

# Biomédica Instituto Nacional de Salud

Volumen 23, No. 3 - Bogotá, D.C., Colombia - Septiembre, 2003

---

## Editorial

### **Sida: situación en el mundo y en Colombia veinte años después**

*¡Abantu Abaffa! ¡La gente se está muriendo!* Con esta frase, en boca de una anciana que corre desesperada por las calles de un caserío en Uganda, comienza el ya clásico libro de Barnett y Whiteside *AIDS in the 21st. century: disease and globalization*, en el cual se analiza el impacto que en veinte años de historia ha producido la epidemia del sida, particularmente en los países de África subsahariana, donde miles de hombres, mujeres y niños están muriendo sin haber recibido atención médica adecuada y, menos aún, medicamentos antirretrovirales.

La velocidad de propagación de la epidemia en Latinoamérica y el Caribe dista mucho de lo observado en África, pero las tendencias de los países son muy variables, sobre todo las tendencias recientes. Hace diez años, la mayoría de los países subsaharianos registraban datos de seroprevalencia similares a los informados hoy por los países de Centroamérica y el Caribe. En varios países del Caribe se informan prevalencias de infección mayores del 2% (en Haití sobrepasa el 5%) y mayores del 1% en algunos países centroamericanos, particularmente Honduras y Belice. Recordemos que las tendencias recientes de la epidemia no siempre se reflejan en las prevalencias nacionales, pues las dinámicas de propagación pueden ser muy diferentes entre países con prevalencias semejantes. El caso de los países centroamericanos mencionados, donde se observa la mayor velocidad de propagación de la infección en la subregión, sugiere un alto número de infecciones ocurridas durante la última década. La mayoría de los países latinoamericanos están clasificados como de ingreso medio bajo y con un índice medio de desarrollo humano. Estos indicadores, sin embargo, no representan una situación intermedia entre los países más pobres y los países industrializados, sino el resultado del efecto ponderado de algunos progresos conseguidos por los sectores financieros y visibles en las grandes capitales, los cuales ocultan la extrema pobreza en que viven las grandes mayorías. En Latinoamérica se vive la mayor brecha en la distribución de ingresos y riquezas de todo el planeta y Colombia es, después de Brasil, el segundo país con mayor iniquidad social en el continente, donde menos del 25% de la población es propietaria de más del 70% de los recursos. Los análisis de los últimos años sobre el impacto de la epidemia en África concluyen que, independientemente de los comportamientos sexuales, tradicionalmente asumidos como la causa principal de la explosión de la epidemia en este continente, otros factores estrechamente asociados son la pauperización y extrema pobreza de estos países, determinantes de los altos niveles de morbilidad y desnutrición y de la falta de acceso a los servicios de educación y salud. Podemos concluir, entonces, que la severa iniquidad social y económica que viven los países latinoamericanos constituye un contexto propicio para que la epidemia del sida alcance proporciones desastrosas en las próximas décadas.

De acuerdo con la clasificación adoptada por Onusida y la Organización Mundial de la Salud, la epidemia del VIH/sida en Colombia se caracteriza como concentrada, lo que significa que la infección está aún confinada a grupos definidos de personas con comportamientos de alto riesgo y que la prevalencia de infección en la población general es menor de 1% pero sobrepasa el 5% en por lo menos un grupo de población considerado como de "alto riesgo". La prevalencia nacional estimada es de 0,4% en población de 15 a 49 años y se cuenta con un informe de prevalencia mayor de 15% entre hombres que tienen sexo con hombres. Los porcentajes de seropositividad encontrados en mujeres embarazadas entre 1991 y 1999, año en el que se efectuó el último estudio de vigilancia centinela, han mostrado una constante tendencia al aumento. Asimismo, se observa un progresivo cambio del patrón

predominante de transmisión homosexual hacia el predominio de la transmisión por coito heterosexual, particularmente evidente en la región nororiental (Santander y Norte de Santander) y en los departamentos de la Costa Atlántica, donde el número de nuevas infecciones en mujeres jóvenes ha aumentado a mayor velocidad que en hombres de la misma edad desde comienzos de los noventa, disminuyendo progresivamente la relación de infección entre hombres y mujeres, actualmente muy cercana de 2:1.

El sistema nacional de notificación y vigilancia epidemiológica del VIH/sida se ha caracterizado por un alto nivel de subregistro y por la demora en la notificación al nivel nacional. La ficha de notificación, aunque revisada y modificada en varias ocasiones, sigue siendo diligenciada en forma incompleta. Desde hace varios años se notifica tanto la infección por VIH como el caso de sida, lo cual fue muy criticado en un comienzo pero que hoy constituye una potencial fortaleza para un mejor seguimiento de la epidemia, particularmente en lo relacionado con infecciones recientes. En los países donde existe acceso a terapia antirretroviral, la notificación de infecciones asintomáticas ha cobrado cada vez mayor importancia. Desde 1983 hasta mayo de 2003, se han informado al INS 38.879 casos de infección por VIH y de sida, de los cuales 22.948 corresponden a personas asintomáticas y 8.664 a personas con sida. Según la proyección más reciente y de mayor confiabilidad, basada en el paquete de modelaje Spectrum, el número de personas que actualmente presenta la infección estaría entre 200.000 y 220.000; para el año 2010 esta cifra podría ascender a 800.000 personas.

En las dos reuniones de la Red Andina de Vigilancia Epidemiológica del VIH/sida (años 2000 y 2001), se acordó implementar la vigilancia de “segunda generación”, con la cual se busca mejorar el conocimiento de las tendencias regionales y nacionales, combinando la vigilancia biológica con estudios de comportamiento y otras fuentes de información. Lamentablemente, Colombia es el país que menor desarrollo ha dado a este acuerdo. Sigue pendiente la realización del sexto estudio de vigilancia centinela y son pocos y limitados los estudios de comportamiento efectuados en los últimos años. La información más reciente sobre comportamientos sexuales de los jóvenes y adolescentes sigue siendo la obtenida con el “Cuestionario confidencial sobre vida sexual activa” diligenciado en 1999 por estudiantes de secundaria en 66 municipios de 21 departamentos. El análisis de dicha encuesta evidenció el inicio temprano de las relaciones sexuales penetrativas y una baja adopción del uso consistente del condón por parte de los adolescentes y jóvenes colombianos. El 71% había iniciado su vida sexual antes de los 15 años, el 25% dijo haber usado condón en su primera relación y el 34% lo había usado en la última relación sexual. En los departamentos de la Costa Atlántica estas proporciones fueron aún menores.

La respuesta nacional frente al VIH-sida se ha enmarcado en los planes a mediano plazo formulados desde 1987 con periodicidad variable. Desde 1993 se adoptó la planeación estratégica e intersectorial como base para la construcción de una respuesta social amplia y sostenida. El plan más reciente, Plan Estratégico Nacional (PEN), 2000-2003, fue evaluado por el grupo de trabajo multidisciplinario que actualmente adelanta el diseño de un nuevo plan cuatrienal. De acuerdo con los resultados de la evaluación, solamente fueron ejecutadas el 38% de las actividades programadas y sólo se consiguió movilizar el 35% de los recursos financieros requeridos. El PEN 2000-2003 estaba basado en ocho estrategias: consolidación de la coordinación intersectorial; fortalecimiento de las acciones de información, educación y comunicación; promoción de la participación social; diseño y ejecución de proyectos con las poblaciones de mayor vulnerabilidad; movilización del sector privado; actualización, desarrollo y divulgación del marco legal; fortalecimiento de la vigilancia en salud pública, e investigación, evaluación y monitorización. Los mejores resultados y la mayor movilización de recursos financieros correspondieron a la estrategia dirigida a poblaciones de mayor vulnerabilidad y a la de promoción de la participación social. La estrategia menos desarrollada fue la de consolidación de la coordinación intersectorial, cuyo éxito dependía, principalmente, del liderazgo del hoy Ministerio de la Protección Social, notoriamente debilitado a partir de la terminación formal del Programa Nacional de Sida en el

año 2000 adoptada en una de las múltiples reestructuraciones que este ministerio ha sufrido en los últimos años.

El aporte del sector educativo en la respuesta a la epidemia se puede resumir en la breve y triste historia del Proyecto Nacional de Educación Sexual (PENS), oficialmente lanzado con la promulgación de la Ley de Educación en 1993. La propuesta original comprometía a la comunidad educativa desde el nivel preescolar hasta el undécimo grado y fue diseñada a partir de cuatro ejes: persona, pareja, familia y sociedad. Desde su inicio hasta 1997, el PENS logró avances a través de acciones pedagógicas, de gestión y de trabajo intersectorial, especialmente con el entonces Ministerio de Salud. Por diversas razones, entre ellas el debilitamiento de la voluntad política y la eliminación de recursos financieros para el proyecto, desde 1998 no ha sido posible dar sostenibilidad a la educación sexual en el país. En el encuentro intersectorial de educación y salud sexual efectuado en junio de 2002, se identificaron los problemas que afronta la educación sexual, ubicándolos en tres categorías: la respuesta estatal, el sistema educativo y las representaciones sociales frente a la sexualidad. En la primera categoría se mencionaron la presión ideológica ejercida por los sectores sociales más conservadores, la disminución y casi eliminación de los recursos humanos y financieros y la débil asistencia técnica a las regiones. En la segunda categoría se identificó la tendencia de los programas educativos hacia el desarrollo de lo cognitivo en detrimento de lo afectivo y el énfasis en aumentar la cobertura del servicio educativo, descuidando su calidad. En la tercera, se identificaron la reproducción de modelos conceptuales que perpetúan la sexualidad como tabú, la falta de diálogo intergeneracional y la iniquidad de género. Las recomendaciones incluyen la recuperación de la educación sexual como prioridad de las políticas educativas, la asignación suficiente y oportuna de recursos estatales, la revisión y enriquecimiento de las bases conceptuales del PENS, la formación en educación sexual de los funcionarios de educación y salud y la concertación con el sector salud para la inclusión y promoción de la educación sexual en los planes de atención básica.

Según el estudio de cuentas nacionales efectuado con el auspicio de Sidalac, el gasto nacional en VIH-sida en el 2002 fue aproximadamente \$110.000 millones, de los cuales el 56% se destinó a los medicamentos para los pacientes que reciben tratamiento antirretroviral, cuyo número se estima en cerca de 9.000. El estudio concluye que, a pesar de tener una inversión en salud más alta que la mayoría de los países latinoamericanos, la inversión en prevención del sida es muy baja e insuficientemente focalizada hacia los grupos de mayor vulnerabilidad.

El logro más importante obtenido en Colombia en la lucha contra la epidemia tal vez sea el fortalecimiento de la participación de la sociedad civil, representada por las ONG, particularmente aquellas conformadas por personas con VIH y sida. También se deben reconocer los esfuerzos del actual Ministerio de la Protección Social por lograr una reducción significativa de los costos de los medicamentos antirretrovirales. Aunque aún no se han visto resultados satisfactorios, ha sido notorio el liderazgo de Colombia en la reciente iniciativa regional emprendida con este propósito.

El nuevo plan intersectorial, enmarcado en la política nacional de salud sexual y reproductiva, se basa en los compromisos adquiridos por los gobiernos a partir de la Sesión Especial de la Asamblea de Naciones Unidas sobre VIH/sida (UNGASS), efectuada en junio de 2001, la cual será, a su vez, la base de la respuesta nacional en los próximos cuatro años. Los indicadores propuestos en el documento de UNGASS facilitarán la evaluación periódica y objetiva y la comparación de la eficacia de la respuesta nacional con la de otros países. Éste es el desafío de todos los actores y sectores involucrados, especialmente del gobierno actual y de los que vendrán. Pero si los recursos humanos y financieros del Estado para inversión social siguen reduciéndose, será muy difícil responder adecuadamente al desafío y evitar que dentro de veinte años el país esté afrontando una situación de dimensiones catastróficas.

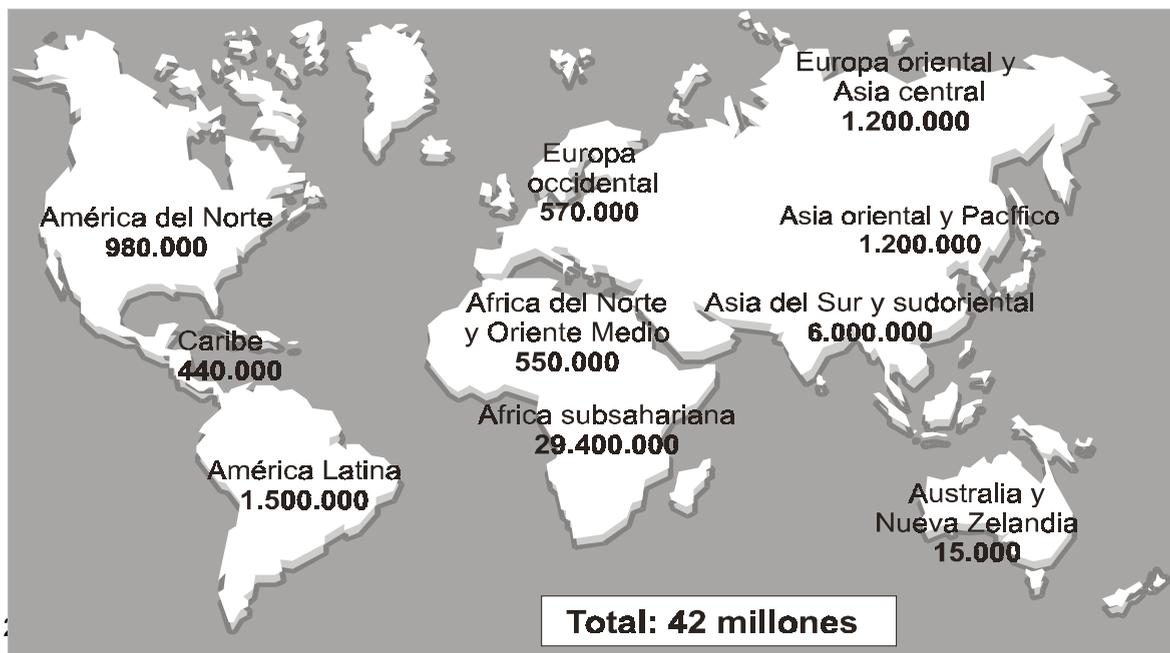
Ricardo García Bernal  
Asesor de ONUSIDA para Colombia

## Sida en el mundo

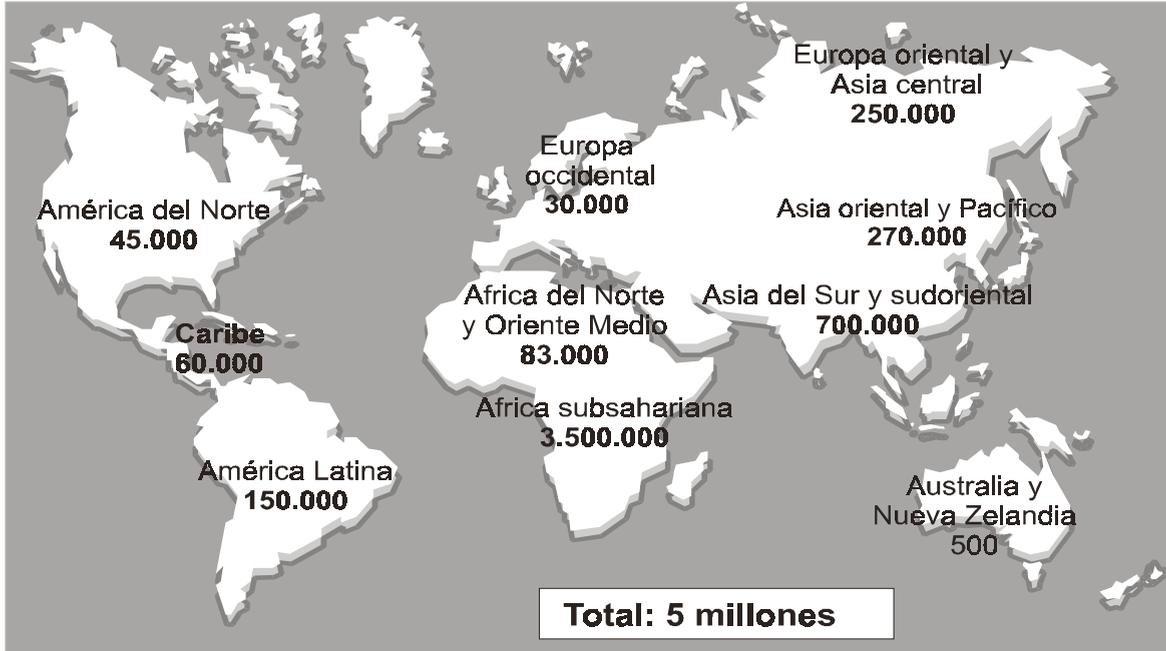
Estimaciones mundiales para adultos y niños, final de 2002



Número estimado de adultos y niños que vivían con el VIH/SIDA a final de 2002

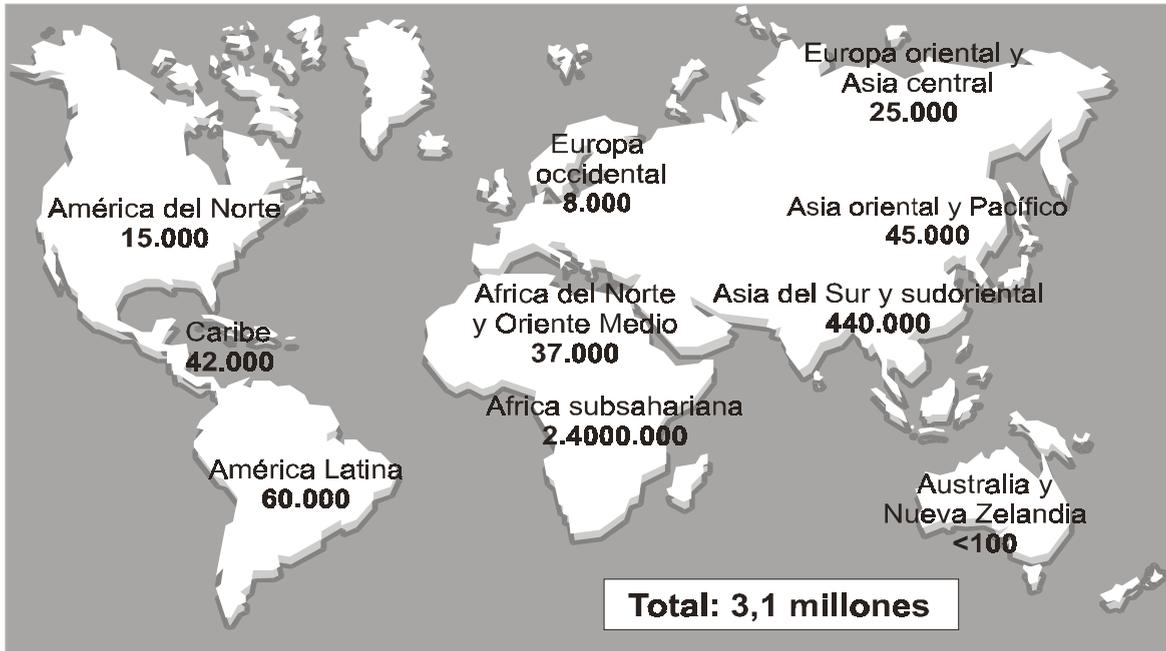


Número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en adultos y niños en 2002



Reproducidos con permiso de ONUSIDA de "Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA Diciembre de 2002"

Número estimado de defunciones causadas por el VIH/SIDA en adultos y niños durante 2002



Reproducidos con permiso de ONUSIDA de "Resumen mundial de la epidemia de VIH-SIDA Diciembre de 2002"