

Riesgo invisible y silencioso: Virus de Inmunodeficiencia Humana en mayores de 50 años. Colombia, 1998-2009

Doris Cardona Arango*, Ángela Segura Cardona**,
María Osley Garzón Duque***

Resumen

Introducción: el Virus de Inmunodeficiencia Humana es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y afecta a todos los grupos poblacionales, con un aumento significativo por la oferta diagnóstica, cambios en el comportamiento sexual, ingreso de nuevos medicamentos, terapias, y menores controles en las personas de 50 años y más.

Objetivo: analizar la mortalidad de personas de 50 años y más de edad, por Virus de Inmunodeficiencia Humana, residentes en Colombia en el período 1998 a 2009.

Materiales y métodos: estudio descriptivo de 4149 personas de 50 años o más de edad, fallecidas por VIH/SIDA en Colombia entre los años 1998 a 2009. La fuente de información fue secundaria, a través de los registros de defunción y las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE. Con esta información se calcularon medidas de frecuencia, tasa promedio de mortalidad por cien mil habitantes, sobremortalidad masculina y georeferenciación del riesgo de morir, en hombres y mujeres.

Resultados: el riesgo de morir por estas causas fue de 5,0 por cien mil, mayores de 50 años; para los hombres el riesgo fue de 9,0 y para las mujeres de 1,4, por cien mil personas del mismo sexo, superando los hombres en 5,3 veces el riesgo de las mujeres (SMM=6,3). La tendencia viene aumentando; el año de mayor riesgo fue 2007 y mayor sobremortalidad se presentó en el año 2000. La mayor mortalidad por esta causa se presentó en Amazonas, Guaviare, Quindío, Atlántico y Valle; los de menor riesgo: Boyacá, Nariño, Chocó, Arauca y Cauca.

Conclusiones: en el país la mortalidad por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en personas mayores de 50 años de edad, aumentó en el período de estudio, lo que podría explicarse por una mayor oferta diagnóstica, número de casos y cambios en el comportamiento sexual; aunque el diagnóstico en el adulto mayor puede confundirse con otros síndromes comunes, su riesgo podría minimizarse y hacerse invisible, porque se registra en otras poblaciones, convirtiéndose en un peligro letal y silencioso.

Palabras clave

VIH; SIDA; Adulto Mayor; Mortalidad

* Ph.D en Demografía, docente Universidad CES, Medellín – Colombia, Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Dirección electrónica doris.cardona@gmail.com

** Ph.D en Epidemiología, docente Universidad CES, Medellín – Colombia. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Dirección electrónica: asegura@ces.edu.co.

*** Mg en Epidemiología, docente Universidad CES, Medellín – Colombia. Grupo de Investigación Epidemiología y Bioestadística. Dirección electrónica: mgarzon@ces.edu.co

Invisible and silent risk: Human Immunodeficiency Virus in over 50 years. Colombia, 1998-2009

Abstract

Objective: to analyze the mortality of persons aged 50 years and older human immunodeficiency virus resident in Colombia from 1998 to 2009 in order to demonstrate this invisible and silent risk populations unexplored.

Materials and methods: a descriptive study of 4149 deaths in Colombia, from 1998 to 2009, people aged 50 years or older whose underlying cause of death was between codes B20-B24. The secondary source of information was through the death registration and population projections by the National Bureau of Statistics. With this information, frequency measures, average mortality rate per hundred thousand inhabitants, and georeferencing excess male risk of death of men and women.

Results: the risk of dying from these causes was 5.0 per hundred thousand over age 50, for men the risk was 9.0 for women and 1.4 per hundred thousand people of the same sex, beating men 5.3 times the risk of women (SMM = 6.3). The trend is increasing and the year of greatest risk was in 2007, but the excess mortality was higher in 2000. The departments of higher mortality from this cause were: Amazonas, Guaviare, Quindio, Atlantic and Valley, the lowest risk: Boyacá, Nariño, Chocó, Cauca and Arauca.

Conclusions: in the country, mortality from human immunodeficiency virus in people 50 years and older has been increasing throughout the study period (1998-2009), which could be explained by a greater supply diagnostic, more cases and changes in sexual behavior, although the diagnosis may be confused with other common syndromes in this population, the mortality could be being invisible and therefore be increasing, as it really is happening, becoming a silent risk.

Key words

HIV; AIDS; Elderly; Mortality.

Risco invisível e silencioso: Vírus de Imunodeficiência Humana maiores min de 50 anos. Colômbia, 1998-2009

Resumo

Introdução: o vírus da imunodeficiência humana é o vírus que causa a síndrome da imunodeficiência adquirida e afeta todos os grupos populacionais, com um aumento significativo na oferta de diagnóstico, as mudanças no comportamento sexual, a entrada de novas drogas e terapias, e menos controles sobre as pessoas 50 anos e mais.

Objetivo: analisar a mortalidade em pessoas com 50 anos ou mais residente vírus da imunodeficiência humana na Colômbia para o período 1998-2009.

Materiais de vírus e métodos: estudo descritivo de 4.149 pessoas com 50 anos ou mais velhos, mortos de HIV / AIDS na Colômbia 1998-2009. A fonte secundária de informações foi através de registros de morte e projeções de população por parte do Departamento Nacional Stat. Com esta informação, medições de frequência, a taxa de mortalidade média por cem mil habitantes, a mortalidade masculina e georreferenciamento o risco de morrer de homens e mulheres foram calculados.

Resultados: o risco de morrer por essas causas foi de 5,0 por cem mil mais de 50 anos, para os homens, o risco foi 9,0 para as mulheres e de 1,4 por cem mil pessoas do mesmo sexo, batendo os homens 5,3 vezes o risco de mulheres (SMM = 6,3). A tendência é cada vez maior; o ano de maior risco foi maior excesso de mortalidade, em 2007, e foi apresentado em 2000, aumento da mortalidade por esta causa ocorreu no Amazonas, Guaviare, Quindío, Valle Atlântico; o menor risco: Boyacá, Nariño, Chocó, Cauca e Arauca.

Conclusões: no país, a mortalidade por vírus da imunodeficiência humana em pessoas com mais de 50 anos, tem vindo a aumentar ao longo do período de estudo, o que pode ser explicado por uma oferta de diagnóstico mais alto, mais casos e mudanças no comportamento sexual; embora o diagnóstico em idosos, pode ser confundido com outras síndromes comuns, o risco poderia ser minimizado e invisível registrado em outros locais, tornando-se um risco silencioso e mortal.

Palavras Chave

HIV; AIDS; idosos; Mortalidade.

Fecha de recibo: Septiembre/2013

Fecha aprobación: Marzo/2014

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), es el causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (1); virus que ataca el sistema inmunológico del organismo, dificultándole la defensa contra las infecciones.

Una persona se infecta con el virus si este ingresa en su torrente sanguíneo. Los fluidos corporales que contienen VIH como para infectar a una persona son: sangre, semen, fluidos vaginales, leche materna y otras secreciones. Las formas más comunes de transmisión son: las relaciones sexuales vaginales o anales sin protección (sin condón), compartir jeringas y agujas, transfusiones de sangre y transmisión madre hijo (2). En el caso de las personas mayores, se aumentan las relaciones orales.

El virus afecta principalmente a los adultos jóvenes, pero también a las personas mayores de 50 años de edad; según el reporte de ONUSIDA 2013 (3), de los 35,3 millones de personas que viven con el VIH en el mundo, 3,6 millones tienen 50 años o una edad superior y la mayoría (2,9 millones) se encuentran en países de ingresos medios y bajos, con un porcentaje superior al 10%. En los países de ingresos altos, cerca de un tercio de los adultos que viven con el VIH tienen 50 años o más. En los Estados Unidos el 10% de los casos reportados de SIDA ocurren en personas mayores de 50 años, y de estos, la cuarta parte son personas mayores de 60 años. Las mujeres mayores parecen presentar superior incidencia que los hombres de edad, con un aumento del 40%. Esto no significa que se infectaron a edades tardías, sino que se demoró su detección (4).

Los factores de riesgo son similares en todos los grupos poblacionales; aunque numerosas personas mayores son sexualmente activas, el interés y frecuencia de las relaciones sexuales vaginales disminuye con la edad (5). Desde 1998 los avances médicos y terapéuticos extienden la vida sexual de numerosos mayores con la inclusión de medicamentos, que mejoran su desempeño sexual (6); son pocos los estudios del posible impacto de estos medicamentos en la epidemia del VIH (7).

Los participantes voluntarios mayores de 50 años de un estudio en New York, consideraron que tenían 13 años en promedio de vivir con VIH, pero manifestaron estar carentes del apoyo familiar y comunitario que les provea los cuidados que necesitan a medida que envejecen. Este aumento en años se debe a avances en el tratamiento del VIH, pero lleva a un ‘envejecimiento’ de la epidemia (8). La situación que se observa en Colombia representa un reto en lo que tiene que ver con el estudio de la misma en edades avanzadas, pues tal como lo presenta el informe del panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010 (9), hay un vacío en lo que tiene que ver con la edad de casi el 25% de los casos registrados en este período, pues de estos no se obtuvo notificación de la edad, lo cual género “tal como lo refiere el informe” cifras basadas en datos incompletos y ocasionó un problema de confiabilidad en los registros de salud en el país. Esta situación también puede ocultar información relevante respecto a los mayores de 50 años que presentaron la enfermedad en la década de los 80, y que para la primera década del siglo XX ya eran adultos mayores jóvenes, con condiciones patológicas más complejas en caso de estar vivos o cuya muerte

pudo haberse dado como consecuencia de la complicación de la enfermedad o comorbilidades, y no necesariamente fue registrada con la causa básica de muerte.

Por lo anterior, se busca analizar si la infección por el VIH incrementa el riesgo de morir por SIDA en las personas de 50 años y más, residentes en Colombia en el período 1998 a 2009, con el fin de aportar al análisis epidemiológico de estas patologías y evidenciar este riesgo invisible y silencioso en grupos poblacionales poco explorados.

Materiales y métodos

Con un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio descriptivo de todas las defunciones (censo) de personas mayores de 50 años fallecidas por VIH/SIDA, registradas en la base de datos del DANE. Según esta fuente de información secundaria, en Colombia entre los años 1998 a 2009 ocurrieron 1.459.090 (64%) muertes en este grupo poblacional y 4149 (0,3%) de ellas, tuvieron como causa básica de defunción el VIH, con los códigos B20-B24 de la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión (CIE-10) (10).

El procesamiento de la información se realizó con el apoyo del paquete SPSS versión 20,0 y ArcGis versión 10,0 en la georreferenciación de riesgos, por sexo (licencias de la Universidad CES) y el análisis univariado se hizo por sexo, estado civil, afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, área de residencia, grupos quinquenales, departamentos y los seis grandes grupos de causas (lista 6/67 de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)) (11), a través de distribuciones proporcionales, tasas promedio de mortalidad por cien

mil habitantes de 50 años y más de edad y cálculo de la sobremortalidad masculina (SMM), utilizando la población adulta mayor censada en el año 2005 como denominador (7.179.064 del grupo de estudio); seguidamente se realizó análisis bivariado con el fin de explorar posibles asociaciones de las variables, utilizando la prueba Chi-cuadrado de independencia (χ^2); así mismo se ejecutó análisis para determinar cambios en las tendencias del riesgo a través de la prueba Chi-cuadrado de tendencia (χ^2_t), con un nivel de significación estadística del 5%.

Resultados

La población de 50 años y más de edad en Colombia, pasó de 5.708.103 (14,6%) en el año 1998 a 8.252.408 (18,3%) en el 2009, con un incremento de un 3,7%; superior en las mujeres (4,1%) que en los hombres (3,4%). Las defunciones ocurridas en este grupo poblacional también se incrementaron de 98.459 (6,7%) en el año 1998 a 137.291 (9,4%) en el 2009.

En el período de estudio, los hombres aportaron el 84,9% (3522) de las defunciones por VIH y el 50,8% se registró como solteros (solteros, viudos, separados y divorciados), al momento del deceso; el 29,2% estaba con pareja estable (casado o en unión libre) y el restante 20,0% de los registros no presenta esta información.

Mortalidad por VIH/SIDA. Respecto al riesgo de morir por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en las personas mayores de 50 años en Colombia, durante el período de estudio fue de 5,0 por cien mil personas de este mismo rango de edad; los hombres mayores de 50 años registraron una tasa

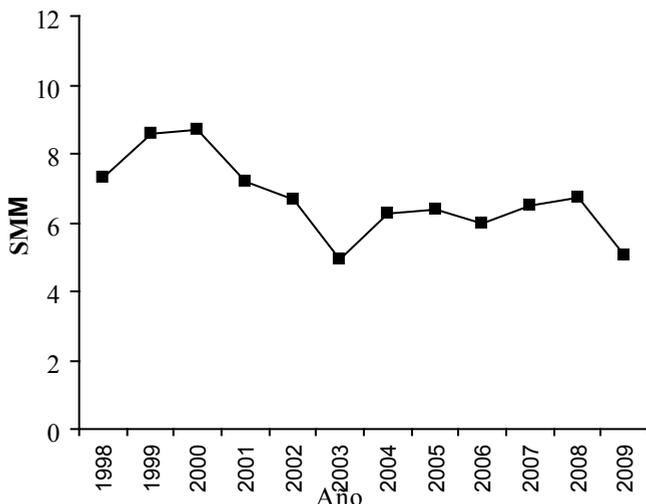


Figura 1. Sobremortalidad masculina (SMM) por VIH/SIDA en los adultos de 50 años y más de edad. Colombia, 1998-2009

Fuente: DANE. Certificados de defunción, Colombia 1998-2009. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad. Elaboración propia

de 9,0 por cien mil hombres mientras las mujeres tuvieron una tasa de 1,4 por cien mil mujeres.

El peligro de morir por VIH fue mayor en los hombres respecto al de las mujeres (SMM=6,3) en todos los años de estudio; destacándose 1999 y 2000, que presentaron sobremortalidad masculina mayor (SMM=8,7) y en el año 2003 se presentó una menor razón de riesgo (SMM=4,9). La sobremortalidad masculina entre 1998 y 2009 fue de 6,3; indicando que para las mujeres también se dio el riesgo de morir por VIH/SIDA, pero los hombres superaron cinco veces este riesgo. La sobremortalidad masculina entre 1998 y 2009, no presentó cambios estadísticamente significativos en su tendencia ($\chi^2_t=0,1828$; $p=0,669$). Figura 1.

El año 2007 fue el de mayor riesgo, con 6,3 por cien mil habitantes, tanto para hombres como para mujeres; los menores

riesgos se presentaron en los años 1998 y 1999 con 3,2, respectivamente; los hombres mostraron menos riesgo en el primero y las mujeres el segundo. Es de anotar que las tendencias en las tasas de mortalidad no presentaron cambios significativos entre los hombres ($\chi^2_t=0,4738$; $p=0,491$), ni entre las mujeres ($\chi^2_t=1,0776$; $p=0,301$) durante el periodo de estudio, aunque al realizar el análisis comparativo entre hombres y mujeres, se observaron diferencias estadísticamente significativas en sus tendencias ($\chi^2_t=35,7373$; $p=0,000$). Figura 2.

Las distribuciones proporcionales del área de residencia habitual mostraron que el 90,6% de los fallecidos, vivía en la cabecera municipal y el restante se distribuyó en el área rural dispersa o centro poblado (inspección, caserío o corregimiento). Por sexo no se encontró ninguna diferencia estadística ($\chi^2=1,128$; $p=0,890$).

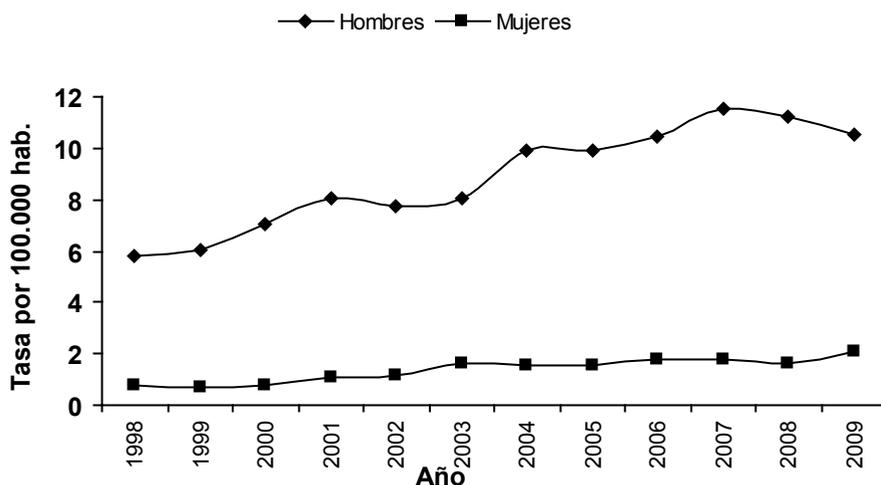


Figura 2. Riesgo de morir por VIH/SIDA en los adultos de 50 años y más de edad, según sexo (por cien mil habitantes). Colombia, 1998-2009

Fuente: DANE. Certificados de defunción, Colombia 1998-2009. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad. Elaboración propia

Por afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el 37,6% estaba afiliado al régimen contributivo y el 32,2% al régimen subsidiado; llama la atención que el 17,3% estaba sin afiliación y el restante 12,9% de los certificados no registraron este dato. Al mirar por sexo, la afiliación de los hombres es mayor al régimen contributivo (38,8%) que al subsidiado (30,6%); mientras en las mujeres fallecidas, la afiliación es mayor al régimen subsidiado (41%) que al contributivo (30,8%); los no afiliados no presentaron muchas diferencias y se evidenció asociación estadística entre el régimen de afiliación al SGSSS y el sexo ($\chi^2 = 31,886; p = 0,000$).

Los cinco departamentos de residencia del fallecido que presentaron las mayores tasas de mortalidad por VIH/SIDA fueron: Amazonas (12,3), Guaviare (11,5), Quindío (9,9), Atlántico (8,9) y Valle (8,8); los cinco departamentos

que presentaron menores riesgos fueron: Guainía (no registró ninguna defunción), Boyacá (1,3), Nariño (1,4), Chocó (1,5) y Arauca (1,6). Tabla 1.

Por sexo, se encontró que los hombres del departamento del Guaviare registraron el mayor riesgo de morir por esta causa en este grupo de edad, seguido de Amazonas, Quindío, Atlántico y Valle; se resaltan los departamentos de Vaupés y Guainía donde no se registró mortalidad por VIH/SIDA. Por su parte, el mayor riesgo en las mujeres fue en Vaupés, Amazonas, Quindío, Valle y Meta, pero es llamativo que algunos departamentos no registraron mortalidad en este sexo: Guaviare, Vichada, San Andrés, Arauca y Guainía. Figura 3.

La sobremortalidad masculina fue mayor en la ciudad de Bogotá (SMM=10,4) y en los departamentos de Risaralda (9,2), Antioquia (9,1), Chocó (9,0) y Caldas

Tabla 1. Tasa promedio del riesgo de morir por VIH/SIDA en los adultos de 50 años y más de edad, según sexo y departamento de residencia habitual (por cien mil habitantes). Colombia, 1998-2009

Código	Departamento	Tasa de mortalidad		Total	SMM
		Hombres	Mujeres		
91	Amazonas	17,4	6,6	12,3	2,7
95	Guaviare	19,8	0,0	11,5	-
63	Quindío	17,3	3,2	9,9	5,4
08	Atlántico	16,3	2,5	8,9	6,5
76	Valle	16,1	2,7	8,8	5,9
66	Risaralda	13,1	1,4	6,9	9,2
41	Huila	9,8	3,1	6,4	3,2
13	Bolívar	10,0	2,0	5,9	5,0
20	Cesar	10,0	1,8	5,9	5,6
50	Meta	8,7	2,7	5,8	3,2
99	Vichada	11,0	0,0	5,7	-
11	Bogotá DC	11,2	1,1	5,5	10,4
54	Norte de Santander	9,4	1,9	5,5	4,9
17	Caldas	9,6	1,2	5,2	8,3
88	San Andrés	10,8	0,0	5,1	-
47	Magdalena	7,4	1,7	4,5	4,4
85	Casanare	6,7	1,9	4,4	3,5
68	Santander	7,4	1,5	4,2	5,1
97	Vaupés	0,0	8,5	4,2	0,0
23	Córdoba	7,3	1,0	4,1	7,1
05	Antioquia	7,7	0,8	4,0	9,1
70	Sucre	5,7	1,4	3,6	4,0
73	Tolima	5,9	0,8	3,4	7,6
86	Putumayo	3,7	2,5	3,2	1,5
25	Cundinamarca	4,2	0,6	2,4	6,7
44	La Guajira	4,1	0,8	2,4	5,2
18	Caquetá	3,3	1,0	2,2	3,4
19	Cauca	3,5	0,8	2,2	4,3
81	Arauca	3,1	0,0	1,6	-
27	Chocó	2,8	0,3	1,5	9,0
52	Nariño	2,1	0,9	1,4	2,4
15	Boyacá	2,3	0,5	1,3	4,9
94	Guainía	0,0	0,0	0,0	-
	Tasa de mortalidad	9,0	1,4	5,0	6,3

Fuente: DANE. Certificados de defunción, Colombia 1998-2009. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad. Elaboración propia

(8,3), pero debe resaltarse que en todos los departamentos del país, el riesgo

de los hombres superó el riesgo de las mujeres.

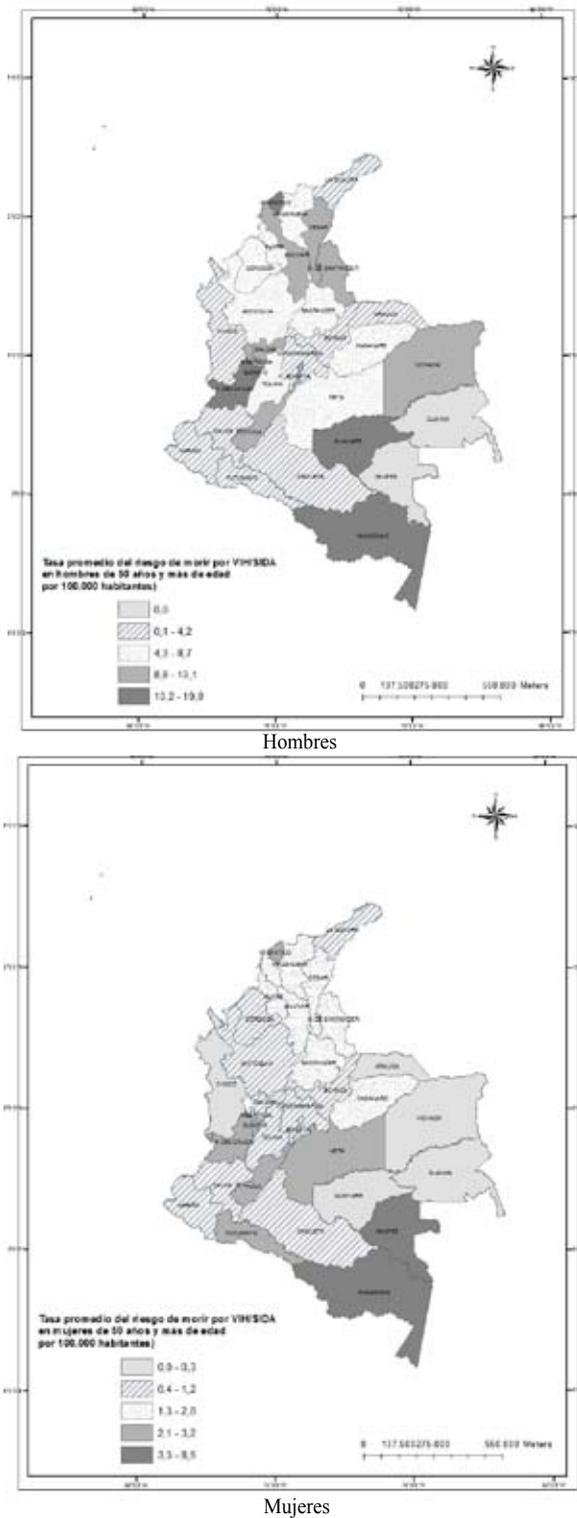


Figura 3. Riesgo de morir por VIH/SIDA en los adultos de 50 años y más de edad, según sexo y departamento de residencia habitual (por cien mil habitantes). Colombia, 1998-2009

Fuente: DANE. Certificados de defunción, Colombia 1998-2009. Estimaciones de población 1985-2005 y proyecciones de población 2005-2020 Nacional y Departamental desagregado por área, sexo y grupos quinquenales de edad.

Elaboración propia

Discusión

Antes de presentar la discusión de estos resultados, debe hacerse claridad de las limitaciones encontradas en el desarrollo de este estudio, como son:

- Los errores de contenido en el registro de las defunciones de las personas mayores, donde aparece como principal causa básica el infarto agudo del miocardio, sin que previamente se realice un análisis de las causas antecedentes y muchas de ellas pudieran ser ocasionadas por VIH/SIDA.
- Las faltas de cobertura al existir subregistro de defunciones en Colombia, por ser más grande en los primeros años del estudio.
- La carencia de información en algunas variables clave del registro de defunción o cambio en la codificación de las mismas, hace que algunas de ellas no permitan análisis de forma longitudinal, como por ejemplo, el nivel educativo, el estado civil, el área de residencia y la afiliación al SGSSS.
- Los pocos estudios de morbilidad y mortalidad por VIH/SIDA en este grupo poblacional (50 años y más de edad) discriminado por departamento de residencia habitual, hacen difícil la comparación de los resultados; por tal razón se deben cotejar con población general u otros grupos poblacionales.
- Se considera necesario realizar una valoración territorial de este patrón general.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia e incidencia

de VIH en los mayores de 50 años es sorprendentemente alta y los factores de riesgo están totalmente inexplorados (12), debido a que este grupo poblacional pocas veces es incluido en las encuestas de salud. En Colombia, la Encuesta Nacional de Salud del año 2007, tomó población hasta los 69 años de edad (13).

Para el 2010 en nuestro país, se observa que la notificación de VIH es mayor en las mujeres, pero la información de SIDA y de muerte por esta causa es superior en los hombres. Estos datos pueden sugerir un diagnóstico más temprano en mujeres, y una de las razones puede ser la búsqueda activa que se realiza en gestantes dentro de la estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH (14).

Gracias a los grandes avances en el tratamiento del VIH, las personas infectadas están vivas por más tiempo y llegan a una edad superior a los 50 años; el porcentaje de personas mayores de 50 años con SIDA es el doble de los menores de 24 años que viven con SIDA (8).

De acuerdo al informe del Ministerio de Protección Social de Colombia, para el año 2010, se observó un crecimiento progresivo en el grupo de personas notificadas con VIH/SIDA de 50 y más años; sin embargo, su comportamiento desde 2004 es de rápido crecimiento. En los últimos cinco años ha aumentado en cinco órdenes de magnitud (14).

El riesgo de morir por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en las personas mayores de 50 años en el país, fue de 5,0 por cien mil personas de este mismo rango de edad, lo que evidencia la necesidad de continuar con investigaciones que profundicen en esta problemática. Para el año 2009, la tasa

de mortalidad por SIDA en el país fue de 5,21 por cien mil habitantes, en población general (15).

Al hacer el análisis por sexo, este estudio encontró que los hombres mayores de 50 años registraron una tasa de 9,0 por cien mil hombres, mientras las mujeres tuvieron una tasa de 1,4 por cien mil mujeres; según el Ministerio de la Protección Social, el país reportó una mortalidad general en hombres de 8,1 y mujeres de 2,4 por cien mil habitantes (15).

Los departamentos del país donde los mayores registraron más peligro de morir por esta causa fueron: Amazonas, Guaviare, Quindío, Atlántico y Valle; en población general, el riesgo fue mayor en Risaralda, Atlántico y Valle (15). En diferentes investigaciones se ha mostrado que el riesgo de los hombres es mayor que el de las mujeres, igual que en el presente estudio, con personas mayores de 50 años de edad.

Las diferencias halladas con la población general pudieran deberse a una mayor oferta diagnóstica en ciertos grupos de población; cuantiosa presentación de casos; cambios en los patrones de comportamiento sexual; mejor registro de casos y mayor demanda de servicios diagnósticos. Estos factores generales se interrelacionan para generar los efectos que se aprecian en este estudio (14).

El diagnóstico del VIH/SIDA en las personas de edad resulta difícil, porque los síntomas de la infección pueden confundirse con otros síndromes de inmunodeficiencia que aquejan a este grupopoblacional. Estas pueden experimentar un riesgo mayor de infección por el VIH solo porque en general no son destinatarias

de campañas de información pública y, en consecuencia, no reciben educación sobre cómo protegerse de la enfermedad (16) y tampoco se ha cuantificado el efecto del uso de medicamentos como el Viagra, etc.

Para el Ministerio de la Protección Social (15), la proporción de población de hombres con VIH es casi tres veces mayor que la de mujeres en el país; podría deberse porque esta consulta con mayor frecuencia y el diagnóstico es oportuno e inicia más temprano el tratamiento. En esta investigación se evidenció una sobremortalidad masculina de 6,3, indicando que las mujeres mayores de 50 años también tienen el riesgo, pero son superadas ampliamente por el riesgo de los hombres, posiblemente por el uso o abuso de medicamentos para controlar la disfunción eréctil.

Las diferencias entre departamentos, principalmente al oriente del país, pudiera explicarse en las debilidades en eficiencia, priorización y focalización de los recursos producto de la gestión gubernamental; por ello se están buscando mecanismos de segunda generación para recolectar e integrar información de otras fuentes (encuestas de conocimientos, comportamientos y prácticas) (15).

Entre 1985 – 2011 se reporta un total de 75.620 casos de infección por VIH y SIDA en Colombia (17), y aunque la edad de los casos notificados se concentra en el grupo de 20 a 39 años, con más de la mitad de los casos (52,7%), el grupo de 60 y más años presenta un incremento. Existe en el acumulado de la epidemia una participación del 74% para hombres y 26% para mujeres; la razón de masculinidad descende de 10:1 en la década de los 90, a 2,6 en 2011 (17). La

situación expuesta amerita mayor cuidado en el estudio de la enfermedad en este grupo de edad para Colombia, máxime cuando en el comunicado de prensa del 1° de noviembre, ONUSIDA (18) revela que debe prestarse mayor atención al tema de la enfermedad en los mayores de 50 años, pues más del 10% de la población adulta con VIH en países de bajos y medianos ingresos, son mayores de esta edad; situación que requiere el estudio de la enfermedad en rangos concentrados, pues el cambio demográfico de la epidemia de SIDA exige un nuevo planteamiento para impactarlos, por ser un grupo desatendido de parte de los servicios relacionados con el VIH.

En el suplemento del informe sobre la epidemia mundial del SIDA (2013), se da a conocer que los mayores de 50 años viven con la enfermedad, pero a menudo los servicios relacionados con el VIH no llegan a ellos (3). Advierte Michael Sidibé que “hay que prestarle mucha más atención a sus necesidades específicas y procurar integrar los servicios relacionados con el VIH en otros servicios sanitarios a los que ya tengan acceso los mayores de 50 años”. Este mismo suplemento advierte que el envejecimiento de la epidemia de VIH se debe a tres factores principales:

el éxito del tratamiento antirretrovírico, que prolonga la vida de quienes viven con la enfermedad; la disminución de la incidencia del VIH entre los adultos más jóvenes, con lo que la carga de morbilidad se desplaza a edades más avanzadas; y, por último, que los mayores de 50 años están adoptando conductas de riesgo, como el sexo sin protección y el consumo de drogas intravenosas, lo cual provoca nuevas infecciones (18), situaciones que para Colombia pueden ser campo de exploración, pues el trabajo con los adultos mayores que viven y mueren con la enfermedad deben adaptarse al cambio demográfico y con la información disponible de datos de morbilidad y mortalidad para la enfermedad, tal como se pudo identificar en este estudio. Avanzar en la temática será una tarea más compleja.

Conflicto de intereses

Se deja constancia que durante la realización del presente estudio no existió conflicto de intereses entre las investigadoras; además, según la resolución 008430 de 1993, esta investigación se clasifica como “sin riesgo”, por lo tanto no requirió de consentimiento informado de las familias de los adultos mayores.

Referencias

1. Centros para el control y la prevención de enfermedades. Enfermedades de transmisión sexual (ETS) [Internet]. [Consultado: 13/01/30]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/std/spanish/default.htm>
2. HelpAge International. VIH/SIDA y personas mayores. [Internet]. Horizontes 2003;61:1-16 [Consultado: 13/01/31]. Disponible en: www.helpage.org/download/4d0712fb41a85/
3. ONUSIDA 2013. El sida en cifras. El VIH y la edad. [Internet]. [Consultado: 19/06/14]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_es.pdf
4. Naciones Unidas. El VIH/SIDA y las personas de edad. Segunda asamblea mundial sobre el envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002 [Internet]. [Consultado: 13/01/28]. Disponible en <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/sida.pdf>
5. Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N. Engl. J. Med.* 2007 ago 23; 357 (8):762-74.
6. Khalaf IM, Levinson IP. Erectile dysfunction in the Africa/Middle East Region: epidemiology and experience with sildenafil citrate (Viagra). *Int. J. Impot. Res.* 2003 abr.; 15 Suppl 1:S1-2.
7. Sadeghi-Nejad H, Watson R, Irwin R, Nokes K, Gern A, Price D. Lecture 5: erectile dysfunction in the HIV-positive male: a review of medical, legal and ethical considerations in the age of oral pharmacotherapy. *Int. J. Impot. Res.* 2000 sep; 12 Suppl 3:S49-53.
8. AIDS Community Research Initiative of America (ACRIA). Ernst J, Hufnagle J, RPh, Karpiak S, Shippy A. El HIV y los adultos mayores. 44pg. [Internet]. [Consultado: 13/02/03]. Disponible en: <http://www.acria.org/files/hiv-older-adults-espanol.pdf>
9. Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas. Panorama del VIH/SIDA en Colombia 1983-2010, [Internet]. [Consultado: 19/06/14]. Disponible en: http://minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/l_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf
10. Organización Mundial de la salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. – 10a. revisión. Ginebra, Suiza; 1995.
11. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades: preparación de listas cortas para la tabulación de datos. *Boletín Epidemiológico.* 2002; 23 (4):2-6.
12. Schmid P.G, Williams G.B, Garcia C.JM, Miller C, Segar E, Southworth M. et. al. The unexplored story of HIV and ageing. *Bull World Health Organ.* 2009 mar 1; 87(3):162-162 [Consultado: 13/01/28]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/3/09-064030/en/index.html>
13. Colombia. Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Pontificia Universidad Javeriana. Encuesta nacional de salud 2007: resultados nacionales. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007.
14. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Informe UNGASS - 2010. Informe Nacional. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2010.
15. Moreno T, Ministerio de la Protección Social. Comportamiento del VIH/SIDA durante el 2010 en Colombia. Bogotá: El Ministerio; 2011.
16. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. New York: NU; 2002.
17. Ministerio de Salud y Protección Social- ONUSIDA Colombia. Informe mundial de avances en la lucha contra el Sida. Colombia 2012. [Internet]. [Consultado: 19/06/14]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/2_abril2012_final_UNGASS_COLOMBIA.pdf
18. ONUSIDA. Comunicado de prensa. [Internet]. [Consultado: 17/06/14]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2013/november/20131101praging/>