

ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Infecciones de transmisión sexual en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud - año 2007

Marcela Arrivillaga-Quintero

Helmer Zapata-Ossa

Luis Miguel Tovar-Cuevas

Diego Correa-Sánchez

Maria Teresa Varela-Arévalo

Paula Andrea Hoyos-Hernández

Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá, 2010

Mónica María Lopera-Medina

Jorge Martínez-Escalante

Thomas Ray-Einarson

Reforma a la salud y reconfiguración de la trayectoria de acceso a los servicios de salud desde la experiencia de los usuarios en Medellín, Colombia

María Esperanza Echeverry-López

Factores asociados a la depresión en grandes urbes. El caso del Distrito Federal en México

Liliana Ramírez-Ruiz

Oscar Alfonso Martínez-Martínez

Condiciones de accesibilidad a los servicios de salud de las internas e hijos convivientes en el centro de reclusión para mujeres El Buen Pastor de Medellín, 2009

Luz Mery Mejía-Ortega

Jeniffer Hernández-Pacheco

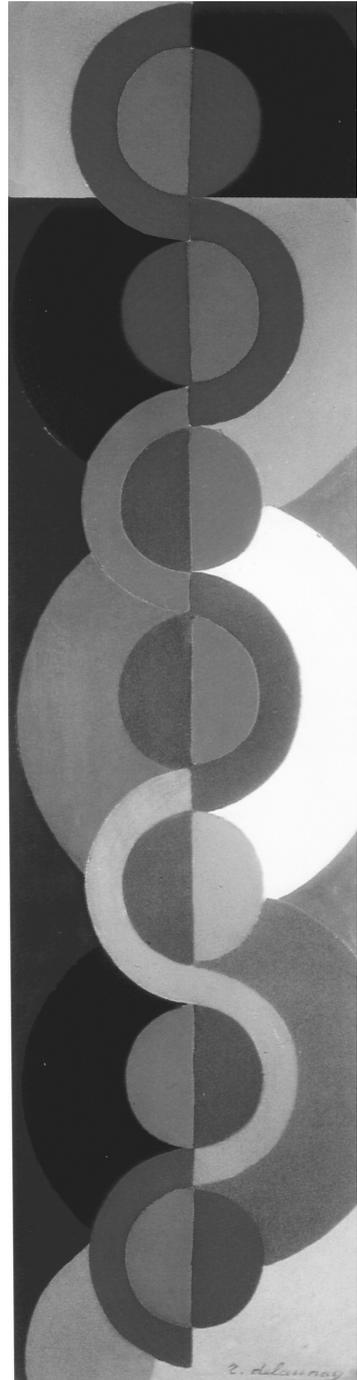
Emmanuel Nieto-López

Diferencias socioeconómicas en los años de vida perdidos por cáncer de mama y cáncer cérvico-uterino en Colombia, 1997 y 2007

Marcela Agudelo-Botero

Claudio Alberto Dávila-Cervantes

Sara Catalina Atehortúa-Becerra



ESTUDIOS E INVESTIGACIONES

Evaluación tecnológica basada en políticas públicas para la red primaria de salud del estado Miranda, Venezuela

Rodrigo Mijares-Seminario

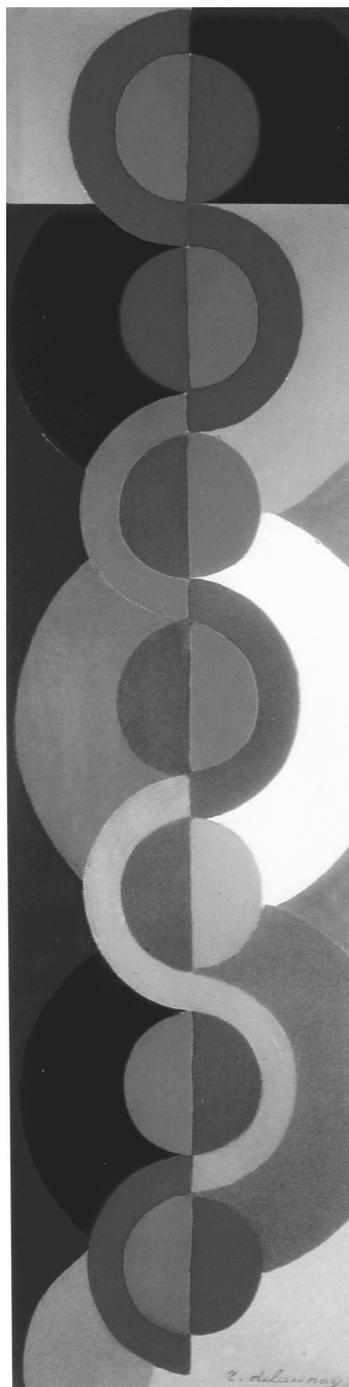
Noel Camilo-Castro

Ricardo Silva-Bustillos

¿Por qué se limita la integración vertical en el sector salud en Colombia?

Carlos Andrés Merlano-Porras

Iouri Gorbanev



Infecciones de transmisión sexual en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud - año 2007*

Sexual Transmitted Diseases in Colombia: Analysis Based on National Health Survey - 2007

Infecções de transmissão sexual na Colômbia: análise baseado no Inquérito Nacional de Saúde - ano 2007

Fecha de recepción: 02-02-11 Fecha de aceptación: 10-04-11

SICI: 1657-7027(201106)10:20<69:IDTSEC>2.0.TX;2-J

Marcela Arrivillaga-Quintero**

Helmer Zapata-Ossa***

Luis Miguel Tovar-Cuevas****

Diego Correa-Sánchez*****

María Teresa Varela-Arévalo*****

Paula Andrea Hoyos-Hernández*****

* Artículo de investigación producto del estudio conducido por el Grupo Salud y Calidad de Vida (Categoría A de Colciencias) entre 2009 y 2010 y financiado por la Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Los autores expresan su agradecimiento a la Pontificia Universidad Javeriana-Cali por la financiación de este estudio. Asimismo, al Cendex, de la Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá, en particular a Enrique Peñaloza, por contribuir en el planteamiento de los objetivos del proyecto. Especial reconocimiento a los doctores Michael Ross, Liliana Escobar y Bernardo Useche de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en Houston, quienes se han vinculado y han contribuido al análisis del tema en Colombia. Los datos que se presentan en este estudio provienen de la Encuesta Nacional de Salud llevada a cabo en Colombia en el año 2007 por el Ministerio de Protección Social, Colciencias y el Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana- Bogotá. El proceso de investigación realizado con estos datos fue financiado por la Pontificia Universidad Javeriana-Cali.

** Directora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Dirección de correspondencia: Calle 18 No. 118-250 Vía a Pance, Cali (Colombia). Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co.

*** Investigador, Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Correo electrónico: zapata-helmer@gmail.com

**** Investigador, Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Correo electrónico: ltovar@javerianacali.edu.co

***** Profesor, Departamento Ciencias Sociales. Investigador, Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Correo electrónico: dcorrea@javerianacali.edu.co

***** Profesora, Departamento Ciencias Sociales. Investigadora, Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Correo electrónico: mtvarela@javerianacali.edu.co

***** Profesora, Departamento Ciencias Sociales. Investigadora, Grupo Salud y Calidad de Vida, Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Correo electrónico: paulahoyos@javerianacali.edu.co

Resumen

Estudio que tuvo como objetivo analizar la presencia de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) según auto-reporte en población adulta colombiana. Se realizó un análisis de fuente secundaria con datos de la Encuesta Nacional de Salud-2007, autorizado por el Ministerio de la Protección Social. La muestra fue de 29.760 personas entre 18 y 69 años. A nivel nacional, se encontró diagnóstico de ITS por auto-reporte de 0,6%; los más altos porcentajes se presentaron en las regiones Pacífica y Atlántica, y el más bajo en Bogotá. Los hallazgos muestran que la oportunidad de riesgo de ITS es mayor en las mujeres (OR= 1,7), en población de 18 a 24 años (OR= 11,9) y en población afiliada al régimen subsidiado (OR= 2,1). Determinaciones sociales vinculadas con la posición socioeconómica, la pobreza, el acceso a los servicios de salud y los roles de género deben considerarse al analizar las ITS en Colombia.

Palabras clave autor: infecciones de transmisión sexual, pobreza, acceso a los servicios de salud, Colombia

Palabras clave descriptor: salud sexual y reproductiva, conductas de riesgo, variables socio-demográficas, variables socioeconómicas, regresión logística, planes estratégicos de acción local

Abstract

The aim of this study was to analyze the diagnosis of sexually transmitted diseases (STD) according to self-reporting by a sample of Colombian adult population. A secondary source analysis was carried out using data of the National Health Survey-2007. The sample consisted of 29,760 persons between ages 18 and 69. At national level, a self-reported diagnosis of STD of 0.6% was found; the highest percentages occurred in the Pacific and Atlantic regions, and the lowest in Bogotá. Findings showed that women (OR=1.7), adults in the 18 – 24 age range (OR=11.9), and population affiliated to the subsidized regime (OR=2.1) were more likely to report STD diagnosis. Social determinants linked to the socio-economic position, poverty, access to health services and the roles of gender must be taken into consideration when analyzing STDs in Colombia.

Key words author: sexually transmitted diseases, poverty, health services, Colombia

Key words plus: Sexual and reproductive health, risk conducts, sociodemographic variables, socioeconomic variables, logistic regression, local action strategic planning

Resumo

Estudo que teve como objetivo a análise da presença de diagnóstico de infecções de transmissão sexual (ITS) segundo auto-reportação em população adulta colombiana. Realizou-se análise de fonte secundária com dados do Inquérito Nacional de Saúde-2007, autorizado pelo Ministério da Proteção Social. A amostra foi de 29.760 pessoas entre 18 até 69 anos. No nível nacional, encontrou-se diagnóstico de ITS por auto-reportação de 0,6%. As porcentagens mais altas apareceram nas regiões Pacífica e Atlântica e a mais baixa em Bogotá. Os achados amostam que a oportunidade de risco é maior nas mulheres (OR = 1,7), em população de 18 até 24 anos (OR =11,9) e em população afiliada ao regime subsidiado (OR = 2,1). Determinações sociais vinculadas com a posição social socioeconômica, pobreza, ao acesso a serviços de saúde e aos papeis de gênero devem se considerar ao analisar as ITS na Colômbia.

Palavras-chave: infecções de transmissão sexual, pobreza, acesso a serviços de saúde, Colômbia

Palavras-chave descritores: saúde sexual e reprodutiva, condutas de risco, variáveis sócio-demográficas, variáveis socioeconômicas, regressão logística, planos estratégicos de ação local



1. Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) constituyen un importante problema de salud pública a nivel global. Se estima que anualmente pueden ocurrir más de 340 millones de nuevos casos en hombres y mujeres entre los 15 y los 49 años. En el escenario epidemiológico mundial, la mayoría de las infecciones se reportan en regiones con menor grado de desarrollo económico y con población más vulnerable del sur y sureste de Asia, África Subsahariana, América Latina y el Caribe (1,2).

En Colombia existe información, publicada por el Ministerio de la Protección Social, la cual indica que la prevalencia de ITS como sífilis, infección gonocócica y tricomoniasis urogenital se encuentra por encima de los promedios mundiales. Se ha reportado una tasa de incidencia de sífilis congénita de 0,95 por 1.000 nacidos vivos y se ha encontrado que la hepatitis B y el herpes genital muestran claras tendencias al aumento (3). A pesar de lo anterior, los datos sobre la prevalencia e incidencia de las ITS son limitados y la magnitud exacta del problema es poco conocida; la información es incompleta, poco confiable y hay una subestimación considerable de la carga que representan las ITS en la salud de los colombianos.

Como se ha reportado en otros países (4), existe un subregistro considerable debido a que algunas de estas enfermedades son asintomáticas, tienen síntomas inespecíficos, o las personas no buscan atención, por el estigma social que generan. Además, en muchos países, como Colombia, la vigilancia de estos eventos no es obligatoria o está limitada a eventos específicos como el VIH/SIDA y la sífilis gestacional.

En consideración a la limitación de los datos disponibles en el país sobre ITS, este estudio tuvo como objetivo estimar la presencia de

diagnóstico de ITS según auto-reporte en población adulta, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud realizada en Colombia durante el año 2007 (ENS-2007). Esto permitirá avanzar en el desarrollo de nuevas investigaciones y de acciones colectivas de prevención, de acuerdo con los perfiles epidemiológicos correspondientes a las regiones del país.

2. Métodos y materiales

Se condujo un estudio descriptivo basado en el análisis de fuente secundaria con información proveniente de la ENS-2007 desarrollada por el Ministerio de la Protección Social (MPS), Colciencias y el Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana-Bogotá. La ENS-2007 fue un estudio poblacional, de corte transversal, aprobado por el Comité de Ética del Cendex. Todos los encuestados firmaron un consentimiento informado. El análisis que aquí se presenta forma parte del macro-proyecto de investigación en “Salud sexual y reproductiva en Colombia”, autorizado por el Ministerio de la Protección Social y conducido por el Grupo Salud y Calidad de Vida de la Pontificia Universidad Javeriana-Cali. El Comité de Ética de esta institución aprobó la realización del proyecto.

3. Participantes

El universo poblacional de la ENS-2007 estuvo conformado por 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos de Colombia. El diseño muestral utilizado fue probabilístico, por conglomerados, estratificado y polietápico. Como conglomerados se tomaron tres unidades de muestreo. Las unidades primarias de muestreo fueron los municipios; las unidades secundarias fueron variables según el tipo de universo (manzanas en zonas urbanas y secciones censales en zona rural); las unidades terciarias de mues-

treo fueron los segmentos de hogares contiguos (12 en promedio). En la estratificación se consideró la división del país en regiones, departamentos y subregiones económicas y geográficas. Se incluyeron las regiones Atlántica, Oriental, Central, Pacífica, Bogotá, Orinoquia y Amazonia. Se tomaron las siguientes variables: estratificación socioeconómica a nivel municipal, nivel de urbanización de cabeceras municipales, composición urbano-rural de la población municipal, índice de necesidades básicas insatisfechas, estrato socioeconómico predominante en las manzanas de zonas urbanas, distancia a centros poblados o cabeceras municipales en las zonas rurales. El muestreo fue polietápico, dado que la selección de los hogares y sus miembros se efectuó en cuatro etapas sucesivas sobre cada unidad de muestreo.

Para este estudio la muestra final estuvo conformada por 29.760 personas entre 18 y 69 años, seleccionadas de un total de elegibles de 96.958.

4. Instrumentos

La ENS-2007 estuvo conformada por una encuesta para administraciones municipales, una ficha para caracterización del barrio, la encuesta de hogares conformada por cuatro módulos, la encuesta a instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS), y una encuesta para usuarios de las IPS. El análisis desarrollado en este estudio se deriva de la información recolectada en la “encuesta de hogares”, particularmente retomando la información sociodemográfica de los módulos 1 y 2, y la información referida a las infecciones de transmisión sexual del módulo 4. Se consideró “caso ITS” a los entrevistados que respondieron de forma positiva a la pregunta: “En el último año, ¿le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?”.

5. Análisis de datos

Se dispuso de las bases de datos de cada uno de los módulos de la encuesta entregados por el MPS, las cuales incluían las ponderaciones respectivas del diseño de muestreo usado, y un campo llave común que permitió integrar las variables de este estudio en una base de datos única para la población de 18 a 69 años. El análisis de datos incluyó procedimientos descriptivos y analíticos. Con propósitos descriptivos, fueron examinadas las características sociodemográficas de la muestra de estudio. Se calculó el porcentaje de personas con diagnóstico de ITS según auto-reporte y su respectivo intervalo de confianza al 95%, ajustado por el diseño de muestreo y las respectivas ponderaciones.

En términos analíticos, se establecieron correlaciones mediante la prueba chi cuadrado, con un nivel de significancia de 5%. La fuerza de asociación entre diagnóstico de ITS según auto-reporte y cada una de las variables seleccionadas se midió a través de la razón de oportunidades *odds ratio* (OR). Para la obtención de medidas de OR ajustadas se utilizó la técnica de regresión logística, que permitió la obtención de estimaciones libres de sesgos de confusión (5,6). Para el análisis fue utilizado el programa estadístico SPSS V.17.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA) usando el módulo de muestras complejas.

6. Resultados

6.1. Características sociodemográficas

La muestra para este estudio correspondió a 29.760 personas entre 18 y 69 años. La información completa sobre los datos sociodemográficos de la muestra se presenta en la tabla 1. Se observa que predominó el género femenino, con un 53%, y hubo representación significativa de los diferentes



grupos de edad, siendo un poco inferior en la población mayor a 55 años, debido a la estructura demográfica del país. En cuanto a escolaridad, el mayor porcentaje de los encuestados correspondió a “básica secundaria y media”, con un 37,1%, y el analfabetismo estuvo alrededor del 6%. En régimen de seguridad social en salud predominó la afiliación al régimen contributivo (seguro de salud para personas con capacidad de pago), con un 38,3%, seguido del régimen subsidiado (seguro de salud para personas en situación de pobreza), con un 36,7%. En cuanto a la zona de residencia, predominó la población residente en zonas urbanas, con un 76,6%.

6.2. Diagnóstico de ITS por auto-reporte a nivel nacional y por regiones

Los resultados indican un diagnóstico de ITS por auto-reporte de 0,6% (IC_{95%}: 0,5-0,8); los más altos porcentajes se presentaron en la regiones Pacífica y Atlántica, y el más bajo en Bogotá. En la tabla 2 se ilustra el comportamiento según región.

Al analizar la asociación entre el diagnóstico de ITS según auto-reporte y variables sociodemográficas se encontró relación estadísticamente significativa con las variables grupos de edad ($\chi^2=58,8$; $p=0,000$), nivel

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población objeto de estudio, Colombia. ENS-2007. n = 29.760

Características sociodemográficas		n = 29.760	%	IC95%	
				Inferior	Superior
Género	Hombre	12.886	46,3	45,6	47,0
	Mujer	16.874	53,7	53,0	54,4
Grupo de edad	18 a 24 años	5.163	20,2	19,7	20,8
	25 a 34 años	7.000	23,8	23,2	24,4
	35 a 44 años	6.389	21,7	21,2	22,1
	45 a 54 años	5.776	18,1	17,6	18,6
	55 a 69 años	5.432	16,2	15,7	16,8
Nivel de escolaridad	Ninguno	2.156	6,1	5,3	7,0
	Preescolar	42	0,1	0,1	0,2
	Básica primaria	10.171	31,6	29,8	33,5
	Básica secundaria y media	10.750	37,1	35,8	38,5
	Técnico o tecnológico	1.793	6,8	5,9	7,8
	Universidad	2.233	8,5	8,0	9,1
Régimen de Seguridad Social en Salud	Sin dato	2.615	9,7	9,2	10,2
	Contributivo	9.484	38,3	33,6	43,2
	Subsidiado	12.603	36,7	33,3	40,3
	Especiales	1.223	3,6	3,2	4,1
	Otra entidad	885	2,1	1,3	3,2
	Carta desplazados	97	0,3	0,2	0,4
	Ninguna	5.298	18,3	16,6	20,2
Zona de residencia	No sabe	170	0,7	0,5	0,8
	Cabecera	22.761	76,6	71,4	81,0
	Resto	6.999	23,4	19,0	28,6

Fuente: elaboración propia

Tabla 2. Diagnóstico de ITS por auto-reporte por región, Colombia. ENS-2007. N= 29.760

Región	¿En el último año le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?												N
	Sí			No			No responde			Sin dato			
	%	IC95 inferior	IC95 superior	%	IC95 inferior	IC95 superior	%	IC95 inferior	IC95 superior	%	IC95 inferior	IC95 superior	
Atlántica	0,7	0,5	1,0	91,6	88,4	94,0	0,2	0,1	0,5	7,4	5,1	10,7	8.417
Oriental	0,5	0,3	0,8	82,4	77,0	86,7	0,5	0,3	1,0	16,6	12,4	21,9	4.035
Central	0,6	0,4	0,8	82,0	77,1	86,0	0,3	0,2	0,6	17,1	13,1	22,0	6.602
Pacífica	1,1	0,9	1,3	85,4	79,9	89,5	0,4	0,2	0,8	13,1	9,1	18,7	4.622
Bogotá	0,4	0,4	0,4	93,7	93,7	93,7	0,5	0,5	0,5	5,3	5,3	5,3	2.167
Orinoquía /Amazonia	0,5	0,3	0,9	88,8	80,0	94,0	0,2	0,1	0,6	10,5	5,4	19,4	3.917
Total	0,6	0,5	0,8	86,8	84,5	88,8	0,4	0,3	0,5	12,2	10,2	14,5	29.760

Fuente: elaboración propia

de escolaridad ($\chi^2=1.125$; $p=0,000$) y régimen de seguridad social en salud ($\chi^2=55,9$; $p=0,021$). En la tabla 3 se muestra la información completa sobre el comportamiento de las características sociodemográficas por género.

En cuanto a los grupos de edad, se destaca que los porcentajes más altos se presentaron en el grupo de 25 a 34 años, con 1,1% (IC95%: 0,8-1,4), y de 35 a 44 años, con 0,8% (IC95%: 0,5-1,1), siendo diferencial según género, donde las mujeres presentaron un porcentaje de 1,5%. Con relación al régimen de seguridad social en salud, los mayores porcentajes se presentan en el régimen subsidiado, con el 0,9% (IC95%: 0,7-1,1), y en regímenes especiales (Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterio), con el 1,0% (IC95%: 0,5-2,2). En estos grupos también las mujeres presentan mayores porcentajes, con 1,2 y 1,4%, respectivamente. En cuanto al tipo de trabajo, se identificó que las mujeres dedicadas al empleo doméstico tienen el mayor porcentaje, con el 1,0%. De manera complementaria, las mujeres obreras, empleadas del sector público o privado, trabajadoras independientes, trabajadoras con finca propia o arrendada y trabajadoras

familiares sin remuneración muestran los mayores porcentajes.

Adicional a lo anterior, mediante un modelo de regresión logística, y usando el estadístico Wald, se identificaron las variables que presentaron mayor relación con la presencia de ITS. En la tabla 4 se presentan los valores del β que estiman los OR ajustados entre presencia de ITS y las diferentes variables sociodemográficas. Los hallazgos muestran que la oportunidad de riesgo de ITS es mayor en mujeres (OR= 1,7; IC95%= 1,0-3,1) que en hombres, en población de 18 a 24 años (OR= 11,9; IC95%= 3,8-37,5), en comparación con personas de 55 a 69 años, y en población afiliada al régimen subsidiado (OR= 2,1; IC95%= 2,1-2,1) y a regímenes especiales (OR= 3,6; IC95%= 3,6-3,6), en comparación con afiliados al régimen contributivo. Al evaluar el riesgo según nivel de escolaridad, no se identificaron diferencias estadísticamente importantes al comparar el riesgo de ITS en los diferentes niveles de estudio alcanzado con respecto a la categoría de referencia “estudios universitarios”. En la tabla 4 se presentan los resultados del modelo de regresión logística estimado.



Tabla 3. Características sociodemográficas por género asociadas con diagnóstico de ITS según auto-reporte. Colombia, ENS-2007

Característica	¿En el último año le han diagnosticado a usted alguna ITS?					
	Hombres	Mujeres	Total			
	%	%	%	IC95 inferior	IC95 superior	n
Grupo de edad *						
18 a 24 años	0,5	0,7	0,6	0,4	0,9	5.163
25 a 34 años	0,5	1,5	1,1	0,8	1,4	7.000
35 a 44 años	0,5	1	0,8	0,5	1,1	6.389
45 a 54 años	0,4	0,4	0,4	0,3	0,6	5.776
55 a 69 años	0,1	0,3	0,2	0,1	0,4	5.432
Nivel de escolaridad *						
Ninguno	0,2	0,2	0,2	0	0,7	2.156
Básica primaria	0,3	0,8	0,6	0,5	0,8	10.171
Básica secundaria y media	0,6	1	0,8	0,6	1	10.750
Técnico o tecnológico	0,5	1	0,8	0,4	1,5	1.793
Universidad	0,1	0,8	0,5	0,2	1,2	2.233
Régimen de Seguridad Social en Salud *						
Contributivo	0,4	0,5	0,5	0,4	0,6	9.484
Subsidiado	0,5	1,2	0,9	0,7	1,1	12.603
Especiales	0,5	1,4	1	0,5	2,2	1.223
Otra entidad	0,7	0,7	0,7	0,3	1,6	885
Ninguna	0,3	0,5	0,4	0,3	0,6	5.297
No sabe	1,2	4,5	2,3	0,5	10	170
Tipo de trabajo						
Obrero o empleado de empresa o persona particular	0,3	1	0,6	0,4	1	5.673
Obrero o empleado del Gobierno	0,5	1,1	0,8	0,3	2,1	1.383
Jornalero o peón	0,3	0,7	0,3	0,1	1,3	1.203
Empleado doméstico	0	1	1	0,5	1,9	883
Profesional independiente	0	0,1	0	0	0,2	294
Trabajador independiente o por cuenta propia	0,6	0,9	0,7	0,5	0,9	7.449
Patrón o empleador	0,6	0	0,4	0,1	2,9	175
Trabajador de su propia finca o de finca en arriendo	0,2	1,6	0,4	0,2	1	758
Trabajador familiar sin remuneración	0	1,4	0,8	0,2	3,5	297

* Pruebas de independencia usando la Chi cuadrado con valor $p < 0,05$, considerado como estadísticamente significativo

Fuente: elaboración propia

Tabla 4. Regresión multivariada de variables sociodemográficas y diagnóstico de ITS por auto-reporte. Colombia, ENS-2007. n=29.760

Características	Categorías	F de Wald	p-valor	OR	IC 95% Rango
Modelo		235,8	0,0		
Intercepto		329,5	0,0		
Sexo	Hombre *	329,5	0,07	1,0	N.A
	Mujer frente a hombre			1,7	1,0-3,1
Rango de edad	55 a 69 años *	5,4	0,0	1,0	NA
	18 a 24 años frente a 55 a 69 años			11,9	3,8-37,5
	25 a 34 años frente a 55 a 69 años			2,9	0,9-9,1
	35 a 44 años frente a 55 a 69 años			4,1	1,6-10,8
	45 a 54 años frente a 55 a 69 años			3,0	1,1-8,6
Régimen de Seguridad Social en Salud	Contributivo *	0,0	0,0	1,0	N.A
	Subsidiado frente a contributivo			2,1	2,1-2,1
	Especiales frente a contributivo			3,6	3,6-3,6
	Otra entidad frente a contributivo			0,7	0,7-0,7
	Ninguna frente a contributivo			0,5	0,5-0,5
Nivel de Escolaridad	Estudios universitarios *	494,8		1	NA
	Ninguno frente a estudios universitarios			0,7	0,1-5,1
	Básica primaria frente a estudios universitarios			1,5	0,4-5,8
	Básica secundaria y media frente a estudios universitarios			1,3	0,3-4,8
	Técnico o tecnológico frente a estudios universitarios			2,4	0,4-13,1

*Categoría de referencia

Fuente: elaboración propia

7. Discusión

Las ITS revisten uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. En este estudio, los hallazgos muestran para Colombia un diagnóstico de ITS según auto-reporte en población adulta de 0,6%. Se destaca que el mayor porcentaje se presentó en la región Pacífica colombiana, en la población de mujeres y en personas con afiliación al sistema de salud en régimen subsidiado o tipo de afiliación para población en situación de pobreza.

La presencia de ITS en mujeres está asociada a diferentes aspectos, ampliamente docu-

mentados en el ámbito nacional e internacional. Los autores han mostrado diferencias entre mujeres y hombres en casos de sífilis, clamidia y gonorrea. Se ha reportado que la sífilis precoz afecta a las mujeres en una tasa más alta que a los hombres heterosexuales. En cuanto a la clamidia, los datos indican que las mujeres afectadas tienen menos parejas sexuales que los hombres y que éstos transmiten la infección a su pareja femenina regular porque la adquieren en relaciones menos estables. Por el contrario, la literatura muestra que las altas tasas de gonorrea sintomática son mayores en hombres que en mujeres, a pesar de que las mujeres son más susceptibles a esta infección (7). Para el caso de las muje-



res con VIH/SIDA que se han infectado por la vía sexual, la revisión de literatura indica que mujeres jóvenes, de bajo nivel educativo y bajo estatus socioeconómico tienen mayor riesgo de infección (8).

De forma complementaria, se ha planteado que los roles de género, que expresan las condiciones de subordinación de tipo económico, social y cultural de la mujer frente al hombre, incrementan el riesgo para que las mujeres adquieran las ITS (9,10,11). Esta vulnerabilidad se traduce en las relaciones sexuales y en el uso del preservativo (10,12). Es así como las mujeres que presentan mayor riesgo de presentar ITS no suelen llevar consigo preservativos (9), subestiman el riesgo de infección cuando tienen relaciones sexuales con parejas estables (13), y privilegian la anticoncepción, descuidando el factor protector contra las ITS y el VIH/SIDA que ofrece este método de barrera. Además de la baja percepción de vulnerabilidad reportada en la literatura para explicar esta conducta (8), en particular, algunos autores colombianos han planteado que el patrón cultural de las mujeres en este país, caracterizado por otorgar gran valor al ideal de fidelidad de la pareja estable, también puede explicar este comportamiento (14).

No obstante, en el contexto de la determinación social de los procesos salud-enfermedad, la presencia de ITS, que se relaciona con características individuales y con patrones culturales, también debe explicarse en función de determinaciones socioeconómicas, políticas, demográficas y geográficas. Las investigaciones sobre desigualdades e inequidades en salud han evidenciado que el riesgo de ITS no puede ser completamente explicado por el comportamiento sexual individual (15,16), y que la promoción de comportamientos protectores requiere entornos sociales y económicos saludables (17). Variables societales de pobreza y des-

igualdad en el ingreso han sido estudiadas en relación con ITS como gonorrea, sífilis, clamidia y SIDA (18), y se ha encontrado que son altamente predictivas para estas enfermedades.

Los hallazgos de este estudio muestran mayor diagnóstico de ITS por auto-reporte en la región Pacífica colombiana. En este contexto, la población enfrenta serias condiciones de desventaja socioeconómica, en comparación con otras regiones del país. Una población pobre del 64%, el 28,1% viviendo en condición de indigencia, el 21% analfabeta, y una situación educativa preocupante, con bajísimos niveles de calidad (19), representan determinantes estructurales que pueden explicar las desigualdades en salud en la región. Por su parte, determinaciones culturales dadas por la configuración étnica y racial del Pacífico, con un gran porcentaje de población afrodescendiente e indígena, y con formas particulares de concebir la sexualidad y el cuidado sexual, también pueden explicar las cifras encontradas.

Diversos estudios han documentado que la pobreza, el limitado acceso a los servicios de salud y a programas preventivos, la discriminación racial, los bajos niveles educativos, la ausencia de servicios públicos, la movilidad de comunidades con estatus socioeconómico irregular, la falta de seguridad económica, y la segregación residencial que puede influenciar las redes sexuales, son mecanismos que se vinculan con la transmisión de ITS, con independencia de la presencia de factores de riesgo individuales (17,20,21,22). La literatura ha mostrado que las comunidades con vulnerabilidad económica, social y cultural suelen vivir en ambientes ecológicos que facilitan la transmisión de las ITS (22,23). En particular, autores que han realizado estudios longitudinales en comunidades empobrecidas y de raza negra, han encontrado una asociación significativa entre el estatus

socioeconómico y los cambios en las tasas de gonorrea (17).

Un hallazgo significativo de este estudio es que las mujeres en situación de pobreza, con bajo perfil laboral u ocupacional, tienen mayor riesgo de contraer ITS. Otros reportes en este sentido indican que las mujeres de bajos ingresos y las afrodescendientes tienen mayor riesgo de contraer hepatitis C, y que esa prevalencia es significativamente mayor entre mujeres con marcadores de infección por sífilis y VIH (24). En cuanto al tipo de empleo, como un indicador de la oportunidad real que tienen las mujeres de obtener ingresos y ganar independencia económica y empoderamiento respecto a los hombres, los datos muestran que las mujeres que trabajan en una finca de su propiedad o en arriendo reportan una prevalencia de 1,6% frente al 0,2% de los hombres. Las trabajadoras familiares sin remuneración tienen una prevalencia de 1,4% frente al 0% de los hombres, y las empleadas domésticas presentan una prevalencia de 1% en comparación con el 0% de los hombres. En los únicos casos en los que las mujeres tienen una prevalencia cercana o inferior a la de los hombres es cuando son profesionales independientes (0,1%) o empleadoras (0%). De esta forma, y como lo han señalado otros autores, el riesgo de las mujeres de contraer alguna ITS es mayor que el de los hombres, y esto en razón de determinaciones socioeconómicas y políticas como el acceso al trabajo y al empleo (25,18,7,26).

En relación con el régimen de afiliación al sistema de salud, los resultados de este estudio evidencian la relación estructural entre pobreza, tipo de afiliación al sistema de salud, acceso a los servicios de salud y a programas preventivos, y riesgo de ITS. Las personas afiliadas al régimen subsidiado (población pobre) tienen mayor riesgo de presentar ITS que las personas afiliadas al

régimen contributivo (personas con capacidad de pago del seguro de salud). Esta situación resulta altamente preocupante si se consideran los últimos datos reportados por el MPS, los cuales indican que aproximadamente 21,6 millones de personas están en este régimen (27).

Los hallazgos que se han presentado deben comprenderse en el marco de algunas limitaciones. En primer lugar, al interpretar los datos que se han mostrado, no puede olvidarse que la fuente de información, la ENS-2007, consistió en un estudio transversal, con cierto alcance descriptivo. Los resultados permiten plantear algunas hipótesis que deben valorarse mediante estudios siguientes, con diseños analíticos o experimentales. De igual forma, los datos se encuentran circunscritos al diagnóstico de ITS según auto-reporte del entrevistado, y es por ello que se hace necesario llevar a cabo nuevos estudios para estimar las prevalencias de ITS en Colombia y para identificar asociaciones específicas con determinaciones sociales.

Por último, hay que indicar que a nivel global las estrategias para el control de las ITS se han centrado primordialmente en intervenciones biológicas y comportamentales, más aún en el contexto de la prevención del VIH/SIDA. No obstante, las autoridades sanitarias en Colombia deben reconocer que la evidencia sobre desigualdades e inequidades en salud ha aumentado, y que para el caso de las ITS, los comportamientos sexuales individuales no pueden intervenir en entornos sociales y económicos no saludables (17,15). Las intervenciones estructurales, por medio de políticas económicas y de salud, tienen suficientes barreras (28), pero como han señalado otros autores, no son imposibles (29,30,31). Se recomienda abordar las ITS desde la perspectiva de la determinación social de la salud, con la colaboración de muchas disciplinas y la cooperación de una



variedad importante de organismos gubernamentales e instituciones privadas. En el campo de la investigación, son necesarios estudios siguientes a la ENS-2007 que caractericen las distintas ITS; en el terreno de la vigilancia epidemiológica, los sistemas deben contar con la sensibilidad necesaria para detectar patrones sociales, económicos y culturales asociados con cada una de las enfermedades; todo esto en el contexto de la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y del Plan Nacional de Salud Pública vigentes.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). Regional Strategic Action Plan for the Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections. Geneva: WHO; 2008.
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Salud en las Américas. United States-Mexico Border Area. En: Health in the Americas, 2007, volumen II: Countries. Washington, D.C.: PAHO; 2007 (Scientific Publication 622).
3. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Instituto Nacional de Salud y Ministerio de la Protección Social. Indicadores Básicos 2009. OPS, INS y MPS; 2009.
4. World Health Organization (WHO). Estimation of the Incidence and Prevalence of Sexually Transmitted Infections. Report of a WHO Consultation. Treviso, Italy: WHO; 2002.
5. Silva LC. Tamaños de muestra y número de variables independientes. En: Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994, pp. 77-90.
6. Silva LC. Selección de modelos, regresión paso a paso. En: Silva LC. Excursión a la regresión logística en ciencias de la salud. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 1994, pp. 57-61.
7. Kyriakis K, Hadjivassiliou M, Paparizos V, Fletetakakis A, Stavrianeas N, Katsambas A. Incidence Determinants of Gonorrhoea, Chlamydial Genital Infection, Syphilis and Chancroid in Attendees at a Sexually Transmitted Disease Clinic in Athens, Greece. *Int J Dermatol.* 2003; (42): 876-81.
8. Albertyn RM, Macleod-Downes L, Mayers P. Factors Determining the Vulnerability of Women to Sexually Transmitted HIV: a Literature Review. *Health SA Gesondheid.* 2008; 13 (3): 69-82.
9. González JM, Herrera D, Ruiz M. Comportamientos y conocimientos sexuales relacionados con VIH/SIDA en postgrados. *Psicogente.* 2006; (9): 146-56.
10. Urzúa Morales A, Zúñiga Barreda P. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42 (5): 822-29.
11. Witte SS, El-Bassel N, Gilbert L, Wu E, Chang M. Predictors of Discordant Reports of Sexual and HIV/Sexually Transmitted Infection Risk Behaviors among Heterosexual Couples. *Sex Transm Dis.* 2007; 34 (5): 302-08.
12. García-Sánchez I. Diferencias de género en el VIH/SIDA. *Gac Sanit.* 2004; 18 (Supl. 2): 47-54.
13. Teva I, Bermudez MP, Buela-Casal G. Variables sociodemográficas y conductas de riesgo en la infección por el VIH y las enfermedades de transmisión sexual en adolescentes. España, 2007. *Rev Esp Salud Pública.* 2009; (83): 309-20.
14. Urrea Giraldo F, Congolino ML, Herrera HD, Reyes JI, Botero WF. Comportamientos sexuales e incidencia de los programas de salud sexual y reproductiva en estudiantes de secundaria de sectores populares y de la universidad pública en la ciudad de Cali, Colombia. *Cad. Saúde Publica.* 2006; 22 (1): 209-15.
15. Hallfors DD, Iritani BJ, Miller WC, Bauer DJ. Sexual and Drug Behavior Patterns and HIV and STD Racial Disparities: The Need for New Directions. *Am J Public Health.* 2007; (97): 125-32.
16. Ellen JM, Aral SO, Madger LS. Do Differences in Sexual Behaviors Account for the Racial/Ethnic Differences in Adolescent's Self-Reported History of a Sexually Transmitted Disease? *Sex Transm Dis.* 1998; (25): 125-29.
17. Du P, McNutt LS, O'Campo P, Coles. FB. Changes in Community Socioeconomic Status and Racial Distribution Associated with Gonorrhoea Rates: An Analysis at the Community Level. *Sex Transm Dis.* 2009; 36 (7): 430-38.
18. Holtgrave DR, Crosby RA. Social Capital, Poverty, and Income Inequality as Predictors of Gonorrhoea, Syphilis, Chlamydia and AIDS Case Rates in the United States. *Sex Transm Inf.* 2003; (79): 62-64.
19. Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Política de Estado para el Pacífico colombiano. Colombia: DNP; 2007. (Documento Conpes 3491).
20. Baumer EP, South SJ. Community Effects on Youth Sexual Activity. *J Marriage Fam.* 2001; (63): 540-54.
21. Sionean C, DiClemente RJ, Wingood GM, Crosby R, Cobb BK, Harrington K et al. Socioeconomic Status and Self-Reported Gonorrhoea among Afri-

- can American Female Adolescents. *Sex Transm Dis.* 2001; 28 (4): 236-39.
22. Singer MC, Erickson PI, Badiane L, Díaz R, Ortiz D, Abraham T et al. Syndemics, Sex and the City: Understanding Sexually Transmitted Diseases in Social and Cultural Context. *Soc Sci Med.* 2006; 63 (8): 2010-21.
23. Thomas JC. From Slavery to Incarceration: Social Forces Affecting the Epidemiology of Sexually Transmitted Diseases in the Rural South. *Sex Transm Dis.* 2006; (33): S6-S10.
24. Page Shafer KA, Cahoon Young B, Klausner JD, Morrow S, Molitor F, Ruiz J, McFarland W. Hepatitis C Virus Infection in Young, Low-Income Women: The Role of Sexually Transmitted Infection as a Potential Cofactor for HCV Infection. *Am J Public Health.* 2002; (92): 670-76.
25. Dray Spira R, Gueguen A, Ravaud JF, Lert F. Socioeconomic Differences in the Impact of HIV Infection on Workforce Participation in France in the era of Highly Active Antiretroviral Therapy. *Am J Public Health.* 2007; 97 (3): 552-58.
26. Rice RJ, Roberts PL, Handsfield HH, Holmes KK. Sociodemographic Distribution of Gonorrhea Incidence: Implications for Prevention and Behavioral Research. *Am J Public Health.* 1991; (81): 1252-58.
27. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Evaluación del plan obligatorio de salud de los regímenes contributivo y subsidiado en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y lineamientos para su reforma. Colombia: MPS; 2009.
28. Syme SL, Lefkowitz B, Krimgold BK. Incorporating Socioeconomic Factors into US Health Policy: Addressing the Barriers. *Health Affairs.* 2002; (21): 113-18.
29. Kaplan GA, Lynch JW. Socioeconomic Considerations in the Primordial Prevention of Cardiovascular Disease. *Prev Med.* 1999; (29): S30-S35.
30. Smedley BD, Syme SL. Committee on Capitalizing on Social Science and Behavioral Research to Improve the Public's Health. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. *Am J Health Promot.* 2001; (15): 149-66.
31. Mechanic D. Disadvantage, Inequality, and Social Policy. *Health Aff.* 2002; (21): 48-59.

Cómo citar este artículo

Arrivillaga M, Zapata H, Tovar LM, Correa D, Varela MT, Hoyos PA. Infecciones de transmisión sexual en Colombia: análisis basado en la Encuesta Nacional de Salud - año 2007. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.* 2011; 10(20): 69-80

