

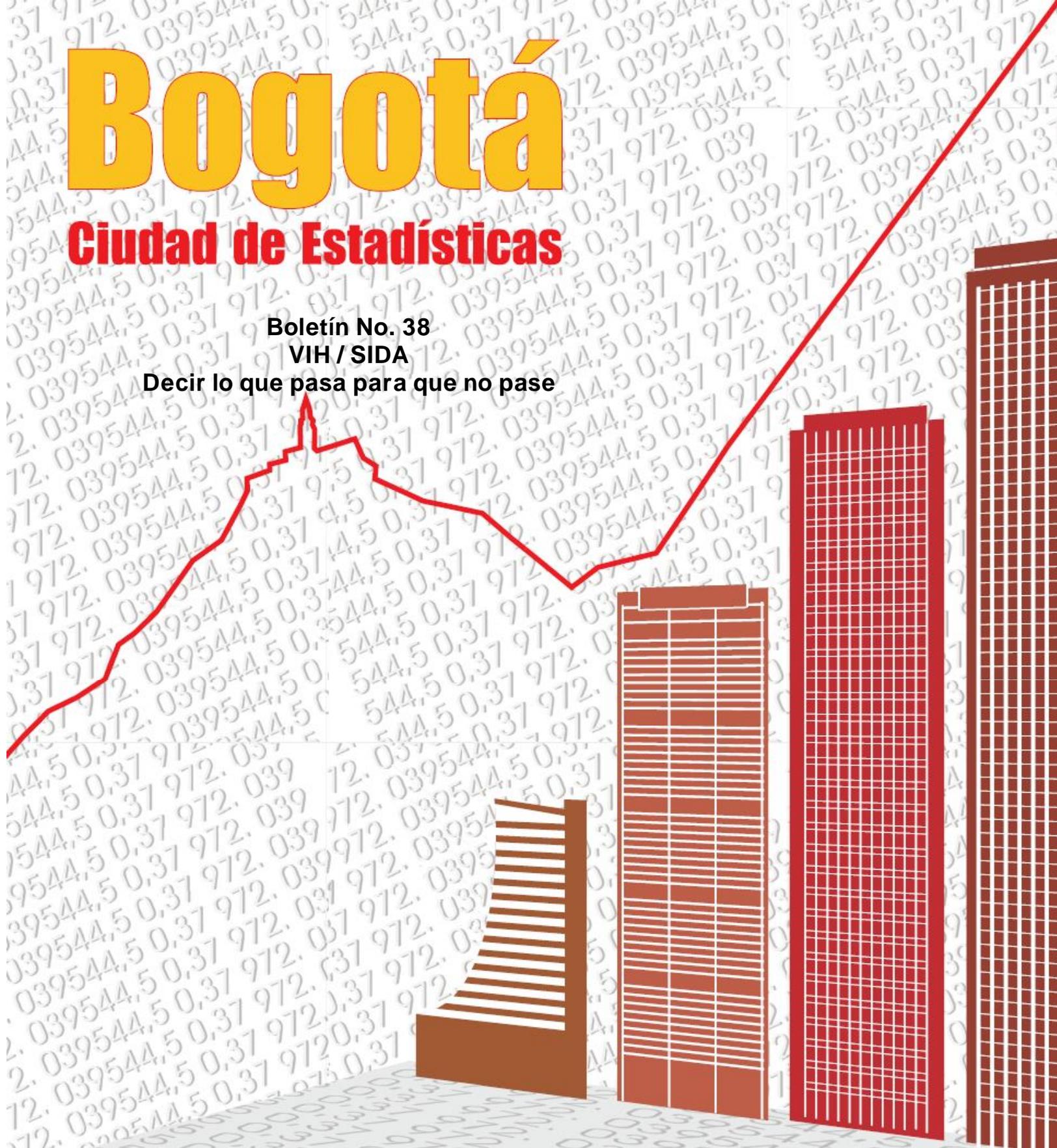
Bogotá

Ciudad de Estadísticas

Boletín No. 38

VIH / SIDA

Decir lo que pasa para que no pase



ALCALDÍA MAYOR
BOGOTÁ D.C.



SECRETARÍA DE PLANEACIÓN

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ
SECRETARÍA DISTRITAL DE PLANEACIÓN
Cra 30 N° 25-90 TORRE B. PISO 1, 5, 8 Y 13
BOGOTÁ D.C., COLOMBIA 2010
www.sdp.gov.co

ALCALDE MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
GUSTAVO FRANCISCO PETRO URREGO

SECRETARIA DISTRITAL DE PLANEACIÓN
MARÍA MERCEDES MALDONADO COPELLO

SUBSECRETARIA DE INFORMACIÓN Y ESTUDIOS ESTRATÉGICOS
CARMELA SERNA RÍOS

DIRECTORA DE ESTUDIOS MACRO
NORMA CONSTANZA SALAMANCA TEJADA

INVESTIGADORAS
NORA LUZ CASTRILLON JARAMILLO
YENNY ANGÉLICA MÉNDEZ ZORRILLA

COMPONENTE GEOGRÁFICO
ANGELA MILENA NIÑO MENDIETA

MONTAJE Y DIAGRAMACIÓN
SANDRA MILENA CRUZ SILVA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	6
I. INFECCIONES O ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL	7
Síntomas del VIH según la Secretaría de Salud del Distrito	8
II. DEL CONCEPTO AL CONTEXTO	10
III. VIH-SIDA: UNA PATOLOGÍA DE PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA NACIONAL Y DISTRITAL	12
1. La globalización del VIH: El SIDA en Colombia	12
2. El SIDA a la vuelta de la esquina	16
2.1 VIH/SIDA en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS-	16
2.2 VIH/SIDA en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud –ENDS-, Bogotá 2011.	18
2.3 Lo que las mujeres creen del VIH/SIDA según la EDDS	19
2.4 EL mito Philadelphia: ¿VIH/SIDA sólo para los homosexuales?	23
IV. ASPECTOS SOCIALES DEL VIH/SIDA	26
1. ¿Cuánta tolerancia o aceptación tienen las mujeres hacia las personas con VIH/SIDA?	26
2. Qué tan seguras son las relaciones sexuales de las mujeres	29
V. PRUEBA DE VIH EN EL PASADO ENTRE TODAS LAS MUJERES ENTREVISTADAS	32
VI. MUJERES EMBARAZADAS ¿INFORMADAS SOBRE EL VIH/SIDA?	34
VII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL DISTRITO	38
Las mujeres identifican los síntomas del VIH	38
VIII. RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES JÓVENES Y VIH/SIDA	44
1. Las jóvenes saben más sobre VIH/SIDA y usan condón	44
2. Sexo de alto riesgo y uso de condón en los últimos 12 meses entre las mujeres de 15-24 años	48

3. Relaciones sexuales con parejas de mayor edad, por características seleccionadas	50
IX. PREVENCIÓN: “SI NO HABLAMOS DE LO QUE PASA, DEJAMOS QUE PASE”.	53
GLOSARIO	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
BIBLIOGRAFÍA	58

PRESENTACIÓN

Bogotá es una ciudad diversa y heterogénea que tiene innumerables miradas y diferentes lecturas. Es así como la Secretaría Distrital de Planeación, en cumplimiento de sus objetivos, viene construyendo un *sistema de información estadístico*, con datos relevantes de la ciudad, para ponerlos a disposición de los ciudadanos y ciudadanas, representantes políticos, academia, intelectuales, entre otros, con el fin de democratizar la información y realizar análisis sobre datos oficiales.

Un primer paso para lograr este propósito es el boletín Bogotá Ciudad de Estadísticas, publicación mensual elaborada por la Subsecretaría de Información y Estudios Estratégicos de la Secretaría Distrital de Planeación (SDP) que, sin lugar a dudas, es una de las fuentes de información confiable y oportuna para la consulta ciudadana e insumo para abordar las diferentes temáticas estadísticas sobre la Ciudad.

Los datos registrados en cada edición del boletín ofrecen y permiten a la ciudadanía que sea ella misma quien haga los análisis y la interpretación de los avances o limitaciones en el desarrollo integral de la ciudad. Así, cada mes, usted también podrá ser un veedor activo de la gestión pública distrital.

INTRODUCCIÓN

La presente edición del boletín *Bogotá Ciudad de Estadísticas* da cuenta del estado actual de la epidemia por Virus de la Inmunodeficiencia Humana –VIH- y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA- (en adelante VIH/ SIDA) en las mujeres bogotanas entre los 14 y 49 años.

Como si se tratara de una epidemia global (que lo fue) o una infección contagiosa (que lo es), el tema del VIH/SIDA requiere un tratamiento de reserva, discreción y distancia pues, en algunos casos, el solo nombre produce escozor, temor o resistencia. Aún así, informar sobre la problemática no contagia.

Las principales fuentes de información son: la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS 1995-2010), la Primera Encuesta Distrital de Demografía y Salud (EDDS 2011) y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud (SIVIGILA –SDS-). Complementan el análisis, los registros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las Estadísticas Sanitaria Mundiales (OMS, 2011) y los datos de la Organización de las Naciones Unidas para el tratamiento del SIDA –ONUSIDA-¹.

Si bien los datos de las distintas fuentes no son comparables, la importancia de revisarlas reside en contextualizar la situación de la enfermedad en Bogotá, en Colombia y, de un modo más general, dar un vistazo a la situación de este problema de salud pública a nivel global.

La información reportada tiene que ver con el conocimiento y la percepción de las mujeres en edad fértil sobre algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA; además su comportamiento hacia las relaciones sexuales seguras o frente al sexo de alto riesgo, si se han practicado pruebas de VIH y cómo ha sido la atención en los servicios de salud y la consejería sobre VIH/SIDA a las mujeres embarazadas; por último un capítulo dedicado a las infecciones de transmisión sexual en mujeres adolescentes.

En este contexto se parte de lo general a lo particular. Con la ayuda de las fuentes² referenciadas, a manera de resumen descriptivo, se presentará el fenómeno como un evento de carácter global que incide en la salud pública del país y de Bogotá (más que en otras ciudades) para, finalmente, profundizar en la situación de las mujeres en edad fértil donde los indicadores muestran una tendencia a la feminización de esta epidemia, en la medida en cada vez más es mayor el número de mujeres heterosexuales contagiadas.

¹ ONUSIDA es promotor de la acción mundial contra el VIH/SIDA; dirige, refuerza y apoya una respuesta ampliada encaminada a prevenir la transmisión del VIH, prestar asistencia y apoyo, reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades al VIH/SIDA y mitigar el impacto de la epidemia. Fue establecido en 1996 y su logo representa el símbolo de las Naciones Unidas con el listón rojo que es el símbolo internacional de la prevención y lucha contra el VIH/SIDA y engloba los preceptos de conciencia ante la epidemia, esperanza en la búsqueda de soluciones al VIH/SIDA y apoyo a aquellas personas que viven con VIH/SIDA y a sus familiares.

En http://www.cinu.org.mx/temas/vih_sida/onusida.htm#que, consulta en línea enero de 2011.

² Se aclara que así como son tan variadas las fuentes los datos nacionales y distritales pueden diferir en cuanto a los métodos de recopilación, la cobertura poblacional y los métodos de estimación utilizados y que, por lo mismo, se traen solo para efectos de dar cuenta y presentar una situación y en ningún caso para compararlos en términos estadísticos.

I. INFECCIONES O ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

Según la OMS, las enfermedades de transmisión sexual se contraen por infecciones que se propagan principalmente de persona a persona a través de contactos sexuales. Hay más de 30 bacterias, virus y parásitos diferentes transmisibles por vía sexual. Algunos, en particular el VIH y las bacterias causantes de la sífilis³, también se pueden transmitir de la madre al hijo durante el embarazo y el parto, así como a través de las transfusiones de productos sanguíneos y los trasplantes de tejidos.

Tanto las bacterias, los virus y los parásitos logran causar las Infecciones de Transmisión Sexual –ITS-. Entre algunos de los microorganismos más frecuentes y las enfermedades que causan⁴, se encuentran:

Bacterias

- *Neisseria gonorrhoeae*. Causa gonorrea o infección gonocócica.
- *Chlamydia trachomatis*. Causa clamidiasis.
- *Treponema pallidum*. Causa Sífilis.
- *Haemophilus ducreyi*. Causa chancroide.
- *Klebsiella granulomatis*. Causa la enfermedad antes llamada *Calymmatobacterium granulomatis* y ahora conocida como granuloma inguinal o donovanosis.

Virus

- Virus de la inmunodeficiencia humana. Causa el SIDA.
- Virus del herpes simple de tipo 2. Causa herpes genital.
- Papilomavirus humanos. Causa las verrugas genitales y, en el caso de algunos tipos de estos virus, el cáncer del cuello del útero en la mujer.
- Virus de la hepatitis B. Causa la hepatitis, que en los casos crónicos puede ocasionar cáncer de hígado.
- Citomegalovirus. Causa inflamación de diferentes órganos, como el cerebro, los ojos y los intestinos.

Parásitos

- *Trichomonas vaginalis*. Causa el tricomoniasis vaginal.
- *Candida albicans*. Causa la vulvovaginitis en la mujer y balanopostitis o inflamación del glande y el prepucio en el hombre.

También existen algunas ITS que son asintomáticas, es decir no presentan síntomas previos. Así, por ejemplo, una importante proporción de mujeres y de

³ La sífilis es una infección curable causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, la cual se transmite por vía sexual y también durante el embarazo, de la madre al feto. Dado que la sífilis causa úlceras genitales, conlleva un mayor riesgo de transmisión y adquisición de la infección por el VIH. El agente causal de la sífilis, la bacteria conocida como *Treponemataceae* es capaz de metabolizar la glucosa en presencia de oxígeno, pero también es capaz de incorporar aminoácidos a las proteínas que sintetiza en ausencia de oxígeno (antes se creía que era una bacteria anaerobia pero, como ven, es capaz de metabolizar en presencia de oxígeno). En OMS http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/TDR_SDI_06_1/es/ Consulta en línea enero de 2012

⁴ Consultar glosario al final del documento.

hombres con infecciones gonocócicas o clamidiales no sufre ningún síntoma. En todo caso cualquier tipo de ITS puede producir graves complicaciones.

Las ITS no tratadas tienen repercusiones muy importantes en la salud reproductiva, materna y neonatal, ya que son la principal causa prevenible de infertilidad, sobre todo en la mujer.

Síntomas del VIH según la Secretaría de Salud del Distrito

Como infección por VIH y SIDA se conoce el proceso fisiopatológico, sintomático o no, que ocurre desde el momento en que una persona tiene contacto con sangre o fluidos corporales infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH- hasta el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-SIDA-.

En la mayoría de los casos, la infección sigue un curso definido, caracterizado por un periodo de sintomatología aguda que se resuelve rápida y espontáneamente, seguido de un largo periodo sin síntomas y, finalmente, uno en el que el síndrome de desequilibrio del sistema inmunológico se hace evidente. Este patrón es diferente en el caso de la infección pediátrica y en adultos mayores, en quienes evolucionan rápidamente, en la mayoría de los casos hacia el deterioro y la muerte.

Las tres fases características de la infección por VIH son:

1. Síndrome retroviral agudo: infección primaria por VIH; generalmente manifiesta los síntomas los cuales se presentan entre dos y cuatro semanas luego de la infección y se caracterizan por fiebre, dolores musculares (mialgias), dolor en las articulaciones (artralgias), inflamación de los ganglios, especialmente de los linfáticos (adenopatías), faringitis, úlceras de cavidad oral, entre otros síntomas, como problemas neurológicos (meningitis, encefalitis, etc) en 10% de los pacientes. La duración de los síntomas es de catorce días en promedio, aunque puede ser hasta de dos meses. La mayor duración de éstos se correlaciona con una progresión más rápida al SIDA.

El diagnóstico de infección aguda por VIH se confirma con una prueba positiva denominada “Antígeno p24”, generalmente acompañada de una prueba negativa para anticuerpos anti-VIH. Actualmente no hay tratamiento establecido para este periodo, porque los estudios con antirretrovirales han dado resultados contradictorios.

2. Periodo asintomático: es de tiempo variable. Para Colombia se estima en aproximadamente cinco años. La mayoría de las personas carece de síntomas durante este periodo de la infección, excepto por la presencia de adenopatías, las cuales se correlacionan con una adecuada respuesta inmune y su desaparición se considera un signo inminente de inmunodeficiencia. Cuando se presentan síntomas o signos clínicos estos son casi exclusivamente de piel y mucosas, entre ellos: dermatitis seborreica (inflamación de la piel con secreción de las glándulas sebáceas de la piel), psoriasis (enfermedad de la piel, que se manifiesta por costras, manchas, granos u otra forma de erupción), causadas por bacterias.
3. SIDA: es la manifestación sintomática más grave de la infección por VIH, que se caracteriza por la aparición de un estado severo de inmunodeficiencia que condiciona a su vez, la aparición de infecciones oportunistas⁵, neoplasias (tumores) inmunodependientes y otras patologías poco conocidas como (encefalopatía por VIH, síndrome caquético). A estas enfermedades secundarias, que son las que caracterizan y definen al SIDA, se les ha llamado enfermedades indicativas de SIDA.

⁵ Infección Oportunista: una infección que sucede en personas con sistemas inmunológicos defectuosos y que es ocasionada por un organismo que generalmente no afectaría a individuos con sistemas inmunológicos sanos.

II. DEL CONCEPTO AL CONTEXTO

Con más de treinta años “viviendo” en el país y en el Distrito el VIH/SIDA es considerado por la OMS un problema de salud pública⁶. En Colombia las fuentes de información sobre el VIH/SIDA se concentran en los Sistemas de Vigilancia de la Salud Pública (SIVIGILA) tanto nacional como distrital y sólo a partir de éstos es posible enterarse de la magnitud del problema.

En el Distrito, el SIVIGILA investiga (diagnostica, acopia, recopila datos, analiza, compara, sistematiza, interpreta, difunde, comunica, informa y son insumo de políticas publicas) el estado de la salud pública en Bogotá, es decir, la situación actual de salud de la población en general y las particularidades de quienes habitan la ciudad según sus características etarias, étnicas, de sexo, identidad de género, situación de desplazamiento y condición de discapacidad. Dicho sistema clasifica la información, por medio de los observatorios, de acuerdo con los tipos epidemiológicos que afectan a la sociedad bogotana.

Tanto en el Distrito como en la Nación, existen protocolos (Ministerio de la Protección social 2008-2011) para el abordaje de enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles como las siguientes:

Enfermedades transmisibles

- Enfermedades transmitidas por ingestión de alimentos: Cólera, Hepatitis A.
- Enfermedades transmitidas por vectores (debido a contacto con roedores, mosquitos, etc.): Malaria, Fiebre amarilla, Dengue, Peste.
- Enfermedades transmitidas sexualmente: Virus de la Inmunodeficiencia Humana-VIH- hasta el desarrollo del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida –SIDA-; Hepatitis B y D, Hepatitis C; Sífilis congénita.

Enfermedades inmunoprevenibles

- Meningitis por *Haemophilus influenzae*; Meningitis meningocócica.
- Parotiditis u Parálisis flácida aguda (poliomielitis)
- Sarampión
- Rubéola
- Tos ferina; Difteria
- Tétanos (otras clases); Tétanos neonatal.
- Varicela.
- Rabia.
- Tuberculosis.
- Lepra.

⁶ Salud Pública, es la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud como un derecho esencial, individual, colectivo y comunitario logrado en función de las condiciones de bienestar y calidad de vida. MPS. 2011.

Tanto las enfermedades transmisibles como las que se pueden prevenir son conocidas en Colombia y Bogotá, sólo que el impacto de unas tiene mayor efecto en la población que otras. Por ejemplo, según reportes de la Secretaría Distrital de Salud –SDS-, de los 21.048 casos reportados en el país hasta 1999, el 37,7% (7.947) se encontraron en el Distrito con una tasa de incidencia de 12,5 por 100 mil habitantes; de estos, 7.743 eran adultos, 554 mujeres de 10 a 49 años y 204 menores de 15 años (SDS, 2011).

III. VIH-SIDA: UNA PATOLOGÍA DE PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA NACIONAL Y DISTRITAL

1. La globalización del VIH: El SIDA en Colombia

Tal y como hoy se diagnostican los casos de violencia intrafamiliar, embarazos adolescentes o los problemas de drogadicción, en los años 80 el SIDA se consideraba un fenómeno universal asociado a una epidemia que afectaba la salud de las personas y que con efecto globalizante, llegaba a Colombia para quedarse. El Síndrome, como un conjunto de síntomas característicos de dicha enfermedad, no era ya exclusivo de algunas regiones y poblaciones del mundo sino que estaba tan cerca de la gente que podía “adquirirse” a la vuelta de la esquina de cualquier región, ciudad, localidad o barrio.

El mito o la creencia popular del SIDA como patrimonio de la comunidad homosexual, se ha ido desplazando en Colombia hacia una realidad dura y concreta. Hoy, el SIDA como problema de salud pública sobrepasa la leyenda, tanto así, que cada vez más la transmisión del VIH es por relaciones sexuales heterosexuales y con una fuerte tendencia a la feminización.

Según el boletín de Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS⁷ (2011:17) los datos reportados por los 93 estados miembros (entre ellos Colombia), en el Informe de avance hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la cifra mundial de personas infectadas por el VIH sigue creciendo y se calcula que diez años después (entre el 99 al 2009 cuando se inician las brigadas de prevención), la cifra de personas con VIH/SIDA alcanzó los 33,3 millones. Esta es la cifra del 2009 incluida en el reporte anual de ONUSIDA 2010: “El incremento de casos nuevos se puede ver comparando con el número de infectados en el 2001, 28,6 millones de personas. Un poco más de la mitad de las personas infectadas son mujeres” (EDDS, 2011: 1).

En 2009, según la OMS (2011:17) la cifra estimada de nuevas infecciones fue de 2,6 millones y hubo 1,8 millones de defunciones relacionadas con el VIH/SIDA. Sin embargo, pese a los diagnósticos de la OMS, otras fuentes, como ONUSIDA⁸, informan que la epidemia mundial ha dado indicios de haberse estabilizado, y reporta que la cifra anual estimada de nuevas infecciones por el VIH desciende de manera constante. “El número cada vez mayor de personas seropositivas⁹ refleja

⁷ http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf. Consulta en línea enero 2012.

⁸ Al adoptar en 2001 la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, los Estados Miembros se comprometieron a informar de manera regular a la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre sus avances en la respuesta al VIH. El Secretario General confió a la Secretaría de ONUSIDA la responsabilidad de desarrollar procesos para estos informes, aceptar en su nombre los informes de los Estados Miembros y elaborar un informe para la Asamblea General. Cada dos años los Estados Miembros tienen que enviar informes sobre los progresos nacionales a la Secretaría de ONUSIDA. La información se toma del informe 2010.

⁹ Cuando una persona presenta anticuerpos frente al virus del SIDA se dice que es seropositivo. La seropositividad sólo indica que ha entrado en contacto con el VIH y está infectado, por lo que debe considerarse portador del virus y por lo tanto lo puede transmitir. Sin embargo no indica que se padece SIDA ni predice la evolución hacia la enfermedad. ONUSIDA.

en parte la prolongación de la vida lograda con el Tratamiento Antirretrovirico - TAR-¹⁰. A diciembre de 2009, tenían acceso al TAR más de 5 millones de personas de países de ingresos bajos y medianos. Otras 700 mil personas más recibieron tratamiento en países de ingresos altos durante 2009, lo que eleva el total mundial a casi 6 millones. Pese a estos avances mundiales, las tasas de cobertura del TAR siguen siendo bajas en los países de ingresos bajos y medianos (del 36% en conjunto), con variaciones significativas a nivel regional” (MPS, ONUSIDA: 2010).

En Colombia, infortunadamente, si bien las cifras reportadas han disminuido la epidemia no ha desaparecido. De acuerdo con los criterios de clasificación en el mundo (ONUSIDA, 2010), la situación de la epidemia en Colombia es *concentrada, su tendencia es creciente y la población de mayor afectación por edad está en el grupo de 25 a 35 años*.

Se dice que la epidemia de VIH (OMS) es concentrada cuando la prevalencia en grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres –HSH-, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) supera el 5% y en mujeres gestantes no es superior a 1%. Dentro de esta clasificación se ha ubicado a Colombia, y en general a Latinoamérica.

El fenómeno del SIDA se hizo global en la década de los 80. En Colombia el primer caso se reportó en Cartagena en el año 1983; en Bogotá, la SDS informa en sus Protocolos de Salud Pública que “A partir de 1995, en Bogotá el SIDA es parte del grupo de las diez primeras causas de mortalidad en las personas de 15 a 44 años, con una tasa de mortalidad de 7,5 por cada 100 mil habitantes; en 1999 fue la tercera causa de muerte en el mismo grupo, con una tasa de 8,4 por 100 mil; además, fue la tercera causa de muerte en hombres con esa misma edad, con una tasa de 17 por 100 mil y la décima causa en hombres de 45 a 59 años con la misma tasa del grupo anterior” (SDS, 2011).

Actualmente, el SIDA se asume, por un lado, como epidemia y, por otro, como problema de salud pública debido a las altas tasas de mortalidad que presenta. Incide además en otros aspectos de salud, promoción y prevención, y de tipo social. Por ejemplo, en la Salud Sexual y Reproductiva -SSR-, específicamente en lo relacionado con la mortalidad materna y la mortalidad perinatal, en la promoción, prevención y tratamiento de las ITS y en aspectos de convivencia debido a la magnitud e impacto global que genera sobre la estructura familiar las dificultad del diagnóstico, las secuelas y los tratamientos de la enfermedad.

El estado colombiano ha venido haciendo el seguimiento a la epidemia a partir de los reportes del SIVIGILA, fuente esencial para los informes ONUSIDA Colombia. En 2010, según este organismo, el estado actual de la situación del VIH/SIDA en Colombia no ha mejorado mucho pese a todos los esfuerzos para frenar su

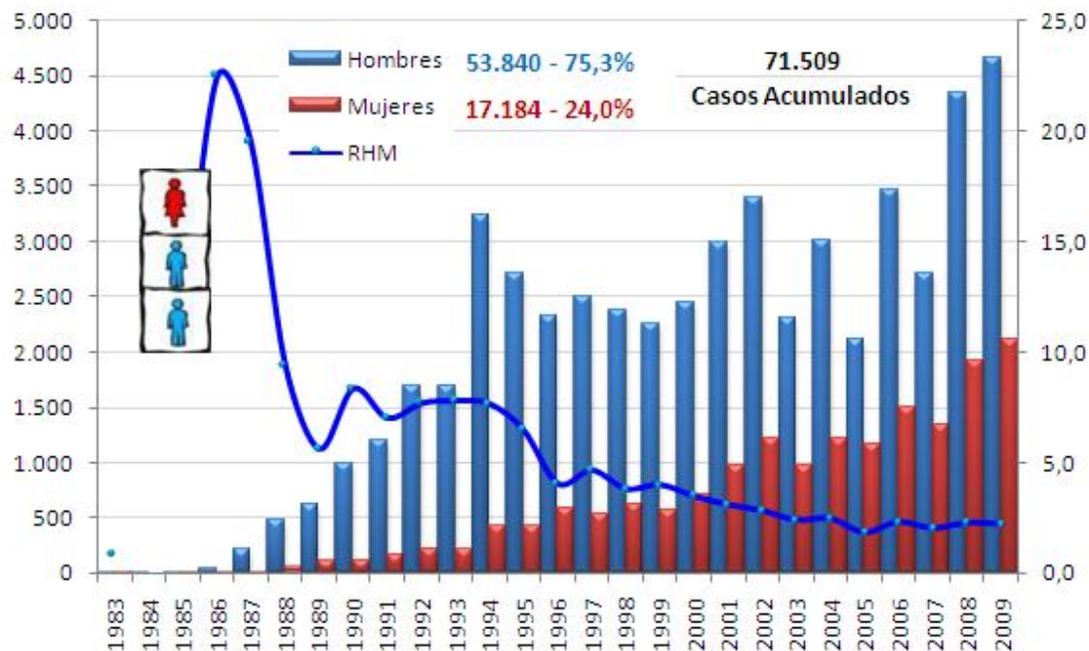
¹⁰El tratamiento antirretroviral para el VIH consiste en medicamentos que combaten la infección del VIH mismo, reduciendo la duplicación del VIH en el cuerpo. Generalmente estos medicamentos son llamados: antirretrovirales, medicamentos anti-VIH, antivirales VIH. En: <http://www.avert.org/tratamiento-vih-sida.htm>

incidencia o aminorar su prevalencia en algunos casos donde la morbilidad es de mayor impacto, como en las personas entre los 24 y 29 años¹¹.

Pese a que la epidemia del VIH tiene particularidades que la diferencian de muchas otras, por ejemplo su dificultad para identificar el inicio de la infección, el Informe ONUSIDA Colombia reporta que en el país los casos de VIH/SIDA acumulados desde 1983 con corte al 31 de diciembre de 2009, es decir 26 años después de su aparición, llegan a 71.509 personas notificadas con infección por VIH, en estadio de SIDA. (ONUSIDA, 2010)

A continuación se presentan las gráficas del Informe, sólo con el ánimo de contextualizar y visualizar una situación que apenas ahora va siendo comprensible. La base de datos es la misma para todos, esto es, los SIVIGILA y los Observatorios de Salud pública VIH/SIDA con que cuenta el sistema las cuales constituyen fuentes privilegiadas para todos los estudios.

Gráfico 1
Colombia. Casos notificados de VIH/SIDA/Muertes
Distribución anual por sexo y Razón Hombre: Mujer
1983 - 2009



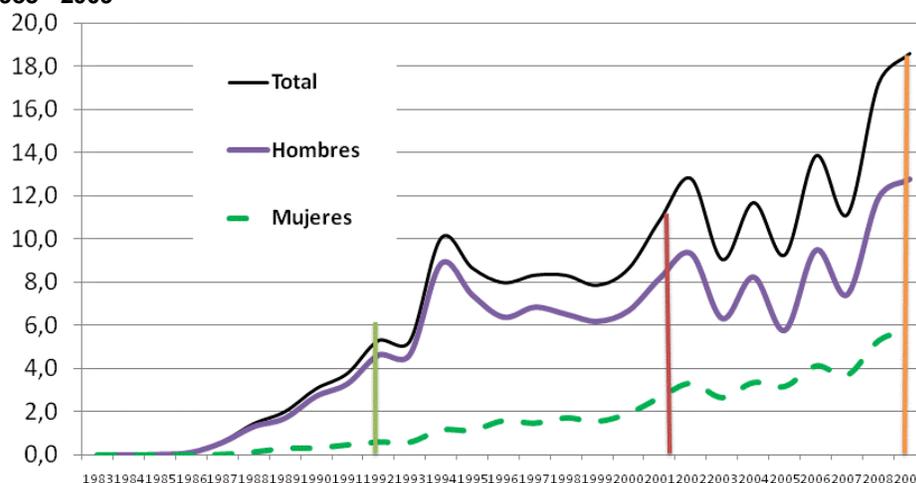
RHM: Razón hombre: mujer

Fuente: ONUSIDA. Informe UNGASS – 2010. Informe Nacional. República de Colombia.

De acuerdo con el acumulado de la epidemia durante los 26 años, el 75,3% de los casos reportados son hombres (53.840), el 24,0% son mujeres (17.184) y el 0,7% (488) no tienen registro de sexo. El informe también da cuenta de que en los casos anteriores el promedio diario de notificación aumentó, pasando de 11 casos diarios reportados en el año 2000 a 18 en 2009.

¹¹ Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Salud

Gráfico 2
Colombia. Promedio de casos notificados de VIH/SIDA/Muerte
Distribución anual total y por sexo
1983 - 2009



Fuente: Base de datos SIVIGILA, Ministerio de la Protección Social, En ONUSIDA, Informe Nacional 2010.

En el acumulado de la epidemia (1983-2009) con 71.509 casos reportados, el 67,0% fue clasificado como VIH, el 20% como SIDA y el 13% como fallecidos. Según el Informe ONUSIDA para Colombia, en el año 2009 se reportaron 4.960 casos de VIH (73,2%), 1.281 casos de SIDA (18,9%) y 539 casos de fallecidos (7,9%). (ONUSIDA, 2010:21)

En general, el informe indica que del total de casos registrados aproximadamente unos 27.456 no tienen identificado un mecanismo probable de transmisión (38,4%) de los cuales en su mayoría son hombres 21.266 (77%) que temen revelar su comportamiento sexual a causa del estigma y la discriminación que se presentan luego de establecido el diagnóstico.

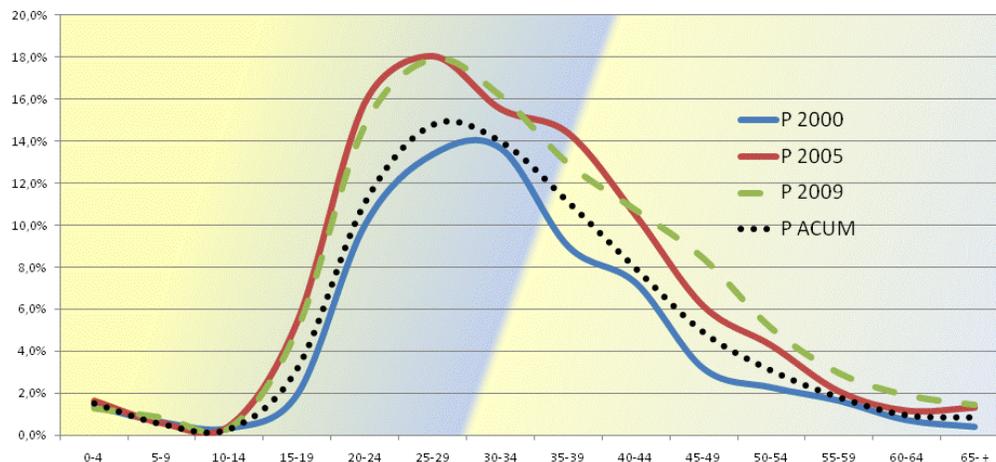
Aún así, “En los 44.053 casos (61,6%) en que se reportó el mecanismo probable de transmisión, el 63% corresponde al comportamiento heterosexual (27.861) y el 34% homosexual y bisexual (14.802)” (ONUSIDA, 2010: 22). Durante el lapso de 16 años se encontró que la principal vía de contagio fue la transmisión sexual con un 97% de los casos. De los 31.738 hombres con dato de Mecanismo Probable de Transmisión (MPT), 16.962 reportaron prácticas heterosexuales y 14.776 prácticas homo/bisexuales¹².

Ahora bien, el 56,5% de los casos notificados por VIH/SIDA y muerte se encuentra en el grupo de las personas entre los 15 y 34 años de edad (30.796 casos). Sin embargo, el informe ONUSIDA Colombia, destaca que no obstante estos datos, no se puede desconocer que “en los últimos años, se evidencia un incremento de

¹² Según ONUSIDA estos valores se puede afectar por procedimientos inapropiados en la forma como se obtienen los datos en el momento de registrar el caso.

casos en los grupos mayores de 45 años con el 15,2% de la participación (8.282 casos). Asimismo, sobre los casos reportados con edad, se puede afirmar que el 4,7% (2.563 casos) son menores de 18 años, 3,3% (1.818 casos) son menores de 15 años, 87,9% (47.898 casos) están entre 15 y 49 años y 8,8% (4.783 casos) son de 50 y más años (ONUSIDA, 2010:23).

Gráfico 3
Colombia. Porcentaje de casos reportados de VIH/SIDA/Muerte
Distribución por edades quinquenales
2000 – 2005 - 2009



Nota: En los 54.499 (76,2%) casos en que se reportó la edad, el grupo poblacional más afectado agrupado por grupos quinquenales, es el de 25 a 29 años con 10.571 personas equivalentes al 19,4%, seguido muy de cerca los registros de 30 a 34 años de edad con 10.002 casos (18,4%).

Fuente: SIVIGILA, Observatorio nacional de VIH. MPS, 2010, En ONUSIDA Colombia 2010.

2. El SIDA a la vuelta de la esquina

2.1 VIH/SIDA en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud –ENDS-

El diagnóstico del VIH/SIDA en la ENDS hace énfasis en las mujeres en edad fértil, es decir, mujeres entre los 15 y 49 años. Comparando los resultados de los años 2005 y 2010 sobre el tema, se evidencia que ha disminuido la transmisión de madre a hijo (transmisión vertical) y que en un lapso de 15 años, desde 1995 hasta 2010, tanto el virus como el síndrome presentan variaciones. Esto se debe en parte a la difusión y aumento en el conocimiento respecto al contagio de otras infecciones de transmisión sexual ITS (o enfermedades de transmisión sexual, ETS), al igual que al fortalecimiento en la comunicación entre las personas que comparten síntomas.

Al revisar los resultados de la ENDS del año 1995, los diagnósticos evidencian el poco conocimiento sobre cómo los hombres y las mujeres percibían y respondían a las enfermedades o infecciones de transmisión sexual. Por esta razón en la ENDS 2000 se incluyeron preguntas acerca de si las entrevistadas habían oído hablar de otras enfermedades que se pueden transmitir a través del contacto

sexual, y si conocían síntomas y signos para reconocer que un hombre o una mujer tenían una enfermedad de transmisión sexual.

En ese entonces (año 2000), los resultados encontrados registran que el 42,1% por ciento de las mujeres entrevistadas dijo “no conocer nada acerca de las enfermedades o infecciones de transmisión sexual”, y de las que manifestaron conocer algo, el 4,6% “no conoce ningún síntoma” evidenciado en las mujeres. Cerca del 20% mencionó conocer por lo menos un síntoma y solamente el 34,2% conocían dos o más síntomas.

Diez años después éstas preguntas se mantienen (ENDS 2010), y los resultados siguen siendo no del todo satisfactorios.

Por su parte, los resultados de la ENDS 2005 fueron más gratificantes que los de años anteriores pues se presentó el registro no solo de las mujeres que habían oído hablar del virus, sino también el porcentaje de aquellas que sabían que el SIDA puede ser transmitido de madre a hijo (90%) y que además podía ser transmitido durante el embarazo (92,3%), el parto (73,1%) y la lactancia (57,9%). Así mismo, se observaron avances ya que disminuyeron los porcentajes de las mujeres que manifestaron no conocer sobre ITS diferentes al VIH/SIDA: de un 42,1% se pasó a 17,5% lo que representa un descenso significativo en relación con la encuesta del año 2000.

Desde 1995 la ENDS es recurrente en las preguntas sobre el SIDA. Estas tienen que ver con el conocimiento general de las mujeres acerca de la enfermedad y la principal fuente de información, es decir si ha oído hablar de ella, qué debe hacerse para evitar su contagio, si una persona puede tener la enfermedad aunque parezca saludable, si cree que es una enfermedad mortal, si ha cambiado su conducta sexual después de haber oído hablar del SIDA, si ha tenido sexo seguro, si ha usado condón, si se ha realizado pruebas y resultados, etcétera. Esto por mencionar solo algunas de las preguntas que cada cinco años reportan el estado de la epidemia en el país y sus regiones.

En 2005 estas preguntas fueron desplazadas por otras como las formas de contagio y los riesgos para las mujeres: en 2005 el 23,8% de las mujeres del país percibía riesgos de contagio y en 2010 se registró que el 85,4% de las mujeres entrevistadas ya sabía que una persona que parecía saludable podía tener el VIH, y 27,1% tenía un conocimiento comprensible¹³ sobre el SIDA. En resumen, para el 2005 los datos muestran un mayor conocimiento “comprensivo” por parte de las mujeres sobre las formas y medios de evitar el contagio, por ejemplo las entrevistadas sabían que al usar condón durante las relaciones sexuales y al tener una relación estable podían reducir el riesgo de contraer el virus del VIH/SIDA.

¹³ Conocimiento comprensivo significa que la persona entrevistada sabe que el usar condón durante las relaciones sexuales y el tener una sola pareja estable pueden reducir el riesgo de contraer el virus del VIH/SIDA; sabe además que una persona que parezca saludable puede tener el virus del VIH/SIDA; y finalmente rechaza las dos ideas erróneas más comunes (el SIDA se transmite por la picadura de mosquito o por compartir alimentos con personas infectadas de SIDA) sobre la transmisión o prevención del VIH/SIDA. EDDS-2011

Igualmente un conocimiento comprensivo que permitía a la vez saber que pese a la apariencia saludable de las personas estas pueden tener el virus del VIH/SIDA, y rechazar finalmente las ideas erróneas más comunes sobre la transmisión o prevención del VIH/SIDA¹⁴

Entre 1995 y 2010 la ENDS registra un alto porcentaje de mujeres colombianas que tienen conocimiento del SIDA. La cifra realmente se ha mantenido estable hasta el día de hoy con el 98% de las mujeres colombianas en edad fértil que conocen la enfermedad¹⁵. Es así como entre 1995 y el año 2000 el porcentaje de mujeres entrevistadas que no sabía qué hacer frente la enfermedad tan solo se redujo en 1,2 puntos porcentuales.

En todas las ENDS de 1990 a 2010, Bogotá figura como región y subregión y sus datos son comparables cada cinco años, tiempo de aplicación de la encuesta. Es así como en la ENDS de 1995, por ejemplo, se entrevistaron 1.799 mujeres bogotanas del total de mujeres entrevistadas a nivel nacional (11.140). En el año 2000 fueron 1.812 mujeres del Distrito de las 11.585 que se entrevistaron en el país. En 2005 la muestra del Distrito se amplía a 6.623 por cuanto el total nacional de mujeres entrevistadas también aumentó a 37.734. En 2010 fueron 9.370 mujeres bogotanas entrevistadas de un total para el país de 49.818.

De acuerdo con lo anterior, pese al aumento (en la ENDS) del número de mujeres entrevistadas en Bogotá, dichos resultados solo tienen alcance a nivel de ciudad.

En consecuencia, a nivel distrital se parte de los datos obtenidos en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud, EDDS 2011¹⁶, realizada por Profamilia, la Secretaría Distrital de Integración Social y la Secretaría Distrital de Planeación, ya que aporta resultados de mayor impacto, y su universo, más amplio y de mayor cobertura, permite no solo conocer sobre el tema en Bogotá sino también en sus localidades.

2.2 VIH/SIDA en la Encuesta Distrital de Demografía y Salud –EDDS-, Bogotá 2011.

Para desarrollar el tema del VIH-SIDA en Bogotá, la Encuesta Distrital de Demografía y Salud –EDDS-, sigue los patrones de la ENDS en lo relacionado con los indicadores de salud sexual y reproductiva - SSR- de las mujeres en edad fértil (14 a 49 años). El tamaño de la muestra es mayor, lo que permite conocer los indicadores tanto para el total Bogotá como para las 20 localidades¹⁷.

¹⁴ Las cuales son "El VIH/SIDA puede ser transmitido por picadura de mosquitos" y "El VIH/SIDA puede ser transmitido compartiendo alimentos con personas que tengan el VIH/SIDA".

¹⁵ ENDS 1995: 98,8%; 2000: 98,5%; 2005:98% y 98.6 en 2010.

¹⁶ Sólo en el año 2011, con la primera encuesta de demografía y salud de carácter distrital, se toma a Bogotá a partir de sus propias características demográficas y con una amplia muestra de mujeres entrevistadas.

¹⁷ En la EDDS la descripción estadística y los análisis toman en cuenta los resultados de las entrevistas realizadas efectivamente en 10.411 hogares, a 10.186 mujeres en edad fértil (14-49 años) efectivamente entrevistadas (con una tasa de respuesta para este grupo poblacional de 91%).

Uno de los objetivos de la EDDS es *“Estimar los niveles de conocimiento, actitudes y prácticas relacionadas con infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA”* en la población del Distrito. Este propósito compromete la SSR de las personas, pero especialmente la de las mujeres dado que *“la SSR está afectada por factores de inequidad asociados a la mayor carga que enfrentan las mujeres en los eventos reproductivos debido a la baja participación de los hombres y a la falta de control social derivada de la poca participación y la ausencia de empoderamiento de las/os usuarios de los servicios”* de salud¹⁸.

En este sentido, las directrices de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva identifican unas áreas de la SSR que desde el punto de vista de la salud pública preocupan a todos los organismos gubernamentales, entre ellos las entidades distritales. Estas áreas determinan las prioridades de atención social y son las siguientes:

- Alta tasa de muertes maternas
- Aumento de la incidencia de ITS y VIH/SIDA
- Falta de servicios de atención integral para adolescentes
- Aumento de las tasas de embarazo a edades cada vez más tempranas
- Alto porcentaje de embarazos no planeados
- Alta mortalidad de mujeres por cáncer de cuello uterino
- Altos índices de violencia doméstica y sexual

De alguna manera todas estas problemáticas tienen mayor prevalencia en el Distrito por la proporción de personas que sufre la enfermedad, y aún más incidencia por el número de casos ocurridos en la ciudad capital, dada la diversidad cultural, la movilidad de las personas y el número de inmigrantes diarios que afectan no sólo las condiciones de salud de las personas, sino el ejercicio de los derechos humanos fundamentales, limitando las posibilidades de convivencia social.

2.3 Lo que las mujeres creen del VIH/SIDA según la EDDS

La percepción que la gente tiene del VIH y del SIDA es de rechazo, negación o prevención y ésta no es una actitud previsible solo en las mujeres.

Si se entiende que el percibir, además de ser un conocimiento o una idea, está asociado a una sensación interior que se produce por la impresión de algo en los sentidos, se puede decir que lo que la gente percibe de esta enfermedad está cargado de estigmas, estereotipos y comportamientos discriminatorios frente a las personas que hacen público su situación o su status de VIH. Comportamiento que lleva a quienes tienen el virus o el síndrome a tener el temor de realizarse la

¹⁸ Ministerio de la Protección Social – MPS, 2003. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva. Colombia.

prueba para determinar si adquirieron el virus o no. De alguna manera este tipo de comportamientos sociales son la causa principal para que no todas las personas se hagan de manera voluntaria la prueba del VIH y cada vez sea más difícil conocer y obtener cifras reales de la problemática.

Varias de las preguntas de la EDDS se relacionan con este tema: ¿Cómo perciben las mujeres a las personas que padecen esta enfermedad?, ¿Cómo saben que alguna persona tiene el Virus o el SIDA?, ¿Cuánto conocimiento tienen de la problemática?

Cabe destacar estas preguntas para el Distrito por cuanto uno de los resultados de la Encuesta manifiesta la necesidad de informar mucho más las especificidades de la enfermedad y del contagio, asunto sobre el cual aún se registran porcentaje de mujeres que no tienen un conocimiento claro y comprensivo.

De las mujeres en edad fértil (14-49 años) entrevistadas, el 91,4% cree que una persona que parezca saludable puede tener el VIH-SIDA y el 49,3% cree no solo que una persona saludable puede tener el virus sino que, además, rechaza los conocimientos erróneos más comunes relacionados con la transmisión del VIH como son 1) que el VIH/SIDA puede ser transmitido por picadura de mosquitos y 2) que el VIH/SIDA puede ser transmitido compartiendo alimentos con personas que tengan el VIH/SIDA.

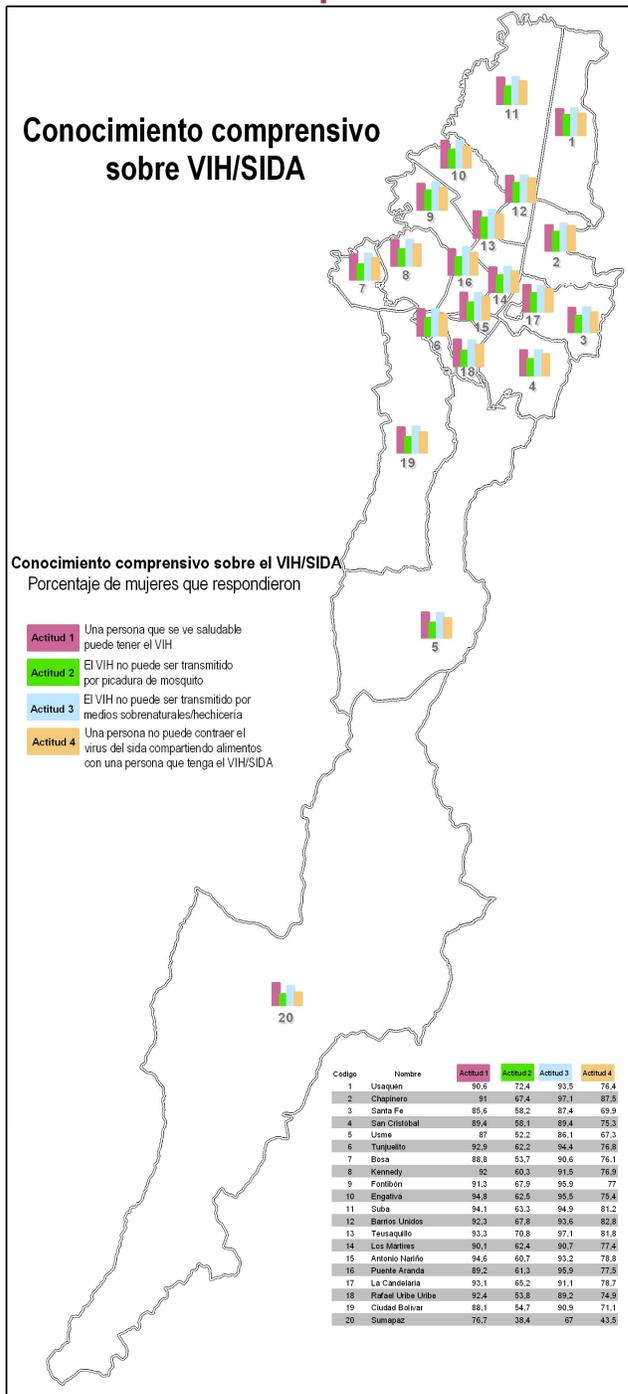
Si se suman a estos dos indicadores el hecho de que las mujeres saben que usar condón durante las relaciones sexuales y el tener una sola pareja estable pueden reducir el riesgo de contraer el virus del VIH/SIDA resulta que el porcentaje de las mujeres bogotanas (34,3%) que tiene un conocimiento comprensible de la enfermedad es superior al del país que para el 2010 (ENDS) sólo el 27% de las mujeres tenía este conocimiento.

Las mujeres de mayor edad, con un nivel de educación superior, un nivel de riqueza alto y aquellas que están unidas o casadas presentan un conocimiento mayor que las mujeres jóvenes, con baja educación, un nivel de riqueza bajo y aquellas que nunca han tenido relaciones.

Se destaca la percepción que las mujeres tienen del contagio del Virus y de la transmisión del SIDA y preocupan los siguientes datos:

- para el total Bogotá el 61% de las mujeres cree que el VIH no se transmite por la picadura de mosquito,
- el 76,6% de las mujeres sabe que la enfermedad no se transmite por compartir los alimentos con una persona que tenga el Virus
- Y el poco porcentaje (34,3%) de mujeres que tiene conocimiento comprensivo sobre el VIH-SIDA.

Mapa 1



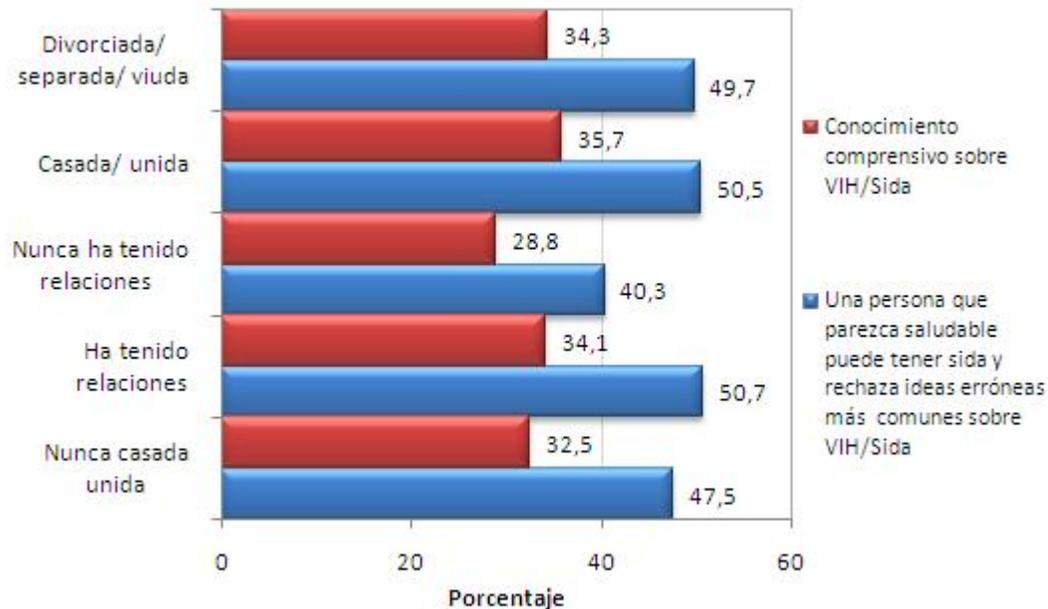
Fuente: Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Así mismo, preocupa que las creencias erróneas sobre la enfermedad prevalezcan y estén más arraigadas en las mujeres de las localidades de Sumapaz, Usme y Bosa¹⁹ en donde creen que el virus se puede contraer por la picadura de mosquitos; o en Sumapaz, Usme y Santa Fe donde perciben que el Virus se puede adquirir por medios sobrenaturales. Por el contrario, donde mayor conocimiento comprensivo hay de la enfermedad es en las localidades de Fontibón, Teusaquillo y Usaquén.

Sobresale el porcentaje de las mujeres bogotanas de 30 a 39 años que no cree que el Virus se transmite por la picadura de mosquito (65,4%), pese a que es una cifra mucho mayor que el porcentaje nacional (ENDS), el cual para el 2010 y para las mujeres de la misma edad es de 52,3% y debería ser del 100%.

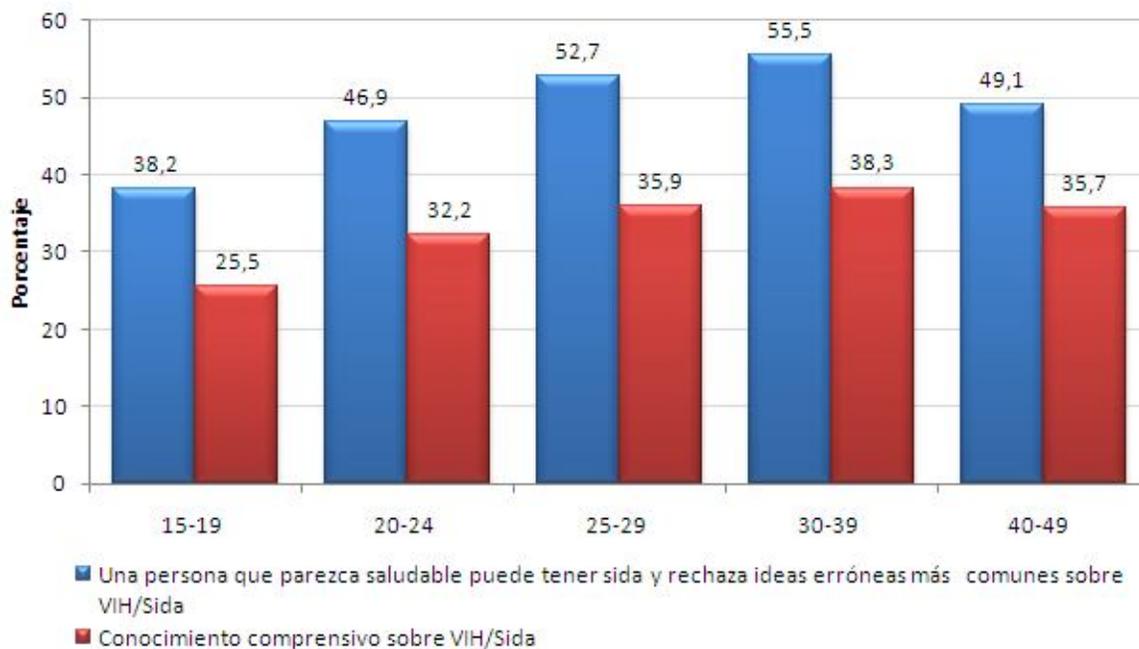
¹⁹ Estas tres localidades se caracterizan por tener una alta concentración de población en los estratos 1, 2 y 3, en donde se encuentra gran parte de la población vulnerable, con serios problemas de acceso a los servicios de salud: infecciones respiratorias agudas, desnutrición especialmente en niño/as, enfermedades cardiovasculares en mayores, hipertensión arterial, diabetes, adicción a alcohol y cigarrillo, falta de planificación familiar para evitar embarazos no deseados, y enfermedades ocasionadas por problemas de contaminación ambiental (en este caso habitantes cercanos al relleno de Doña Juana) ó por la falta de salubridad, servicios públicos y vías, En Secretaría Distrital de Salud <http://www.bogota.gov.co/imgalcalde/Salud.doc> Consulta en línea enero 26 de 2012

Gráfica 4
Bogotá D.C. Conocimiento comprensivo sobre SIDA según estado conyugal de las mujeres. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 5
Bogotá D.C. Conocimiento comprensivo sobre SIDA según edad de las mujeres. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

2.4 EL mito Philadelphia: ¿VIH/SIDA sólo para los homosexuales?

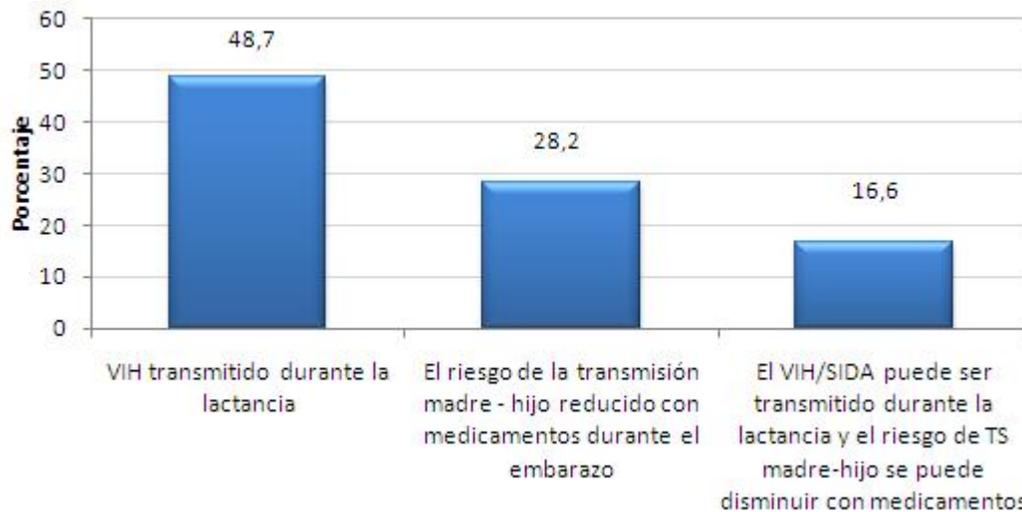
¿Quién no recuerda a Tom Hanks interpretando a un enfermo de SIDA en la película Philadelphia, en el año 1993, cuando aún se creía que esta epidemia sólo afectaba a los hombres homosexuales? El avance mundial de la epidemia ha permitido evidenciar cómo el Virus y el Síndrome ya no sólo se contagian en las relaciones homosexuales hombre con hombre –HSH- sino también por transmisión “vertical”, como se ha llamado el contagio madre- hijo/a.

Si bien los indicadores anteriores dan cuenta del conocimiento general que las mujeres tienen sobre el SIDA, la EDDS 2011 amplía la pregunta hacia el conocimiento específico que las mujeres tienen sobre la transmisión de la enfermedad madre-hijo.

En este sentido la encuesta registra que del total de mujeres en edad fértil (2.137.091) sólo el 48,7% sabe que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia, 28,2% sabe que este riesgo puede ser reducido si toma medicamentos durante el embarazo y sólo el 16,6% tiene claro conocimiento de ambos factores, es decir que se transmite con la lactancia y que el riesgo puede evitarse con medicamentos.

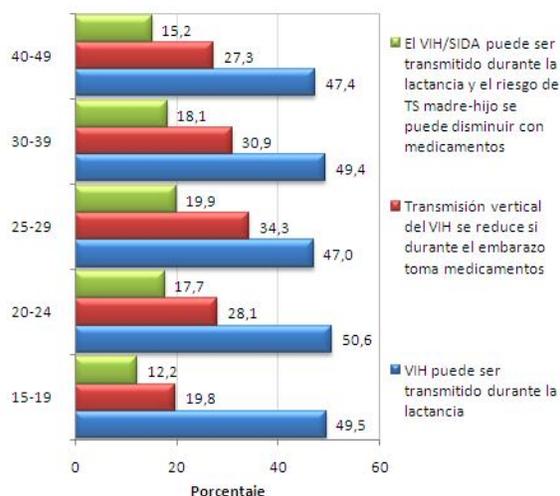
Gráfico 6

Bogotá D.C. Conocimiento que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

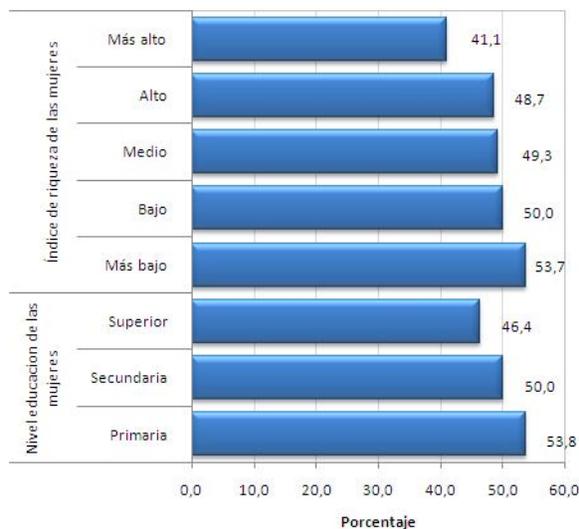
Gráfico 7
Bogotá D.C. Conocimiento que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia por edad de las mujeres. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Se observa para Bogotá –EDDS 2011-, que el 50% de las mujeres jóvenes de 15 a 24 años tienen un mayor conocimiento de la enfermedad y saben que virus se transmite durante la lactancia, y el 34,3% de las mujeres adultas entre 25 y 29 años sabe además que tomando los medicamentos apropiados durante el embarazo se puede disminuir el riesgo y evitar el contagio.

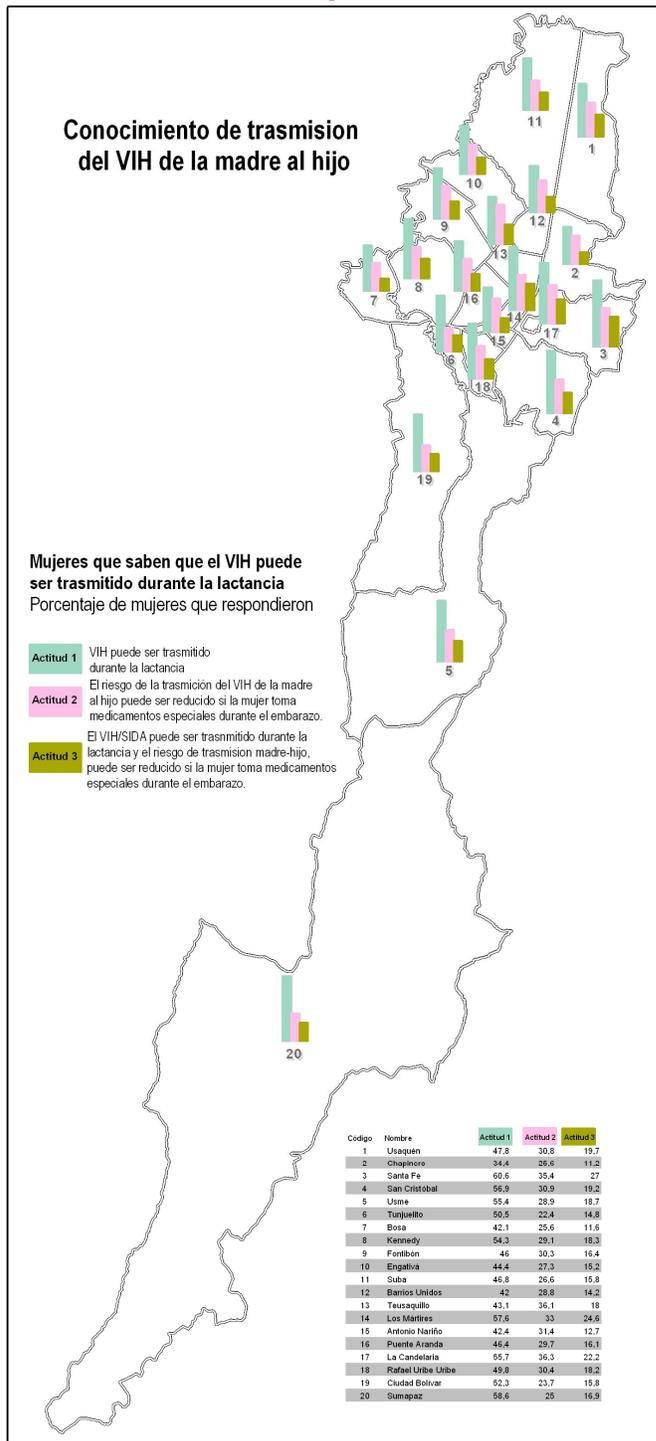
Gráfico 8
Bogotá D.C. Conocimiento que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia por Educación e Índice de Riqueza de las mujeres. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

El gráfico es elocuente al registrar que son las mujeres con un nivel de educación primaria (53,8%) y las de bajos recursos (53,7%) son quienes tienen un mayor conocimiento de que el VIH se puede transmitir durante la lactancia.

Mapa 2



Se observa que son las mujeres de las localidades de Chapinero (34,4%), Barrios Unidos (42%) y Bosa (42,1%) quienes menos conocen que el VIH puede ser transmitido durante la lactancia.

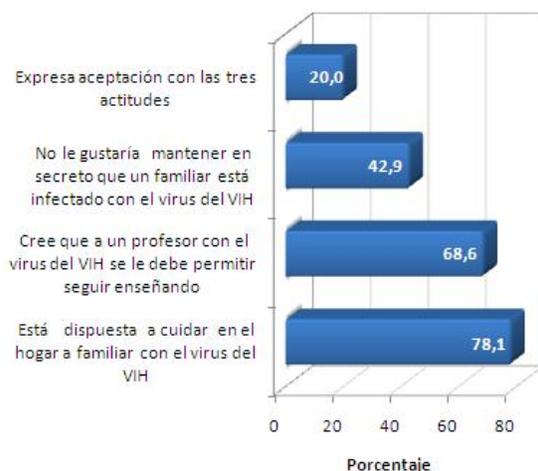
En contraste, las mujeres de Santa Fe, Los Mártires, La Candelaria, Usaquén y San Cristóbal quienes, con un bajo porcentaje (27%), (24,6%) (22,2%) (19,7%) y (19,2%) respectivamente, saben que el VIH/SIDA puede ser transmitido durante la lactancia y el riesgo de transmisión madre-hijo puede ser reducido si la mujer toma medicamentos especiales durante el embarazo.

IV. ASPECTOS SOCIALES DEL VIH/SIDA

1. ¿Cuánta tolerancia o aceptación tienen las mujeres hacia las personas con VIH/SIDA?

Este indicador evidencia la percepción positiva o negativa que las mujeres tienen sobre las personas con VIH-SIDA.

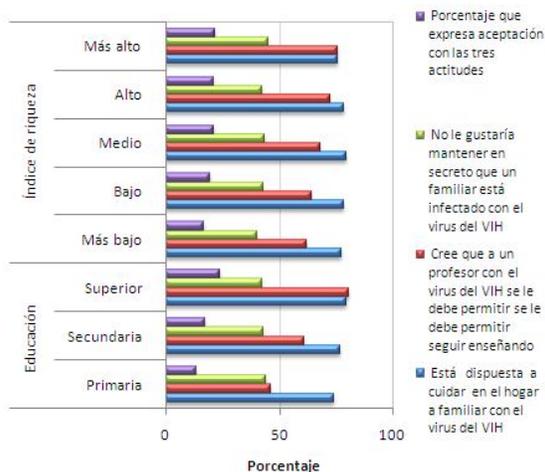
Gráfica 9
Bogotá D.C. Actitudes hacia personas que tienen VIH/SIDA. 2011



Entre las mujeres que han escuchado sobre el VIH/SIDA (2.129.886 según la EDDS), existe un porcentaje de mujeres (78,1%) que “está dispuesta a cuidar en el hogar a un familiar con el virus del VIH; otro tanto (68,6%) “cree que a un profesor con el virus del VIH se le debe permitir seguir enseñando; a un 42,9% de las mujeres, “no le gustaría mantener en secreto que un familiar está infectado con el virus del VIH; y tan sólo el 20% estaría dispuesta a asumir y aceptar todos los anteriores comportamientos.

Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfico 10
Bogotá D.C. Actitudes hacia personas que tienen VIH/SIDA según educación y nivel de riqueza. 2011

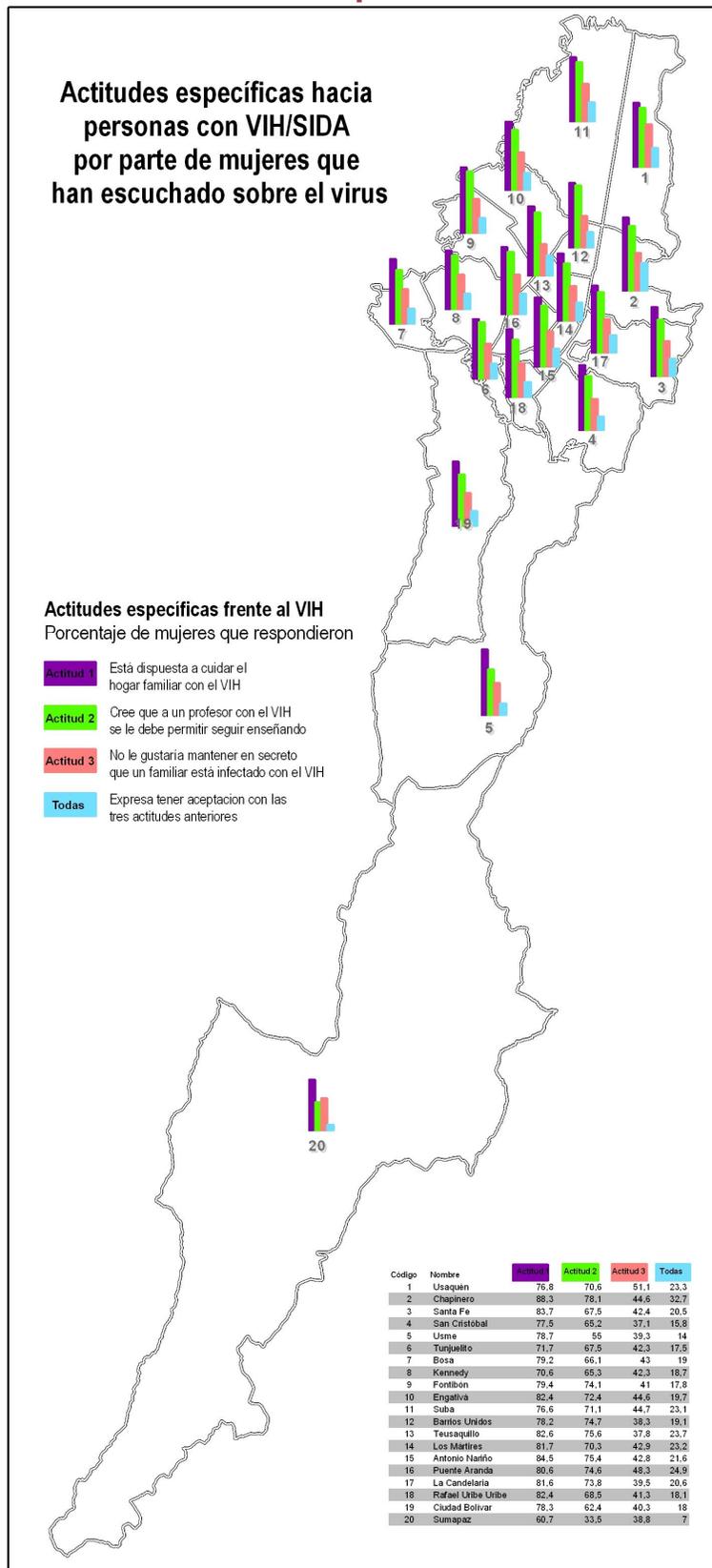


Igualmente dentro de este grupo de mujeres (2.129.886), se halló que son las mujeres de educación superior (24%) y con nivel más alto de riqueza las que expresaron una aceptación frente a las tres actitudes anteriores. El más bajo porcentaje frente a estas actitudes lo tienen las mujeres con educación primaria (13,5%) y quienes residen en las localidades de Sumapaz y Usme con el 14% y 7% respectivamente.

Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

En contraste está el 32,7% de las mujeres de Chapinero, el 24,9% de Puente Aranda, 23,7% de Teusaquillo y 23,3% de Usaquén que tendrían una actitud positiva y aceptarían a las personas con VIH en todas las condiciones mencionadas.

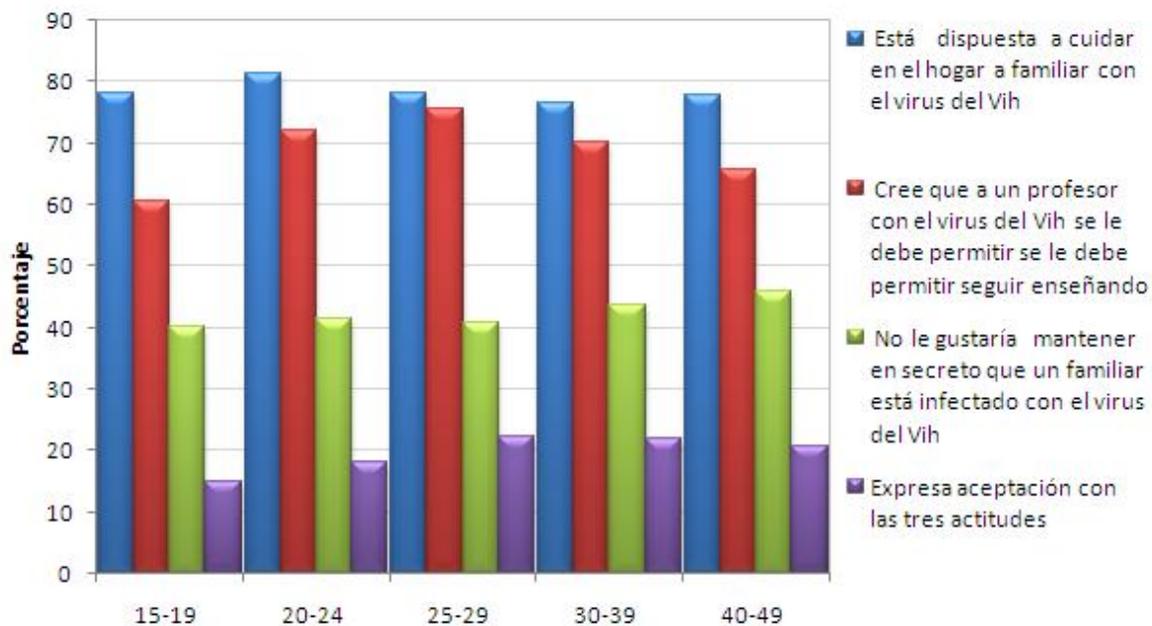
Mapa 3



En este mismo contexto, si se toma en cuenta la edad de las mujeres que han oído hablar del SIDA se encuentra que mientras el 79,6% de las menores de 24 años estarían dispuestas a cuidar en el hogar a un familiar con el virus del VIH no estarían tan dispuestas a aceptar las tres actitudes o circunstancias antes descritas, con porcentajes que van desde el 15% para las mujeres de 15 a 19 años hasta el 18,1% para las de 20 a 24 años.

En este último indicador las mujeres adultas entre 25 y 49 años superan a la menores con porcentajes que oscilan entre el 20% y 22,3% para el mismo indicador.

Gráfica 11
Bogotá D.C. Actitudes hacia personas que tienen VIH/SIDA según grupo de edad. 2011

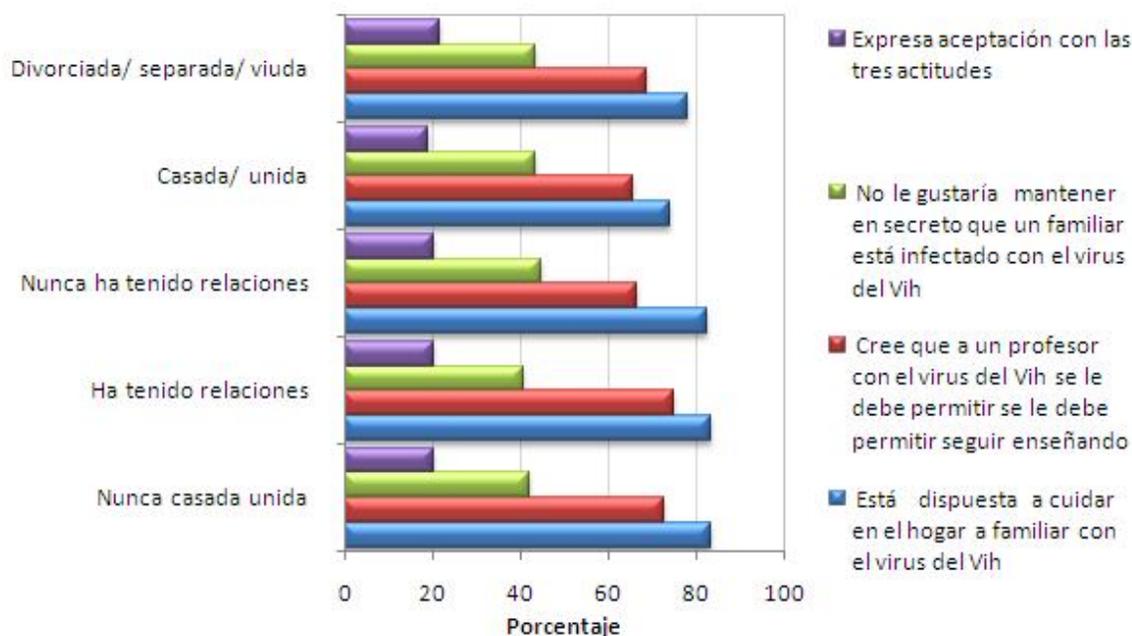


Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Con respecto a la actitud que asumirían las mujeres según su estado conyugal, tal y como lo registra el gráfico siguiente, se observa el bajo porcentaje de mujeres que aceptaría o tendría una actitud positiva en las tres circunstancias antes mencionadas; solamente las mujeres separadas o divorciadas aceptarían en un 21,5% las tres actitudes frente a las personas con el VIH.

Gráfica 12

Bogotá D.C. Actitudes hacia personas que tienen VIH/SIDA según estado conyugal. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

2. ¿Qué tan seguras son las relaciones sexuales de las mujeres?

Según el Protocolo de vigilancia de Salud Pública –VIH-SIDA de la Secretaría Distrital de Salud del Distrito -SDS-, existen unos “Factores condicionantes de la transmisión del VIH asociados al comportamiento” de las personas. Estos factores son de transmisión sexual y todas las personas con vida sexual activa están en riesgo de adquirir el VIH por esta vía. Sin embargo, existen exposiciones a situaciones de mayor riesgo de infección en toda persona, hombre o mujer, cualquiera que sea su edad.

Es así como la SDS, considera como las principales exposiciones, conductas o comportamientos de riesgo para la transmisión sexual del VIH, los siguientes:

- Contacto genital desprotegido: es decir, sin el uso del condón. En orden descendente de riesgo, en este caso las conductas son: el contacto anal, el genital u oral con una persona de la cual se desconozca si es o no seropositiva para el VIH.
- Una enfermedad de transmisión sexual –ETS- de cualquier tipo: se explica por la asociación de las ETS a factores de riesgo del comportamiento sexual que también predisponen a la infección por VIH, y a la acción directa de las ETS, especialmente las ulcerativas, al causar daño en la mucosa rompiendo la barrera natural y favoreciendo la entrada del VIH al organismo.

- Consumo de drogas psicoactivas y alcohol (marihuana, basuco, cocaína, heroína, alcohol, entre otras): estas disminuyen el control y la capacidad de juicio para protegerse de la transmisión del VIH durante la relación sexual.
- Uso de drogas inyectables -UDI-: tiene una función central en las epidemias de VIH.²⁰

En este contexto, como se expresa en la EDDS “demandar sexo seguro no es sólo un derecho de mujeres y hombres, sino que es fundamental en la prevención del contagio por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual”.

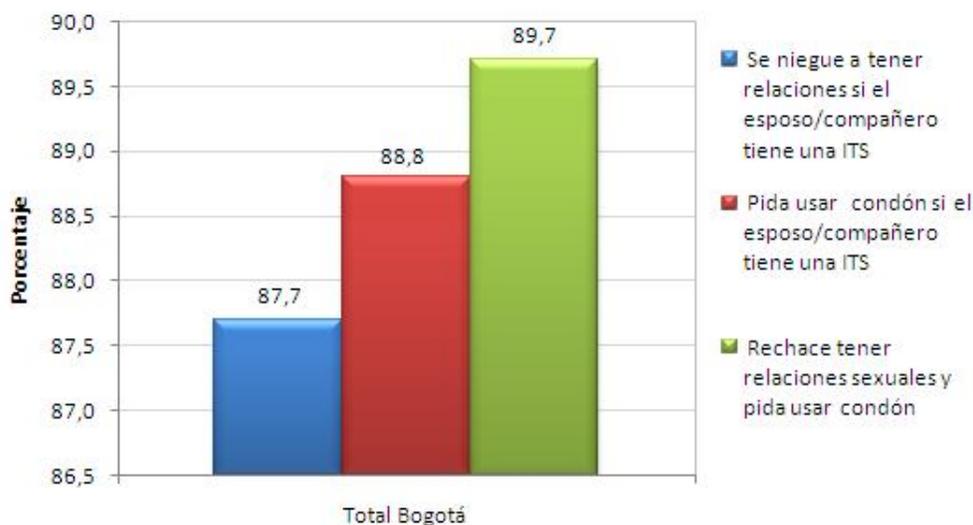
Para abordar la problemática del contagio por causa de un sexo inseguro, la Encuesta reporta las “Actitudes y el tipo de negociación que tienen las mujeres” frente a tener o no relaciones sexuales seguras con la pareja. Los datos que se presenta registran el porcentaje de mujeres en edad fértil (15 a 49 años) que creen se justifica que una mujer (en su relación sexual):

- a. Se niegue a tener relaciones si el esposo/compañero tiene una ITS
- b. Pida usar condón si el esposo/compañero tiene una ITS
- c. Rechace tener relaciones sexuales y pida usar condón

Esto para un universo de 2.137.091 mujeres del Distrito (no sólo las que han oído hablar del SIDA), de las cuales el 87,7% asumiría la primera actitud, el 88,8% le pediría a su compañero usar condón en caso de que tuviera la enfermedad, y el mayor porcentaje (89,7%) se daría en las mujeres cuya actitud sería de rechazo.

Gráfico 13

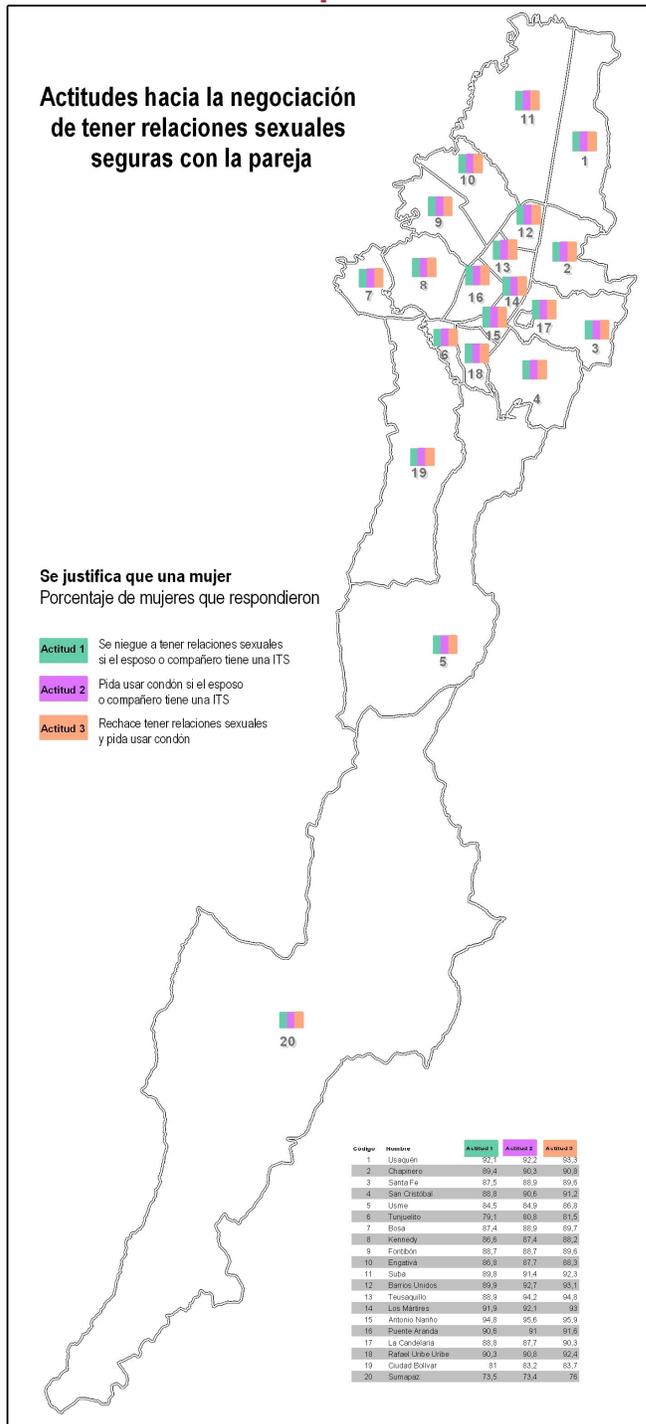
Bogotá D.C. Actitudes hacia la negociación de tener relaciones sexuales seguras con la pareja. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

²⁰ “En América latina, especialmente en Argentina y en el sur y sudeste de Brasil, las epidemias de VIH entre usuarios de cocaína y heroína inyectables se ven agravadas por el uso asociado de cocaína crack. Los derivados del opio, incluso la heroína, están surgiendo como nuevos cultivos de los llamados carteles de drogas y se han convertido en los nuevos insumos en ciertas zonas”. SDS. Dirección de salud Pública. Protocolo de vigilancia de Salud Pública –VIH-SIDA. Consulta en línea www.sds.gov.co enero 2012.

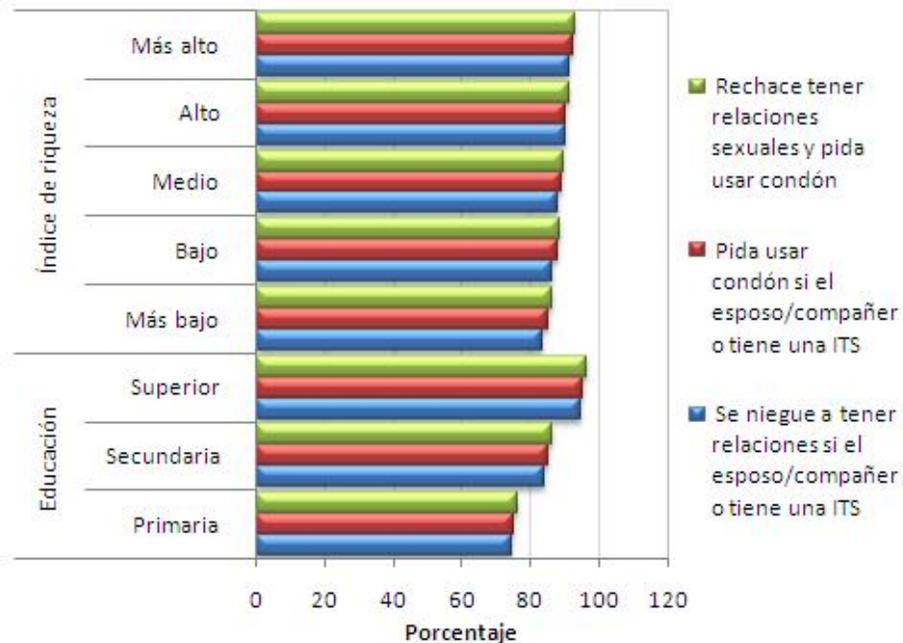
Mapa 4



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Ahora bien, este tipo de actitudes es bastante homogénea entre las mujeres que tienen estudios superiores (94%) y un alto nivel de riqueza (91,0%) quienes en estos altos porcentajes aventajan a las que solo tienen educación primaria (74,4%), un bajo nivel de riqueza (83,6%) y se encuentran en las localidades de Sumapaz y Tunjuelito con el 73,5% y 79,1% respectivamente. Todas las mujeres de las demás localidades presentan unos porcentajes que van del 81% al 94% para negarse a tener relaciones si el esposo/compañero tiene una ITS.

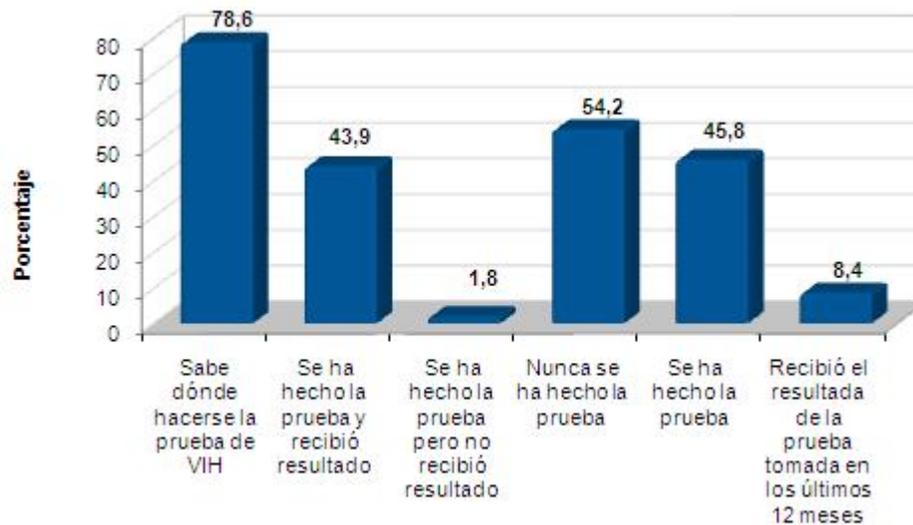
Gráfico 14
Bogotá D.C. Actitudes hacia la negociación de tener relaciones sexuales seguras con la pareja según educación y nivel de riqueza. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

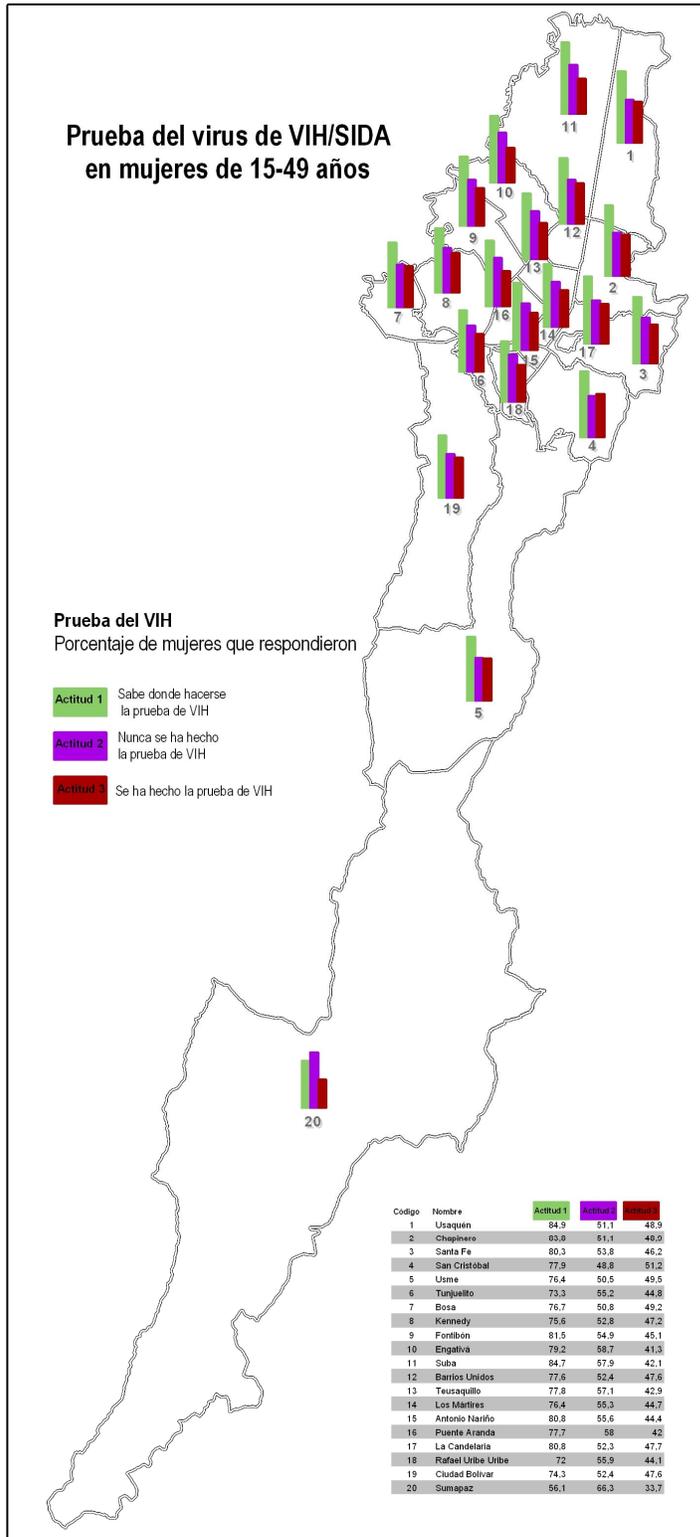
V. PRUEBA DE VIH EN EL PASADO ENTRE TODAS LAS MUJERES ENTREVISTADAS

Gráfica 15
Bogotá D.C. Prueba del virus de VIH/SIDA. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Mapa 5



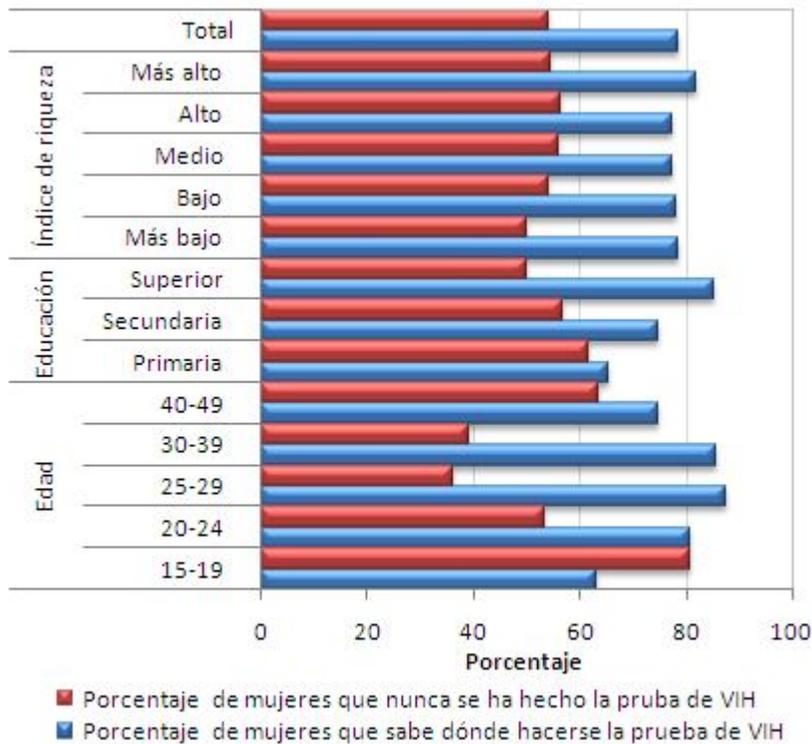
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

El 54,2% de las mujeres bogotanas *nunca* se ha hecho una prueba de SIDA pese al incremento de mujeres heterosexuales infectadas.

El 2,5% de las mujeres entre 25 y 29 años se hizo la prueba pero no recibió los resultados, frente al 61,2% de la misma edad que sí los recibió.

En la localidad de Sumapaz habita el mayor porcentaje de mujeres (66,3%) que nunca se ha hecho la prueba del virus. Igualmente se encuentran, en muy bajo porcentaje, las mujeres que saben dónde hacerse la prueba (56,1%), y las que se la han hecho (38,7%).

Gráfico 16
Bogotá D.C. Prueba del virus de VIH/SIDA por nivel de educación y de riqueza. 2011



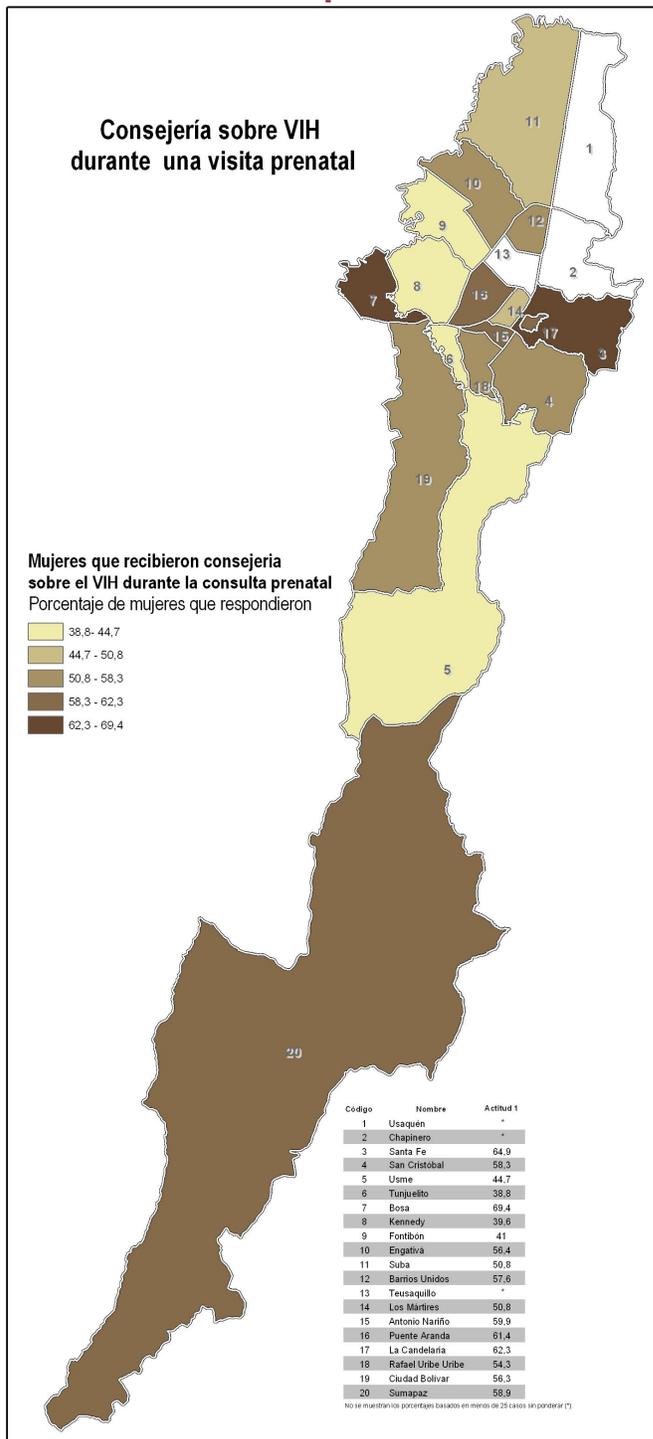
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

VI. MUJERES EMBARAZADAS ¿INFORMADAS SOBRE EL VIH/SIDA?

Para la Secretaría Distrital de Salud existen algunos factores de riesgo peri natales asociados a la transmisión del VIH. Estos son:

1. Hijos de madres con SIDA.
2. Mujeres infectadas con ruptura prematura de membranas.
3. Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los medicamentos antirretrovirales.
4. Mujeres infectadas que no han sido tratadas adecuadamente con medicamentos antirretrovirales.
5. Mujeres infectadas que no han tenido acceso a los servicios de salud durante el embarazo.
6. Mujeres infectadas que amamantan a sus hijos con leche materna.
7. Mujeres infectadas que se les ha permitido parto vaginal.
8. Mujeres infectadas que han tenido procedimientos invasivos en el control prenatal (amniocentesis o cordocentesis).

Mapa 6



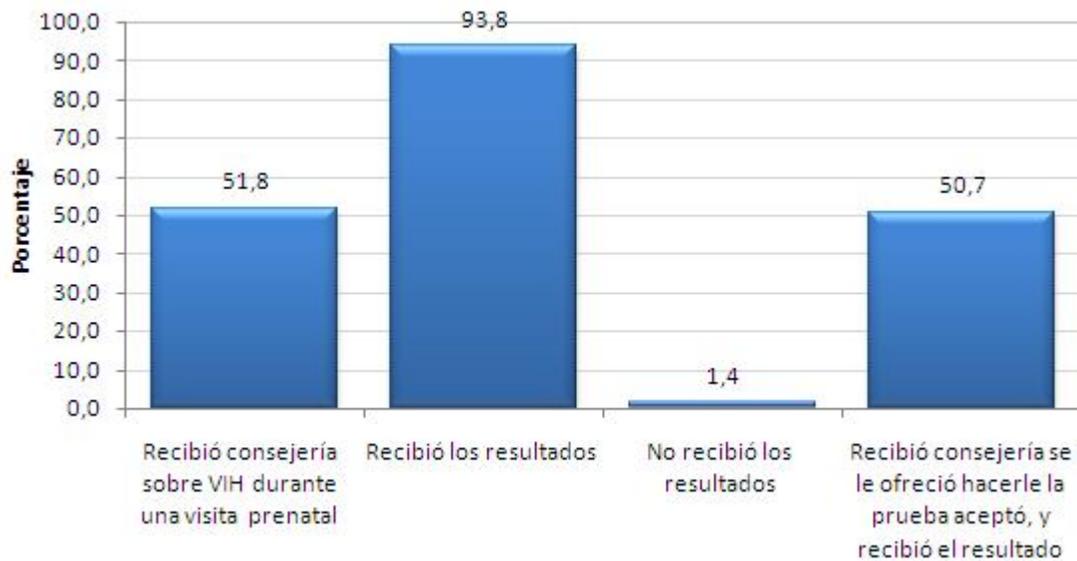
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

En el Distrito, un total de 206.024 mujeres en edad fértil (15 a 49 años) tuvo hijos durante los dos años anteriores a la encuesta, es decir entre 2008 y 2009. A este conjunto de mujeres, la Encuesta les preguntó si durante la atención prenatal en salud (en el caso del nacimiento más reciente), la institución le había ofrecido o no consejería sobre el tema del VIH. En caso de haberles ofrecido y haber aceptado hacérsela, debían responder si recibieron o no los resultados.

Al respecto, el 51,8% de las mujeres atendidas durante el embarazo recibió consejería sobre el VIH, especialmente las mujeres entre los 20 y 29 años y el 69,4% de aquellas que viven en la localidad de Bosa y el 64,9% de Santa Fe.

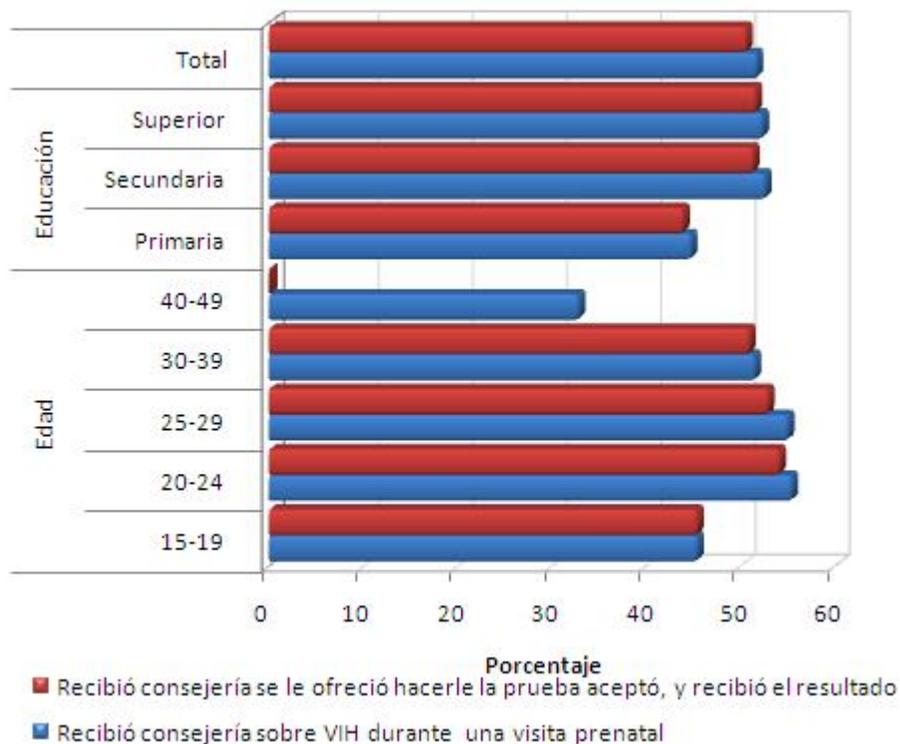
El 50,7% recibió consejería, se hizo la prueba y recibió los resultados, sobre todo las mujeres jóvenes entre 20 y 24 años (54,2%), con un nivel de educación superior (51,7%) y quienes residían en ese momento en las localidades de Bosa (68,3%) y Santa Fe (64,9%).

Gráfico 17
Bogotá D.C. Consejería y prueba de VIH/SIDA durante la atención prenatal. 2011



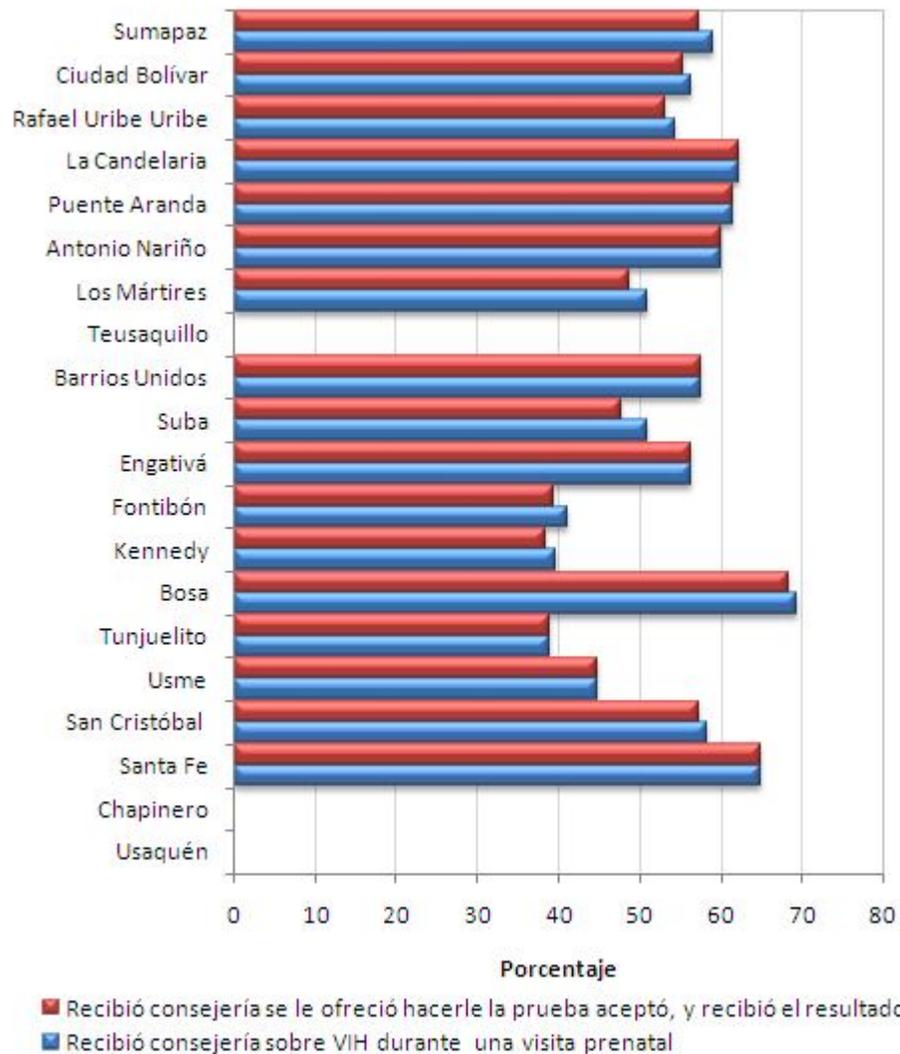
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 18
Bogotá D.C. Consejería y prueba de VIH/SIDA durante la atención prenatal según la edad y educación de las mujeres. 2011.



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 19
Bogotá D.C. Consejería y prueba de VIH/SIDA durante la atención prenatal según localidad. 2011



Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar
 Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

VII. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN EL DISTRITO

En Bogotá, las mujeres tienen poco conocimiento sobre los temas relacionados con los síntomas y con las clases de ITS, en parte por la poca información y educación que sobre el tema se da en el Distrito, como se ha visto en los datos anteriores. Así se manifiesta en el análisis de la EDDS 2011: “El desconocimiento de la real prevalencia de las ITS, sea por la falta de síntomas, el desconocimiento de éstos en la declaración del paciente o de limitaciones de conocimiento del diagnóstico, es uno de los aspectos más preocupantes para el abordaje de estas enfermedades, ya que limita tomar las medidas curativas necesarias para impedir oportunamente su agravamiento y sus complicaciones” y de igual forma para prevenir su contagio.

Las mujeres identifican los síntomas del VIH

A partir de la existencia de otras infecciones de transmisión sexual distintas al VIH y al SIDA, la Encuesta preguntó a todas las mujeres entrevistadas si sabían, o habían oído hablar, de otras enfermedades (distintas al VIH) que se transmiten través de las relaciones sexuales.

De acuerdo con la pregunta se encontró lo siguiente: una de cada diez mujeres no conoce las ITS (10%). De éstas las que menos conocen son las menores de 20 años (15,2%) y quienes tienen entre 30 y 39 años (7,6%), nunca han tenido relaciones sexuales (16%) y tienen un nivel de educación y de riqueza más bajo con el 41% y 13,8% respectivamente.

Según la localidad donde viven se halló que en Sumapaz (23,6%), Tunjuelito (18,5%) y Ciudad Bolívar (16,3%) las mujeres tienen el menor conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual, mientras las de las localidades de Antonio Nariño, Teusaquillo y Usaquén son quienes más conocimiento tienen del asunto.

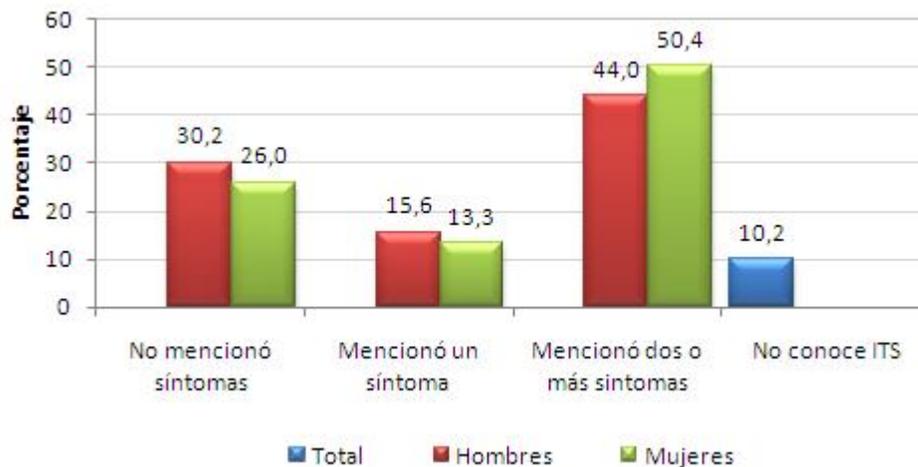
También se les preguntó si tenían conocimiento de síntomas en un hombre, a lo que respondieron: el 30,2% dijo no, el 15,6% reconocía un síntoma y el 44% conocía más de dos síntomas. Esta última situación se dio más en las localidades de Suba (58,6%), Teusaquillo (55,6%) y Engativá (52,5%); en las mujeres con educación superior (58,5%), con un alto nivel de riqueza (55%), las que tienen entre 30 y 39 años (51,1%) y ya han tenido relaciones sexuales con el 46,7%.

Ahora bien, respecto a la pregunta si conocían algún o algunos síntomas en las mujeres, el 26% de las entrevistadas dijo que no conocía ningún síntoma; el 13,3% dijo conocer alguno y el 50,4% mencionó dos o más síntomas. Las mujeres de Teusaquillo (64,6%) y Suba (63%) son quienes muestran mayor conocimiento (dos o más síntomas) mientras en Sumapaz, con el más bajo porcentaje de mujeres (21,8%) se evidencia el poco conocimiento sobre el tema.

El mayor porcentaje de mujeres (57,5%) que mencionó conocer dos o más síntomas de ITS se encuentra entre las que tienen de 30 a 39 años (57,5%) y el 55,9% de las separadas. Una situación similar se aprecia en las mujeres con educación superior (64,8%) y las que pertenecen al nivel más alto de riqueza con el 60,6% de las mujeres.

Gráfica 20

Bogotá D.C. Conocimiento de las ITS y de sus síntomas, tanto en hombres como en mujeres. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

A las mujeres que reportaron²¹ haber tenido una ITS también se les preguntó a dónde acudieron para su tratamiento.

²¹ El cuadro y los análisis del “autorreporte de ITS” se presentó en el Boletín Ciudad de Estadísticas N° 37.

Cuadro 1

Bogotá D.C. Autoreporte de infecciones de transmisión sexual (ITS) y sus síntomas, según localidad, nivel educativo e índice de riqueza. 2011

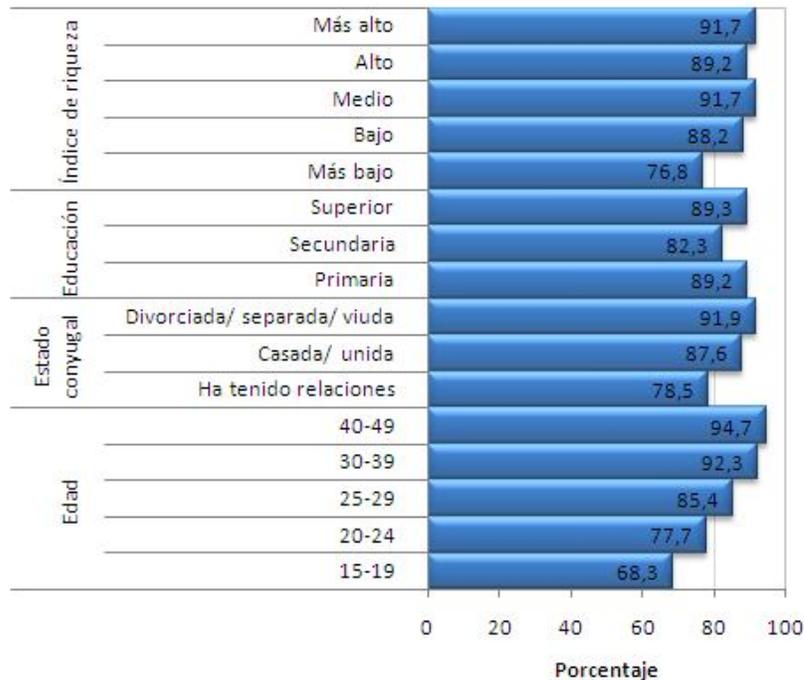
Localidad	Informó una ITS	Flujo genital anormal o con mal olor	Llagas o úlceras en genitales	ITS flujo anormal. Llagas o úlceras	N.º de mujeres que han tenido relaciones sexuales
Usaquén	1,2	3,5	0,0	3,9	122.329
Chapinero	2,4	7,1	0,0	7,8	37.438
Santa Fe	1,5	6,1	1,0	6,1	25.873
San Cristóbal	2,6	5,5	1,3	6,6	101.015
Usme	2,9	9,3	1,7	9,9	93.055
Tunjuelito	1,7	4,3	1,0	5,2	49.885
Bosa	2,3	5,9	1,1	7,8	149.594
Kennedy	2,1	4,8	1,2	6,6	260.455
Fontibón	0,9	3,1	0,3	3,5	89.114
Engativá	2,2	4,6	1,1	5,8	213.870
Suba	1,2	9,1	0,2	10,1	291.136
Barrios Unidos	3,5	9,4	0,7	10,4	55.998
Teusaquillo	1,6	4,6	0,3	5,1	38.508
Los Mártires	2,2	4,2	0,7	5,3	23.025
Antonio Nariño	3,2	4,4	0,0	5,4	25.260
Puente Aranda	0,8	4,0	0,5	4,5	63.925
La Candelaria	1,2	5,0	0,7	5,5	5.703
Rafael Uribe Uribe	4,6	9,6	1,5	10,7	92.771
Ciudad Bolívar	3,9	6,3	1,0	7,8	163.919
Sumapaz	1,9	7,5	1,3	8,5	1.292
Educación					
Sin educación	[5,5	[5,5	[0,0	[5,5	6.393
Primaria	1,8	7,6	0,6	7,9	199.687
Secundaria	2,8	6,4	1,0	7,6	813.494
Superior	1,7	5,5	0,7	6,7	884.593
Índice de riqueza					
Más bajo	3,2	9,4	1,1	10,3	398.729
Bajo	2,0	5,5	0,7	6,7	382.189
Medio	3,1	5,5	0,8	7,4	386.237
Alto	1,8	6,2	0,9	7,0	385.848
Más alto	0,8	3,7	0,5	4,5	351.164
Total	2,2	6,1	0,8	7,2	1.904.166

Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Según los resultados se encontró que el 86,2% de las mujeres buscó tratamiento, sobre todo las mujeres entre los 30 y 49 años, las separadas (91,9%), las que tienen educación superior y un alto nivel de riqueza.

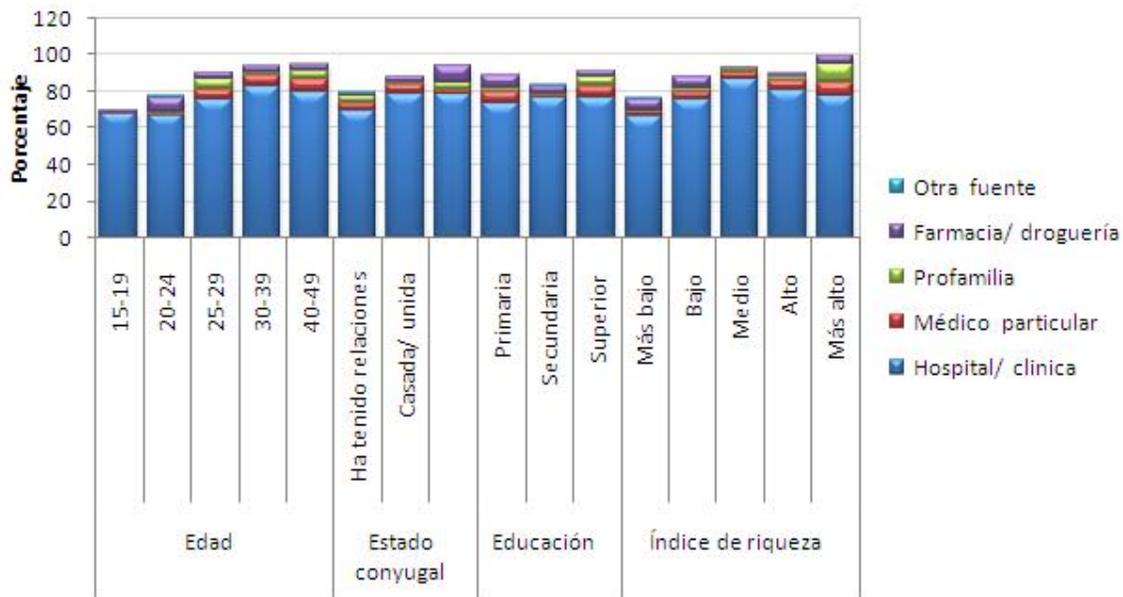
El hospital o la clínica fue la principal fuente de tratamiento para el 76,4% de las mujeres; el médico particular para el 4,2%, la droguería 4,2%, un bajo porcentaje de mujeres (2,6%) recurrió a Profamilia y sólo el 0,4%, a otras fuentes.

Gráfica 21
Bogotá D.C. Mujeres que buscó tratamiento. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 22
Bogotá D.C. Fuente del tratamiento para las ITS por edad, educación, estado conyugal y nivel de riqueza. 2011

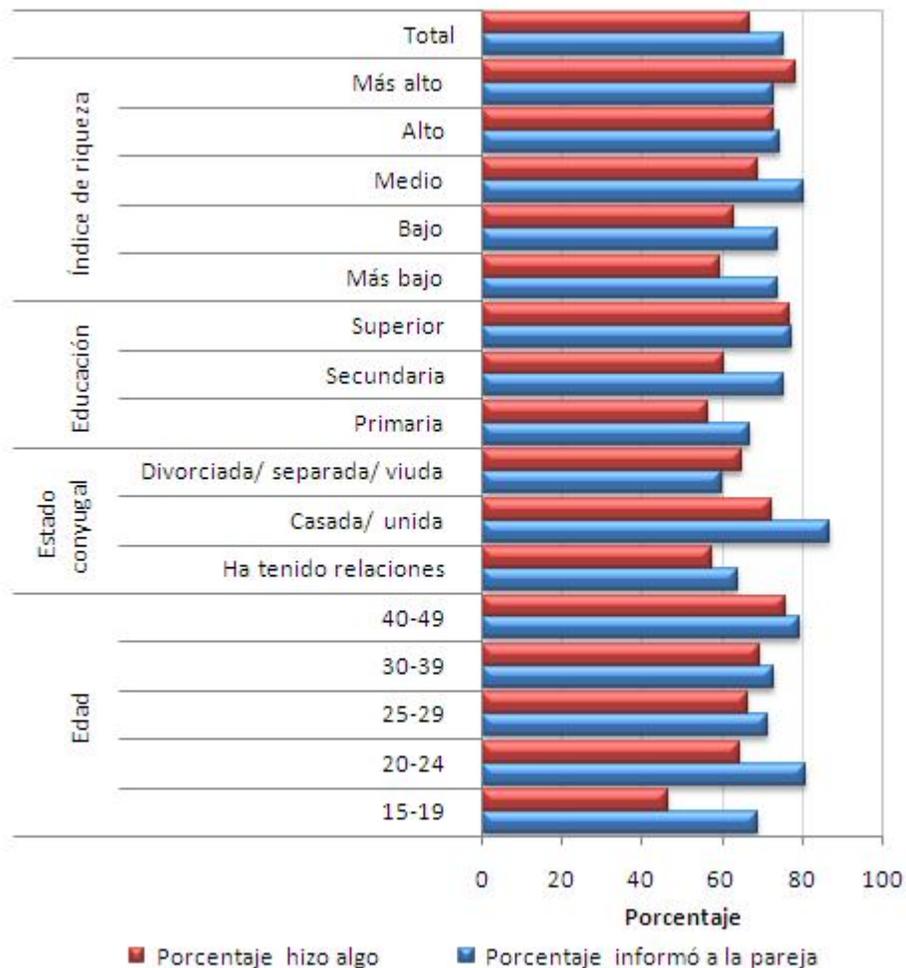


Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

De las 137.762 mujeres que reportaron tener una ITS, el 75,3% le informó a su pareja y el 67% hizo algo. Entre las que hicieron algo el 68,7% dejó de tener sexo, el 34,5% dijo usar condón y el 88,6%, tomó medicamentos.

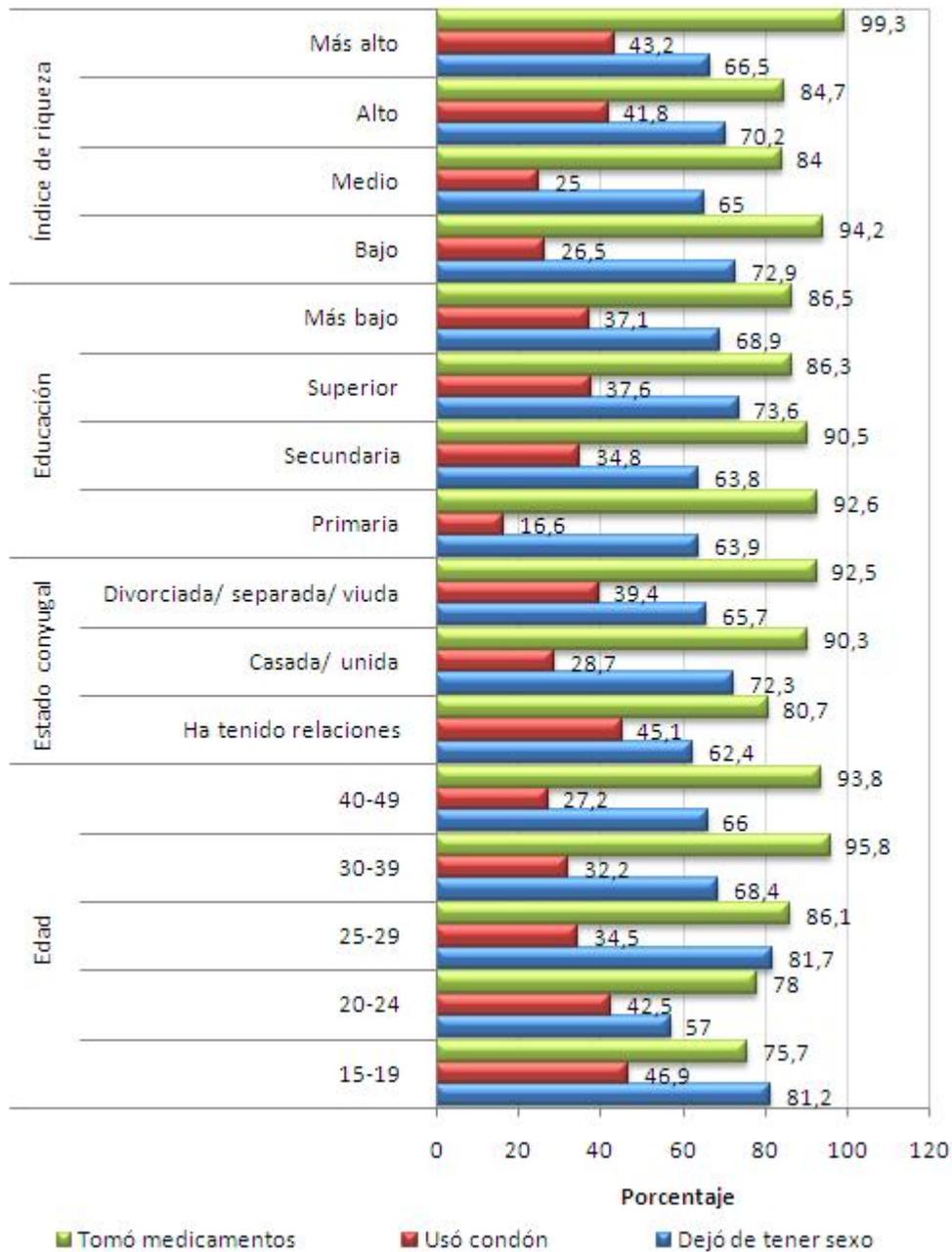
Cabe resaltar lo siguiente: un total de 42.536 mujeres de 30 a 39 años tiene una ITS, seguida de las de 20 a 24 años (29.078 mujeres). De otra parte, 72.723 mujeres casadas tienen SIDA, 61.976 mujeres con educación secundaria y 59.567 con educación superior. De igual forma 40.914 mujeres que tienen SIDA están en el nivel más bajo de riqueza.

Gráfica 23
Bogotá D.C. Mujeres que reportaron haber tenido una ITS. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 24
Bogotá D.C. Mujeres que reportaron haber tenido una ITS e hicieron algo. 2011



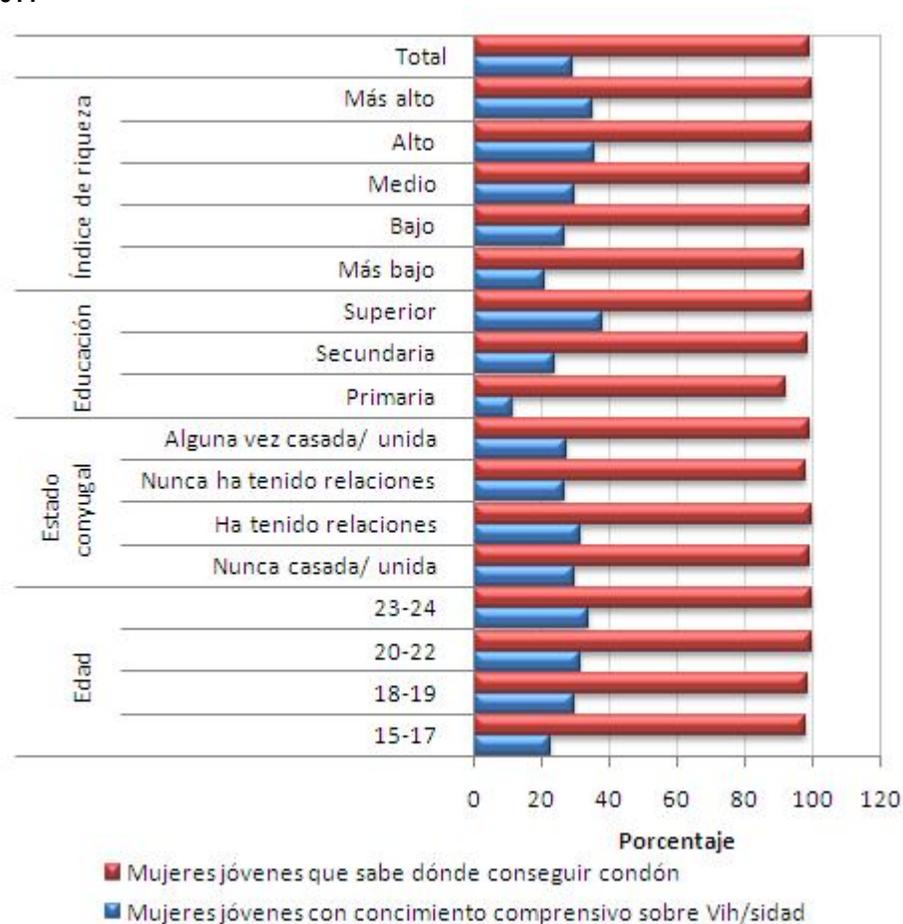
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

VIII. RELACIONES SEXUALES DE LAS MUJERES JÓVENES Y VIH/SIDA

1. Las jóvenes saben más sobre VIH/SIDA y usan condón

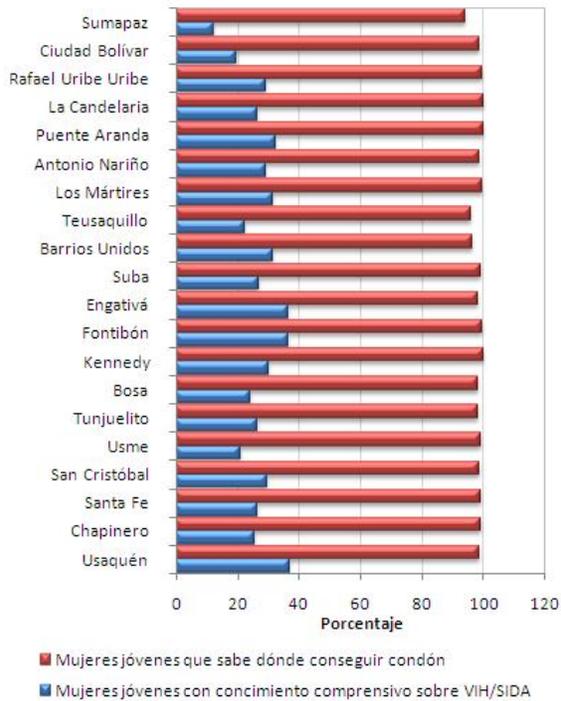
Entre las mujeres jóvenes (15 a 24 años), quienes tienen un mejor conocimiento sobre temas del VIH son las de 20 a 24 años, además, también son quienes más saben dónde conseguir un condón. El más bajo conocimiento comprensivo se encontró en las mujeres que apenas tienen educación primaria con el 11,3% y en el 20,7% de quienes tienen el nivel de riqueza más bajo.

Gráfica 25
Bogotá D.C. Conocimiento comprensivo sobre VIH y conocimiento de fuente de condón entre jóvenes. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

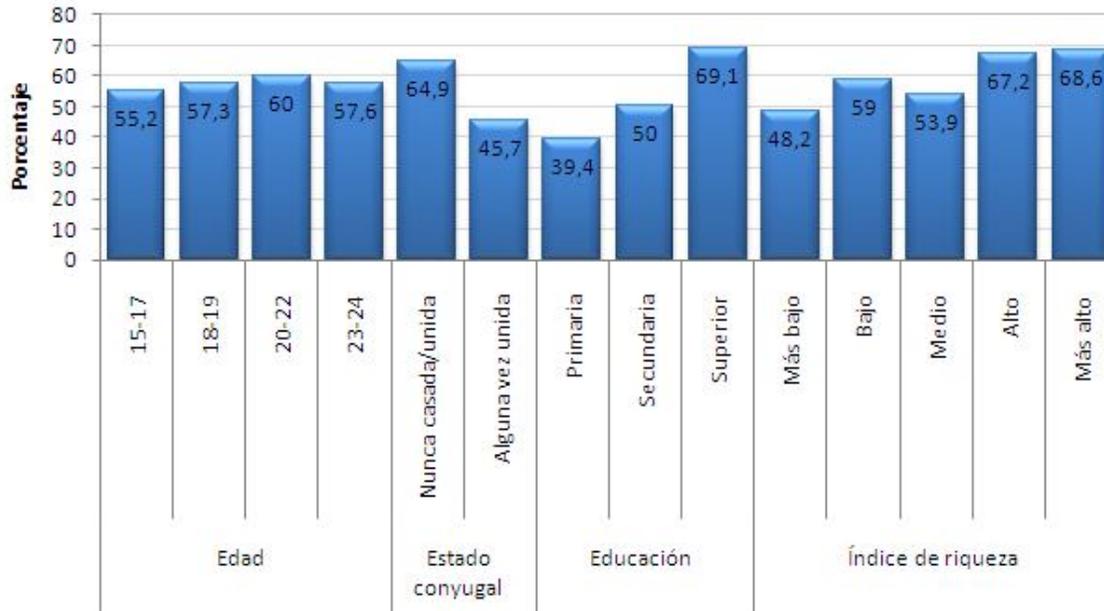
Gráfica 26
Bogotá D.C. Conocimiento comprensivo sobre VIH
y conocimiento de fuente de condón entre
jóvenes. 2011



Entre las jóvenes de 15-24 años que han tenido relaciones sexuales, se encontró que el 58,1% usó condón en su primera relación sexual. Los más altos porcentajes (entre el 65% y el 88%) se ubican en las localidades de Chapinero, Teusaquillo, Suba y Antonio Nariño. El más bajo porcentaje se registra en Usme con el 43,5% de las mujeres.

Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Gráfica 27
Bogotá D.C. Uso de condón durante la primera relación sexual entre adolescentes. 2011



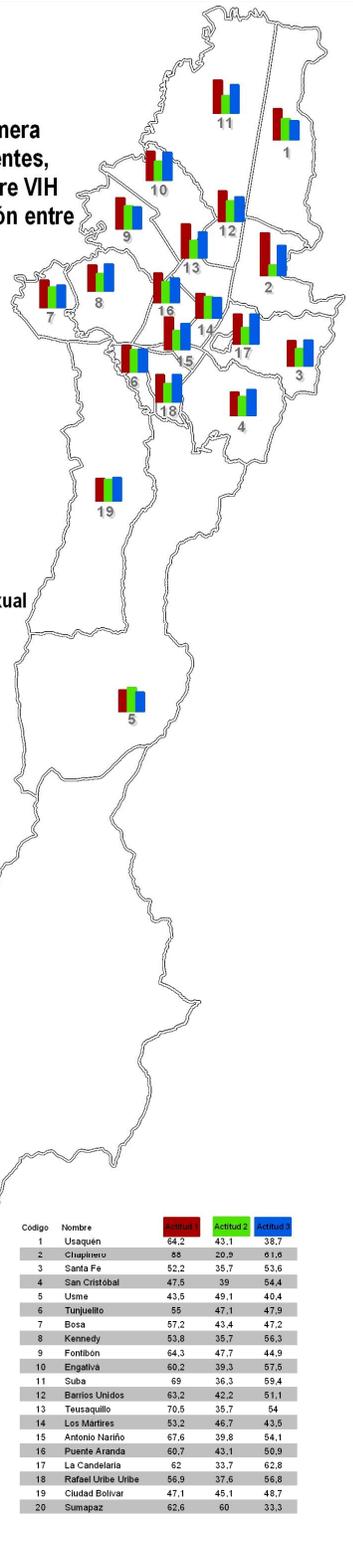
Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar. Para este gráfico, las siguientes respuestas no fueron consideradas como fuente para conseguir condones: amigos, parientes y en el hogar.
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Mapa 7

Uso de condón durante la primera relación sexual entre adolescentes, conocimiento comprensivo sobre VIH y conocimiento de fuente de condón entre jóvenes de 15 a 24 años

Uso de condón en la primera relación sexual y conocimiento comprensivo y de fuente
Porcentaje de mujeres que respondieron

- Actitud 1** Mujeres jóvenes que usaron condón en su primera relación sexual
- Actitud 2** Mujeres jóvenes con conocimiento comprensivo sobre VIH/SIDA
- Actitud 3** Mujeres que saben donde conseguir un condón



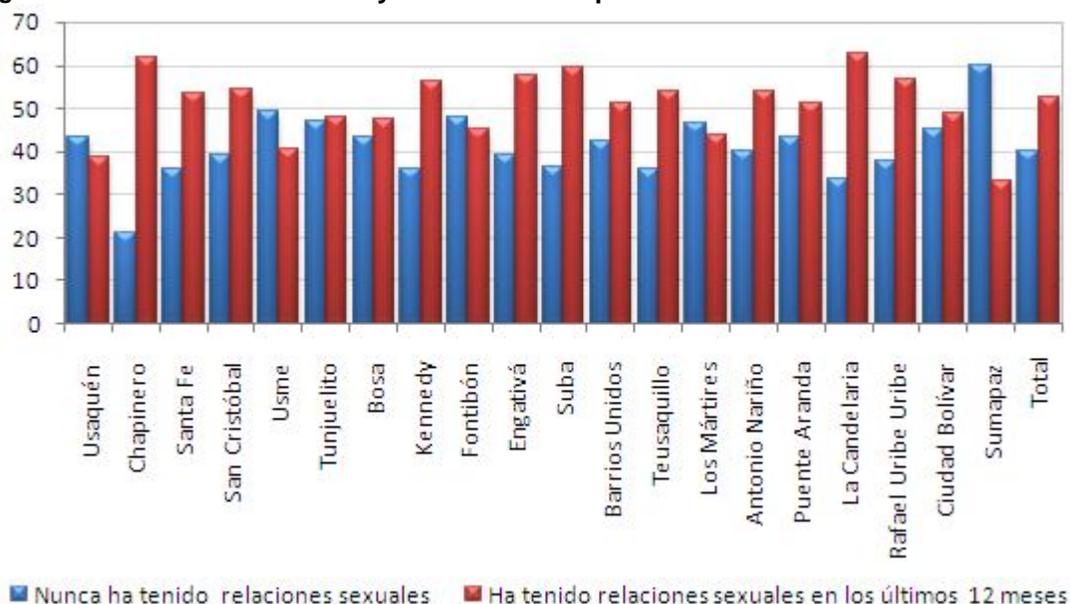
El 40,2% de las mujeres de 15 a 24 años y 70,9% de aquellas que sólo tienen entre 15 a 17 años, nunca han tenido relaciones sexuales.

Del total de jóvenes que nunca ha tenido relaciones sexuales (40,2%) se destacan las siguientes: el 52,7% está en nivel secundaria y el 37,4% en primaria; el 43,9% tiene un nivel medio de riqueza y el 40,4% de las jóvenes pertenece al nivel más bajo.

En contraste, se registra el porcentaje que ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses: el 46% usó condón y el 79,5% son jóvenes entre los 23 y 24 años. Más de la mitad no sólo tiene educación superior (66,5%) sino que también presenta el más alto índice de riqueza. La mayoría (por encima del total Bogotá) se encuentra en las localidades de La Candelaria (62,8%), seguida del 61,6% en Chapinero y el 59,4% en Suba. Por el contrario, se registra el bajo porcentaje de las mujeres de Sumapaz (33,3%), quienes han tenido relaciones sexuales en los últimos doce meses. En este caso es importante mencionar el porcentaje similar de las mujeres en Usaquén (38,7%).

Gráfica 28

Bogotá D.C. Relaciones sexuales y uso de condón por localidad. 2011



Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

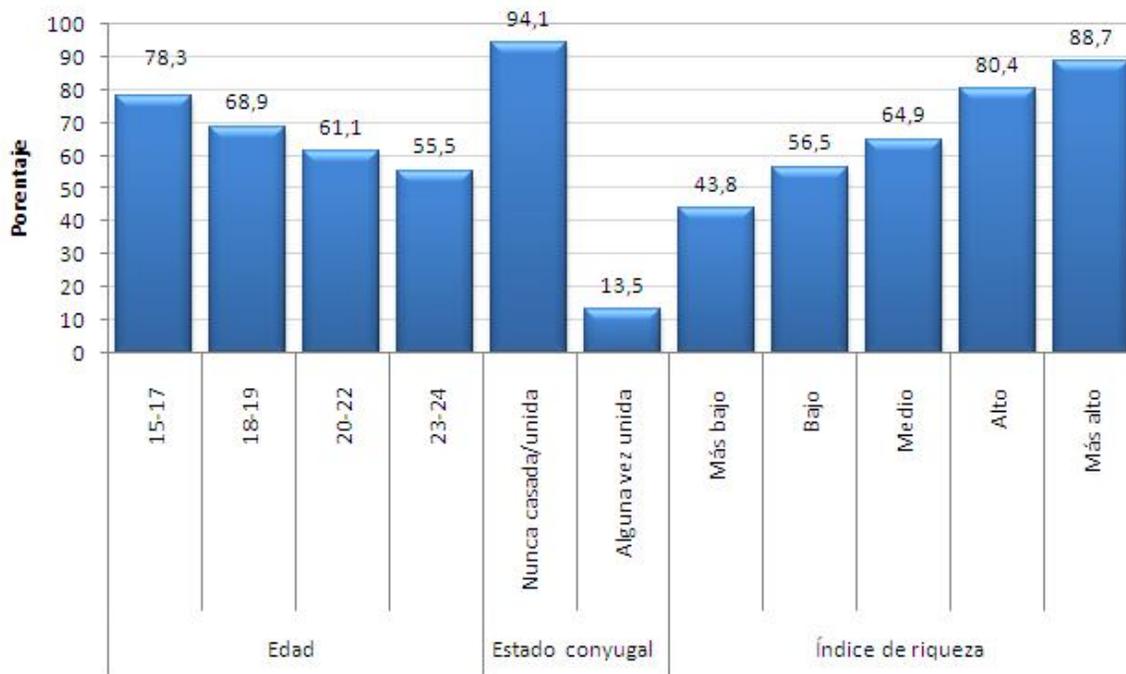
2. Sexo de alto riesgo y uso de condón en los últimos 12 meses entre las mujeres de 15-24 años

Entre las 271.492 mujeres de 15 a 24 años que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses, el 46% usó condón. De estas:

- el 47,4% (101.397) son jóvenes entre los 20 y 22 años, y
- el 46,5%. nunca ha estado casada

Gráfica 29

Bogotá D.C. Relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses y entre las jóvenes que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos 12 meses. 2011



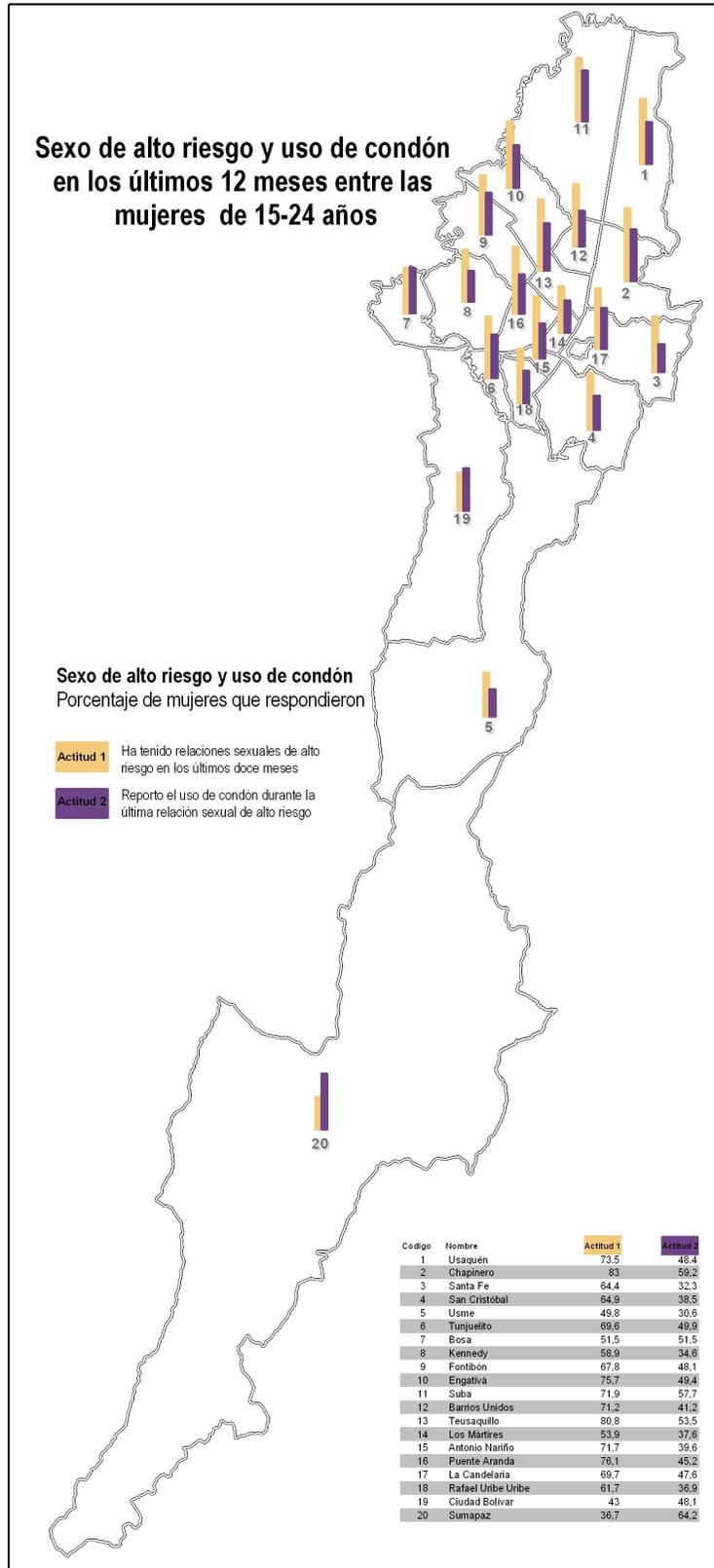
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Mapa 8

Sexo de alto riesgo y uso de condón en los últimos 12 meses entre las mujeres de 15-24 años

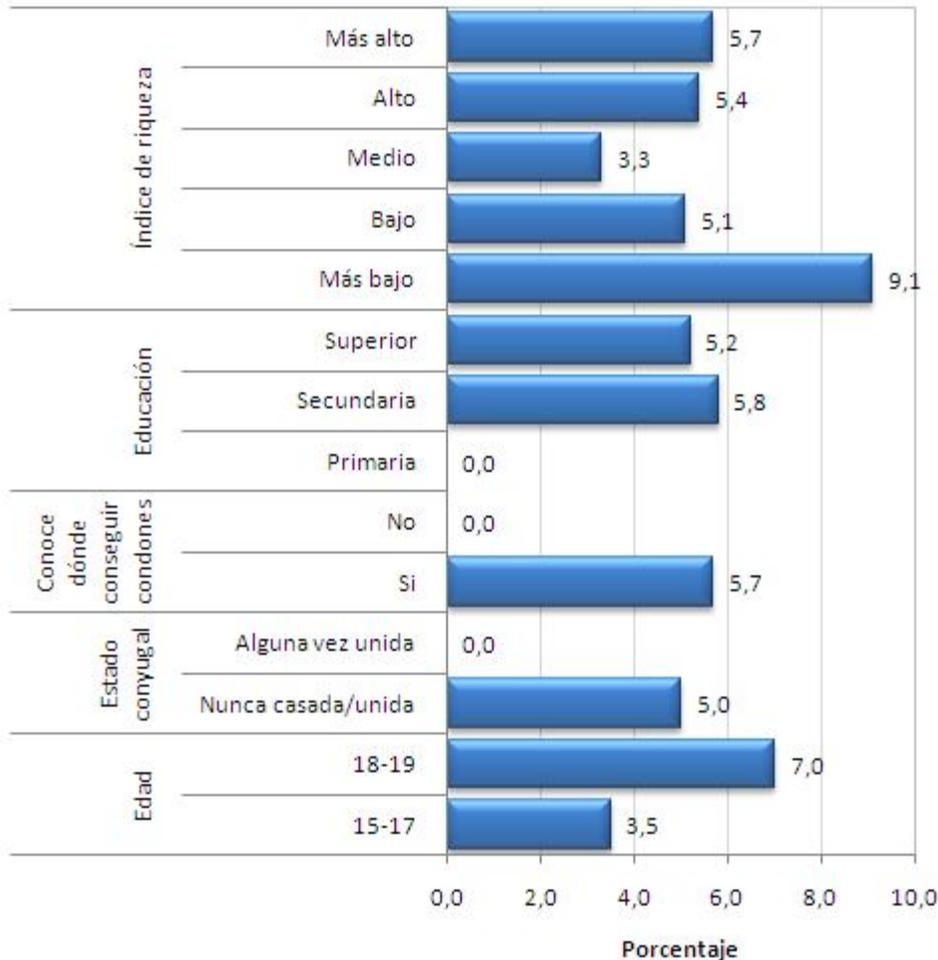
Sexo de alto riesgo y uso de condón Porcentaje de mujeres que respondieron

- Actitud 1** Ha tenido relaciones sexuales de alto riesgo en los últimos doce meses
- Actitud 2** Reporto el uso de condón durante la última relación sexual de alto riesgo



3. Relaciones sexuales con parejas de mayor edad, por características seleccionadas

Gráfica 30
Bogotá D.C. Relaciones sexuales con parejas de mayor edad. 2011

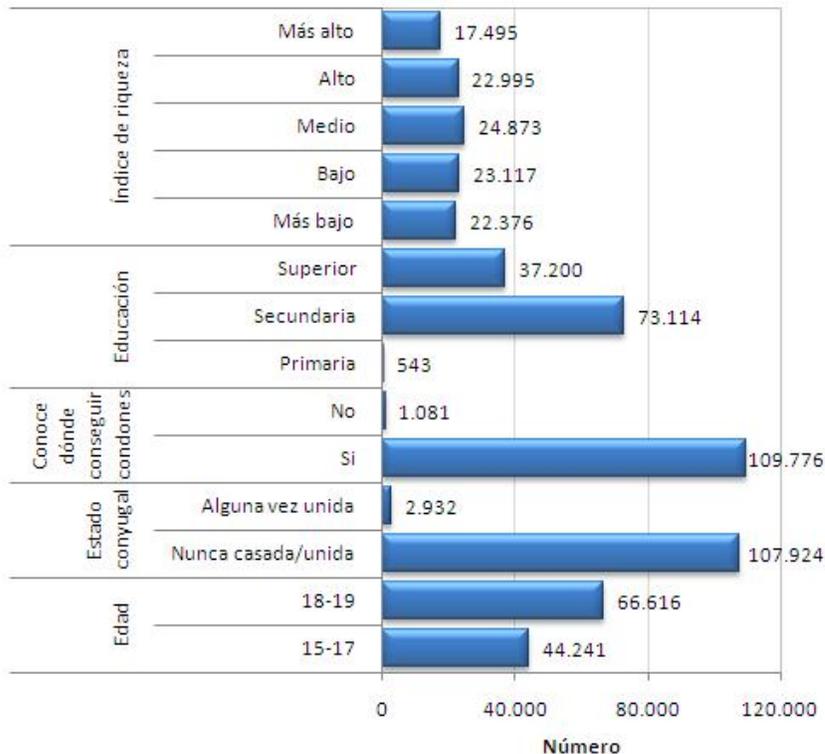


Nota: No se muestran los porcentajes basados en menos de 25 casos sin ponderar (*).
Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

En cuanto a las mujeres que tuvieron relaciones sexuales de alto riesgo con hombres mayores 10 años más que ellas, se observa que, de aquellas que respondieron, la mayor proporción corresponde a mujeres (9,1%) de nivel económico muy bajo y a las mujeres (7,0%) entre 18 y 19 años, es decir mayores de edad.

Solo el 5,7% de quienes tuvieron éste tipo de relación sabe dónde conseguir condones y el 5,0% manifiesta nunca haber estado casada o unida.

Gráfica 31
Bogotá D.C. Número de mujeres que ha tenido relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses. 2011

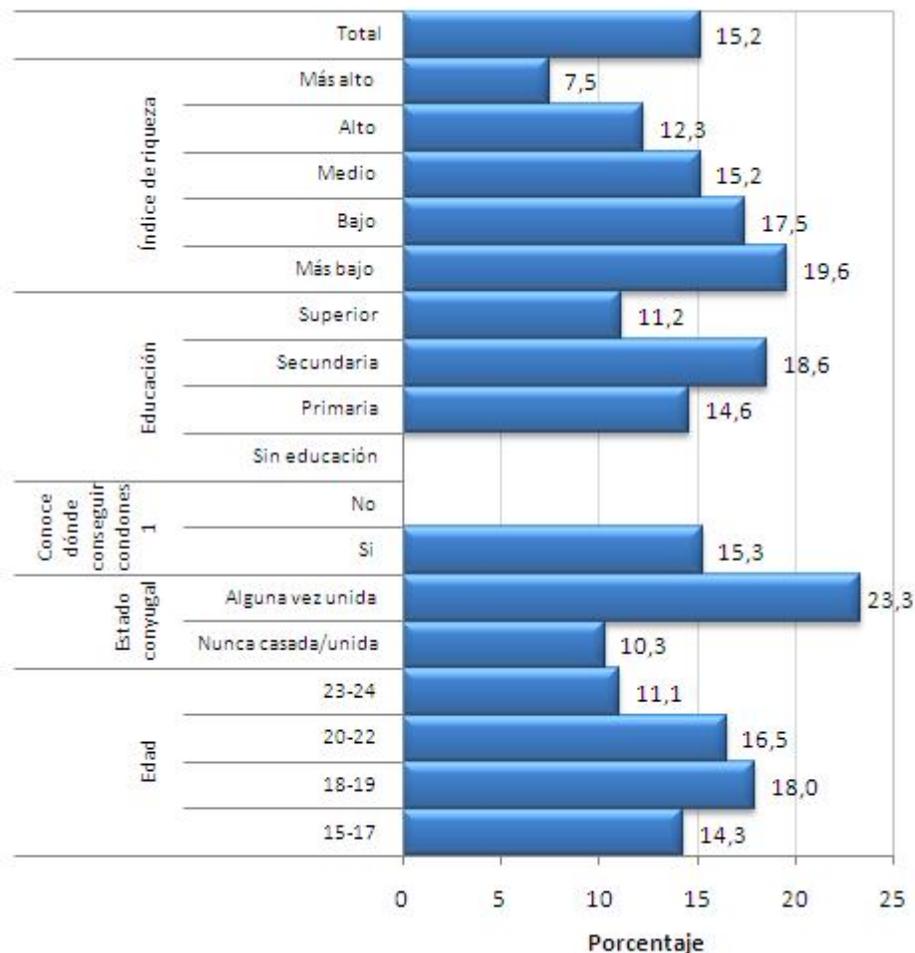


Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

Por su parte, la mayoría de las mujeres que reconoce haber tenido relaciones de alto riesgo en los últimos 12 meses saben dónde conseguir condones y manifiesta nunca haber estado casadas o unidas, así mismo son más significativas numéricamente las mujeres entre 18 y 19 años, y las mujeres con nivel máximo alcanzado de secundaria.

Respecto al nivel económico, según el índice de riqueza, no se encuentra gran diferencia entre quienes han tenido relaciones de alto riesgo, ya que todos los niveles tienen números similares; sin embargo, se destaca que quienes tienen un nivel económico más alto presentan la menor proporción.

Gráfica 32
Bogotá D.C. Prueba de VIH más reciente. 2011



Nota: Los porcentajes precedidos por un corchete están basados en 25-49 casos sin ponderar.

¹Para este cuadro, las siguientes respuestas no fueron consideradas como fuente para conseguir condones: amigos, parientes y en el hogar.

Fuente: Profamilia – SDP – SDIS. EDDS 2011

De las mujeres jóvenes que se han realizado prueba de VIH, y que recibieron su resultado, la mayoría manifestó haber estado alguna vez unida, así mismo tener nivel máximo de educación de secundaria, y pertenecer a un nivel socioeconómico muy bajo. El 16,6% de quienes realizaron esta práctica, tiene entre 15 y 19 años y sólo el 14,4% entre 20 y 24 años, a pesar de ello el 15,3% conoce dónde conseguir condones.

IX. PREVENCIÓN: “Si no hablamos de lo que pasa, dejamos que pase”.

Esta es una de las consignas promovidas a nivel mundial para prevenir la infección por VIH²².

“Hablar de VIH/SIDA es hablar de 1,7 millones de personas con VIH y 63 mil muertes por año en América Latina. Es revelar que se infecta gente que podría no infectarse y que muere gente que podría no morir. Es nombrar aquello que muchos no quisieran nombrar. Hablar de VIH/SIDA es hablar de desigualdades, de la falta de acceso al sistema de salud y educación, de diferentes formas de ejercer la sexualidad, de la ampliación de las brechas, de derechos para algunos e injusticias para muchos. Hablar de VIH es hablar de lo que pasa. Y si no hablamos de lo que pasa, dejamos que pase”.

Tan sencillo como usar sombrilla cuando llueve es el uso del condón en las relaciones sexuales. En todo el país y especialmente en Bogotá, preocupa el tema de la prevención dado el aumento de la transmisión del virus en toda Latinoamérica por la falta de programas de prevención en todos los países. Así lo constata el Programa de la ONU sobre el SIDA –ONUSIDA- al manifestar su desconcierto frente al problema pues a pesar del descenso en el número de muertos por SIDA en América Latina (mayor acceso al tratamiento antirretroviral), el contagio sigue en aumento y “La prevención se ha relajado”²³: “Por cada persona en tratamiento tenemos dos nuevas infecciones. Así nunca acabaremos con la enfermedad. Claro que hay que evitar las muertes, pero más importante aún es prevenir la infección”.

Es así como los gobiernos destinan más presupuesto al tratamiento contra el SIDA que a la prevención, y si lo hacen se orientan a la población más afectada como son hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas. Pero en realidad lo que busca la prevención es informar y formar sobre el tema del VIH/SIDA y las otras ITS a un grupo poblacional más amplio, sobre todo a las y los más jóvenes quienes, según ONUSIDA, parecen haberle perdido el miedo al SIDA. Siguiendo los informes de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe -CEPAL²⁴, el 25% de los partos en América Latina son de menores de 17 años²⁵.

Ahora bien, la prevención debe enfatizar la información a las mujeres por el aumento de casos de infección. De hecho, se sabe que una de las razones que explican este aumento de las infecciones entre las mujeres es que fueron contagiadas por sus esposos o compañeros que, con anterioridad, han tenido

²² En <http://www.sida-aids.org/>, consulta en línea enero de 2012

²³ César Núñez. Director ONUSIDA América Latina, En <http://news.sida-aids.org/aumenta-transmision-de-sida-en-latinoamerica/#more-3127>, consulta en línea enero 2012. consulta en línea enero 2012.

²⁴ www.cepal.org.

²⁵ En Bogotá el 72,4% de las jóvenes entre los 15 y 19 años tuvo relaciones de alto riesgo en los últimos dos años y sólo el 44,4 usó condón. EDDS, Capítulo XII. Cuadro 12.7 Bogotá, 2011

relaciones no seguras con trabajadoras sexuales, o en muchos casos, con otros hombres. Esto evidencia que el principal foco de transmisión en la región son los hombres que mantienen relaciones con otros hombres sin protección.

Según la OMS “el modo más eficaz de evitar las ITS consiste en no tener relaciones sexuales (sean orales, vaginales o anales) o tenerlas únicamente en el ámbito de una pareja a largo plazo, no infectada y mutuamente monógama. Siempre que se utilicen sistemática y correctamente, los preservativos masculinos de látex son muy eficaces para reducir la transmisión del VIH y de otras ITS, tales como la gonorrea, la clamidiasis y la tricomoniasis” (OMS: 2011).

En Colombia, Profamilia tiene una cartilla de información sobre el VIH/SIDA, como herramienta permanente para que los y las jóvenes conozcan más sobre el Virus y evite riesgos. Otra manera de prevenir es informar y divulgar, por eso queda a la mano de los lectores la página de consulta de la cartilla: http://www.sida-aids.org/prevencion/vih_sida_cuadernillo_estudiantil.html.

Reflexiones finales

Las Enfermedades de Transmisión Sexual –ETS- son un grave problema para todos los países de mundo y no sólo para los que se encuentran en vía de desarrollo como muchos de los países y mega ciudades de Latinoamérica, entre ellas Bogotá o Brasil donde los casos de VIH-SIDA son preocupantes.

La educación, formación y seguimiento a la Salud Sexual y Reproductiva de las personas -especialmente de las niñas, adolescentes y mujeres del Distrito en general-, debe constituirse en un programa permanente de acompañamiento si se quiere superar el grado de analfabetismo y despreocupación que sobre el tema se encuentra en casi toda la ciudad: zonas, localidades, barrios, estratos, condiciones sociales, étnicas, etarias, de discapacidad, en situación de vulnerabilidad o fortaleza, entre otras, en todo momento los riesgos frente a las infecciones por transmisión sexual no pueden considerarse insignificantes, frívolos o despreciables, ya por asuntos de moral y cultura, o por reputación y miedo.

Como se dijo anteriormente, estos son asuntos vitales de la salud pública de los estados y los gobiernos los cuales tienen la obligación ética y política no solo de prevenirlos, sino, mucho más, de erradicarlos. Es el caso de la mortalidad materna y perinatal por ITS que -hace más de 30 años- es un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanzan a nivel global, como por sus complicaciones y el fuerte impacto en la estructura social y familiar. Este debe ser también un compromiso (tangibles, concretos) del gobierno distrital.

GLOSARIO

MÁS ALLA DEL SIDA...

Glosario sobre otras enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual y términos afines

BLenorragia o Gonorrea: flujo mucoso ocasionado por la inflamación de una membrana, principalmente de la uretra.

BACTERIA TREPONEMATACEAE: agente causal de la sífilis. Es capaz de metabolizar la glucosa en presencia de oxígeno, pero también es capaz de incorporar aminoácidos a las proteínas que sintetiza en ausencia de oxígeno (antes se creía que era una bacteria anaerobia pero, igualmente, es capaz de metabolizar en presencia de oxígeno).

BACTERIA CHANCROIDE (DE CHANCRO): úlcera contagiosa de origen venéreo o sifilítico.

CLAMIDIASIS: la Clamidia es una enfermedad de transmisión sexual (ETS), causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*, que afecta los órganos genitales de la mujer y del hombre. Se transmite en relaciones sexuales vaginales, orales o anales o también se transmite de madre a hijo durante el parto. Las mujeres jóvenes que son activas sexualmente pueden tener un mayor riesgo de Clamidia porque el cuello uterino no se ha desarrollado completamente. La infección puede ser transmitida de una mujer embarazada a su bebé durante el parto; puede hacer que el bebé tenga infecciones del ojo o neumonía. Con frecuencia no hay síntomas, sobre todo al principio de la infección. Como la clamidia es una de las enfermedades más comunes transmitidas sexualmente, los profesionales médicos recomiendan que las adolescentes y mujeres jóvenes sexualmente activas de hasta 25 años de edad se hagan análisis anuales de clamidia.

BALANOPOSTITIS O BALANITIS: es la inflamación del pene y cuando afecta el prepucio se llama Balanopostitis. Estas enfermedades (Balanopostitis y Balanitis) se transmiten ya sea por una infección bacteriana o viral, ya sea por el mal uso de jabones.

El CONDILOMA ACUMINATA: es una enfermedad de transmisión sexual, ocasionado por el virus del Papiloma humano y perjudica esencialmente la parte genital. La transmisión del Condiloma Acuminata es sexual, ya sea vaginal, anal u oralmente.

El GRANULOMA INGUINAL O DONOVANOSIS: es una enfermedad crónica de transmisión sexual, producida por un bacilo gramnegativo llamado *Calymmatobacterium granulomatis* y se puede diseminar en otros órganos como el al hígado, bazo, pulmón, huesos, entre otros. El Granuloma Inguinal o

Donovanosis es una enfermedad endémicamente tropical y se transmite por medio de relaciones sexuales con personas infectadas.

EL HERPES GENITAL: es una enfermedad infecciosa que se transmite sexualmente, por dos virus: (VHS-1) y (VHS-2). El Herpes Genital, puede ser transmitido durante el coito sexual o por contacto de la boca con los genitales. Las zonas muy húmedas como boca, garganta y ojos también pueden presentar Herpes, así como también si la piel de los genitales tiene heridas abiertas.

LINFOGRANULOMA VENÉREO (LGV): enfermedad infecciosa y crónica que afecta al sistema linfático y es producido por tres tipos distintos de la bacteria *Chlamydia trachomatis*. El Linfogranuloma Venéreo (LGV) se transmite a través de la relación sexual con personas infectadas con el Linfogranuloma.

EL PAPILOMA HUMANO: enfermedad que tiene más de 100 tipos de virus, de los cuales 40 son por transmisión sexual. Puede afectar tanto hombres como a mujeres. La transmisión del Papiloma Humano es a través de relaciones sexuales y afecta la vagina y el cuello uterino, también por material médico no esterilizados y juguetes sexuales inadecuadamente limpios. También puede haber contagio de la madre al feto, si hay verrugas por el conducto vaginal.

LA CANDIDIASIS O MONILIASIS: Es una enfermedad de transmisión sexual, que componen el grupo de las infecciones causada por un hongo del género *Candida*, donde el *Candida albicans* es el más común. En su mayoría, la Candidiasis o Moniliasis puede manifestarse en persona con el sistema inmunológico débil o defensas bajas.

ENFERMEDAD INFLAMATORIA PÉLVICA (EIP): conjunto de infecciones que afecta todo el conjunto de órganos del aparato reproductor femenino, que puede ocasionar sino son tratados a tiempo, infertilidad, embarazo ectópico y formación de verrugas. La Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP) se da en mujeres que usan frecuentemente, duchas vaginales y dispositivos intrauterinos (DIU).

ESCABIASIS O ESCABIOSIS: la Escabiasis o Escabiosis es un ectoparasitosis contagiosa de la piel causada por un ácaro *Sarcoptes scabiei* y puede ser transmitida sexualmente, si se tiene contacto directo con personas con esta enfermedad. Se transmite por contacto sexual, compartir ropa, y sábanas. También puede haber una transmisión de la madre al hijo. Entre las zonas más frecuentes de la presencia de Escabiosis son axilas, nalgas, senos y los órganos sexuales masculinos.

SÍFILIS: infección curable causada por una bacteria llamada *Treponema pallidum*, la cual se transmite por vía sexual y, también, durante el embarazo, de la madre al feto.

TRICOMONIASIS: es una enfermedad que se transmite sexualmente, causada por el *Trichomonas vaginalis*. La Tricomoniasis es transmitida por medio de relaciones sexuales, en la mujer afecta la vagina y en el hombre, la uretra.

PIOJOS PÚBICOS O LADILLA: los Piojos Púbcos son insectos muy pequeños, conocidos también como ladillas que se encuentra aferrados al vello púbico. La transmisión de las ladillas o los Piojos Púbcos puede ser por medio del contacto sexual, personal o compartiendo sábanas, ropa, toallas con la persona infectada ya que los piojos pueden estar presentes en el cabello, cejas, pestañas y vello de las axilas y del cuerpo.

HEMORROIDES: Las Hemorroides, también llamadas Tumor en el recto, Tumor rectal o Almorranas, son inflamaciones venosas del recto y el ano, en la que están afectadas la parte izquierda, derecha y media posterior del ano. Las Hemorroides cuando se convierten en una patología muy grave, pueden llegar a afectar la parte superior o inferior del ano. Las que afectan la parte superior, pueden llegar a ser leves o también muy graves que llegan a prolapsarse.

GONOCÓCICAS: relativo al Gonococo. Bacteria ovoide, que se reúne en parejas y más raramente en grupos de cuatro o más unidades y aparece en las células del pus blenorragico (de la gonorrea) o en el de otras lesiones gonocócicas.

MEDICAMENTOS ANTIRRETROVIRALES: sustancias utilizadas para eliminar o inhibir la multiplicación de retrovirus como el VIH.

INFECCIÓN OPORTUNISTA: una infección que sucede en personas con sistemas inmunológicos defectuosos y que es ocasionada por un organismo que generalmente no afectaría a individuos con sistemas inmunológicos sanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Organización Mundial de la Salud –OMS Colombia. Observatorio Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/countries/col/es> consulta en línea enero 2012.

ONUSIDA: Informe UNGASS – 2010. Informe nacional. República de Colombia. Marzo 31 de 2010. En: <http://onusida.org.co/informes/ungass2010.pdf>, consulta en línea enero 2012.

Ministerio de la Protección Social –MPS, 2003. Dirección General de Salud Pública. Política Nacional De Salud Sexual Y Reproductiva. Colombia.

SDS, 2011. Protocolos de vigilancia en salud pública. VIH/SIDA. Bogotá.

BIBLIOGRAFÍA

Sistema de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA Distrito Capital, 2011. SDS, Bogotá.

Ministerio de la Protección Social –MPS 2008. Plan Nacional de Respuesta Ante El VIH y el SIDA. Colombia 2008-2011

Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública SIVIGILA- Colombia

Laboratorio Centralizado de VIH –SDS los certificados de defunción por SIDA en el Distrito Capital- SDS.

Estadísticas Sanitaria Mundiales-OMS 2011: En: http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf. Consulta en línea enero 2012.