

INFORME DEL EVENTO

VIH, SIDA Y MUERTE POR SIDA COLOMBIA 2019



INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



La salud
es de todos

Minsalud

INFORME DE EVENTO VIH, SIDA Y MUERTE POR SIDA, COLOMBIA, AÑO 2019

Javier Alberto Madero Reales
Equipo Vigilancia Infecciones de Transmisión Sexual
Grupo Enfermedades Transmisibles
Subdirección de Prevención, Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN



Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, que afecta a hombres y mujeres. Dentro de estas ITS se encuentra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), cuya forma tardía es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), que puede transmitirse además de las relaciones sexuales, por transfusiones sanguíneas, en usuarios de drogas intravenosas o de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia.

Desde que el sida se identificó por primera vez a comienzos de la década de los ochenta, un número sin precedentes de personas se vieron afectadas por la epidemia a mundial. Para el 2019, a nivel global se estima que 38 millones de personas vivían con VIH y 1,7 millones de personas se infectaron por el VIH. En 2019 fallecieron 690 000 personas a causa de enfermedades relacionadas con el sida. En menores de 14 años se registraron 1,8 millones de niños que vivían con el VIH. El 62 % de las infecciones por el VIH a nivel mundial se presentan en los grupos de poblaciones clave y sus parejas sexuales (1).

Según datos regionales, 20,7 millones de los casos de VIH se presentan en África Oriental y Meridional, seguido por los casos en Asia y el Pacífico con 5,8 millones, y África Occidental y Central con 4,9 millones de casos (1). En América Latina se registraron 120 000 nuevas infecciones por VIH en 2019, aproximadamente un tercio de las infecciones se presentan en jóvenes entre 15 y 24 años. Se evidencia una disminución en número de muertes relacionadas con el sida de 45 000 casos en 2005 a 37 000 en 2019. El 23 % de las personas con VIH en América desconoce su estado serológico y una gran parte de los casos se diagnostica tardíamente con inmunodeficiencia (2).

Actualmente las estrategias de intervención tienen un efecto preventivo, por lo que en el mundo se habla de prevención combinada. Así como el condón tiene una demostrada eficacia, se sabe que las personas diagnosticadas tempranamente y tratadas



adecuadamente pueden reducir la carga viral a niveles en donde el virus ya no se transmite (3).

En Colombia el primer caso de sida se notificó en 1984. Cuatro años después, en 1988, se realizó el primer estudio de seroprevalencia con el propósito de intentar conocer la magnitud de la epidemia y responder a ella. A partir de entonces, el Ministerio de Salud y Protección Social ha puesto en marcha, de diferentes formas, actividades de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad y actualmente enfoca sus esfuerzos para establecer alianzas con distintas agencias para acercar las pruebas diagnósticas y los programas de promoción y prevención a las llamadas poblaciones clave: trabajadores sexuales, consumidores de drogas inyectables, hombres homosexuales o aquellos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgénero y personas privadas de la libertad.

Una de las principales acciones y retos de la lucha contra el VIH se centra en la necesidad de promocionar la prueba voluntaria, que tiene grandes ventajas para la población. En el 2013 con la Resolución 2338 se orientó para que el personal de salud (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) debidamente entrenados realizaran pruebas rápidas fuera del laboratorio lo cual permitiría un mayor acceso a estas y una mejor oportunidad de diagnóstico, igualmente contempló esta resolución, que "el talento humano en salud realizará procesos de asesoría previa y posterior a la prueba voluntaria del VIH, para tal efecto, podrá reforzar sus competencias en la asesoría en entrenamientos específicos en el área de las ITS-VIH. Dicha asesoría igualmente podrá realizarse por personas sin formación relacionada con ciencias de la salud, para lo cual deben participar en procesos de capacitación en asesoría para VIH" (4).

Desde mediados del 2015, Colombia se convirtió en un país receptor de migrantes procedentes de la República Bolivariana de Venezuela. Esta inédita situación para el país, con más de 1,7 millones de venezolanos radicados a lo largo del país al final de 2019, supuso la activación de un Plan de Respuesta liderado por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) que tiene dentro sus prioridades estratégicas la atención de la infección por el VIH, de la cual se reportaron al Sivigila 383 casos con procedencia del país vecino en el 2018.

El objetivo específico de este informe de evento es realizar el seguimiento de la notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al subsistema de vigilancia en salud pública nacional Sivigila, a fin de generar información oportuna, válida y confiable para orientar medidas de prevención y control.



2. MATERIALES Y MÉTODOS



Se realizó análisis descriptivo a partir de la notificación de los casos de VIH, sida y muerte por sida que ingresaron al sistema de vigilancia en salud pública nacional mediante la ficha de evento código 850. Las bases de datos fueron depuradas con el fin de identificar la notificación de casos repetidos, reportados en otros años, verificar calidad del dato en cuanto a casos descartados con código seis (6) y con errores de digitación (D), e identificar aquellos que no cumplen con el algoritmo diagnóstico durante el periodo de estudio.

Las variables de análisis fueron: año de notificación, año de diagnóstico, edad, sexo, pertenencia étnica, tipo de aseguramiento, área de ocurrencia, entidad territorial de procedencia, mecanismo de transmisión, trimestre de gestación, enfermedad oportunista y entidad territorial de notificación para los casos procedentes del exterior.

El indicador relacionado con el “cumplimiento del algoritmo diagnóstico” se refiere al ingreso por parte de las Unidades Primarias Generadoras de Dato (UPGD), al Subsistema de vigilancia epidemiológica (Sivigila), de solo registros de pacientes a los que se les ha aplicado estrictamente las pruebas diagnósticas necesarias y suficientes para clasificarlo como caso confirmado.

El plan de análisis se realizó mediante estadística descriptiva en términos de tiempo, persona y lugar, utilizando el programa Excel® del paquete Office® del Windows®. Los datos se organizaron en distribuciones de frecuencia y proporciones que se presentaron en tablas y figuras.

Los datos utilizados en los denominadores para el análisis de tasa de incidencia corresponden a las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) del 2019.

Es importante tener en cuenta las definiciones de caso:

Criterios de confirmación por laboratorio:

- ✓ **A partir de los 18 meses de edad no gestantes:** se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa).
- ✓ **Caso confirmado en gestantes:** se realiza a través de dos pruebas de inmunoensayo reactivas (rápida o Elisa), más carga viral que debe tener un valor superior a 5 000 copias; si este valor es inferior, se debe confirmar en este caso con Western Blot.
- ✓ **Menores de 18 meses expuestos a infección por VIH/Sida desde el nacimiento:** se realiza una 1ª prueba de carga viral a las cuatro semanas, si es mayor o igual a 5 000 copias, se realiza inmediatamente una 2ª carga viral, si ésta es mayor o igual



a 5 000 copias se confirma el diagnóstico, de lo contrario se realiza carga viral al mes.

Si la 1ª prueba de carga viral a las cuatro semanas está entre 50 y 5 000 copias, realizar inmediatamente 2ª carga viral, si ésta es mayor o igual a 5 000 copias, se realiza otra carga viral para confirmar el diagnóstico, de lo contrario se descarta infección por VIH.

Si la 1ª prueba carga viral a las cuatro semanas es menor de 50 copias, se repite carga viral a los cuatro meses de edad.

- ✓ **Menores de 18 meses de edad con criterios clínicos de VIH, sin conocimiento del estado serológico de la madre:** si se desconoce el estado serológico de la madre, se inicia con una 1ª prueba presuntiva para VIH, Elisa o prueba rápida, si es reactiva se aplica el algoritmo diagnóstico para niños expuestos al VIH/sida desde el nacimiento, si el resultado es no reactivo se descarta infección por VIH.

Para este informe se toma en consideración para el análisis el “departamento de procedencia” para los casos procedentes de Colombia y “departamento de notificación para los casos procedentes del exterior. Los indicadores para tener en cuenta son:

Razón de prevalencia de VIH/sida en mujeres gestantes

$$\frac{\text{Casos de VIH/sida en mujeres embarazadas}}{\text{Número de nacidos vivos}} \times 1\,000 \text{ nacidos vivos}$$

Tasa de notificación de casos confirmados del VIH, sida y muerte por sida

$$\frac{\text{Casos de VIH/sida confirmados notificados al Sivigila}}{\text{Población DANE proyectada en el año}} \times 100\,000$$

Porcentaje de casos notificados según algoritmo diagnóstico*

$$\frac{\text{Casos de VIH/sida y fallecidos notificados al Sivigila según algoritmo diagnóstico}}{\text{Total de casos reportados al Sivigila}} \times 100$$

*Para el cálculo de este indicador, el cual evalúa la calidad de la información diligenciada de acuerdo con los criterios de diagnóstico de laboratorio antes descritos, se utiliza como denominador la “base cruda” solamente eliminando los ajustes de casos descartados por laboratorio y errores de digitación (6 y D) y como numerador se utiliza la misma base después de hacer el tratamiento de depuración que incluye eliminar los ajustes 6 y D y los casos que no debieron ser notificados por no cumplir con el algoritmo diagnóstico.



Tasa de diagnóstico de casos del VIH, sida y muerte por sida*

$$\frac{\text{Casos de VIH/sida dignosticados en el año de estudio}}{\text{Población total}} \times 100\ 000$$

*Para la medición de este indicador se tienen en cuenta en el numerador de casos únicamente los que, al revisar la fecha de diagnóstico por laboratorio, esta corresponde a casos diagnosticados en el año analizado.

Consideraciones éticas:

En el diseño del estudio se tuvo en cuenta los principios metodológicos para salvaguardar el interés de la ciencia y el respeto a los derechos de las personas. No hubo ninguna intervención en los sujetos, no se violó el derecho a la privacidad y los resultados se presentan de manera agrupada en cumplimiento de la norma nacional, se considera sin riesgo (4).

A continuación, se hace un análisis descriptivo de las características, comportamiento, tendencia, características e indicadores de la vigilancia en salud pública de los casos de VIH, sida o muerte por sida en Colombia, en 2019.

RESULTADOS



En el 2019 se reportaron al Sivigila 17 346 nuevos casos confirmados por laboratorio de personas VIH-positivas, en el marco de la vigilancia rutinaria de los estados clínicos: infección por el VIH, sida y muerte por sida.

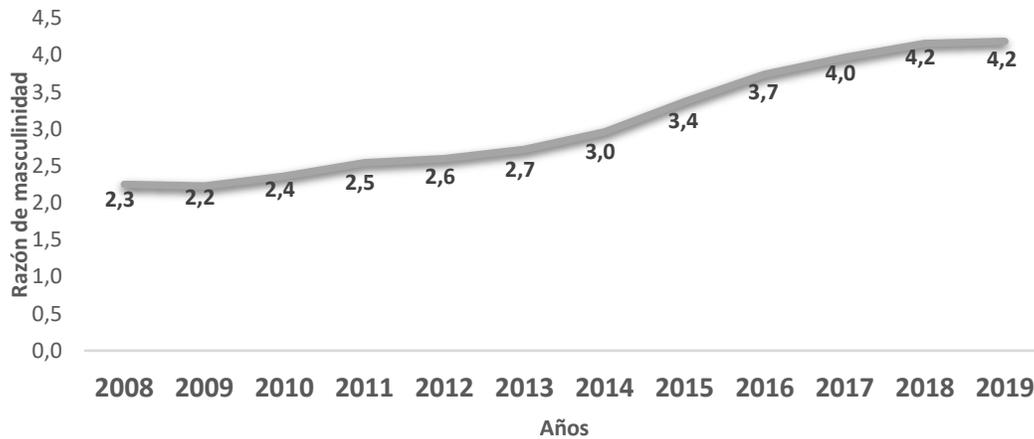
En la distribución demográfica se observa, que, del total de casos reportados, el 80,7 % (13 998) se registró en el sexo masculino; el 47,8 % (8 297) pertenece al régimen de afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) contributivo y el 41,4 % (7 174) al régimen subsidiado; el 3,3 % (578) se auto reconoció como negro, mulato o afrocolombianos y el 1,1 % (187) como población de etnia indígena. Por grupos de edad, el 36,8 % (6 389) fue reportado entre los 25 y 34 años y según el área de ocurrencia de los casos el 89,4 % (15 501) se encuentra en la cabecera municipal (tabla1).

Tabla 1. Distribución demográfica de los casos de VIH, sida o muerte por sida, Colombia, 2019

Variable	Categoría	n° de casos (n = 17 346)	Proporción
Sexo	Femenino	3 348	19,3
	Masculino	13 998	80,7
Tipo de afiliación al SGSSS	Contributivo	8 297	47,8
	Especial	25	0,1
	Indeterminado/pendiente	102	0,6
	No asegurado	1 442	8,3
	Excepción	306	1,8
	Subsidiado	7 174	41,4
Pertenencia étnica	Indígena	187	1,1
	Rom, Gitano	56	0,3
	Raizal	33	0,2
	Palenquero	7	0,0
	Negro, mulato, afrocolombiano	578	3,3
	Otro	16 485	95,0
Grupos de edad	0 a 4 años	37	0,2
	5 a 14 años	48	0,3
	15 a 24 años	4 289	24,7
	25 a 34 años	6 389	36,8
	35 a 44 años	3 138	18,1
	45 a 54 años	1 990	11,5
	55 a 64 años	1 048	6,0
	65 años y más	407	2,3
Área de ocurrencia	Cabecera municipal	15 501	89,4
	Centro poblado	1 088	6,3
	Rural disperso	757	4,4

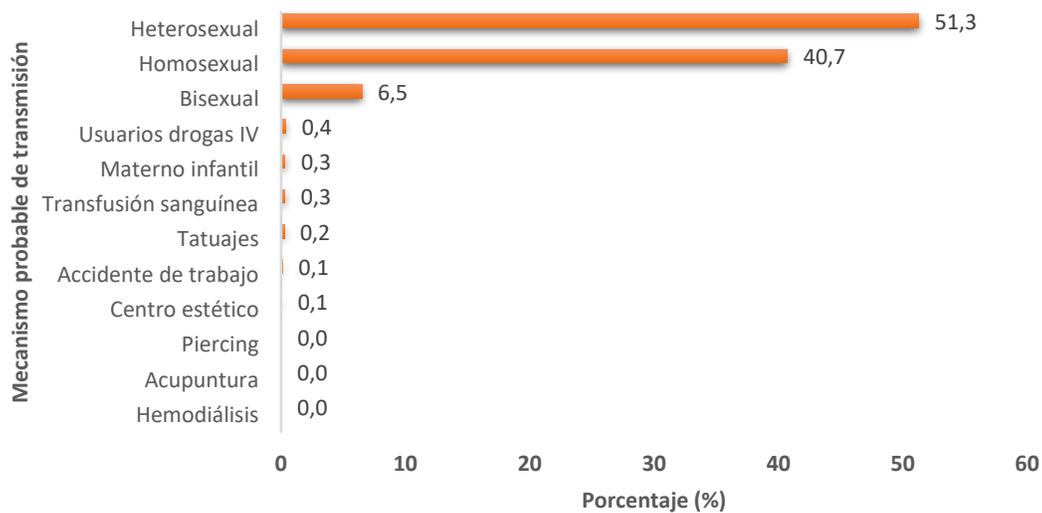
La razón de masculinidad ha ido en aumento iniciando en el 2008 con una razón de 2,3 hombres por cada mujer y con mayores diferencias a partir del 2014, alcanzando para el 2018 y 2019 una razón de 4,2 hombres por cada mujer (figura 1).

Figura 1. Razón de masculinidad de los casos de VIH, sida y muerte por sida, Colombia 2008 a 2019



Para los casos reportados, según su mecanismo probable de transmisión, el heterosexual presenta la mayor proporción con el 51,3 % (8 896), el homosexual en el 40,7 % (7 064) y el bisexual con el 6,5% (1 126). La transmisión materno-infantil presentó una proporción del 0,3 % (56), (figura 2).

Figura 2. Casos notificados de VIH, sida y muerte por sida según mecanismo probable de transmisión, Colombia, 2019





Con relación al reporte de mujeres en estado de gestación VIH-positivas, para el 2019 fueron notificadas 287, de las cuales, el 39,7 % (114) se encontraba entre la semana 14 a 27 de gestación, el 35,5 % (102) entre la semana 28 a 42 y el 24,7 % entre la semana 1 a 13 del embarazo (tabla 2).

Tabla 2. Trimestre de embarazo de los casos notificados de VIH, sida y muerte por sida en gestantes, Colombia, 2019

Trimestre de embarazo	n° de casos	Proporción
Primer trimestre (semana 1-13)	71	24,7
Segundo trimestre (semana 14-27)	114	39,7
Tercer trimestre (semana 28-42)	102	35,5
Total	287	100,0

Con relación a la frecuencia de las enfermedades oportunistas reportadas en el total de casos de VIH, la mayor proporción se observó en el síndrome de emaciación con el 2,6 % (453), seguido de la candidiasis esofágica con el 2,1 % (357), tuberculosis pulmonar con el 1,9 % (332), neumonía por *Pneumocistis* con el 1,1 % (199), toxoplasmosis cerebral con el 1,0 % (178); entre otras, (tabla 3).

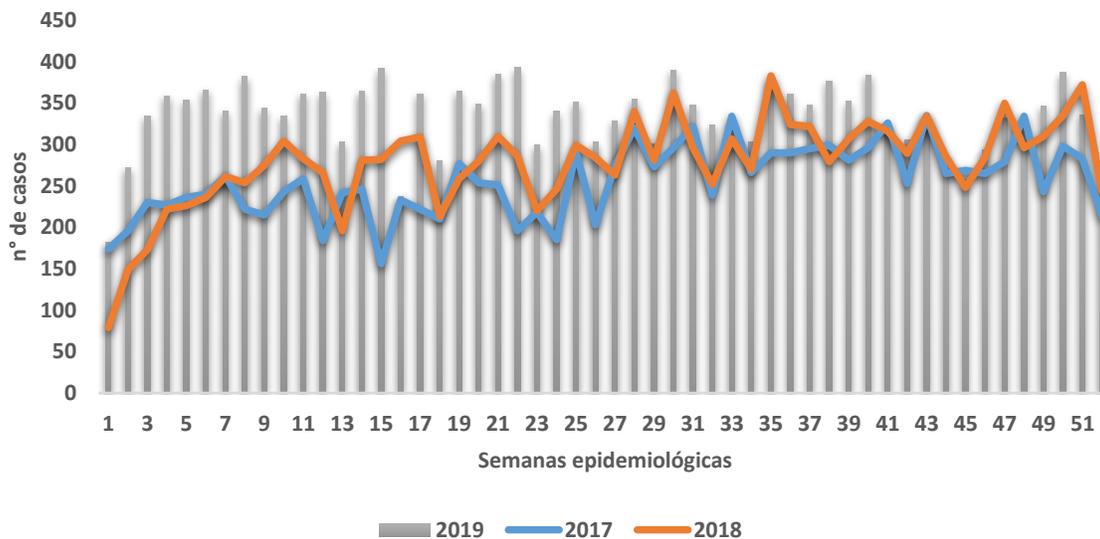
Tabla 3. Enfermedades oportunistas notificadas en los casos de VIH, sida y muerte por sida, Colombia, 2019

Enfermedad oportunista	n° de casos	Proporción (n = 17 346)
Síndrome de emaciación	453	2,6
Candidiasis esofágica	357	2,1
Tuberculosis pulmonar	332	1,9
Neumonía por <i>Pneumocistis</i>	199	1,1
Toxoplasmosis cerebral	178	1,0
Otras micobacterias	143	0,8
Neumonía recurrente	142	0,8
Encefalopatías	140	0,8
Candidiasis de las Vías Aéreas	89	0,5
Tuberculosis Extrapulmonar	85	0,5
Meningitis	77	0,4
Hepatitis B	74	0,4
Sarcoma de Kaposi	70	0,4
Herpes Zoster	52	0,3
Citomegalovirus	52	0,3
Criptococosis Extrapulmonar	48	0,3
Linfoma Inmunoblástico	35	0,2
Septicemia Recurrente	32	0,2
Criptosporidiasis Crónica	28	0,2

Enfermedad oportunista	n° de casos	Proporción (n = 17 346)
Histoplasmosis Diseminada	25	0,1
Histoplasmosis Extrapulmonar	22	0,1
Linfoma de Burkitt	20	0,1
Isosporidiasis Crónica	19	0,1
Cáncer Cervical Invasivo	17	0,1
Hepatitis C	14	0,1
Retinitis por Citomegalovirus	12	0,1
Leucoencefalopatía Multifocal	8	0,0
Coccidioidomicosis	5	0,0

Al comparar el comportamiento de la notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida entre los años 2017 (n= 13 311) y 2019 (n= 17 346) se observa un aumento del reporte casos de 30,3 % (4 035 casos) mientras que al comparar el 2018 (n= 14 474) con el 2019 el incremento es del 19,8 % (2 872 casos) (figura 3).

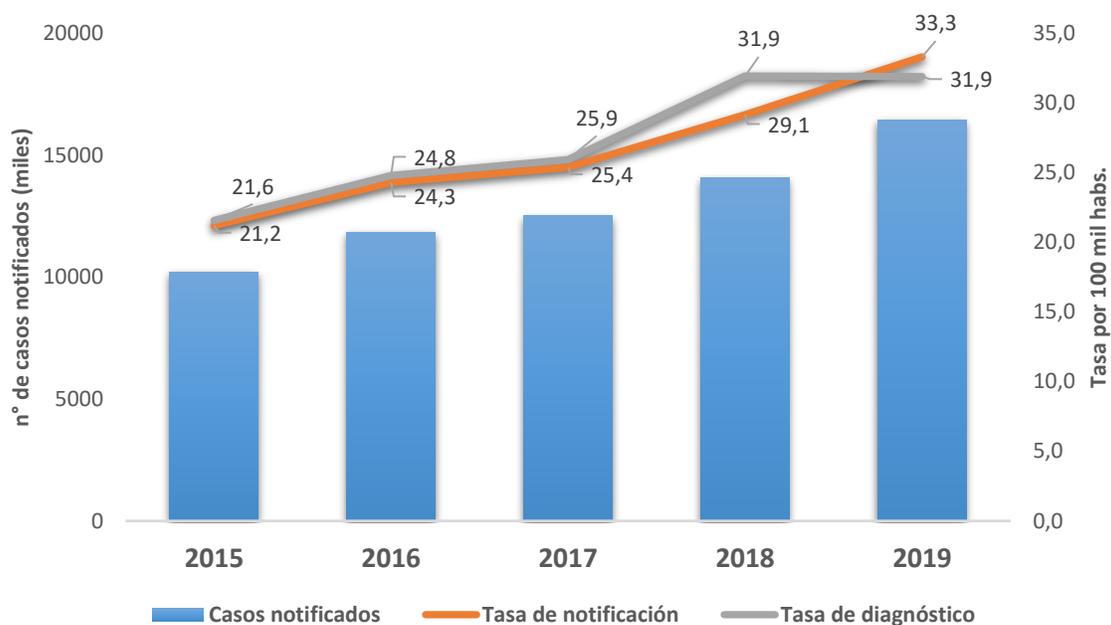
Figura 3. Tendencia del reporte de casos de VIH, sida y muerte por sida, Colombia, 2017 a 2019



Al analizar el reporte de casos de procedencia únicamente de Colombia entre el 2015 y el 2019 y teniendo en cuenta la población total (2019 DANE) se observa un aumento de la tasa de notificación pasando de 21,2 casos por 100 000 habitantes en el 2015 a 33,3 casos por 100 000 habitantes en el 2019. Se observa mayor incremento a partir del 2017 pasando de 25,4 casos por 100 000 habitantes a 29,1 casos por 100 000 habitantes en el 2018.

Al calcular la tasa de diagnóstico ajustando los casos reportados a sus años de confirmación por laboratorio, se observa un gran incremento entre el 2017-2018 en el diagnóstico de nuevos casos, pasando de 25,9 casos diagnosticados por 100 000 habitantes a 31,9 casos por 100 000 habitantes en el 2018, sin embargo, para el 2019 la tasa se mantuvo en los 31,9 casos nuevos diagnosticados por 100 000 habitantes (figura 4).

Figura 4. Tendencia histórica de la tasa de notificación y de diagnóstico de casos de VIH, sida y muerte por sida, Colombia, 2015 a 2019



La tasa de casos de VIH, sida y muerte por sida para el país en el 2019 alcanzó los 33,3 casos por 100 000 habitantes. Las entidades territoriales que se encuentran por encima de la tasa nacional son: Cali, Quindío, Risaralda, Barranquilla, Bogotá, Cartagena, Córdoba, Antioquia, Guaviare y Santa Marta, (tabla 4) (anexo 1).



Tabla 4. Tasa de notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida, por departamento de procedencia, Colombia, 2019

Departamento/Distrito	Casos	Población total 2019 (proyección DANE)	Casos por 100 000 hab.
Cali	1 357	2 241 491	60,5
Quindío	301	547 855	54,9
Risaralda	496	952 511	52,1
Barranquilla	619	1 243 056	49,8
Bogotá, D.C.	3 562	7 592 871	46,9
Cartagena	446	1 003 685	44,4
Córdoba	789	1 808 439	43,6
Antioquia	2 542	6 550 206	38,8
Guaviare	31	84 716	36,6
Santa Marta	186	521 239	35,7
Valle del Cauca	642	1 955 083	32,8
Buenaventura	94	310 194	30,3
Norte de Santander	439	1 565 362	28,0
Meta	293	1 052 125	27,8
Amazonas	21	77 753	27,0
Cesar	338	1 252 398	27,0
Tolima	356	1 335 313	26,7
Atlántico	365	1 395 095	26,2
Santander	585	2 237 587	26,1
Caldas	257	1 008 344	25,5
Huila	276	1 111 844	24,8
Caquetá	98	406 142	24,1
Casanare	102	428 563	23,8
La Guajira	217	927 506	23,4
Sucre	213	928 984	22,9
Arauca	60	280 109	21,4
Cundinamarca	640	3 085 522	20,7
Cauca	263	1 478 407	17,8
Putumayo	62	353 759	17,5
Nariño	278	1 628 981	17,1
Magdalena	142	867 593	16,4
Archipiélago de San Andrés	10	62 482	16,0
Bolívar	171	1 126 827	15,2
Chocó	60	539 933	11,1
Boyacá	115	1 230 910	9,3
Vichada	10	110 599	9,0
Guainía	3	49 473	6,1
Vaupés	0	42 721	0,0
Total	16 439	49 395 678	33,3



De los 17 346 casos reportados en el 2019, el 1,7 % (287) corresponde a mujeres embarazadas, siendo Guaviare la entidad territorial que aporta la mayor razón de prevalencia con 2,4 por 1000 nacidos vivos, sin embargo, la mayor razón de prevalencia se observa en las gestantes con procedencia del exterior, de las cuales el 100 % son procedentes de Venezuela, con 2,8 casos por 1 000 nacidos vivos (tabla 5).

Tabla 5. Razón de prevalencia de casos de VIH, sida y muerte por sida, en mujeres gestantes por departamento de procedencia, Colombia, 2019

Departamento/Distrito	Número de gestantes	Nacidos vivos 2019 (proyección DANE)	Razón de prevalencia por 1000 NV
Guaviare	3	1 252	2,4
Quindío	7	5 335	1,3
Archipiélago de San Andrés,	1	769	1,3
Amazonas	1	1 133	0,9
Buenaventura	4	4 558	0,9
Santa Marta	9	10 382	0,9
Córdoba	19	24 909	0,8
Meta	10	14 587	0,7
Cartagena	10	17 448	0,6
Cesar	13	22 707	0,6
Barranquilla	12	23 378	0,5
Atlántico	10	19 643	0,5
Valle del Cauca	9	18 675	0,5
La Guajira	10	22 062	0,5
Bogotá, D.C.	37	85 064	0,4
Antioquia	31	72 974	0,4
Cundinamarca	13	35 034	0,4
Caldas	3	8 117	0,4
Huila	6	17 163	0,3
Casanare	2	5 882	0,3
Tolima	5	15 806	0,3
Cali	7	23 830	0,3
Magdalena	4	14 140	0,3
Norte de Santander	6	23 281	0,3
Santander	7	27 326	0,3
Cauca	4	16 989	0,2
Boyacá	3	13 254	0,2
Sucre	3	14 825	0,2
Chocó	1	5 256	0,2
Nariño	3	16 390	0,2
Caquetá	1	6 771	0,1
Bolívar	1	16 292	0,1



Departamento/Distrito	Número de gestantes	Nacidos vivos 2019 (proyección DANE)	Razón de prevalencia por 1000 NV
Risaralda	0	9 833	0,0
Arauca	0	4 494	0,0
Putumayo	0	4 357	0,0
Vichada	0	1 438	0,0
Guainía	0	921	0,0
Vaupés	0	660	0,0
Exterior (Venezuela)	32	11 539	2,8
Total	287	638474	0,4

El porcentaje de cumplimiento en la notificación según el algoritmo diagnóstico fue del 95,2 % a nivel nacional. Las entidades territoriales de Guaviare y Quindío cumplieron con el 100,0 %, mientras que la entidad territorial de Guainía, con nueve casos notificados, solo seis cumplieron con la notificación según el algoritmo diagnóstico, para un 66,7 % (tabla 6).

Tabla 6. Cumplimiento en la notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida según algoritmo diagnóstico, Colombia, 2019

Departamento/Distrito	Casos notificados según algoritmo	Casos notificados	Proporción de cumplimiento
Guaviare	32	32	100,0
Quindío	382	382	100,0
Huila	344	345	99,7
Arauca	97	98	99,0
Putumayo	76	77	98,7
Bolívar	148	150	98,7
Magdalena	121	123	98,4
Meta	362	370	97,8
Boyacá	130	133	97,7
Casanare	123	126	97,6
Cauca	453	465	97,4
Norte de Santander	809	831	97,4
Córdoba	1 788	1 844	97,0
Cesar	513	530	96,8
Caldas	330	342	96,5
Nariño	353	366	96,4
Amazonas	27	28	96,4
Risaralda	591	615	96,1
Cartagena	804	837	96,1
Valle	2 962	3 093	95,8
Santander	733	766	95,7



Departamento/Distrito	Casos notificados según algoritmo	Casos notificados	Proporción de cumplimiento
Tolima	414	434	95,4
Caquetá	118	124	95,2
Atlántico	213	224	95,1
Choco	58	61	95,1
Barranquilla	1121	1 180	95,0
Antioquia	3 053	3 225	94,7
Bogotá	5 278	5 630	93,7
Cundinamarca	547	587	93,2
Santa Marta	331	359	92,2
Sucre	324	353	91,8
Vichada	18	20	90,0
La Guajira	308	346	89,0
Archipiélago de San Andrés	7	8	87,5
Buenaventura	81	95	85,3
Guainía	6	9	66,7
Total	23 055	24 208	95,2

Casos de VIH, sida y muerte por sida en personas procedentes del exterior

En el 2019 se notificaron 907 casos de VIH con procedencia de países del exterior. La mayor proporción de casos la aportan los procedentes de Venezuela con el 95,9 % (870 casos). La mayor proporción de casos de procedencia de Venezuela la tiene el departamento de Norte de Santander con el 27,8 % (252 casos), (anexo 2).

3. DISCUSIÓN



Según un informe de ONUSIDA, en 2019, se produjeron en el mundo un estimado de 1,7 millones de nuevas infecciones por el VIH, en comparación con los 2,1 millones de 2010 para una disminución de alrededor 23 %. En América Latina, entre el año 2010 a 2018 se produjo un incremento del 7 % en nuevos contagios, no obstante, el comportamiento varía considerablemente de país a país, observándose por ejemplo una disminución en El Salvador del 48 %, Nicaragua del 29 % y Colombia del 22 %; lo que contrasta con el crecimiento en Chile (34 %), Bolivia (22 %), Brasil (21 %) y Costa Rica (21 %) (5).

En Colombia, la tendencia de aumento que ha tenido el diagnóstico y notificación de casos de VIH (casos incidentes) continua para el 2019 con una mayor magnitud en comparación con los años anteriores pasando de un aumento del 7,5 % del 2017 al 2018 a un aumento del 19,9 % del 2018 al 2019 (6). Aunque este crecimiento en Colombia ha sido explicado como el resultado del mejor acceso a pruebas diagnósticas de última generación, disminución de barreras para la realización de la prueba, fortalecimiento de las actividades colaborativas tuberculosis y VIH, entre otros factores, a todos estos hay que sumarle el impacto inicial del fenómeno migratorio en Venezuela en lo que tiene que ver con la búsqueda y detección de casos procedentes de ese país por la oportunidad de acceso a servicios de salud por los migrantes en nuestro país.

Aunque el mecanismo de transmisión sexual es el más frecuente, en términos de la probabilidad de infección, otras rutas de exposición ofrecen una mayor infectividad, la cual depende de muchos factores tanto del huésped, los propios del mecanismo de transmisión sexual y los comunes para todas las rutas de exposición (7).

El grupo de edad de 25 a 34 años, donde se encuentra la mayor proporción de poblaciones clave: trabajadores sexuales, consumidores de drogas inyectables, hombres homosexuales o aquellos que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, personas transgéneros o personas privadas de la libertad; siguen siendo el grupo en mayor riesgo, y para quienes es necesario extremar las medidas de detección temprana y protección específica, que contribuya a reducir el riesgo de infección. Por lo anterior, el Ministerio de Salud y Protección Social plantea para el 2020 implementar una política de realización de pruebas rápidas de alta calidad fuera del laboratorio clínico, con el objetivo de mejorar el acceso y oportunidad en el diagnóstico de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual como la sífilis, hepatitis B y hepatitis C (8).

Se observa un incremento en la afectación de las gestantes. En el 2019 se notificaron 287 mujeres gestantes, para un aumento del 3,6 % con relación al 2018; la mayoría se encontraba en el segundo y tercer trimestre de gestación. Lo anterior indica que las gestantes se están captando de forma tardía. En el marco de la estrategia para la reducción de la transmisión materno infantil de VIH, la tamización de gestantes ha crecido en los últimos años, sin embargo, el aumento en la proporción de gestantes notificadas en el tercer trimestre de embarazo está mediado por el aumento de gestantes de procedencia de



Venezuela, captadas por el sistema de vigilancia, con frecuencia en momentos cercanos al parto. El informe de la Situación del VIH, sida en Colombia, de 2019, de la Cuenta de Alto Costo, da cuenta de la proporción de gestantes no afiliadas al SGSSS, la gran mayoría venezolanas, que accedieron al programa de tamización en el segundo trimestre de gestación (9).

Teniendo en cuenta que como meta del programa de protección específica se tiene previsto la disminución de la transmisión madre hijo de VIH a 2 % o menos (9), es necesario seguir fortaleciendo actividades que permitan una captación temprana de la embarazada para el ingreso al programa de control prenatal, además de una buena asesoría que permita el inicio del tratamiento de manera oportuna (10).

Desde el 2008, este es el primer año en que la razón de masculinidad de casos notificados de VIH no presenta prácticamente ningún aumento en comparación con el año anterior. Históricamente, esta proporción ha descendido de 10:1 en los años noventa a 2,7:1 en el 2013 (11). Haciendo la salvedad de que la información presentada en este informe tiene la limitación que da cuenta de los casos que son notificados durante el año, independientemente del momento en que se diagnosticó el caso, y adicionalmente, con la información disponible no se puede estimar una fecha de contagio; la razón de masculinidad puede estar indicando de una mejoría en la detección temprana de los casos en gestantes, especialmente en embarazadas de procedencia de Venezuela.

Resulta llamativo observar que, a pesar del claro comportamiento de aumento de la notificación de casos nuevos, cuando se ajustaron los casos por la fecha de resultado del diagnóstico por laboratorio y se compararon las tasas por 100 000 habitantes entre el año 2018 y el 2019, encontramos que esta no tuvo variación. Lo anterior muestra un escenario donde se podría estar alcanzando una meseta en la demanda inducida u oferta de pruebas diagnósticas de alta calidad. Lo anterior nos debe poner a pensar en replantear o relanzar las estrategias de captación de nuevos casos, enfocado en poblaciones clave y migrantes.

Se observa un leve descenso en el indicador de cumplimiento del algoritmo diagnóstico de ocho entidades territoriales que lo alcanzaron en el 2018 se bajó a solo una entidad territorial para este periodo. Es necesario continuar trabajando en el mejoramiento de la calidad de la información de los casos, así como en el cumplimiento del algoritmo diagnóstico, para lo cual se está trabajando de la mano con de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios en salud (EAPB).

Teniendo en cuenta el escenario a mediano plazo de la “liberación” de las pruebas para ser realizadas por fuera de un laboratorio clínico, es necesario iniciar la consolidación de estrategias con las agencias y prestadores de estos servicios, con el fin de que se fortalezca el flujo de información, capacitación, calidad del dato, para lo cual las entidades territoriales deben fortalecer su talento humano en salud y brindar capacitación continua a los actores del Sistema de Vigilancia.



4. REFERENCIAS



1. ONUSIDA. Hoja informativa. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida, 2018. [Internet]. [Fecha de consulta: 10 de junio de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. VIH/sida. 2020. [Internet]. [Fecha de consulta: 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
3. Ministerio de Salud y Protección Social. Colombia se acerca a la meta de diagnóstico en VIH. Boletín de prensa n° 198 de 2018. [Internet]. [Fecha de consulta: 10 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-se-acerca-a-la-meta-de-diagnostico-en-VIH.aspx>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013. [Internet]. [Fecha de consulta: 20 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>
5. ONUSIDA. Comunidades en el Centro. La Respuesta al VIH en América Latina. 2019. [Internet]. [Fecha de consulta: 10 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_latin-america_es.pdf
6. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento VIH, sida y muerte por sida, Colombia 2018. [Internet]. [Fecha de consulta: 10 de junio del 2020]. Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA_2018.pdf
7. Royce R, Seña A, Cates W, Cohen M. Sexual Transmission of HIV. N Engl J Med 1997; 336:1072-78. <https://doi.org/10.1056/NEJM199704103361507>
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020. [Internet]. [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2020]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf
9. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia, 2019 [Internet]. 2020 [Fecha de consulta: 10 de julio de 2020]. Disponible en: <http://www.mcpcolombia.co/documentosdel-mcp/category/1-vih>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Estrategia Nacional de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita. 2015. [Internet]. [Fecha de consulta: 19 de agosto de 2020]. Disponible en:.

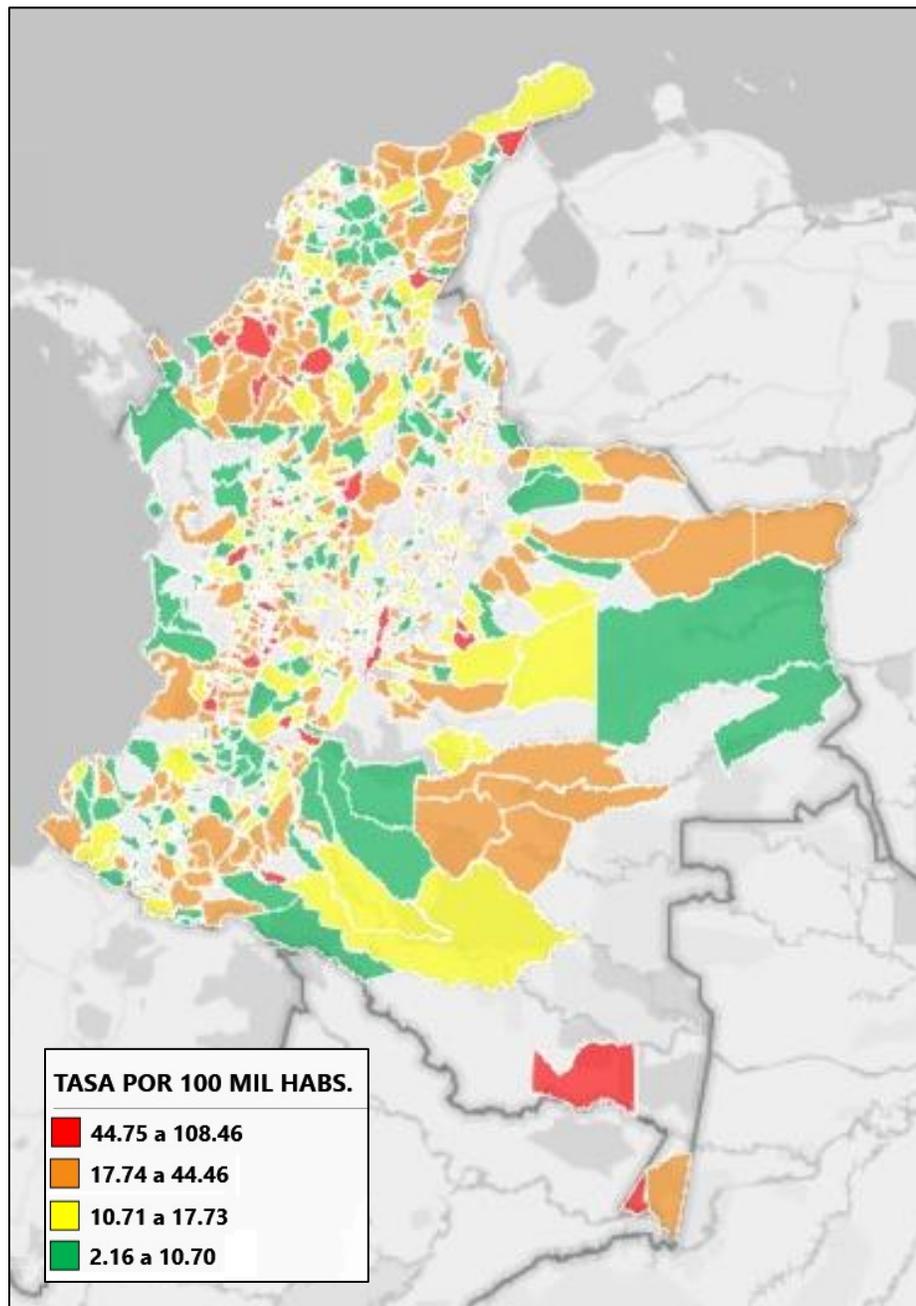


<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/compartamento-transmision-materno-infantil-vih-2013.pdf>

11. Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH/SIDA en Colombia, 2013 [Internet]. 2013 [Fecha de consulta: 10 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.mcpcolombia.co/documentosdel-mcp/category/1-vih>

5. ANEXOS

Anexo 1. Distribución geográfica de la tasa de notificación de casos de VIH, sida y muerte por sida, por municipio de procedencia, Colombia, 2019



Anexo 2. Casos de VIH, sida y muerte por sida procedentes del exterior, por departamento de notificación, Colombia, 2019

Departamento de notificación	País de procedencia	n° de casos	Proporción (n = 907)
Antioquia	Costa Rica	1	0,1
	Ecuador	2	0,2
	Estados Unidos	3	0,3
	México	1	0,1
	Venezuela	126	13,9
	Panamá	1	0,1
Arauca	Venezuela	24	2,6
Atlántico	Venezuela	7	0,8
Barranquilla	Venezuela	13	1,4
Bogotá	Argentina	1	0,1
	Australia	1	0,1
	Chile	2	0,2
	China	1	0,1
	Ecuador	1	0,1
	Estados Unidos	1	0,1
	Honduras	1	0,1
	Malta	1	0,1
	Países Bajos	1	0,1
	Venezuela	184	20,3
Bolívar	Venezuela	7	0,8
Boyacá	Venezuela	6	0,7
Caldas	Argentina	1	0,1
	Chile	1	0,1
	Venezuela	2	0,2
Cali	España	2	0,2
	Suiza	1	0,1
	Venezuela	32	3,5
Cartagena	Venezuela	48	5,3
Casanare	Venezuela	7	0,8
Cauca	Argentina	1	0,1
	Chile	1	0,1
	Venezuela	6	0,7
Cesar	Venezuela	4	0,4
Córdoba	Venezuela	2	0,2
Cundinamarca	Argentina	1	0,1
	Venezuela	14	1,5
Guainía	Venezuela	3	0,3
Huila	Argentina	1	0,1
	Venezuela	6	0,7
La Guajira	Venezuela	21	2,3
Magdalena	Venezuela	4	0,4
Meta	Venezuela	6	0,7



Departamento de notificación	País de procedencia	n° de casos	Proporción (n = 907)
Nariño	Ecuador	1	0,1
	Venezuela	3	0,3
Norte de Santander	Chile	1	0,1
	México	1	0,1
	Venezuela	252	27,8
Putumayo	Venezuela	2	0,2
Quindío	Alemania	1	0,1
	Aruba	1	0,1
	Estados Unidos	1	0,1
	Venezuela	12	1,3
Risaralda	Namibia	1	0,1
	Venezuela	4	0,4
Santander	Aruba	1	0,1
	Estados Unidos	1	0,1
	Venezuela	43	4,7
Santa Marta D.E.	Gabón	1	0,1
	Venezuela	3	0,3
Sucre	Venezuela	12	1,3
Tolima	Venezuela	2	0,2
Valle del Cauca	Venezuela	6	0,7
Vichada	Venezuela	9	1,0