

Situación epidemiológica del SIDA en Cali

Marlene Vahos, Enf. M.S.P., Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, Colombia

Introducción:

El municipio Santiago de Cali (Colombia) tiene 2.162.000 habitantes¹, representando el 5.4% de la población del país y el polo de atracción del suroccidente colombiano. El 40% de la población es negra². En los últimos 5 años ha sido receptora de población desplazada por la violencia o la pobreza, en condiciones de alto riesgo psicosocial³, el 80% de las familias del distrito de Aguablanca (Comunas 13,14,15,16,21) provienen del suroccidente del país.⁴ (Nariño, Cauca y Chocó), y en general se evidencia la influencia de la cultura paisa. Este entrecruzamiento regional ha traído consigo fuertes procesos culturales que incluyen relacionamientos sexuales donde priman las relaciones de poder, machismo y violencia sexual, constituyéndose en factores de riesgo frente a enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Sólo el 6% de las personas sexualmente activas usan preservativo en las relaciones coitales.⁵

El 56.8% de la población corresponde a los estratos 1 y 2, el 6.3% a los estratos 3 y 4⁶. La población joven se ve enfrentada a vitales contradicciones entre sus necesidades reales, las necesidades creadas por la globalización y las escasas oportunidades. Entre el año 1999 y el año 2000, el índice de desempleo estuvo cercano al 20% y el subempleo en 64%. Existen comunas donde el desempleo juvenil llega al 70%. El comercio sexual como medio de sobrevivencia se ha incrementado tanto en hombres como en mujeres; el 35% de los hogares tienen jefatura femenina⁷ y el 54% de los habitantes pertenecen al grupo de pobres por atender, en otras palabras no tienen acceso a los servicios de salud.⁸

Esta situación socioeconómica es una de las amenazas que se ciernen sobre la ciudad cuando nos referimos al fenómeno del SIDA pues, según los economistas, existe un carácter recíproco entre el VIH y la economía: El VIH afecta la economía y el sistema económico afecta el nivel y la distribución del VIH.⁹

A 31 de diciembre del año 2001, se han notificado al “Registro Poblacional de Cali” 5755 casos nuevos de VIH/SIDA. (1096 en el 2001 para una incidencia de 5.07/ 100.000 hbts), de

¹ Poblaciones según proyecciones del Dane, Santiago de Cali octubre de 2001

² Cali en Cifras, Oficina de información y estadísticas, Secretaría de Salud municipal, Cali 1998

³ Cali en Cifras, Oficina de información y estadísticas Secretaría de Salud Municipal, Cali 1998

⁴ Cali en Cifras Oficina de información y estadísticas Secretaría de Salud Municipal, Cali 1998

⁵ Estudio de población y salud, Profamilia, Santafé de Bogotá, 2000

⁶ Cali en Cifras Oficina de información y estadísticas Secretaría de Salud Municipal, Cali 1998

⁷ Prácticas sexuales, conocimientos y actitudes de los(as) jóvenes de tres barrios del distrito de Agua Blanca. Secretaría de Salud Pública, Universidad del Valle, facultad de enfermería, Fundaps, GTZ, Cali, 1996

⁸ Oficina de Seguridad social, Secretaría de Salud Pública Municipal, Octubre de 2000.

⁹ Desmond Cohen, “El impacto económico de la epidemia causada por el VIH”, programa para el desarrollo de las Naciones Unidas, Desarrollo humano sostenido, programa sobre VIH y desarrollo, documento de trabajo No. 2., Washington 1999

los cuales han muerto 2040 para un índice de letalidad del 35.45%. Según el último estudio centinela realizado en 1.999 Cali presenta una prevalencia de VIH de 0.7%¹⁰ situación similar al de América latina que en promedio es menor al 1%¹¹, por lo cual es catalogada de prevalencia media. Ocupa el 2º. Lugar en el país respecto al número total de casos nuevos de VIH/SIDA, después de Bogotá. Los cambios en el perfil epidemiológico marcan grupos antes no considerados de prioridad como la población mayor de 50 años de edad y población heterosexual las cuales aportaron en el año 2001, 9.28% y el 30% respectivamente.

Para llevar a cabo con eficiencia la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, en Cali se enfrentan las mismas dificultades reflejadas en el subregistro que la OPS calcula para América Latina en 90%^{12 13}. En Colombia, la Ley 100/93 o de Seguridad social en Salud ha catalogado el SIDA como enfermedad de altas externalidades, enfermedad ruinosa, o enfermedad catastrófica, condiciones que son, entre otras, las que plantean las mayores dificultades para su vigilancia, por la estigmatización que generan estos términos.

En el año 2000 se implementó el “Registro poblacional” de VIH/SIDA para el municipio de Cali, lo que ha facilitado el conocimiento de la magnitud del problema¹⁴, pues esta estrategia permite complementar la notificación pasiva a través de búsqueda activa del dato, conocer de la misma fuente y de la mayor cantidad de fuentes posibles los casos nuevos que se diagnostican. Uno de sus componentes es la Epidemiología Comunitaria que aunque aun es incipiente, puede constituirse en una herramienta importantísima para captar los pacientes que por cualquier motivo no llegan al sistema, sobre todo en zonas receptoras de población desplazada o diagnosticados en laboratorios que evaden la vigilancia y control estatal.

La Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA alimenta los procesos educativos que se definen según líneas de acción planteadas por ONUSIDA en cuatro frentes: prevención de la transmisión por vía sexual, prevención del SIDA perinatal, promoción de los derechos y deberes de las personas afectadas y fortalecimiento de la capacidad de respuesta de las Instituciones de salud de la red pública. Para su funcionamiento se accede a los recursos a través de proyectos lo cual no garantiza la continuidad de los procesos.

Actualmente se están desarrollando proyectos de educación sexual para población escolarizada aunque existen dificultades por la falta de coincidencia de calendarios académicos y agenda fiscal.

“PANAL” un proyecto en serio para la prevención del SIDA tiene como objetivo diseñar un plan con amplia participación comunitaria con grupos específicos: adolescentes, hombres

¹⁰ Informe epidemiológico nacional IQEN, Volumen 5, número 13 Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud, Santafé de Bogotá, D:C: 15 de julio de 2000

¹¹ OMS-ONUSIDA 1º. Diciembre/2001

¹² Reunión de programación 5º. Estudio centinela, OPS Ministerio de Salud Bogotá, Febrero 1.999

¹³ Informe epidemiológico nacional IQEN, Volumen 5, número 13 Ministerio de Salud, Instituto Nacional de salud, Santafé de Bogotá, D:C: 15 de julio de 2000

¹⁴ Vahos, M. Registro poblacional de VIH/SIDA, Cali Julio 2001

mayores de 18 años, mujeres en edad reproductiva, hombres y mujeres en prostitución, personas con el diagnóstico y funcionarios de salud de la red pública. Se ha cursado también invitación a la empresa privada e instituciones que hasta ahora se han involucrado muy poco en el tema del SIDA.

La propuesta es desarrollar, con metodología de investigación, acción y participación, un plan que permita evaluar el impacto de las acciones a mediano y largo plazo con una presencia importante de personas afectadas por esta enfermedad.

“El Registro poblacional” tiene como función primordial recolectar, clasificar información y producir estadísticas sobre la aparición de nuevos casos de VIH/SIDA y defunciones por esta causa. Allí se encuentran documentadas las características de identificación personal, condiciones socioeconómicas, epidemiológicas y serológicas por variables de persona, tiempo, lugar y acceso a la seguridad social en salud, recogidas en forma continua y sistemática a partir de diversas fuentes de información en forma activa y pasiva, En el 2000, año de implementación del registro se incrementaron en un 35.8% respecto a 1999.

En conclusión, con el Registro poblacional de VIH/SIDA en Cali se ha logrado cumplir el objetivo de acercarnos a la real magnitud del problema y conocer los determinantes antropológicos y sociológicos, fortaleciendo la parte técnica y científica.