

**“PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH /SIDA EN
EL MUNICIPIO DE SAN GIL (SANTANDER) EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 2005 – 2007 Y LA GENERACION DE HERRAMIENTAS PREVENTIVAS DE
DIVULGACIÓN Y CONTROL.”**

SANDRA MILENA GOMEZ CARREÑO

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
SOCORRO
2008**

**“PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH /SIDA EN
EL MUNICIPIO DE SAN GIL (SANTANDER) EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 2005 – 2007 Y LA GENERACION DE HERRAMIENTAS PREVENTIVAS DE
DIVULGACIÓN Y CONTROL.”**

SANDRA MILENA GOMEZ CARREÑO

Monografía para optar el título de Especialista en Gerencia Pública.

**Director
Dr. JORGE MONTERO
Docente**

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA PÚBLICA
SOCORRO
2008**

AGRADECIMIENTOS

Cuando se emprende una tarea que se considera importante y decisiva, se hace necesario contar con la colaboración de las personas e instituciones que forman parte del medio en el que nos desempeñamos. Es muy placentero encontrar que a lo largo del tiempo en que se desarrolló este proyecto se contó con todos aquellos en quienes se confió en los diferentes momentos y en forma oportuna.

La autora expresa sus agradecimientos a:

La Universidad Industrial de Santander, Institución de la cual me enorgullece ser su egresada, a su personal docente y administrativo.

Dr. Jorge Montero, director de la monografía, por sus valiosas orientaciones y motivación.

RESUMEN

1. TITULO: PREVALENCIA DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL Y VIH /SIDA EN EL MUNICIPIO DE SAN GIL (SANTANDER) EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE EL 2005 – 2007 Y LA GENERACION DE HERRAMIENTAS PREVENTIVAS DE DIVULGACIÓN Y CONTROL *

2. AUTORES:
GOMEZ CARREÑO, Sandra Milena **

3. PALABRAS CLAVES:
VIH
ETS
EPIDEMIOLOGIA
PREVENCION
CONTROL
ENFERMEDAD

4. DESCRIPCION O CONTENIDO:

Se ha presentado una amplia revisión de la situación de la epidemia del vih/sida en el país, en el departamento y en el Municipio y de los principales avances realizados en el último quinquenio en el marco de la respuesta nacional. Durante este periodo, una serie de sucesos se identificaron como hitos que reorientaron el quehacer programático, no sólo en Colombia sino en varios países de la región y en el mundo. Sin duda, a partir del 2001, con la suscripción de la declaración de compromisos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se ha logrado avanzar en la dirección correcta para lograr el cumplimiento de las metas allí planteadas.

El análisis general de los datos de morbilidad descritos en esta monografía, permite observar tendencias esperables para los casos notificados de vih/sida. Continúa el aumento de casos, con un descenso en los años recientes que hace variar la tendencia histórica y que debe entenderse como un artificio causado por el retraso en la notificación y el sub-diagnóstico. Esta no es una realidad desconocida, el mismo fenómeno se ha observado en los años precedentes y después de la integración de los datos recuperables, se continúa con la tendencia creciente.

Se observa el mantenimiento de diagnósticos en grupos etáreos jóvenes y el progresivo aumento del porcentaje de casos aportados por las mujeres, situaciones que debe generar atención en todas las personas involucradas en la seguridad social, por que de allí se desprenden varias situaciones a considerar.

* Monografía.

** Universidad Industrial de Santander, Especialización en Gerencia Pública, Jorge Montero.

SUMMARY

5. I TITLE: PREVALENCIA OF THE INFECTIONS OF SEXUAL TRANSMISSION AND HIV / AIDS IN THE MUNICIPALITY OF SAN GIL (SANTANDER) IN THE UNDERSTOOD PERIOD AMONG THE 2005 - 2007 AND THE GENERATION OF PREVENTIVE TOOLS OF POPULARIZATION AND CONTROL*

6. AUTHORS:
GOMEZ CARREÑO, Sandra Milena**

7. KEY WORDS:
HIV
ETS
EPIDEMIOLOGY
PREVENTION
CONTROL
ILLNESS

8. DESCRIPTION OR CONTENT:

A wide revision of the situation of the epidemic of the VIH/sida has been presented in the country, in the department and in the Municipality and of the main advances carried out in the last five year period in the mark of the national answer. During this period, a series of events was not only identified as landmarks that reoriented the programmatic chore, in Colombia but in several countries of the region and in the world. Without a doubt, starting from the 2001, with the subscription of the declaration of commitments in the General Assembly of the United Nations, it has been possible to advance in the correct address to achieve the execution of the goals there outlined.

The general analysis of the morbidity data described in this monograph, allows to observe tendencies esperables for the notified cases of VIH/sida. the increase of cases Continues, with a descent in the recent years that he/she makes vary the historical tendency and that he/she should understand each other as an artifice caused by the delay in the notification and the sub-diagnostic one. This is not an unknown reality, the same phenomenon it has been observed in the precedent years and after the integration of the recoverable data, you continues with the growing tendency.

The maintenance is observed of diagnostic in groups young etáreos and the progressive increase of the percentage of cases contributed by the women, situations that it should generate attention in all the people involved in the social security for that of there they come off several situations to consider.

* Monograph.

** Industrial university of Santander, Specialization in Public Management, Jorge Montero

TABLA DE CONTENIDO

	Pag
INTRODUCCIÓN	14
1. CONTEXTO NACIONAL	16
1.1 PROCESOS SOCIALES DEL DOMINIO GENERAL	16
1.1.1 La brecha social: pobreza y desempleo.	16
1.1.2. Conflicto armado y desplazamiento forzado	18
1.1.3. El sistema de seguridad social en salud	20
1.2 PROCESOS SOCIALES DEL DOMINIO PARTICULAR.	23
1.2.1 Representaciones sociales sobre la sexualidad	23
1.2.2 Desigualdades de género	26
1.2.3 Comercio sexual.	28
1.2.4 Homofobia.	30
1.2.5. Vulnerabilidad en los niños y niñas	31
1.3 PROCESOS SOCIALES DE DOMINIO INDIVIDUAL	32
1.3.1 Vulnerabilidad en la ley de los adolescentes	33
1.3.2 vulnerabilidad en las mujeres	33
1.3.3 Vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).	34
1.3.4 Vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales.	37
2. Situación epidemiológica	39
2.1 CONTEXTO GLOBAL	39
2.2 LA SITUACION EN COLOMBIA	40
2.3 ESTUDIOS EN POBLACIONES ESPECÍFICAS	60
2.3.1 Hombres que tienen sexo con hombres.	61
2.3.2 Mujeres en edad reproductiva.	64

2.3.3 Mujeres trabajadoras sexuales	67
2.3.4 Usuarios de sustancias psicoactivas.	68
2.3.5. Personas privadas de la libertad.	68
2.3.6 Jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados	69
3. VIH EN SAN GIL	73
3.1 DESCRIPCION DEL MUNICIPIO	73
3.2 PROBLEMA LOCAL	76
3.3 FACTORES DE RIESGO	77
3.4 ANALISIS DE INFORMACION	79
3.5 PROPUESTA DE HERRAMIENTAS DIVULGATIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD.	91
3.5.2 Establecimiento de brigadas en el sector rural de manera intensiva y por grupos pequeños, logrando cubrir toda la población.	100
3.5.3 Implementación de dos horas al mes para instrucción escolar en los colegios y escuelas de San Gil por parte de personal especializado en salud, con material impreso al respecto.	100
3.5.4 Masificación de la muestra del VIH, así mismo que esta sea gratuita	100
CONCLUSIONES	101
BIBLIOGRAFÍA	109
ANEXO	112

TABLA DE CUADROS

	Pag.
Cuadro 1. Conocimiento del VIH por la población sangileña	79
Cuadro 2. Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?	80
Cuadro 3. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?	81
Cuadro 4. Conocimiento de casos de personas infectadas en el círculo cercano (amigos, parientes).	82
Cuadro 5. Actitud emotiva en caso de resultar infectado o algún familiar	83
Cuadro 6. Actitud social en caso de resultar infectado o algún familiar	85
Cuadro 7. Actitud laboral en caso de resultar infectado o algún familiar	86
Cuadro 8. Sentimiento de preparación psicológica para enfrentar la enfermedad en su propia persona o en la de un familiar.	87
Cuadro 9. Propuestas	89

TABLA DE TABLAS

	Pag.
Tabla 1. Comportamiento de la notificación años 2003 a 2005	41
Tabla 2. Comportamiento de la notificación del vih/sida. Colombia. 1983 – 2005.	44
Tabla 3. Estadísticas en los servicios de salud sexual y reproductiva	78

TABLA DE FIGURAS

	Pag.
Figura 1. Comportamiento de la notificación del vih/sida. Colombia 1983-2003	45
Figura 2. Comportamiento de la notificación del vih/sida por departamento. 1983-2003	46
Figura 3. Comportamiento de la notificación del vih/sida por departamento. Colombia 1995-2004	47
Figura 4. Comportamiento de la notificación del VIH/sida por sexo. Colombia 1983-2005	48
Figura 5. Comportamiento de la notificación del VIH/sida por sexo por año. Colombia 1983-2005	49
Figura 6. Razón hombre-mujer. Colombia 1983-2005	50
Figura 7. Comportamiento de la notificación del vih/sida por formas de presentación del evento por año. Colombia 1983-2005.	51
Figura 8. Comportamiento de la mortalidad por sida. Colombia 1997-2004	54
Figura 9. Estimación de prevalencia. Spectrum	57
Figura 10. Conocimiento del VIH por la población sangileña	79
Cuadro 2. Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?	80
Figura 11. Conocimiento del VIH por la población sangileña Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?	80
Figura 12. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?	81
Figura 13. Conocimiento de casos de personas infectadas en el círculo cercano	82
Figura 14. Actitud emotiva en caso de resultar infectado o algún familiar	84
Figura 15. Actitud social en caso de resultar infectado o algún familiar	85

Figura 16. Actitud laboral en caso de resultar infectado o algún familiar	86
Figura 17. Sentimiento de preparación psicológica para enfrentar la enfermedad en su propia persona o en la de un familiar	88
Figura 18. Propuestas	90

TABLA DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A.	112

INTRODUCCIÓN

La salud puede entenderse como la expresión resultante de la interacción de múltiples procesos biológicos, ambientales y sociales. Se manifiesta diferencialmente dependiendo del entorno natural, contexto cultural, nivel de desarrollo social y humano de regiones y países y del momento histórico de cada sociedad y persona; condiciones que configuran, de manera dinámica y cambiante, la realidad cotidiana y el bienestar de los seres humanos.

Entre los procesos sociales que contribuyen a configurar el estado de salud o enfermedad de las personas pueden distinguirse unos del dominio general, otros del dominio particular y otros del dominio individual. Los del dominio general corresponden a procesos estructurantes, como el tipo de organización social y su expresión en leyes, normas e instituciones, el modelo económico y el modelo de desarrollo en vigencia; los del dominio particular se refieren a procesos de interacción de los grupos humanos con las estructuras sociales, tales como las relaciones de producción y consumo, y las maneras de participación en la sociedad y de la cultura; finalmente, los procesos del dominio individual corresponden a las acciones e interacciones de los individuos que tienen su manifestación concreta en valores, comportamientos, hábitos y costumbres de cada ser humano [Castellanos PL, 2001]. En esta clasificación, que constituye más una distinción explicativa, no se proponen los dominios como niveles estáticos, se conciben interactuando en forma simultánea.

La manera como se reproducen o interactúan estos procesos sociales, comprende por lo menos cuatro dimensiones o “momentos” que corresponden a la reproducción de procesos biológicos (concepción, embriogénesis, gestación, nacimiento, crecimiento y desarrollo), a la reproducción de procesos ecológicos de relación del hombre con su medio ambiente en un determinado territorio (ambiente laboral y residencial), a la reproducción de las formas de conciencia y conducta (comprende la capacidad de desarrollar valores, concepciones, hábitos y la posibilidad de reflexionar, organizarse y

expresar los sentimientos) y finalmente a la reproducción de los procesos eminentemente económicos (producción de bienes y servicios para la subsistencia y la forma como se producen, distribuyen y consumen).

El trabajo en salud debe entonces buscar la mejor interacción posible entre los diferentes procesos biológicos y sociales, en todas sus dimensiones, para llegar a un estado de salud que consienta la realización personal y colectiva. La expresión de salud y de enfermedad es cambiante y se configura de manera diferencial de acuerdo con las condiciones del contexto general, particular e individual donde se manifiesta. Desde esta perspectiva, hacer frente a la epidemia del vih/sida implica comprender las múltiples interacciones entre los diferentes procesos biológicos y sociales que la configuran y avanzar en respuestas más complejas que aborden simultáneamente los factores individuales, culturales y sociales del problema.

Esta aproximación al entendimiento de la epidemia ha ganado terreno en Colombia durante el último quinquenio. El abordaje desde una visión ecológica que considera el ambiente cultural de los sujetos como el medio en el cual reproduce la epidemia, con un enfoque de respeto y realización de los derechos humanos y de equidad de géneros, contando con la interacción de múltiples disciplinas y buscando la concurrencia de todos los sectores en la respuesta a la epidemia, así lo indican. El Plan de respuesta nacional y varios programas y proyectos actualmente en ejecución, son derivados de esta visión. Sin embargo, falta aún mucho para alcanzar coberturas significativas en las acciones requeridas en promoción, prevención y atención integral, para asegurar la sostenibilidad de la respuesta nacional que permita alcanzar el nivel de contención de la epidemia propuesto como meta nacional para el año 2015, en el marco de los objetivos de desarrollo del milenio.

1. CONTEXTO NACIONAL

1.1 PROCESOS SOCIALES DEL DOMINIO GENERAL

Son varios los procesos estructurantes que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia del vih/sida en Colombia y la forma como la sociedad colombiana la enfrenta. Algunos de estos procesos están directamente relacionados con el contexto socioeconómico nacional y otros con la situación y funcionamiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud del país, principal marco de referencia para el desarrollo de la respuesta nacional. La situación de pobreza, el desempleo, el conflicto armado, y el desplazamiento forzado son algunos de los procesos más significativos inherentes al contexto social y económico.

1.1.1 La brecha social: pobreza y desempleo. Al margen de las discusiones conceptuales y metodológicas sobre su forma de medición, es claro que vivir en condiciones de pobreza implica un aumento en la vulnerabilidad social e individual ante el vih/sida. La condición de pobreza se vincula a la falta de acceso a servicios de educación y salud, que se refleja en últimas, en el poco acceso a métodos de promoción de la salud, prevención específica de la enfermedad, asesoría, diagnóstico temprano y atención integral de los casos. Las penurias económicas y la exclusión social pueden llevar especialmente a mujeres y niños al ejercicio del trabajo sexual, a prácticas de sexo transaccional¹ y al sometimiento a relaciones sexuales no consentidas ni protegidas [unaids, 2004].

¹ Aceptación, tolerancia y sometimiento a tener relaciones sexuales ya sea dentro de un vínculo de pareja o no, a cambio de prebendas en dinero o en especie independientemente del deseo real, de las convicciones y de la seguridad del receptor de los bienes materiales o de la necesidad de subsistencia.

La pobreza está fuertemente relacionada con la expansión de la epidemia del vih/sida en el mundo. Las más altas prevalencias se encuentran en países de bajo desarrollo humano [undp, 2005], es decir países que poseen indicadores muy pobres de esperanza de vida saludable al nacer, un producto interno bruto real per cápita bajo y pobres logros educativos.

En Latinoamérica se vive la mayor brecha en la distribución de ingresos y riquezas de todo el planeta y Colombia es, con Brasil, Guatemala y México, uno de los países con mayor inequidad social en el continente, de acuerdo con las proyecciones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, cepal, 222 millones de personas (42.9% de la población de Latinoamérica) viven en situación de pobreza y 96 millones de personas (18,6%) viven en situación de extrema pobreza. Más de la mitad de esta población en extrema pobreza se concentra en Brasil (25%), México (14%) y Colombia (12%) [onu, 2005].

Las estimaciones de la magnitud de la pobreza extrema efectuadas en el país durante el quinquenio, han fluctuado entre el 20% y el 24% de la población. Sin embargo, según el Departamento Nacional de Planeación, entre 2003 y 2005 el porcentaje de personas viviendo bajo la línea de pobreza pasó de 57.8% a 52,6% y la proporción de personas viviendo en la línea de indigencia de 21.1% a 16.9%.

Análisis efectuados sobre el impacto de la epidemia en África, concluyen que independientemente de los comportamientos sexuales —tradicionalmente asumidos como la causa principal de la expansión de la epidemia en este continente— otros factores fuertemente asociados son la pauperización y extrema pobreza de estos países; determinantes de los altos niveles de morbilidad, desnutrición y de la falta de acceso a servicios de educación y salud [Barnett y Whiteside, 2002] Podemos asumir entonces que la severa inequidad social y económica que viven los países latinoamericanos constituye un contexto propicio para el rápido crecimiento de la epidemia del vih/sida en las próximas décadas.

Las cifras de desempleo en el país se han reducido durante el quinquenio; después de la grave crisis económica que sufrió el país a finales de los noventa, a partir de 2002 se inició una progresiva recuperación en la generación de empleo, pero sin llegar a las condiciones favorables que presentaba el país antes de la crisis. Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística, dane, la tasa de desempleo disminuyó de 15% en 2001 a 11.8% en 2005. En los últimos tres años se han generado cerca de 1.900.000 empleos. Las mujeres aumentaron su tasa de participación de 41.5% en 1997 a 48.5% en 2005. Si bien esta tendencia puede ser reflejo del mejoramiento de la formación femenina, también puede ser el resultado de la crisis económica mencionada, que obligó a muchas mujeres a entrar en el mercado laboral. La tasa de desempleo entre hombres y mujeres presenta diferencias notables. Mientras para los primeros era de 8.8% en el año 2005, para las mujeres era de 15.6%; para los hombres jóvenes de 17.8% y para las mujeres jóvenes del 30%. Desde una perspectiva territorial se presentan también diferencias sustanciales. Las mayores tasas de desempleo se registran en Ibagué (21.8%), Pasto (17.7%), Bucaramanga (17.9%) y Manizales (16.9%). Las cifras de subempleo se han mantenido en una tasa promedio alrededor de 30% durante el quinquenio, lo que equivale actualmente a cerca de 6.000.000 colombianas y colombianos. ²

1.1.2. Conflicto armado y desplazamiento forzado. El conflicto armado es en sí mismo, un proceso social contribuyente a la expansión de la enfermedad. Los grupos involucrados directamente en el conflicto están conformados principalmente por hombres que conviven en un ambiente de machismo, de excesiva valoración de la fuerza, de relaciones coercitivas con la comunidad y con una amplia movilidad entre departamentos. Estos factores incentivan el abuso, el comercio sexual³ y el sexo transaccional en los sitios donde se establece el conflicto armado [unaids, 2003].

² DANE. Encuesta continua de hogares. Abril de 2006

³ Al hablar de comercio sexual en el dominio general, se hace referencia a este como una consecuencia de algunas condiciones del contexto nacional y regional. En el dominio particular se habla del mismo como práctica social propiciadora del VIH-Sida aunque se reconoce que la vulnerabilidad no está dada por el comercio sexual en sí mismo sino por los comportamientos sexuales no protegidos derivados de la falta de acceso a condones y a medidas de protección

El desplazamiento forzado, correlato social del conflicto, ha sido también asociado con el crecimiento de la epidemia del vih/sida. La condición de migrante ha sido ampliamente asociada a nivel global con una mayor vulnerabilidad a la infección y a padecer complicaciones médicas por vih/sida [Haour-Knipe y Grondin, 2003]. Las condiciones de migración se dan generalmente en circunstancias de pobreza e implican el desarraigo y separación de las normas socioculturales instituidas. La condición de víctima lleva a que estas personas reduzcan su percepción del riesgo frente a algunos problemas y por tanto sean más vulnerables a la infección por vih/sida [Onusida, 2005]. El desplazamiento forzado se encuentra asociado con marginalidad, hacinamiento y exclusión social; aumenta los factores de vulnerabilidad y limita las posibilidades de desarrollo social y económico. Los y las jóvenes viviendo en contexto de desplazamiento constituyen una población particularmente vulnerable al vih/sida. El cambio de su entorno cultural al migrar de zonas rurales a localidades urbanas marginales de pobreza extrema, la deserción escolar, el desarraigo social, las presiones de sus familias para que aporten recursos económicos, la frecuente exposición al abuso sexual y la escasez de alternativas para sus proyectos de vida propician una baja autoestima. La ausencia de proyectos de desarrollo apoyados por las autoridades locales, se constituye en obstáculo para el crecimiento y propicia el ejercicio de una sexualidad no responsable y temeraria, el consumo de psicoactivos y el trabajo sexual. Aunque no se cuenta con información específica del aumento de casos de vih/sida entre 2000 y 2006 en población desplazada, en consideración al incremento en el número de personas desplazadas y de la vulnerabilidad particular de las mismas, podría esperarse un incremento constante en el número de casos en este grupo de población.

El desplazamiento forzado tuvo un incremento significativo en Colombia durante el 2000-2005 frente al quinquenio inmediatamente anterior. Entre 2000 y 2005, 1.606.659 personas fueron desplazadas de sus hogares en comparación con las 78.463 desplazadas entre 1995 y 1999. El departamento de Antioquia fue durante el quinquenio

específica. En el dominio individual se habla de trabajo sexual y no de comercio sexual ya que esta noción alude a la expresión individual de la práctica social y hace referencia a las vulnerabilidades individuales de las personas dedicadas a esta actividad.

el mayor receptor de desplazados con 243.499 personas y también el mayor “expulsor” con 277.670. El 64.5% de los desplazados fueron menores de 20 años [Presidencia de la República de Colombia, 2005].

1.1.3. El sistema de seguridad social en salud. El Sistema General de Seguridad Social en Salud, sgsss, ha sido el modelo vigente para la prestación de servicios de salud durante el quinquenio. Es un sistema de aseguramiento que se basa en un subsidio a la demanda a cambio del subsidio a la oferta y que tiene diversos actores con roles definidos.

El sistema tiene dos formas de afiliación. El régimen contributivo para las personas con capacidad de pago y los asalariados, y el régimen subsidiado para la población pobre vulnerable, sin capacidad de pago. Durante un periodo de transición, el sistema contempla también la población no afiliada a estos regímenes, a la que se considera como población “vinculada” bajo la responsabilidad de las entidades territoriales hasta tanto se obtenga su aseguramiento.

La regulación, dirección, vigilancia y control están a cargo del Estado, en tanto que la administración del aseguramiento y prestación de los servicios se encuentran a cargo de actores públicos o privados (Artículo 154 de la Ley 100). Las entidades encargadas de la afiliación, administración de recursos financieros, contratación y organización de los servicios por niveles de referencia, son las Empresas Promotoras de Salud, EPS en el régimen contributivo, las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARS en el subsidiado y las entidades territoriales para la población pobre no asegurada. Las instituciones responsables de la prestación de los servicios son a su vez las Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS y las Empresas Sociales del Estado, ESE.

Las intervenciones de salud se ofrecen a la población a través de dos planes de beneficios, el Plan Obligatorio de Salud, pos y el Plan de Atención Básica, pab. El pos está dirigido a la promoción y fomento de salud, diagnóstico, atención para todas las

patologías y rehabilitación, según intensidad de uso y niveles de complejidad; el pab, por su parte brinda acciones colectivas de alto impacto, acciones de salud pública y de control del medio ambiente y es de carácter universal.

El sistema fue concebido bajo la lógica de un financiamiento sostenido en buena medida con los aportes del régimen contributivo bajo la premisa de mantener y aumentar la productividad, la rentabilidad social, el empleo y en general unas condiciones sociales, económicas y políticas que permitirían llegar a la meta de cobertura universal. Actualmente se estima que el 66% de la población colombiana está afiliada a alguno de los regímenes del sistema.

Para el caso del vih/sida, las guías y normas técnicas para la atención integral de las its, la sífilis congénita y la infección por vih/sida fueron emitidas en el año 2000 por el entonces Ministerio de Salud y están contenidas en las Guías de Atención No. 13 de la Resolución 412 [Ministerio de Salud de Colombia, 2000]. En estas guías se establecen las actividades, intervenciones y procedimientos para el diagnóstico y tratamiento. Las guías sin embargo, carecen de indicadores que permitan evaluar el cumplimiento de las acciones previstas por parte de las aseguradoras y de los prestadores de servicios de salud [ops/oms, 2005].

El vih/sida es considerado en el sistema como una enfermedad de alto costo, siendo los medicamentos antiretrovirales el rubro con mayor participación en el costo de atención (más del 80%). Los costos de la atención constituyen una de las principales barreras para garantizar el acceso universal [Chicaiza, 2002]. Entre tanto, las personas viviendo con el virus que requieren tratamiento antiretroviral, frecuentemente se ven abocados a utilizar mecanismos como la Acción de Tutela (artículo 86 de la Constitución Política), para poder acceder a los servicios y al tratamiento en forma regular e ininterrumpida.

En el año 2002 se creó el Sistema Nacional de Protección Social mediante la ley 789 que condujo a la fusión del Ministerio de Salud con el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, para conformar el actual Ministerio de la Protección Social. Igualmente, en el año

2002 se emitió el Plan Nacional de Salud, a partir del cual se desarrolló la política de salud sexual y reproductiva cuyos pilares son los derechos humanos en el sentido del reconocimiento de la dignidad humana y el enfoque de equidad de género.

La atención de las personas que viven con vih o sida (pvvs) se encuentra concentrada en algunas entidades aseguradoras. El Instituto de Seguros Sociales, iss, por ejemplo, tenía en el 2004 el 52% del total de las pvvs afiliadas al régimen contributivo (contando con menos del 26% del total de los 17.450.854 afiliados que tenían todas las eps a febrero del 2003), comportamiento que podría reflejar un proceso de selección adversa de afiliados y que genera problemas financieros para la sostenibilidad del tratamiento de los pacientes.

Se trabajó en un mecanismo de redistribución el alto costo entre todas las entidades aseguradoras del sistema (Instituto de Seguros Sociales, 2004] que se materializó en el Acuerdo 245 del Consejo Nacional de Seguridad Social.

Por otra parte, la ley 972 de julio de 2005, busca mejorar los mecanismos que garanticen al acceso de las personas al tratamiento, estableciendo las sanciones correspondientes a las entidades aseguradoras o prestadoras de servicios que impongan barreras al acceso a la atención integral. La reglamentación de la ley estará orientada a generar estrategias que faciliten la reducción de costos y que mejoren los procesos de distribución y seguimiento de los tratamientos antiretrovirales.

El Sistema ha obtenido logros importantes en la ampliación de los beneficios para las personas afectadas, como la inclusión de la carga viral en los planes de beneficios de los regímenes contributivo y subsidiado y el desarrollo de los protocolos de atención a las pvvs. Sin embargo, hay dificultades para el acceso a los servicios, determinadas por la existencia de períodos de carencia y períodos mínimos de cotización en el régimen contributivo, de cuotas de recuperación altas en relación con la capacidad de pago de la población pobre no afiliada y de barreras geográficas relacionadas con la distribución territorial de los prestadores y aseguradores a los que se encuentran adscritas las personas. Otras dificultades identificadas incluyen la baja capacidad de las personas

afectadas para costear su desplazamiento hasta los centros de atención y los trámites administrativos excesivos impuestos tanto por aseguradores como por prestadores, que afectan la oportunidad y calidad de la atención [Concejo de Bogotá, 2005].

1.2 PROCESOS SOCIALES DEL DOMINIO PARTICULAR.

En este dominio se reconocen procesos que moldean la interacción en la vida cotidiana de los grupos humanos, en relación con el entorno cultural y social y con las instituciones, estructuras y modelos establecidos, y que determinan la manera de comprender, asumir y comportarse de un colectivo.

La vulnerabilidad ante el vih/sida puede ser entendida como el grupo de acciones o situaciones identificables, visibles, específicas y concretas relacionadas con la posibilidad de transmisión o adquisición de la infección por el vih, que involucran por lo menos a dos personas, una de las cuales ya se encuentra infectada [Mann et al., 1992]. La vulnerabilidad está determinada por una amplia gama de factores que toman diversos valores de acuerdo con el contexto en que se encuentran las personas. Algunos de estos factores son de carácter personal (percepción subjetiva del riesgo, aislamiento de los canales de información), otros relativos a los servicios existentes en prevención, atención y apoyo, y otros relativos a las normativas de los grupos sociales, que pueden influir negativamente en la capacidad del individuo para ejercer control sobre su propia salud [Onusida, 1999].

1.2.1 Representaciones sociales sobre la sexualidad. Los procesos de interacción humana están mediados por representaciones sociales que se construyen colectivamente para dar significado y sentido a las prácticas sociales. Las representaciones sociales adquieren cierto grado de especificidad para cada cultura y pueden por lo tanto, ser distintas entre diferentes grupos humanos. Los sistemas simbólicos que explican las

realidades específicas de cada comunidad, no necesariamente son los mismos para todos los colectivos. La sexualidad, por ejemplo, puede ser asumida de diferentes maneras según el contexto en el que se represente y en consecuencia no ser simbólicamente única para todos los grupos de personas.

El ejercicio de la sexualidad se configura a partir de las creencias, tradiciones, valoraciones culturales y prácticas sociales instituidas. La cultura como contexto regula el comportamiento sexual del colectivo, establece las condiciones que determinan los modos en que las personas se exponen y ejercen su vida sexual y facilita o proscribire ciertas prácticas sexuales.

La sexualidad en el ser humano, al pasar de estar regida por el orden natural a estar regida por el orden cultural, adquiere una nueva dimensión. De las uniones impulsivas reguladas por el instinto, la sexualidad adquiere connotaciones amorosas, afectivas y sensuales y deviene como escenario en que se materializan el reconocimiento del otro, los derechos humanos y la posibilidad del ejercicio de la libertad.

Las representaciones sociales sobre la sexualidad, las creencias, prácticas y comportamientos derivados de la perspectiva predominante de desigualdad de géneros, la falta de reconocimiento de las diversas formas de orientación sexual y de construcción de masculinidad y feminidad, la existencia de algunos ordenadores que rigen la cultura como el consumismo y prácticas sociales específicas como los “modos de rumba”, son algunos de los procesos culturales y sociales que contribuyen a configurar el comportamiento de la epidemia en el país.

La cultura como texto tiene mucho que decir sobre el comportamiento de la epidemia del vih/sida en Colombia y mucho que aportar para su prevención y control. La regulación social⁴ de los comportamientos y prácticas sexuales por ejemplo, es una alternativa sostenible para prevenir la aparición de nuevos casos. Colombia es un país en el que se

⁴ Entendida como el control social que ejercen los ciudadanos entre sí, al margen de la autoridad competente y sujeto de sanción social.

observan diferencias culturales regionales y contextos locales particulares; ciertas representaciones y expresiones de género y sobre la sexualidad son más propias de algunas regiones que de otras.

La transmisión del vih en Colombia está principalmente asociada a las prácticas sexuales. Los temores, mitos y tabúes asociados a la sexualidad y su vinculación con el vih pueden influir en la baja demanda voluntaria de pruebas diagnósticas y en el estigma, discriminación y exclusión a que pueden ser sometidas las personas que viven con el virus o que ya han enfermado de sida. El arraigo a ciertas tradiciones o creencias hace difícil el abordar temas de la sexualidad que son claves para la prevención y para la prestación de servicios de salud [Velandia, 2002]. El comportamiento sexual desprotegido no se explica solamente por la falta de educación sexual o de acceso a condones, tiene también su origen en las creencias, actitudes y prácticas instituidas en la sociedad con relación al ejercicio de la sexualidad.

La representación de las prácticas sexuales estrictamente vinculadas con la función reproductiva o con su implicación placentera, sin relación necesaria con el erotismo y la afectividad, expresan relaciones de poder entre hombres y mujeres, en las cuales el hombre cumple el papel de proveedor y protector, y la mujer el de madre y reproductora [Bodnar et al., 1999], generando una valoración positiva del hombre promiscuo y una valoración negativa de la mujer que ejerce su sexualidad. Sólo una pequeña proporción de mujeres de 15 a 49 años del país reporta relaciones con más de un compañero sexual en el último año, mientras que más del 90% reporta tener sólo un compañero [Profamilia, 2005].

Aunque el país ha avanzado en el reconocimiento de la sexualidad como una dimensión humana y de su ejercicio como una práctica legítima sujeta a regulación social, es aún hegemónica la representación social que solamente reconoce como legítimo el ejercicio de una sexualidad en el marco de los parámetros instituidos, vale decir en el marco de una pareja estable “adulta” heterosexual, avalada por el Estado y las iglesias. Este tipo de representación considera como problemática, impropia o marginal el ejercicio de la

sexualidad con otra connotación como la placentera o el ejercicio de la sexualidad inscrito en el marco de otra orientación sexual. La falta de reconocimiento de estas expresiones de la sexualidad constituye en si misma un factor de vulnerabilidad para adquirir el vih y otras its. Ello impide a una sociedad desarrollar procesos de regulación social consecuentes con las prácticas sociales y hacer una adecuada prevención desde la cultura.

En el sistema educativo nacional se ratifica esa visión de la sexualidad. El enfoque predominante en materia de educación sexual continúa siendo moralista y no ofrece elementos suficientes para una comprensión amplia de la dimensión sexual como parte fundamental del desarrollo humano. Las formas de relación predominantes en la escuela, desde la coerción, desde el culto a la autoridad o desde la reflexión crítica, configuran los modos de aproximación a la educación sexual. La sexualidad es una dimensión para recrear la autonomía y la educación sexual un espacio de aprendizaje tanto para lo bueno —la salud—, como para lo justo —el respeto— [Luque, 2001].

A pesar de que las campañas publicitarias orientadas a la promoción de uso del condón se han incrementado durante el quinquenio, la frecuencia reportada de su uso consistente es aún muy baja, tanto entre la población general como entre los grupos de mayor vulnerabilidad. La visión de algunos sectores sociales que rechazan y condenan el uso del condón, por impropio o pecaminoso, ejerce aún una fuerte influencia entre la población colombiana. Esta idea arraigada en el colectivo dificulta el posicionamiento del uso el condón como elemento efectivo para evitar la infección por el vih, crea recelo y desconfianza sobre su uso y hace que el condón sea visto como un elemento que sólo se justifica en un marco de desconfianza hacia la pareja sexual.

1.2.2 Desigualdades de género. En un sentido amplio, el concepto de género está definido social y culturalmente; las diferencias de género determinan lo que significa ser hombre o mujer dentro de un contexto social y cultural y definen las diferencias en cuanto

a oportunidades, responsabilidades, “roles” y grado de autonomía en las relaciones de pareja [Ligouri, 1995].

Debido a las diferencias de género predominantes en casi todas las sociedades, los actuales esfuerzos de prevención no están surtiendo efecto entre las mujeres. El acrónimo “afp”, abstinencia, fidelidad, uso de preservativos, también conocida como abc por sus siglas en inglés (Abstinence, Be faithful & Condoms), es el pilar básico de muchos programas de prevención a nivel mundial. Sin embargo, para la gran mayoría de mujeres este mensaje carece de sentido. Debido a su falta de poder social y económico, las mujeres no están en capacidad de negociar relaciones basadas en estos principios; en su condición de inferioridad con relación al hombre, la abstinencia o la insistencia en el uso de preservativos no constituyen opciones realistas para las mujeres. El matrimonio y en general las relaciones estables, no constituyen una protección real contra el vih; la mayoría de las mujeres infectadas a través de relaciones heterosexuales contrajeron el virus a partir de sus parejas estables.

En los países más afectados por la epidemia, la mayoría de las mujeres se casa antes de los 20 años, y las casadas tienen tasas de vih más altas que las solteras sexualmente activas [unaids, 2004].

En Colombia se han visto avances en lo relativo a equidad de géneros, particularmente en las grandes ciudades, pero aún se continúa viendo a la mujer en una posición inferior a la que ostenta el hombre. La participación productiva de la mujer en el mercado laboral y en política ha cambiado en el país. El 35.7% de los cargos ministeriales en Colombia son poseídos por mujeres y desde 1990 hasta 2005 la ocupación de mujeres de puestos en cámara pasó del 5% al 12% [undp, 2004]. Con todo esto, aún es evidente la inequidad de género, que se manifiesta en menores ingresos, en las relaciones de dominación que culturalmente existen hacia las mujeres, en las que la mujer tiene un papel de sumisión y tolerancia, en el que no es dueña de su genitalidad ni de las decisiones que la afectan [Banco Mundial, 2003].

El machismo es el sustrato sobre el cual se justifican diversas prácticas sociales como el comercio sexual, y la violencia sexual y se legitiman actitudes y comportamientos de riesgo. “El machismo fomenta la comercialización del sexo al legitimar hombres conquistadores, dueños del poder, agresivos y con un deseo sexual incontrolable y mujeres pasivas, sumisas y objetos de satisfacción de los varones, con cuerpos que se vuelven mercancía” [Fundación Renacer, 2006].

La representación positiva de prácticas sexuales como la zoofilia, que según las creencias populares de algunas regiones ayuda al desarrollo del órgano sexual masculino y aumenta la virilidad, o como las relaciones penetrativas anales con personas de ambos sexos, asumidas como signo de virilidad tanto por hombres como por mujeres y la inducción sexual a los hombres adolescentes, usualmente con trabajadoras sexuales, como ritual de inicio de la vida adulta y de confirmación de la virilidad, son ejemplos de como costumbres derivadas del arraigo cultural machista, contribuyen al crecimiento de la epidemia del vih/sida en la sociedad colombiana.

La violencia sexual, correlato del machismo, de la violencia familiar y del maltrato infantil, sigue siendo un factor asociado importante no solamente con el incremento de la epidemia, sino con el trabajo sexual y el abuso de sustancias y ha aumentado en el país durante el quinquenio. Este tipo de violencia pasó de una tasa de 27.9/100.000 habitantes en 1997 a una tasa de 34/100.000 habitantes en el 2003 [Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2004] con un 84.4% de los casos en mujeres y un 75% de los casos en menores de 15 años en ese año.

1.2.3 Comercio sexual. El comercio sexual surge como un hecho social multideterminado y como una actividad productiva que pone en evidencia las necesidades de subsistencia de algunas personas, las necesidades de acceso a bienes y servicios sociales de otras y la necesidad de formas alternativas a las instituidas y legitimadas por la cultura para el ejercicio sexual. Está determinado por factores como la precariedad económica, la violencia intrafamiliar, el abuso sexual, el maltrato infantil y el consumo de

sustancias psicoactivas. En el caso nacional, la pobreza, el desempleo y el desplazamiento forzado se asocian con su incremento.

Este fenómeno complejo involucra un grupo heterogéneo de personas: trabajadores (as) sexuales, clientes, dueños o administradores de establecimientos, personal de establecimientos, proxenetas, cónyuges, familiares y autoridades; que se organizan de diversas maneras de acuerdo con el nivel socioeconómico, el sistema social y el manejo que ha esta actividad se da en cada zona [De Zalduondo et al]. El comercio sexual incluye prácticas en las que no existe contacto físico directo con el cliente como en el caso de las bailarinas dedicadas al strip-tease y actividades en las que hay contacto sexual específico como en el caso de un servicio sexual en un prostíbulo. El riesgo para cada una de estas prácticas es diferencial e implica un mayor o menor riesgo de infección por vih [Uribe, 1995].

En el comercio sexual, existen factores que favorecen la infección por vih/sida entre los cuales se encuentran el nivel de oferta y demanda, la tasa de seroprevalencia de vih en el área de procedencia y residencia de las y los trabajadores del sexo y de los clientes; la existencia de mayor número de parejas sexuales, el tipo de prácticas sexuales, el nivel socioeconómico bajo, el bajo nivel de información sobre salud y enfermedades, la estigmatización y bajo acceso a los servicios de salud y/o educativos, la asociación con el consumo de alcohol y drogas, la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual, y poca habilidad para negociar con los clientes quienes frecuentemente rechazan el uso del condón, incluso ofreciendo más dinero por no utilizarlo [Padian, 1998].

Vale la pena mencionar dos tipos de comercio sexual reportados como preocupantes en las visitas de campo realizadas durante la investigación y compilación documental. El primero corresponde al intercambio sexual a cambio de dinero o de comida en zonas y municipios donde concurren el conflicto armado, el desplazamiento y la falta de oportunidades y capacidades para la generación de ingresos. El segundo, más relacionado con la cultura del consumo, que se presenta principalmente entre mujeres y hombres de ciudades grandes e intermedias, que corresponde a relaciones sexuales a

cambio de acceso a bienes o servicios sociales considerados deseables, tales como vestuario, adquisición de artículos electrónicos, asistencia a sitios de diversión, o pago de los costos de la educación superior.

1.2.4 Homofobia. En Colombia se ha avanzado en el reconocimiento de las diversas orientaciones sexuales. A través de los medios de comunicación se ha facilitado un amplio debate público sobre los temas que atañen a los derechos de los y las homosexuales y se ha dado una mayor visibilidad y reconocimiento a lesbianas, gays, transexuales y bisexuales. Sin embargo, aún persisten en el país las manifestaciones de estigma y discriminación hacia personas con orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual.

Estas representaciones sociales se hacen evidentes en actitudes y comportamientos de rechazo a las diferencias en la orientación sexual, en gran parte determinadas por la fuerte tradición judeocristiana de la sociedad colombiana, desde cuyos estándares morales se rechazan vehementemente las orientaciones de la sexualidad diferentes a la heterosexual.

El estigma y la discriminación limitan el acceso de estas comunidades a los servicios de prevención específica y de atención al vih/sida. En una población de alta vulnerabilidad y con las mayores prevalencias de infección, la falta de acceso a los servicios de salud constituye un grave problema de salud pública.

La vulnerabilidad de las personas que tienen sexo con personas de su mismo sexo es función del estigma, la discriminación, la falta de representatividad política, la marginación y la intolerancia social que propician la clandestinidad de los encuentros y la negación de la propia sexualidad.

1.2.5. Vulnerabilidad en los niños y niñas. La vulnerabilidad de los niños y las niñas para adquirir la infección por vih, se encuentra relacionada principalmente a la transmisión materno-infantil del vih (durante el embarazo, el parto y la lactancia) y al contexto social, principalmente en dos condiciones frecuentemente manifiestas en forma simultánea: el abuso sexual y la explotación sexual [Onusida, Ministerio de Salud de Colombia, 1999]. Para los niños y las niñas ya afectados(as) por el vih/sida, la vulnerabilidad se asocia con el estigma y la discriminación y con la carencia parcial o total de recursos y entornos favorables para su desarrollo.

De acuerdo con las definiciones internacionales, el concepto de niñez afectada por el vih/sida, incluye las siguientes categorías: niños y niñas que han perdido a uno de sus padres o a ambos por causa del sida; niños y niñas que viven en un hogar donde ha ocurrido la muerte de un adulto por causa del vih/sida en los últimos 12 meses o en un hogar donde por lo menos un adulto estuvo seriamente enfermo por sida en los últimos 12 meses; niños y niñas que no están bajo el cuidado familiar (viven en una institución o son habitantes de calle); a quienes viven en hogares con jefatura de un o una menor de 18 años de edad (aunque muy común en África, todavía no sucede en el país) o un hogar con jefatura de un adulto mayor, generalmente abuelo o abuela [Williamson et al., 2004].

Aunque sólo una parte de los y las menores de edad afectados por el vih/sida pierde a uno de sus progenitores o a ambos, el impacto de la presencia de la enfermedad en la familia afecta su desarrollo e incide en todos los aspectos de sus vidas. Los niños y las niñas sufren los efectos de este impacto desde antes de quedar huérfanos, debiendo adoptar nuevos roles como el de cuidado de los padres u otros familiares viviendo con vih o sida. La enfermedad y la muerte de uno o de ambos progenitores los priva de cuidados y estímulos interpersonales como las manifestaciones de afecto y otras atenciones individualizadas. Cuando la enfermedad llega a una familia, los altos costos de los cuidados requeridos para el cuidado de la persona enferma, generan con frecuencia una disminución importante en la capacidad de los hogares para cubrir las necesidades básicas de los niños y las niñas, como son el cuidado permanente, la educación y la alimentación adecuada [unaids, unicef, usaid, 2004].

La situación de afectación a su vez favorece la explotación sexual, el trabajo infantil y el abandono físico. A nivel mundial se estima que cerca de 10 millones de niños son explotados sexualmente y América Latina aporta una cifra considerable. La explotación sexual infantil es una violación grave de los derechos fundamentales de los niños y las niñas. Esta categoría incluye cuatro modalidades: La prostitución infantil, la pornografía infantil, el turismo sexual y la venta y tráfico de niños y niñas. Las prácticas de abuso se ven reforzadas por la ausencia de reconocimiento de los niños como seres en proceso de formación y desarrollo y por la “aceptación social” de este tipo de prácticas [Fundación Renacer, 2006]. Hacia finales de la década de los noventa, se estimaba que en Colombia podrían existir 35.000 menores de edad vinculados al comercio sexual [estimación del das e Interpol, 1998] y una cifra media de 20.000 niños explotados sexualmente [Fundación Renacer, 1997]. Todas las fuentes coinciden en afirmar que el ingreso de niños y niñas a la prostitución es cada vez mayor. Igualmente se plantea que las edades de vinculación a la prostitución son cada vez más tempranas, encontrado por reportes de historias de vida niños y niñas que empezaron a ser víctimas de explotación sexual desde los 9 años [Fundación Renacer, 2006].

1.3 PROCESOS SOCIALES DE DOMINIO INDIVIDUAL

En este dominio se reconocen procesos que están más directamente relacionados con las maneras como los individuos materializan y expresan individualmente por medio de comportamientos, la interacción de las dimensiones biológicas, sociales y culturales que los configuran. En esta sección se caracterizan los factores determinantes de estos comportamientos en algunos grupos de población particularmente afectados por la epidemia a nivel global, aunque no se incluye la caracterización de la vulnerabilidad de otros grupos poblacionales definidos como prioritarios para una respuesta adecuada a la epidemia en el contexto nacional, como lo son las personas privadas de la libertad, los integrantes de las fuerzas militares y de policía, los habitantes de calle, los grupos étnicos

minoritarios y las personas viviendo con vih o con sida. [Onusida, Ministerio de Salud de Colombia, 1999].

1.3.1 Vulnerabilidad en la ley de los adolescentes. La adolescencia y la juventud por si mismas no son un factor de vulnerabilidad para el vih/sida, si bien en estos periodos del itinerario vital emerge el ejercicio de la sexualidad en sus diferentes formas, la vulnerabilidad de los y las adolescentes y jóvenes tiene su origen en la falta de competencias para el ejercicio de una sexualidad responsable, que conduce a comportamientos sexuales no protegidos. El inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas, la baja percepción de riesgo con el consecuente no uso del condón, las presiones de grupo para asumir comportamientos de riesgo, al alto número de parejas sexuales, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas, el desconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos y la deficiente e inadecuada información sobre transmisión y prevención de las its el vih y el sida, han sido identificados como factores de vulnerabilidad en este grupo poblacional. No es aún claro el impacto que pueda tener para la vulnerabilidad al vih en los jóvenes el uso de piercing y tatuajes, prácticas que se han generalizado en los últimos años.

Aunque durante el quinquenio ha habido mayor divulgación de los derechos sexuales y reproductivos, los jóvenes aún los perciben como ajenos y distantes y no han sido apropiados de manera que permitan el ejercicio de una sexualidad libre, responsable y placentera y que orienten su convivencia y desarrollo integral.

1.3.2 vulnerabilidad en las mujeres. Los factores determinantes de la mayor vulnerabilidad de la mujer incluyen el conocimiento inadecuado sobre el tema, el acceso insuficiente a servicios preventivos, la incapacidad para negociar relaciones sexuales protegidas y la falta de métodos de prevención del vih controlados por las mujeres, como los microbicidas. La vulnerabilidad aumenta en un contexto cultural de inequidad de género, donde el ideal femenino se caracteriza por la pasividad de la mujer y el

subordinamiento de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre. Las relaciones de poder entre hombres y mujeres ponen en desventaja a la mujer en el ejercicio de la sexualidad y limitan su capacidad de negociación y la toma de decisiones relacionadas con el uso consistente de los métodos de barrera para evitar embarazos no planeados o para prevenir ITS.

La vulnerabilidad biológica en las mujeres es mayor que en hombres, se estima que la transmisión del VIH de hombre a mujer es entre dos y tres veces más probable que la transmisión de mujer a hombre [Mastro y Vincenzi, 1996]. Las niñas y adolescentes son particularmente vulnerables a causa de la inmadurez de las mucosas genitales que limita su función de barrera protectora.

La alta vulnerabilidad de la mujer colombiana ante la epidemia del VIH/sida está determinada históricamente por el contexto cultural machista que le impone relaciones sexuales dominadas por el hombre, por el abuso sexual, dentro y fuera de la familia; por la historia de inequidad de género y de desigualdad social, económica, educativa y laboral; por la permisividad para que sus compañeros sexuales estables tengan múltiples relaciones sexuales casuales y por la bisexualidad de sus compañeros estables, por las exigencias de la función femenina de proveer cuidados a los demás en detrimento del propio autocuidado y por el constante aumento del número de mujeres cabeza de familia [García, 2005]. El desplazamiento forzoso es otro factor que afecta cada vez más a las mujeres, generando desprotección y marginalidad y propiciando su vinculación al trabajo sexual.

1.3.3 Vulnerabilidad de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La existencia de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo es un hecho social que ha sido reconocido de forma muy limitada en el país, tradicionalmente asociado a personas de orientación sexual homosexual o bisexual, a situaciones que imposibilitan tener relaciones de tipo heterosexual, o considerado como un comportamiento exploratorio y ocasional.

Los hombres que tienen sexo con hombres son una población diversa que incluye un amplio rango de personas con diferentes identidades y orientaciones sexuales. Esta categoría incluye a los hombres que se definen a sí mismos como homosexuales o bisexuales; a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres pero que no se identifican a sí mismos como homosexuales, posiblemente por temor al estigma; a travestis biológicamente masculinos que tienen sexo con otros hombres; a hombres que están cautivos o confinados en contextos en que existen limitaciones a la posibilidad de tener relaciones sexuales con mujeres, como ocurre en prisiones, cuarteles y seminarios (homosexualidad situacional) y a hombres, generalmente jóvenes, que tienen actividad sexual de carácter experimental, con otros jóvenes o adultos de su mismo sexo [Mc Kenna, 1996].

El impacto de la epidemia en la población de hombres que tienen sexo con otros hombres no es sólo consecuencia de asumir comportamientos sexuales desprotegidos. Las relaciones sexuales penetrativas desprotegidas son el suceso final de una cadena de factores que preceden el comportamiento de riesgo. La vulnerabilidad empieza por la falta de acceso a información, por no tener la posibilidad de adquirir las competencias necesarias para su protección personal, ni el acceso adecuado y oportuno a los servicios de salud y por el irrespeto a sus derechos humanos. La evidencia disponible muestra una mayor prevalencia del vih/sida en esta población, la presencia significativa de prácticas sexuales no protegidas y el potencial de convertirse en puente para la transmisión del vih a sus compañeras heterosexuales [Onusida, 2000].

El adolescente homosexual puede ser más vulnerable a la infección debido a la homofobia y a la falta de espacios de expresión de su identidad y orientación sexual, factores que conducen a negar su orientación sexual e impulsan al joven a tener relaciones clandestinas y con personas mayores que pueden estar de por sí ya infectadas.

Uno de los principales obstáculos para el desarrollo de programas de prevención efectivos con hsh es la falta de reconocimiento de la existencia de este hecho social, sumado a la

discriminación a ciertas identidades, orientaciones y comportamientos sexuales, a la carencia de información epidemiológica, al desconocimiento de los derechos humanos y a las dificultades para aproximarse para el trabajo a este grupo de personas, en razón de su relativo anonimato y clandestinidad. De hecho, aún no se conoce exactamente el tamaño exacto de esta población aunque se estima que para el país puede estar alrededor del 5% del total de la población masculina.

Aunque Colombia tiene una legislación favorable en VIH/sida, es aún necesario trabajar para reducir el estigma y la discriminación. Si el ejercicio de la sexualidad continúa siendo una fuente de marginalización o acoso para algunas personas, será difícil el desarrollo de una labor preventiva y de asistencia eficaz.

La sexualidad se configura a partir de diversos elementos entre los que se identifican el sexo, la identidad y la orientación sexual y el género. El sexo se refiere a la determinación biológica, el género tiene que ver con los roles que hombres o mujeres desempeñan socialmente no solamente en la expresión de su sexualidad, la identidad sexual se refiere a la percepción individual de pertenencia a uno u otro sexo y la orientación sexual corresponde a la atracción y afectividad que una persona siente hacia personas del otro o de su mismo sexo

La orientación sexual se construye desde edades tempranas a partir de elementos biológicos, psicológicos y sociales. Las diferentes orientaciones sexuales surgen como el resultado del proceso natural de desarrollo individual; es la sociedad quien las clasifica como problemáticas o no problemáticas. Los comportamientos sexuales por su parte se dan bien ligados o bien al margen del sexo biológico, la identidad y orientación sexual.

El reconocimiento de esta realidad implica trascender imaginarios que sólo consideran que los hombres que tienen sexo con hombres son aquellos que tienen una identidad y orientación sexual homosexual. El no entender que este comportamiento sexual sucede también en hombres que se consideran a sí mismo como heterosexuales y que ejercen su

sexualidad también con mujeres, implica no reconocer la potencial vulnerabilidad que dicho comportamiento tiene para la expansión de la epidemia.

Aunque durante el quinquenio el país ha ganado en ese reconocimiento, particularmente en el nivel académico y el nivel técnico profesional que trabaja en el tema, este hecho social continúa siendo un hecho oculto para la comunidad. Para este “rezago cultural” se conjugan factores como la ignorancia del colectivo sobre la existencia de otras orientaciones y de comportamientos sexuales, y la existencia de intereses fijos de ciertos grupos de presión y de poder.

1.3.4 Vulnerabilidad de las mujeres trabajadoras sexuales. El ejercicio de la sexualidad como actividad productiva y de subsistencia es reconocido como una forma de trabajo, al que se dedican personas por diferentes motivaciones y circunstancias [Onusida, 2001]. Algunas personas se dedican al trabajo sexual de forma permanente y de manera consciente se ofrecen a sí mismas a otra persona a cambio de una retribución; otras son forzadas a este tipo de trabajo por medio de la presión o el engaño y otras se involucran en él por su propia voluntad como una alternativa económica ocasional ante una necesidad específica [Fundación Apoyémonos - Cormujer, 2001].

Aunque la salud es importante y prioritaria para ellas, las personas dedicadas a esta actividad no tienen información suficiente o lo suficientemente clara sobre las ITS y el VIH/sida y no asumen comportamientos preventivos para evitarlos. Su conocimiento sobre estos temas procede de los imaginarios sociales y del saber popular [Cámara de Comercio de Bogotá, 1992]. En general no frecuentan al médico o a otros miembros del equipo de salud a no ser que se sientan realmente enfermas. Muchas recurren a farmacias en búsqueda de tratamiento, cuando presentan síntomas sugestivos de ITS o tienen temor de estar infectadas. Las personas dedicadas al trabajo sexual valoran más las charlas provistas por entidades de salud y consideran que se debe trabajar con los clientes, ya que estos son los que las enferman.

La falta de políticas de protección, la falta de acceso a los servicios sociales, legales y de salud, la falta de información, entrenamiento y competencia para negociar el uso del condón y la frecuente movilidad tanto de trabajadoras(es) sexuales como de clientes, genera en las personas dedicadas a esta actividad un riesgo diferencial y mayor de adquirir ITS y el VIH/sida que el de la población general.

Aunque las acciones orientadas a mujeres trabajadoras sexuales en materia de información, educación, comunicación y promoción de comportamientos sexuales protegidos, del uso de condón y de oferta de la prueba en esta población han sido considerables y productivas, la posibilidad de asumir estos comportamientos y tomar medidas de protección están en buena parte determinadas por el tipo de transacción. Son comunes las relaciones sexuales durante el periodo menstrual y el embarazo, las relaciones anales y la actividad sexual sin el uso de condón cuando el cliente es difícil de convencer, rechaza tener sexo con condón o paga para tener contacto sexual desprotegido. Los traumatismos vaginales y anales son también muy frecuentes.

A pesar que se observa una aproximación más respetuosa y humana hacia las personas que ejercen el trabajo sexual en el país, falta todavía mucho trabajo de inclusión social que contemple la provisión de oportunidades educativas y laborales alternas, el fortalecimiento de la institución familiar y comunitaria y el desarrollo de acciones específicas para prevención, detección temprana y acceso a tratamiento. También falta un mayor trabajo con el grupo de clientes del comercio sexual.

2. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

2.1 CONTEXTO GLOBAL

Desde su aparición en el mundo a principios de los ochenta, la epidemia de vih/sida ha sido la causa de más de 25 millones de muertes, tres millones de ellas en el último año. Se estima que actualmente 40.3 millones de personas (intervalo: 36,7-45,3 millones) viven con vih o con sida y que en 2005 cerca de 5 millones contrajeron la infección, 700.000 de ellas menores de 15 años. África subsahariana sigue siendo la región más afectada; en el último quinquenio se ha reportado un creciente número de casos a nivel global, con excepción del Caribe, donde en los últimos dos años se ha observado una relativa estabilización en las prevalencias de infección en población general [Onusida/oms, 2005].

Actualmente, en los países del África subsahariana, la prevalencia de infección en mujeres menores de 25 años, es dos a tres veces mayor que en hombres de la misma edad, el 57% de las personas adultas infectadas son mujeres y el 75% de los casos reportados en menores de 25 años corresponde a mujeres. En América del Norte el porcentaje de casos reportados en mujeres pasó del 20% en 2001 a 23% en 2004; en Europa Oriental y Asia Central de 32% en 2001 a 33% en 2004; en el Caribe de 48% en 2001 a 49% en 2004 y en América Latina de 35% en 2002 a 36% en 2004.

En América Latina, alrededor de 1,8 millones de personas (intervalo: 1,4-2,4 millones) están viviendo con el VIH. En 2003, unas 59.000 personas (intervalo: 65.000-110.000) fallecieron a causa del sida y otras 200.000 (intervalo: 140.000-340.000) contrajeron la infección. Para finales de 2005, el número estimado de muertes por sida en la región asciende a 66.000 (intervalo 52.000 -86.000). Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 0.5% de las mujeres (intervalo: 0.4-0.6%) y el 0.8% de los hombres (intervalo: 0.6-0.9%) estaban viviendo con el VIH a finales del mismo año.

En América Latina y el Caribe la epidemia ha sido ampliamente diversa desde sus inicios. En los países del Caribe se ha propagado por contacto heterosexual mientras que en la mayoría de países de América Latina, la epidemia se considera aún de tipo “concentrado” y afecta mayoritariamente a grupos específicos de población: hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas y población vinculada al comercio sexual. En los países andinos la epidemia se concentra principalmente entre HSH. Sin embargo, en Colombia se observa una progresiva tendencia a la generalización de la epidemia, particularmente en las regiones donde la transmisión por contacto heterosexual predominaba ya desde comienzos de los noventa [Onusida, 2004]. Aunque el nivel de propagación de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe dista mucho de lo observado en África, las tendencias en los países son muy variables y pueden serlo aún más las tendencias recientes. Hace diez años, Sudáfrica registraba datos de seroprevalencia similares a los reportados hoy por algunos países de Centroamérica y el Caribe, particularmente Haití, Honduras y Belice, donde el contacto heterosexual ha sido la forma predominante de transmisión del VIH.

2.2 LA SITUACION EN COLOMBIA

La información epidemiológica nacional sobre vih/sida compilada durante el período 2000 a 2005 proviene de tres fuentes principales que se complementan entre si y hacen parte de la vigilancia epidemiológica de segunda generación: 1) la notificación regular de casos de infección por vih, casos de sida y casos de mortalidad, 2) la vigilancia biológica que incluye los estudios centinela, el tamizaje regular en los bancos de sangre y los estudios de seroprevalencia en grupos específicos y 3) los estudios de comportamientos en grupos específicos de población.

Los informes de vigilancia epidemiológica nacional son generados por el Instituto Nacional de Salud, INS, y se basa en dos fuentes de información: la vigilancia pasiva de

notificación semanal de eventos de interés en salud pública (sivigila) y la caracterización de casos mediante el análisis de la ficha de notificación.

Estas fuentes sin embargo, no presentan siempre una buena concordancia. Para el 2005, por ejemplo, la notificación pasiva por el sivigila permitió registrar un total de 3.940 casos, mientras que la notificación activa con la ficha un total de 2.387 casos, con una correspondencia entre las fuentes de sólo el 60.5%. Este comportamiento es similar en los dos años inmediatamente anteriores (Tabla 1) y no se conoce realmente el grado de concordancia entre las dos fuentes en los años de notificación previos al 2003 [Góngora y Pacheco, 2006].

Tabla 1. Comportamiento de la notificación años 2003 a 2005

Año	No. de registro de casos al SIVIGILA	Fichas existentes en el INS	Fichas recuperadas en el 2005	Total fichas enviadas por año	% de correlación SIVIGILA /Fichas
2003	1898	1621	1620	3241	Subregistro al SIVIGILA
2004	3177	378	2409	2787	87.7 %
2005	3940	0	2387	2387	60.5 %
TOTAL	9015	1998	6401	8415	

Fuente: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Grupo de ITS-vih, Informe Anual Evento vih/sida, Décimo Tercer Período Epidemiológico, enero 2006.

Este análisis tiene como base la información contenida en las fichas de notificación con corte a diciembre del 2005. Como el INS se encuentra en proceso de recuperación de fichas y de depuración de la base de datos, la cantidad de registros y algunos de los resultados del análisis podrían variar en el futuro cercano.

La ficha de notificación incluye variables básicas de tiempo, lugar y persona y variables específicas como mecanismo de transmisión y forma de presentación del evento. La información se obtiene de la notificación semanal que realizan las unidades primarias generadoras de datos (upgd) a las unidades notificadoras que son los municipios, quienes notifican a los departamentos, desde donde se envía la información al Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (sivigila). El INS está en proceso de consolidar para los eventos de interés en salud pública, un sistema de notificación individual por evento basado en la notificación activa mediante el uso de la ficha de notificación.

El indicador básico utilizado para los análisis descriptivos publicados previamente [Onusida/Ministerio de Salud de Colombia, 1999; ins, 2003] ha sido la incidencia anual notificada. Esta fuente debe ser usada con prudencia en atención al subdiagnóstico, al subregistro y al retraso en la notificación que han caracterizado la vigilancia pasiva del vih/sida en el país.

El total de casos notificados de infección por vih y sida a nivel nacional, desde 1983 hasta el 31 de diciembre de 2005, fue de 46.809 casos. Si se tiene en cuenta un ajuste efectuado a comienzos de 2006 en la base de datos del INS, al incluir información de la ciudad de Bogotá, este total asciende a 54.805; sin embargo, el análisis por variables que aquí se presenta, corresponde a la información registrada hasta diciembre de 2005. El comportamiento de la notificación ha sido en general hacia el incremento, con un primer período, entre los años 1983 y 1993, de ascenso en la notificación que responde al desarrollo progresivo del sistema de notificación, un pico en 1994 explicado por la campaña de promoción de la prueba voluntaria efectuada durante ese año y a partir de 1995 un comportamiento lineal ascendente, en el que se observa un pico en los años 2001 y 2002 y un ligero declive en el período 2003 a 2005, coincidente con el cambio de administrador del sistema de información (Figura 1).

La tasa de incidencia por notificación para el período 1983- 2005 es de 5.36 casos por 100.000 habitantes y para la última década (1995-2004) de 7.85 casos por 100.000

habitantes. El comportamiento año a año de las tasas de incidencia es similar al descrito para el número de casos notificados por año (Tabla 2 y Figura 2).

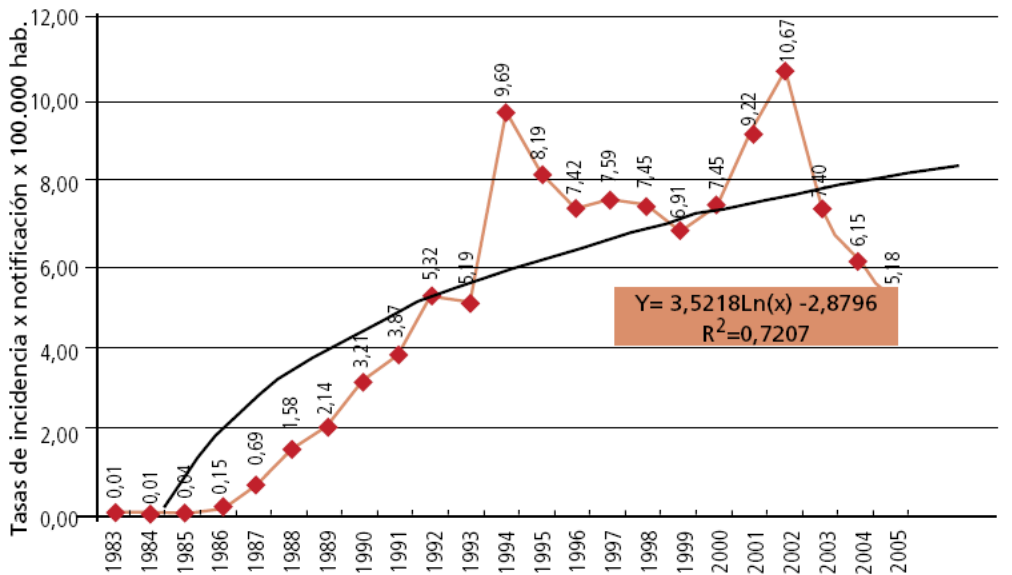
Tabla 2. Comportamiento de la notificación del vih/sida. Colombia. 1983 – 2005.

Tasas de incidencia acumulada por notificación X 100.000 habitantes.

Año	Casos notificados	Población DANE*	Tasa X 100.000 Hab.
1983	2	30.373.878	0,01
1984	3	31.016.284	0,01
1985	12	31.658.705	0,04
1986	47	32.304.909	0,15
1987	226	32.963.452	0,69
1988	532	33.645.591	1,58
1989	735	34.313.525	2,14
1990	1.122	34.969.647	3,21
1991	1.380	35.687.355	3,87
1992	1.937	36.405.073	5,32
1993	1.925	37.122.773	5,19
1994	3.667	37.840.500	9,69
1995	3.158	38.558.195	8,19
1996	2.913	39.281.341	7,42
1997	3.039	40.018.837	7,59
1998	3.036	40.772.994	7,45
1999	2.869	41.539.011	6,91
2000	3.152	42.299.301	7,45
2001	3.969	43.035.399	9,22
2002	4.670	43.775.845	10,67
2003	3.241	43.775.845	7,40
2004	2.787	45.294.953	6,15
2005	2.387	46.045.109	5,18
Total	46.809	872.698.522	5,36
Máx.	4.670	46.045.109	11
Mín.	2	30.373.878	0
Rango	4.668	15.671.231	11
Promedio	2.035	37.943.414	5
Desv. Est (DE)	1.451	481.4909	3
p25	634	339.79558	2
p50	2387	378.404.99,79	5,32
p75	3096	4191.9156	7
IQR	2462	793.9598	6
Lím. Sup. (LS)	6789	5382.8553	16
Lím. Inf (LI)	-3059,5	22070160,86	-6,52

Fuente: INS, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Grupo de ITS-vih, Informe Anual Evento vih/sida, Décimo Tercer Período Epidemiológico, enero 2006.

Figura 1. Comportamiento de la notificación del vih/sida. Colombia 1983-2003

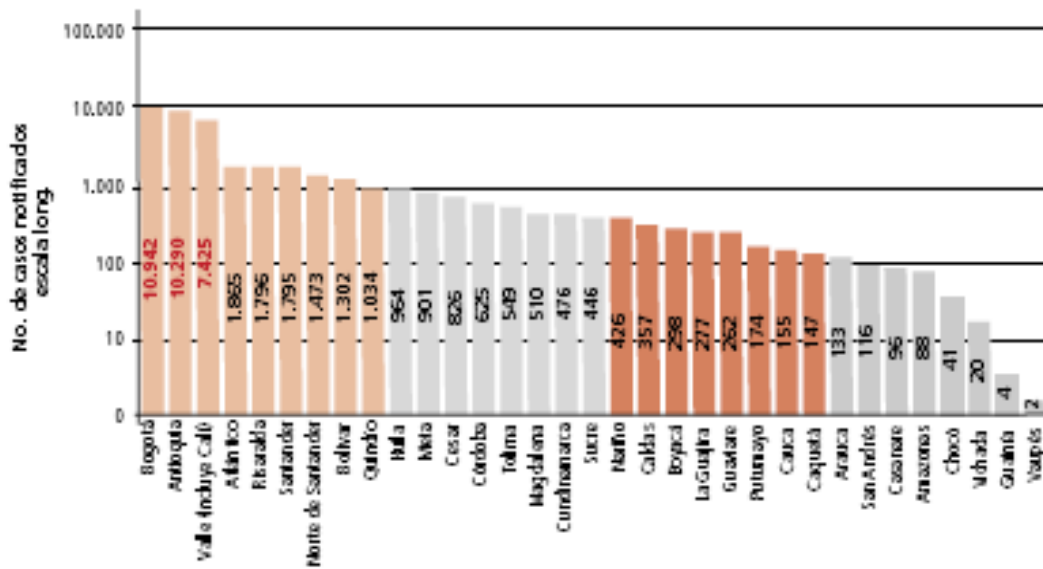


Fuente: INS Casos notificados. Febrero 2006. Adaptado Observatorio Nacional de vih/sida. MPS.

El análisis de las tasas de incidencia por notificación indica una tendencia general al aumento en la notificación de casos. La tasa de notificación en el período 2000-2004 fue de 8.17 x 100.000 habitantes, mayor en comparación con la del quinquenio anterior (1995-1999) en el que fue de 7.5 x 100.000 habitantes.

El comportamiento de la notificación de casos por entidad territorial entre 1983 y el 2005 ha sido variable. El 62.55% de total de casos notificados en el período 1983-2005 proceden en su orden de Bogotá con 10.942 casos (23.88% del total) y de los departamentos de Valle con 10.290 casos (22.46%) y de Antioquia con 7.425 casos (16.21%), regiones del país en las que se concentra el 37.9% de la población colombiana (Figura 2). Esta concentración de la notificación obedece a que estas entidades territoriales fueron las que más tempranamente empezaron a notificar regularmente y a la concentración de población en su territorio.

Figura 2. Comportamiento de la notificación del vih/sida por departamento. 1983-2003



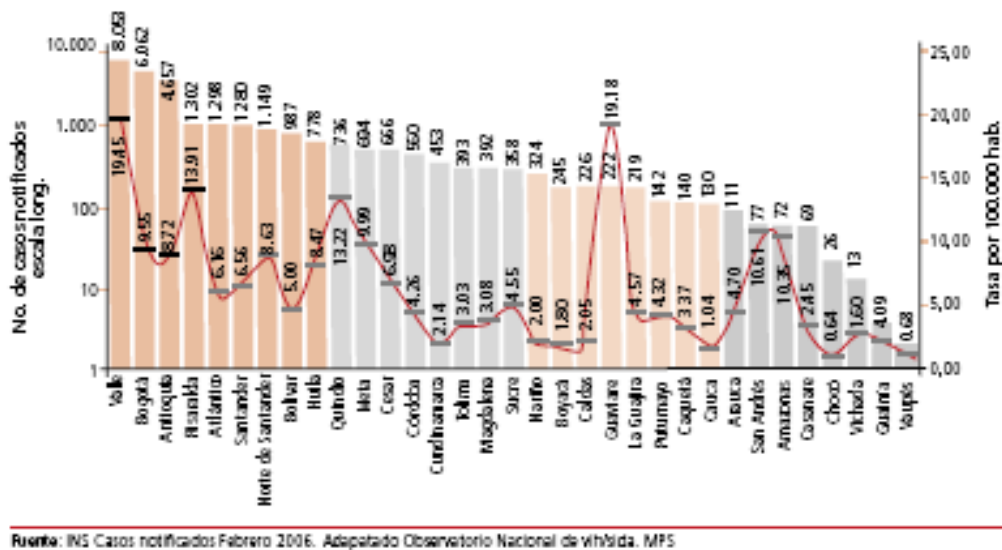
Fuente: INS Casos notificados Febrero 2006. Adaptado Observatorio Nacional de VIH/SIDA MPS.

*Cada uno de los colores de la Figura representa un cuartil. Los números dentro de las barras corresponden al total de casos notificados por departamento entre 1983 y el 2005. Los números resaltados señalan los tres departamentos “outliers” en cuanto al número de casos notificados se refiere.

En la última década (1995-2004) el comportamiento de notificación por entidad territorial es similar al registrado durante todo el periodo 1983-2005, con Valle del Cauca a la cabeza, seguido por Bogotá y Antioquia en el número de casos notificados. Las tasas de incidencia por notificación calculadas para la década, cambian esta configuración manteniendo al Valle del Cauca en primer lugar, con una tasa de notificación de 19.45 casos x 100.000 habitantes, seguido por Guaviare con 19.18, Risaralda con 13.91, Quindío con 13.22, San Andrés con 10.61, Amazonas con 10.35, Meta con 9.99 y en

octavo y noveno lugar respectivamente Bogotá con 9.55 y Antioquia con 8.72 casos x 100.000 habitantes (Figura 3).

Figura 3. Comportamiento de la notificación del vih/sida por departamento. Colombia 1995-2004



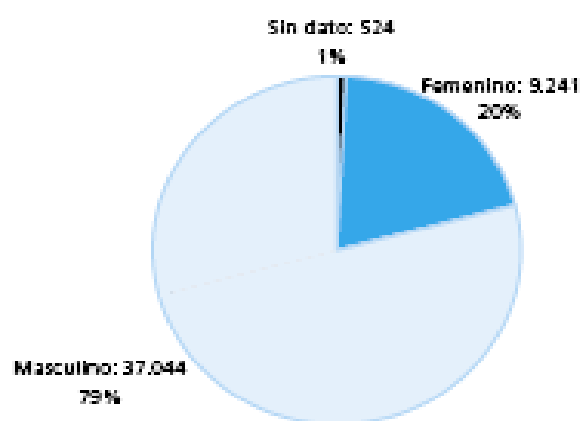
En el quinquenio 2000-2004 se observa un incremento en la tasa de incidencia por notificación en casi todos los departamentos con relación al quinquenio anterior (1995-1999), con excepción de los departamentos de Antioquia, Atlántico, Risaralda, San Andrés, Tolima y la ciudad de Bogotá que tuvieron por el contrario una disminución de la tasa de incidencia por notificación.

La notificación de casos por grupo de edad en el periodo 1983-2005 tiene un subregistro del 32.53% (16.725 fichas sin dato). El subregistro de grupo de edad ha sido una constante en este periodo, fluctuando entre 4.69% en el 2005 y el 72.2% en el 2003. De los registros con dato, el 40.34% corresponde al grupo de edad de 25 a 34 años, seguido por el grupo de edad de 45 a 59 años con el 10.51%. Los grupos de edad de 0 a 4 años, 5 a 14 años y 60 ó más años representan juntos el 5.92% de los registros con dato.

En el quinquenio 2000-2004 la proporción de registros sin dato de grupo de edad ascendió al 46% (8.197/17.819) del total de los registros, porcentaje similar al 48.26% (749/1.552) observado en el quinquenio 1985-1989, y superior al registrado en los quinquenios 1990-1994 y 1995-1999, en los que había mejorado ligeramente la notificación de la edad. Cuando se analizan los registros con dato de edad, se observa que para el quinquenio 2000-2004 la mayor proporción de registros corresponden al grupo de edad de 25 a 34 años con el 37.38% (3.597/9.622) seguido del grupo de 35 a 44 años con el 25.99% (2.511/9.622), el grupo de edad de 15 a 24 años aporta el 17.89% (1.721/9.622), el grupo de edad de 45 a 49 años el 12.03% (1.158/9.622) y en menor proporción los grupos de edad de 0 a 4 años, de 60 o más años y de 5 a 14 años respectivamente.

Con relación a los quinquenios anteriores, se observa un aumento en el quinquenio 2000–2004 en el porcentaje de participación de los grupos de edad de 35 a 44 años y de 45 a 49 años a expensas de una disminución en el porcentaje de participación del grupo de edad de 25 a 34 años, tendencia que se observa de manera regular en el análisis comparativo de los cuatro quinquenios. La distribución de la notificación de casos por sexo en periodo 1983-2005 muestra que el 79.14% (37.044/46.809) de los casos notificados se han presentado en hombres mientras que el 19.74% (9.241/46.809) en mujeres, conservándose según la notificación un patrón masculino de la infección.

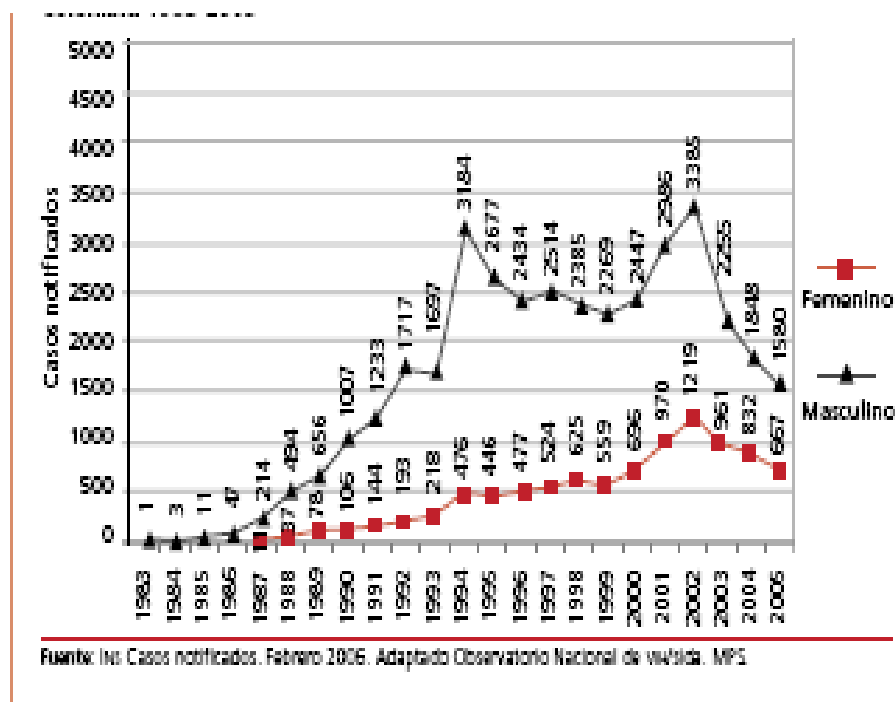
Figura 4. Comportamiento de la notificación del VIH/sida por sexo. Colombia 1983-2005



Fuente: los Casos notificados Febrero 2006. Adaptado observatorio Nacional de VIH/Sida. MDS.

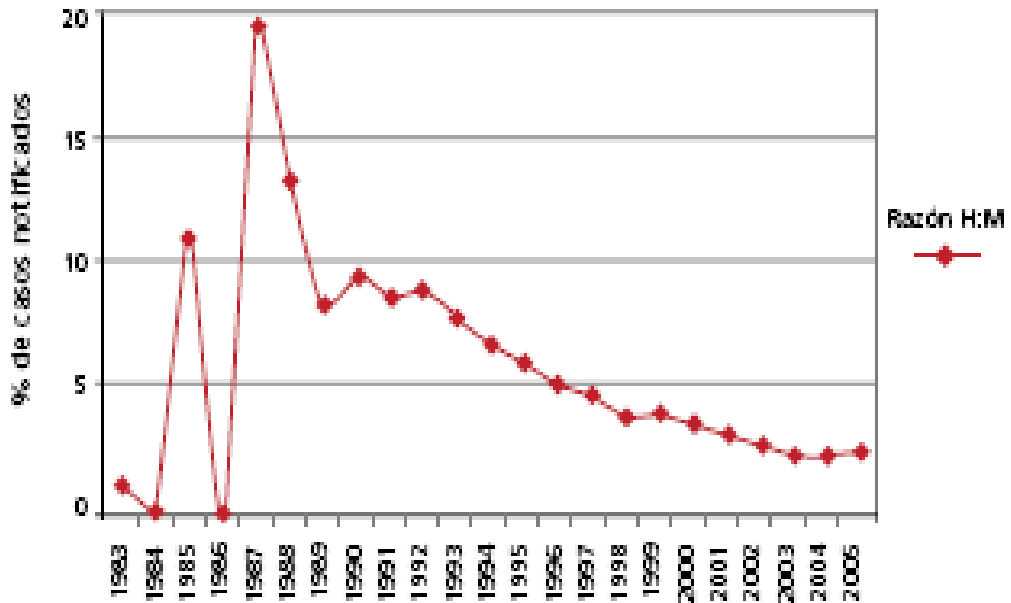
Sin embargo la participación de las mujeres ha tenido un patrón ascendente en los últimos 13 años (Figuras 12 y 13) particularmente a partir de 1998, año en el que el porcentaje anual de participación femenina fue superior al 20%, porcentaje que se incrementa hasta 29.85% en el año 2004.

Figura 5. Comportamiento de la notificación del VIH/sida por sexo por año. Colombia 1983-2005



El análisis de la participación femenina mediante el cálculo de la razón hombre:mujer, confirma un patrón femenino incremental que se refleja en la reducción de la razón hombre:mujer.

Figura 6. Razón hombre-mujer. Colombia 1983-2005



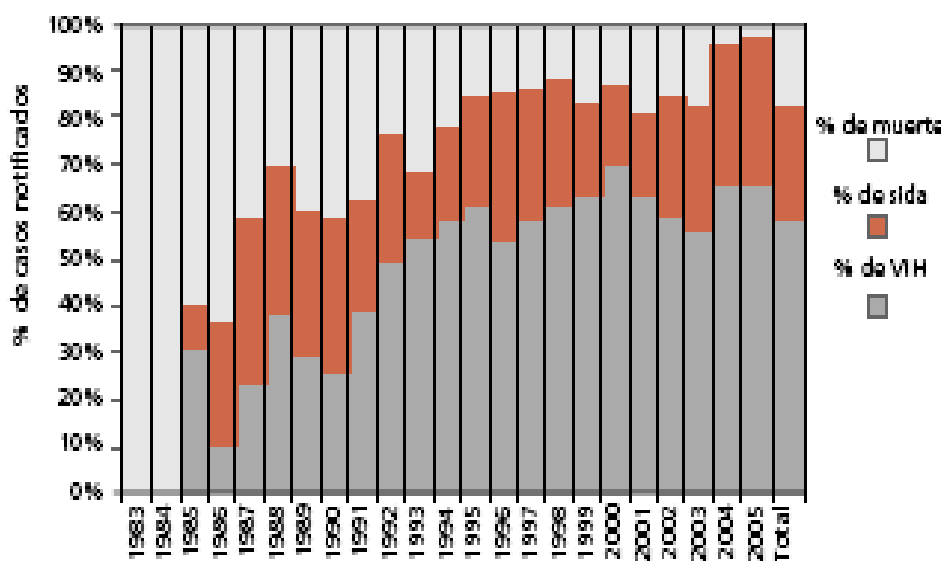
Fuente: los Casos notificados. Febrero 2006. Adaptado Observatorio Nacional de VIH/sida. MPJ.

Durante el quinquenio 2000-2004 el número de casos notificados en hombres fue del 72.51% (12.921/17.819), 9,5 puntos porcentuales menor que el porcentaje registrado para hombres en el quinquenio anterior que fue del 81.8% (12.279/15.015) y 19 puntos porcentuales menor que el registrado en el quinquenio 1985-1989 que fue del 91.62% (1.422/1.552). Estos descensos han sido a expensas del incremento de la participación femenina, de un 8.18% (127/1.552) en el quinquenio 1985-1989 hasta un 26.25% (4.678/17.819) en el quinquenio 2000-2004 (18 puntos porcentuales de diferencia).

La forma de presentación del evento más frecuente en los casos notificados entre 1983 y el 2005 ha sido personas con VIH con el 59.93% (28.054/46.809) seguido por personas con sida con el 22.86% (10.699/46.809) de los casos notificados y personas fallecidas con el 17.21% de los casos (8.056/46.809).

La tendencia con el curso de los años ha sido a una mayor participación en la notificación de personas con vih y con sida con relación a la participación de personas fallecidas.

Figura 7. Comportamiento de la notificación del vih/sida por formas de presentación del evento por año. Colombia 1983-2005.



Fuente: los Casos notificados. Febrero 2006. Adaptado Observatorio Nacional de vih/sida. MFS.

La razón de notificación de casos “vivos” versus casos “muertos” pasó de ser de 1:1 en 1985 a 5:1 en el 2003 y a 22:1 en el 2004. En forma similar, entre los casos “vivos” la razón de notificación de casos de vih versus casos de sida pasó de 1:1 en 1986 a 4:1 en el 2005. Este comportamiento sugiere, en general, una mejor oportunidad para el diagnóstico del vih/sida y una más rápida captación de los casos por el sistema.

La vía de transmisión mas frecuentemente reportada desde 1983 ha sido la sexual con el 96,01% de los casos, aunque hay que aclarar que el subsregistro acumulado de esta variable desde 1983 al 2005 es del 40,79% (19.093/46.809) del total de la notificación.

De los casos en que el mecanismo de transmisión fue reportado (27.716 casos), 96% fue por mecanismo sexual (26.611 casos); el 55.9% (14.891/26.611) corresponde a mecanismo heterosexual, el 28.25% (7.518/26.611) a homosexual y el 15.79% (4.202) al bisexual. La tendencia es, en general, al aumento de la notificación de casos por vía heterosexual. La concentración inicial de la de la epidemia en el grupo de homosexuales, parece haber dado paso a un incremento en la trasmisión heterosexual que se mantiene en ascenso.

Asumiendo que los casos transmitidos por mecanismo homo y bisexual corresponden a casos de personas pertenecientes al grupo de HSH, la proporción anual de casos por mecanismo de transmisión es muy similar a la observada para el grupo de heterosexuales entre los años 1993 hasta 2005. Es notoria la magnitud de los casos notificados sin dato para la variable "mecanismo probable de transmisión" en los años 2000 a 2002 y en el año 2005.

La razón por mecanismo probable de transmisión entre el grupo de heterosexuales y el de HSH, cambió de un predominio del mecanismo de transmisión homosexual + bisexual sobre el de transmisión heterosexual, a un predominio de reporte de mecanismo de transmisión heterosexual sobre el homosexual + bisexual, comportamiento que ilustra un cambio de perfil en el modo de transmisión, al menos en la notificación, en los últimos diez años.

Los otros mecanismos de transmisión reportados corresponden solamente al 4% (1.105/27.716) de lo casos notificados en que se registró la variable. Entre estos los más comunes son el mecanismo perinatal y el transfusional con el 0.62% y en menor proporción la vía intravenosa entre consumidores de sustancias psicoactivas inyectables y los clasificados como accidentes de trabajo con el 0.11% y 0.06% respectivamente.

La notificación en el último quinquenio (2000-2004) muestra que se han notificado 17.819 casos de vih/sida, cifra mayor a la notificada durante el quinquenio anterior. Al comparar los últimos cuatro quinquenios el patrón de notificación ha sido incremental. El mayor

porcentaje de casos en el quinquenio correspondió al grupo de edad de 25 a 34 años seguido del grupo de 35 a 44 años, patrón similar al de los quinquenios previos. Aunque la notificación continúa siendo mayor en hombres, el número de casos notificados en mujeres ha aumentado, siguiendo el patrón incremental que venía ocurriendo en los quinquenios previos. La mayoría de los casos notificados corresponden a casos de vih, y continúa la tendencia a un menor reporte de personas fallecidas.

Durante el 2005, el número de casos notificados por ficha fue de 2.387. De estas, el 78% correspondieron a personas con VIH (1.855/2.387), el 13% a personas con sida (317/2.387), el 2% a personas fallecidas (54/2.387) y el 7% (162/2.387) no tenía registrada información del estado clínico [Góngora y Pacheco, 2006].

Del total de casos notificados ese año, el 66% (1.580/2.387) correspondió a personas del sexo masculino, el 28% (667/2.387) del sexo femenino y el 6% (140/2387) no tenía registrada la información de sexo.

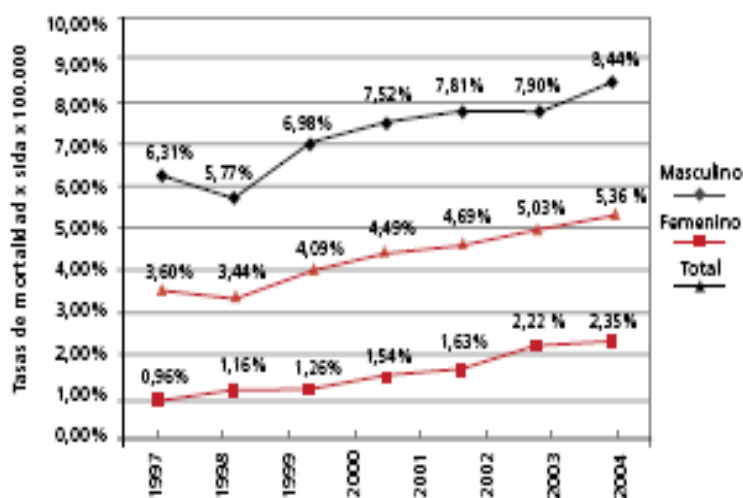
El 34% de los casos tenía una edad entre 25 y 34 años (816/2.387), el 26% (615/2.387) entre 35 y 44 años, el 18% (437/2.387) entre 15 y 24 años, el 12% (296/2.387) entre 45 y 59 años y el 5% (112/2.387) no reportó edad en la notificación. Los grupos de edad de 0 a 4 años, de 60 o más años y de 5 a 14 años tuvieron cada uno menos del 2% de la notificación [Góngora y Pacheco, 2006].

Aunque el registro del mecanismo de transmisión fue insuficiente durante el 2005, se conserva un predominio de transmisión heterosexual, sobre transmisión homo y bisexual y entre las causas no sexuales continúan figurando como primeras, la perinatal y la transfusional.

La mortalidad por sida como proporción de la mortalidad por todas las causas pasó de ser del 0,86% en 1997, al 1,2% en el 2000 y al 1,22% en el 2004, siendo la mortalidad por sida, como proporción de la mortalidad general, mayor en hombres que en mujeres para ese periodo de tiempo (1997-2004).

Las tasas de mortalidad calculadas en el período 1997 a 2004, muestran un incremento lineal ascendente de baja pendiente, parámetro que es similar para ambos sexos y para el total de pacientes con sida.

Figura 8. Comportamiento de la mortalidad por sida. Colombia 1997-2004



Fuente: DANE. Defunciones por grupo de edad y sexo. Clasificación CIE 10

Se observa un incremento progresivo en la participación de las mujeres en las muertes por sida, el cual sobrepasa el 11% desde 1999. La distribución porcentual de participación femenina concuerda con la tendencia a la feminización de la epidemia, presentada en la distribución del total de casos reportados.

Las tasas de mortalidad por grupo de edades, calculadas para el período 1997 a 2004 muestran una tendencia incremental para el grupo de 15 a 44 años.

Las tasas de mortalidad ajustadas por sexo y grupo etáreo, para cada año y departamento se presentan en cuartiles para una mejor interpretación [Moreno, 2006]. En general, las tasas ajustadas de mortalidad más altas se presentaron entre 1999 y el 2002 en los departamentos de Quindío, San Andrés y Atlántico. Los departamentos con tasas

de mortalidad ajustadas en el cuartil más alto durante todos los años del periodo evaluado fueron Quindío, Valle y Atlántico. Otros departamentos que en casi todos los años presentan tasas ajustadas altas son Huila, Risaralda y San Andrés y la ciudad de Bogotá.

El análisis por cuartiles muestra que para los departamentos con tasas de mortalidad ajustadas por edad y sexo que se encuentran entre los tres cuartiles más bajos, la mortalidad por VIH/SIDA es estable y con un tendencia incremental ligera; mientras que en los departamentos con tasas ajustadas de mortalidad ubicadas en el cuarto cuartil, como Quindío, Atlántico y Valle y en alguna medida Bogotá, Huila, Risaralda y San Andrés, el comportamiento de la mortalidad es fluctuante en el tiempo, situación que debe ser observada y analizada con mayor profundidad, para evaluar los determinantes asociados a este comportamiento.

El número de años de vida potencialmente perdidos por vih/sida ha aumentado ocho veces entre 1991 y 2002 y su acumulado es 544.488 años. En 1991 se perdieron 25 años por cada 100.000 habitantes y para el año 2002 se perdieron 165 años por cada 100.000; 6.6 veces fue el crecimiento presentado durante esta década de los avpp por cada 100.000 habitantes.

La razón de crecimiento anual de los avpp de mortalidad por vih/sida muestra una tendencia lineal positiva 11,3 avpp por cada 100.00 habitantes.

El acumulado de avpp por grupos de edad entre 1991 y 2002 muestra que el mayor número de años perdidos se concentra en el grupo de edad de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 35 a 44 años y 15 a 24 años. Estos grupos de edad pertenecen al sector productivo o grupos que tienen la característica potencial de generación de riqueza e incluyen la población en edad reproductiva. Los embarazos ocurridos en esos grupos de edad generan más productos con infección por transmisión vertical, de ahí se explica que el peso de avpp en el grupo de 0 a 4 años sea mayor que en el grupo de 5 a 14 años.

Entre los años 1991 y 2002 la distribución de los avpp por sexo mostró un exceso en hombres, con una relación de 4,1 por cada mujer. En 1991, se perdían 7.041 avpp por cien mil hombres mientras que por cada cien mil mujeres se perdían 1.211 años, lo que indica que se pierden 5,8 avpp en hombres por cada avpp en mujeres. En los 12 años analizados se observó un incremento en el número de avpp en mujeres, con tendencia lineal negativa, en la razón avpp hombre:mujer, alcanzando una relación hombre:mujer en el 2002 de 3:1.

El grupo femenino está cada vez más afectado, lo que implica un aumento en el número de niños huérfanos.

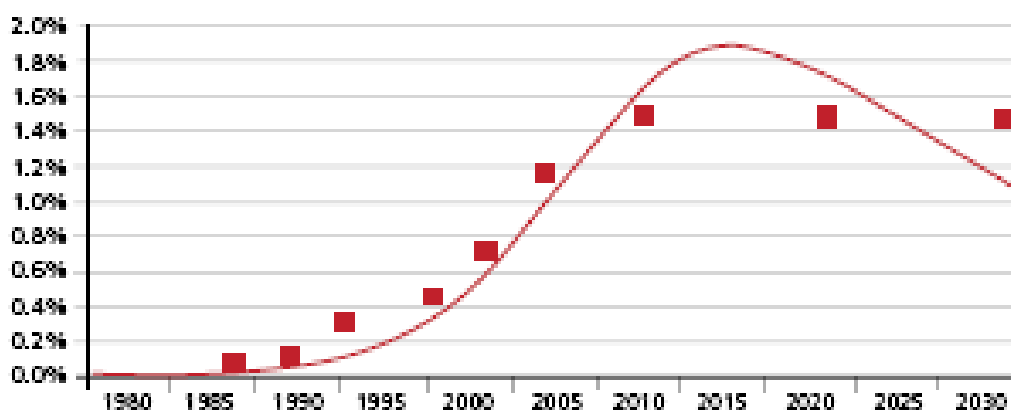
Hasta finales de los noventa, las estimaciones de la magnitud de la epidemia a nivel mundial se basaban principalmente en Epimodel [Chin y Lwanga, 1991], cuya utilidad se redujo significativamente con el advenimiento de la terapia antiretroviral. Las estimaciones más recientes de la magnitud de la epidemia se han realizado a nivel mundial con el modelo de estimación del punto de prevalencia Data-Spectrum, utilizando la hoja de cálculo diseñada para estimar prevalencias en epidemias concentradas [Onusida/Ministerio de la Protección Social, 2004].

Este modelo permite mediante la definición y la estimación de un rango de tamaño de las poblaciones tanto de alto como de bajo riesgo y de la estimación de un rango de prevalencia para cada una de las poblaciones definidas, hacer un cálculo del punto de prevalencia de personas viviendo con el virus o con sida en el país (pvvs), tomado como referencia los parámetros internacionales de comportamiento de la epidemia.

De acuerdo con las estimaciones, la prevalencia nacional del vih en población general de 15 a 49 años es cercana al 0.7% para el año 2005 y podría estar cerca del 1.5% para el año 2015. Se estima entonces para el 2005 la existencia de 171.504 personas de 15 a 49 años viviendo con vih o sida, 55.804 de las cuales son mujeres. La prevalencia estimada en este mismo grupo etéreo es de 0.6921% [Ministerio de la Protección Social/Onusida, 2005]. El número de personas viviendo con la infección (pvvs) en el país se estima en un

rango entre 170.000 y 220.000, de los cuales cerca de 4.000 podrían corresponder a personas con menos de 15 años de edad. Para el año 2010, el número estimado de casos podría pasar de 800.000 personas, de los cuales cerca de 16.000 corresponderían a personas con menos de 15 años de edad.

Figura 9. Estimación de prevalencia. Spectrum



Fuente: Ministerio de la Protección Social - Onusida.

La prevalencia nacional se ha valorado mediante seis estudios centinela, de diferente diseño y tamaño, efectuados en las fechas que se presentan a continuación junto con el resultado general de los mismos.

I	1988	0.02%
II	1991	0.10%
III	1994	0.30%
IV	1996	0.40%
V	1999	0.49%
VI	2003	0.65%

Este tipo de estudios son igualmente útiles para la estimación de prevalencias que los estudios de seroprevalencia en población general y ofrecen la ventaja de ser más económicos y más representativos de las poblaciones vigiladas. Permiten monitorizar la prevalencia de Vih-1 y observar la evolución de la infección en subgrupos de población.

Los resultados de los dos últimos estudios de vigilancia centinela realizados fueron publicados por el Instituto Nacional de Salud en 2002 y 2004 respectivamente [Moreno et al., 2000; Prieto et al., 2004]. Se observa una tendencia general y permanente al incremento de las prevalencias. En mujeres embarazadas aumentó del 0.06% en 1991 al 0.4% en 1999, y al 0.6% en el 2003. En mujeres con infecciones de transmisión sexual, las cifras se habían incrementado del 0.2% en 1994 al 1.1% en 1999 [Castro, 1995].

En el V estudio de vigilancia centinela se estimó la prevalencia de infección por vih en poblaciones con comportamientos de bajo y alto riesgo de once entidades territoriales del país, se hizo seguimiento a la evolución temporal de la epidemia en esas regiones, se realizó una predicción de la tasa de reproducción de la epidemia y se identificaron los grupos de población en que la magnitud de la epidemia era mayor o de crecimiento más acelerado.

El tamaño de muestra de este estudio fue de 22.069 personas. Se tomaron como poblaciones de bajo riesgo al grupo de mujeres embarazadas que consultaban por primera vez a control prenatal y a la población adulta que consultó por primera vez en el año a una consulta de medicina general y como población de alto riesgo a personas que consultaron por primera vez en el año a una clínica de enfermedades de transmisión sexual, con queja de dolor, úlcera o secreción genital.

El VI estudio de vigilancia centinela por su parte, buscó determinar la tendencia de la epidemia en el país y la carga que representa para el Sistema General de Seguridad Social (sgsss). Se estimó la prevalencia en poblaciones de “bajo riesgo” para vih/sida, en las entidades territoriales donde se efectuaron los estudios centinelas previos. Fue un estudio descriptivo y transversal en el que se hizo tamizaje de conveniencia a mujeres

gestantes y jóvenes de 15 a 24 años consultantes de los servicios de salud en diez de las once localidades centinelas utilizadas en el quinto estudio.

Para ambos estudios se hizo una caracterización de la muestra y se calculó la prevalencia por localidad, sexo, grupo poblacional y según fuera el caso afiliación al sgsss. En ambos estudios se establecieron pruebas de hipótesis e intervalos de confianza del 95%.

Según el V estudio de vigilancia centinela, la prevalencia total de vih/sida para el año 1999 fue del 0.49% (109/22.069), en mujeres gestantes del 0.24% (21/8.690), en adultos de la población general del 0.57% (50 /8.840), en jóvenes de 12 a 24 años del 0.53% (38/7.159) y en consultantes por its del 0.87% (38/4.350).

Para ese año, los departamentos y municipios que tuvieron una prevalencia mayor del 0,5% fueron en su orden Atlántico (1.2%), Norte de Santander (0.9%), Antioquia (0.9%), Cali (0,7%), Meta (0.5%) y Risaralda (0.5%). El promedio de edad de los casos confirmados era de 29 años (De 9.8 años), el 73% de los casos confirmados tenía una edad inferior a 35 años y el 35% estaba entre los 12 y 24 años de edad.

La población que consultaba por its presentaba el mayor número de casos confirmados con una diferencia significativa ($p < 0.001$) con relación a la que consultaba por medicina general o control prenatal y el riesgo de ser confirmado como positivo era 3.5 veces mayor en el grupo de consultantes a los servicios de salud por ets.

Los departamentos de Norte de Santander, Valle, Antioquia, Atlántico y la ciudad de Cali presentaban prevalencias superiores al 1% para los grupos de bajo riesgo y los departamentos de Meta, Norte de Santander y Risaralda y la ciudad de Cali presentaban prevalencias mayores al 2% para los grupos de alto riesgo. En comparación con los estudios centinela previos (Castro, 1995) se observó también una tendencia al ascenso de la prevalencia de infección en los grupos de bajo riesgo en Bogotá y Risaralda, en

hombres de 35 a 44 años y en mujeres menores de 24 años en Risaralda, Meta y la ciudad de Cali.

Según el VI estudio de vigilancia centinela, la prevalencia de vih/sida para el 2003 fue del 0.617% (20/3.239) en población de bajo riesgo, prevalencia que fué significativamente mayor a la esperada, que era del 0.5% ($p < 0,000$). La prevalencia en mujeres gestantes fue del 0.65% (IC95%: 0.215%-1.077%) y en jóvenes de 15 a 24 años fue del 0.59% (IC95%: 0.196%-0.986%)

Con relación al estudio de vigilancia centinela de 1999-2000, se observó una mayor prevalencia en la población de gestantes en 2003 (0.65% vs. 0.24%) y no se observaron diferencias significativas en las prevalencias en población juvenil. Aunque la diferencia encontrada en la población de gestantes fue significativa ($p < 0.0004$) se debe interpretar con cuidado dadas las diferencias metodológicas de los dos estudios.

Los departamentos y municipios que se ubicaron por encima de la prevalencia esperada de 0.5%, fueron en su orden Atlántico (1.67%), Santander (1,33%), Bogotá (0.71%) y Risaralda (0.67%). Los departamentos de Atlántico y Risaralda tuvieron al igual que en el año 2000 prevalencias por encima de la media esperada.

La mayor prevalencia se observó en afiliados al régimen subsidiado con el 0.86% (8/925) (IC95%: 0.214-1.516%), mayor que la esperada por régimen. Siete de los 10 casos confirmados en el grupo de hombres y mujeres de 15 a 24 años fueron hombres.

2.3 ESTUDIOS EN POBLACIONES ESPECÍFICAS

A continuación se presentan los resultados de los estudios de conocimientos y comportamientos sexuales documentados durante el quinquenio, así como los pocos

estudios de prevalencia efectuados en grupos específicos de población considerados de alta vulnerabilidad.

2.3.1 Hombres que tienen sexo con hombres. En el estudio de prevalencia y de comportamientos realizado en Bogotá en el año 2000 con una muestra intencional de 651 hsh visitantes frecuentes de sitios de encuentro gay localizados en el centro de Bogotá, se encontró una seroprevalencia de 18% [Icics/ins, 2000]. Aunque este resultado es alarmante, no refleja necesariamente la prevalencia nacional de Vih en esta población, por cuanto la muestra poblacional estudiada incluyó una alta concentración de hsh con altas frecuencias de prácticas sexuales no protegidas y de cambio de pareja sexual.

El 42.6% de los encuestados en este estudio se definió como “gay”, el 37.5% como homosexual, 11.4% como bisexual, el 2.6% no se definió y el 1.8% se definió como “de ambiente”. El 98.5% de los encuestados respondió que había tenido relaciones sexuales en los últimos dos años; el 49.7% tuvo su primera relación sexual entre los 15-19 años, el 29%, entre los 10-14 años y el 5.8% entre los 5-9 años. El 48% de los participantes había tenido sólo un compañero sexual en el último mes, el 23.3% entre dos y cuatro y el 4.6% entre 5 y 20 compañeros sexuales en el último mes. El 51% tuvo entre 2 y 4 compañeros sexuales en el último año, el 19% tuvo un solo compañero sexual y el 27.3% tuvo más de 4 compañeros sexuales en un año.

El 50.3% de los participantes reportaron contactar a sus compañeros sexuales en bares, el 39% en discotecas, 17% en saunas, en videos el 23.7%, en cines porno el 7.9%, a través de amigos el 12.8%, en parques 11.4%, en centros comerciales 16.25%, a través de internet 2.3% y en prostíbulos el 0.8%. Al establecer los intervalos de confianza de las diferencias entre lugares de contacto sobresalen tres grupos: bares y discotecas, saunas y videos, y lugares públicos; que pueden relacionarse con grupos de comportamiento diferencial. El 50.6% de los encuestados reportó tener una relación de pareja estable con un hombre, el 2.3% (15 individuos) reportaron relación de pareja estable con una mujer. El 5.7% habían tenido relaciones sexuales a cambio de dinero, el 1.6% a cambio de

comida, el 1.1% a cambio de compañía, el 0.8% a cambio de drogas, y el 0.9% a cambio de otros. El 4.3% dijo que había tenido relaciones sexuales a cambio de algo una sola vez, el 2.4% entre 10 y 20 veces y el 2.6% dijo que muchas veces.

El 56% de los individuos reportó haber tenido relaciones sexuales penetrativas sin usar condón y el 6.4% reportó usar siempre el condón. El 43.2% reportó haber sido penetrado por lo menos una vez sin condón y el 40.4% reportó no haber usado condón en su última relación anal. El 86.7% dijo practicar sexo oral sin protección y el 2.1% reportó tener sexo oral siempre con protección; el 42% reportó prácticas de sexo oral-anal sin protección y el 50.7% reportó haber recibido semen en su boca.

El 59% reportó penetración con condón algunas veces y frecuentemente, y el 20% reportó usar siempre condón. Las razones más frecuentes para el no uso de condón encontradas en este estudio fueron asumir que el compañero era vih negativo (27.7%) y estar muy excitado (26%).

Entre los factores del comportamiento y sociales asociados con vih/sida para este grupo de población se encontraron: pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, estar desempleado, haber tenido antecedentes de infecciones de transmisión sexual, tener múltiples relaciones y compañeros sexuales, haber intercambiado sexo por drogas, tener poca capacidad para negociar el uso del condón, y carecer de información o tener información incompleta o inapropiada.

En el estudio con hsh efectuado en 2005 en la ciudad de Villavicencio, con una muestra de 52 individuos entre 17 y 53 años de edad, el 49% de ellos se consideraba gay, el 18.4% bisexual y el 14,3 bisexual; el 16% de los encuestados estaba casado o tenía pareja sexual femenina [Fundación Henry Ardila, sds del Meta/SLS de Villavicencio/Alcaldía de Acacias, 2005]. El 88% reportó haber tenido relaciones sexuales con otro hombre en los últimos seis meses con una mediana de dos compañeros sexuales para ese periodo de tiempo.

El 88% de los encuestados había tenido sexo oral con un hombre en los últimos seis meses y el 36.7% había recibido o dejado semen en la boca. El 86% reportó haber tenido sexo anal en los últimos 6 meses. El 28% reportó haber usado preservativo la primera vez que tuvo relaciones anales y el 55.1% durante la última vez. De los 27 individuos que no usaron preservativo durante la última relación sexual anal, el 37% reportó no haberlo hecho por confianza en la pareja, el 29.6% por haberlo hecho con su pareja estable y el 29.6% por que consideraba que su pareja estaba sana. El 31.3% usó siempre preservativo durante las relaciones anales en los últimos 6 meses, el 52.1% algunas veces y el 16.7% nunca. El 20.4% reportó haber pagado por tener relaciones o que le habían pagado para tener relaciones sexuales.

El 49% (21 individuos) reportó haber tenido relaciones sexuales con una mujer con una mediana de una pareja femenina en los últimos 6 meses. El 29.2% de los que tuvieron relaciones sexuales con una mujer usaron preservativo; de los que no usaron, el 47.6% no lo hizo por considerar que su pareja femenina estaba sana y el 28.6% por que confiaba en su pareja. El 17% usó siempre preservativo con sus parejas mujeres y el 30.4% nunca lo usó.

De los 29 que manifestaron antecedente de enfermedad de transmisión sexual, el 44.8% mencionó algún tipo de secreción, el 20.7% secreción tipo gonorrea y el 17.2% disuria. El 10% había tenido secreción genital y el 15.7% úlcera genital en los últimos 12 meses.

El 52.9% se ha realizado la prueba de vih. El 12.9% de ellos sabe que su resultado es positivo, el 3.2% fue indeterminado y el 12.9% no conoce su resultado. Al 25% le solicitaron la prueba y fue voluntaria al 74.1%. El 16.7% consideró que no tiene posibilidad, el 62.5% alguna y 20.8% mucha posibilidad de adquirir el vih.

El 36.7% manifestó que ha sido rechazado por su orientación sexual. De estos 12 casos: 5 por su familia, 2 por su pareja, 2 por amigos y 3 por la sociedad. El 30.6% ha sido víctima de abuso sexual.

Las sustancias psicoactivas consumidas con mayor frecuencia por los hsh son el alcohol (79%) y la marihuana (19%). El 7.7% consumía diariamente marihuana, el 5.8% alcohol, el 3.8% bazuco y el 1.9% inhalables.

Con relación a la vigilancia biológica efectuada en este estudio, se encontró una proporción de seropositividad de 25% para vih, 1,9 para el virus de hepatitis B (vhb) y 7.7% para sífilis mucho más altas que en las mujeres trabajadoras sexuales de Villavicencio y Acacias. Puede asumirse que el alto porcentaje de seropositividad para vih se debe en gran parte a que el 13% de los participantes del estudio habían sido diagnosticados previamente. Se encontró un caso de co-infección de vih y vhb en este grupo poblacional. Dentro de los aportes al conocimiento epidemiológico del vih, la sífilis y el vhb, el estudio aporta sus descripciones, frecuencias y tendencias. Con relación a la sífilis, recuerda que la ulceración genital que esta produce es un factor asociado para adquirir otras its, principalmente de origen viral como herpes tipo 2, vhb y vih [Hernández et al., 1998]. Se ha establecido que las personas que presentan sífilis tienen un riesgo de 2–9 veces más de tener vih y el vih se ha aislado también en los exudados de úlceras genitales en hombre y mujeres [Plumier et al., 1994; Kreiss et al., 1989]. La liberación del vih en los fluidos genitales aumenta con los exudados y las reacciones inflamatorias de lesiones asociadas con its, lo cual hace que las personas infectadas con its o que son vih positivas sean mucho más infecciosas [Clemetson et al., 1993].

2.3.2 Mujeres en edad reproductiva. De acuerdo con las encuestas nacionales de demografía y salud (ends) efectuadas en el 2000 y en el 2005, la edad de inicio de relaciones sexuales de las mujeres disminuyó en el país durante este quinquenio. En el 2005, el inicio de relaciones sexuales en mujeres de 25 a 49 años fue en promedio 18,4 años [Profamilia, 2005a], un año menor con respecto al año 2000 cuando fue de 19,3 [Profamilia, 2000]. Según otro estudio efectuado en Bogotá en 2005, en el que se encuestaron 577 mujeres entre 25 y 64 años habitantes de seis localidades de Bogota (Usme, Bosa, Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Kennedy y Suba), el inicio de relaciones sexuales en mujeres de 25 a 69 años fue en promedio a los 17 años [unfpa/sds de

Bogotá, Fundación Henry Ardila/Iclc el Sida/Fundación Procrear/Assur, 2005]. Al comparar los diferentes grupos de edad en la encuesta de 2005, se encuentra que el 11% del total de mujeres entre 25 y 49 años del país tuvieron su primera relación sexual antes de los 15 años, en comparación con el 8% durante el año 2000.

El promedio de parejas para las mujeres colombianas durante el último año fue de una pareja. Para el 58.7% de las mujeres bogotanas el último compañero sexual fue el esposo, para el 29.3% el compañero, para el 6.5% el novio, para el 4% un amigo 4% y para el 1.4% un compañero casual.

Prácticamente el 100% de las mujeres entre 25 y 49 años del país conoce que el condón es un método anticonceptivo; en el 2005, el 45.6% de ellas reportó haber usado algunas vez en su vida el condón como método anticonceptivo, 12.5% más con relación al año 2000. En el 2005, el 6.8% de las mujeres entre 15 y 49 años reportó uso actual de condón, 1,3% más con relación al año 2000, porcentaje que asciende para el 2005 al 20.6% entre las mujeres en este grupo de edad no unidas y sexualmente activas [Profamilia, 2000 y 2005a]. El condón es más usado en Bogotá y menos en la Costa Atlántica.

Según el estudio de Bogotá, el 9.4% de las mujeres utilizó el preservativo durante la primera relación sexual y el 15% de las mujeres lo utilizó en la última relación sexual. El 41.9% de las mujeres que utilizaron el condón en la primera relación sexual lo continúan usando y el 12.4% que no lo usaron en la primera relación sexual lo utilizaron en la última. De las que usaron el condón en la última relación sexual, el 60% respondió que lo hizo para prevenir its/vih, 30.7% por higiene y 9.3% porque su pareja lo exigió.

El 7.1% de las mujeres colombianas utiliza siempre el condón en las relaciones sexuales [Profamilia, 2005]. En el estudio de Bogotá, este valor es del 4.7%. En Bogotá, las mujeres que no usan siempre condón, no lo hacen porque no lo consideran necesario (37%), consideran que su pareja está sana (32.2%) y porque no les gusta (21%). El 92.5% de las mujeres bogotanas sabe que los condones se consiguen en la farmacia o el

supermercado y solamente el 2.1% no sabe donde conseguirlos. Las mujeres que son amas de casa, cuya nivel educativo no pasa de primaria y que pertenecen al estrato 1 son más vulnerables ante el vih/sida [unfpa/sds de Bogotá, Fundación Henry Ardila/lclc el sida/Fundación Procrear/Assur, 2005].

En el 2005, prácticamente el 100% de las mujeres de 25 a 49 años del país reportaron haber oído hablar sobre el vih/sida; el nivel de conocimiento fue reportado como menor aunque sin duda alto, en mujeres entre 15 a 19 años, entre las de 40 a 49 años, en las que reportan no haber tenido relaciones sexuales, en las del área rural, en la región oriental, en mujeres sin ninguna educación y en las que vivían con los niveles más altos de pobreza [Profamilia, 2005a]. Las mujeres que poseen mayor información sobre las its en el país son las mujeres entre los 20 y los 35 años, mientras que las menores de 20 y las mayores de 35 años tienen menos información. En Bogotá, el nivel de conocimiento según grupo de edad fue similar al nacional, siendo mayor en el grupo de mujeres menores de 35 años.

En el 2005, el 77% de las mujeres de 25 a 49 años del país consideró que el uso de condón es una buena práctica para evitar el vih/sida, lo que representa un incremento del 15% con respecto al año 2000 [Profamilia, 2000 y 2005a]. Sin embargo, persiste la falta de conocimiento por parte de las mujeres del país sobre prácticas seguras para evitar la infección, particularmente en mujeres pobres y con carencias de educación [Profamilia, 2005a].

Según el estudio de Bogotá, el 56.9% de las mujeres entre 25 y 69 años consideran que para evitar una its se debe tener una pareja estable, el 53.8% que se debe usar preservativo y el 10.7% que debe guardarse abstinencia sexual [unfpa/sds de Bogotá, Fundación Henry Ardila/lclc el sida/Fundación Procrear/Assur, 2005]. El 13.2% de las mujeres bogotanas considera que el condón no protege contra el vih mientras que el 12.9% dijo no saber nada respecto del condón; el 13.8% opina que una persona que se ve no debe tener el vih mientras que el 11.4% dijo no saber; el 4% piensa que el vih no se transmite de la madre al hijo mientras que el 8% dijo no saber esa información.

El 6.6% de las mujeres encuestadas en Bogotá, reportó antecedentes de its y el 2.6% tenía diagnóstico previo de vih. El 21% mencionó haberse practicado la prueba de vih durante el embarazo.

2.3.3 Mujeres trabajadoras sexuales. La prevalencia de infección por vih entre mujeres trabajadoras sexuales en el país ha sido reportada entre 0.2 y 1.4% en estudios hechos en los noventa en Bogotá y otras ciudades intermedias [Espitia, 1990; Navas et al., 1992]. En Cali, se hicieron en 1989 y 1992, reportando prevalencias de infección de 0.18%, y 0.5% respectivamente. El 63% de todas las mujeres participando en el estudio del 92 reportó que nunca había usado condón. En Villavicencio, el estudio fue realizado en 1994 y la prevalencia reportada fue del 0.9%.

En el pasado quinquenio se efectuaron solo dos estudios de prevalencia realizados en Bogotá en 2002 y en Barranquilla a finales de 2005. El estudio de Bogotá (n=120) mostró una prevalencia del 0.7% y los factores de riesgo identificados fueron el no uso de condón, deficiente información acerca del vih/sida, el tiempo de exposición en función del tiempo de ejercicio como trabajadora sexual y haber tenido un episodio previo de its, particularmente de sífilis [Mejía, 2002]. En el estudio de Barranquilla, con una muestra de 120 mujeres trabajadoras sexuales, se encontró una prevalencia de infección de 3.3%, la más alta reportada en el país en este grupo de población [García et al.,2006].

La frecuencia de comportamientos sexuales protegidos es aún baja entre trabajadoras sexuales y sus clientes, de acuerdo con el estudio de comportamiento realizado en Bogotá en el año 2001 (n=120 TS y 120 clientes); 41% de la mujeres encuestadas reportó no haber usado condón en todos los intercambios sexuales, y de ellas el 72% no lo usaba principalmente por la oferta de mayor cantidad de dinero. El 61% de los clientes reportó no haber usado condón; 75% mencionó haber pagado para tener sexo sin condón en alguna ocasión; y 69% reportó no haber usado condón bajo el efecto de sustancias psicoactivas [Manco y García, 2002].

De acuerdo con la encuesta CAPS diligenciada por las participantes en el estudio efectuado en Barranquilla, 39% de ellas comenzó a trabajar en el comercio sexual antes de los 19 años de edad, 40% de ellas tenían aún falsas creencias acerca de las formas de transmisión del vih y de las manifestaciones clínicas del sida y 20% creían que el uso del condón no protege contra el vih; el 76% de las mujeres reportó usar el condón frecuentemente o siempre. Las principales razones para no usar el condón fueron confianza en la pareja estable (79%) y tener relaciones con un cliente regular (9%).

2.3.4 Usuarios de sustancias psicoactivas. Durante el último quinquenio, solamente se efectuó un estudio de prevalencia de infección por vih en este grupo de población. Los usuarios de drogas intravenosas en Bogotá mostraron prevalencias de 1.6% entre ex consumidores y del 1% entre consumidores [Mejía, 2003].

2.3.5. Personas privadas de la libertad. Colombia tiene cerca de 64.830 personas en prisión distribuidas en las 168 establecimientos carcelarios del país, de los cuales solamente 12 cárceles tienen capacidad para más de 1.000 internos, lo que significa una sobrepoblación carcelaria del 38.4% [Candanoza, 2006]. El 93% del total de personas en prisión en el país son hombres, el 81% tienen edades entre los 18 y 39 años y el 61% tienen solamente un nivel educativo de primaria incompleta.

La situación de salud de las prisiones es crítica debido a la sobrepoblación, la alta movilidad del personal, el bajo nivel educativo y en general la falta de recursos para mejorar las condiciones de los internos. Las enfermedades infecciosas son la primera causa de morbilidad en la población carcelaria del país con las its en el tercer lugar. Hasta diciembre de 2005 se habían diagnosticado 123 personas viviendo con el virus o con sida en las prisiones del país, el 67.5% de estos en establecimientos penitenciarios, el 24.4% en establecimientos carcelarios y el 8.1% en reclusiones de mujeres. El 91.9% de los casos identificados se han presentado en hombres.

El estudio realizado en población de la cárcel de Villavicencio en 1994 [Boshell et al., 1998], mostró una prevalencia del 1%, en contraste con la reportada por un proyecto piloto realizado en Bogotá en las cárceles “La Picota” y “La Modelo” en el 2001 [Inpec/Onusida, 2001], en el cual 650 internos aceptaron hacerse la prueba serológica y 4 de ellos resultaron positivos, para una prevalencia del 0.6%. Este estudio también mostró que un 42% de los encuestados habían tenido prácticas sexuales penetrativas no protegidas durante el último año; de estos, el 60% reportó haber tenido relaciones sexuales vaginales, el 29% relaciones sexuales anales y el 12% relaciones sexuales orales. Durante el año 2004, dentro del marco de un programa de prevención llevado a cabo en cárceles con el cual se beneficiaron cerca de 20.000 reclusos, se practicaron 12.875 pruebas y se diagnosticaron 96 nuevos caso de infección, para una prevalencia de 0.7% [Uribe, 1995].

En la encuesta caps aplicada en el año 2004 en cinco centros de reclusión de Bogotá (Cárcel Distrital, Cárcel Modelo, Centro de reclusión femenina El Buen Pastor, Escuela de trabajo El Redentor y Hogar Femenino Luis Amigó) diligenciada por 554 personas (81% hombres) privadas de la libertad, el 6.8% había tenido relaciones sexuales con personas de su mismo sexo en los últimos 12 meses [unfpa/sds de Bogotá, Fundación Henry Ardila/lclc el sida/Fundación Procrear/Assur, 2005a]. Habían tenido más prácticas homosexuales quienes llevan mayor tiempo de reclusión, frente a quienes llevan menor tiempo (10.1% vs. 3.5%, $p=0,0127$). El 23.3% utilizó preservativo durante la última relación sexual con su pareja estable; el 3.1% no recuerda si lo utilizó. Las principales razones para no usar el preservativo durante esa última relación con su pareja estable fueron considerar que la pareja estaba sana 55.7%, seguido de confianza en la pareja con 49.8% y por creer que la pareja no tiene el vih con un 27.7%

2.3.6 Jóvenes y adolescentes escolarizados y no escolarizados. De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional sobre comportamientos sexuales de jóvenes y adolescentes escolarizados, publicada en el año 2000 y diligenciada por cerca de 20.000 estudiantes de secundaria de 68 municipios, se hizo evidente el inicio temprano de las

relaciones sexuales penetrativas y una baja adopción del uso consistente del condón. La media de la población estudiada fue de 16 años, con edades entre 13 y 18 años, el 46.3% hombres y el 54.6% mujeres. El 94% estudiantes de secundaria y el 6% de nivel técnico y universitario. El 40% de encuestados había tenido relaciones sexuales penetrativas, entre estos el 71% tuvo su primera relación antes de los 15 años. El 72% de quienes habían tenido este tipo de relación lo había hecho en los últimos 12 meses y entre estos el 95.4% correspondían a penetración pene vagina. Sólo el 17.4% había usado siempre condón, el 42% algunas veces y el 40.6% nunca lo uso. Se encontró una relación positiva entre el uso del condón y el aumento de la escolaridad, al igual que con el aumento de la edad. Es mayor el uso de condón por parte de los hombres que de las mujeres. El 60.2% de quienes sostuvieron relaciones penetrativas lo hizo con una única pareja y el 92.9% refieren relaciones únicamente con el sexo opuesto. El 25% reportó haber usado condón en su primera relación y el 34% de los hombres y 26% las mujeres habían usado condón en su última relación sexual [García et al., 2002]. La diferencia reportada en el uso de condón entre hombres y mujeres jóvenes es más evidente en la región Caribe, donde en otro estudio con jóvenes en contexto de desplazamiento también fue reportada una baja prevalencia de uso de condón [Profamilia, 2001].

De acuerdo con los resultados de una encuesta diligenciada en el año 2002 por jóvenes y adolescentes viviendo en contexto de desplazamiento forzado (n=690), 70% de los hombres y 34% de las mujeres tuvieron su primera relación sexual penetrativa antes de cumplir 16 años, 40% reportaron más de una pareja sexual en el último año; 15% de los hombres y 12% de las mujeres usaron condón en su primera relación sexual penetrativa; 24% de los hombres y 11.3% de las mujeres reportaron uso consistente del condón en el último año [García et al., 2002a].

En otra encuesta con jóvenes en contexto de desplazamiento forzado (n=1728) efectuada en 2003 en Montería, municipio de la región Caribe, 11.2% de los hombres y 7.4% de las mujeres reportaron uso consistente del condón, 15.8 % de los hombres y 10.8% de las mujeres usaron condón en su última relación sexual penetrativa [Eriksson et al., 2003].

En la encuesta caps realizada en la isla de San Andrés en el año 2001 [Serrano et al., 2005] con jóvenes y adolescentes residentes en la isla, el 97.2% de los encuestados había escuchado alguna vez sobre el vih o sobre Sida. El 58.1% de los encuestados manifestó no tener riesgo de adquirir el vih y el 36.8% percibía algún riesgo personal frente a la infección. El 56.4% de las mujeres y el 46.9% de los hombres habían recibido información sobre vih de profesionales de la salud (OR:1,47; p=0,048); el 51.4% de las mujeres y el 38.3% de los hombres, recibieron la información de profesores (OR:1,70; p=0,007). El 55.8% de los adolescentes y 44.9% de los adultos recibieron información sobre vih de los profesionales de la salud (OR:1,55; p=0,036); el 45.6% y el 34.6%, respectivamente, de la familia (OR:1,59; p=0,03).

El 82.4% consideró que las personas se protegen del vih utilizando preservativo de manera correcta. El 89% de las mujeres y el 78% de los hombres mencionaron este tipo de protección (OR:2,25; p=0,002); no se encontró diferencia por edad. El 67.4% mencionó la abstinencia sexual como forma de protección. El 23.4% de los encuestados creía que la infección se puede adquirir por la picadura de un mosquito. El 32.8% consideró que a un profesor infectado con vih no se le debería permitir que continúe enseñando en la escuela. Los encuestados menores de 18 años iniciaron su vida sexual en promedio a los 13.52 años (n=153) y los mayores, en promedio, a los 14.8 años (n=114), con diferencias estadísticamente significativas (p=0,00). El 82.6% de los hombres y el 90.8% de las mujeres que iniciaron vida sexual activa habían tenido relaciones en los últimos 12 meses (p=0,05). El 43% de los encuestados reportó uso del preservativo en su última rsp, con diferencia significativa por sexo: 51.2% de los hombres y 34.3% de las mujeres (p=0,006). El 21.6% de quienes habían tenido relaciones sexuales en el último año dijo haber usado siempre el preservativo. El 28.6% nunca lo había usado. El 71.2% de quienes usaron preservativo en la primera relación sexual, lo usaron en la última; el 33.5% de quienes no lo usaron en la primera, lo usaron en la última (OR=4,88; p=0,000). El 28.2% de los que mencionaron haber tenido relaciones sexuales alguna vez, utilizaron preservativo en su primera relación sexual, porcentaje más alto que en otras regiones del país, al igual que el 59.1% de los que han tenido más de una pareja sexual en el último año usaron el preservativo en la última relación sexual y el 31.5% de los que han tenido una sola pareja,

lo cual sugiere un mayor uso de condón respecto al mayor número de parejas sexuales. De igual manera se reportó un 43% de uso de condón en la última relación sexual, siendo este porcentaje mayor que en otras regiones del país.

Las principales razones que argumentaron los jóvenes para el no uso del preservativo en la última relación sexual fueron: confianza en la pareja (27%), no les gusta (25.8%), creen que su pareja está sana (19.9%), desacuerdo de la pareja (13.9%) y estar muy excitados (13%).

3. VIH EN SAN GIL

3.1 DESCRIPCION DEL MUNICIPIO

Declarada Capital Turística del Departamento de Santander por Ordenanza de la Asamblea Departamental No 034 de 2004.

Cabecera de la Provincia de Guanenta, y la ciudad más importante del Sur de Santander. Para llegar a ella debemos atravesar el majestuoso Cañón del Chicamocha en donde podemos visitar al Parque Nacional Chicamocha “PANACHI” y bañarnos en las caudalosas aguas del río Chicamocha.

Con una infraestructura hotelera con capacidad para albergar mas de 2000 visitantes con diferentes ambientes para todos los gustos.

Como centro turístico es cuna y pionera del turismo de Aventura e igualmente en este bello municipio, podemos disfrutar del turismo cultural, gastronómico, arquitectónico, agroturismo y ecoturismo para el agrado de propios y visitantes. Encontramos atractivos naturales y religiosos como: El Parque Natural El Gallineral, El Río Fonce, El Malecón Cacique Guanentá, El balneario Poso Azul, El Cerro de al Cruz, el Cerro de la Gruta, Parque Ragonessi, entre otros.

Su arquitectura colonial española y sus calles empedradas con singulares nomenclaturas como; Los caracoles, la cruz, entre otras, han sido testigo de un paso colmado de raza indígena, nobleza e hidalguía.

Nombre del municipio: SAN GIL

NIT: 800.099.824 – 1

Código Dane: 679

Gentilicio: Sangileño

Otros nombres que ha recibido el municipio:

- La Perla del Fonce
- Capital de La Provincia de Guanentá
- Capital Turística de Santander

Reseña geográfica:

El municipio de San Gil define uno de los centros de actividad más importantes de la Región Andina Santandereana, conforma conjuntamente con el municipio de Barbosa dos nodos conurbados y uno de los ejes de actividad (la vía 45A) con mayor densidad de casco urbanos, densidad poblacional y de actividades. Dentro de los lineamientos departamentales forma uno de los lados del claustro departamental con polos en el área metropolitana, Barbosa, Cimitarra y Sabana de Torres.

Concentra en su casco urbano una serie de instituciones de nivel nacional departamental y provincial, que lo hacen un centro administrativo comercial prestador de servicios a la Región.

Límites del municipio:

- Al Norte con Villanueva y Curití.
- Al Este con Curití y Mogotes.
- Al Sur con Valle de San José, Páramo y Pinchote.
- Al Oeste con Pinchote, Cabrera, Barichara y Villanueva.

Extensión total: 14.809 Hectáreas Km²

Extensión área urbana: 722 Hectáreas Km²

Extensión área rural: 14.087 Hectáreas Km²

Altitud (metros sobre el nivel del mar): 1.114 m.s.n.m.

Temperatura media: La temperatura media anual es: 24.7 °C, la media de máximos: 26.6°C y la media de mínimas: 23.1 °C. Centígrados

Distancia de referencia: SAN GIL – BUCARAMANGA: 96 Kilómetros y SAN GIL – BOGOTA D.C.: 327 Kilómetros

Economía

La economía de San Gil esta enfocada a actividades de tipo agropecuario, industrial, comercial, industrial y turísticas principalmente, detectándose el predominio de la actividad agropecuaria y comercial. Estos dos renglones se han posesionado de la producción y comercialización en productos agrícolas como el café, maíz, caña de azúcar, tabaco, fríjol y frutas entre otros, además la producción pecuaria caracterizado por la cría y el levante de ganado vacuno, caprino y ovino. La industria manufacturera ocupa un lugar significativo dentro de la economía municipal, resaltando las factorías de cemento, empaque de fique, molinos y trilladoras. El comercio es sobresaliente debido a su posición estratégica como nodo interregional, departamental y nacional debido a la confluencia vial.

El turismo ha venido tomado posicionamiento a nivel municipal debido a los atractivos turísticos con los que cuenta la amplia geografía urbana y rural de la zona destacándose actividades; el canotaje, espeleología, caminatas ecológicas etc. San Gil le ofrece al turista escenarios variados, ambientes naturales y divertidos como son el Parque El Gallineral, balneario Pozo Azul, Parque Ragonessi, senda espacio público “El Malecón” y caminos de herradura Vereda Santa Rita, los cuales le ofrece al viajero un paquete turístico variado y alternativo donde tras el trayecto Bogotá- Bucaramanga me genera una secuencia de estaciones de siete horas de recorrido así:

La población rural se dedica principalmente a la actividad agropecuaria, basada en los cultivos semestrales de tomate, fríjol y yuca; algunos permanentes como café, caña y cítricos. El renglón ganadero es menor y representa el 20,25% del hato de Santander y el 17,2% de la producción lechera del Departamento. Explotaciones alternas de piscicultura,

porcinos y de aviares empiezan a tener relevancia en el sector. San Gil capital provincial y una de las ciudades más importantes de la troncal del oriente, es exaltada CAPITAL TURÍSTICA DE SANTANDER en julio de 2004. Estos reconocimientos llegan a fortalecerla como POLO DE DESARROLLO, EPICENTRO TURÍSTICO Y DESPENSA AGRÍCOLA del sur de Santander, apreciándose el crecimiento constante de su población, del mercado regional y de sus actividades financieras, industriales y académicas.

3.2 PROBLEMA LOCAL

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de salud pública en los países en vías de desarrollo debido a la infertilidad, discapacidad a corto plazo y las consecuencias médicas y psicológicas para miles de hombres, mujeres y niños. Las consecuencias de las ITS son dramáticas si se tiene en cuenta su contribución potencial a la transmisión de la infección por VIH. Los estudios epidemiológicos de vigilancia sobre las poblaciones vulnerables son claves debido a la información que suministran para los programas de prevención e intervención.

La escasez de datos básicos sobre la verdadera incidencia y prevalencia de las ITS, no permite contar con información confiable para estimar el impacto de la transmisión de este tipo de enfermedades en los países en vía de desarrollo como el nuestro. Por ello, se considera importante realizar estudios que provean una aproximación a la real de las ITS en el municipio de San Gil, ya que no se conocen estudios en los últimos años sobre la epidemiología de las ITS.

La recolección de los datos de las entidades de salud y la divulgación de ellos generara en la población Sangileña las alertas preventivas para sensibilizarla con una realidad que latente y que de no ser controlada podría generar un problema de salud publica.

Aunque en Colombia existen diferentes organismos gubernamentales y privados que se encargan de recolectar datos sobre diferentes tópicos que interesan a especialistas en salud pública, epidemiológicos y en general a profesionales de las ciencias medicas y sociales, es limitada la información que estos datos pueden generar, porque en muchos casos se encuentran fragmentados en las diferentes entidades de salud.

Teniendo en cuenta el tema en salud publica escogido se hace prioritario realizar la recolección de la información de los últimos tres años y generar patrones comparativos cualitativos y cuantitativos que proporcionen herramientas de trabajo para las entidades encargadas de la promoción, prevención y control de las ITS y del VIH/SIDA en el municipio, ya que existe una sentida preocupación por las instituciones de salud y por los entes departamentales por identificar de manera consolidada dicha información.

La recolección de los datos de las entidades de salud y la divulgación de ellos generara en la población Sangileña las alertas preventivas para sensibilizarla con una realidad que no es ajena y que de no ser controlada podría generar un problema de salud publica.

3.3 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo en las ITS tienen un componente psicosocial y cultural que requieren intervenciones interdisciplinarias e intersectoriales y por esto su impacto será medible en el mediano y largo plazo.

- Inicio temprano de relaciones sexuales.
- Práctica de relaciones sexuales penetrativas sin protección.
- Alta tasa de recambio de parejas sexuales.
- Incumplimiento del deber de informar de que padece una ITS y que ésta requiere tratamiento.
- Deficientes conocimientos acerca de la sexualidad y de prácticas sexuales seguras.

- Alta prevalencia de ITS asintomáticas.
- No uso o uso inadecuado del preservativo.
- Pobre acceso a servicios de salud o subutilización del servicio por preferencia de asistencia a droguería o “curandero”.
- Transmisión vertical de la madre al niño durante el embarazo, el parto o el puerperio.
- Consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, en la medida que favorecen el ejercicio de prácticas sexuales sin protección.

Se definen para su intervención los siguientes factores de riesgo:

- Ejercicio de las relaciones sexuales penetrativas desprotegidas en la población general.
- Deficiente información sobre sexualidad y derechos sexuales y reproductivos.
- Deficiente calidad de los programas de atención a la gestante y de las ITS VIH/SIDA.

FOCALIZACION DEL RIESGO

- Para la focalización de las ITS se tuvieron en cuenta la tasa de incidencias de la infección por VIH/SIDA, sífilis congénita y hepatitis B.

Se considerará como de alto riesgo quienes presentan al menos 2 incidencias superiores al promedio Departamental.

Tabla 3. Estadísticas en los servicios de salud sexual y reproductiva

NUMERO DE CASOS	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Número de casos de infección por VIH	25	24	25	31	36	40

Fuente: Secretaria de Salud Departamental y Secretaria de Salud Municipal.

3.4 ANALISIS DE INFORMACION

Se aplicó una encuesta con el fin de conocer la opinión personal respecto del tema tratado, con el único propósito de realizar una investigación concluyente a 250 personas ubicadas en el casco urbano de San Gil, en las edades entre 18 y 45 años, por ser las que según los datos estadísticos insertos en los capítulos 1 y 2 tienen vida sexual totalmente activa.

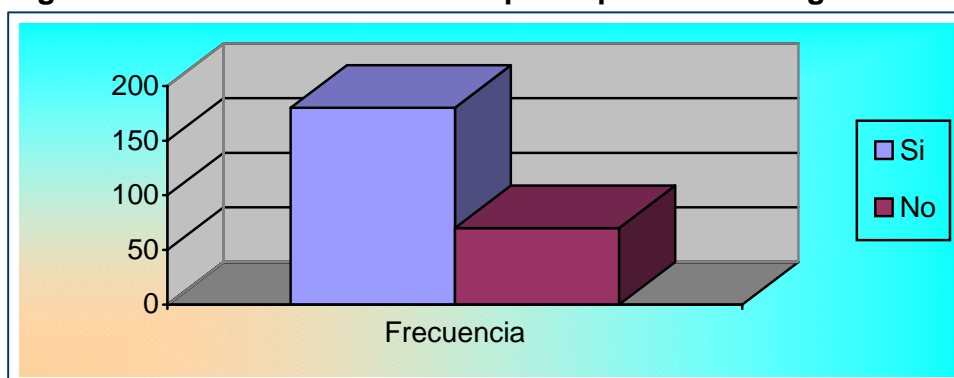
1. Conoce qué es el VIH?

Cuadro 1. Conocimiento del VIH por la población sangileña

Respuesta	Frecuencia	Composición
Si	180	72%
No	70	28%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 10. Conocimiento del VIH por la población sangileña



Fuente: la investigadora

El 72% de la población analizada conoce qué es el VIH, el 28% restante afirma no conocer qué es esa enfermedad. Si se hace la inferencia estadística al total de la población se podrá determinar que preocupantemente el 28% de toda la población sangileña no tiene conocimiento acerca de la enfermedad ni de sus implicaciones. Lo anterior demuestra la necesidad imperativa de seguir con la labor informativa y formativa respecto de la prevención al contagio de esta enfermedad y la promoción de la educación sexual a todas las edades.

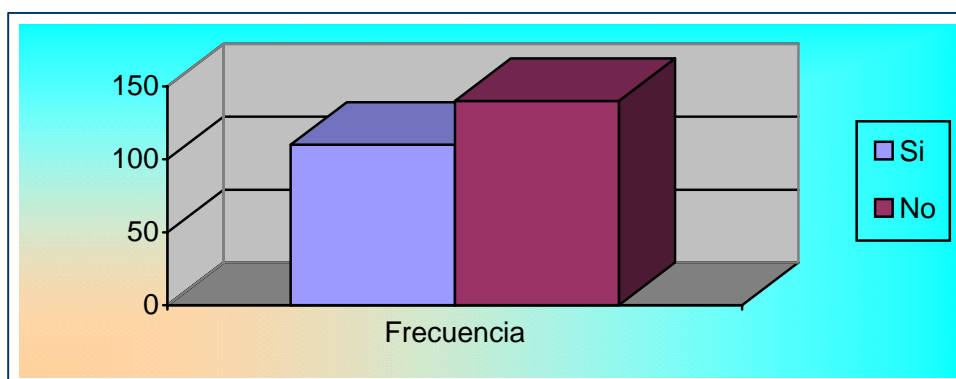
2. Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?

Cuadro 2. Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?

Respuesta	Frecuencia	Composición
Si	110	44%
No	140	66%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 11. Conocimiento del VIH por la población sangileña Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?



Fuente: la investigadora

Pese a que en el ítem anterior, el 72% de la población conoce la enfermedad, solamente el 44% del total de la población ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad. Este indicador conlleva a ratificar la conclusión de potencializar la labor de instrucción de manera personalizada a la población objetivo.

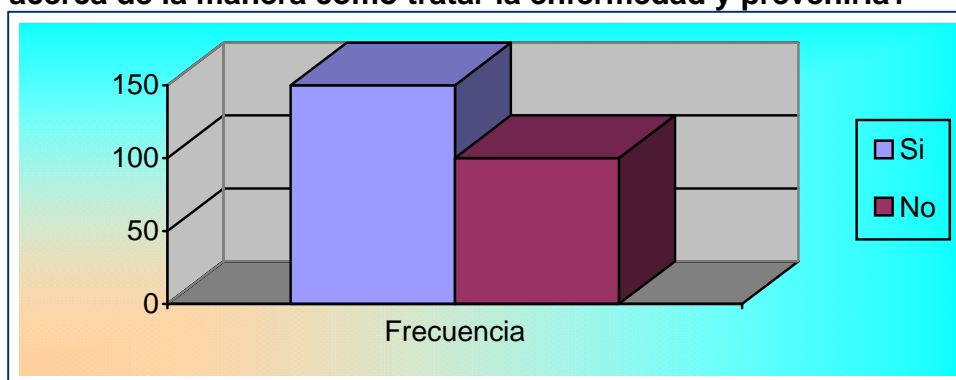
3. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?

Cuadro 3. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?

Respuesta	Frecuencia	Composición
Si	150	60%
No	100	40%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 12. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?



Fuente: la investigadora

El 60% de la población ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera como tratar la enfermedad y prevenirla. Se considera que al 40% faltante no ha tenido el interés suficiente para hacerlo, razón por la cual se determina que es preciso despertar en la ciudadanía la cultura del autocontrol y la prevención del riesgo.

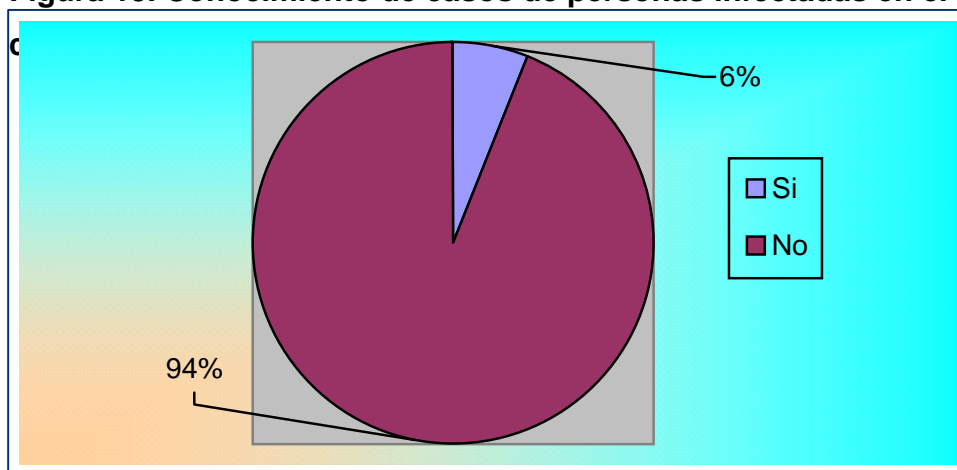
4. Conoce de algún o algunos casos de personas infectadas en su círculo cercano? (amigos, parientes)

Cuadro 4. Conocimiento de casos de personas infectadas en el círculo cercano (amigos, parientes).

Respuesta	Frecuencia	Composición
Si	15	6%
No	235	94%
Cuantos	7	-
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 13. Conocimiento de casos de personas infectadas en el círculo



Fuente: la investigadora

El 94% de la población no tiene conocimiento concreto de casos cercanos de personas infectadas en su círculo más cercano de amigos y parientes.

Tan solo el 6% de los encuestados manifiesta tener ese tipo de experiencia.

Los casos de personas infectadas en algunos de los encuestados son comunes en ambos casos, por lo tanto, el número de casos conocidos no es el mismo número de personas que respondieron afirmativamente a la pregunta.

5. Si usted o algún miembro de su núcleo familiar resultare infectado:

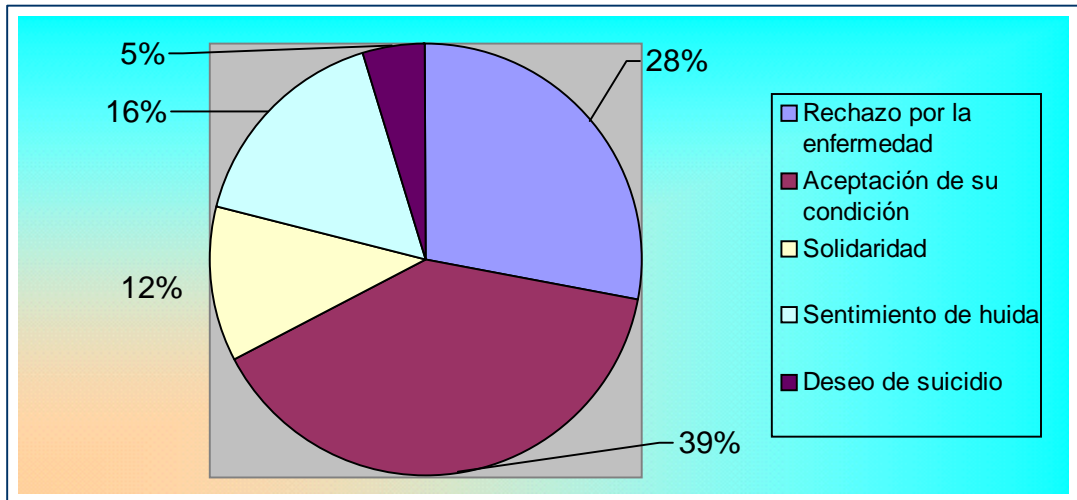
a. Cual sería su actitud emotiva?

Cuadro 5. Actitud emotiva en caso de resultar infectado o algún familiar

Respuesta	Frecuencia	Composición
Rechazo por la enfermedad	70	28%
Aceptación de su condición	98	39%
Solidaridad	29	12%
Sentimiento de huida	41	16%
Deseo de suicidio	12	4%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 14. Actitud emotiva en caso de resultar infectado o algún familiar



Fuente: la investigadora

Con respecto al sentimiento emotivo, se observa que el 39% de la población aceptarías su condición o la de su familiar, el 28% experimentarían el sentimiento de rechazo por la enfermedad, con sus reacciones consecuentes tales como rabia, resentimiento, impotencia por la solución y depresión, el 16% opina que experimentaría sentimiento de huida, dado que no quisieran que nadie se enterara de tal situación.

El 12% de los encuestados opina que desarrollaría el sentido de solidaridad por su condición o por la de su familiar infectado, y consecuentemente sería una persona cooperante en los procesos clínicos del caso.

Y un porcentaje preocupante del 5% de los interrogados opinan que una vez adquirida esta enfermedad, la vida ya no tiene sentido, es morir lentamente y no están dispuestos a soportar el rechazo de la sociedad, prefieren optar por el suicidio.

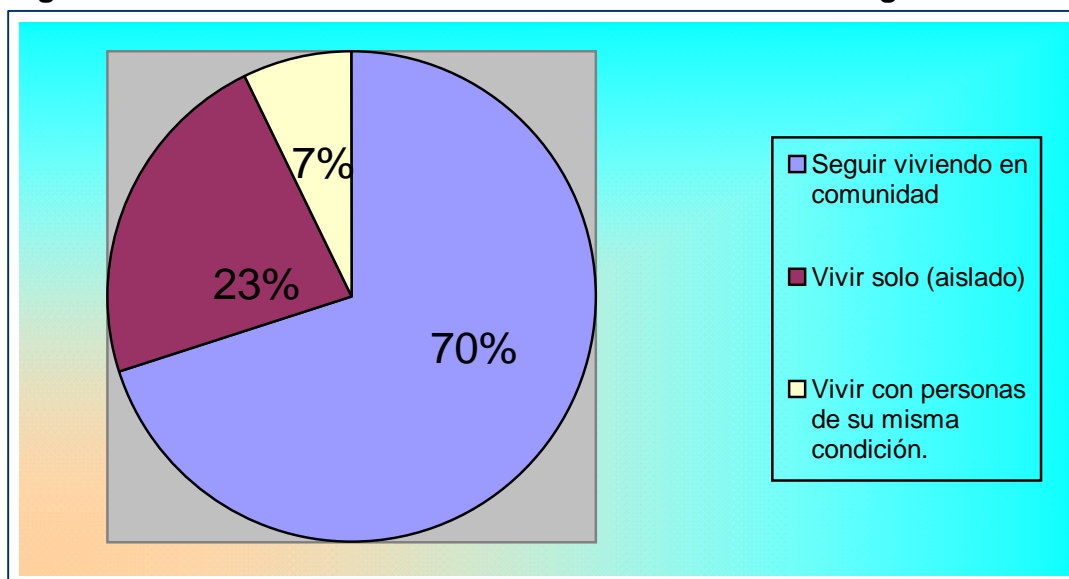
b. Cual sería su actitud social?

Cuadro 6. Actitud social en caso de resultar infectado o algún familiar

Respuesta	Frecuencia	Composición
Seguir viviendo en comunidad	175	70%
Vivir solo (aislado)	57	23%
Vivir con personas de su misma condición.	18	7%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 15. Actitud social en caso de resultar infectado o algún familiar



Fuente: la investigadora

El 70% de la población considera que su vida en comunidad debe continuar normalmente, el 23% opina que definitivamente viviría solo, aislado totalmente de la comunidad para evitar riesgos de contagio, ese mismo porcentaje experimenta sentido emotivo de huida. Y

el 7% considera que preferiría vivir con personas de su misma condición. Se observa que existe un alto rango de personas (23%) que tendría en determinado momento necesidad de una sensibilización más profunda con respecto a la elaboración de sus sentimientos respecto de la enfermedad en su condición personal o la algún familiar cercano.

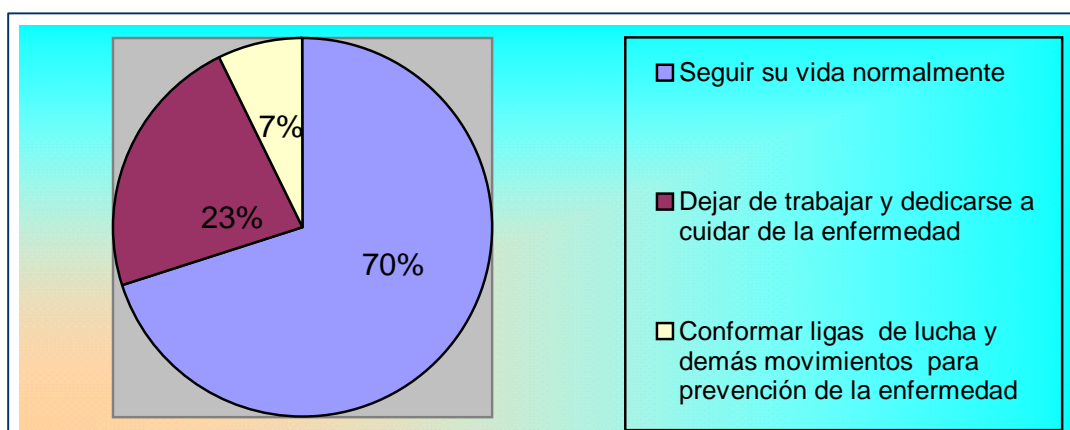
c. Cual sería su actitud laboral?

Cuadro 7. Actitud laboral en caso de resultar infectado o algún familiar

Respuesta	Frecuencia	Composición
Seguir su vida normalmente	175	70%
Dejar de trabajar y dedicarse a cuidar de la enfermedad	57	23%
Conformar ligas de lucha y demás movimientos para prevención de la enfermedad	18	7%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 16. Actitud laboral en caso de resultar infectado o algún familiar



Fuente: la investigadora

Esta pregunta guarda relación directa con el sentimiento social, es decir, la misma cantidad de personas que opina que seguiría viviendo en comunidad opina que su vida laboral mientras las condiciones físicas se lo permitan, seguirá normalmente, puesto que deben trabajar para generar los recursos necesarios para la atención de su enfermedad, sin importar que es una enfermedad de alto costo y que por esta situación el FOSYGA subsidia su tratamiento.

El 23% quienes se quieren apartar de todo contacto con la sociedad, se dedicarían a cuidar de su enfermedad y por ende abandonarían el trabajo.

Y el 7% restante tendrían una actitud más filantrópica y altruista con respecto a la enfermedad, se dedicarían a conformar ligas de lucha y demás movimientos necesarios para prevenir y controlar la enfermedad, para que no llegue a infectar a otras personas.

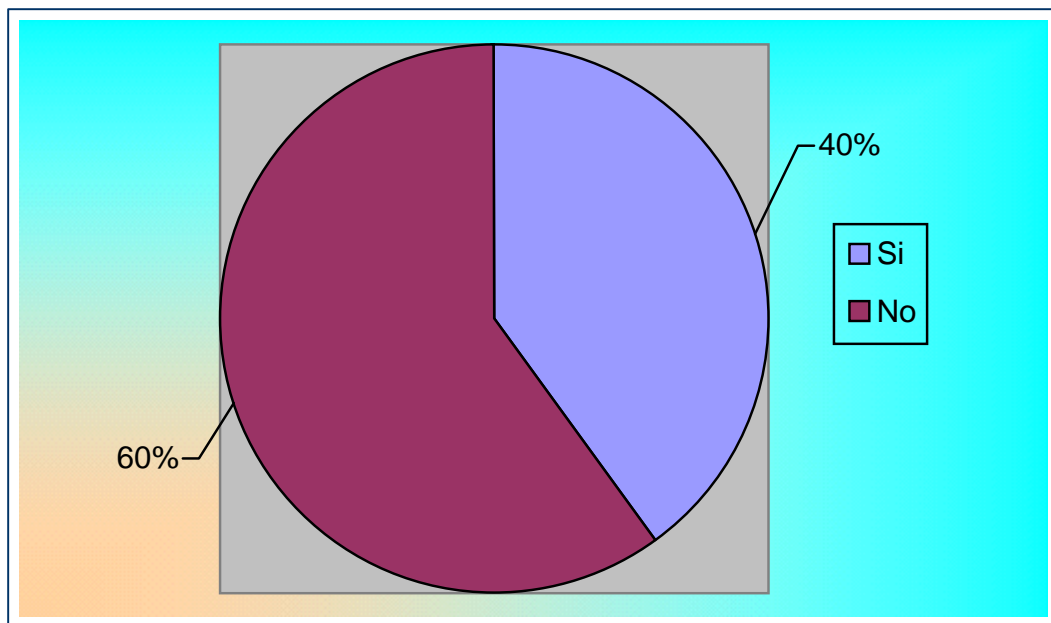
6. Usted se siente preparado psicológicamente para enfrentar una situación de enfermedad por VIH en usted mismo o en un familiar cercano?

Cuadro 8. Sentimiento de preparación psicológica para enfrentar la enfermedad en su propia persona o en la de un familiar.

Respuesta	Frecuencia	Composición
Si	100	40%
No	150	60%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 17. Sentimiento de preparación psicológica para enfrentar la enfermedad en su propia persona o en la de un familiar.



Fuente: la investigadora

El 40% de la población considera que están preparados psicológicamente para enfrentar la enfermedad en su propia persona o en la de un familiar, aún cuando se observa cierta incertidumbre en su respuesta.

El 60% de la población afirma de manera concreta, que pese a su actitud abierta con respecto al tema, no se sienten preparados para asumir esta enfermedad y todas sus consecuencias.

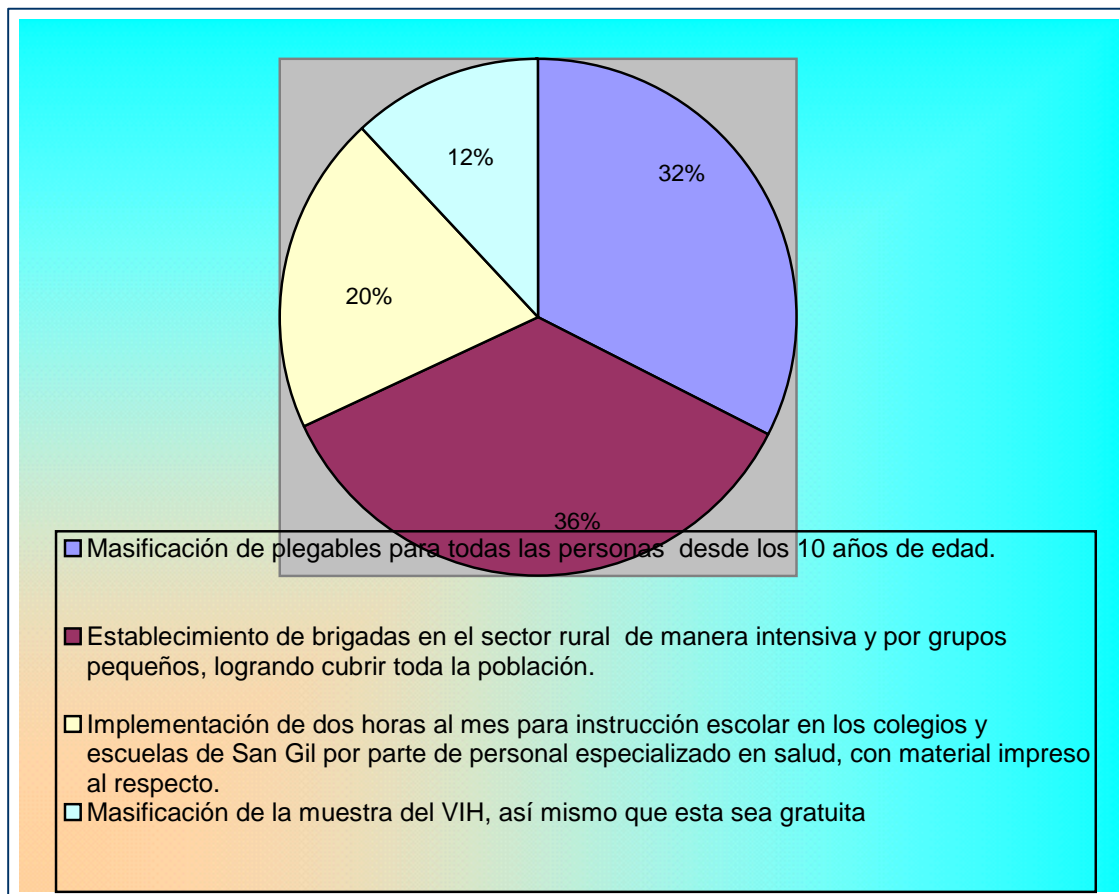
7. Qué propone para minimizar el riesgo de contagio de la enfermedad en el Municipio de San Gil

Cuadro 9. Propuestas

Respuesta	Frecuencia	Composición
Masificación de plegables para todas las personas desde los 10 años de edad.	81	32%
Establecimiento de brigadas en el sector rural de manera intensiva y por grupos pequeños, logrando cubrir toda la población.	89	36%
Implementación de dos horas al mes para instrucción escolar en los colegios y escuelas de San Gil por parte de personal especializado en salud, con material impreso al respecto.	50	20%
Masificación de la muestra del VIH, así mismo que esta sea gratuita	30	12%
TOTAL	250	100%

Fuente: la investigadora

Figura 18. Propuestas



Fuente: la investigadora

Las propuestas presentadas por la comunidad sangileña, apuntan hacia la potencialización de la educación a nivel general, utilizando varias alternativas para hacerla más efectiva en los diferentes escenarios que al respecto posee el municipio como los son; el área rural, y el ara urbana y dentro de las mismas, la población escolar y la que no lo es. En virtud de lo anterior se plantean algunas propuestas las cuales se listan a continuación:

- ✓ Masificación de plegables para todas las personas desde los 10 años de edad.

- ✓ Establecimiento de brigadas en el sector rural de manera intensiva y por grupos pequeños, logrando cubrir toda la población.
- ✓ Implementación de dos horas al mes para instrucción escolar en los colegios y escuelas de San Gil por parte de personal especializado en salud, con material impreso al respecto.
- ✓ Masificación de la muestra del VIH, así mismo que esta sea gratuita

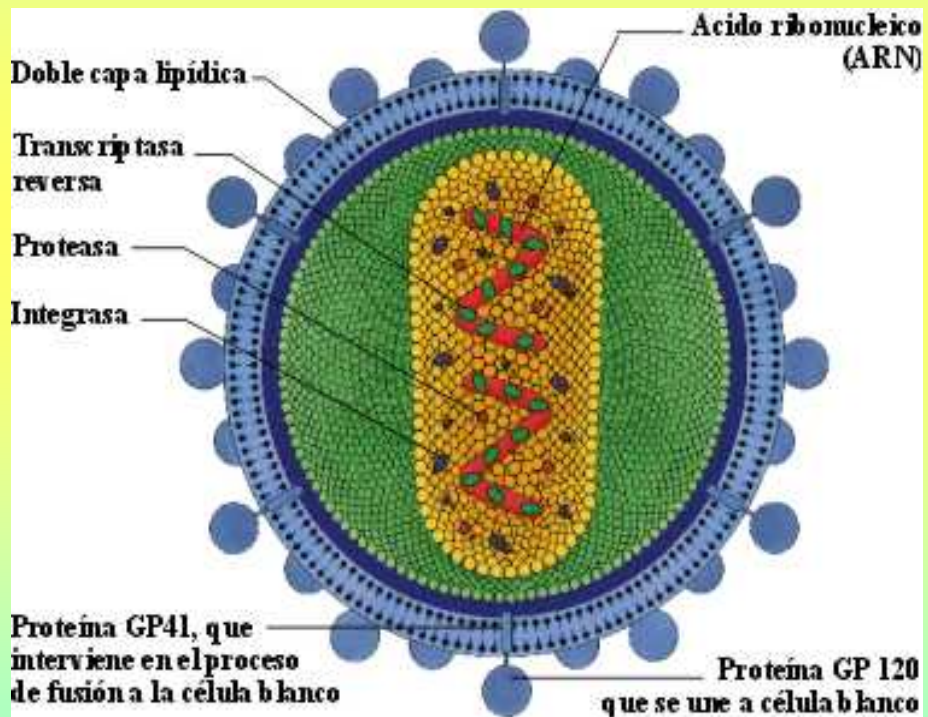
Basados en lo anterior, se presenta la siguiente propuesta de herramientas divulgativas de prevención y control de la enfermedad:

3.5 PROPUESTA DE HERRAMIENTAS DIVULGATIVAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA ENFERMEDAD.

3.5.1 Masificación de plegables para todas las personas desde los 10 años de edad. Diseñar Plegables de 8 cuerpos con información fundamental para la prevención y control de la enfermedad debe ser el primer paso en una campaña para mitigar este flagelo. A continuación se presenta el esquema que se propone para el plegable a diseñar:

VIH/SIDA

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA/ SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA



¿Qué es el VIH/SIDA?

EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) ES CAUSADO POR EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH).

EL VIH ATACA Y DESTRUYE LOS LEUCOCITOS, CAUSANDO UN DEFECTO EN EL SISTEMA INMUNOLÓGICO DEL CUERPO.

EL SISTEMA INMUNOLÓGICO DE LA PERSONA INFECTADA CON EL VIH SE DEBILITA TANTO, QUE NO PUEDE PROTEGERSE A SÍ MISMO DE LAS INFECCIONES GRAVES. CUANDO ESTO SUCEDE, LA PERSONA POSEE CLÍNICAMENTE EL SIDA.

UNA VEZ QUE LA PERSONA HA SIDO INFECTADA CON EL VIH, EL SIDA PUEDE MANIFESTARSE ENTRE LOS 2 Y 10 AÑOS SIGUIENTES.

¿ CÓMO SE TRANSMITE ?



1. LA VIA SEXUAL ES LA MÁS IMPORTANTE



2. LA VIA SANGUINEA



3. DE MADRE A HIJO



FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISION SEXUAL DEL VIH

- CONTACTO SEXUAL DESPROTEGIDO
- UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL
- CONSUMO DE DROGAS PSICOACTIVAS Y ALCOHOL
- HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES
- HACINAMIENTO

FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISIÓN SANGUINEA Y PARENTERAL.

- TRANSFUSIONES DE SANGRE O DERIVADOS SIN CONTROL
- PRACTICA DE INTERCAMBIO DE AGUJAS
- ACCIDENTES LABORALES BIOLÓGICOS



FACTORES ASOCIADOS A LA TRANSMISION PERINATAL

- HIJOS DE MADRES INFECTADAS
- RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA
- MUJERES INFECTADAS SIN TRATAMIENTO
- FALTA DE CONTROL PRENATAL
- ALIMENTACION MATERNA POR LAS INFECTADAS
- PARTO VAGINAL EN INFECTADAS

TRANSMISIÓN DEL VIH DE MADRES A HIJOS

- ANTES DEL NACIMIENTO
 - EN EL ÚTERO, A TRAVÉS DE LA PLACENTA
- DURANTE EL NACIMIENTO
 - EXPOSICIÓN A LA SANGRE MATERNA Y A SECRECIONES VAGINALES DURANTE EL PARTO
- DESPUÉS DEL NACIMIENTO
 - EN EL POSTPARTO, A TRAVÉS DE LA LACTANCIA



¿CÓMO SE EVITA?

PREVENCIÓN INDIVIDUAL DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL

CONDONES CYBERNÉTICOS

Modelo Payaso



Para los que gustan de las payasadas

RETARDO DE LA INICIACION SEXUAL
USO ADECUADO DEL CONDON
LIMITACION DE PAREJAS SEXUALES
SEXO NO PENETRATIVO

PREVENCIÓN INDIVIDUAL DE LA TRANSMISIÓN POR SANGRE

TRANSMISION PARENTERAL

CONTROL DE CALIDAD EN BANCOS DE SANGRE Y DONACION DE ORGANOS

CONTROL DE USO DE JERINGAS COMPARTIDAS

MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

PREVENCION INDIVIDUAL DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL



OFRECIMIENTO DE LA PRUEBA PARA VIH A TODAS LAS EMBARAZADAS EN EL PRIMER CONTROL PRENATAL.

EVITAR EMBARAZOS INDESEADOS EN INFECTADAS.

TRATAMIENTO CON ANTIRRETROVIRALES A TODA EMBARAZADA PORTADORA DE VIH.

¿CÓMO NO SE TRANSMITE?

CONDONES CYBERNÉTICOS
Modelo Crucigrama



Para aquellos que son rompecabezas



TRANSMISIÓN DEL VIH

EL VIH NO SE TRANSMITE A TRAVÉS DE:

- EL CONTACTO PERSONAL OCASIONAL EN EL HOGAR, EL TRABAJO O LUGARES SOCIALES O PÚBLICOS
- EL ALIMENTO, EL AIRE O EL AGUA
- LAS PICADURAS DE INSECTOS O MOSQUITOS
- LA TOS, EL ESTORNUDO O LA SALIVA, DARSE LA MANO, TOCARSE, ABRAZARSE O BESARSE SOCIALMENTE
- PISCINAS, INODOROS, ETC.

PERSONAS CON MÁS RIESGO DE CONTRAER EL SIDA

- COMPARTEN AGUJAS Y JERINGAS CONTAMINADAS
- TIENEN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- PRACTICAN EL SEXO ANAL CON SU PAREJA
- OFRECEN SEXO A CAMBIO DE DINERO O DROGAS
- TIENEN RELACIONES COITALES CON VARIAS PERSONAS
- TIENEN OBLIGACIONES PROFESIONALES QUE LAS MANTIENEN ALEJADAS DEL CÓNYUGE (POR EJEMPLO, CAMIONEROS, JORNALEROS, INMIGRANTES)



¿ CUALES SON LAS MANIFESTACIONES CLINICAS ?

SINDROME CONSTITUCIONAL



ENFERMEDADES
OPORTUNISTAS

NEOPLASIAS

ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS



¿ TIENE CURA ?



NO OLVIDE :

EL SIDA MATA

A LA FECHA NO HAY CURACIÓN
NI VACUNA CONOCIDAS

3.5.2 Establecimiento de brigadas en el sector rural de manera intensiva y por grupos pequeños, logrando cubrir toda la población. Organizar a los habitantes del Municipio de San Gil ubicados en el área rural, por veredas y a su vez por edades, definir un cronograma de instrucción para grupos no mayores de 30 personas por jornada, independientemente que haya que hacer varias jornadas en la misma vereda por la cantidad de habitantes, con el propósito de instruirles de manera específica sobre esta enfermedad y la manera de prevenir su contagio. En estas jornadas se deberá impartir el plegable señalado en el numeral anterior.

3.5.3 Implementación de dos horas al mes para instrucción escolar en los colegios y escuelas de San Gil por parte de personal especializado en salud, con material impreso al respecto. El último viernes de cada mes se deberá dedicar dos horas de la jornada ordinaria para que los alumnos puedan recibir instrucción específica acerca de la manera como deben prevenir el contagio de esta enfermedad. Esta cátedra temporal deberá operar por todo el año, y cada año deberá ir cambiando la profundidad del tema, es decir debe hacerse por módulos de acuerdo con la edad y la madurez escolar de los alumnos. Este pènsum deberá ser diseñado por la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Municipal.

3.5.4 Masificación de la muestra del VIH, así mismo que esta sea gratuita. La muestra del VIH es gratuita, pero mucha gente no lo sabe, solamente consideran que lo es para las mujeres en estado de gestación y cuando lo solicita un médico directamente. Para evidenciar nuevos casos y poder tener mayor control sobre la población infectada y su ingerencia dentro de la población no contagiada, se debe conocer el estado real de contagio en general, por tal razón debe promoverse a través de los medios de comunicación locales tales como las tres emisoras de radio local y los canales locales de televisión esta campaña a través de un video corto y exacto.

CONCLUSIONES

En los capítulos anteriores se ha presentado una amplia revisión de la situación de la epidemia del vih/sida en el país, en el departamento y en el Municipio y de los principales avances realizados en el último quinquenio en el marco de la respuesta nacional. Durante este periodo, una serie de sucesos se identificaron como hitos que reorientaron el quehacer programático, no sólo en Colombia sino en varios países de la región y en el mundo. Sin duda, a partir del 2001, con la suscripción de la declaración de compromisos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, se ha logrado avanzar en la dirección correcta para lograr el cumplimiento de las metas allí planteadas.

En Colombia, la ley 715 de 2001 vino a clarificar las competencias y recursos de los diferentes actores responsables de la prestación de servicios de salud tanto a nivel preventivo como asistencial. Posteriormente, la redacción e implementación de la política de Salud Sexual y Reproductiva en el 2003 corrió paralela con la implementación del proyecto madre Hijo y con la aprobación del proyecto para Colombia por parte del Fondo Global. Dado lo anterior, la redacción del Plan Intersectorial de respuesta a la epidemia en el 2003, encontró terreno abonado para su implementación y seguimiento.

El país está en proceso de mejorar los sistemas de registro epidemiológico y de evaluación de la gestión en vih /sida, de forma que el reporte de indicadores pueda ser más confiable y preciso. La implementación del Observatorio de la Gestión en vih requerirá de un esfuerzo mancomunado, por parte de todos los actores involucrados en la respuesta a la epidemia.

Es de resaltar el impulso que las instancias de coordinación intersectorial han dado para la articulación de la respuesta. El Consejo Nacional de Sida se ha reactivado como instancia máxima de coordinación intersectorial del nivel nacional, a través de los subcomités técnicos que apalancan el desarrollo de las actividades del plan nacional; el grupo temático de Onusida ha articulado progresivamente sus esfuerzos en una agenda

común con el Ministerio de la Protección Social y con el concurso y participación de una amplia gama de personas e instituciones; y el mecanismo coordinador de país, como instancia coordinadora del desarrollo e implementación del proyecto financiado por el Fondo Global, con el cual se ha facilitado la construcción y el fortalecimiento de alianzas locales para la dinamización de las repuestas municipales en prevención y atención, con énfasis en jóvenes y adolescentes. Todo este esfuerzo de coordinación apunta al cumplimiento de los Objetivos del Milenio y al logro del acceso universal tanto en el área preventiva como en el área de tratamiento.

Sin embargo, el compromiso para dar una respuesta adecuada a la pandemia de sida no sólo requiere de la voluntad política de las agencias de cooperación y del nivel central. Demanda igualmente un mayor interés por comprender los contextos regionales y locales y un compromiso claro de apropiación de recursos en los planes de desarrollo que permitan superar las brechas de inequidad que genera el sida. El control de la epidemia pasa por la ejecución de políticas de desarrollo sostenible y por la efectiva implementación de estrategias para combatir la pobreza, que redunden en ámbitos saludables para la población y en un real acceso a los servicios para aquellos que ya han sido afectados. Igualmente, se requiere de un mayor compromiso de todas las instituciones del sector salud públicas y privadas y de otros sectores tales como el sector educativo, la industria privada, las iglesias, el sector justicia, hacienda pública y la Comisión Nacional de Televisión, entre otros.

Las campañas preventivas de medios masivos generadas por el Ministerio de la Protección Social no han contado con el pautaaje ni con la visibilidad que el tema del vih/sida amerita. La lucha contra el estigma y la discriminación necesita generar auténticas condiciones de igualdad, iniciando por la información accesible a amplios sectores de la población. Una de las más importantes brechas que se identifican para el cumplimiento de la declaración de compromiso para alcanzar la meta del acceso universal es la carencia de propuestas preventivas cuya sostenibilidad se garantice con el soporte financiero requerido. En ese sentido, es necesario redoblar los esfuerzos que se vienen realizando, no sólo en el sector salud sino en todos los sectores, trabajando en forma

coordinada. Es indispensable abrir mayores espacios de participación a la sociedad civil, en quienes se encuentra un aliado natural que pone el punto crítico sobre los logros o las falencias de la respuesta.

El análisis general de los datos de morbilidad descritos en esta monografía, permite observar tendencias esperables para los casos notificados de vih/sida. Continúa el aumento de casos, con un descenso en los años recientes que hace variar la tendencia histórica y que debe entenderse como un artificio causado por el retraso en la notificación y el sub-diagnóstico. Esta no es una realidad desconocida, el mismo fenómeno se ha observado en los años precedentes y después de la integración de los datos recuperables, se continúa con la tendencia creciente.

En cuanto a los mecanismos probables de transmisión, se mantiene el predominio de la vía sexual. Dadas las características de la información, no se puede analizar esta variable en el total de casos por la ausencia de este registro en un alto porcentaje de fichas de notificación, lo cual limita la posibilidad de profundizar en la descripción y análisis de los mecanismos específicos de transmisión sexual. Teniendo en cuenta el predominio de población masculina, podría asumirse que gran parte de las fichas sin registro de esta variable corresponde a casos de transmisión por prácticas homo o bisexuales que no son fácilmente reconocidas y reportadas por las personas recién diagnosticadas. Esto a su vez puede sugerir que las sesiones de asesoría previas a las pruebas de laboratorio no logran una suficiente aceptabilidad por parte de los asesorados, con la consecuente restricción de información para la notificación.

Existen otras situaciones particulares que ameritan profundización en su análisis, como lo son los casos reportados por mecanismos de transmisión diferentes al sexual. Se considera que en los diferentes niveles y actores, estos casos deben ser prorizados para su documentación y análisis en los comités de vigilancia epidemiológica o instancias de discusión técnica. En otras palabras, cada caso de transmisión en menores de edad, accidentes de trabajo y por transfusiones, requiere de una inmediata investigación con el

objeto de definir el caso como perteneciente a uno de estos mecanismos y efectuar las acciones recomendadas en cada caso.

Se observa el mantenimiento de diagnósticos en grupos etáreos jóvenes y el progresivo aumento del porcentaje de casos aportados por las mujeres, situaciones que debe generar atención en todas las personas involucradas en la seguridad social, por que de allí se desprenden varias situaciones a considerar.

Socialmente indica que no se han obtenido suficientes efectos en las acciones de promoción y prevención, que las relaciones sexuales siguen siendo no protegidas, que no hay percepción de vulnerabilidad y que los resultados de la acción han sido insuficientes para alcanzar los objetivos nacionales. Se evidencia la alta vulnerabilidad de las mujeres y en la medida en que van siendo más afectadas, sigue la tendencia a la generalización de la epidemia en algunas regiones del país. El estigma y la discriminación que se perciben, aun cuando no se han estudiado suficientemente, afectan mucho a los grupos familiares; aún se percibe el sida como una enfermedad vergonzante y no existe un nivel suficiente de apropiación de la información adecuada que permita a las personas desmitificar la situación de las pvvs en relación con el diario vivir y la interacción social.

Económicamente indica que cada vez van a presentarse más casos que demandan servicios especializados para el seguimiento y manejo de las pvvs, con el consecuente incremento en los recursos requeridos para cubrir estas necesidades, mayor demanda de medicamentos antiretrovirales y afectación a los valores de las primas de aseguramiento o en los gastos para la población no asegurada. Mas allá de esta punta de iceberg, se deben estimar los efectos productivos resultantes de que progresivamente mas personas estén en una condición que, de saberse o sospecharse por otras personas, pueda afectar su desempeño laboral. Adicionalmente debe ser reconocida la afectación en la calidad de vida de la pvvs y de sus grupos familiares.

Desde hace varios años, la oms ha propuesto la organización de la vigilancia para vih/sida dentro del marco conceptual de Vigilancia de Segunda Generación, la cual tiene las

ventajas de establecer un horizonte técnico de acciones para obtener estos datos; sin embargo, en el país no se ha asumido por los diferentes actores, siendo la principal razón identificada la carencia de recursos financieros para cubrir todos los requerimientos. Se recomienda entonces la adopción e implementación de la vigilancia de segunda generación en los niveles nacional, departamental y municipal. Es un paso a paso que debe ser liderado por el Instituto Nacional de Salud, con el apoyo del Ministerio de la Protección Social y demás actores del sgsss. Como resultado de conocer mejor los factores condicionantes de la epidemia en el país se pueden efectuar las intervenciones más eficaces para su contención. Los planes de desarrollo locales deben reflejar un genuino interés para que se identifiquen las necesidades de trabajo en vigilancia epidemiológica, de forma tal que cuando se desarrollen los procesos de evaluación, se disponga de elementos objetivos que permitan apreciar lo actuado y lo pendiente.

La financiación es indiscutiblemente uno de los ejes transversales de cualquier construcción en la temática. Cualquier acción debe ser apoyada para su desarrollo en la disponibilidad de recursos financieros específicos. El proceso de descentralización derivó los recursos para salud pública en los diferentes niveles territoriales; sin embargo, su asignación es muy variable de acuerdo con la asignación de prioridades de los entes territoriales y las administradoras del sistema de seguridad.

La priorización de necesidades en los diferentes niveles debe ser consecuente con las necesidades de información que permitan continuar las acciones más costo efectivas, de lo cual los datos que se ofrecen mediante la vigilancia epidemiológica, son fundamentales para que la situación de ITS/VIH/SIDA sea visibilizada y reciba mayor atención y recursos económicos.

En el último año, el Instituto Nacional de Salud ha diseñado un sistema de notificación de casos que unifica los reportes semanales del Sivigila y la notificación mediante ficha. Se espera que este avance fortalezca la actuación desde la primera de las tres áreas de vigilancia para el VIH/SIDA, que corresponde a la notificación regular de casos de infección

por vih y casos de sida. En lo concerniente a los reportes de los casos de mortalidad, la mejor fuente de información del nivel nacional seguirá siendo el registro de estadísticas vitales del dane. La segunda área de vigilancia —la vigilancia biológica—, que incluye los estudios centinela, el tamizaje regular en los bancos de sangre y los estudios de seroprevalencia en grupos específicos, debe ser discutida con los diferentes niveles territoriales, cada uno tiene necesidades específicas y debe asignar los recursos necesarios para adelantar los estudios. La tercera área, la línea de estudios de comportamientos en grupos específicos de población, brinda información cualitativa y cuantitativa, referente a varios temas concurrentes para el análisis de la dinámica epidémica en poblaciones específicas.

La capacitación periódica de los responsables de las acciones de epidemiología y de salud sexual y reproductiva en los diferentes niveles, es considerada como necesaria para garantizar unos mínimos que orienten estas acciones. La asistencia técnica es una actividad continua que debe ser fortalecida progresivamente, lo que permitirá revisar las prioridades temáticas por los actores del sistema.

Los perfiles epidemiológicos regionales en vih/sida que se conocen son pocos y su desarrollo es muy heterogéneo. En la medida en que las personas responsables de las acciones de vigilancia, consideren una estructura conceptual que facilite la comparabilidad territorial, por niveles de aseguramiento, metodologías y poblaciones de mayor vulnerabilidad, se podrán mejorar los argumentos de visibilización epidémica, para que tengan un adecuado apoyo de los tomadores de decisiones y se facilite la consecución de recursos adicionales.

Se requiere continuar los esfuerzos para generar condiciones favorables que reduzcan los factores de vulnerabilidad de la población y para garantizar el respeto, protección y promoción de los derechos humanos, en particular de los derechos sexuales y reproductivos. El abordaje de la epidemia a través de la perspectiva de género contribuye a la construcción de políticas públicas más equitativas y favorables para las mujeres,

facilitando su activa participación en los procesos y acciones orientadas a la prevención de la generalización de la epidemia. Es necesario también reforzar los comportamientos masculinos positivos, abordando las percepciones de género en los diferentes entornos sociales y culturales y propiciando en los hombres jóvenes cambios de actitudes y comportamientos orientados a la reducción de las desigualdades de género. Los hombres deben involucrarse plenamente en la lucha contra las desigualdades de género, comprometiéndose con el principio de “cero tolerancia” ante la violencia contra las mujeres, apoyando la educación de sus hijas hasta el mayor nivel académico posible y contribuyendo a aliviar la carga asistencial de las mujeres al interior de los núcleos familiares.

Las lecciones aprendidas de trabajo en prevención con hsh en diferentes países han mostrado que la vulnerabilidad de este grupo se reduce cuando los líderes políticos y otros agentes claves en la sociedad aceptan la existencia de las relaciones sexuales entre hombres y cuando los programas de vih/sida los priorizan e incluyen en el diseño y ejecución de sus acciones. La asignación de recursos, la promoción de los derechos sexuales y reproductivos, la equidad, el respeto y la tolerancia ante las diversas orientaciones sexuales, la sensibilización de la población general y de los equipos de salud y educación y la activa participación de los medios de comunicación, son elementos esenciales para la creación de ambientes favorables para disminuir el impacto de la infección por vih en la población de hsh. Las estrategias encaminadas al abordaje de esta población en términos de prevención y promoción deben incluir programas de promoción del uso del preservativo, desarrollo de habilidades de comunicación y de negociación de prácticas más seguras, reducir las barreras sociales para el acceso a servicios de salud en términos de prevención, atención y diagnóstico con personal capacitado y sensibilizado, estimular la participación social, promover el desarrollo de la identidad sexual, generar cambios de actitudes frente a la percepción del riesgo, frente a las relaciones de pareja, uso de alcohol y drogas; y estrategias de educación a través de pares, entre otras.

En cuanto a promoción de la salud se refiere, el país ha priorizado la población de jóvenes: con los recursos del Fondo Global, que vienen siendo manejados enteramente por la sociedad civil con el acompañamiento del Estado y las Agencias de Cooperación Internacional, se viene trabajando intensamente en reducir la vulnerabilidad de los y las adolescentes en municipios en contextos de desplazamiento y se han fortalecido los servicios de atención en los contextos de reforma al sector salud y descentralización administrativa en el país. Es necesario que tanto los servicios educativos como asistenciales en salud sexual y reproductiva se orienten a satisfacer las necesidades de los jóvenes y que sean sensibles al género y la cultura.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta CL, D`Achiardi R, Ruiz A, Cortès JA, Tâmara JR, Alvarez CA. Alteraciones renales en pacientes con infección por VIH, Hospital Universitario de San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005.

Aguirre L, Buitrago M, Salamanca A, Lopez Y, Prieto F. Vigilancia por laboratorio de VIH, Hepatitis B y Sífilis Gestacional, SIVILAB 2003. Instituto Nacional de Salud. Informe Quincenal Epidemiológico Nacional- IQEN. INS, febrero de 2004.

Alvarez C, Ruiz A, Sussman O, Acosta C, Garzón M, et al. Hospital Universitario San Ignacio. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, 2005. Alvis N, Correa Reyes J, Cárcamo A. La mortalidad por SIDA y su impacto económico en Cartagena de Indias, Colombia, 1995–2000. Informe Quinquenal Epidemiológico Nacional- IQEN. INS, mayo 2002.

Comfenalco. Programa de Atención Integral en VIH/Sida, Atención psicosocial, Grupo de apoyo Senderos, 2005

Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación de Colombia. “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015” Documento CONPES social 091, Bogotá, Colombia, 2005.

CORMUJER-ONUSIDA. Intervención educativa con trabajadoras sexuales y sus clientes. Informe Final. Bogotá, Colombia, 2003.

Fondo de Población de Naciones Unidas, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Fundación Henry Ardila, Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, Fundación Procrear y Assur. Factores asociados a la salud sexual y reproductiva en grupos priorizados de localidades en emergencia Infección por VIH y SIDA en Colombia. 2000-2005

Fundación Renacer. Cifras en América Latina > Cifras sobre Explotación Sexual Infantil en América Latina y el Caribe > Culturas de la Violencia. http://www.fundacionrenacer.org/explotacion_cultura.htm. Colombia, 2006.

Funvihda, Fundación del Sinú y ONUSIDA. Intervención comportamental para la reducción de riesgo de ITS, VIH/Sida en asentamientos subnormales receptores de población desplazada por la violencia política en Montería. Informe Final. Bogotá, Colombia, 2001.

García D, García R, Zambrano P, Antequera K. Prevalencia de infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la ciudad de Barranquilla. Informe final. ONUSIDA, Bogotá, 2006.

Góngora LR, Pacheco OE, Instituto Nacional de Salud, Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública, Grupo de ITS – VIH, Informe Anual Evento VIH/Sida, Décimo Tercer Período Epidemiológico, Bogotá, Colombia, enero 2006.

González AC. Proyecto Colombia: Construcción de una respuesta intersectorial en salud sexual y reproductiva, con énfasis en prevención y atención a las ITS-VIH/Sida, con jóvenes y adolescentes residentes en comunidades receptoras de población desplazada en Colombia. Informe de Gerencia. Mecanismo Coordinador de país. Bogotá, abril 2006.

Informes epidemiológicos municipio de San Gil años 2005, 2006 y 2007.

Lineamientos de Vigilancia en Salud Pública.

Ministerio de la Protección Social/ONUSIDA. Estimaciones sobre la Epidemia de VIH-SIDA en Colombia. Bogotá, agosto 2005.

OPS/OMS. Proyecto de incremento del tratamiento y la prevención del VIH/Sida 3x5. COL-1 P.5, Colombia, 2005.

Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la vigilancia de las infecciones de transmisión sexual, WHO/CHS/HSI/ 99.2. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3 UNAIDS/00.03S; 1999.

Protocolos de Vigilancia Epidemiológica.

Quiceno A, Campillo G. Programa de sensibilización y prevención de la infección por VIH/Sida y otras Infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres en los municipios de Bello e Itagüi. Informe final. Fundación Positivos por la

Salud Sexual y Reproductiva en Colombia Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2005.

Secretaria de salud de Santander

Vida, Dirección seccional de salud de Antioquia. Medellín, Colombia, 2006.

ANEXO A.

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
ESCUELA DE POSTGRADOS
ESPECIALIZACION EN GERENCIA PÚBLICA
SECCIONAL SOCORRO

Ciudad: _____ Fecha: _____

Le solicitamos amablemente responder la presente encuesta con el fin de conocer su opinión personal respecto del tema tratado, con el único propósito de realizar una investigación concluyente.

A. Conoce qué es el VIH? Si _____ No _____

2. Ha recibido capacitación específica respecto de la prevención y cuidado de esta enfermedad?

Si _____ No _____

3. Ha investigado, leído o escuchado información o publicaciones acerca de la manera cómo tratar la enfermedad y prevenirla?

Si _____ No _____

4. Conoce de algún o algunos casos de personas infectadas en su círculo cercano? (amigos, parientes)

Si _____ No _____ Cuantos _____ edades: _____

5. Si usted o algún miembro de su núcleo familiar resultare infectado:

A. Cual sería su actitud emotiva?

- a. Rechazo por la enfermedad _____
- b. Aceptación de su condición _____
- c. Solidaridad _____
- d. Sentimiento de huida _____
- e. Deseo de suicidio _____

B. Cual sería su actitud social?

- a. Seguir viviendo en comunidad _____
- b. Vivir solo (aislado) _____
- c. Vivir con personas de su misma condición _____

C. Cual sería su actitud laboral?

- a. Seguir su vida laboral normalmente ____
- b. Dejar de trabajar y dedicarse a cuidar de la enfermedad ____
- c. Conformar ligas de lucha y demás movimientos para prevención de la enfermedad. ____

6. Usted se siente preparado psicológicamente para enfrentar una situación de enfermedad por VIH en usted mismo o en un familiar cercano?

Si ____ No ____

7. Qué propone para minimizar el riesgo de contagio de la enfermedad en el Municipio de San Gil

Muchas gracias por su colaboración