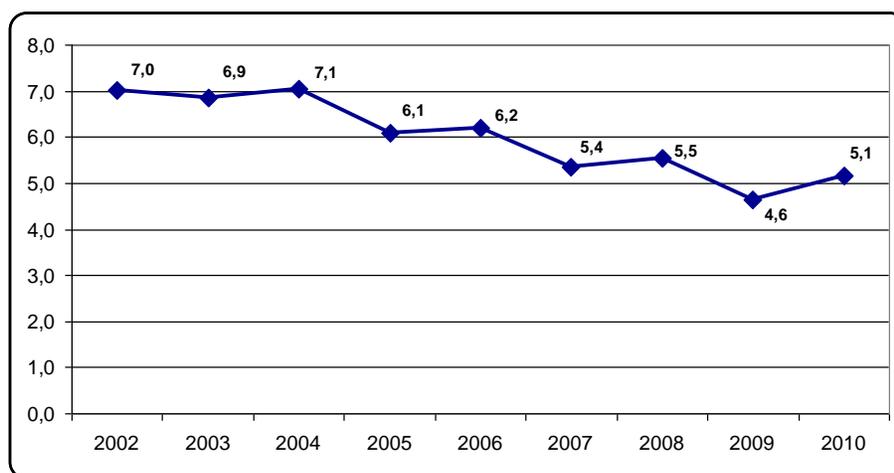
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

en sus diferentes presentaciones sumadas representa el 20% lo que la dejaría primer lugar, las tuberculosis que en el histórico ha estado en el segundo lugar para 2010 se ubica en el cuarto lugar presentando en este último año una disminución importante tanto de la pulmonar como extrapulmonar lo cual se espera este relacionado con el intenso trabajo que se ha realizado en las acciones colaborativas TB / VIH, se hará el seguimiento al comportamiento de este último evento para identificar los factores relacionados con las variaciones. En el SIVIGILA 2010 se elimina de la categoría de enfermedades asociadas el Herpes simplex y se incluye la Hepatitis B, Tuberculosis meníngea y Otras micobacterias.

### Mortalidad por SIDA

El presente informe da cuenta del comportamiento de la mortalidad por SIDA en el Distrito Capital del cual la fuente es el subsistema de estadísticas vitales de la ciudad, esta información aun es preliminar dado que requiere ajustes por parte del DANE.

Gráfica N° 7. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de muertes por SIDA, Bogotá D.C, 2010.



Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar 2010

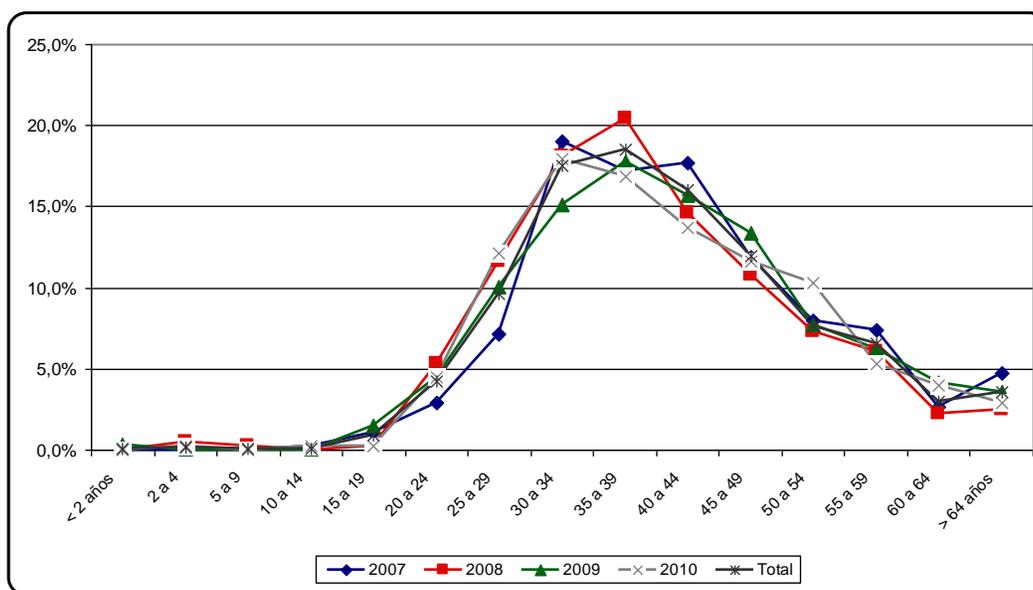
En la gráfica 7 se observa el comportamiento de la mortalidad por SIDA en el Distrito Capital para el periodo 2002 a 2010, en 2010 se observa un cambio en la tendencia de la proporción de incidencia relacionado directamente con el aumento en el número de casos que fue del 12% en relación con el periodo anterior 337 en 2009 y 379 en 2010, sin embargo la tendencia es a la reducción en el periodo analizado. Mundialmente especialmente en los países desarrollados desde la



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

aparición en los años 90 de la terapia antirretroviral ha disminuido constantemente las muertes asociadas a la epidemia, aunque como se menciona el número de casos tiene una tendencia a la disminución es importante identificar que el comportamiento del indicador es irregular teniendo periodos de aumento. El tenue avance y en algunos casos como en el último año el retroceso de este indicador puede estar asociado a las deficiencias propias del sistema de general de seguridad social en salud, especialmente a las relacionadas con la profunda fragmentación entre tipos de afiliación y la definición de algunas patologías denominadas enfermedades de alto costo como aspectos puramente económicos.

Grafica N° 8. Casos de muertes por SIDA distribuidos según edad de ocurrencia, Bogotá D.C, 2007 a 2010.



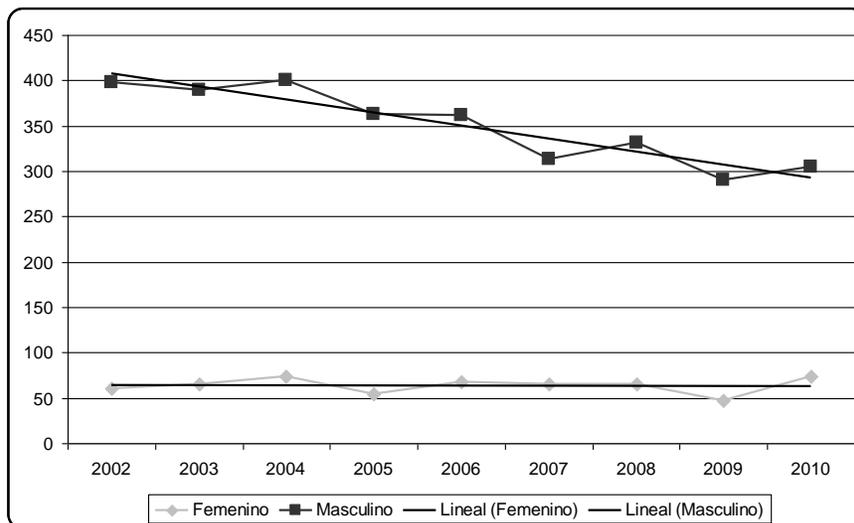
Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar 2010

Los datos anteriores contrastan con la distribución por edad, es de esperar que si se tienen estructuras de diagnóstico y atención adecuadas ante el VIH las muertes se presenten en edades avanzadas dado que se harán diagnósticos tempranos y mantenimiento terapéutico adecuado, sin embargo al hacer el análisis por grupos etáreos encontramos que el grupo más afectado son los adultos jóvenes de 30 a 34 años con el 17,8% y se encuentra casi el 50% de casos entre los 25 y 39 años de edad indicando diagnósticos tardíos y poca efectividad en los tratamientos relacionados con inicio tardío y de baja calidad.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Grafica N° 9. Casos de muertes por SIDA distribuidos según sexo, Bogotá D.C, Bogotá D.C, 2002 a 2010.



Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar 2010

En concordancia con los análisis de razón de infección por VIH encontramos que el mayor impacto de la mortalidad por SIDA esta en los hombres, aunque 2010 con la información preliminar es el año con la menor razón de muerte por SIDA siendo de 4,1 hombres que mueren por SIDA por 1 mujer, este comportamiento se ha mantenido estable con una leve tendencia a la disminución en el periodo analizado, lo cual puede indicar un mayor impacto a la población general y especialmente a las mujeres, en promedio las mujeres representan para 2002 a 2010 el 15,4% del total de casos y los hombres el 84,7%.

Al hacer el análisis histórico de la tendencia de la mortalidad por SIDA según el sexo se debe prestar atención a como en los hombres ha disminuido permanentemente el numero de casos, a diferencia que en las mujeres en quienes el comportamiento no muestra modificaciones, esto puede estar indicando que por diferentes razones sociales y de sistema de salud las mujeres pueden estar teniendo menor acceso a atención oportuna y adecuada o como se observa en el Estudio de Cobertura de Terapia Antirretroviral y Calidad de Atención a Personas Viviendo con VIH en el distrito Capital (SDS-UNAL 2011), las mujeres tienen que sumar a su diagnostico el cuidado y sostenimiento financiero del compañero y núcleo familiar lo cual la hace más vulnerables ante la afectación física del VIH y mueren mas tempranamente que los hombres.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla N° 9. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de muerte por SIDA, IV trimestre 2010, Bogota D.C.

Localidad	2010	PI 2010
14 MARTIRES	13	13,3
3 SANTAFE	12	10,9
17 CANDELARIA	2	8,3
4 SAN CRISTOBAL	28	6,8
18 RAFAEL URIBE	22	5,8
9 FONTIBON	18	5,3
16 PUENTE ARANDA	12	4,6
7 BOSA	26	4,6
13 TEUSAQUILLO	6	4,1
8 KENNEDY	41	4,1
19 CIUDAD BOLIVAR	24	3,8
10 ENGATIVA	31	3,7
15 ANTONIO NARINO	3	2,8
11 SUBA	28	2,7
12 BARRIOS UNIDOS	6	2,6
6 TUNJUELITO	5	2,5
5 USME	8	2,2
1 USAQUEN	8	1,7
2 CHAPINERO	2	1,5
20 SUMAPAZ	0	0,0
98 FUERA DE BOGOTA	63	NA
99 BOGOTA SIN DIRECCION	21	NA
TOTAL BOGOTA	316	4,3

Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar 2010

El comportamiento de la mortalidad según certificados de defunción por SIDA, indica que las localidades con mayor proporción de incidencia de muertes por esta causa por 100.000 habitantes son Mártires, Sante Fe y Candelaria con 13,3, 10,9 y 8,3 muertes por 100.000 habitantes respectivamente lo cual concuerda con los datos de notificación de SIVIGILA que a excepción de Chapinero reporta estas zonas como las de mayor presencia de casos, se debe hacer una evaluación a profundidad la razón por la cual Chapinero es una de las localidades de mayor notificación de casos nuevos y menor registro de defunciones por la misma causa.

### LABORATORIO CENTRALIZADO DE VIH (LCVIH)

Del total de muestra procesadas en 2010 por el Laboratorio Centralizado de VIH (LCVIH) 24.988 el 1,4% (345) tuvieron resultado confirmado para VIH, es importante tener en cuenta que los hábitos para que la población se haga pruebas rutinarias de VIH a excepción de las mujeres gestantes hace que la mayoría de la población general aquí representadas sean personas que tienen practicas de riesgo, factores de mayor vulnerabilidad ante el VIH, signos o síntomas clínicos que requiere procesos diagnósticos para confirmación de infecciones por VIH, y esta representada la población pobre no asegurada, lo que genera porcentajes de positividad mayores a los estimados.



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

Tabla N° 10. Numero de casos tamizados, resultados positivos y porcentaje de positividad en Laboratorio Centralizado de VIH distribuidos según población y afiliación a salud, 2010, Bogota D.C.

Poblacion	Afiliacion	Tamizados	Positivo	% Positividad
Gestante	DESPLAZADO	170	1	0,6%
	SIN DATO	3	0	0,0%
	SUBSIDIADO	1437	15	1,0%
	VINCULADO	13875	17	0,1%
Total Gestante		15485	33	0,2%
Pob no gestante	DESPLAZADO	58	3	5,2%
	PARTICULAR	1	0	0,0%
	SIN DATO	6	0	0,0%
	SUBSIDIADO	1877	96	5,1%
Total no gestante		9503	309	3,3%
Total general		24988	342	1,4%

Fuente: LCVIH - SDS 2010

En la tabla 10 se observa que la positividad en mujeres gestante es de 0,2% la cual es mayor al estimado obtenido en el estudio centinela de 2009 que fue de 0,034%, aunque la población no es totalmente comparable por las características descritas anteriormente sí muestra el impacto de condiciones de vulnerabilidad sobre ciertos grupos ante el VIH, en la población no gestante el porcentaje de positividad fue del 3,3%, como se menciona anteriormente aquí se encuentra concentrada la población con practicas de riesgo o sintomatología relacionada con VIH, en los dos casos los porcentajes son mayores a los estimados dado que estas personas en su totalidad pertenecen a grupos de mayor vulnerabilidad.

El total general que es del 1,4% es mayor que la prevalencia estimada para el país que es de 0,6% según el Observatorio Nacional de VIH, lo anterior esta igualmente relacionado a elementos de mayor vulnerabilidad. Es importante tener en cuenta que tanto en mujeres gestantes como población no gestante existe diferencia en la positividad cuando el análisis se hace a la luz de la afiliación a salud y situación de desplazamiento, el tipo de contrato del régimen subsidiado hace que se vea afectado el indicador, sin embargo otras ventanas epidemiológicas reportan este mismo comportamiento.

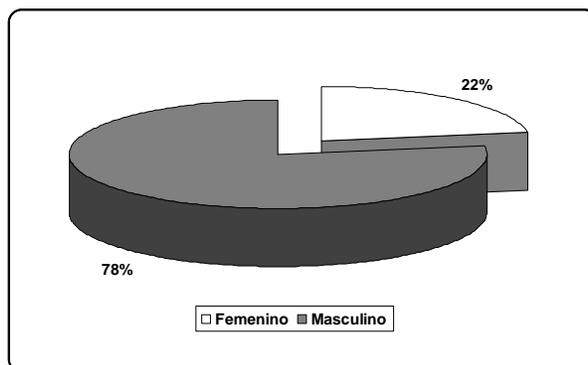
En la grafica 10 se muestra la distribución según sexo de los casos reportados como positivos, este comportamiento es similar al observado en las otras ventanas epidemiológicas siendo mayor el número de hombres que mujeres, sin embargo la razón de infección hombre mujer que es de 3,4 a 1 indica que en estos grupos de mayor vulnerabilidad las mujeres se están viendo mas afectadas que en el SIVIGILA que da cuenta de la totalidad de la ciudad y reporto para este mismo año una razón de 4,7 a 1. En estos que son los estratos socioeconómicos más bajos hay mayor presencia de inequidad de genero que impacta fuertemente en la



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

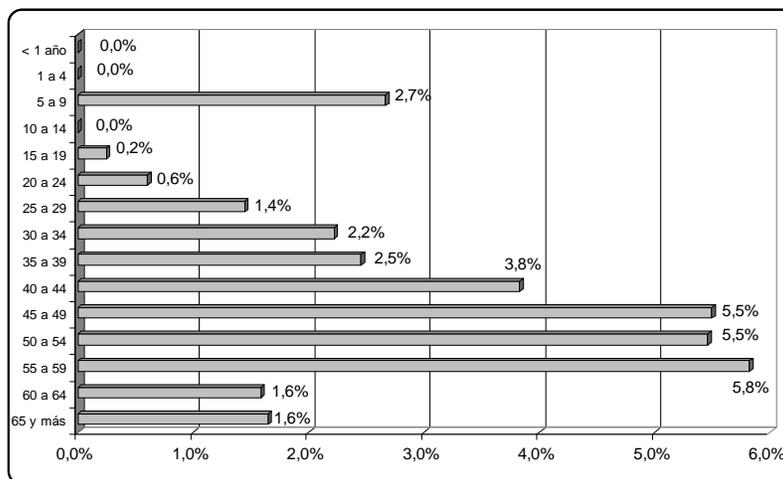
imposibilidad para la negociación del preservativo a lo cual se le suma los bajos niveles académicos y limitado acceso a servicio de salud derivado de las dinámicas laborales y de subsistencia de las personas que generan que la asistencia al servicio de salud se de únicamente cuando se identifican problemas de salud.

Grafica N° 10. Casos positivos para VIH en el LCVIH distribuidos según sexo, Bogotá D.C, 2010.



Fuente: LCVIH - SDS 2010

Grafica N° 11. Casos positivos para VIH en el LCVIH distribuidos según grupo de edad, Bogotá D.C, 2010.



Fuente: LCVIH - SDS 2010

En la Grafica 11 se observa que el grupo de edad con mas casos es el de 55 a 59 año y la mayor concentración de casos esta entre los 40 y 59 años con el 20,6% de los casos, este comportamiento es muy diferente al observado en SIVIGILA



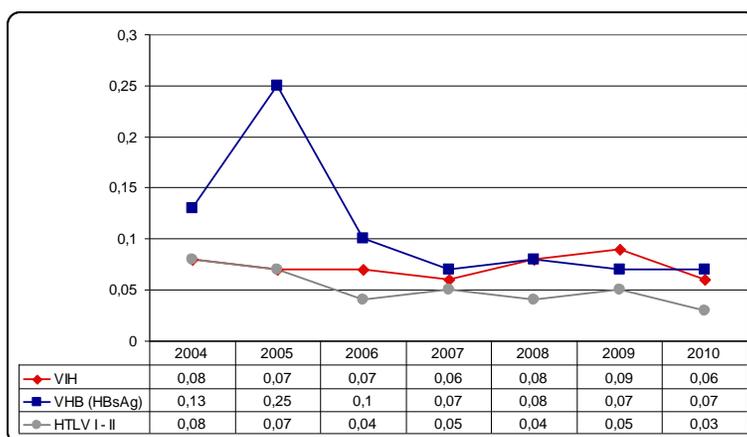
ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

donde los casos se concentran entre los 15 y 49 años, esto refuerza el aspecto mencionado sobre el acceso tardío a la prueba diagnóstico en esta población.

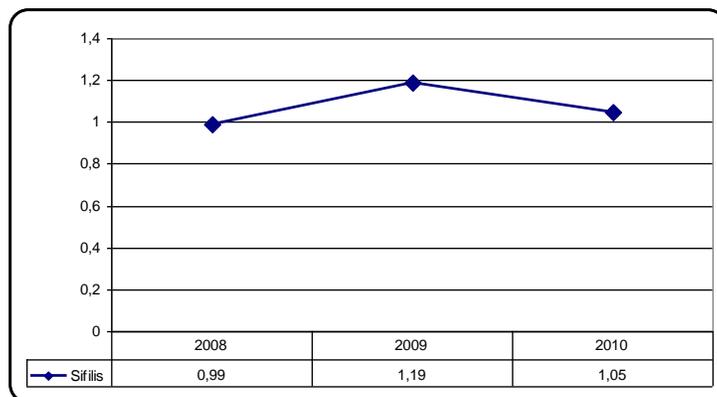
## HEMOVIGILANCIA

La información aquí presentada muestra la totalidad de los resultados positivos para VIH de donantes de la Red Distrital de Bancos de Sangre. Se debe tener en cuenta que los casos identificados como positivos corresponde a población seleccionada por no tener prácticas de riesgo para ITS.

Grafica N° 12 y 13. Positividad en donantes de bancos de sangre distribuidos según marcador, Bogotá D.C, 2010.



Fuente: Red Sangre Bogota 2004 a 2010



Fuente: Red Sangre Bogota 2004 a 2010

En la grafica 12 y 13 se observa el comportamiento de los diferentes marcadores relacionados con la transmisión sexual, en general todos muestran una



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

disminución a excepción la Hepatitis B que se mantiene igual que en 2.009, sífilis es el evento con mayor numero de casos lo cual concuerda con el comportamiento de esta enfermedad en el SIVIGILA. Esto es resultado del fortalecimiento del proceso de selección de donantes en el Distrito Capital y las demás acciones entorno a la seguridad de la sangre y hemoderivados.

## CONCLUSIONES

- La epidemia en el Distrito Capital continua siendo concentrada teniendo prevalencia inferiores a 1% en población general y mayor a 5% en grupos de mayor vulnerabilidad como HSH.
- Todas las ventanas epidemiológicas indican tendencias a la contención de la epidemia en población general sin embargo la mortalidad muestra un mayor impacto en poblaciones de mayor vulnerabilidad.
- Las poblaciones de mayor vulnerabilidad relacionada con estructura socioeconómica tales como en situación de desplazamiento o bajos estratos es la que se esta viendo mas afectada por la epidemia, presentando proporciones de incidencia o porcentajes de positividad mayores que el resto de los grupos poblacionales.
- Aunque el SIVIGILA reporta un aumento en la proporción de casos diagnosticados en estadios clínicos VIH haciendo comparación con datos del LCVIH se observa que esta población que es la de mayor vulnerabilidad esta siendo diagnosticada de forma tardía en comparación con otras poblaciones.
- Las mujeres están siendo impactadas fuertemente por la epidemia lo cual se refleja en todos los indicadores especialmente en los relacionados con la mortalidad por SIDA y la razón de infección hombre mujer por VIH.
- La población joven de 25 a 29 años es la que se esta viendo más afectada por la epidemia representando el 20% de los casos.

Elaboro: Manuel González M.

Reviso: Lilian Núñez

Aprobó: Elkin Osorio





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

230

Honorable Concejal  
MARÍA VICTORIA VARGAS SILVA  
Presidenta Mesa Directiva  
Concejo de Bogota D.C.  
Calle 36 No 28A - 41  
Bogotá D.C.

Referencia: envío informe IV trimestre 2010 VIH/SIDA

Cordial saludo, por medio de la presente y dando cumplimiento al acuerdo 143 de marzo de 2005, en sus artículos 13 y 19, nos permitimos enviar el informe correspondiente al cuarto trimestre de 2010 de la evolución de la epidemia por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Bogota Distrito Capital.

Se hace la claridad que la demora en el envío se debe a que este tiene como base la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, el cual genero bases de datos definitivas el 31 de marzo de 2011.

Atentamente

RICARDO ROJAS HIGUERA  
Director Salud Pública

Elaboración: 03/05/2011  
Elaborado: Manuel González M.  
Reviso: Lilian Nuñez  
Aprobado: Elkin Osorio  
Anexo: 19 folios

CC. Manuel González Mayorga. Vigilancia en Salud Pública SDS.





ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SECRETARÍA DE SALUD

230

Doctor  
JAIME GIL TOVAR  
Veedor Distrital Delegado  
Veeduría Distrital de Bogotá D.C  
Av Carrera 24 N° 39 - 91  
Bogotá D.C.

Referencia: envío informe IV trimestre 2010 VIH/SIDA

Cordial saludo, por medio de la presente y dando cumplimiento al acuerdo 143 de marzo de 2005, en sus artículos 13 y 19, nos permitimos enviar el informe correspondiente al cuarto trimestre de 2010 de la evolución de la epidemia por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Bogotá Distrito Capital.

Se hace la claridad que la demora en el envío se debe a que este tiene como base la información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA, el cual generó bases de datos definitivas el 31 de marzo de 2011.

Atentamente

RICARDO ROJAS HIGUERA  
Director Salud Pública

Elaboración: 03/05/2011  
Elaborado: Manuel González M.  
Revisó: Lilian Nuñez  
Aprobado: Elkin Osorio  
Anexo: 19 folios

CC. Manuel González Mayorga. Vigilancia en Salud Pública SDS.

