



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Informe de evento - Año 2025
850 – VIH/SIDA
Secretaría de salud e inclusión social de Antioquia

Responsable:

Daniela Herrera Posada
Microbióloga y Epidemióloga
Equipo de Gestión del Riesgo para Eventos de Interés en Salud Pública - EGREISP
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social
Gobernación de Antioquia

Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un lentivirus que ataca el sistema inmunitario, específicamente los linfocitos T CD4+, encargados de la defensa del organismo. La infección se caracteriza por un deterioro gradual de la función inmunitaria; inicialmente, el virus se reproduce masivamente en el tejido linfático, y aunque la respuesta inmune logra controlarlo parcialmente, el virus persiste de forma latente durante años [1]. Si no se recibe tratamiento antirretroviral (TAR), el agotamiento progresivo de las células inmunitarias conduce al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), etapa avanzada en la que aparecen infecciones oportunistas y neoplasias graves que ponen en riesgo la vida [1].

El VIH se transmite a través de líquidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. La vía sexual sigue siendo el mecanismo predominante a nivel global y nacional [1]. No obstante, la transmisión materno-infantil (TMI) representa un reto crítico para la salud pública, pudiendo ocurrir durante la gestación (intrauterina), el parto (intraparto) o la lactancia (postnatal). Sin intervenciones médicas, el riesgo de transmisión de una madre infectada a su hijo oscila entre el 15% y el 40%, siendo el parto el momento de mayor riesgo (60-70% de los casos) [2].

El riesgo de infección aumenta por comportamientos como el sexo sin protección y el uso compartido de jeringas, pero está condicionado por desigualdades sistémicas, injustas y evitables conocidas como Determinantes Sociales de la Salud [3]. Estos se dividen en proximales (hábitos y educación), intermedios (barreras del sistema de salud) y distales o estructurales (pobreza y estigma) [3]. En el contexto colombiano, el conflicto armado y la migración son determinantes únicos que incrementan la vulnerabilidad de las poblaciones al dificultar el acceso al diagnóstico y tratamiento [4].



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

En el marco de la iniciativa regional ETMI-Plus, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Colombia se han comprometido a alcanzar la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. La meta principal para el VIH es reducir el porcentaje de transmisión materno-infantil a un 2% o menos tanto en las Américas como en el territorio colombiano para el año 2030 [2].

Si revisamos el contexto epidemiológico mundial, para finales de 2024, se estimaba que 40,8 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo. En ese mismo año, 1,3 millones de personas contrajeron el virus, reflejando una disminución global de la incidencia y 630.000 fallecieron por causas relacionadas con el SIDA [1,5]. En América Latina, las estimaciones a 2023 reportaron 120.000 nuevas infecciones, lo que representa un aumento del 9% respecto a 2010. La cobertura de TAR en la región se sitúa cerca del 73%. Colombia presenta una tendencia creciente en la prevalencia, con más de 185.954 personas viviendo con VIH al corte de 2024. La incidencia nacional para 2025 se estimó en 25,97 casos por cada 100.000 habitantes, con una mayor concentración en hombres (razón 4,56:1 frente a mujeres) y en grupos de edad entre los 25 y 49 años [1,6,7].

Dentro del contexto nacional, Antioquia reportó la incidencia estandarizada más alta del país (31,54 por cada 100.000 habitantes). En cuanto a la población gestante, Antioquia destaca como el departamento con mayor número de casos de gestantes con VIH en su región (138 casos reportados en 2025) y una de las cifras más altas de menores de 12 meses expuestos al virus (111 niños); sin embargo, para este año no se notificaron casos de TMI. Asimismo, el Departamento se mantiene como líder en la frecuencia de casos de coinfección TB/VIH en el país [6].

Objetivo: Este informe tiene como objetivo describir el comportamiento de los casos nuevos de infección por VIH notificados en Antioquia durante el año 2025, y ofrecer datos oportunos, confiables y relevantes que orienten la toma de decisiones en salud pública, con el fin de avanzar hacia la reducción de la incidencia de VIH, avanzar en el control de la infección mediante la terapia antirretroviral y la eliminación de la transmisión materno-infantil en el Departamento.

1. Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo para determinar las características epidemiológicas y el comportamiento de los casos confirmados de VIH en Antioquia, tomando como fuente la información captada por el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (Sivigila) entre la semana epidemiológica 01 a 53 de 2025 y comparando con años anteriores.

La recolección y procesamiento de datos se realizó mediante la metodología propuesta por los lineamientos nacionales de vigilancia, el protocolo de vigilancia de los eventos en cuestión y las indicaciones del manual de usuario del aplicativo del SIVIGILA. Considerando el protocolo de vigilancia de VIH/SIDA con código 850, el evento ingresa al Sivigila como caso confirmado por laboratorio y se pueden clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones

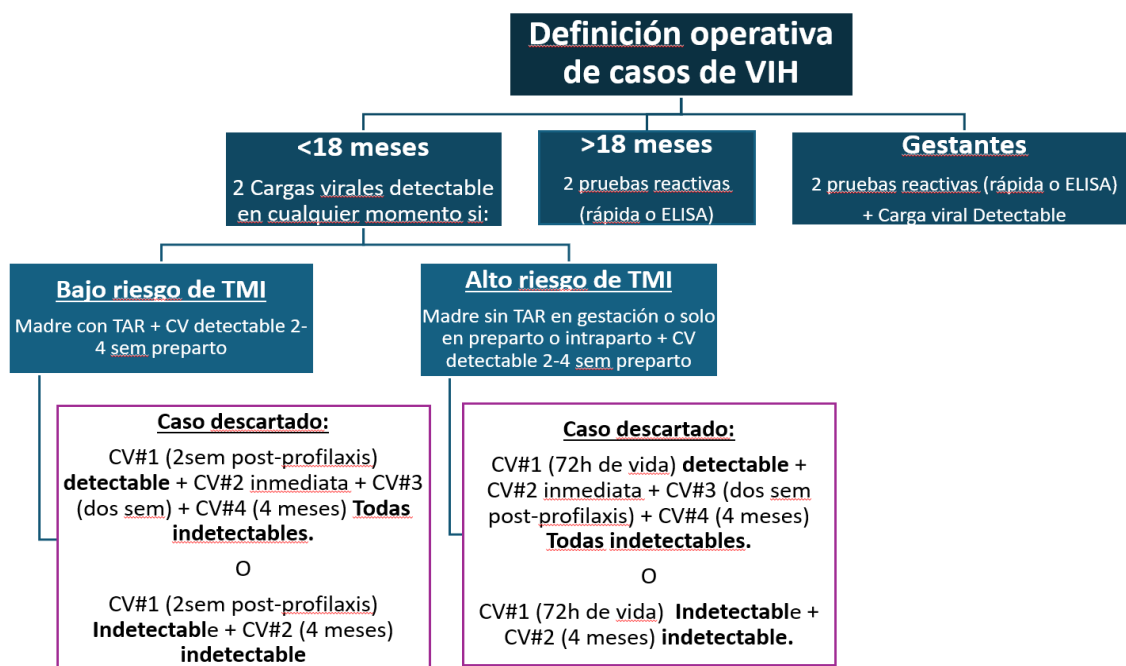




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

operativas de caso. Considerando el protocolo de vigilancia de VIH-SIDA, el evento ingresa al Sivigila como caso confirmado y se puede clasificar dependiendo de las características establecidas en las definiciones operativas de caso. Los casos de VIH se pueden confirmar de tres maneras así: si es mayor de 18 meses, a partir de dos pruebas de tamizaje (prueba rápida o ELISA) reactivas; si es gestante, a partir de dos pruebas de tamizaje reactivas, confirmadas mediante carga viral o western blot y en menores de 18 meses se realiza mediante dos pruebas de carga viral ARN detectables. La realización de las pruebas en menores de 18 meses estará en función el nivel de riesgo de TMI, ver esquema de algoritmo diagnóstico para definición operativa de casos (7).

Figura 1. Algoritmo para el diagnóstico de VIH



Fuente: Esquema basado en protocolo de vigilancia epidemiológica evento 850 VIH/SIDA. INS

Durante el procesamiento de los datos se realizó verificación de aspectos de completitud y consistencia de las variables, se excluyeron los casos que no cumplieran con definición operativa de casos, casos duplicados o repetidos, considerando el documento de identidad, nombre y fecha de nacimiento; en este paso se brindó prioridad para permanencia de registros con dato de hospitalizado, estado final fallecido y primera fecha de notificación; se eliminaron los casos con residencia fuera de Antioquia (los que llevan menos de 6 meses de estancia constante en el





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Departamento) y los casos con ajuste 6 o D que indican descarte por error de digitación o laboratorio.

Se analizaron las variables consignadas en la ficha de datos básicos, que contiene información general sobre el evento y la UPGD notificadora, identificación del caso, notificación, variables sociodemográficas, prueba diagnóstica, etc, así como la ficha de datos específicos que incluye mecanismo probable de transmisión, enfermedades asociadas a la infección, semanas de gestación, etc. Se analizaron variables sociales y demográficas (estrato, tipo de régimen de salud, pertenencia étnica, área de ocurrencia) y variables relacionadas con la atención en salud y factores de riesgo, fase del VIH al momento del diagnóstico, mecanismo probable de transmisión, enfermedades asociadas, hospitalización, condición final, variables relacionadas con la gestación (condición de la madre al momento del diagnóstico, edad gestacional).

Los indicadores considerados en el análisis son los descritos en el protocolo de vigilancia, la Incidencia se calculó para las 125 entidades territoriales y 9 subregiones, considerando como denominador, el total de habitantes con fuente DANE 2025 como fuente actualizada y oficial para el Departamento. Se tomó en consideración la entidad territorial de procedencia para todos los análisis. El indicador de razón de prevalencia departamental de VIH/SIDA en maternas se tomó el número de casos de VIH/SIDA en mujeres embarazadas con denominador de número total de nacidos vivos reportados en DANE 2024. La Tasa de notificación de casos confirmados VIH/SIDA se calculó con base en el total de casos notificados depurados (incluidos los de años previos), sobre el total de población DANE 2025. El porcentaje de casos según algoritmo diagnóstico, se calculó sacando la frecuencia relativa de los casos que cumplieron con el algoritmo del esquema, sobre el total de casos notificados depurados.

Finalmente se realizó unidad de análisis de los casos de VIH con condición final 2 (muerto) que cumplieran con los criterios de edad y coinfección con Tuberculosis y se realizó descripción de los tableros de problemas identificados en estas unidades. Las muertes ocurridas en el evento fueron detectadas a través de la ficha de notificación en Sivigila 2025 y búsquedas activas institucionales en cruce con RUAF-ND donde en su cadena causal se relacionan el VIH y/o la Tuberculosis, se analizaron bajo el evento de tuberculosis. Las muertes que cumplieron criterios para realización de Unidad de análisis fueron registradas en el aplicativo UACE. Del mismo modo, se analizaron mediante la metodología de unidad de análisis, los casos de transmisión materno infantil de VIH que cumplieron con criterios definidos por protocolo de vigilancia y se describieron los tableros de problemas.

Para el procesamiento de la información y análisis de resultados se emplearon hojas de cálculo de Microsoft Excel, presentados en tablas y gráficos. Los mapas de riesgo se realizaron empleando el software ArcGIS Pro (Esri, 2023).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

2. Consideraciones éticas

El presente informe de evento corresponde al análisis de fuentes secundarias, provenientes de la notificación de los eventos de interés en salud pública, la información se considera un análisis sin riesgo de acuerdo con la Resolución 08430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. La información se obtuvo del Sivigila, se aseguró la confidencialidad de los datos y se respetaron los principios sustanciales de responsabilidad y equidad, no se realizó ninguna modificación intencionada de las variables. Estos resultados permitirán fortalecer las acciones y decisiones de vigilancia en salud pública a nivel territorial.

3. Resultados

3.1 Indicadores de protocolo

En total se notificaron al SIVIGILA durante las 53 semanas epidemiológicas del 2025, un total de 3.929 casos, de los cuales, 251 eran de procedencia fuera del Departamento de Antioquia, 267 casos correspondían a diagnósticos de años previos, 372 casos estaban duplicados y 60 casos tenían ajuste 6 o D por descarte por error de digitación o laboratorio, para un total de 2.979 casos nuevos depurados. De 46 registros en gestantes, 11 no cumplían con algoritmo diagnóstico, 17 de ellos en gestantes, no se presentaron casos en menores de 18 meses. Estos datos son considerados para el cálculo de los indicadores de protocolo.

La tabla 1 muestra el resultado de los 3 indicadores propuestos por el protocolo de vigilancia del evento 850 VIH/SIDA vigente. Destacándose que en Antioquia para el 2025, se notificaron 43 casos nuevos de infección por VIH/SIDA por cada 100.000 personas, alcanzando la meta departamental establecida para el año en el plan territorial 2024-2027. Por otro lado, se presentó una gestante con VIH/SIDA por cada mil nacidos vivos. El indicador de cumplimiento de algoritmo fue superior al 99% en todo el año, siendo la causa de incumplimiento, el diagnóstico de las gestantes que fueron notificadas solo con dos pruebas de tamizaje reactivas. Con respecto al año anterior, los indicadores disminuyeron en la incidencia y razón de prevalencia de VIH en gestantes y aumentó en la tasa de notificación.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 1. Resumen de indicadores de protocolo

Indicador	2023	2024	2025
Tasa de incidencia de VIH/SIDA	43,4 casos/ 100.000 habitantes	44,9 casos/ 100.000 habitantes	43,0 casos/100.000 habitantes
Razón de prevalencia de VIH/SIDA en mujeres gestantes	0,8 casos / 1.000 nacidos vivos	1,05 casos / 1.000 nacidos vivos	0,9 casos / 1.000 nacidos vivos
Tasa de notificación de casos confirmados VIH/SIDA	48,7 casos/ 100.000 habitantes	47,7 casos/ 100.000 habitantes	52,8 casos/ 100.000 habitantes
Porcentaje de casos notificados según algoritmo diagnóstico	99,1%	Anual= 99,4% Trimestre 1= 99,2% Trimestre 2= 99,6% Trimestre 3= 99,4% Trimestre 4= 99,5%	Anual=99,6% Trimestre 1= 99,6% Trimestre 2= 99,8% Trimestre 3= 99,9% Trimestre 4= 99,4%

Fuente: Casos en Sivigila 2025, población total en DANE 2025 y nacidos vivos en DANE 2024

En la figura 2 se describe la tendencia de notificación de casos de VIH/SIDA en los últimos 8 años, observándose un comportamiento con tendencia a la estabilización desde el 2021, y en decremento desde el 2018, pasando de una incidencia de 45,8 casos a 43 casos por cada 100.00 habitantes.

Figura 2. Casos notificados e incidencia por año de VIH/SIDA en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025

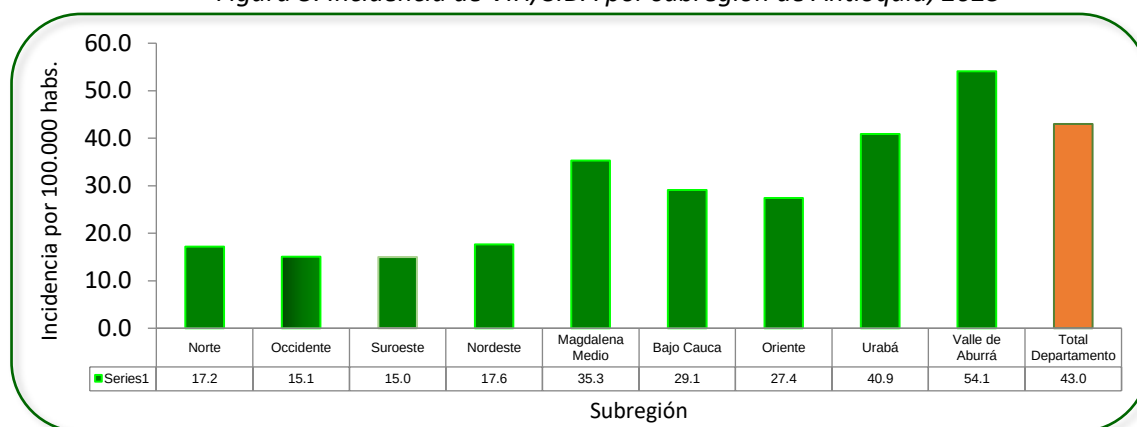




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Al analizar el comportamiento del evento por subregiones de la figura 2, se observa que Valle de Aburrá (2.269 casos) es la subregión con la mayor incidencia, superando a la departamental; esta subregión aporta el 75% del total de casos en Antioquia. Otras subregiones con altas tasas de incidencia son Urabá y Magdalena medio con 213 y 39 casos, respectivamente. Esto difiere en cierta medida con el comportamiento observado en 2024, donde Bajo cauca se ubicaba en el tercer lugar y este año pasa al cuarto puesto en incidencia.

Figura 3. Incidencia de VIH/SIDA por subregión de Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

Al analizar la incidencia por entidades territoriales de la figura 4, se observa que Medellín, Apartadó y Donmatías son los Municipios con las mayores tasas de incidencia, cada uno con 65,3, 61,5 y 55,6 casos por 100.000 habitantes. Las entidades territoriales que además de las anteriormente mencionadas, presentan incidencias superiores a la departamental son en orden descendente Bello, Puerto Nare, Puerto Berrio, San José de la Montaña, Arboletes, Giraldo, Rionegro, Chigorodó, Turbo, y Segovia. (ver mapa de riesgo, figura 4). Por otro lado, se enlistan las 25 entidades territoriales que presentaron cero casos de VIH durante todo el 2025, lo que se constituye como silencio epidemiológico: Amalfi, Yalí, Angostura, Briceño, Gómez Plata, Guadalupe, Toledo, Abriaquí, Anzá, Armenia, Buriticá, Olaya, Uramita, Argelia, Granada, Nariño, San Francisco, Betania, Hispania, Jericó, Montebello, Pueblorrico, Titiribí, Murindó y Vigía del Fuerte.

Al analizar el comportamiento del evento de VIH/SIDA según las diferentes características sociodemográficas, se destaca que las mayores incidencias se presentan entre los 20 y los 34 años de edad (figura 4), representando estos grupos el 57% de todos los casos. En la tabla 2, se describen otras variables sociodemográficas de importancia, donde se resalta que el 81% de los casos se presentaron en hombres y 1,7% en personas que se reconocen como transgénero. El 89% de los casos eran residentes de zona urbana, el 14% corresponden a población extranjera, el 52%

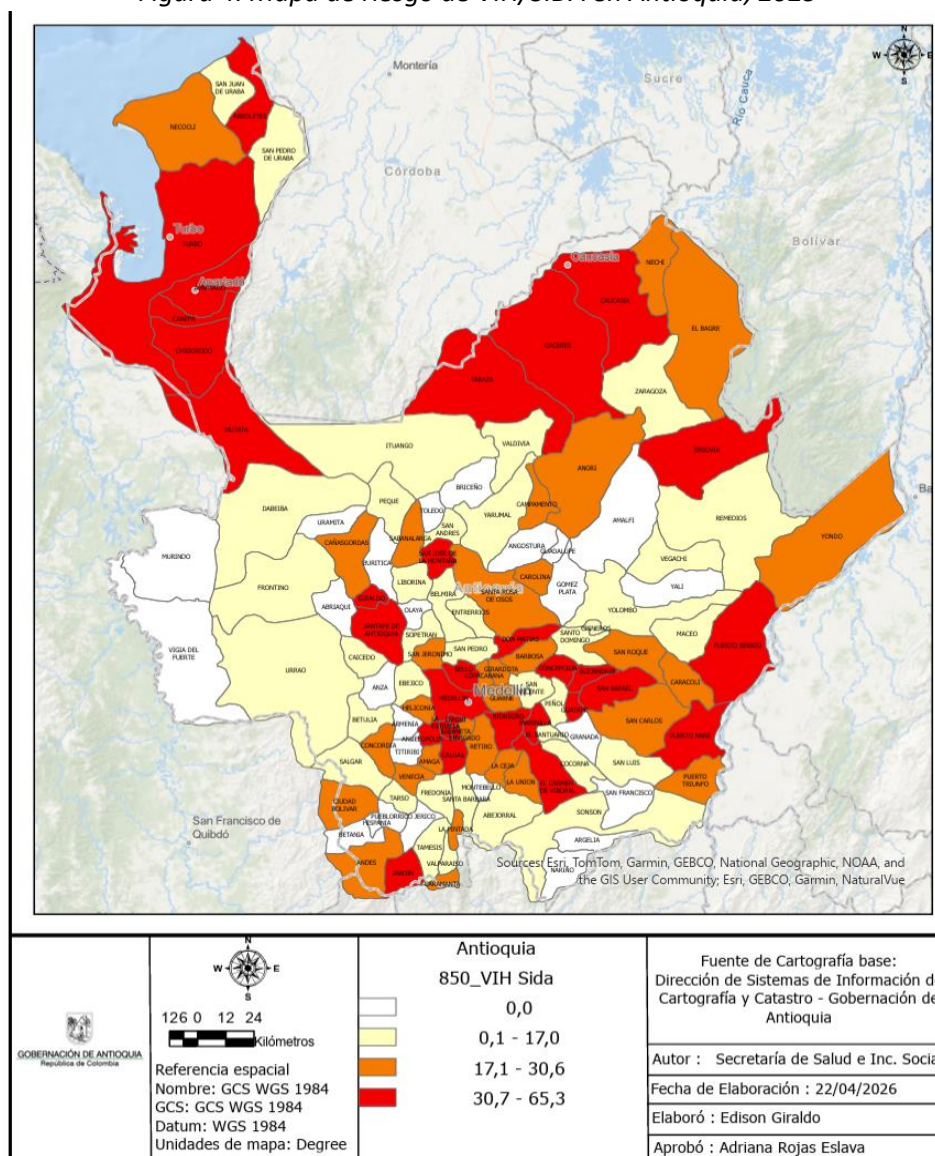




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

pertenecen al régimen contributivo de salud y el 8% no se encontraba asegurado. El 97% no se reconoce como perteneciente a un grupo étnico y del 2% restante, el más frecuente fue afrocolombiano con el 1,8%. En cuanto a los casos que reportaron pertenecer a grupos especiales, la mayoría de ellos se reconocen como población migrante (339 casos), seguidos de desplazados (12 casos), población privada de la libertad (PPL), (18 casos) y pacientes psiquiátricos (6 casos); datos no mostrados.

Figura 4. Mapa de riesgo de VIH/SIDA en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2025



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 2. Variables sociodemográficas de los casos de VIH/SIDA en Antioquia, 2025

Variable sociodemográfica	N	%
Sexo		
Mujer	564	19%
Hombre	2415	81%
Total	2979	100,0%
Identidad de Genero		
Femenino	553	18,6%
Masculino	2374	79,7%
Transgénero	52	1,7%
Total	2979	100,0%
Área de residencia		
Urbana	2638	88,6%
Rural	341	11,4%
Total	2979	100,0%
Nacionalidad		
Colombiana	2552	85,5%
Extranjera	380	14,4%
Total	2932	100,0%
Afiliación		
Contributivo	1539	51,7%
Especial	3	0,1%
No asegurado	245	8,2%
Excepción	58	1,9%
Subsidiado	1116	37,5%
Indeterminado	18	0,6%
Total general	2979	100,0%
Etnia		
Indígena	10	0,3%
Raizal	4	0,1%
Afro colombiano	53	1,8%
Otro	2912	97,8%
Total general	2979	100,0%

Fuente: Siviigila 2025

La EPS que mas aporta casos de VIH en Antioquia es SURA con el 32%, seguida de Savia Salud y Nueva EPS con 23% y 10%, respectivamente. Es importante resaltar que el 8% de los casos no reportan EPS, dato que se relaciona con el 8% que no refiere aseguramiento en salud. De este porcentaje, el 89% pertenecen a casos en extranjeros, principalmente de origen venezolano. El mecanismo más probable de infección es el sexual, el cual representa el 99,4%, siendo las relaciones heterosexuales, las que ocupan el 52% de todos los casos. El resto de los casos se

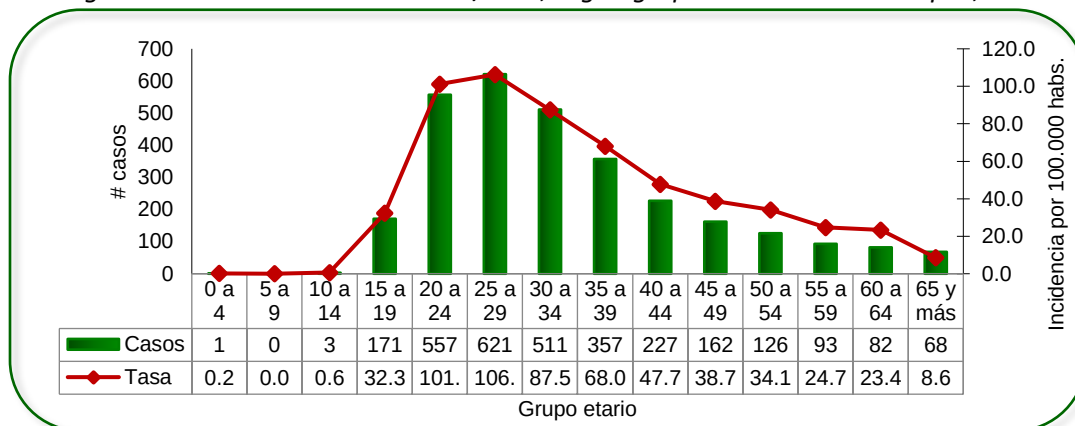




GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

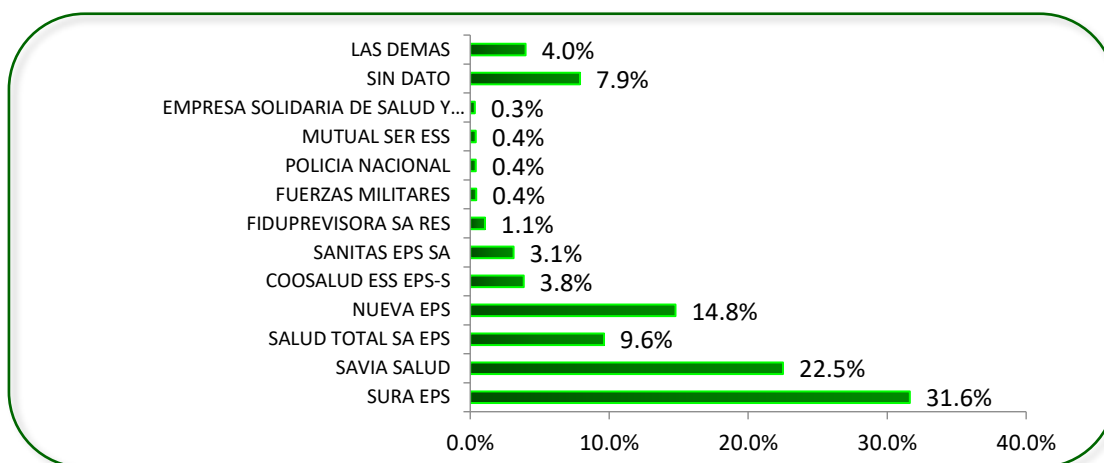
encuentran notificados como fuente probable la transmisión sanguínea, uso de drogas, piercing y tatuajes.

Figura 5. Casos e incidencia de VIH/SIDA, según grupos de edad en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025 y DANE 2024

Figura 6. Distribución de casos de VIH/SIDA por EAPB en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

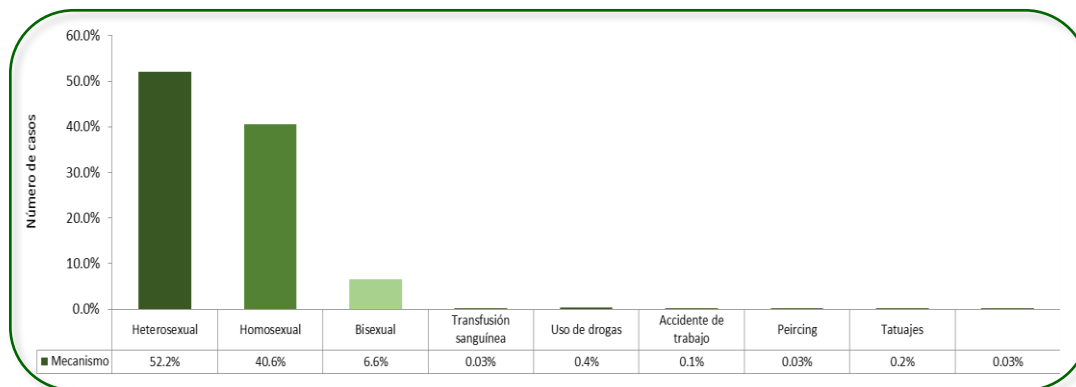
Al revisar los aspectos clínicos notificados en el evento, el 19% requirió hospitalización en el momento del diagnóstico, el 2,8% fueron diagnosticados en fase SIDA, Datos no mostrados. 102 casos reportan comorbilidades asociadas al VIH, de las cuales se destacan la tuberculosis pulmonar, candidiasis esofágica, encefalopatía y tuberculosis extrapulmonar con el 32%, 23%, 9% y 8%, respectivamente.





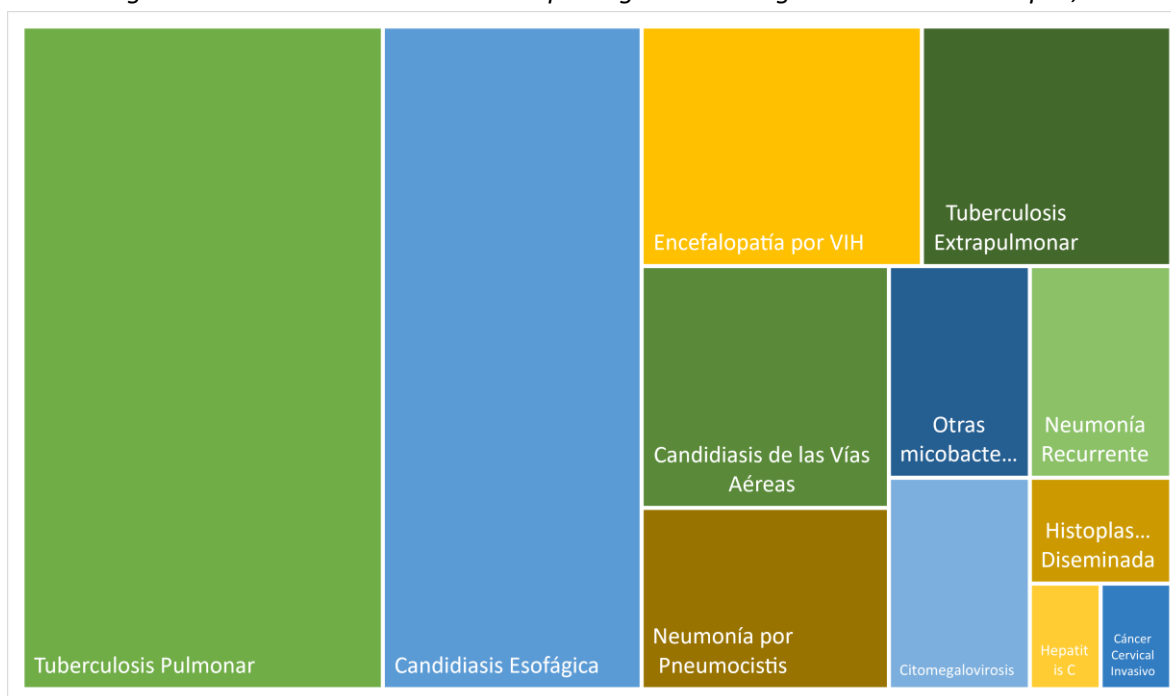
GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Figura 7. Mecanismo probable de infección de VIH/SIDA en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Figura 8. Distribución de casos de SG por régimen de aseguramiento en Antioquia, 2025



Fuente: Sivigila 2025

Durante el 2025, se notificaron 46 casos de VIH/SIDA en gestantes, lo que representa el 1,8% del total notificado en el año. El 24% de las gestantes, fueron de origen venezolano y se destaca que el 13% tuvieron su diagnóstico durante el tercer trimestre del embarazo, cifra menor a la reportada





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

en 2024 con un 24%, casi la mitad de los casos en gestantes fueron diagnosticados en el primer trimestre (48%). Por otro lado, el 15% de las gestantes no contaban con aseguramiento en salud que respalde sus atenciones prenatales, el año pasado, este dato fue del 4%.

Tabla 3, Comportamiento de atención a las madres con VIH/SIDA en Antioquia, 2025

Variable	N	%
Edad gestacional primer control	N	%
I TRIMESTRE	22	47.8%
II TRIMESTRE	15	32.6%
III TRIMESTRE	6	13.0%
Tipo de aseguramiento	46	100,0%
Contributivo	18	39.1%
Subsidiado	21	45.7%
No asegurado	7	15.2%
Municipio de procedencia	46	100%
Apartadó	4	8.7%
Arboletes	1	2.2%
Bello	2	4.3%
Cáceres	1	2.2%
Carepa	1	2.2%
Caucasia	1	2.2%
Chigorodó	1	2.2%
Donmatías	1	2.2%
El bagre	1	2.2%
Entreríos	1	2.2%
Marinilla	1	2.2%
Medellín	18	39.1%
Puerto Berrio	2	4.3%
Rionegro	1	2.2%
San Carlos	1	2.2%
San Luis	1	2.2%
San Rafael	1	2.2%
Turbo	5	10.9%
Urrao	1	2.2%
Yondó (casabe)	1	2.2%

Fuente: Sivigila 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Con respecto a los casos de TMI de VIH, se notificaron 10 casos de TMI, de los cuales 8 eran de procedencia y residencia fuera de Antioquia (4 de Chocó y 4 de Venezuela), por lo que no se consideran en los indicadores departamentales; los dos casos restantes con procedencia Medellín fueron descartados ya que no cumplían con criterios para definición de caso por lo que no requirieron Unidades de análisis. Frente a las unidades de análisis para TMI de VIH, se realizaron 2 para los casos de origen venezolano que cumplían.

A partir de las unidades de análisis se confirmó un caso de TMI en menor de 4 años, residente de Medellín pero nacida en Venezuela por lo que la mayor probabilidad es que haya TMI haya ocurrido en su país de origen; sin embargo, como la madre no contaba con registros médicos que respaldaran su estado serológico en el momento del parto en Venezuela, no se contó con insumos suficientes para respaldar el cambio en la procedencia del caso para el país extranjero, considerándose en los indicadores del departamento. Frente a este caso, es importante resaltar que fue detectado a partir de que la madre estaba en gestación, producto que nació sin VIH dadas las acciones de prevención tomadas en Antioquia y que durante la Investigación de campo por la exposición del bebé nacido en Colombia, se detecta que tiene una hermana de 4 años que nació en Venezuela, activándose las alertas para su captación y tamizaje por el riesgo de TMI, el cual fue confirmado posteriormente.

El otro caso que fue descartado mediante unidad de análisis, se trata de menor de 8 meses cuya madre había residido en Sonsón al inicio de la gestación, ingresada correctamente a los controles prenatales, con diagnóstico previo de VIH pero no adherente al tratamiento ni a los controles, que viajó a Venezuela a culminar su gestación y al parto, luego regresa al país cuando la menor tiene 4 meses, ubicándose en el Valle de Aburrá y solicitando consulta para su hija. Se inicia el proceso con la menor y se descarta la TMI.

En la tabla 4 se detalla el análisis de los tableros de problemas de casos de TMI analizados, tanto para el caso descartado como para el confirmado. Se identificaron 15 problemas para el caso descartado y 7 para el confirmado. Vale la pena resaltar que la madre del caso descartado contaba con múltiples problemas relacionados con su condición de migrante, bajo nivel educativo, bajos ingresos residencia en zonas suburbanas que afectan el acceso a servicios de salud, principalmente a los del programa de VIH por los desplazamientos requeridos periódicamente a Medellín. Por otro lado, el caso confirmado de TMI presentó problemas relacionados con determinantes estructurales como la condición de migrante, la falta de afiliación del SGSSS y residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad social, ya que vivía en una vereda de Itagüí donde no hay nomenclatura en las viviendas del sector. Frente al sistema de salud se observaron fallas en ambos casos, relacionadas con incumplimiento en acciones de detección temprana, guías de atención y referencia-contrarreferencia a otros niveles de atención, junto con inadecuado diligenciamiento de la historia clínica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Tabla 4, Tablero de problemas de los casos de TMI de VIH, analizados mediante unidad de análisis en Antioquia, 2025

	Tipo de problema	Confirmado	Descartado	Total
Relacionados con el individuo/cuidador	Acceso a los servicios de salud		2	2
	No cuenta con la capacidad económica necesaria para el traslado desde residencia hacia el centro de atención médica		1	1
	Residencia en área que retrasan el acceso al servicio de salud		1	1
	Conocimientos, actitudes y prácticas en salud		2	2
	Falta de autonomía para la toma de decisiones en salud		1	1
	Inoportunidad en la toma de decisión de acceder al servicio de salud		1	1
	Determinantes estructurales	3	6	9
	Identidad de género		1	1
	Menor de edad	1	1	2
	Migrante	1	1	2
	Residencia en zonas suburbanas con vulnerabilidad geográfica y social		2	2
	Sin afiliación al SGSSS	1	1	2
	Determinantes intermedios		3	3
	Bajo nivel educativo o analfabetismo del paciente o del cuidador		1	1
	Desocupado		1	1
	No disponibilidad o acceso a los alimentos		1	1
Relacionados con sistema de salud	Prestación de servicios colectivos		1	1
	Ausencia o deficiencia de redes de apoyo familiares, comunitarias y sociales		1	1
	Acciones de promoción y mantenimiento de la salud	1		1
	Incumplimiento en las acciones de detección temprana	1		1
	Prestación de servicios individuales	3	1	4
	Inadecuado diligenciamiento de la historia clínica	1		1
	No disponibilidad de apoyo diagnóstico pertinente		1	1
	No se cumplieron las acciones establecidas en las guías de atención clínica	1		1
	No se realizó la referencia-contrarreferencia necesaria a otro nivel de atención o se realizó inoportunamente	1		1
Total general		7	15	22

Fuente: UACE 2025





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

4. Discusión

Durante el 2025, Antioquia notificó 2.979 casos nuevos confirmados de VIH/SIDA, con una incidencia de 43 casos por 100.000 habitantes, manteniendo un comportamiento relativamente estable frente a los años previos, con una leve disminución respecto al 2024 y alcanzando la meta territorial fijada para este periodo [7,10]. Esta tendencia coincide con lo descrito a nivel nacional, donde el comportamiento del evento ha mostrado estabilización en la notificación luego del incremento observado posterior a la pandemia por COVID-19. Sin embargo, Antioquia continúa ubicándose entre los territorios con mayor carga de enfermedad del país, superando la incidencia nacional reportada para el mismo periodo.

La distribución territorial del evento evidenció una concentración importante en el Valle de Aburrá, subregión que aportó el 75% de los casos departamentales y presentó la mayor incidencia. Medellín continúa siendo el municipio con la mayor carga absoluta e incidencia, seguido por subregiones de Urabá y Magdalena Medio. Este comportamiento podría relacionarse con factores como alta densidad poblacional, dinámicas de movilidad, como las de Urabá, como ruta clave en Antioquia para el comercio a través del puerto y para el desplazamiento de personas en condición de migrantes hacia Estados Unidos. Por otro lado, Magdalena medio es una zona con gran vocación minera y energética de Antioquia lo que implica desplazamiento de personas en búsqueda de opciones laborales y facilita escenarios de consumo de alcohol, sustancias y comercio sexual, siendo estos factores que favorecen la transmisión de ITS [11]. No obstante, el hallazgo de 25 municipios en silencio epidemiológico plantea la necesidad de fortalecer las capacidades territoriales para la detección, tamizaje y notificación oportuna, considerando la posibilidad de subregistro o barreras de acceso al diagnóstico.

El análisis sociodemográfico mostró un comportamiento consistente con el perfil epidemiológico nacional y regional, evidenciándose una mayor afectación en hombres jóvenes entre los 20 y 34 años, grupo que concentró más de la mitad de los casos notificados. Asimismo, el predominio de la transmisión sexual como principal mecanismo probable de infección reafirma la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención combinada, educación sexual integral, acceso a preservativos, diagnóstico temprano y ampliación de estrategias como PrEP y autotest, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad [11].

Llama la atención el porcentaje de casos en población migrante y personas sin aseguramiento en salud, particularmente en población extranjera de origen venezolano. Estos hallazgos evidencian cómo los determinantes sociales y las barreras administrativas continúan afectando el acceso oportuno al diagnóstico, tratamiento y seguimiento integral. Del mismo modo, aunque Antioquia logró mantener una alta adherencia al algoritmo diagnóstico y no notificó casos confirmados de transmisión materno-infantil adquiridos en el departamento durante el 2025, persisten retos importantes en la atención de gestantes migrantes, no aseguradas y residentes en zonas con





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

vulnerabilidad social y geográfica, en especial por tener un cordón migratorio importante en la ruta hacia Estados Unidos[13].

Las unidades de análisis realizadas para los casos de transmisión materno-infantil evidenciaron que los problemas identificados no se limitaron al componente clínico, sino que estuvieron fuertemente relacionados con determinantes estructurales e intermedios, como migración, pobreza, residencia en zonas suburbanas, dificultades de transporte, baja escolaridad y ausencia de afiliación al sistema de salud. Asimismo, se identificaron fallas en las acciones de detección temprana, adherencia a guías de manejo, referencia y contrarreferencia, así como debilidades en el diligenciamiento de historias clínicas. Estos hallazgos reflejan la necesidad de fortalecer la articulación entre vigilancia epidemiológica, programas de atención integral de VIH y rutas materno-perinatales; así como la vigilancia basada en comunidad para aumentar la probabilidad de captación de gestantes sin controles prenatales. Es imperativo que desde el ente nacional y departamental se generen estrategias de regularización y afiliación en salud a población migrante de sexo femenino, dada la capacidad de reproducción y la necesidad de atención médica durante la gestación que permita la detección oportuna de casos de ITS para derivación a tratamiento que prevenga la TMI [13].

Finalmente, la presencia de coinfección TB/VIH como una de las comorbilidades más frecuentes continúa representando un reto prioritario para la salud pública departamental, especialmente considerando su asociación con hospitalización, progresión clínica y mortalidad [14]. Esto resalta la importancia de fortalecer las estrategias integradas de tamizaje bidireccional, adherencia terapéutica y seguimiento oportuno de casos.

5. Conclusiones

Antioquia mantuvo durante el 2025 una alta carga de enfermedad por VIH/SIDA, con una incidencia superior a la nacional, aunque con comportamiento relativamente estable frente a los años previos, alcanzando la meta departamental para este periodo.

El evento continúa concentrándose principalmente en hombres jóvenes entre los 20 y 34 años y en áreas urbanas, especialmente en el Valle de Aburrá.

La transmisión sexual continúa siendo el principal mecanismo probable de infección, evidenciando la necesidad de fortalecer estrategias de prevención combinada y diagnóstico oportuno.

Persisten desigualdades sociales y barreras de acceso al sistema de salud que afectan principalmente a población migrante, no asegurada y residente en territorios con vulnerabilidad social y geográfica.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Aunque no se confirmaron casos de transmisión materno-infantil adquiridos en Antioquia durante el 2025, las unidades de análisis evidenciaron múltiples fallas estructurales y del sistema de salud que incrementan el riesgo de transmisión y dificultan la adherencia a las rutas integrales de atención especialmente dirigidas a la población migrante.

La coinfección TB/VIH continúa siendo una problemática relevante en el departamento y requiere fortalecimiento de las acciones integradas entre ambos programas.

6. Recomendaciones

Las entidades territoriales locales deben fortalecer las estrategias de búsqueda activa, tamizaje y diagnóstico temprano en municipios con silencio epidemiológico o baja notificación del evento, identificando poblaciones y entornos clave como migrantes, hombres que tienen sexo con hombres, sectores mineros, con alta dinámica de movilización humana, consumo de sustancias o comercio sexual.

Por otro lado, se deben fortalecer las acciones de vigilancia comunitaria y educación en salud dirigidas a poblaciones clave y grupos con mayor vulnerabilidad social e Intensificar el seguimiento a gestantes con VIH, especialmente en población migrante y no asegurada, garantizando articulación con rutas materno-perinatales.

Las EAPB e IPS deben garantizar el acceso oportuno a pruebas diagnósticas, terapia antirretroviral y seguimiento clínico integral; fortalecer la adherencia a las guías de manejo clínico y rutas de referencia y contrarreferencia; mejorar la captación temprana de gestantes y asegurar cumplimiento del algoritmo diagnóstico para VIH durante el control prenatal y fortalecer las estrategias de adherencia terapéutica y retención en programas de atención integral, involucrando otros sectores que puedan intervenir y apoyar ante dificultades para garantizarlo.

Al nivel departamental se debe continuar fortaleciendo las capacidades territoriales en vigilancia epidemiológica y análisis de casos a partir de las asistencias técnicas y espacios académicos dirigidos al personal asistencial, quienes son el insumo para la notificación y la fuente de los errores en el sistema de vigilancia. Se debe mantener la articulación con los programas de maternidad segura y Salud sexual y reproductiva y tuberculosis para el seguimiento departamental a los casos de transmisión materno-infantil y mortalidades asociadas a VIH/TB mediante metodologías de unidad de análisis, así como fortalecer las capacidades de búsqueda activa mediante tamización de poblaciones clave.

Promover estrategias de prevención combinada, incluyendo educación sexual integral, acceso a preservativos y expansión de estrategias de PrEP en poblaciones priorizadas.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud, VIH y sida [Internet], Ginebra: OMS; 2025 [citado 2025 Jul 15], Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Ministerio de Salud y Protección Social, ETMI-PLUS Colombia 2021-2030: Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas, Bogotá: MinSalud; 2020
3. Gullón P, Determinantes sociales de la salud en el contexto del VIH, Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá; 2023
4. Camargo-Plazas P, Peralta Ardila MP, Mueses HF, Alvarado B, Arrivillaga M, Gómez SA, et al, Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Prevención del VIH en Colombia: Análisis Secundario de Datos, Cali: Reporte PrEP-Col; 2021
5. ONUSIDA, El SIDA en cifras [Internet], Ginebra: UNAIDS; 2025 [citado 2025 Nov 25], Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
6. Cuenta de Alto Costo (CAC), Situación del VIH en Colombia 2025, Bogotá, D.C.: CAC; 2026
7. Instituto Nacional de Salud, Informe de evento 2024: VIH/SIDA [Internet], Bogotá: INS; [citado 2026 Jun 24], Disponible en: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/Pro_VIH.pdf
8. Gobernación de Antioquia, Informe anual 2024: evento VIH/SIDA, Medellín: Gobernación de Antioquia; 2025
9. Resolución 1314 de 2020, Ministerio de Salud y Protección Social; 2020
10. Gobernación de Antioquia, Plan Territorial de Salud 2024–2027, Medellín: Gobernación de Antioquia; 2024
11. Gonzalez N y Rodriguez-Acosta A. Epidemiología de las enfermedades de transmisión sexual en la zona minera Las Claritas, Estado Bolívar, Venezuela; 2000. Invest Clin 41(2): 81-91.
12. ONUSIDA. PREVENCIÓN DEL VIH PARA 2025 HOJA DE RUTA En marcha para acabar con el sida como amenaza para la salud pública en 2030. 2025.
13. Camargo-Plazas, P., Peralta Ardila, M.d.P., Mueses, H.F., Alvarado, B., Arrivillaga, M., Gómez, S., Bolívar Rocha, M.C., Hurtado, L.R., & Martínez-Cajas, J. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Prevención del VIH en Colombia: Análisis Secundario de Datos. Reporte PrEP-Col 2021. 2021.
14. OMS. Tuberculosis y VIH. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/tuberculosis-hiv>





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
República de Colombia

Elaboró:

Daniela Herrera Posada
Microbióloga Epidemióloga
Equipo de Gestión del Riesgo de Eventos de Interés en Salud Pública
Subsecretaría de Salud Pública
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
vigilanciaits,sssa@antioquia.gov.co

Indicadores:

Edison Giraldo López, GESIS,
Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría de Salud e Inclusión Social de Antioquia
edison,giraldo@antioquia.gov.co



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Alpujarra)
Calle 42 B No. 52 - 106 - Línea de Atención a la Ciudadanía: 604 409 9000
Medellín - Colombia.



SC4887-1

