

## Infecciones de transmisión sexual en la región Pacífica colombiana: implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica<sup>1</sup>

Marcela Arrivillaga<sup>2</sup>, Diego Correa<sup>3</sup>, Luis Miguel Tovar<sup>4</sup>,  
Helmer Zapata<sup>5</sup>, María Teresa Varela<sup>6</sup>, Paula Andrea Hoyos<sup>7</sup>

Pontificia Universidad Javeriana (Cali- Colombia)

Recibido: 14/01/2011

Revisado: 28/03/2011

Aceptado: 18/04/2011

### Resumen

**Objetivo.** Describir y analizar la presencia de diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS), según autorreporte, en población adulta de la región Pacífica colombiana, así como las implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica. **Método.** Estudio de fuente secundaria con datos provenientes de la Encuesta Nacional de Salud (2007) y una muestra final de 4.622 personas. **Resultados.** Se encontró diagnóstico de ITS por autorreporte de 1.2%; el porcentaje más alto se presentó en el Litoral Pacífico, con 1,7%, donde la población es principalmente afrodescendiente; las mujeres y personas afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud (para población pobre) reportaron mayor diagnóstico de ITS. **Conclusiones.** Se requiere una aproximación integral a la problemática de las ITS, en especial en comunidades de población en situación de vulnerabilidad, así como las implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica. Es necesario incluir una perspectiva de determinación social, interculturalidad y género tanto en los programas de salud sexual y reproductiva como en la investigación de las ITS en comunidades vulnerables.

**Palabras clave.** Enfermedades de transmisión sexual, vulnerabilidad social, grupos étnicos, Colombia.

### Abstract

**Objective.** Describe and analyze the presence of diagnosis of self-reported Sexually Transmitted Diseases (STDs) in adult population of the Colombian Pacific Region, as well as the consequences among population with ethnic, social and economical vulnerability. **Method.** A secondary source study, using data from the National Health Survey (2007) with a final sample of 4,622 persons, was conducted. **Results.** A self-reported STD diagnosis of 1.2% was found; the highest percentage occurred on the Pacific Coast, where the population is

<sup>1</sup> Artículo de investigación derivado del estudio "Análisis socio-económico y de género en población colombiana afectada por infecciones de transmisión sexual", conducido por el Grupo Salud y Calidad de Vida (Categoría A Colciencias) y financiado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali, durante los años 2010 y 2011.

<sup>2</sup> Marcela Arrivillaga. PhD en Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Calle 18 No. 118-250 Cali-Colombia. Teléfono: (572) 4856400 Ext. 8681 Fax (572) 5552550. Correspondencia: [marceq@javerianacali.edu.co](mailto:marceq@javerianacali.edu.co)

<sup>3</sup> Diego Correa. Mg.(c). Pontificia Universidad Javeriana Cali. [dcorrea@javerianacali.edu.co](mailto:dcorrea@javerianacali.edu.co)

<sup>4</sup> Luis Miguel Tovar. Mg. Pontificia Universidad Javeriana Cali. [ltovar@javerianacali.edu.co](mailto:ltovar@javerianacali.edu.co)

<sup>5</sup> Helmer Zapata. Mg. Pontificia Universidad Javeriana Cali. [hdezapata@emcali.net.co](mailto:hdezapata@emcali.net.co)

<sup>6</sup> María Teresa Varela. Mg. Pontificia Universidad Javeriana Cali [mtvarela@javerianacali.edu.co](mailto:mtvarela@javerianacali.edu.co)

<sup>7</sup> Paula Andrea Hoyos. Mg.(c) Pontificia Universidad Javeriana Cali. [paulahoyos@javerianacali.edu.co](mailto:paulahoyos@javerianacali.edu.co)

mainly afrodescendant with 1.7%; women and people affiliated to the Subsidized Regime (for poor population) reported a greater diagnosis of STI. **Conclusions.** A comprehensive approach to STDs is required, in particular among afrodescendant people in Colombia. It is necessary to include social, economic, ethnic and cultural focus within the current sexual and reproductive health programs. Also, it is needed to conduct biosocial research, including clinical screening as well as tackling social determinants of STDs.

**Keywords.** Sexually Transmitted Diseases, social vulnerability, ethnic groups, Colombia.

### Resumo

**Escopo.** Descrever e analisar a presença de diagnóstico de infecções de transmissão sexual (ITS) segundo uma auto avaliação, em população adulta da região pacífica colombiana, assim como as implicações para a população em situação de vulnerabilidade étnica, social e econômica. **Metodologia.** Estudo de fonte secundária com dados da Pesquisa Nacional da Saúde (2007) e uma amostra final de 4.622 pessoas. **Resultados.** Foi achado diagnóstico de ITS por auto avaliação de 1.2%; a porcentagem mais alta foi no litoral do Pacífico com 1.7%, onde a população é majoritariamente afro descendente; as mulheres e pessoas afiliadas ao regime subsidiado de saúde (para a população pobre) reportaram maior diagnóstico de ITS. **Conclusões.** É preciso uma aproximação integral à problemática das ITS, em especial nas comunidades com população em situação de vulnerabilidade étnica, social e econômica. É preciso incluir uma perspectiva de determinação social, interculturalidade e gênero tanto nos programas de saúde sexual e reprodutiva como na pesquisa das ITS em comunidades vulneráveis.

**Palavras Chave.** Doenças de transmissão Sexual, vulnerabilidade social, grupos étnicos, Colômbia.

### Introducción

Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un problema de Salud Pública con complejas consecuencias a nivel biomédico y psicosocial. Además, tienen el agravante de contribuir a la vulnerabilidad en la transmisión de la infección por VIH/SIDA. Aunque las ITS son enfermedades prevenibles y controlables, representan una parte importante de la morbilidad mundial, afectando considerablemente las regiones con menor grado de desarrollo económico y a la población más vulnerable (World Health Organization [WHO], 2008).

En Colombia, uno de los grupos más vulnerables, en términos socioeconómicos y étnicos, corresponde al étnico de los afrodescendientes, que representan el 10,62% del total de la población en el país (Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas [DANE], 2007). Su nivel de vulnerabilidad se expresa, por ejemplo, en una tasa de mortalidad infantil de 151 por cada 1000 habitantes, tasa de analfabetismo del 31.3%, cobertura de aseguramiento en salud entre el 21 y 26%, cobertura en educación secundaria del 62%, y cobertura en educación superior del 14%; esto sin contar con que la población afrocolombiana

representa el 40% de la población en situación de desplazamiento en el país (Baladelli, Guzmán, Korc, Moreno y Rivera, 2007).

La población afrodescendiente de la región pacífica asciende a 1.092.230 personas, que corresponde al 45% del total de esta población en el país (Baladelli et al., 2007); están concentrados en los departamentos del Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca, en especial en las zonas costeras de la región (DANE, 2007). En general, es una población que vive en condiciones de menor desarrollo si se compara con el resto del país; el 64.7% viven en situación de pobreza y el 28.1% se encuentra en condiciones de indigencia (Departamento Nacional de Planeación [DNP], 2007).

Cali, tercera ciudad de Colombia y principal centro urbano de la región pacífica, tiene una gran concentración de población afrocolombianas (Urrea, Ramírez y Viáfara, 2004; Urrea, Herrera, Botero y Reyes, 2006). Los patrones de segregación étnica llevan a que barrios completos en las zonas más pobres de Cali estén habitados casi en su totalidad por esta población (Wade, 2006); la cual cuenta con empleo precario, altamente inestable, y donde las actividades de rebusque constituyen una fuente importante de ingresos (Urrea y Reyes, 2009). Por su parte, Buenaventura es el principal puerto

colombiano sobre la Costa Pacífica y el Municipio más pobre del Valle del Cauca. Su nivel de pobreza por necesidades básicas insatisfechas es del 62.7% y el porcentaje de pobreza en condiciones de indigencia del 20.9%; los niveles de cobertura de servicios básicos están por debajo del promedio departamental y el 38% de la población no está cubierta por el Sistema de Salud (Pérez, 2007).

La situación de salud es uno de los aspectos críticos en la región pacífica. Allí prevalecen la tuberculosis, la desnutrición, el paludismo, la fiebre tifoidea, las enfermedades diarreicas, la infección respiratoria aguda, el cáncer y el VIH/Sida. Entre los factores que influyen en la salud de los afrocolombianos se encuentran: pérdidas de territorio, destrucción de recursos naturales, cambios socioculturales asociados al contacto con el entorno social, abandono progresivo de la medicina tradicional, dificultad para acceder a los servicios de salud, pobreza, marginalidad social y geográfica, y barreras culturales (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007).

Teniendo en cuenta el contexto presentado, este estudio tuvo como objetivo describir y analizar la presencia de diagnóstico de ITS según autorreporte, en población adulta de la región pacífica colombiana, así como las implicaciones para población en situación de vulnerabilidad étnica, social y económica. En Colombia, los datos disponibles son altamente limitados, más aun cuando se trata de poblaciones ubicadas en regiones vulnerables. Es por esto, que un estudio de esta naturaleza tiene importantes implicaciones tanto para promover nueva investigación en el tema como para alertar a los tomadores de decisiones respecto a las necesidades de prevención de la ITS en contextos de vulnerabilidad socioeconómica y de segregación étnica y racial.

### Método

Estudio de fuente secundaria con los datos provenientes de la "Encuesta Nacional de Salud", realizada en Colombia en 2007 (ENS-2007), autorizado por el Ministerio de la Protección Social y aprobado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali.

*Población y muestra.* La población de estudio fueron personas de 18 a 69 años, residentes en el territorio Colombiano. Sobre esta población se desarrolló la ENS (2007), cuyo muestreo se basó

en el método de muestra compleja, polietápica y estratificada e individuos seleccionados en forma aleatoria. Se tuvieron en cuenta las regiones Pacífica, Atlántica, Oriental, Central, Bogotá y Orinoquia-Amazonía. El tamaño de la muestra final de la ENS (2007) quedó constituida por 231 municipios, 41.543 hogares con 164.474 personas de todos los departamentos del país.

Para este estudio, la muestra final estuvo conformada por 4.622 personas entre 18 y 69 años residentes en la región pacífica colombiana. En esta región se obtuvieron datos de diferentes subregiones: Litoral Pacífico, área Metropolitana (urbana) de Cali, Valle sin área Metropolitana de Cali ni litoral, y Cauca y Nariño sin litoral. La selección de la submuestra se realizó utilizando el método de muestreo aleatorio simple, teniendo en cuenta cuotas por sexo y por edad, y de acuerdo con el tamaño del hogar, así: a) si el hogar sólo tenía una persona entre 18 y 69 años, ésta quedaba seleccionada por inclusión forzosa en la muestra, b) si el hogar tenía entre 2 y 3 personas de 18 a 69 años, se seleccionaba una, c) si el hogar tenía 4 ó más personas de 18 a 69 años, se seleccionaban dos. Para el cálculo del tamaño de la muestra se consideró un error de muestreo o precisión inferior al 1%, una confiabilidad de 95% y un error tipo II de 0.20. La muestra se calculó con un porcentaje del 15% de no respuesta, que finalmente fue del 13%. La principal causa de no respuesta fue la ausencia de las personas seleccionadas, que en su mayoría estaban fuera del hogar al momento de la encuesta por razones de estudio o trabajo.

*Instrumento.* La ENS (2007) estuvo conformada por varias encuestas, entre las que se encuentra la de hogares, constituida por cuatro módulos. Para este estudio, se tuvieron en cuenta variables de los módulos 1, 2 y 4 de esta encuesta. Entre las variables consideradas estuvieron las características sociodemográficas como edad, sexo, escolaridad, afiliación al Régimen de Seguridad Social en Salud, tipo de trabajo, y el reporte de diagnóstico de ITS en el último año.

La información de las encuestas fue obtenida mediante entrevistas personales realizadas por encuestadores debidamente entrenados, que disponían de una computadora personal con software de captura y validación, respectivo. Se aseguró la calidad de los datos a través del monitoreo permanente de los supervisores de campo. Los supervisores de campo tuvieron en cuenta los

instructivos, lo cual permitió controlar los sesgos por selección aleatoria. También se aplicaron controles mediante la generación de indicadores de calidad y seguimiento a los datos recolectados. No se realizó ninguna entrevista sin que la persona hubiera firmado el formato de consentimiento informado.

*Análisis de datos.* Se dispuso de las bases de datos de cada uno de los módulos de la encuesta de hogares que incluían las ponderaciones respectivas del diseño de muestreo usado, al igual que 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. Se analizaron los datos con el paquete estadístico SPSS v.17, usando el módulo de muestras complejas. A partir de un análisis descriptivo, se calculó el porcentaje de

personas con diagnóstico de ITS por autorreporte y su respectivo intervalo de confianza del 95%, ajustado por el diseño de muestreo y las respectivas ponderaciones. Adicionalmente, se examinó la relación entre las características sociodemográficas y la presencia de ITS.

## Resultados

Del total de la muestra de estudio (n=4.622) el 46.8% fueron hombres y el 53.2% mujeres; el 70.4% tenían escolaridad básica primaria, secundaria y media, el 31.6% estaba afiliado al régimen contributivo y el 38.5% al régimen subsidiado, y el 68.2% residían en cabeceras municipales. La información completa sobre los datos sociodemográficos de la muestra se presenta en la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio en la región Pacífica de Colombia. (ENS- 2007. n= 4.622)

Características Socio-Demográficas		n= 4.622	%	IC= 95%	
				Inferior	Superior
Género	Hombre	2055	46,8	45,1	46,8
	Mujer	2567	53,2	51,4	53,2
Grupo de edad	18 a 24 años	823	20,3	19,1	21,5
	25 a 34 años	1052	24,0	22,6	25,4
	35 a 44 años	987	21,2	20,1	22,3
	45 a 54 años	843	17,7	16,2	19,2
	55 a 69 años	917	16,9	15,5	18,3
Nivel de escolaridad	Ninguno	341	5,9	3,9	8,8
	Preescolar	6	0,2	0,1	0,6
	Básica primaria	1763	36,1	28,0	45,0
	Básica secundaria y media	1571	34,3	28,3	40,8
	Técnico o tecnológico	229	6,5	4,1	10,2
	Universidad	308	7,7	6,0	9,8
	Sin dato	404	9,4	8,1	10,9
Régimen de Seguridad Social en Salud	Contributivo	1261	31,6	21,0	44,7
	Subsidiado	2045	38,5	28,2	50,0
	Especiales	164	3,2	2,3	4,6
	Otra entidad	197	4,3	1,8	10,1
	Carta desplazados	7	0,2	0,0	0,5
	Ninguna	914	21,2	18,7	23,9
Zona de residencia	No sabe	34	1,0	0,5	1,7
	Cabecera municipal	2903	68,2	46,5	84,2
	Resto (centro poblado o rural disperso)	1719	31,8	15,8	53,5

Del total de la muestra, el 31% correspondió a población de los departamentos de Cauca y Nariño, sin Litoral Pacífico; el 29% al Litoral Pacífico; el 21.8% al Valle, sin área Metropolitana de Cali ni Litoral, y el 18.2% se ubicó en el área Metropolitana de la ciudad de Cali.

En la Tabla 2 se observa que la presencia de diagnóstico de ITS por autorreporte fue de 1.2% (IC95%: 1.0-1.5). Al interior de la región, el más alto porcentaje se encontró en el Litoral Pacífico con el 1,7%, y el más bajo en la subregión constituida por los Departamentos de Cauca y Nariño, con el 1%.

Tabla 2. Presencia de diagnóstico de ITS, según autorreporte en las subregiones de la región Pacífica de Colombia. (ENS-2007. n= 3.885)

SUB-REGIÓN	En el último año ¿Le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?									n
	Sí		No		No responde					
	%	IC=95%	%	IC=95%	%	IC=95%	%	IC=95%		
Cali Área Metropolitana	1,3	1,3	1,3	98,4	98,4	98,4	0,3	0,3	0,3	787
Valle sin A.M Cali ni Litoral	1,1	,7	1,9	98,2	97,1	98,9	0,7	0,3	1,9	826
Cauca y Nariño, sin Litoral	1,0	0,6	1,8	98,9	98,2	99,4	0,1	0,0	0,3	1227
Litoral Pacífico	1,7	,9	2,9	97,0	96,1	97,7	1,4	0,6	3,0	1045
Total	1,2	1,0	1,5	98,3	97,9	98,6	0,5	0,3	0,9	3885

En la Tabla 3 se presenta el comportamiento de la población según presencia de diagnóstico de ITS por autoreporte, y su relación con características sociodemográficas. Al comparar las ITS, según *grupos de edad*, el porcentaje más alto lo presentó el grupo de 25 a 34 años, con 1.7%, (IC95%: 1.1-2.7). Se destaca un diferencial según género, donde las mujeres de este rango de edad presentaron un 2.2% y las mujeres de 35 a 44 años obtuvieron un

2.0%. Con relación al *nivel de escolaridad*, también se observó un comportamiento diferencial por género, el porcentaje más alto se presentó en las mujeres que han alcanzado estudios universitarios, con 3.3% (IC95%: 0.9-4.6). Respecto al *Régimen de Seguridad Social en Salud*, el mayor porcentaje se presentó en personas afiliadas al Régimen Subsidiado, con un 1.7%.

Tabla 3. Características sociodemográficas y presencia de diagnóstico de ITS, según autorreporte en la región Pacífica de Colombia. (ENS-2007).

Características Socio-demográficas	En el último año ¿Le han diagnosticado a usted alguna infección de transmisión sexual?					
	Hombres	Mujeres	Total			
	%	%	%	IC=95%	n	
Grupo de edad						
18 a 24 años	1,5	1,7	1,6	0,7	3,4	823
25 a 34 años	1,1	2,2	1,7	1,1	2,7	1052
35 a 44 años	1,0	2,0	1,6	0,9	2,6	987

45 a 54 años	0,6	0,5	0,5	0,2	1,2	843
55 a 69 años	0,3	0,6	0,5	,1	2,1	917
Nivel de escolaridad						
Ninguno	1,6	1,3	1,4	0,2	10,4	341
Básica primaria	0,5	1,4	1,0	0,6	1,5	1763
Básica secundaria y media	1,4	1,3	1,4	0,9	2,1	1571
Técnico o tecnológico	0,0	1,8	1,0	0,4	2,4	229
Universitario	0,3	3,3	2,1	0,9	4,6	308
Régimen de Seguridad Social en Salud						
Contributivo	0,6	0,8	0,7	0,5	1,0	1261
Subsidiado	1,2	2,1	1,7	1,1	2,5	2045
Especiales	0,4	1,8	1,1	0,3	3,8	164
Ninguna	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7
No sabe	0,6	0,7	0,7	0,3	1,4	914

## Discusión

La región Pacífica colombiana está ubicada en el suroccidente del país y se caracteriza por su diversidad cultural ya que concentra población mestiza, indígena y afrodescendiente. La subregión de Litoral Pacífico es una de las regiones más pobres del país, con mayor población afrodescendiente y con serias dificultades para el acceso real a los Servicios de Salud. Como en este estudio, otros autores han reportado mayores proporciones de ITS en las regiones con menor desarrollo económico (WHO, 2008; Du, McNutt, O'Campo y Coles, 2009) y población étnica de tipo afrodescendiente (Thomas, 2006). Los resultados para esta subregión podrían estar influenciados por determinaciones estructurales como por particulares, que la diferencian de las demás subregiones de la región Pacífica y del resto del país.

Entre las determinaciones estructurales es necesario considerar que para el año 2005 en esta subregión el 64% de la población se encontraba en situación de pobreza, porcentaje muy por encima del porcentaje de pobreza para toda Colombia, que se ubicaba entonces en un 49.7%. Un 28.1% vivía en condición de indigencia (Colombia 15.7%), y el 21% era analfabeta (Colombia 10%) (DNP, 2007). Tal como lo han señalado otros autores, estas condiciones de pobreza y desigualdad en el ingreso son variables significativamente asociadas a ITS, como la gonorrea (Du et al., 2009; Holtgrave y Crosby, 2003), sífilis, clamidia y VIH/SIDA (Holtgrave y Crosby).

En la literatura se ha reportado también una asociación significativa entre raza negra e ITS, y señalado que las desigualdades en salud en diferentes grupos raciales están relacionadas con factores históricamente reportados como la discriminación racial, la segregación residencial con influencia en las redes sexuales, y el escaso acceso a los Servicios de Salud (Singer, et al., 2006). Se ha argumentado que el racismo y la segregación han producido ambientes ecológicos que facilitan la transmisión de las ITS (Thomas, 2006). De forma particular, se ha encontrado que las diferencias raciales y étnicas en las tasas de gonorrea y clamidia pueden deberse a la segregación geográfica que mantiene altas prevalencias de estas infecciones (Ellen, Kohn, Bolan, Shiboski y Krieger, 1995; Ellen et al., 2005).

Otro determinante estructural que puede explicar los resultados de este estudio se refiere a que personas afiliadas al Régimen Subsidiado reportan más diagnóstico de ITS. Esto puede explicarse en dos sentidos. El primero, y más alentador, tiene que ver con que las metas de atención para las actividades de promoción y prevención son más altas que en el régimen contributivo (para personas con capacidad de pago), lo cual genera que la demanda inducida y la búsqueda activa de Servicios de Salud sea mayor en este Régimen. Pero en otro sentido menos afortunado, por definición, en el Régimen Subsidiado se encuentra afiliada la población más pobre y vulnerable del país, y por tanto con mayor riesgo de presentar ITS. Esta situación resulta preocupante si se considera que aproximadamente

el 44.2% de la población en la región se encuentra afiliada al Régimen Subsidiado.

Respecto al acceso a la educación como determinante estructural, es bien sabido que los estudios señalan que las personas más educadas son más eficientes promoviendo salud (Tafari, Gaspio y Maldonado, 2005). Los resultados para la región de estudio, indican que personas con mayor nivel educativo reportan más ITS, y que en particular, las mujeres debido a su nivel educativo pueden tener mayor percepción de síntomas y conducta de búsqueda de atención. Por el contrario, como han planteado otros autores, los hombres reportan un menor uso de Programas de Salud Sexual y Reproductiva, y presentan una marcada tendencia a considerar estos programas como un asunto que concierne más a las mujeres (Urrea, Congolino et al., 2006). Este hecho, abre la posibilidad de la existencia de sesgos por sub-reporte en la muestra de estudio.

En todo caso, resulta de especial interés el mayor riesgo de ITS encontrado para las mujeres en edad reproductiva; cuestión que ha sido ya estudiada por otros autores (Page-Shafer et al., 2002). En el caso de las mujeres en situación de pobreza, es preciso señalar que debido a las desigualdades socioeconómicas las mujeres jóvenes son más vulnerables a las ITS y a tener embarazos no deseados como resultado de las presiones sociales, económicas y de género a las que tienen que hacer frente en sus encuentros sexuales (United Nations Programme on HIV/AIDS [Unaid], 2009).

En el campo de las determinaciones particulares, que podrían estar influenciando los hallazgos, hay que considerar aspectos etnoculturales relacionados con las formas de concebir la sexualidad y el autocuidado en el Litoral Pacífico. Varios trabajos, en Colombia, que abordan cuestiones de género en población afrodescendiente ilustran las características etnoculturales que ponen a la mujer en una posición de desventaja social, y afectan el cuidado de su salud sexual y reproductiva. Se trata de un contexto donde las relaciones extramaritales son toleradas por las mujeres; quienes a su vez, tienen baja percepción de riesgo para la adquisición de las ITS (Santa y Botero, 2004), y mayor desconocimiento sobre cómo evitar la infección por VIH/SIDA (Profamilia, 2005). Su principal preocupación es que la pareja mantenga la estabilidad económica del hogar. De esta forma, el "*color de piel*" se ha reportado como una variable que puede incidir en las prácticas sexuales de la

población perteneciente al grupo étnico de tipo afrodescendiente. En comparación con los mestizos y blancos tienen mayor proporción de relaciones sexuales, un promedio de edad más temprano para el inicio de las relaciones sexuales, y menor percepción positiva del condón (Urrea et al., 2006b; Urrea et al., 2006a).

Teniendo en cuenta todo lo anterior, es preciso incluir una perspectiva de determinación social, económica, étnica, cultural y de género tanto en la investigación como en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva en Colombia. Para avanzar en ese camino es necesaria una aproximación integral a la problemática de las ITS, en especial, en población en situación de vulnerabilidad. Este estudio contiene las limitaciones propias de una encuesta transversal por autorreporte, la ENS (2007), de donde provienen los datos analizados; en particular, el autorreporte relacionado con la conducta sexual constituye una limitante que debe tenerse en cuenta al analizar los resultados que aquí se han presentado. No fue posible efectuar procedimientos analíticos dado que los datos fueron insuficientes y, por tanto, las estimaciones resultaban inestables cuando el análisis se realizaba por subregiones. En el futuro, se recomienda conducir investigación biosocial que incluya tanto evaluaciones del componente clínico como el abordaje de la determinación social de la salud de las ITS. No obstante, estos datos preliminares se constituyen en una señal de alerta para tomadores de decisiones, para el sistema de vigilancia epidemiológica en el país y para los programas de SSR en curso en la región Pacífica colombiana.

## Reconocimientos

Los autores expresan su agradecimiento a la Pontificia Universidad Javeriana de Cali por la financiación de este estudio. Asimismo, al Ministerio de la Protección Social por otorgar el aval para el análisis de los datos provenientes de la ENS (2007). Especial reconocimiento a Enrique Peñaloza, del Cendex de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá por contribuir en el planteamiento de los objetivos de estudio; al Dr. Michael Ross, a la Dra. Liliana Escobar y al Dr. Bernardo Useche, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Texas en Houston, quienes han contribuido al análisis del tema en Colombia.

## Referencias

- Baladelli, P. P., Guzman, J. M., Korc, M., Moreno, P. y Rivera, G. (2007). *Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia*. Bogotá: OPS.
- Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. (2007). *Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica*. Bogotá: DANE.
- Departamento Nacional de Planeación. (2001). *Política de Estado para el Pacífico Colombiano*. Documento Conpes 3491. Bogotá: DNP.
- Du, P., McNutt, L. S., O'Campo, P. y Coles, F. B. (2009). Changes in community socioeconomic status and racial distribution associated with gonorrhea rates: An analysis at the community level. *Sexual Transmission Diseases*, 36 (7), 430-438.
- Ellen, J. M., Brown, B. A., Chung, S. E., Potterat, J. J., Muth, S. Q., Valente, T. W. y Padian, N. S. (2005). Impact of sexual networks on risk for gonorrhea and chlamydia among low-income urban African American adolescents. *Journal of Pediatrics*, 146 (4), 518-22.
- Ellen, J. M., Kohn, R. P., Bolan, G. A., Shiboski, S. y Krieger, N. (1995). Socioeconomic differences in sexually transmitted disease rates among black and white adolescents, San Francisco, 1990 to 1992. *American Journal of Public Health*, 85(11), 1546-1548.
- Holtgrave, D. R. y Crosby, R. A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, chlamydia and AIDS cases rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*, 79, 62-64.
- Organización Panamericana de la Salud. (2007). *Salud en las Américas 2007*. Washington D.C: OPS, Vol 2.
- Page-Shafer, K. A., Cahoon-Young, B., Klausner, J. D., Morrow, S., Molitor, F., Ruiz, J. y McFarland, W. (2002). Hepatitis C virus infection in young, low-income women: the role of sexually transmitted infection as a potential cofactor for HCV infection. *American Journal Public Health*, 92, 670-676.
- Pérez, G. (2007). *Historia, geografía y puerto como determinantes de la situación social de Buenaventura*. Banco de la República Documentos de trabajo sobre economía regional 91.
- Profamilia. (2005). *Salud sexual y reproductiva en zonas marginadas: situación de las mujeres desplazadas*. Colombia: Profamilia.
- Santa, J. y Botero, R. Apuntes sobre sexualidad y reproducción femenina afrocolombiana en Medellín. En: M. Viveros (Ed.), *Saberes, culturas y derechos sexuales en Colombia*. Bogotá: Tercer Mundo Editores. (159-174).
- Singer, M. C., Erickson, P. I., Badiane, L., Diaz, R., Ortiz, D., Abraham, T. y Nicolaysen, A. M. (2006). Syndemics, sex and the city: understanding sexually transmitted diseases in social and cultural context. *Social Science & Medicine*, 63 (8), 2010-21. (2010-2021).
- Tafari, R., Gaspio, N. y Maldonado, R. (2005). Economía, educación y salud materno infantil. *Revista Española de Salud Pública*, 9 (1), 24-53.
- Thomas, J. C. (2006). From slavery to incarceration: Social forces affecting the epidemiology of sexually transmitted diseases in the rural south. *Sexual Transmission Diseases*, 33, S6-S10.
- United Nations Programme on HIV/AIDS. (2009). *AIDS Epidemic Update*. Geneva: Unaid and WHO.
- Urrea, F., Congolino, M. L., Herrera, H. D., Reyes, J. I. y Botero, W. F. (2006a). 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. *Cadernos de Saúde Pública*, 22 (1), 209-215.
- Urrea, F., Herrera, H. D., Botero, W. y Reyes, J. I. (2006b). Afecto y elección de pareja en jóvenes de sectores populares de Cali. *Estudios Feministas*, 14 (1), 117-148.
- Urrea, F., Ramírez, H. F. y Viáfara, C. (2004) Perfiles sociodemográficos de la población afrocolombiana en contextos urbano-regionales del país a comienzos del Siglo XXI. En: M. Pardo, C. Mosquera y C. Ramírez (Eds.), *Panorámica afrocolombiana: estudios sociales del Pacífico* (213 - 266). Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia.
- Urrea, F. y Reyes, J. I. (2009, Abril). *Familias, sexualidades, clases subalternas y grupos étnico - raciales en el suroccidente colombiano*. III Seminario Internacional: Familia y el reto de la diversidad. Universidad de Caldas. Colombia.
- Wade, P. (2006). Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica: poblaciones afrolatinas (e indígenas). *Tabula Rasa*, 4, 59-81.
- World Health Organization (2008). *Regional strategic action plan for the prevention and control of sexually transmitted infections*. Geneva: WHO.