

PREVALENCIA Y CARACTERIZACION DEL FENOMENO VIH – SIDA EN MANIZALES, COLOMBIA 1996 – 2009

JUAN DIEGO LÓPEZ PALACIO MD EPID.*

Remitido para publicación: 31-05-2011 - Versión corregida: 28-09-2011 - Aprobado para publicación: 31-10-2011

Resumen

Se realizó un estudio descriptivo de la incidencia, prevalencia y mortalidad del evento VIH-Sida en la ciudad de Manizales, capital del Departamento de Caldas en Colombia, reuniendo una casuística de casos notificados de 805 entre el período de 1996 a 2009, usando como fuentes de información registros oficiales. La razón de masculinidad en la incidencia para todo el período es de 4.3 : 1 . La tendencia es creciente en los dos sexos. El 49.8% de todos los casos del período de 14 años, se identificaron como personas VIH +, asintomáticos, en aparente buen estado de salud. En el último año 2009, esta proporción fue del 78.8 %. Con el fin de estimar el grado de concentración en la generación de casos, se implementó la curva de Lorenz y el índice de Gini que obtuvo un valor de -0.14, considerándose relativamente equitativo para los territorios politicoadministrativos en que se divide la ciudad. El mecanismo de transmisión es predominantemente heterosexual. El 33.2 % de los casos ocurrieron entre los 20 y los 29 años. La tasa de mortalidad para el evento en todo el municipio para 2009 fue de 9.04 por 100 mil habitantes y la prevalencia estimada de 0.21 % para junio de 2009.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, prevalencia, riesgo, tendencia, Indicadores de Morbilidad y mortalidad.

Arch Med (Manizales) 2011; 11(2):140-149

Prevalence and characterization of HIV-AIDS phenomenon in Manizales, Colombia 1996 -2009

Summary

A descriptive study of the incidence, prevalence and mortality of HIV-AIDS event in the city of Manizales, capital of Caldas in Colombia, bringing together a case series of 805 reported cases from year 1996 to 2009, using official records as sources information, was conducted. The sex ratio in incidence for the whole period is 4.3: 1. This trend is increasing in both sexes. 49.8% of all cases in the period, were identified as HIV +, asymptomatic, in apparent good health. In 2009, this proportion was 78.8%. In order to estimate the

López Palacio JD. Archivos de Medicina. Volumen 11 N° 2. ISSN: 1657-320X julio-diciembre de 2011. Universidad de Manizales. Manizales (Colombia).

* Alcaldía de Manizales. Jefe Unidad de Epidemiología. Universidad de Manizales. Docente Programa de Medicina. juandiego.epidemiologia@gmail.com

degree of concentration in the generation of cases, the Lorenz curve was implemented, obtaining a Gini index value of -0.14, considered relatively fair. Transmission mechanism is predominantly heterosexual. 33.2% of the cases occurred at ages between 20 and 29 years. The mortality rate for the event in the municipality for 2009 was 9.04 per 100 thousand inhabitants and the estimated prevalence of 0.21% for June 2009.

Keywords: *Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevalence, risk, trends, Indicators of Morbidity and Mortality.*

Introducción

Las connotaciones, las características de la patología, los costos de la atención, los fenómenos epidemiológicos, y las implicaciones Psicológicas entre otros, hacen que el evento VIH-Sida deba ser considerado como un elemento importante dentro del proceso salud-enfermedad de una comunidad.

En septiembre de 2000, la cumbre de Naciones Unidas presentó los Objetivos del Milenio, en los cuales se incluye el compromiso de los países para implementar estrategias para reducir la propagación y facilitar el acceso al tratamiento; Colombia haciendo parte de la ONU ha venido participando en el proceso; La Encuesta Nacional de Salud de Colombia 2007, estableció una prevalencia general de VIH/Sida de 0.04 % para población entre 6 y 69 años. (1). Durante 2009, conforme al Informe UNGASS 2010, se reportaron

6.780 personas con VIH/sida o muerte en Colombia, de los cuales 4.664 fueron hombres [68,8%] y 2.116 mujeres [31. 2%]. Para el acumulado nacional, desde 1983 hasta 2009, se tienen 71509 casos (2). El Decreto 3039 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública), establece como objetivo prioritario el mejorar la salud sexual y reproductiva, señalando como metas nacionales: a) mantener por debajo de 1.2 % la prevalencia de infección por VIH en población de 15 a 49 años y b) lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para pacientes positivos. El VII estudio centinela 2009, muestra una prevalencia de 0.22 %, para población general entre los 15 y los 49 años (3)

El presente estudio pretende describir el evento en la ciudad de Manizales, Colombia, durante el período 1996 – 2009, además de consolidar el monitoreo y contar con un referente general para las evaluaciones futuras de esta patología

Materiales y métodos

El diseño es de carácter observacional, descriptivo, que reúne toda la casuística de VIH notificada e identificada para toda la base poblacional de Manizales; el estudio no es sujeto de muestreo y no aborda aspectos clínicos específicos o individuales; El objetivo propuesto fue el de consolidar un reporte que de razón del comportamiento del VIH-Sida en Manizales, estableciendo la medición epidemiológica de la incidencia, prevalencia y mortalidad. En todo caso y procedimiento se respetaron las condiciones éticas propias del estudio y se mantuvo la condición de anonimato y discreción para con las personas diagnosticadas

Como fuentes de información, para documentar la caracterización, la tendencia y la incidencia reportada, se utilizaron los registros de notificación obligatoria del SIVIGILA (sistema de vigilancia en salud pública de Colombia) del sistema en Manizales. Se emplearon variables de persona, tiempo y lugar para describir el comportamiento del evento a lo largo de todo el período

Para la prevalencia se verificaron los casos notificados, contra el registro de monitoreo del programa de VIH-Sida de la Secretaría de Salud Pública y las EPS de Manizales, con corte a junio de 2010

Para el análisis de la mortalidad se utilizaron los certificados de defunción diligenciados por profesionales de la salud tanto en IPS como en el sector judicial y se consolidaron las bases de datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE, con sus variables; este análisis corresponde a información secundaria de la Secretaría de Salud Pública de Manizales. Para cálculos poblacionales se utilizaron valores poblacionales entregados por la Secretaría de Planeación de Manizales, Centro de Información Estadística (CIE), basados en proyecciones del censo DANE 2005. Para el manejo de variables, gráficas e indicadores, se utilizaron el programa EPI_INFO de libre distribución y el Excel 2007 debidamente licenciado.

Resultados

Tabla 1. Frecuencia anual casos de VIH-Sida en Manizales 1996-2009

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	RAZON H/M
Año 1996	38	7	45	5,4
Año 1997	37	1	38	37,0
Año 1998	43	4	47	10,8
Año 1999	17	3	20	5,7
Año 2000	22	3	25	7,3
Año 2001	43	10	53	4,3
Año 2002	30	7	37	4,3
Año 2003	60	15	75	4,0
Año 2004	48	8	56	6,0
Año 2005	55	15	70	3,7
Año 2006	51	23	74	2,2
Año 2007	83	14	97	5,9
Año 2008	76	26	102	2,9
Año 2009	50	16	66	3,1
	653	152	805	4,3
	81,1%	18,9%		



Figura 1. Tendencia de casos notificados

Incidencia

La incidencia notificada hace relación a los casos notificados y captados de primera vez por las IPS en el período 1996 -2009, dentro del sistema de vigilancia y control epidemiológico de Manizales. Para el período de 14 años, se tienen 805 casos (81.1% hombres y 18.8% mujeres); el año 2008 marca la mayor frecuencia identificada, con 102 casos correspondientes al 12.7% de todos los casos del período. La razón de masculinidad para los nuevos casos identificados muestra una leve tendencia a bajar, pero fluctuando con variaciones año a año y con valores extremos como 37: 1 en el año 1997 y 2.2 : 1 en el año 2006. Los 805 casos son casos nuevos del período que al momento del diagnóstico eran residentes en Manizales; no se incluyen casos que posteriormente al diagnóstico se trasladaron a vivir a la ciudad (estos sí están incluidos en la prevalencia, que se presenta más adelante). Las frecuencias señaladas se presentan en la Tabla 1

En la figura 1 se presenta la tendencia de la identificación de nuevos casos año tras año; la tendencia con altibajos es creciente a lo largo de todo el período tanto para hombres como para mujeres. En general, cada año se identifican más casos y dadas las características naturales del evento VIH-Sida, la incidencia que se reporta es al momento del diagnóstico, no al real momento de la infección (la proximidad no es claramente conocida).

El 49.8% de todos los casos del período de 14 años, se identificaron como personas VIH +, asintomáticos, en aparente buen estado de salud. En los últimos 4 años la proporción de personas identificadas en este estadio es francamente creciente. En 1997 tan solo el 28.9% fueron identificados en este momento de la patología.

El 38.6% de todos los casos del período fueron identificados como VIH-Sida, es decir claramente sintomáticos; la tendencia de es-

tos es en espejo con los casos asintomáticos y vienen en franca disminución. El año 2005 muestra el punto mas alto de todo el período en el que se identificaron el 70.2% de los casos en este estado.

El 6.3% de los casos de todo el período fueron identificados acompañando el suceso de la muerte (51 casos en todo el período). Para todo el período relacionado, la razón -vivo / muerto-es de 14:1 ; se identificaron 14 casos vivos por cada caso identificado al momento de la muerte. La Tabla 2 y la Figura 2 muestran en detalle las frecuencias y tendencia mencionadas.

Tabla 2. Estado de salud al momento de la notificación de los casos VIH-Sida, Manizales, Colombia 1996-2009

	VIH +		SIDA		MUERTE		RAZON VIVO / MUERTO
	#	%	#	% SIDA	#	%	
Año 1996	23	51,1%	13	28,9%	9	20,0%	4
Año 1997	11	28,9%	20	52,6%	7	18,4%	4
Año 1998	21	44,7%	22	46,8%	4	8,5%	11
Año 1999	10	50,0%	10	50,0%	0	0,0%	-
Año 2000	9	36,0%	11	44,0%	5	20,0%	4
Año 2001	24	45,3%	20	37,7%	9	17,0%	5
Año 2002	13	35,1%	24	64,9%	0	0,0%	-
Año 2003	25	44,6%	27	48,2%	4	7,1%	13
Año 2004	13	27,1%	33	68,8%	2	4,2%	23
Año 2005	16	28,1%	40	70,2%	1	1,8%	56
Año 2006	41	55,4%	30	40,5%	3	4,1%	24
Año 2007	65	67,7%	29	30,2%	2	2,1%	47
Año 2008	78	77,2%	21	20,8%	2	2,0%	50
Año 2009	52	78,8%	11	16,7%	3	4,5%	21
	401		311		51		

42 registros en todo el período aparecen sin información de su estado de salud al momento de la notificación

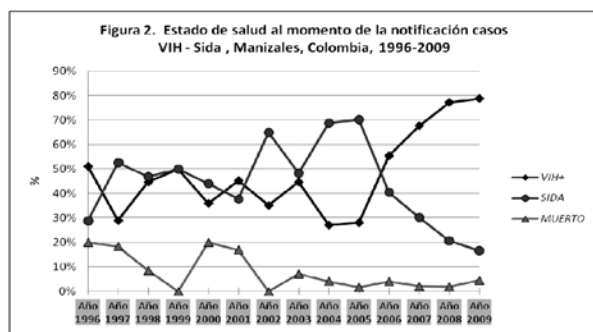


Figura 2. Estado de salud al momento de la notificación.

Como es de esperar, cada vez se identifican más casos VIH+ y menos casos VIH-Sida, producto de los procesos de sensibilización,

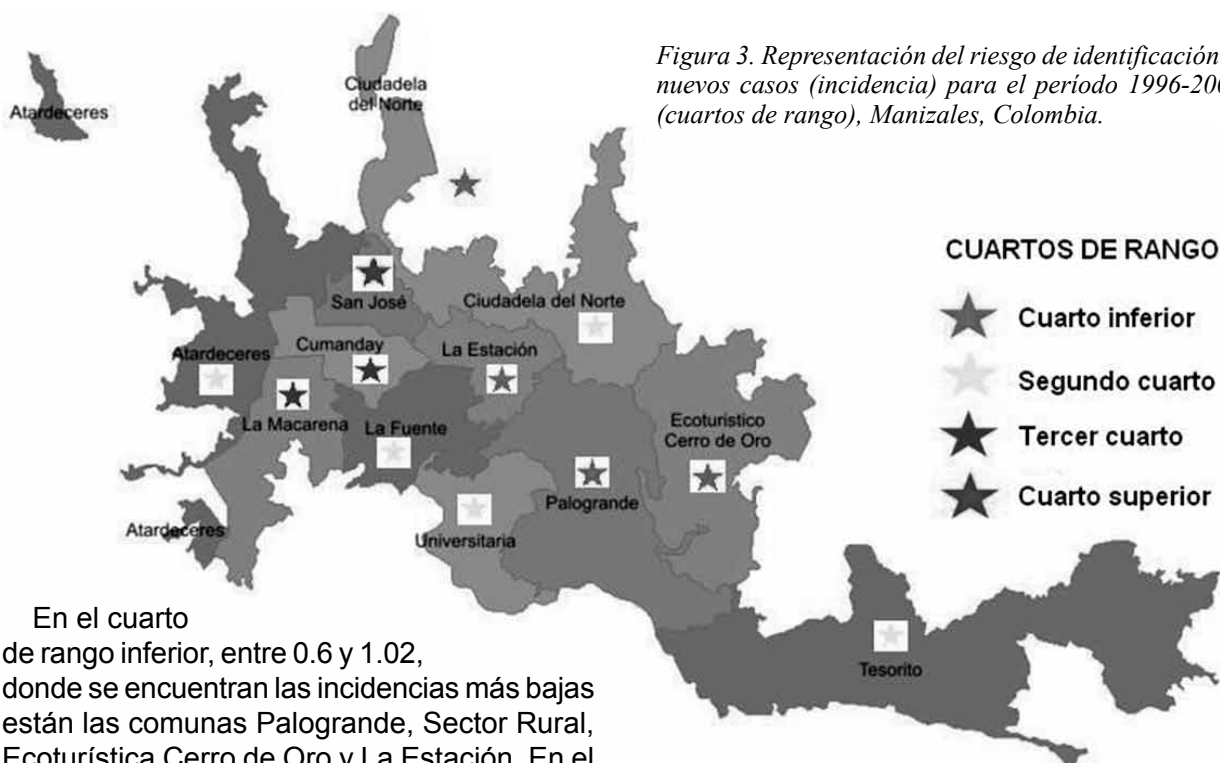
la identificación más temprana y el tamiz de personas que asumen conductas de riesgo (Figura 2)

Distribución por áreas: Manizales esta dividida en 11 áreas urbanas y el sector rural; la división corresponde a una clasificación político administrativa que considera factores socioeconómicos, de vecindad y geográficos. En el 15.6% de los casos no se identificó su residencia al momento del diagnóstico y notificación; sobre los demás casos, el 52.3% se ubican en las comunas San José, Ciudadela del Norte, La Fuente y La Macarena, que corresponden en términos generales a estratos socioeconómicos medios y bajos. Durante todo el período la mayor probabilidad de identificación de casos se presentó en la comuna San José con 2.3 casos por cada 10 mil habitantes y por cada año. El riesgo o la probabilidad de identificación fue algo más de 3 veces mayor en San José, que en Palogrande o que el sector rural (Tabla 3) En la figura 3 se presenta el mapa político administrativo de Manizales, representando los cuartos de rango del menor al mayor; el rango encontrado esta en 1.69 habitantes identificados como casos por cada 10 mil personas año.

Tabla 3. Distribución de los casos VIH-Sida según residencia al momento de la notificación y tasa de incidencia por cada área. Manizales, Colombia 1996-2009

ÁREAS	TOTAL CASOS EN TODO EL PERIODO 1996 - 2009	%	POBLACION ESTIMADA DEL AREA *	Incidencia x 10000 habitantes / año
01 Atardeceres	48	7,1	29.001	1,2
02 San José	84	12,4	25.892	2,3
03 Cumanday	65	9,6	28.950	1,6
04 La Estación	31	4,6	21.668	1,0
05 Ciudadela del Norte	105	15,5	63.751	1,2
06 Ecoturístico Cerro de Oro	31	4,6	30.638	0,7
07 Tesorito	42	6,2	22.547	1,3
08 Palogrande	22	3,2	25.257	0,6
09 Universitaria	63	9,3	37.057	1,2
10 La Fuente	87	12,8	44.019	1,4
11 La Macarena	79	11,6	32.741	1,7
Rural	25	3,7	27.171	0,7
Sin identificar	126			
Total	905			

Para este cálculo se está asumiendo la población estimada para cada comuna en 2010 y los casos ocurridos durante los 14 años; la medida resultante es una valoración del riesgo para todo el período. La Figura 3. grafica el riesgo de identificación por cuartos para el rango



En el cuarto de rango inferior, entre 0.6 y 1.02, donde se encuentran las incidencias más bajas están las comunas Palogrande, Sector Rural, Ecoturística Cerro de Oro y La Estación. En el cuarto de rango superior, con la mayor incidencia, esta la Comuna San José.

Con el fin de estimar el grado de concentración en la generación de casos, se presenta en la figura 3a la curva de Lorenz (curva de frecuencia acumulada para población (x) y casos notificados (y)) que muestra la distribución encontrada (línea punteada) frente a la distribución uniforme de igualdad absoluta, cuando las 12 áreas político administrativas del municipio fueron ordenadas según tasas de incidencia. El área entre la curva obtenida y la recta de igualdad absoluta, representa el índice de Gini que para el ejercicio propuesto tiene un valor de -0.14, lo que representa concentraciones (desigualdades) bajas en la distribución poblacional de los casos; es decir, ocurren relativamente en forma equitativa en las diferentes comunas y áreas rurales del municipio. El señalador en mitad de la figura 3a muestra que el 57 % de la población acumulada tiene el 61% de los casos identificados en el período; el siguiente en la pendiente equivale al 73 % de la población con el 88% de los casos.

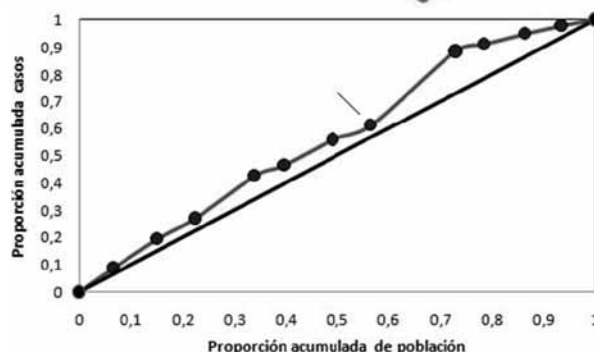


Figura 3a. Curva de Lorenz; valoración de la desigualdad en el número de casos identificados, ordenados por la tasa de incidencia de comunas y área rural de la tabla 3 para el período 1996-2009 (Índice Gini= -0.14)

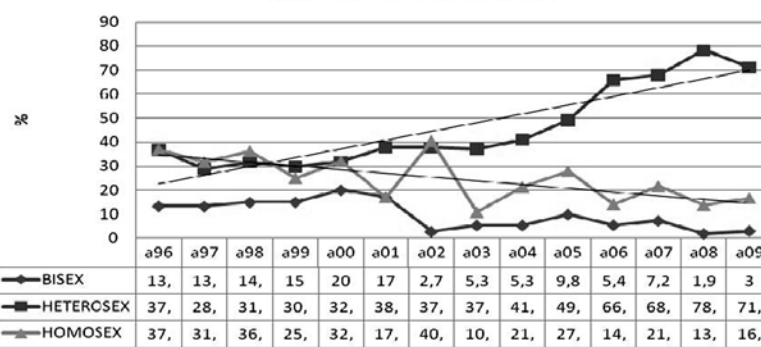
Posibles mecanismos de transmisión:

Para todo el período, el mecanismo de transmisión identificado se presenta en la tabla 4; en el 81.3 % de los casos se identificó una transmisión sexual y en el 16.9 % se catalogó como desconocida. Para el acumulado de todo el período el 51.4% corresponden a transmisión heterosexual. La Figura 4 muestra la tendencia de los mecanismos de transmisión a lo largo

Tabla 4. Distribución según el posible mecanismo de transmisión casos VIH-Sida, Manizales, Colombia 1996-2009

	# casos	%
Bisexual	64	8,0
Heterosexual	414	51,4
Homosexual	176	21,9
Transfusional	2	0,2
Perinatal	5	0,6
Desconocido	136	16,9
Psicoactivos	7	0,9
Laboral	1	0,1
Total	805	100,0

Figura 4. Tendencia del mecanismo probable de transmisión casos VIH-Sida Manizales 1996-2009



de los 14 años registrados; es creciente para la transmisión heterosexual y paulatinamente descendente para la transmisión homosexual y bisexual. En los dos últimos años el mecanismo heterosexual es superior al 70 %

Distribución por edad: La tabla 5 muestra la distribución por grupos de edad; el 33.2% de todos los casos se identificaron entre los 20 y 29 años; en edades posteriores la frecuencia disminuye paulatinamente; la figura 5 muestra este comportamiento y algunas agregaciones por grupos de edad; cabe señalar que solamente el 10 % de los casos identificados ocurrieron en personas de 50 y más años. La edad promedio de los casos notificados, año por año, se presenta en la figura 6. Aun cuando el promedio del último año es el menor de los últimos cinco, la tendencia general del promedio de edad es

creciente. En toda la serie de 805 casos, la edad mínima de caso identificado y notificado esta en 2 meses y la máxima en 79 años. La desviación estándar para la edad en todo el período esta entre 8.2 años como mínima en el año 2000 y 14.3 años en el año 2008, siendo el promedio de la desviación estándar para todo el período de 11.2 años

Para los cuatro últimos años la edad promedio en hombres fue de 36.02 años, frente a 33.5 años en las mujeres; para todos los años verificados, la edad promedio es mayor en hombres que en mujeres

Mortalidad

La Tabla 6 muestra la mortalidad ocurrida en Manizales durante el año 2009, en la cual el VIH ocupa la posición 19 dentro del listado,

Tabla 5. Distribución según edad. Casos VIH-Sida 1996-2009, Manizales, Colombia.

	# CASOS	%	% AGREGADOS	
< 1 año	3	0,4	4,5	4,5
1 - 4	2	0,2		
5 - 9	1	0,1		
10 - 14	1	0,1		
15 - 19	30	3,7	33,2	82,1
20 - 24	134	16,6		
25 - 29	134	16,6		
30 - 34	127	15,8		
35 - 39	104	12,9	28,7	10
40 - 44	98	12,2		
45 - 49	64	8		
50 - 54	30	3,7		
55 - 59	26	3,2	6,9	10
60 y más	25	3,1		
Sin dato	26	3,2	3,1	
TOTAL	805			

Figura 5. Distribución por grupos quinquenales casos VIH-Sida 1996-2009 Manizales, Colombia

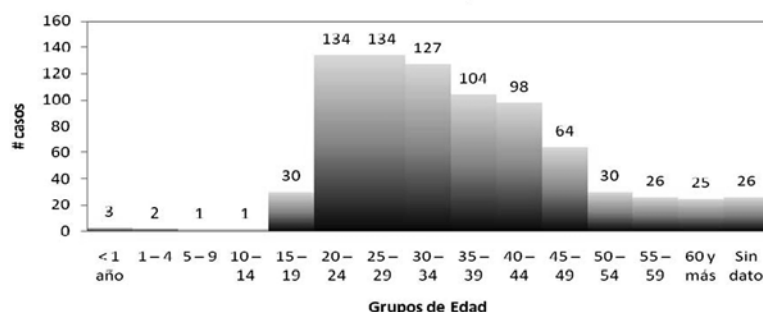


Tabla 6. Primeras causas por frecuencia de mortalidad, Manizales 2009.

N	CAUSAS	CASOS	TASA	%
1	Enfermedades isquémicas del corazón	294	75,88	13,95
2	Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	129	33,34	6,12
3	Enfermedades cerebrovasculares	125	32,31	5,93
4	Agresiones (homicidios), inclusive secuelas	125	32,31	5,93
5	Enfermedades del sistema urinario	79	20,42	3,75
6	Resto de enfermedades del sistema digestivo	77	19,9	3,65
7	Otros tumores malignos	66	17,06	3,13
8	Diabetes Mellitus	64	16,54	3,04
9	Tumor maligno de la tráquea, bronquios y pulmón	60	15,51	2,85
10	Tumor maligno del estómago	59	15,25	2,8
11	Enf pulmonar, circulación pulmonar y otras formas enf del corazón	50	12,92	2,37
12	Enfermedades hipertensivas	48	12,41	2,28
13	Infecciones respiratorias agudas	41	10,6	1,94
14	Feto y RN afectados por comp. obstétricas y trauma del	39	9,6 *	1,85
15	Accidentes de transporte terrestre, inclusive secuelas	38	9,82	1,8
16	Otras afecciones originadas en el período perinatal	38	9,3 *	1,8
17	Tumor maligno del colon	37	9,56	1,76
18	Carcinoma In Situ, tumor benigno y de compinciento o	35	9,05	1,66
19	Enfermedad por el VIH/SIDA	35	9,04	1,66
20	Tumor maligno de tejido linfático de órganos hematopoyéticos y de tejidos afines	31	8,01	1,47
	Residuo	617	159,46	29,27
	Síntomas, signos y afecciones mal definidas	22	5,69	1,04
	Total	2108	544,8	100

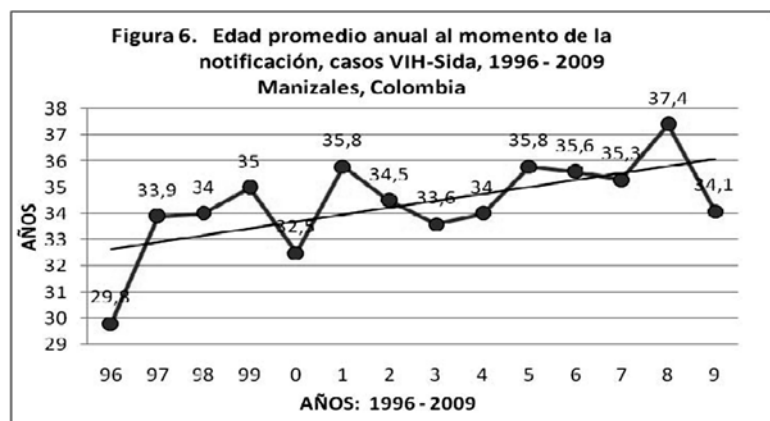


Tabla 7. Tendencia de los últimos 10 años para el número de muertes y sus indicadores.

AÑO	# DE MUERTES	TASA MORTALIDAD (x 100.000 hab)	PROPORCION DE LA MORTALIDAD ATRIBUIDA	PUESTO ENTRE LAS CAUSAS DE MUERTE
2000	16	4,4	0,7	35
2001	33	8,9	1,5	19
2002	23	6,2	1,1	22
2003	32	8,8	1,4	21
2004	27	7,1	1,1	27
2005	31	8,2	1,2	23
2006	33	8,6	1,4	19
2007	29	7,56	1,28	21
2008	29	7,53	1,26	21
2009	35	9,04	1,66	19

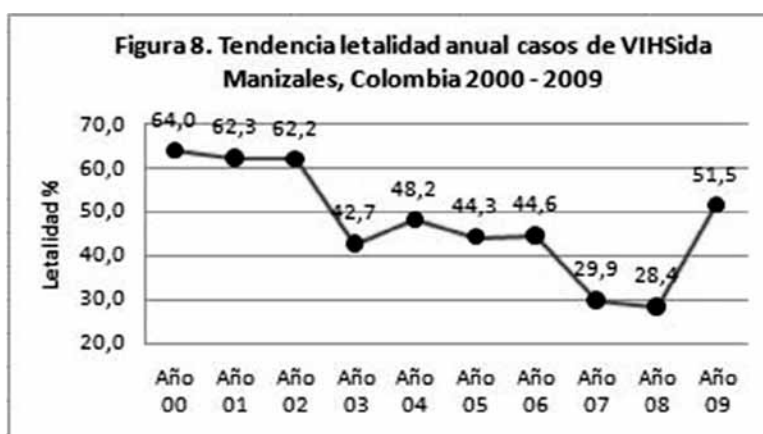
con una tasa de 9.04 muertes por 100 mil habitantes, representando el 1.66 % de un total de 2108 muertes ocurridas en ese período. Siendo las enfermedades isquémicas del corazón, la primera causa identificada de mortalidad, la muerte por VIH ocurre a razón de 1 por cada 8.6 muertes por infarto

Dentro de las 20 primeras causas de mortalidad, gran frecuencia de enfermedades crónicas degenerativas y pocas infecciosas; individualmente la infección por VIH las mas relevante

La Tabla 7 presenta el resumen de la tendencia de los indicadores de mortalidad por VIH-Sida para los últimos 10 años; la tendencia de la tasa mantiene un incremento paulatino, lo mismo que la proporcionalidad del total de las muertes atribuidas a VIH-Sida

La Figura 7 presenta específicamente la tendencia de la tasa de mortalidad para hombres (señal puntuada) y para las mujeres (señal triangular). Las tendencias son ligeramente crecientes. Para el año 2009, la tasa de mortalidad en hombres es de 16.3 por 100 mil; para las mujeres es de 2.5 por 100 mil; equivale a un índice de sobremortalidad masculina de 6.52 hombres por cada mujer

Para el período desde 2000 hasta 2009, ocurrieron 288 muertes por enfermedad VIH/Sida; en el mismo período se identificaron 655 casos. Aun cuando el reporte proviene de dos sistemas de identificación diferentes, (sistema de estadísticas vitales la mortalidad; y sistema de vigilancia en salud pública la notificación incidente)



y no de un seguimiento de cohorte, la tasa de letalidad para todo el período mencionado es de 44 %

La figura 8 representa esta misma medida, a lo largo de todo el período; salvo el año 2009, la tendencia ha sido decreciente.

En 2008, sucedieron 29 muertes (23 hombres y 6 mujeres); la edad mínima fue de 19 años y máxima de 79. El promedio de edad al momento de la muerte fue de 41.2 años. Los hombres con 41.9 años y las mujeres 38.5 años.

En 2009, sucedieron 35 muertes (30 hombres y 5 mujeres); la edad mínima fue de 25 años y máxima de 72. El promedio de edad al momento de la muerte fue de 44.1 años. Los hombres con 45.4 años y las mujeres 36.4 años.

Cuando ocurre la muerte suele ocurrir a menor edad en mujeres que en hombres.

Prevalencia actual

Con punto de corte junio de 2010 existen 439 registros de personas con diagnóstico de VIH-Sida, residentes en Manizales y que tiene sus controles asistenciales en las diversas IPS de la ciudad (4). Para el rango de edad entre los 15 y los 49, la prevalencia a junio de 2010 está en 0.21 %. De los 439 registros, el 72.4 % (318) corresponden a hombres. La prevalencia es de 0.31 % para hombres entre 15 y 49 años y de 0.11% para el grupo de mujeres en la misma edad. El promedio de edad de los casos prevalentes a junio de 2010 es de 36.9 años con 10.8 de desviación estándar. Para las mujeres, el promedio de edad es de 36.07 años con 11.7 años de desviación estándar; Para los hombres 37.2 años en promedio con una desviación de 10.4 años.

Discusión

Manizales, capital del Departamento de Caldas, para 2010 cuenta con una población de 388.592 habitantes. Su división políticoadministrativa corresponde a 11 comunas urbanas y el área rural con 7 unidades. Para 2009, la tasa de mortalidad general es de 544 por 100 mil habitantes; la tasa de mortalidad infantil es de 9 por 1000 nacidos vivos.

Los objetivos del milenio (6), señalan para el 2015 como meta haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA y lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten. A la luz de las cifras encontradas la segunda meta se encuentra cumplida; pero la identificación de casos incidentes aún continúa, es creciente, no obstante que las frecuencias

en el último año cayeron. El informe gerencial VIH-Sida (5) refiere coberturas del 100% de tratamientos en quienes lo ameritan

En desarrollo de la prueba tamiz realizada a las gestantes, el programa de salud reproductiva de la Secretaría de Salud Pública, desde el 2003 ha obtenido 5199 test de los cuales 20 han resultado positivas, que corresponde a un 0.38 % de las gestantes observadas (5)

La Organización Mundial de la Salud establece que la epidemia de VIH es concentrada, cuando la prevalencia en grupos de riesgo [hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales] supera el 5% en estos grupos específicos y en mujeres gestantes, no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica. El municipio de Manizales mantiene una prevalencia de VIH-Sida menor de 1% en población general; (15 a 49 años); la prevalencia en mujeres gestantes de igual manera menor al 1%; aun cuando no se cuenta con denominadores específicos, es probable que se tengan prevalencias mayores a 5 % en poblaciones específicas; todo lo anterior caracteriza el estado de la epidemia en bajo nivel y concentrada.

En concordancia con ODM (7), el Decreto 3039 de 2007 (Plan Nacional de Salud Pública), establece como objetivo prioritario el mejorar la salud sexual y reproductiva, señalando como metas nacionales: a) mantener por debajo de 1.2 % la prevalencia de infección por VIH

en población de 15 a 49 años y b) lograr cobertura universal de terapia antirretroviral para pacientes positivos; para el municipio de Manizales, las dos metas se cumplen, pero de cierta manera riñen, toda vez que el resultado esperado de la mayor cobertura de tratamiento aumenta, la prevalencia, y además por que se continúan generando e identificando nuevos casos. La línea base nacional de prevalencia establecida fue de 0.7 % (Observatorio VIH/MPS 2004); el municipio de Manizales se encuentra por debajo de esa cifra.

Algunos ítems comparados con el informe UNGASS (2), se presentan en la tabla 8.

Tabla 8. Comparación entre el informe UNGASS 2010 de Colombia y el presente reporte 1996-2009.

	Informe UNGASS 2010 Colombia	Referente Manizales (1996 - 2009)
Total casos identificados en el período	71509	805
Hombres	75,3%	81,1%
Mujeres	24,0%	18,9%
Sin registro	0,7%	0,0%
Promedio diario de identificación de casos en 2009	18	0,18 (1 caso nuevo cada 6 días)
Reportes en 2009	6780	66
Hombres	68,8%	75,8%
Mujeres	31,2%	24,2%
Clasificación para todo el período:		
VIII	67%	49,8%
SIDA	20%	38,6%
Muerte	13%	6,3%
Clasificación para 2009:		
VIH	73,2%	78,8%
SIDA	18,9%	16,7%
Muerte	7,9%	4,5%
Mecanismo de transmisión probable para todo el período:		
Heterosexual	63%	51,4%
Homosexual y Bisexual	34%	29,9%
Prevalencia entre 15 y 49 años (diferente método)	0,22%	0,21%

El informe UNGASS 2010 (2) refiere como última tasa de mortalidad nacional la del año 2006, con 5.4 muertes por cada 100 mil habitantes. Para el mismo año Manizales tenía

8.6 y al año 2009, 9.04 por 100 mil habitantes. Para el año 2009, la proporción de personas identificadas en Manizales siendo VIH+ es del 78.8 %, mientras que para el resto del país es de 73.2% conforme al informe UNGASS

Con la información considerada y teniendo presente la naturaleza de la enfermedad (infecciosa con largos e invisibles períodos de transmisibilidad) que la dinámica del evento VIH-Sida es el de una epidemia activa, con una mortalidad con altibajos, pero relativamente estable para los últimos 5 años; con Incidencia creciente salvo el último año y una letalidad decreciente salvo el último año debido al menor número de casos identificados.

Agradecimiento

Agradecimiento especial a la Secretaría de Salud Pública de la Alcaldía de Manizales y las Unidades de Salud Pública y de Epidemiología, quienes proporcionaron el acceso a registros e información para el presente reporte.

Literatura Citada

- (1) Rodríguez J, Ruiz F, Peñaloza E, Eslava J, Gómez LC, Sánchez H, et al. **Encuesta Nacional de Salud 2007. Resultados Nacionales**. Bogotá: Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas JAVEGRAF; 2009.
- (2) Ministerio de la Protección Social. **Informe UNGASS 2010. Informe Nacional**. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
- (3) Ministerio de la Protección Social. **VII Estudio Centinela**. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Colombia; 2009.
- (4) Secretaría de Salud Pública de Manizales. **Programa de Salud Sexual y Reproductiva**. Manizales: Secretaría de Salud Pública de Manizales. Alcaldía de Manizales; 2010
- (5) Ramírez D, Myriam A. **Informe Gerencial VIH; Informe SIVIGILA 2009**. Manizales: Alcaldía de Manizales; 2010.
- (6) Secretaría de Salud Pública de Manizales. **Perfil Epidemiológico, Manizales 2008**. Manizales: Alcaldía de Manizales; 2008.
- (7) Naciones Unidas. **Erradicar la pobreza 2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio**. Nueva York: Naciones Unidas; 2010.