



---

# **COMPORTAMIENTO DEL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES DURANTE EL PERIODO 2008 - 2018**

---

DIMENSIÓN SEXUALIDAD: DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS  
REPRODUCTIVOS



2019

ALCALDÍA DE MANIZALES  
Secretaría de Salud Pública

## COMPORTAMIENTO DEL VIH/SIDA EN EL MUNICIPIO DE MANIZALES DURANTE EL PERÍODO 2008-2018

**JOSE OCTAVIO CARDONA LEON**  
Alcalde

**DIANA PATRICIA GRISALES GONZALEZ**  
Secretaria de Salud Pública

Elaborado por.

**MYRIAM ASTRID RAMÍREZ DÍAZ**  
Profesional Universitaria Área Salud  
Coordinadora Dimensión Sexualidad, Derechos Sexuales y  
Derechos Reproductivos

**UNIDAD DE SALUD PÚBLICA**  
**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**  
2019

## CONTENIDO

INTRODUCCIÓN .....	3
1. METODOLOGÍA .....	5
2. RESULTADOS .....	6
2.1 DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA .....	6
2.1.1 Sexo .....	6
2.1.2 Edad .....	7
2.1.3 Estado al momento del diagnóstico .....	7
2.1.4 Área de residencia .....	8
2.1.5 Posible mecanismo de transmisión .....	8
2.1.6 Aseguramiento .....	9
2.2 MORTALIDAD POR SIDA .....	10
2.2.1 Tasa de mortalidad .....	10
2.2.2 Comportamiento sociodemográfico .....	10
2.3 MORBILIDAD .....	13
2.3.1 Incidencia .....	13
2.3.2 Prevalencia .....	13
2.3.3 Seguimiento a personas viviendo con vih/sida .....	15
2.3.3.1 Sexo .....	15
2.3.3.2 Edad .....	16
2.3.3.3 Aseguramiento .....	17
2.3.3.4 Acceso a tratamiento .....	17
2.4 Transmisión perinatal del VIH .....	18
2.4.1 Aseguramiento de las gestantes .....	19
2.4.2 Oportunidad del diagnóstico de la gestante .....	20
2.4.3 Acceso a tratamiento .....	20
2.4.4 Acceso a la cesárea .....	21
2.4.5 Acceso de los hijos a la profilaxis .....	21
3. CONCLUSIONES .....	22
4. RECOMENDACIONES .....	23
BIBLIOGRAFÍA .....	24

## INTRODUCCIÓN

Una de las líneas de la política de Sexualidad: derechos sexuales y derechos reproductivos, es la de prevención y control de las ITS. Como tal se ha estructurado un programa en la Secretaría de Salud Pública de Manizales, que, como su nombre lo indica, desarrolla acciones de promoción de la salud, gestión del riesgo y gestión de la salud, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y demás normatividad vigente.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública, por lo que es necesario conocer su comportamiento para poder realizar acciones de promoción de la salud y gestión del riesgo que permitan su control y por ende lleven a que estas se disminuyan.

Dentro de las infecciones de transmisión sexual se encuentra el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), cuya forma tardía es el síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA, el cual también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia e igualmente por transfusiones sanguíneas, o en usuarios de drogas intravenosas.

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 mundial. Para el año 2017, se calculó que hay 36,9 millones de personas que viven con VIH/SIDA. (1)

El número total de personas que viven con el VIH ha aumentado como consecuencia del número continuado de nuevas infecciones contraídas cada año. La Secretaría de Salud Pública de Manizales, cuenta con un consolidado de 1770 casos diagnosticados en la ciudad desde el año 1996 y hasta el año 2018.

En Colombia, el primer caso de SIDA se notificó en 1983. 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, programas de vigilancia epidemiológica, principalmente entre los grupos identificados como de mayor vulnerabilidad. (1)

En Manizales, no existen estudios de seroprevalencia en poblaciones clave, por lo tanto se toman de referencia los del país, según los cuales se considera que Colombia tiene una epidemia concentrada, es decir, que la enfermedad se presenta principalmente en grupos de alta vulnerabilidad: trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres (HSH). En estos últimos (HSH) la prevalencia que está por encima del cinco por ciento, mientras que en el resto de población es menor del uno por ciento. (2)

En el presente documento y con el fin de generar información oportuna, válida y confiable para contribuir a la gestión del conocimiento y brindar herramientas para la toma de decisiones y focalización de acciones, se presenta información sobre la situación del VIH/SIDA en la ciudad, en el período comprendido entre 2008 y 2018, de acuerdo con los procesos establecidos para la notificación al SIVIGILA, los hallazgos de las asistencias técnicas y el aporte de las EPS e IPS que velan por la salud de los usuarios.

## 1. METODOLOGÍA

Se realizó un informe descriptivo de corte transversal, tomando como referencia la información registrada en el sistema de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud con diagnóstico de VIH/SIDA y los consolidados en base de dato del Programa de Seguimiento a Personas Viviendo con VIH/SIDA del Municipio de Manizales.

Se plantea un análisis del comportamiento del VIH/SIDA en el Municipio de Manizales, tomando como referencia las variables tiempo, lugar y persona, con énfasis es aspectos sociodemográficos y de acceso y atención en salud.

## 2. RESULTADOS

Con el propósito de describir el comportamiento del VIH/SIDA en el Municipio de Manizales, se presentaran el análisis tomando como referencia tres aspectos fundamentales; el diagnóstico, la mortalidad y la morbilidad.

### 2.1 DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA

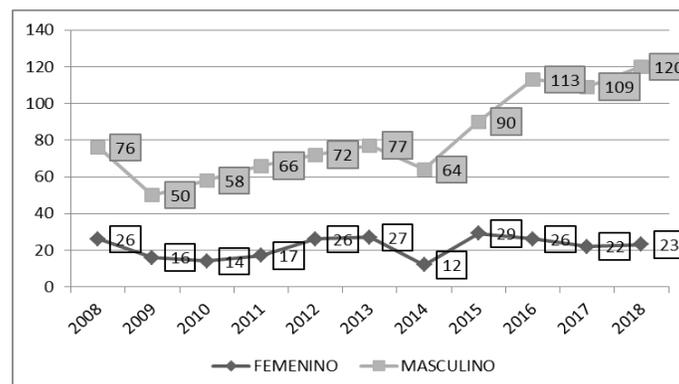
En Colombia de acuerdo con el Decreto 3518 de 2006, una vez se efectúa el diagnóstico de VIH/SIDA, este se canaliza el SIVIGILA, la cual constituye la fuente de información para desarrollar el correspondiente análisis.

A través de dicha base de datos, el programa de prevención y control de las ITS/SIDA, da lugar a la caracterización correspondiente, la cual se describe a continuación para el período comprendido entre los años 2008 y 2018, con un total de 1.133 pacientes diagnosticados en el Municipio de Manizales, en dichos años.

#### 2.1.1 Sexo

El 79% de las personas diagnosticadas en el Municipio de Manizales son hombres y el 21% restante mujeres, distribución que se ha mantenido similar a través del tiempo, con una relación HOMBRE: MUJER de 3,7:1.

Gráfico 1. Comportamiento anual del diagnóstico de personas viviendo con VIH o SIDA en Manizales, según sexo, 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

Este comportamiento es similar al presentado en Colombia, donde el 74,6% de los casos diagnosticados con VIH a enero de 2017 fueron en hombres. (3)

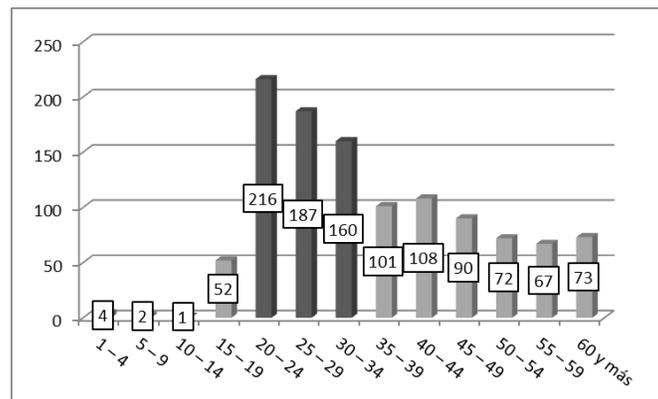
Sin embargo, en los últimos dos años, se presentó una relación HOMBRE: MUJER de 5:1; que significa que por cada caso de VIH/SIDA en mujeres se diagnosticaron 5 casos en hombres en el Municipio de Manizales.

En Colombia la razón de masculinidad ha presentado también incremento pasando de 2.3 en el 2008 a 4.2 en el año 2018. (1)

### 2.1.2 Edad

El grupo poblacional con mayor número de personas diagnosticadas, es el de los 20 a 29 años, (35,6%), seguido por el de 30-39 años (23%), sin embargo, en los adultos mayores existe una carga importante de casos (12,3%).

Gráfico 2. Distribución de casos diagnosticados, por grupos de edad, consolidado, Manizales, 2008-2018

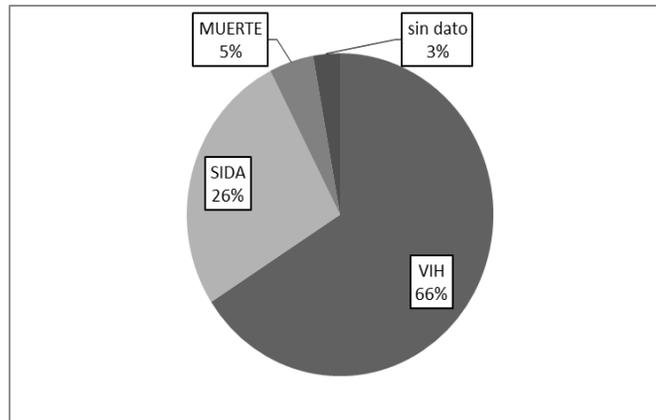


Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

### 2.1.3 Estado al momento del diagnóstico

El mayor número de casos se diagnostica en fase de VIH. (Gráfico 2) Sin embargo, se encuentra un porcentaje importante de personas diagnosticadas después de fallecidas.

Gráfico 3. Relación de casos de VIH-SIDA, según estadio al momento del diagnóstico, Manizales 2008-2018

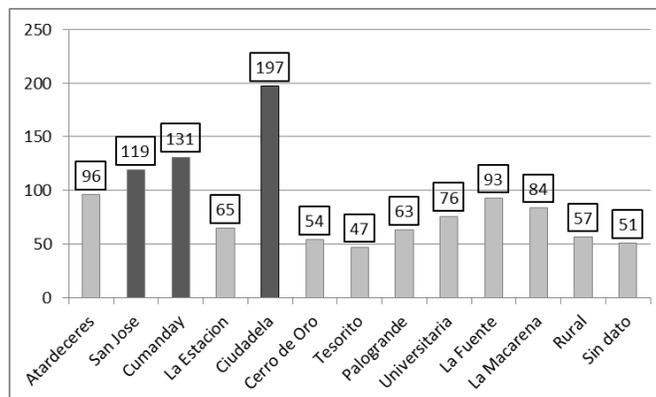


Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

#### 2.1.4 Área de residencia

En orden decreciente, las comunas con mayor número de casos diagnosticados de VIH/SIDA en todos los grupos de población, según reporte de residencia de los usuarios son: Ciudadela del Norte, Atardeceres, Universitaria y Cumanday.

Gráfico 4. Número de casos por sitio de residencia al momento del diagnóstico de VIH-SIDA, Manizales 2008-2018

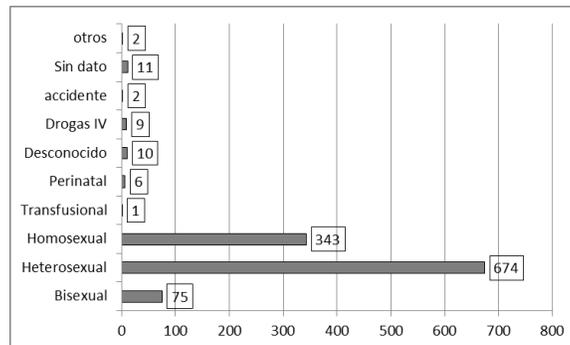


Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

#### 2.1.5 Posible mecanismo de transmisión

Tal como se observa en la gráfica 5, durante los 10 años de seguimiento al diagnóstico, la transmisión sexual se da en el 96,3% de los casos y las relaciones heterosexuales parecen ser las de mayor riesgo, aun cuando los últimos tres años se ha ido igualando el número de casos de transmisión homosexual.

Gráfico 5. Comportamiento del diagnóstico de casos de VIH-SIDA según posible mecanismo de transmisión, Manizales, 2008-2018

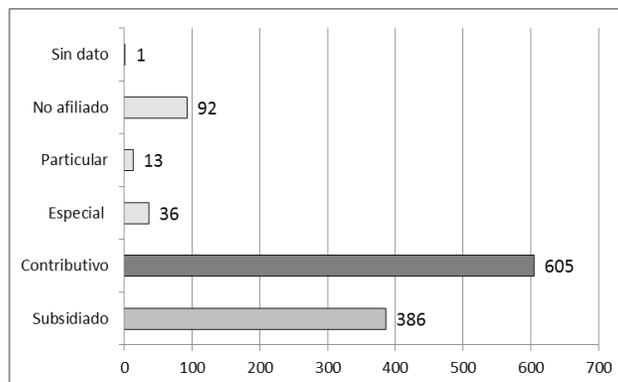


Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

### 2.1.6 Aseguramiento

Al momento del diagnóstico, el 90% de las personas estaban afiliadas a alguna EPS, así: 53,4% al régimen contributivo, 34,1% al régimen subsidiado y 3,2% a regímenes especiales. El 8% se encontraba sin afiliación al momento del diagnóstico. La afiliación está directamente relacionada con el desarrollo de la infección y su pronóstico.

Gráfico 6. Distribución de casos diagnosticados, por estado de aseguramiento al momento del diagnóstico Manizales, 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

## 2.2 MORTALIDAD POR SIDA

El programa de Prevención y Control de las ITS/VIH-SIDA, realizó el consolidado a partir de los certificados de defunción, tomando la mortalidad según causa y situaciones asociadas al SIDA.

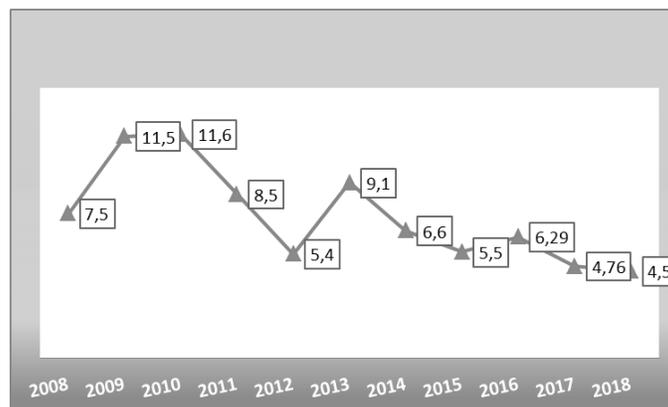
### 2.2.1 Tasa de mortalidad

El Informe de la Cuenta de Alto Costo, denominado Situación del VIH en Colombia a 2017, reporta una tasa de mortalidad cruda de 1.7 por 100.000 habitantes para Colombia y de 2.3 para Caldas. (2)

Dicho resultado presenta una amplia diferencia con el comportamiento presentado en el Municipio de Manizales, donde en los últimos años se registra una tasa de mortalidad general en personas con VIH/SIDA de 4 por 100.000 habitantes.

El gráfico que aparece a continuación, presenta las tasas de mortalidad por VIH/SIDA entre los años 2008-2018, evidenciando una tendencia a la disminución.

Gráfico 7. Tasa de mortalidad por VIH/SIDA, Manizales, 2008- 2018 (por 100.000 habitantes)



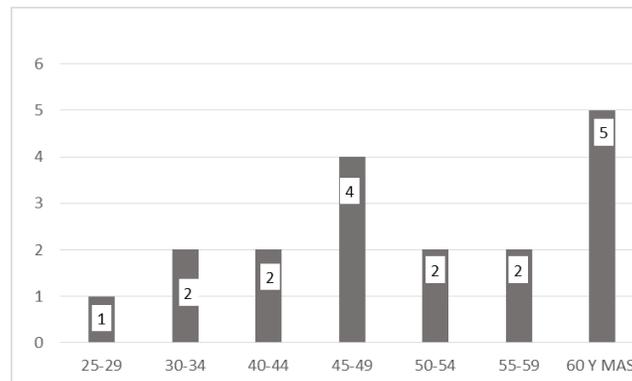
Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

### 2.2.2 Comportamiento sociodemográfico

Durante el 2018, en la ciudad, fallecieron por causas asociadas al SIDA, 18 personas, de las cuales 17(94,4%) eran hombres y 1(5,6%) mujer.

Con respecto a la mortalidad por grupo de edad, el Municipio presenta mayor afectación en la población mayor de 60 años donde se presentaron el 27.8% de las muertes, seguidos de la población entre los 40 y 45 años que aportaron el 22%.

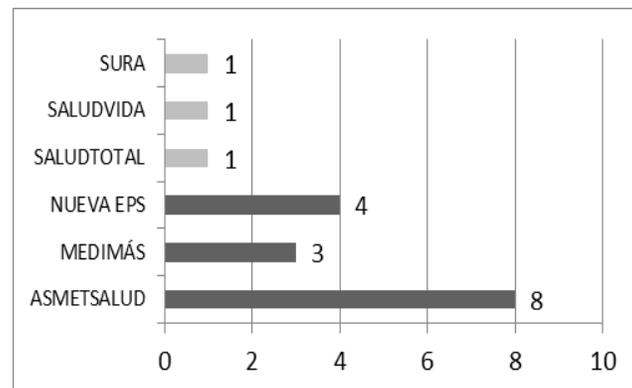
Gráfico 8. Distribución de la mortalidad por causas asociadas al SIDA, por grupos de edad, Manizales 2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

En la variable afiliación, se evidencia que de las personas fallecidas, 12 (66,7%) estaban afiliadas a EPS de régimen subsidiado y 6 (33,3%) al régimen contributivo.

Gráfico 9. Distribución de la mortalidad por causas asociadas al SIDA, según EPS de afiliación, 2018



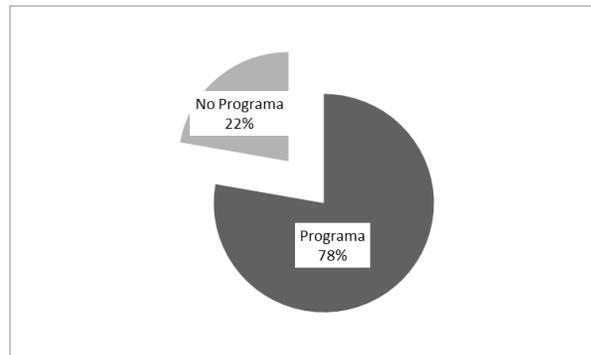
Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

En el gráfico 9 aparece el número de casos de personas fallecidas por cada una de las EPS a las que se encontraban afiliadas al momento del evento, el mayor

número de usuarios estaban afiliados a Asmetsalud (44,4%), Nueva EPS (22,2%) y Medimás 3 (16,6%).

Como parte de la búsqueda de factores que contribuyeron al fallecimiento de los usuarios, se indagó su asistencia a Programas de Atención Integral (obligatorios según la Normatividad vigente) y se encontró que 4 de los fallecidos (Nueva EPS, Asmetsalud y Medimás (2)), no alcanzaron a llegar a dichos programas, ya que llegaron a servicios de salud con compromiso severo de su estado físico sin diagnóstico de VIH/SIDA y no alcanzaron a ser remitidos al programa. A continuación se puede observar detalladamente esta variable.

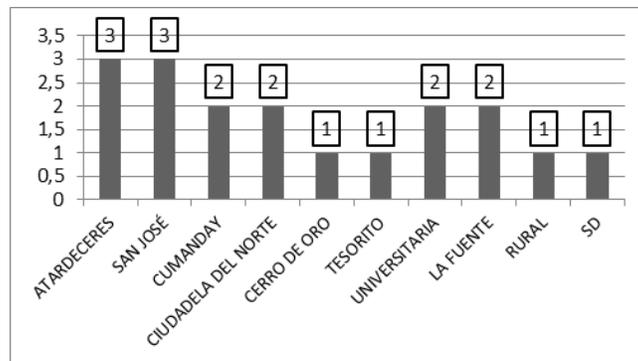
Gráfico 10. Porcentaje de personas fallecidas por causas asociadas al SIDA, que asistían a Programa de Atención Integral, Manizales, 2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

Con respecto al sitio de residencia, las personas fallecidas residían principalmente en las comunas Atardeceres y San José.

Gráfico 11. Número de personas fallecidas por SIDA, según sitio de residencia, Manizales, 2018



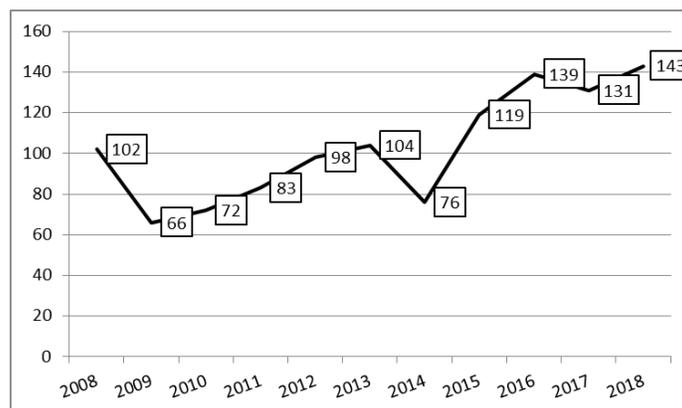
Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

## 2.3 MORBILIDAD

### 2.3.1 Incidencia

Desde 2008 hasta 2018, se han diagnosticado en Manizales 1133 personas viviendo con VIH/SIDA, 143 de ellas en el último año. (Gráfico 12) Representando una tasa de incidencia para el Municipio de 35,7 por cada 100.000 habitantes, superior a la registrada en Colombia para dicho periodo de 29 por 100.000 habitantes.(1)

Gráfico 12. Número de personas diagnosticadas como viviendo con VIH-SIDA en Manizales, 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

La disminución de barreras administrativas, con base en la normatividad que reglamentó la asesoría y prueba voluntaria y la inclusión de las pruebas de tamizaje en la baja complejidad, probablemente han incidido en el aumento de casos diagnosticados; otro aspecto que ha podido incidir en la captación de casos es el trabajo en promoción de la salud y gestión del riesgo con énfasis en la autoevaluación de conductas que aumentan la probabilidad de infección.

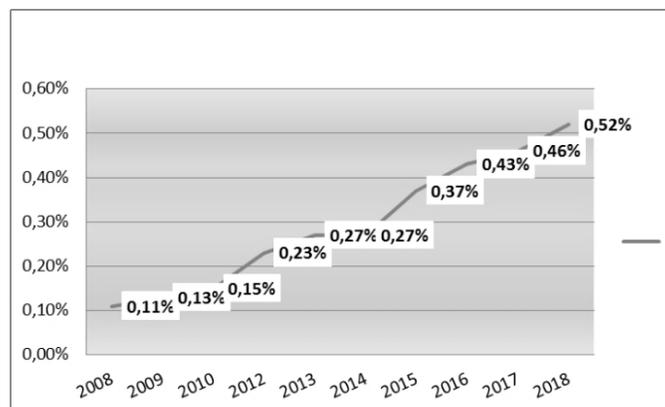
### 2.3.2 Prevalencia

De acuerdo al Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Municipal, a nivel nacional y local la meta es mantener la prevalencia por debajo del 1%; resultado que se ha alcanzado en Manizales a diciembre de 2018, con una prevalencia de VIH en personas de 15 a 49 años de 0,52%.

En Colombia a enero de 2017 la prevalencia total fue de 0,17%, Caldas de 0.14% (3) y Manizales de 0.31%. Así mismo, a nivel nacional la población entre 25 y 49 años presenta la mayor prevalencia alcanzando 0,33%. (3)

Al respecto, se evidencia en el gráfico 13, que la prevalencia va en aumento, lo que se podría explicar por el incremento en la incidencia y la disminución de la mortalidad, esta última generada por la cobertura en salud y acceso a tratamientos según lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social.

Gráfico 13. Prevalencia de VIH-SIDA en personas de 15-49 años, Manizales, 2008-2018

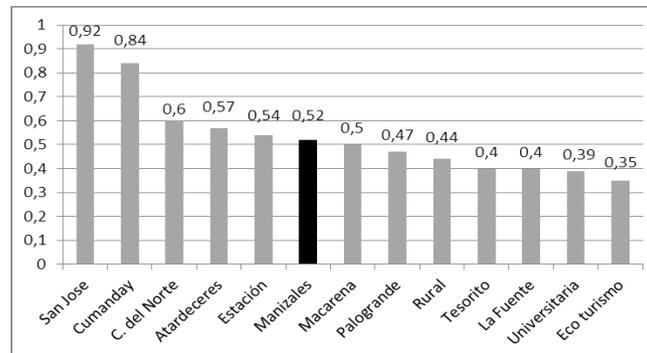


Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

En Manizales no existen estudios de prevalencia en poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadores sexuales, población trans, consumidores de sustancias psicoactivas intravenosas, población privada de la libertad, habitantes de calle), pero en otras ciudades donde si los hay, se ha encontrado que esta es mucho mayor en estas poblaciones.

Con respecto a la distribución de la prevalencia por Comunas, se encuentra que la Comuna San José y Cumanday, presentan los mayores porcentajes, aproximándose al límite establecido por la meta nacional. Otro aspecto relevante es que en general todos los territorios del Municipio presentan prevalencias superiores a la registrada en Colombia para el año 2017 de 0,17%.

Gráfico 14. Prevalencia de VIH-SIDA según Comunas de Manizales, 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de SIVIGILA, Secretaría de Salud Pública, Unidad de Epidemiología, 2018

### 2.3.3 Seguimiento a personas viviendo con vih/sida

En el programa de seguimiento implementado por la Secretaría de Salud Pública, entre 2008 y 2018, se cuenta con el registro de 1.358 personas, que han tenido acceso a tratamiento en la ciudad, aun cuando se hubieran diagnosticado en otras ciudades.

A través del programa, se monitorea la situación de las personas diagnosticadas, velando por que se brinden todas las garantías de acuerdo con los protocolos establecidos en la guía de atención y en el marco de la legislación vigente, es decir, se propende por el aseguramiento, la atención integral y otras condiciones que favorezcan la adherencia al tratamiento.

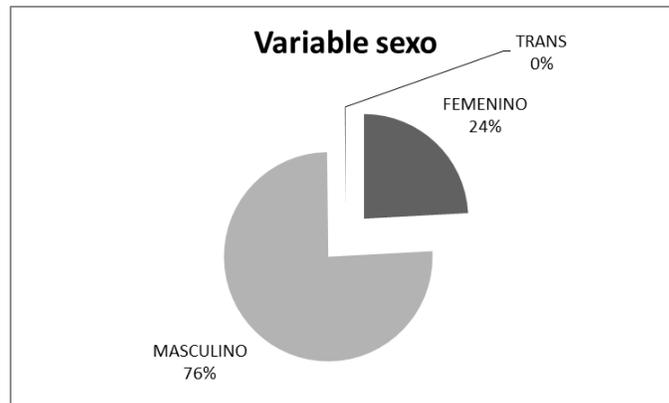
A partir del cruce de información entre la base de datos del SIVIGILA y la información proveniente de las IPS/EPS responsables de los usuarios, el programa de seguimiento ha construido una caracterización de la población observada que se resume a continuación.

De las 1.358 personas que alguna vez estuvieron en seguimiento durante el período descrito, a la fecha de corte del presente informe, 90 (6,6%) habían fallecido. De las restantes 1.268 personas viviendo con VIH/SIDA, se puede concluir lo siguiente:

#### 2.3.3.1 Sexo

Del total de pacientes en tratamiento durante el año 2018, 973 (76%) son hombres, 293 (24%) son mujeres y 2 (0,16%) son mujeres transexuales.

Grafico 15. Distribución proporcional de personas viviendo con VIH-SIDA según Sexo, Manizales. 2018

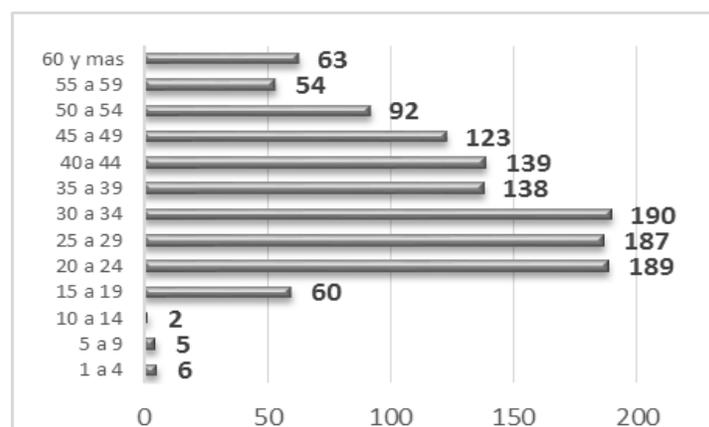


Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA

### 2.3.3.2 Edad

De las personas en seguimiento 1026 (80,9%) están entre los 15 y los 49 años, 438 (34,5%) entre los 10 y 29 años, 11 (0,86%) son menores de 10 años y 63 (5%) son mayores de 60 años. En Manizales a 2018, el promedio de edad de las personas viviendo con VIH/SIDA es de 36 años, la edad mínima es de 2 años y la máxima de 82 años. A 2017 en Colombia, la media de edad fue de 39,6 años para los hombres y 38.8 años para las mujeres. (2)

Grafico 16. Número de personas viviendo con VIH-SIDA, en seguimiento Distribución por grupos de edad, Manizales, 2008- 2018



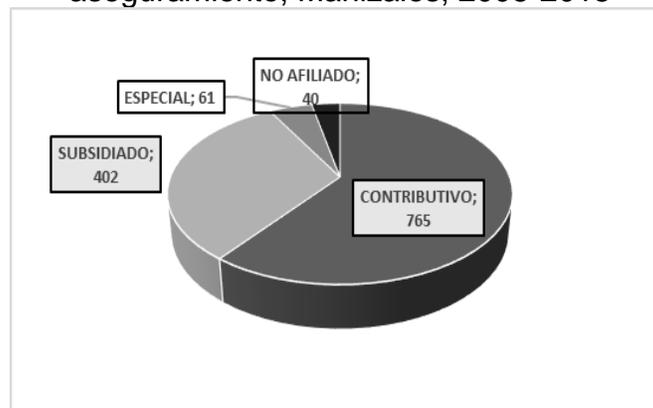
Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA

### 2.3.3.3 Aseguramiento

De las personas monitoreadas por el programa se encontró a corte de 2018, que el 60% pertenece al régimen contributivo, el 31,7% al subsidiado y el 4,8% a regímenes especiales; comportamiento similar al registrado en Colombia a 2017 donde el 60.1% de los casos de VIH pertenecían al régimen contributivo y 38.2% al régimen subsidiado. (3)

Como se dijo anteriormente, velar por el aseguramiento es fundamental en la garantía de los derechos de los usuarios ya que el plan de beneficios incluye la atención integral requerida para vivir con el VIH sin consecuencias fatales, como sucede con aquellos que no acceden o abandonan el tratamiento.

Grafico 17. Proporción de personas viviendo con VIH-SIDA, Distribución por aseguramiento, Manizales, 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA

Las EAPB que concentran la mayor parte de los usuarios son: Saludtotal 18,5%, a Saludvida el 14,6%, a Asmetasalud 13,09%, a Medimás el 11,2%, y a Nueva EPS el 10,56%. En la actualidad todas las EPS cuentan con una red de prestadores y rutas de atención establecidas y conocidas por los usuarios; cada una tiene contrato con su centro TARV - de terapia antirretroviral, IPS que prestan la atención integral de acuerdo con sus necesidades específicas y a diciembre de 2018 funcionan sin ningún tropiezo en la ciudad.

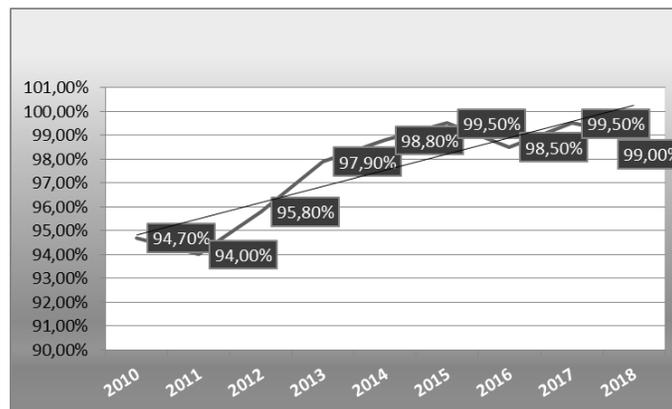
### 2.3.3.4 Acceso a tratamiento

A 2018, el 99% de las personas viviendo con VIH/SIDA, tienen acceso a tratamiento integral, no todos reciben tratamiento antirretroviral ya que algunos por

sus condiciones clínicas o estado virológico no lo requieren y otros no lo aceptan y han desistido voluntariamente. (Gráfico 18) La falta de acceso a tratamiento tiene relación directa con el estado de aseguramiento.

El gráfico que se presenta a continuación refleja el aumento progresivo en el acceso a terapia antirretroviral. Esto de manera conjunta con el manejo integral con base en los protocolos actuales y los lineamientos de la Guía de atención basada en la evidencia, favorecen la sobrevivencia de las personas viviendo con VIH/SIDA.

Gráfico 18. Proporción de acceso a terapia antirretroviral por parte de las PVVS, consolidado, Manizales 2008-2018



Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

## 2.4 Transmisión perinatal del VIH

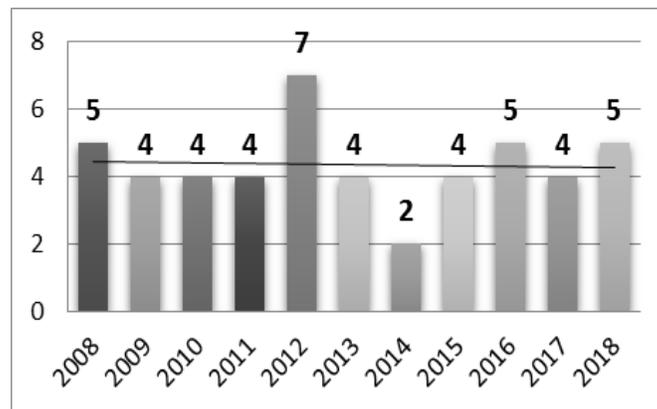
Este programa que empezó en Colombia a partir del año 2003, consiste en diagnosticar de manera temprana el VIH en las gestantes y ofrecer todas las garantías para que el recién nacido esté sano.

En Manizales, a través de esta estrategia se han diagnosticado entre 2008 y 2018, 48 gestantes viviendo con el VIH. A 47 se les garantizó el protocolo completo, que comprende: exámenes diagnósticos en el primer control prenatal y último trimestre de la gestación, en caso de ser diagnosticada, exámenes complementarios, abordaje integral y tratamiento antirretroviral anteparto, intraparto y postparto, y cesárea electiva. Para el recién nacido, profilaxis, fórmula láctea (que desde 2014 se amplió de 6 a 12 meses) y carga viral al mes y a los 4 meses de nacido.

La usuaria restante fue diagnosticada en el postparto, por lo que el recién nacido recibió profilaxis y es un niño sano.

A continuación se presentan los principales resultados del programa en Manizales desde el año 2008.

Gráfico 19. Número de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, Manizales, 2008-2018

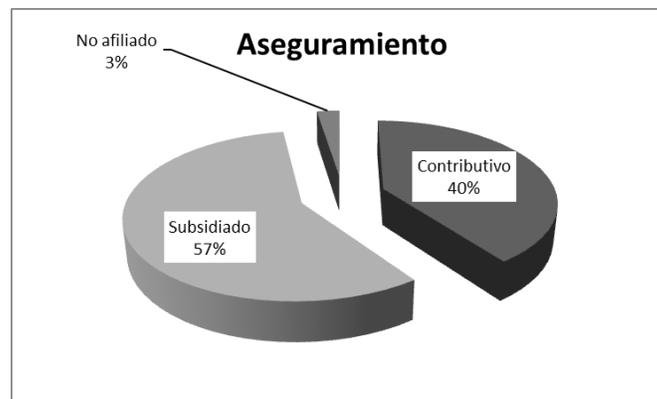


Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

### 2.4.1 Aseguramiento de las gestantes

Contrario al comportamiento general del régimen de afiliación de las personas viviendo con VIH/SIDA en el Municipio, el mayor porcentaje de gestantes se encuentra afiliada al régimen subsidiado.

Gráfico 16. Proporción de gestantes viviendo con el VIH-SIDA, por aseguramiento al SGSSS, Manizales, 2008-2018

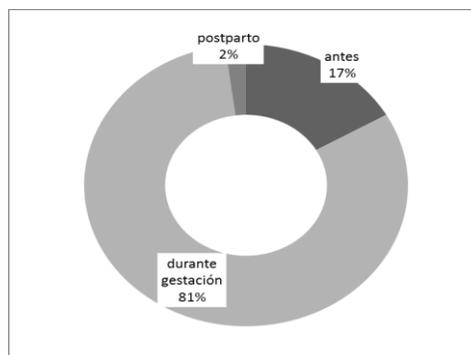


Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

### 2.4.2 Oportunidad del diagnóstico de la gestante

Como se observa en la gráfica que aparece a continuación 97,9% de las mujeres fueron diagnosticadas durante la gestación o antes, lo que sin duda representa un beneficio para su(s) hijo(os), ya que conocer el diagnóstico es definitivo para iniciar el protocolo correspondiente y garantizar recién nacidos sanos y adicionalmente captar una usuaria que dará continuidad a su tratamiento.

Gráfico 20. Proporción de gestantes viviendo con VIH/SIDA, variable estado al momento del diagnóstico, Manizales, 2008-2018

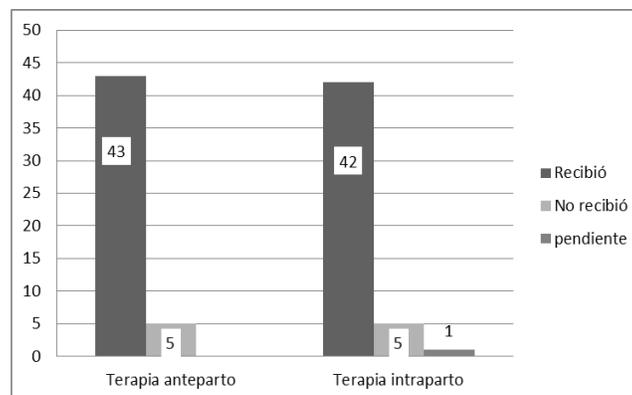


Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

### 2.4.3 Acceso a tratamiento

En 88,5% de las gestantes identificadas en el Municipio recibieron tratamiento Antirretroviral (TARV) durante la gestación y el parto.

Gráfico 21. Número de mujeres viviendo con VIH/SIDA que recibieron TARV anteparto e intraparto, Manizales, 2008-2018

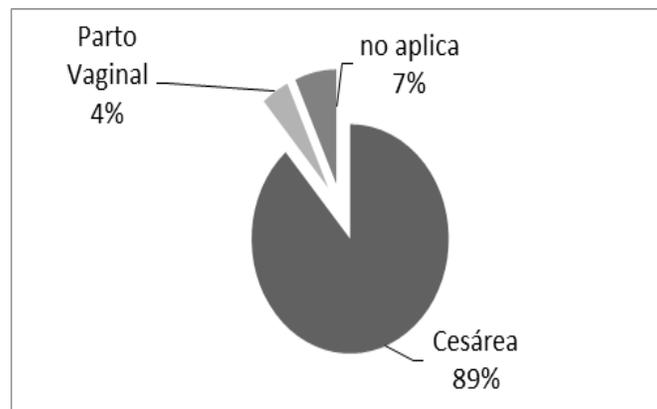


Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

#### 2.4.4 Acceso a la cesárea

El método más utilizado de acuerdo a los protocolos establecidos corresponde a la Cesárea; sin embargo se presentaron casos con 1 gestante (2,1%) que terminó su gestación en aborto y otra interrumpió su embarazo (2,1%) y a la fecha dos se encuentran en gestación y tienen garantizado el acceso a la cesárea.

Gráfico 22. Acceso a cesárea de gestantes viviendo con VIH-SIDA en Manizales, 2008 -2018



Fuente: Construcción Propia, datos de Secretaría de Salud Pública, Unidad de Salud Pública, Programa ITS/VIH-SIDA 2018

#### 2.4.5 Acceso de los hijos a la profilaxis

Los 44 niños nacidos vivos, recibieron tratamiento profiláctico con antirretrovirales durante las primeras seis semanas de vida.

En relación al estado final de los hijos de madres viviendo con el VIH, todos los de los hijos de madres infectadas, que tuvieron acceso al protocolo completo son niños sanos, esto se concluye a partir de las pruebas diagnósticas protocolarias (Carga viral al primer y a los 4 meses, y en algunos casos Elisa a los 18).

Evidentemente este es un protocolo altamente efectivo, por eso se debe propender por la captación temprana de la gestante y una asesoría pretest adecuada que favorezca la realización de la prueba y por lo tanto el acceso a tratamiento oportuno. No se puede olvidar repetir la prueba en el último trimestre de la gestación, ya que durante esta se pueden dar comportamientos sexuales de riesgo que afecten el producto.

### 3. CONCLUSIONES

1. El cambio de algoritmo para el diagnóstico de infección por VIH, en el cual se eliminan barreras como autorización y prueba Western Blot para el confirmatorio, se traduce en mayor accesibilidad a la prueba y el aumento de casos detectados, esto sin duda constituye una ventaja a la hora de iniciar un tratamiento eficaz y oportuno. Por lo tanto no debe preocupar tanto el aumento de la prevalencia, sino que para cada uno de los usuarios se garantice el acceso a manejo integral, para lo que se requiere asegurar su afiliación.
2. La estrategia de reducción de la transmisión perinatal de VIH, ha demostrado ser altamente efectiva, la inexistencia de casos a la fecha, da cuenta de ello.
3. En las Unidades de Análisis de casos de mortalidad por VIH, se evidencian el diagnóstico tardío y las demoras en todos los niveles de complejidad del sistema de salud, empezando por el reconocimiento de síntomas por parte del usuario y las IPS primarias. Se ha concluido que si bien el aseguramiento y el acceso al tratamiento, son necesarios, no son suficientes para garantizar la adherencia; los factores culturales de estigma y discriminación, la pobre red de apoyo, las drogodependencias y la situación de calle, contribuyen significativamente al evento.
4. En las mencionadas unidades de análisis se evidencian como principales patologías asociadas y desencadenantes de la mortalidad, el linfoma periférico de células grandes, la encefalopatía, la enfermedad renal, la tuberculosis pulmonar, la toxoplasmosis cerebral, la criptococosis, la colitis por citomegalovirus y la neumonía bacteriana.

## 4. RECOMENDACIONES

1. Se requiere que en todos los niveles de complejidad las IPS cumplan con la normatividad vigente, “piensen en VIH”, desarrollen mecanismos de articulación entre los programas de promoción de la salud y gestión del riesgo, que favorezcan la oferta y realización de asesoría y prueba voluntaria que conduzca al diagnóstico oportuno, con el objeto de mejorar la calidad de vida y la esperanza de vida de los usuarios; especialmente en la actualidad que gracias al desarrollo de terapias altamente eficientes, se considera el VIH/SIDA no una enfermedad mortal sino una enfermedad crónica.
2. Dado que la mayoría de las infecciones se da por vía sexual, se insiste en la importancia de valorar el riesgo en personas de todas las edades. Vale la pena resaltar que un comportamiento de riesgo es cualquier actividad sexual desprotegida con una persona de quien se desconozca su estado serológico.
3. La proporción significativamente menor de mujeres diagnosticadas en relación con la de hombres y el hecho que muchas de las infecciones se den en relaciones heterosexuales, da lugar a suponer que existen muchos casos de mujeres sin diagnosticar o un subregistro importante.
4. El número creciente de personas mayores de 60 años diagnosticadas, evidencia que las personas mayores tienen vida sexual activa. En la mayoría de los casos, aunque sean usuarios de programas de enfermedades crónicas, el diagnóstico se hace de manera tardía. Por eso la invitación a los profesionales y programas a que integren la actividad sexual a la gestión del riesgo en todos los cursos de vida.
5. El protocolo de atención a las gestantes no infectadas, incluye la realización de la prueba tamiz en el primer y en el tercer trimestre de gestación. No se debe obviar ninguna de las dos. Siempre debe mediar el consentimiento informado.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de evento VIH/SIDA, Colombia. Instituto Nacional de Salud. 2018
2. Informe de evento VIH/SIDA, Colombia. Instituto Nacional de Salud. 2017
3. Situación del VIH SIDA en Colombia. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Cuenta de Alto Costo. 2017