

Factores sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH en población desplazada de Colombia

Sociodemographic factors, knowledge and behaviors related to syphilis and HIV in the displaced population of Colombia

MSc. María Virginia Pinzón Fernández,¹ MSc. Hector Fabio Muses Marín,¹¹
Dr. Jaime Galindo Quintero¹¹

¹ Grupo Prevención de enfermedades infecciosas-Prevenir de la Universidad del Cauca. Popayán, Colombia.

¹¹ Grupo Educación y salud en VIH/sida de la Corporación de Lucha Contra el sida. Cali, Colombia.

RESUMEN

Introducción: en Colombia, el desplazamiento de las poblaciones de las zonas rurales a las urbanas, debido fundamentalmente al conflicto armado, conlleva a un incremento de vulnerabilidad en diferentes aspectos que conducen al deterioro de la salud.

Objetivo: determinar la frecuencia de sífilis y VIH y su relación con factores sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas en población desplazada en Popayán, Colombia.

Métodos: estudio transversal realizado en el 2009. Durante campañas de búsqueda activa focal integral de VIH/sífilis, 500 personas desplazadas mayores de edad dieron su consentimiento para participar en la investigación, respondieron un cuestionario y se realizaron pruebas para diagnóstico de sífilis y VIH. Los análisis estadísticos se hicieron en SPSS versión 17.

Resultados: edad promedio $35 \pm 0,51$ años; 368 mujeres (73,6 %); 322 con menos de un año de desplazamiento (71,4 %); 500 personas VIH negativo (100 %) y 21 con antecedente de sífilis (4,2 %); la mayoría con bajos conocimientos sobre VIH y sífilis. Ser de piel negra, tener más de 20 años de vida sexual activa y haber estado con dos o más compañeros sexuales en el último año, se relacionó con antecedente de sífilis.

Conclusiones: la población estudiada tiene factores de riesgo que los hace vulnerables a las infecciones de sífilis y VIH, sin embargo, el tiempo de

desplazamiento es un determinante que pudo tener influencia en los resultados encontrados.

Palabras clave: sífilis, VIH, personas desplazadas, pobreza, comportamiento sexual.

ABSTRACT

Introduction: the displacement of population groups from rural to urban areas in Colombia, due to the armed conflict fundamentally, lead to increase of vulnerability in a number of aspects to health deterioration.

Objective: to determine the presence of syphilis and of HIV and their relation with socio-demographic factors, knowledge, attitudes and practices in the displaced population of Popayan-Colombia, 2009.

Methods: cross-sectional study conducted in 2009 during comprehensive active screening campaigns. A total of 500 voluntary displaced participants who gave their consent, answered structured questionnaires, and were performed HIV/syphilis testing. Statistical analysis was performed in SPSS version 17.

Results: Mean age of 35 ± 0.51 years, 368 were women (73.6 %), 356 (71.2 %) lived on socioeconomic level 1 (the lowest), 322 (71.4 %) exhibited less than one year of displacement, 500 (100 %) were HIV-negative and 21 (4.2 %) with a past history of syphilis; most of the participants had poor knowledge about HIV and syphilis. Being a black person, having more than 20 years of sexual activity and 2 or more sexual partners in the last year, were mostly related to history of syphilis.

Conclusions: The study population has risk factors that make it vulnerable to HIV and syphilis infections, but the length of time of displacement is a determining factor that may influence the data.

Keywords: syphilis, HIV, displaced persons, poverty, sexual behavior.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hacen parte del grupo de enfermedades transmisibles que se pueden prevenir, pero por su estrecha relación con las prácticas sexuales, el estigma y las concepciones que hay alrededor de estas, ha dificultado la aplicación de estrategias efectivas para la prevención, tratamiento y control.¹

El conflicto armado en Colombia ha generando el desplazamiento de las poblaciones, principalmente de las zonas rurales a las urbanas, lo que conlleva un incremento de la vulnerabilidad en aspectos sociales, económicos y ambientales, que conducen al deterioro de la salud de la población colombiana.

En el departamento del Cauca las cifras de población desplazada aumentan permanentemente; hasta marzo de 2009, según informe de Acción Social, en Popayán existían 45 045 individuos registrados como desplazados, entiéndase como

tal, toda persona que se ha visto obligada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas. (Artículo 1 de la Ley 387). Estas personas provenían de los diferentes municipios del Cauca y de ellas, 24 533 tienen entre 18 y 70 años.

Se ha documentado² la influencia de variables sociales, económicas, culturales y políticas, tanto en la adquisición y desarrollo de enfermedad en poblaciones vulnerables, como en la efectividad de los protocolos de prevención, tratamiento y control. La condición de desplazado genera el desarraigo de sus tierras, de su escenario habitual y de sus familias; su bajo nivel socioeconómico hace que estas personas asuman comportamientos nuevos que, por su condición, están rodeados de conductas de riesgo que los pueden llevar a infectarse con ITS y VIH.

Las causas sociales difieren de una región a otra, al igual que los conocimientos y las prácticas que las personas tienen en diferentes aspectos.

La diseminación de las ITS y el VIH se asocia con pobreza y bajo nivel educativo.³ La mayoría de las personas que habitan en zonas marginadas viven en condiciones precarias y de hacinamiento, características que favorecen la adquisición de estas infecciones. El limitado conocimiento que las personas tienen sobre el VIH y el sida se relaciona con la vulnerabilidad, determinada especialmente por las condiciones de vida, el contexto sociocultural,^{4,5} los hábitos,⁵ la experiencia sexual,⁶ las relaciones de género,⁷ las composiciones étnicas,⁸ la edad, el desempleo, la falta de oportunidades, las prácticas sexuales y la presencia de otras ITS, estas últimas por compartir la misma puerta de entrada del VIH.^{1,9}

No se conoce suficientemente la magnitud y distribución de las conductas de riesgo, la frecuencia de ITS y especialmente de VIH/sida en poblaciones desplazadas del departamento del Cauca, por lo tanto deben ser sujeto de análisis e intervenciones diferenciales en los programas de promoción de la salud y de prevención y atención, de tal modo que los servicios y planes sean asequibles, seguros, culturalmente apropiados y que garanticen la confidencialidad y privacidad para aquellos que los necesiten.

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia de sífilis y VIH y su relación con factores sociodemográficos, conocimientos, actitudes y prácticas en población desplazada. A más largo plazo, esperamos contribuir con el cumplimiento de los indicadores y metas propuestos desde los Objetivos del Desarrollo del Milenio en el tema del VIH/sida.

MÉTODOS

Estudio transversal realizado durante el año 2009, en el que participaron personas desplazadas entre hombres y mujeres, residentes en una comuna de la zona urbana de Popayán, convocados durante campañas de búsqueda activa focal integral de VIH/sífilis, a través de jornadas de Acción Social, de la Empresa Social del Estado (ESE) Popayán y líderes de la comunidad desplazada.

Teniendo en cuenta que la condición de desplazamiento de las personas, impidió realizar un muestreo probabilístico, se realizó un muestreo no probabilístico para un tamaño muestral de 500 individuos, tasa de no respuesta estimada 25 %.

La comuna 7 de la ciudad de Popayán, donde se trabajó, es la que tiene mayor población de bajo nivel socioeconómico, por estas razones y de acuerdo a las proporciones, es la que alberga más población desplazada, de tal modo que la muestra obtenida es representativa de esa comuna y de acuerdo a las condiciones sociales, es representativa para la ciudad de Popayán.

Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta la mayoría de edad que en Colombia es de 18 años y la situación de desplazamiento. A los 500 individuos seleccionados, se les explicó en qué consistía el estudio y se invitaron a participar de manera voluntaria; se obtuvo su consentimiento por escrito (previamente aprobado por el Comité de Revisión de Ética de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle en Cali, Colombia).

Se aplicó una encuesta a las personas que conformaron la muestra, que recogía las características sociodemográficas, los antecedentes personales y los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas relacionadas con el VIH/sida y la sífilis. Esta encuesta había sido previamente probada y ajustada como prueba piloto y posterior a su aplicación, se realizó asesoría pretest, que permitió ofrecer actividades educativas para prevenir ITS/VIH y dar información sobre los beneficios y consecuencias de las pruebas, el riesgo de transmisión y el significado de los resultados.

Las variables dependientes fueron las infecciones por VIH y sífilis presente o pasada. Las variables independientes fueron las características sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con sífilis y VIH.

A cada persona se le tomó y realizó simultáneamente una prueba presuntiva para VIH y una prueba treponémica para sífilis. A quienes resultaron positivos para la pruebas treponémicas se les realizó la prueba no treponémica VDRL (*Venereal Research Disease Laboratory*), que cuantifica los anticuerpos, y permite, por tanto, determinar la presencia de sífilis presente o pasada.

Los datos se ingresaron, previa codificación y se procesaron en el programa SPSS versión 17. Se realizaron análisis descriptivos para cada variable. Para explorar la relación entre las variables dependientes e independientes del estudio, se realizó un abordaje de análisis analítico a través de métodos estadísticos bivariados y multivariados, en el cual todas las posibles relaciones de las variables (presencia de sífilis y VIH), que presentaron en el análisis bivariado valores de significación $p < 0,25$, se incluyeron en un modelo de regresión logística multivariada, con el fin de determinar las características relacionadas (sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas) con el diagnóstico de sífilis y VIH. Para ello, se realizó un proceso de selección de variables *stepwise* con probabilidad de entrada 0,15 y de retiro 0,10. Para las pruebas estadísticas del modelo multivariado se empleó un nivel de significación de 0,10.

Limitaciones del estudio

Una de las limitantes del estudio fue la dificultad de realizar un muestreo probabilístico, debido a que la población desplazada es de difícil acceso, localización y por lo tanto difícil de alcanzar, pero se contó con una metodología de participación comunitaria que permitió interactuar con la comunidad, y generar su adecuada participación durante las convocatorias.

RESULTADOS

Se pudo comprobar, según los datos de la encuesta aplicada, que la mayoría de las personas, 322 (71,4 %), tenía menos de un año de desplazamiento (tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población desplazada estudiada y residente en Popayán, 2009

| Características | No. | % |
|------------------------|-----|------|
| Edad en años | | |
| 18-29 | 176 | 35,2 |
| 30-39 | 160 | 32,0 |
| 40-49 | 103 | 20,6 |
| > = 50 | 61 | 12,2 |
| Género | | |
| Masculino | 132 | 26,4 |
| Femenino | 368 | 73,6 |
| Color de la piel | | |
| Negra | 132 | 26,4 |
| No negra | 368 | 73,6 |
| Estado civil | | |
| Soltero | 140 | 28,0 |
| Casado | 65 | 13,0 |
| Unión libre | 240 | 48,0 |
| Viudo | 19 | 3,8 |
| Separado | 23 | 4,6 |
| Sin dato | 13 | 2,6 |
| Escolaridad | | |
| Ninguna | 122 | 24,4 |
| Primaria | 238 | 47,6 |
| Secundaria | 123 | 24,6 |
| Técnica | 12 | 2,4 |
| Universitaria | 5 | 1,0 |
| Estrato socioeconómico | | |
| Sin estratificar | 72 | 14,4 |
| Uno | 356 | 71,2 |
| Dos | 72 | 14,4 |
| Ocupación | | |
| Hogar | 225 | 45,0 |
| Estudio | 30 | 6,0 |
| Empleo informal | 53 | 10,6 |
| Independiente | 116 | 23,2 |

| | | |
|--------------------------------|-----|------|
| Empleado | 22 | 4,4 |
| Desempleado | 49 | 9,8 |
| Sin dato | 5 | 1,0 |
| Afiliación al sistema de salud | | |
| Contributivo | 13 | 2,6 |
| Subsidiado | 320 | 64,0 |
| No afiliado | 167 | 33,4 |
| Tiempo de desplazamiento | | |
| Menos de un año | 332 | 71,4 |
| Más de un año | 133 | 28,6 |
| Sin dato | 34 | 6,8 |

Nota: el estrato socioeconómico se clasificó en uno y dos teniendo en cuenta los ingresos, los inmuebles, el acceso a servicios públicos y la ubicación.

Otros datos obtenidos de la encuesta se muestran a continuación:

a) *Infección por VIH y sífilis.* Se encontró una frecuencia de VIH de 0 %. De igual manera el 0 % tenía sífilis activa, pero en 21 personas, para el 4,2 % (IC 95 %: 2,5-6,0) se encontró antecedente de la infección en el pasado.

b) *Antecedentes personales.* Cerca de la mitad manifestó participar en actividades grupales tipo artísticas; en relación con los antecedentes de transfusión sanguínea, el 7,4 % manifestó tener este antecedente, el 10,8 % dijo tener tatuajes o *piercing* y el 12 % manifestó haber tenido ITS.

c) *Antecedentes de consumo de alcohol y otras sustancias.* Al preguntar sobre antecedentes de consumo de alcohol, el 19,5 % respondió haber consumido durante toda la vida y de estos, el 44 % manifestó consumir más de 5 copas de licor (o botellas de cerveza) en 2 h seguidas en alguna ocasión. Al evaluar las faltas que las personas cometieron durante el consumo de alcohol, el 85 % dijo que no habían cometido faltas o tenido consecuencias adversas; igualmente, el 14 % tuvo ansiedad por consumir y la necesidad de consumir más hasta embriagarse. Respecto al consumo de otras sustancias psicoactivas, el 0,8 % notificó haberlas consumido, el 1 % dijo que había tenido relaciones sexuales en estado de embriaguez o bajo efecto de otras sustancias psicoactivas.

d) *Antecedentes ginecobstétricos en relación con la citología cérvico vaginal.* Para el grupo de mujeres y sus antecedentes ginecobstétricos, en relación con la citología cérvico vaginal, el 70,5 % tuvo resultado normal en los dos últimos años, mientras que el 11,9 % registró resultado anormal. En el 10,1 % de las mujeres que no se habían realizado la citología, la razón principal fue por dificultades de acceso al centro de salud.

e) *Antecedentes de test de VIH o sífilis.* Al preguntar a los participantes si se habían practicado antes la prueba de VIH, el 21,8 % respondió afirmativamente, pero de estos el 11 % desconoció el resultado; 50,5 % se la habían realizado más de 18 meses antes. El motivo principal de quienes no se la habían hecho fue por el costo (62,7 %). Cuando se preguntó sobre la realización previa de la prueba de sífilis, el 9,2 % respondió habérsela realizado, de estos el 92,6 % informó que el resultado fue negativo y el 39 % se la habían tomado hacía más de 18 meses; el motivo principal de las personas que manifestaron no habérsela realizado, fue desconocimiento de esta infección (46,3 %).

f) *Autopercepción en conocimientos y comportamientos frente a VIH y sífilis.* El 33,7 % manifestó tener aceptables conocimientos para VIH, mientras que para sífilis, solamente el 15 % registró tener medianos conocimientos.

Sobre la creencia relacionada con el riesgo que tienen las personas o grupo de personas de contraer la infección por VIH o por sífilis, el 65,6 % consideró que estaría a riesgo cualquier persona que tenga vida sexual activa y que no use condón. Los participantes opinaron que la principal causa por la que una persona no acepte realizarse la prueba de VIH, es por temor al resultado (44,8 %), seguida por la falta de importancia que le dan a la infección (29 %). Respecto a la sífilis, los participantes respondieron que una persona no aceptaría realizarse la prueba porque no conoce su importancia (35,2 %) seguido de 29,2 % que le teme al resultado.

El promedio de compañeros (as) sexuales en los dos últimos años fue de $1,5 \pm 0,07$, rango (0-25); de igual manera el número promedio de compañeros (as) sexuales en el último año fue de $1,3 \pm 0,04$, rango (0-11). En promedio habían iniciado relaciones sexuales a los $16,3 \pm 2,7$ años y la mayoría de los participantes (58,8 %) habían iniciado la vida sexual hacía menos de 19 años.

Referente a la práctica del sexo anal (insertivo o receptivo), el 7,5 % del total de participantes (hombres y mujeres) notificó haberla realizado; sobre las relaciones sexuales durante el periodo menstrual, el 16,9 % respondió haber tenido esta práctica.

En cuanto al uso del condón, el 4,3 % dijo que lo usaban de manera consistente (siempre), de los cuales el 47,4 % manifestó usarlo consistentemente desde hacía uno a cinco años, seguido del 31,6 % que lo usaba siempre desde hacía más de cinco años; de las personas que dijeron no usar siempre el condón (95,7 %), el 58,6 % respondió que el motivo principal para no hacerlo fue por confianza en la pareja, seguido del 22,3 % que contestó que no le gustaba o se le olvidaba usarlo.

El 74,1 %, respondió que nunca acostumbró realizarse las pruebas de VIH y Sífilis.

Características demográficas, percepción de conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con VIH y sífilis

Teniendo en cuenta que la frecuencia de VIH+ en la población estudiada fue de 0 %, no se presentan los datos de correlación con esta infección.

Para establecer las características relacionadas con sífilis, se consideró el diagnóstico de antecedente (sífilis pasada), con el fin de identificar este grupo de personas frente a los que no presentaron el antecedente de la infección. La tabla 2 muestra las frecuencias de antecedentes de sífilis, según las variables independientes que presentaron un nivel de significación menor que 0,25.

Para identificar características (variables) de la población que estuviesen relacionadas con el antecedente de sífilis, se realizó un modelo de regresión logística multivariado, que permitiera ajustar por las covariables con significación menor que 0,25 (tabla 2). Inicialmente se realizó un análisis de colinealidad entre las variables mencionadas anteriormente para evitar afectar las estimaciones de los coeficientes de las variables que se ingresarían en el modelo de regresión logística. En la tabla 3 aparecen las variables que fueron incluidas en el modelo final y que se relacionaron con el antecedente de sífilis.

Tabla 2. Características demográficas, conocimientos, actitudes y prácticas elacionados con antecedente de sífilis, de la población desplazada estudiada y residente en Popayán, 2009

| Características | Sífilis | | | | valor de <i>p</i> |
|---|-------------|-----|----------|------|-------------------|
| | Antecedente | | Negativo | | |
| | No. | % | No. | % | |
| Edad en años | | | | | |
| 18-29 | 4 | 2,3 | 171 | 97,7 | 0,209 |
| 30-39 | 6 | 3,8 | 154 | 96,3 | |
| 40-49 | 7 | 7,0 | 93 | 93,0 | |
| >= 50 | 4 | 6,8 | 55 | 93,2 | |
| Sexo | | | | | |
| Femenino | 13 | 3,6 | 351 | 96,4 | 0,2103 |
| Masculino | 8 | 6,2 | 122 | 93,8 | |
| Color de la piel | | | | | |
| No negra | 18 | 4,1 | 422 | 95,9 | 0,1452 |
| Negra | 3 | 9,7 | 28 | 90,3 | |
| *Compañeros sexuales en el último año | | | | | |
| Uno o ninguno | 12 | 3,3 | 352 | 96,7 | 0,0229 |
| Dos o más | 7 | 9,1 | 70 | 90,9 | |
| Tiempo de vida sexual | | | | | |
| <= 19 años | 7 | 2,5 | 275 | 97,5 | 0,013 |
| 20 años o más | 14 | 7,3 | 179 | 92,7 | |
| *Participación en actividades grupales | | | | | |
| No | 6 | 2,5 | 235 | 97,5 | 0,0937 |
| Sí | 13 | 5,5 | 224 | 94,5 | |
| *Consumo de licor en dos horas | | | | | |
| No consume o consume < 5 copas | 16 | 3,7 | 417 | 96,3 | 0,0977 |
| Consume 5 o más copas | 4 | 8,9 | 41 | 91,1 | |
| Se ha practicado prueba VIH | | | | | |
| No | 14 | 3,7 | 368 | 96,3 | 0,2331 |
| Sí | 7 | 6,3 | 105 | 93,8 | |
| Autopercepción sobre conocimientos de sífilis | | | | | |
| Adecuados | 4 | 5,4 | 70 | 94,6 | 0,198 |
| Insuficientes | 2 | 1,5 | 128 | 98,5 | |
| Nulos | 15 | 5,2 | 272 | 94,8 | |
| Riesgo de infección VIH/sífilis: cualquiera con vida sexual activa desprotegida | | | | | |
| No | 10 | 5,8 | 161 | 94,2 | 0,2005 |
| Sí | 11 | 3,4 | 312 | 96,6 | |

*Algunas personas no dieron información para estas características.

Inicialmente se realizó un análisis de colinealidad entre las variables mencionadas anteriormente para evitar afectar las estimaciones de los coeficientes de las variables que se ingresarían en el modelo de regresión logística.

Las variables que fueron incluidas en el modelo final y que se relacionan con el antecedente de sífilis aparecen en la tabla 3.

Tabla 3. Características relacionadas con el antecedente de sífilis, de la población desplazada estudiada residente en Popayán, 2009, después de ajustar por covariables de estudio

| * Antecedente de sífilis | | | |
|--|-------------|----------|---------------|
| | OR ajustado | IC 95% | Significación |
| Color de la piel | | | |
| No negra | Referencia | 1,1-16,5 | 0,046 |
| Negra | 4,12 | | |
| Tiempo de vida sexual | | | |
| ≤19 años | Referencia | 1,1-8,4 | 0,037 |
| 20 años o más | 2,99 | | |
| Compañeros sexuales en último año | | | |
| Uno o ninguno | Referencia | 0,91-7,6 | 0,075 |
| Dos o más | 2,63 | | |

* Datos obtenidos de un modelo de regresión logística multivariado.

En el modelo multivariado se encontró que las personas con color negro de la piel, tuvieron 4,12 veces probabilidad de tener un diagnóstico de antecedentes de sífilis comparado con personas de etnia no negra; de igual manera los que tenían 20 o más años de vida sexual activa, presentaron 2,99 veces probabilidad de antecedente de sífilis. Así mismo quienes reportaron haber tenido en el último año 2 o más compañeros sexuales, tuvieron 2,63 veces probabilidad de antecedente de sífilis, comparado con personas que reportaron como máximo un compañero sexual en el último año (tabla 3).

DISCUSIÓN

La población estudiada vive en estratos socioeconómicos bajos, lo que refleja la situación de pobreza, falta de oportunidades por el bajo nivel de escolaridad, desempleo e inestabilidad económica, condiciones que llevan a la búsqueda y mejora del ingreso económico muchas veces a través de prostitución, expendio de drogas y vandalismo, característica del contexto de la comuna donde habitan, factores que además nutren la pandemia del VIH.

En Colombia los estudios en población desplazada se han enfocado a características sociales y demográficas,¹⁰⁻¹² pero no hay estudios que demuestren en estas poblaciones la dinámica en relación a las ITS y el VIH y los factores que pueden estar relacionados con estas infecciones. Este estudio comprobó la presencia de factores que pueden incidir sobre la vulnerabilidad de esta población frente a las ITS y el VIH.

La población desplazada del presente estudio, tuvo una frecuencia de infección por VIH de 0 %; aunque la relación entre VIH/sida y el desplazamiento ocasionado por el conflicto armado en Colombia todavía no ha sido muy bien documentada, para algunos autores,¹³⁻¹⁵ el desplazamiento por el conflicto se relaciona directamente con incremento de la frecuencia de infección por VIH, y al respecto *Kaiser* y otros,¹⁶ estudiaron la prevalencia de VIH en población afectada por el conflicto y encontraron cifras de 0,4 a 4,4 %, en regiones del África. Sin embargo, se ha documentado¹³ que la vulnerabilidad a la transmisión del VIH en esta población, depende de la interacción de numerosos factores como son el rompimiento de la estructura social, la ausencia de recursos y satisfacción de necesidades básicas, la violencia y el abuso sexual, el incremento en el uso de sustancias psicoactivas y la ausencia de infraestructura en educación y salud; para otros autores,¹⁷ la magnitud de la influencia de estos determinantes es dependiente de la prevalencia de VIH en los sitios de origen, de llegada, del ambiente, la interacción con los miembros de las comunidades donde se asientan y el tiempo de desplazamiento. En este sentido, la procedencia rural de la población estudiada, al menos en parte, explica la ausencia de infección por VIH encontrada, pues a pesar de la problemática social y política que se vive en el departamento del Cauca en relación con el desplazamiento por el conflicto armado, según la Oficina Nacional de Vigilancia Epidemiológica, las cifras de prevalencia de VIH en los municipios del Cauca de donde proceden estas personas son bajas y no es así en la ciudad de Popayán, donde recientemente un estudio presentado por la Corporación de Lucha Contra el Sida en la xviii *International AIDS Conference Vienna-2010*, da cuenta de prevalencias de VIH del 3,8 % en poblaciones que viven bajo condiciones mediadas por la pobreza.

Adicionalmente, el corto tiempo transcurrido desde el momento de desplazamiento (menor de un año en el 71,4 % de los participantes), es un importante factor y posiblemente protector, que explica la ausencia de la infección por la falta de relaciones sociales y ambientales con la comunidad que alberga. Según *Spiegel*,¹⁷ en la medida que el tiempo de desplazamiento aumenta, se aumentan las relaciones sociales con la comunidad receptora; también podría esperarse que en la población desplazada ocurran pérdidas de factores protectores y aparición de comportamientos de riesgo que aumentarían su vulnerabilidad a adquirir la infección dentro de un contexto social y epidemiológico más adverso que el de sus lugares de procedencia.

En población desplazada se ha evaluado las condiciones ambientales que pueden incidir en las prevalencias de ITS y VIH, al respecto, se ha considerado la importancia de cambiar el concepto convencional en el cual el desplazamiento se relaciona con VIH, debido a que no existen pruebas de que el conflicto por sí solo haya conducido a una mayor incidencia de la infección; por el contrario, cuando las prevalencias en los sitios de llegada son altas, los desplazados cuando regresan a sus sitios de origen llevan nuevas infecciones, lo que depende de las relaciones sociales entre los desplazados y las poblaciones residentes. Por lo anterior, se ha propuesto que las intervenciones deben priorizarse en estrategias de prevención en las poblaciones que reciben y en las que llegan.¹⁷

El 4,2 %, de las personas presentaron antecedente de sífilis (evaluado por prueba treponémica rápida), pero ninguna persona tuvo evidencia serológica de sífilis activa al momento del estudio (por VDRL), por otro lado, 12 % tuvo historia pasada de alguna ITS. Al respecto, se han encontrado cifras relativamente bajas de sífilis (0,7-2,8 %) en población africana afectada por el conflicto, pero que provenía de regiones de baja prevalencia de ITS.¹⁶ Aunque se ha descrito ampliamente la relación entre antecedentes de ITS y el diagnóstico positivo para VIH,¹⁸⁻¹⁹ en este estudio no se encontró dicha relación, principalmente por la ausencia de casos con diagnóstico positivo para VIH, pero esto también podría explicarse por la baja prevalencia encontrada del antecedente de estas infecciones, tanto en la población estudiada como en las zonas de procedencia; finalmente, es importante destacar que la

ausencia de VIH en la población estudiada puede estar relacionada con el poco tiempo de desplazamiento y esto pudo haber incidido sobre los resultados.

Otro factor que ha sido relacionado con el VIH es la condición de pobreza.²⁰⁻²¹ Se ha documentado igualmente que las condiciones de pobreza, incrementadas por la guerra y el desplazamiento, aumentan el número de enfermedades infecciosas con un riesgo importante de adquirir infecciones emergentes y reemergentes como la tuberculosis, el ébola y el VIH.²² Los resultados del presente estudio sugieren que toda la población desplazada pertenecía a estratos socioeconómicos muy bajos, es decir, los ingresos, los inmuebles, los servicios públicos que reciben y la ubicación, pero provenían de zonas rurales con bajas prevalencias de VIH y sífilis, la mayoría vivían en la ciudad receptora desde hacía menos de un año y sus demás factores de riesgo para VIH y otras ITS eran menos prevalentes que en la población general de bajo estrato socioeconómico de la ciudad de albergue.

Según los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), las regiones con cifras altas de pobreza podrían tener epidemias generalizadas, por lo tanto es importante vigilar permanentemente las ITS y el VIH en estas poblaciones consideradas como de alto riesgo.

La población desplazada del presente estudio, comparte algunas características sociodemográficas (edad promedio mayor de 35 años, baja afiliación a salud) con las de un grupo de bajo estrato socioeconómico estudiado en Cali entre 2005-2007,²¹ en el cual se encontró una alta prevalencia de VIH (alrededor de 2 %). Sin embargo, la población desplazada estudiada, difiere en cuanto a la distribución por sexo (menor participación de hombres que en la población de Cali), menor escolaridad y mayor desempleo; por otra parte, el grupo de Cali tiene una frecuencia más alta de comportamientos de riesgo para VIH (tales como mayor número de compañeros sexuales, mayor tiempo de vida sexual activa y mayor reporte de antecedente de ITS principalmente en quienes resultaron VIH positivos), aunque más alto uso consistente de condón, pero igual bajo nivel de conocimientos y creencias similares frente a la prueba del VIH. Todo lo anterior podría estar aportando a la explicación de ausencia de diagnóstico VIH+ en la población desplazada y su gran diferencia frente a poblaciones con mayores riesgos, teniendo además en cuenta que en Colombia se habla de una epidemia concentrada principalmente en hombres. En el mismo estudio de Cali 2005-2007,²¹ se buscó activamente la prevalencia de VIH+ en otros dos grupos de estrato socioeconómico medio-alto (estudiantes universitarios y trabajadores empleados), y se demostró que hay baja prevalencia de VIH+ (0 % y 0,11 % respectivamente), bajo número de parejas sexuales y bajo nivel de conocimientos relacionados con el VIH, resultados similares a los encontrados en la población desplazada que presenta características, determinantes sociales y demográficos profundamente diferentes, especialmente en cuanto al estrato socioeconómico, el nivel de escolaridad, la edad, el tiempo de vida sexual activa (mayor frente a los estudiantes universitarios), y adicionalmente mayor autorreporte de antecedentes de ITS comparado con el grupo de estudiantes universitarios.

En la muestra estudiada, se identificó el bajo nivel de conocimientos en relación a las infecciones de transmisión sexual y VIH. Saben que el condón sirve de protección para las infecciones de transmisión sexual y el VIH, pero no lo usan de manera consistente porque no lo consideran necesario por tener pareja estable.

Por otro lado, un porcentaje muy alto de las mujeres que participaron en el estudio, se han realizado citología, lo que refleja buen control del cáncer de cuello uterino por parte de los programas de prevención.

Una de las estrategias de prevención de ITS, VIH y de muertes por sida, es la detección oportuna a través de la realización de las pruebas voluntarias. En un estudio de migrantes mexicanos,²³ se encontró que entre el 22 % y 37 % de las personas se habían realizado voluntariamente la prueba del VIH. La Declaración de Compromiso adoptada por ONUSIDA en 2001, puso de manifiesto la urgencia de prestar servicios de asesoría pretest y pruebas voluntarias, con lo cual se establecieron metas para el año 2005, dirigidas a diseñar programas de prevención que incluyan mayor acceso a pruebas voluntarias. Sin embargo, los programas actuales en Colombia deben ser evaluados, porque aún el acceso a las pruebas es limitado como se observó en esta investigación, en la cual solamente el 22 % se habían practicado previamente la prueba de VIH y el 49 % de las demás personas, manifestaron que no se la habían realizado por falta de acceso a esta. Al respecto, la Encuesta Nacional de Salud en Colombia 2007, también mostró que aunque las pruebas de VIH y sífilis son cubiertas en el control prenatal, solo se indicaron, para VIH al 33 % y para sífilis al 57,7 % de las embarazadas que asisten a sus controles institucionales, de ahí que arrojó prevalencias bajas para VIH (de alrededor de 0,2-0,3 %), además, en la misma encuesta, se estimó una muy baja prevalencia de VIH-sida en personas entre 6 y 69 años (0,04 %, 0,05 % para mujeres y 0,02 % para hombres). Lo anterior es altamente indicativo de falta de focalización en la oferta de pruebas voluntarias hacia las poblaciones más vulnerables y a riesgo en las cuales se estima que la epidemia se concentra.

Finalmente, respecto al color de la piel, las personas negras tuvieron 4,12 veces probabilidad de tener un diagnóstico de antecedente de sífilis, en comparación con los que no eran negros. Se ha documentado que las personas de piel negra tienen mayor prevalencia de sífilis, comparadas con otros grupos.^{24,25} Según los CDC, las personas de piel negras aportan el 70,8 % de las infecciones por sífilis que se presentan en los Estados Unidos. Sin embargo, este hallazgo de antecedente de sífilis en el presente estudio debe interpretarse con precaución puesto que no se encontró sífilis activa, ni relación posible de establecer con la infección por VIH y la representación de las personas de piel negra en la ciudad de Popayán y específicamente en sus comunidades desplazadas es baja.

En relación con la afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud, la población desplazada de la Comuna 7 de Popayán, tuvo buen porcentaje de aseguramiento, pero esta cifra está todavía por debajo de la meta Nacional.

En países en desarrollo con recursos limitados, es necesario fomentar la prevención del VIH-sida y otras ITS, a través de su búsqueda activa focal integral, mediante asesorías y pruebas voluntarias en poblaciones que viven bajo contextos de vulnerabilidad y riesgos de tipo social, conductual y biológico, más no de manera universal. Se debe igualmente fortalecer la promoción universal de la salud sexual y reproductiva y facilitar estrategias educativas y de comunicación e información, también con énfasis y propuestas diferenciales hacia las poblaciones menos favorecidas y a la vez más necesitadas de acceso a los servicios educativos y de salud.

Se sugiere trabajar los estudios de población desplazada con las asociaciones creadas por los líderes comunitarios, lo cual facilitaría el acceso a la población y por consiguiente las técnicas de muestreo. Así mismo, es importante destacar que la aproximación a características relacionadas con el antecedente de sífilis a través de una metodología de regresión logística multivariada por el método *stepwise*, puede sugerir una sobrestimación de los coeficientes de regresión de las covariables seleccionadas, cuando la variable de interés tiene una prevalencia baja,²⁶ como lo fue en este caso para el 4 % de antecedente de sífilis encontrado.

Se requiere de nuevos estudios, preferiblemente con alta participación comunitaria, encaminados y focalizados a la búsqueda activa de VIH y otras ITS, principalmente en poblaciones «pobres no aseguradas» (incluir personas desplazadas que vivan por más de un año en sus contextos urbanos de albergue), hombres, mayores de 30 años, y personas con antecedentes de infecciones de transmisión sexual.

La población desplazada estudiada, tiene factores de riesgo que los hace vulnerables a las infecciones de transmisión sexual y al VIH, como la pobreza, reflejada en el bajo estrato socioeconómico, bajo nivel de escolaridad, pocos o ningún conocimientos sobre las ITS, los cuales se han venido estudiando desde hace décadas, pero al parecer no son suficientes para adquirir estas infecciones. La presencia de estos factores de riesgo comportamentales reconocidos por su asociación con ITS/VIH, deben tener ambientes propicios para influenciar la prevalencia de estas infecciones. Aspectos socioambientales, culturales y la variable tiempo en las personas desplazadas que participaron en el estudio, parece jugar un papel muy importante.

AGRADECIMIENTOS

A las personas participantes del estudio, a la Unidad de Atención Integral a la población desplazada (UAO) en Popayán, a los líderes de la población desplazada en Popayán, a la Corporación de Lucha Contra el Sida, Cali; a la Universidad del Cauca, Popayán; la Universidad del Valle, Cali y Escuela de Salud Pública, Cali.

El proyecto fue desarrollado en su totalidad con fondos propios de la Corporación de Lucha Contra el Sida, con apoyo de la Universidad del Cauca mediante la asignación de horas académicas de la investigadora y autora principal, y de la Universidad del Valle a través de su aprobación por el Comité de Revisión de Ética de la facultad de Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud-ONUSIDA. Informe sobre la Epidemia mundial de sida. 2008 [citado 16 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.felgtb.org/files/docs/4f5ad50c6eb0.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud Europa. Los Determinantes Sociales de la Salud: Los hechos probados. 2da ed. Wilkinson R, Marmot M, editores. Ginebra: OMS; 2003.
3. Cabello MA, Sequera M, Arce ME, Corvalán G. Riesgo de adquirir ITS/sida en niños de barrios marginales de Asunción, Paraguay. Mem Inst Investig Cienc Salud. 2007;5(1):9-14.
4. Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R. Sexualidad de mujeres viviendo con VIH/sida en San Pablo. Cad Saúde Pública. 2002; 18(6): 1609-20.
5. Figueiredo R, Aires JRCM. Community based intervention and reduction of women's vulnerability to STD/AIDS in Brazil. Rev Saúde Pública. 2002; 36(4 Supl): 96-107.
6. Andrade SMO, Tamaki EM, Vihna JM, Pompilio MA, Pietro CW, de Barros LM, et al. Vulnerability of men who have sex with men in the context of AIDS. Cad Saúde Pública. 2007; 23(2): 479-82.

7. Trindale MP, Schiavo MP. Comportamiento sexual de las mujeres en relación al VIH/sida. DST, j bras doenças sex transm. 2001;13(5):17-22.
8. Fry PH, Monteiro SM, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. Does AIDS have a race or color? Data interpretation and health policymaking in Brazil. Cad Saúde Pública. 2007;23(3):497-507.
9. Galban E, Benzaken A. Situación de la Sífilis en 20 países de Latino América y el Caribe: año 2006. DST, j bras doenças sex transm. 2007;19(3-4):166-72.
10. Pacheco CI, Enríquez C. Derechos de Salud Sexual y Reproductiva de los desplazados internos de colombianos. En: Salud reproductiva para los desplazados: invirtiendo en el futuro. 2008 [citado 12 Mar 2010];19/20:25-6. Disponible en: http://www.migracionesforzadas.org/pdf/RMF19-20_rmf19-20_25.pdf
11. Obando LM, Lasso AE, Vernaza P. Discapacidad en población desplazada en el Cauca, Colombia. Rev Salud Pública. 2006;8(2):182-190.
12. Comité Internacional de la Cruz Roja. Naciones Unidas Programa Mundial de Alimentos. Una mirada a la población desplazada en ocho ciudades de Colombia: respuesta institucional local, condiciones de vida y recomendaciones para su atención. Resumen de resultados, reflexiones generales y recomendaciones. Santa Fe de Bogotá, Colombia: Comité; 2007 [citado 13 Jun 2011]. Disponible en: http://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/286A0FD67CBB8C41C125740A04EBDA3_Reporte_completo.pdf
13. Save the Children. Child Landmine Survivors: An Inclusive Approach to Policy and Practice. Londres: Save the Children; 2000 [citado 2011 May 24]. Available from: http://www.handicap-international.fr/bibliographiehandicap/4PolitiqueHandicap/groupes_particuliers/Mines/landmines2.pdf
14. Elbe S. HIV/AIDS and the Changing Landscape of War in Africa. Internat Secur. 2002;27(2):159-77.
15. Pharaoh R, Schonteich M. AIDS, Security and Governance in Southern Africa: Exploring the Impact, Paper 65, 2003. Southern Africa: Institute for Security Studies; 2003 [citado 2011 Jun1 8]. Available from: <http://www.iss.co.za/uploads/PAPER65.PDF>
16. Kaiser R, Kedamo T, Lane J, Kessia G, Downing R, Handzel T, et al. HIV, syphilis, herpes simplex virus 2, and behavioral surveillance among conflict-affected populations in Yei and Rumbek, southern Sudan. AIDS. 2006;20(6):942-4.
17. Spiegel PB. HIV/AIDS among Conflict-affected and Displaced Populations: Dispelling Myths and Taking Action. Disasters. 2004;28(3):322-39.
18. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. Rapid HIV Testing in Emergency Departments- Three U.S. Sites, January 2005-March 2006. MMWR. 2007 [citado 2011 Jul 23];56(24):597-601. Available from: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5624a2.htm>
19. World Health Organization. Priority interventions: HIV/AIDS prevention, treatment and care in the health sector- 2010. 2nd ed. Geneva: WHO; 2010 [citado 2010 Nov 7]. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241500234_eng.pdf

20. Krueger LE, Wood RW, Diehr PH, Maxwell CL. Poverty and HIV seropositivity: the poor are more likely to be infected. *AIDS*. 1990;4(8):811-14.
21. Galindo J, Tello IC, Mueses HF, Duque JE, Shor-Posner G, Moreno G. VIH y Vulnerabilidad: una comparación de tres grupos en Cali, Colombia. *Rev Fac Nac. Salud Pública*. 2011;29(1):25-33.
22. Accorsi S, Fabian M, Nattabi B, Corrado B, Iriso R, Ayella EO, et al. The disease profile of poverty: morbidity and mortality in northern Uganda in the context of war, population displacement and HIV/AIDS. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2005;99(3):226-33.
23. Martínez-Donate A, Rangel MG, Hovell MF, Santibañez J, Sipan CL, Izazola JA. HIV infection in mobile populations: the case of Mexican migrants to the United States. *Rev Panam Salud Pública*. 2005;17(1):26-9.
24. Funnyé AS, Abbasi JA. Syphilis and Human Immunodeficiency Virus Co-Infection. *J Natl Med Assoc*. 2003;95(5):36382.
25. Koplan J. National Syphilis Elimination Launch: Nashville, Tennessee, October 7, 1999: Syphilis Elimination: History in the Making-Opening Remarks. *Sex Transm Dis*. 2000;27(2):63-5.
26. Steyerberg EW, Eijkemans M, Habbema JD. Stepwise Selection in Small Data Sets: A Simulation Study of Bias in Logistic Regression Analysis. *J Clin Epidemiol*. 1999;52(10):93542.

Recibido: 3 de febrero de 2012.

Aprobado: 28 de enero de 2013.

María Virginia Pinzón Fernández. Grupo de investigación Prevenir, Universidad del Cauca. Calle 44 Norte No. 7-59. Popayán, Colombia.
Dirección electrónica: mpinzon@unicauca.edu.co, mvpinznf@gmail.com