



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

SITUACION ACTUAL DEL VIH EN EL DISTRITO CAPITAL PRIMER SEMESTRE 2011

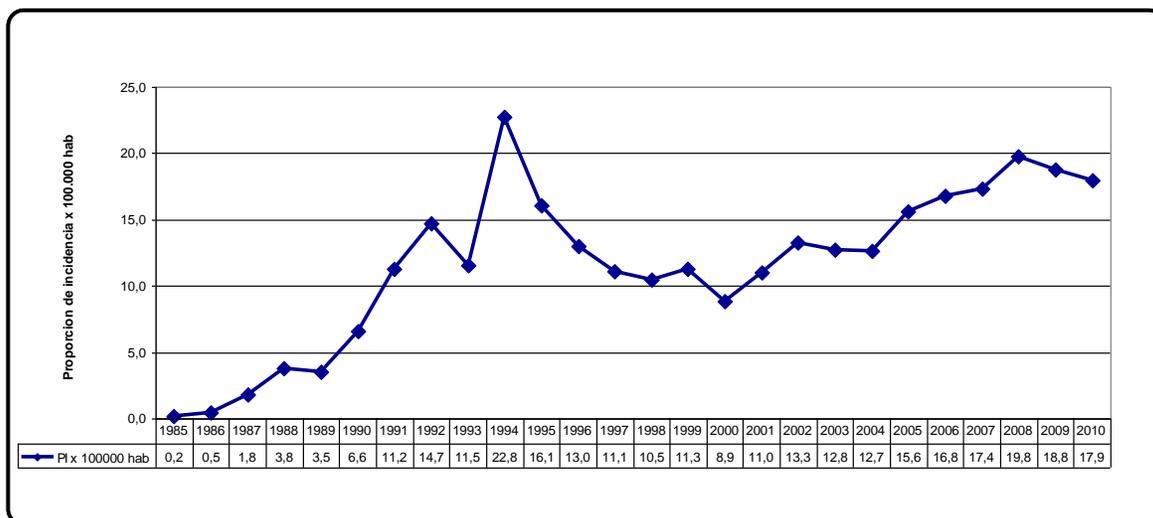
En la actualidad el VIH/SIDA tiene importantes fuentes de información, la primera de ellas el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), al cual son notificados los casos identificados como positivos y que son atendidos en las diferentes IPS del Distrito Capital, la segunda son los datos del Laboratorio Centralizado de VIH y por ultimo se encuentra las cifras de los certificados de defunción por SIDA en el Distrito Capital. A continuación se hace el análisis de estas fuentes de información como base para establecer la situación actual de la enfermedad en el Distrito Capital.

SIVIGILA

Notificación acumulada de casos

El número de casos acumulados de VIH/Sida notificados entre 1.985 y el 30 de junio de 2011 (semana epidemiológica 26) son 19.770, 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, esto parece verse confirmado con el comportamiento del I semestre de 2011 que presenta un importante aumento del 18% en comparación con el mismo periodo de 2010 a lo cual se suma el desarrollo en 2011 de 2 estudios de prevalencia de VIH en poblaciones de alta vulnerabilidad.

Comparación I semestre 2009 a 2011

La tabla 1 muestra el resumen de la notificación de casos de VIH/SIDA, haciendo la comparación entre I semestre de 2009, 2010 y 2011 por 3 variables claves tales como sexo, etapas de ciclo de vida y aseguramiento. En el comportamiento global se observa en el año en curso un aumento del 18% en comparación con el I semestre de 2010 explicado principalmente por el subregistro generado en 2010 por el cambio del aplicativo SIVIGILA, el desarrollo en 2011 de 2 estudios de prevalencia de VIH en poblaciones de alta vulnerabilidad que contarán con aproximadamente 1.600 participantes que según estimados previos generaran aproximadamente 240 nuevos diagnósticos y la asistencia técnica a programas especializados en VIH que se espera aumente la notificación tanto de casos nuevos como de actualizaciones en estadios clínicos.





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

La proporción de participación en el total de casos notificados por sexo es exacto para 2009 y 2010 con un leve aumento del número de mujeres en 2011, la etapa de ciclo presentó leves modificaciones sin embargo es importante resaltar el aumento de casi un 50% comparando 2009 y 2011 en el número de personas diagnosticadas pertenecientes a vejez para el periodo analizado se encuentra un aumento sostenido. Con respecto al aseguramiento hubo un importante aumento de 100 casos en comparación con el mismo periodo de 2011 de participación de personas de régimen subsidiado.

Tabla N° 1. Frecuencia absoluta y relativa de casos de VIH/SIDA, comparación I semestre 2009 a 2011, distribución por sexo, ciclo de vida y aseguramiento. Bogotá D.C.

Variable		I semestre 2009		I semestre 2010		I semestre 2011	
		casos	porcentaje	casos	porcentaje	casos	porcentaje
Sexo	F	139	18,2%	122	18,2%	153	19,1%
	M	625	81,8%	550	81,8%	646	80,9%
Etapa de ciclo	Infancia	3	0,4%	6	0,9%	8	1,0%
	Juventud	177	23,2%	182	27,1%	228	28,5%
	Adultez	566	74,1%	465	69,2%	533	66,7%
	Vejez	18	2,4%	19	2,8%	30	3,8%
Aseguramiento	Contributivo	478	62,6%	458	68,2%	494	61,8%
	Subsidiado	78	10,2%	83	12,4%	183	22,9%
	Excepcion	21	2,7%	6	0,9%	16	2,0%
	Especial	27	3,5%	20	3,0%	43	5,4%
	No afiliado	160	20,9%	105	15,6%	63	7,9%
Total semestre		764	100,0%	672	100,0%	799	100,0%

Fuente: SIVIGILA – SDS 2009 a 2011

Descripción I semestre 2010 - 2011

Procedencia de los casos

De la totalidad de personas notificadas como VIH/Sida en el I semestre de 2011 el 10,1% correspondieron a casos que no provenían del Distrito Capital en comparación con el mismo periodo de 2010 hubo una leve diferencia pues para ese periodo fue 8,5%. Cundinamarca con el 5,3% es el departamento en el cual residen la mayor parte de las personas notificadas que no proceden del Distrito Capital lo cual es de esperar por ser ciudad central de la región y donde se encuentran la mayoría de instituciones de referencia para el tratamiento de esta patología, los 5 primeros departamentos en procedencia de los casos se mantienen en comparación con 2010.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Tabla N° 2. Numero de casos y porcentaje de VIH/SIDA distribución por sitio de procedencia, I semestre 2010 y 2011, Bogotá D.C.

Procedencia	I semestre 2010		I semestre 2011	
	casos	porcentaje	casos	porcentaje
BOGOTÁ	615	91,5%	718	89,9%
CUNDINAMARCA	31	4,6%	42	5,3%
CASANARE	4	0,6%	7	0,9%
TOLIMA	3	0,4%	6	0,8%
BOYACA	3	0,4%	4	0,5%
META	3	0,4%	3	0,4%
CAQUETA	0	0,0%	3	0,4%
GUAJIRA	0	0,0%	2	0,3%
VALLE	0	0,0%	2	0,3%
HUILA	2	0,3%	1	0,1%
NORTE SANTANDER	2	0,3%	1	0,1%
ANTIOQUIA	1	0,1%	1	0,1%
CALDAS	1	0,1%	1	0,1%
GUAVIARE	1	0,1%	1	0,1%
NARIÑO	1	0,1%	1	0,1%
PUTUMAYO	1	0,1%	1	0,1%
AMAZONAS	0	0,0%	1	0,1%
CORDOBA	0	0,0%	1	0,1%
EXTERIOR	0	0,0%	1	0,1%
SANTANDER	0	0,0%	1	0,1%
(en blanco)	0	0,0%	1	0,1%
ARAUCA	1	0,1%	0	0,0%
BOLIVAR	1	0,1%	0	0,0%
QUINDIO	1	0,1%	0	0,0%
SAN ANDRES	1	0,1%	0	0,0%
	672	100,0%	799	100,0%

Fuente: SIVIGILA SDS 2010 - 2011

Localización de los casos residentes en el Distrito Capital

Tabla N° 3. Proporción de incidencia (PI) por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, I semestre de 2010 - 2011, Bogotá D.C.

Localidad Residencia	I semestre 2010			I semestre 2011		
	Casos	Porcentaje	PI 2010	Casos	Porcentaje	PI 2011
Chapinero	37	6,1%	28,0	50	6,3%	37,8
Candelaria	0	0,0%	0,0	9	1,1%	37,3
Teusaquillo	22	3,7%	15,2	46	5,8%	31,7
Los Martires	14	2,3%	14,3	23	2,9%	23,6
Santa Fe	39	6,5%	35,4	18	2,3%	16,4
Antonio Nariño	9	1,5%	8,3	14	1,8%	12,9
San Cristobal	31	5,1%	7,6	44	5,5%	10,7
Engativa	67	11,1%	8,0	75	9,4%	9,0
Rafael Uribe Uribe	40	6,6%	10,6	33	4,1%	8,7
Puente Aranda	22	3,7%	8,5	22	2,8%	8,5
Kennedy	68	11,3%	6,7	84	10,5%	8,3
Ciudad Bolivar	39	6,5%	6,2	50	6,3%	8,0
Bosa	41	6,8%	7,2	45	5,6%	7,9
Usaquen	25	4,2%	5,3	37	4,6%	7,9
Tunjuelito	19	3,2%	9,4	15	1,9%	7,4
Fontibon	28	4,7%	8,3	24	3,0%	7,1
Suba	62	10,3%	5,9	70	8,8%	6,7
Barrios Unidos	16	2,7%	6,9	15	1,9%	6,4
Usme	23	3,8%	6,3	20	2,5%	5,5
Sumapaz	0	0,0%	0,0	0	0,0%	0,0
Sin dato	15	2,5%	NA	24	3,0%	NA
Total general	602	100,0%	9,4	799	100,0%	10,9

Fuente: SIVIGILA – SDS I semestre 2010 a 2011

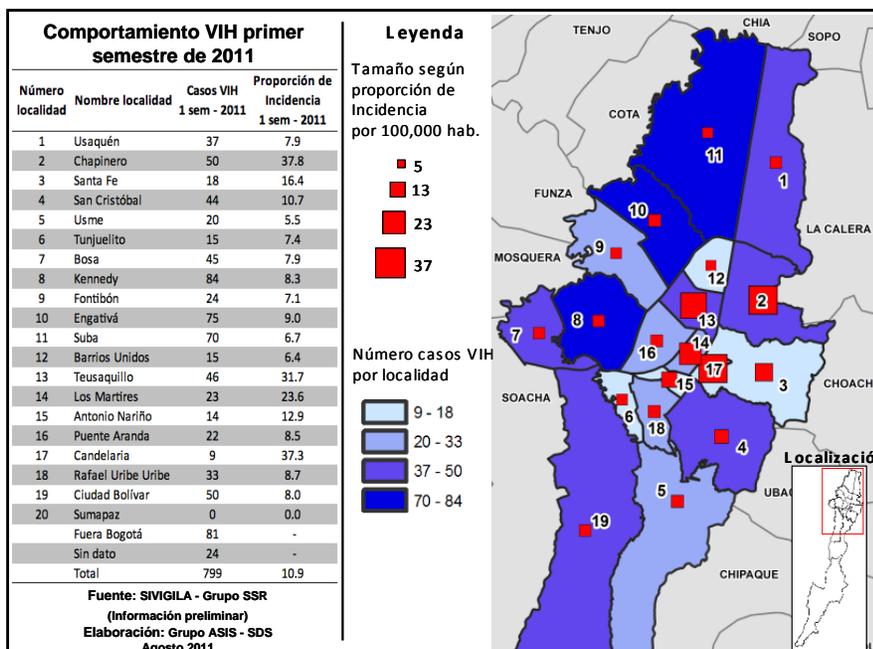




ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

Mapa N° 1. Proporción de incidencia (PI) por 100.000 habitantes distribuidos por localidad de residencia, I semestre de 2011, Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA – SDS I semestre 2011

En la tabla 4, la proporción de incidencia nos permite observar cuantas personas están notificadas por VIH/Sida por cada 100.000 habitantes que tiene cada una de las localidades. Se observa que las tres localidades con la mayor proporción para el I semestre de 2011 son Chapinero, Candelaria y Teusaquillo con 37,8, 37,3 y 31,7 respectivamente, en comparación con el mismo periodo de 2010 se observa que dos de estas localidades también están dentro de los tres primeros lugares, la diferencia se encuentra en Candelaria que aparece en un segundo lugar cuando para 2010 no figuraba con casos.

Un elemento a resaltar es como aunque las mismas localidades se mantienen en los primeros lugares se observa una importante diferencia entre la proporción de incidencia entre las 4 primeras localidades y el resto de la ciudad lo cual nos puede indicar epidemias concentradas no solo en poblaciones sino en territorios que tienen una serie de condiciones sociales, políticas y de otro tipo que esta generando esta dinámica. Se debe tener en cuenta que estas localidades concentran gran parte de la población habitante de calle y en situación de desplazamiento, que son unas de la más vulnerable para la transmisión de

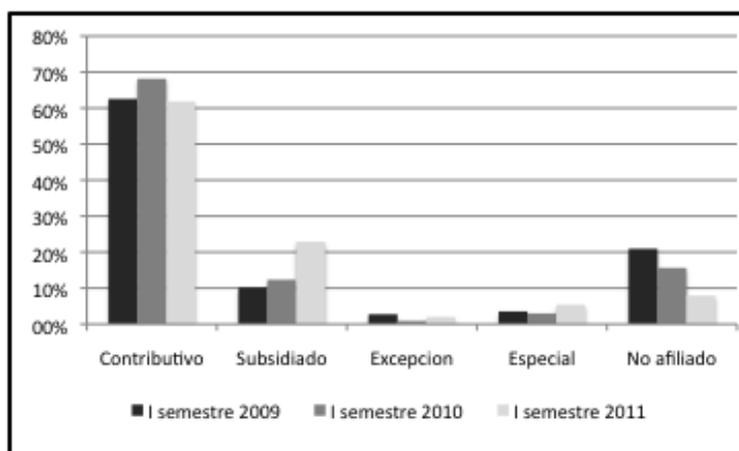


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

VIH/Sida, así como la población LGBT con toda la estructura que hace que sea una población con niveles mayores de vulnerabilidad.

Aseguramiento

Grafica N° 3. Casos de VIH notificados al SIVIGILA en I semestre de 2009 y 2011 distribuidos por régimen de afiliación a seguridad social, Bogotá D.C.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2009 a 2011

En la grafica 3, se observa la distribución según tipo de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud de los casos notificados por VIH/Sida al SIVIGILA. En el grupo en el que se observa mayor casos notificados para los tres periodos comparados es contributivo con un 64,2% en promedio para los tres años, sin embargo es importante tener en cuenta que para ver de una forma mas cercana a la realidad este comportamiento se requiere hacer este análisis teniendo como denominador la población afiliada a cada grupo. Se observa una variación inversamente proporcional entre la población pobre no asegurada y subsidiado asociada a las estrategias permanentes de afiliación de este primera.

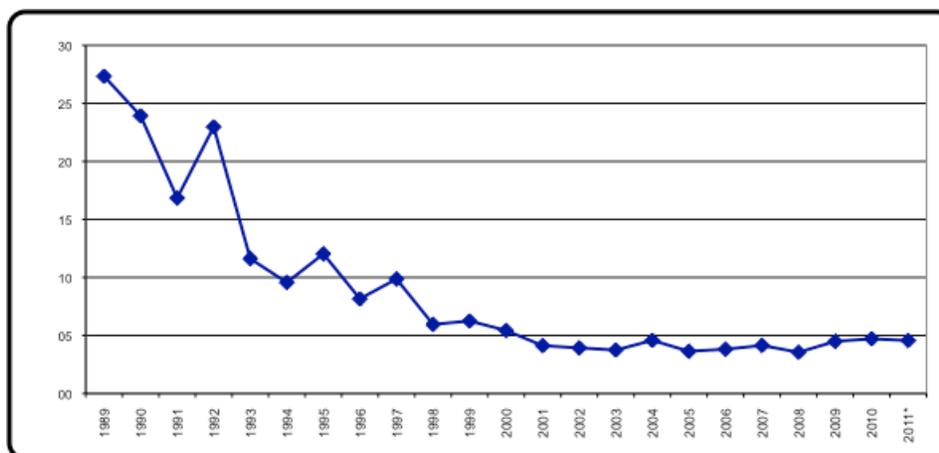
Distribución por sexo

Para el I semestre de 2011 hay mayor presencia de casos en hombres con el 80,9%, esta variable no mostró mayores cambios con respecto al mismo periodo del año anterior en donde fue del 81,8%.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Gráfica N° 4. Razón de infección hombre mujer por VIH en casos notificados al SIVIGILA, Bogotá D.C, I semestre 2010.



Fuente: SIVIGILA – SDS 1989 a I semestre 2010

La razón de infección hombre mujer por VIH nos permite ver por cada mujer que se esta infectando cuantos hombres lo están haciendo, para 2011 este indicador fue de 4,6:1 el cual se ha mantenido estable desde 2009, en los años comprendidos entre 2001 y 2008 se observa un impacto mayor en las mujeres teniendo su peor resultado en 2005 con 3,6:1¹, esto esta relacionado con las estrategias de reducción de transmisión perinatal del VIH que incentivaron la oferta de la prueba para este virus al 100% de las mujeres gestantes lo cual genero una mayor detección en este grupo poblacional.

Distribución según pertenencia étnica

Tabla N° 4. Frecuencia absoluta y relativa de casos notificados como casos de VIH a SIVIGILA, distribución según pertenencia étnica, Bogotá D.C, I semestre 2009 a 2011.

Pertenencia étnica	I semestre 2009		I semestre 2010		I semestre 2011	
	Casos	porcentaje	Casos	porcentaje	Casos	porcentaje
Indígena	0	0,0%	2	0,3%	2	0,3%
ROM Gitano	3	0,4%	0	0,0%	0	0,0%
Raizal	2	0,3%	5	0,7%	3	0,4%
Palenquero	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Negro	82	10,7%	7	1,0%	1	0,1%
Otros	677	88,6%	658	97,9%	793	99,2%
Total general	764	100,0%	672	100,0%	799	100,0%

Fuente: SIVIGILA, Bogotá D.C. 2009 – 2011

¹ Importante tener en cuenta que entre menor sea el numero de mujeres indica una mayor afectación sobre estas y define posibilidades de epidemia generalizada.



En la tabla 4 se observa que para el I semestre de 2011 el 0,8% el 2,1% del total de casos notificados se identifican con alguna pertenencia étnica, llama la atención la disminución en comparación con el mismo periodo de 2010 donde fue de 2,1% y aun mayor en comparación con 2009 que mostró un 11,4. De continuar este comportamiento significaría una detención de la tendencia al aumento observada en los últimos 5 años, es importante identificar si el comportamiento esta relacionada con la disminución real de casos o con aspectos que están alterando el diagnostico y por ende afectando la notificación de casos tales como las dificultades en el acceso a servicios de salud. El aumento mencionado en los últimos años esta 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 primer años en la ciudad.

Distribución por grupo de edad

Tabla N° 5. Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por grupo de edad. Bogotá D.C, I semestre 2009 a 2011

Grupo de edad	I semestre 2009		I semestre 2010		I semestre 2011	
	Casos	porcentaje	Casos	porcentaje	Casos	porcentaje
>1 año	1	0,1%	0	0,0%	3	0,4%
1 a 4	2	0,3%	1	0,1%	2	0,3%
5 a 9	0	0,0%	2	0,3%	2	0,3%
10 a 14	1	0,1%	3	0,4%	1	0,1%
15 a 19	29	3,8%	19	2,8%	31	3,9%
20 a 24	102	13,4%	124	18,5%	141	17,6%
25 a 29	130	17,0%	121	18,0%	153	19,1%
30 a 34	138	18,1%	121	18,0%	146	18,3%
35 a 39	124	16,2%	94	14,0%	90	11,3%
40 a 44	105	13,7%	72	10,7%	80	10,0%
45 a 49	63	8,2%	45	6,7%	54	6,8%
50 a 54	33	4,3%	30	4,5%	43	5,4%
55 a 59	18	2,4%	21	3,1%	23	2,9%
60 a 64	11	1,4%	10	1,5%	13	1,6%
65 y +	7	0,9%	9	1,3%	17	2,1%
Total general	764	100,0%	672	100,0%	799	100,0%

Fuente: SIVIGILA, Bogotá D.C. 2009 - 2011

El VIH/SIDA históricamente ha afectado principalmente a los grupos poblacionales con mayor frecuencia de practicas sexuales por su relación con mayores practicas que aumentan la vulnerabilidad ante el VIH y otras ITS tales como el consumo de sustancias psicoactivas, parejas ocasionales y no uso continuo o adecuado del preservativo, todos estos elementos presentes en las etapas de adolescencia y juventud. Lo anterior se ve reflejado en la tabla 5 donde para el Distrito Capital en I



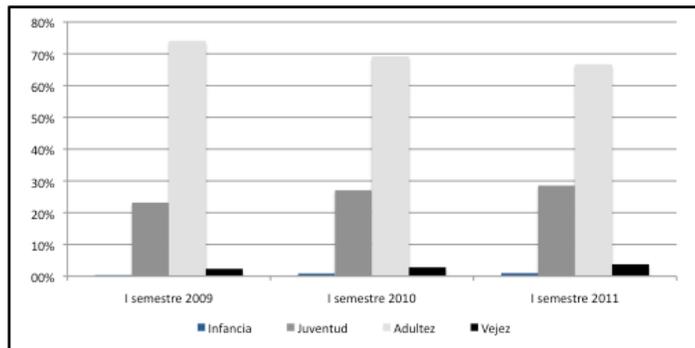
ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

semestre de 2011 los grupos más afectados fueron las personas entre los 20 y 44 años con 76,3%, este grupo muestra un comportamiento similar para los mismos periodos de 2009 y 2010 donde el promedio fue de 78,8%.

Los grupos quinquenales más afectados para I semestre de 2011 son los de 25 a 29 con 19,1% y 30 a 34 con 18,3%, para el mismo periodo de 2010 el grupo más afectado fue el de 20 a 24 con 18,5% aunque seguido muy de cerca por los dos quinquenios siguientes, es de resaltar el aumento en la participación del grupo de 60 años y mas que paso de representar el 2,4% en 2009 a 2,8% en 2010 y 3,8% en 2011 haciendo un llamado sobre la necesidad de implementar estrategias para mitigar el impacto en esta población e identificar los factores que están causando este comportamiento. Lo anterior 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 Bogotá D.C, es importante hacer análisis más avanzados que permita ver el efecto de las estrategias para intensificar el acceso a la prueba voluntaria con el diagnostico temprano de la infección.

En concordancia con el análisis por grupos de edad quinquenales, la etapa de ciclo con mayor número de casos es la de adultez con el 66,7%, la cual en conjunto con juventud aportan el 95,2% de los reportes. Los casos pertenecientes a la etapa de ciclo infancia son relacionados con casos que tiene seguimiento por mas de 18 meses por transmisión materno infantil de VIH y que no son residentes de la ciudad.

Gráfica N° 5. Casos de VIH notificados al SIVIGILA distribuidos por etapa de ciclo. Bogotá D.C, I semestre 2009 a 2011.



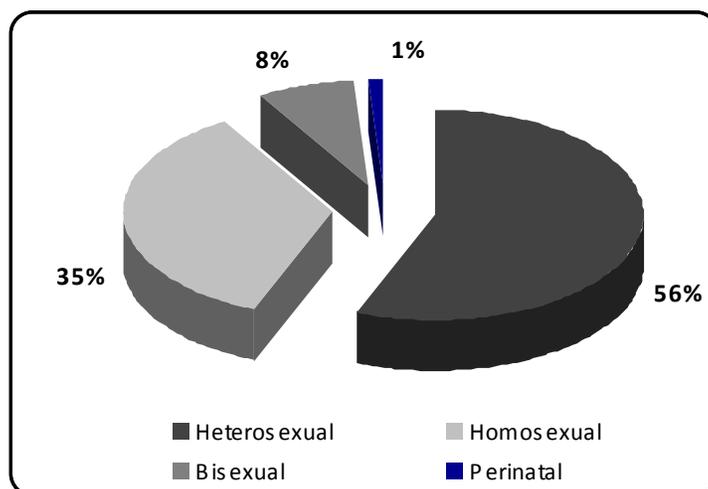
Fuente: SIVIGILA, Bogotá D.C. 2009 a 2011



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 que causa ocultamiento de la verdadera orientación sexual los resultados son poco confiables, aunque desde 2009 se ha venido realizando un trabajo fuerte para mejorar el diligenciamiento de la misma, en 2010 con la implementación del protocolo para la Vigilancia en Salud Pública del VIH por parte del Instituto Nacional de Salud donde se elimina la opción no definido se espera tener un panorama más claro.

Grafica N° 6. Casos de VIH notificados a SIVIGILA distribuidos por probable mecanismo de transmisión, Bogotá D.C, I semestre de 2011.



Fuente: SIVIGILA – SDS I semestre de 2011

Claramente la principal causa de transmisión del VIH para el primer semestre de 2011 es la sexual con el 99,0% del total de reportes, similar a lo observado en el mismo periodo de 2010, seguido por los no definidos con el 9% y la transmisión perinatal con el 1%. De los 8 casos de transmisión perinatal 5 corresponden a procedentes de otras zonas del país, los tres restantes son dos de actualización en estadio clínico y 1 caso nuevo para la ciudad.

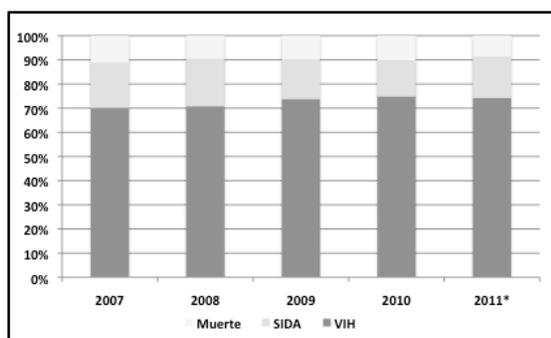


ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Estadío clínico de notificación

En la grafica 7 se hace del análisis sobre el estadio clínico en cual se encontró la persona al momento de hacer la notificación. El comportamiento para los cinco años analizados y I semestre de 2011 muestra comportamientos similares, importante evidenciar como la mayoría son identificados en estadio VIH, lo cual indica momentos oportunos de diagnostico y por consiguiente inicio de tratamiento temprano y mejoras en las expectativas de vida. Para 2011 el 17% fueron notificados como SIDA donde se observa una disminución con relación al periodo completo, se debe tener en cuenta que buena parte de estos casos son actualizaciones de estadio clínico los cuales ya estaría en tratamiento medico, los restantes son casos nuevos, esto implica 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 menos efectivos. El 8,8% restante fueron notificados como muertes siendo la menor cifra de los últimos 5 años, de los cuales algunos casos pueden ser actualizaciones de personas notificadas previamente o que nunca fueron identificadas con anterioridad.

Grafica N° 7. Porcentaje de casos de VIH notificados distribuidos según estadio clínico, en Bogotá D.C, 2007 a I semestre de 2011.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2007 a *I semestre 2011

Coinfecciones y comorbilidades

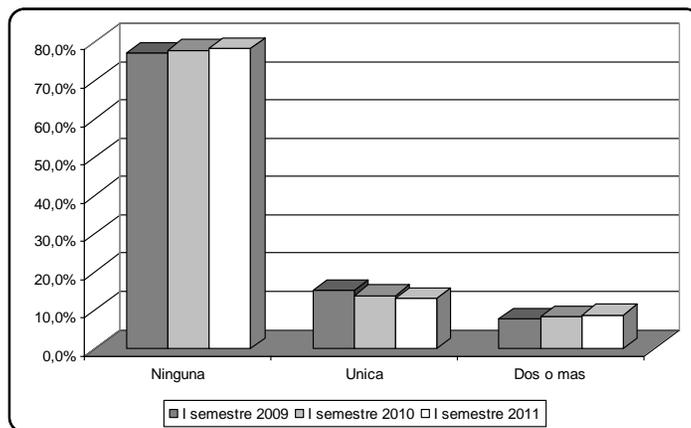
La principal complicación y causa de muerte entre las personas viviendo con VIH/SIDA son las coinfecciones y comorbilidades, generadas por la disminución en la respuesta inmunológica relacionado con el avance de la enfermedad.



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

En la grafica 8, se observa como el 21,8% de los casos notificados en el I semestre de 2011 tenían algún tipo de coinfección, casi idéntica en 2009 y 2010 que para el mismo periodo fue de 22,2% y 22,9% respectivamente. La mayor proporción no presentan coinfecciones 78,2% para I semestre 2010 lo cual es compatible con los hallazgos en el estadio clínico de notificación, estos dos aspectos generan buenas expectativas para el tratamiento y calidad de vida de estas personas.

Grafica N° 8. Coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, Bogotá D.C. I semestre 2009 – 2011.



Fuente: SIVIGILA – SDS 2009 a 2011

La coinfección de mayor presencia en el I semestre de 2011 fue la Candidiasis Esofágica con el 11,3% esta ha ocupado el primer lugar para este mismo periodo en los últimos tres años con 14,3% y 14,8% para 2009 y 2010 respectivamente, seguida por neumonía por pneumocistis, en tercer lugar se encuentra el síndrome de emaciación, general comparando los últimos tres años en el mismo periodo encontramos similitud en las coinfecciones y comorbilidades presentadas por la Personas Viviendo con VIH del distrito Capital.

Haciendo la agrupación de patologías similares se encuentra que para I semestre de 2011 la Candidiasis es la principal coinfección con un 15,9% aunque muestra una disminución en su porcentaje de participación en relación con el mismo periodo de los dos años anteriores donde también ocupo el primer lugar con 18% y 20% para 2009 y 2010 respectivamente, la neumonía es la segunda coinfección



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

con el 15,2% de los casos notificados para 2011. La coinfección que le sigue en importancia definida por peso porcentual es la tuberculosis 14,8%, esta última que también estuvo en tercer lugar en 2009 y 2010 presentó en 2011 un importante aumento pasando de 8,2% en 2010 lo cual se debe a la inclusión de la Tuberculosis meníngea en la ficha de notificación desde finales de 2010, el grupo de las neoplasias representan el 8,5% lo cual es de gran importancia por las importantes secuelas generadas y la alta letalidad en la asociación de dichas patologías con el VIH, siendo de estas el Sarcoma de Kaposi la más frecuente.

Tabla N° 6. Clases de coinfecciones en casos notificados por VIH/SIDA, I semestre 2011, Bogotá D.C.

Coinfección o comorbilidad	I semestre 2009		I semestre 2010		I semestre 2011			
	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje	Casos	Porcentaje		
Candidiasis Esofágica	43	14,3%	38	14,8%	32	11,3%		
Neumonía por Pneumocistis	21	7,0%	27	10,5%	31	11,0%	Candidiasis	
Síndrome de Emaciación	24	8,0%	23	8,9%	26	9,2%	2009	18,3%
Toxoplasmosis Cerebral	30	10,0%	11	4,3%	21	7,4%	2010	20,2%
Sarcoma de Kaposi	14	4,7%	18	7,0%	16	5,7%	2011	15,9%
Tuberculosis Pulmonar	13	4,3%	9	3,5%	16	5,7%		Neumonía
Candidiasis de las Vías Aéreas	12	4,0%	14	5,4%	13	4,6%	2009	16,0%
Tuberculosis Extrapulmonar	14	4,7%	12	4,7%	13	4,6%	2010	17,9%
Tuberculosis meníngea	0	0,0%	0	0,0%	13	4,6%	2011	15,2%
Hepatitis B	0	0,0%	0	0,0%	12	4,2%		Tuberculosis
Neumonía Recurrente	27	9,0%	19	7,4%	12	4,2%	2009	9,0%
Otras micobacterias	0	0,0%	0	0,0%	11	3,9%	2010	8,2%
Citomegalovirus	9	3,0%	7	2,7%	9	3,2%	2011	14,8%
Criptococosis Extrapulmonar	11	3,7%	10	3,9%	8	2,8%		
Encefalopatía	12	4,0%	6	2,3%	7	2,5%		
Herpes Zoster	10	3,3%	10	3,9%	7	2,5%		
Linfoma Inmunoblástico	4	1,3%	1	0,4%	7	2,5%		
Criptosporidiasis Crónica	9	3,0%	5	1,9%	6	2,1%		
Meningitis	12	4,0%	4	1,6%	6	2,1%		
Hepatitis C	3	1,0%	3	1,2%	4	1,4%		
Septicemia Recurrente	5	1,7%	7	2,7%	4	1,4%		
Leucoencefalopatía Multifocal	4	1,3%	1	0,4%	3	1,1%		
Retinitis por citomegalovirus	2	0,7%	4	1,6%	3	1,1%		
Histoplasmosis Diseminada	4	1,3%	6	2,3%	2	0,7%		
Linfoma de Burkitt	4	1,3%	5	1,9%	1	0,4%		
Cáncer Cervical Invasivo	4	1,3%	1	0,4%	0	0,0%		
Coccidioidomicosis	1	0,3%	1	0,4%	0	0,0%		
Herpes simplex	4	1,3%	8	3,1%	NA	0,0%		
Histoplasmosis extrapulmonar	2	0,7%	7	2,7%	0	0,0%		
Isosporidiasis Crónica	2	0,7%	0	0,0%	0	0,0%		
Total coinfecciones	300	100,0%	257	100,0%	283	100,0%		

SIVIGILA – SDS 2009 a 2011





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

Laboratorio Centralizado de VIH

La información aquí presentada representa los resultados del Laboratorio Centralizado de VIH (LCVIH), esta es la estrategia mediante la cual la Secretaria Distrital de Salud elimina barreras de contratación y garantiza el procesamiento del 100% de muestras para VIH de la población pobre no asegurada que esta a cargo del Fondo Financiero Distrital. El análisis indica el número de muestras recibidas y procesadas haciendo distribuciones por variables clave tales como sexo, tipo de población y edad.

Sexo

El porcentaje de positividad según sexo muestra que el número de casos positivos es el doble en hombres que en mujeres, arrojando una razón de infección de hombre mujer 2:1 que es igual a la presentada en 2010 por el LCVIH. La positividad en la totalidad de la población es de 1,54% que muestra un aumento en comparación con el 1,32% del I semestre de 2010, superior a las encontradas en estudios de prevalencia en población general 0,7% (2004), este está relacionado con 2 aspectos fundamentales a. las personas que son tamizadas por el LCVIH pertenecen a la población pobre no asegurada la cual tiene mayores niveles de vulnerabilidad para la infección por VIH b. en la ciudad y en general en el país la realización de pruebas para VIH están relacionadas con cuadros clínicos que sugieren infecciones por VIH o comportamientos de riesgo lo cual hace que las personas tamizadas tengan una mayor probabilidad de resultar positivas que la población general.

Tipo de población

Tabla N° 8. Porcentaje de positividad de pruebas enviadas al LCVIH según tipo de población, Bogotá D.C, I semestre 2011.

Poblacion	negativos	positivos	total tamizados	% positividad
Gestante	8048	18	8066	0,22%
Poblacion General	4700	152	4852	3,13%
Total general	12748	170	12918	1,32%

Fuente: Laboratorio centralizado de VIH I semestre 2011





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

El porcentaje de positividad para mujeres gestantes es de 0,22% superior al observado en el estudio centinela que se realizó en 2009 para esta población que mostró un 0,035% de prevalencia, el análisis es similar al realizado por sexo, especialmente en el aspecto de ser mujeres pertenecientes a poblaciones con mayor vulnerabilidad por sus condiciones de pobreza, lo cual conlleva a bajos niveles educativos, pobre identificación del riesgo y baja capacidad de negociación en el uso de preservativos así como difícil acceso a estos. Para la población general tomamos como referencia el 1,54% con los criterios hechos anteriormente dado que realmente agrupa toda la población.

Grupo edad

Al igual que en SIVIGILA el mayor porcentaje de personas afectadas se encuentran entre los 15 y 54 años con un 94,3%, siendo los más afectados el grupo de 25 a 29 años con el 17,1% seguido de los grupos de 20 a 24 y 35 a 39 con 14,9%.

Grafica N° 11. Porcentaje de positividad de pruebas enviadas al LCVIH según grupo edad, Bogotá D.C, 2011.

Grupo de edad	Tamizados	Positivo	Positividad
1-4	68	1	0,6%
5-9	48	0	0,0%
10-14	151	0	0,0%
15-19	2497	12	6,9%
20-24	3013	26	14,9%
25-29	1895	30	17,1%
30-34	1227	25	14,3%
35-39	812	26	14,9%
40-44	533	18	10,3%
45-49	425	16	9,1%
50-54	257	12	6,9%
55-59	153	4	2,3%
60-64	69	3	1,7%
65-69	38	0	0,0%
70-74	25	2	1,1%
75-79	12	0	0,0%
80-84	3	0	0,0%
>85	3	0	0,0%
Total general	11229	175	100,0%

Fuente: Laboratorio centralizado de VIH I semestre 2011

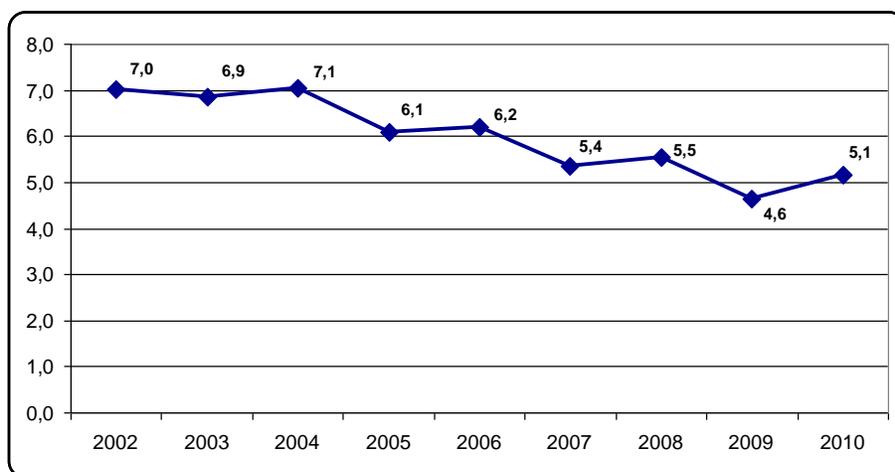




Mortalidad por SIDA

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 grafica 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 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 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 ultimo 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



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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, I semestre 2011.

Grupo edad	2011	%
< 2 años	0	0,0%
2 a 4	0	0,0%
5 a 9	0	0,0%
10 a 14	0	0,0%
15 a 19	1	0,5%
20 a 24	8	4,1%
25 a 29	20	10,3%
30 a 34	33	17,0%
35 a 39	24	12,4%
40 a 44	34	17,5%
45 a 49	21	10,8%
50 a 54	19	9,8%
55 a 59	13	6,7%
60 a 64	14	7,2%
> 64 años	7	3,6%
Total general	194	100,0%

Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar I semestre 2011

Los datos anteriores contrastan con la distribución por edad de SIVIGILA, sin embargo se debe tener en cuenta que si se tienen estructuras de diagnóstico oportuno y atención adecuadas ante el VIH las muertes se presentan 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 17,0% y se encuentra el 61,3% de casos entre los 20 y 44 años de edad indicando diagnósticos tardíos y poca efectividad en los tratamientos, adicionalmente nos indica un número importante de infecciones tempranas dado que en promedio el VIH demora entre 8 y 10 años para generar la fase SIDA y la muerte se puede decir que hay un número importante de personas que se están infectando entre los 15 y años.

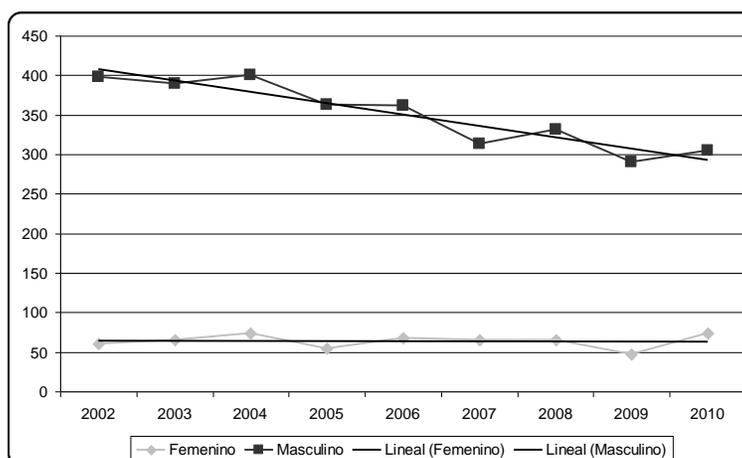
En concordancia con los análisis de razón de infección por VIH en la gráfica 9 encontramos que el mayor impacto de la mortalidad por SIDA está en los hombres, aunque I semestre de 2011 con la información preliminar en conjunto con 2010 son los años con la menor razón de muerte por SIDA siendo de 4,1 y 4,5 respectivamente de hombres que mueren por SIDA por 1 mujer, este comportamiento se ha mantenido estable con una leve tendencia a la disminución



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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 I semestre de 2011 el 15,7% del total de casos y los hombres el 84,3%.

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

Tabla N° 9. Proporción de incidencia por 100.000 habitantes de muerte por SIDA, I semestre 2011, Bogota D.C.

Localidad	2011	PI 2011
17 CANDELARIA	1	34,4
14 MARTIRES	6	13,6
3 SANTAFE	9	9,9
13 TEUSAQUILLO	3	2,8
15 ANTONIO NARINO	4	2,6
16 PUENTE ARANDA	4	1,8
4 SAN CRISTOBAL	9	1,7
9 FONTIBON	6	1,6
18 RAFAEL URIBE	7	1,5
6 TUNJUELITO	5	1,2
2 CHAPINERO	4	1,1
12 BARRIOS UNIDOS	6	1,1
7 BOSA	16	0,8
19 CIUDAD BOLIVAR	16	0,6
5 USME	7	0,6
10 ENGATIVA	19	0,4
8 KENNEDY	15	0,4
1 USAQUEN	14	0,4
11 SUBA	10	0,3
20 SUMAPAZ	0	0,0
98 FUERA DE BOGOTA	27	NA
99 BOGOTA SIN DIRECCION	6	NA
Total general	194	0,1

Fuente: Estadísticas vitales SDS preliminar I semestre 2011





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

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 son Candelaria, Mártires y Santa Fe con 34,4, 13,6 y 9,9 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.

Conclusiones

- En general el comportamiento de la epidemia es similar en este periodo con lo observado en 2010.
- Se identifica un número menor de casos notificados en I semestre de 2011 en comparación con los mismos periodos de 2009 y 2010 lo cual esta relacionado con tres elementos básicos, el cambio del aplicativo SIVIGILA en 2010 que para ese año aumento el subregistro de casos, las asistencias técnicas realizadas desde 2011 donde se definieron acciones de mejora en la notificación por parte de los programas especializados en VIH que en su totalidad no están cumpliendo los parámetros del protocolo de Vigilancia en Salud Publica del VIH, por ultimo desde finales de 2010 y lo corrido de 2011 se han realizado dos estudios de prevalencia de VIH en (Hombres que tienen sexo con otros hombres) HSH que han aumentado el diagnostico en este grupo de alta vulnerabilidad.
- La epidemia aunque esta afectando la población general como se observa en la razón de infección hombre mujer y georreferenciacion de casos, aun se define como concentrada especialmente en HSH y mujeres transexuales.
- La epidemia por VIH se encuentra fuertemente concentrada en la zona centro conformada por localidades como Candelaria, Santa Fe y Mártires lo cual requiere una atención especial para identificar los factores relacionados con este comportamiento y las acciones necesarias para contener el mismo.
- El VIH esta claramente relacionado con elementos estructurales de la sociedad como la inequidad social, así como una gran carga del estigma y



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

la discriminación que actúa en doble sentido, por un lado favoreciendo la aparición de nuevos casos al no permitir abordar abiertamente la sexualidad humana y por otra haciendo que las personas viviendo con VIH no tengan las redes sociales y de apoyo que les garantice la calidad de vida.

- Teniendo en cuenta el análisis por edad se encuentran dos elementos importantes el primero es la identificación de la ocurrencia de infecciones en edades tempranas y en segundo lugar se observa un importante aumento de casos tanto de nuevos diagnósticos como de muertes en adultos mayores de 50 por lo cual se requiere desarrollar acciones de promoción en estas poblaciones.

Elaboro: Manuel González Mayorga.

Reviso: Lilian Maritza Núñez





ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

230

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

Asunto: envío informe II trimestre de 2011 de 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 primer trimestre de 2011 de la evolución de la epidemia por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Bogotá Distrito Capital.

Atentamente

HELENA SANDOVAL
Directora Salud Pública

Elaboración: 16/8/2011
Elaborado: Manuel González M.
Revisó: Lilian Núñez
Aprobado: Elkin Osorio
Anexo: 20 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.

Asunto: envío informe I trimestre de 2011 de 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 primer trimestre de 2011 de la evolución de la epidemia por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Bogotá Distrito Capital.

Atentamente

HELENA SANDOVAL
Directora Salud Pública

Elaboración: 16/8/2011
Elaborado: Manuel González M.
Reviso: Lilian Núñez
Aprobado: Elkin Osorio
Anexo: 20 folios

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

