

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
CENTRO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS
SOCIALES Y SALUD, CEUCSA**

**MUNICIPIO DE SANTIAGO DE CALI
SECRETARIA DE SALUD PUBLICA MUNICIPAL**

EL SIDA PARA LA GENTE DE CALI

**Conocimientos, Percepción y Evaluación del Riesgo de Infectarse
Entre la Población General Adulta de la Ciudad**

Informe de Avance No. 5 del Proyecto SIDA-Cali

**Elías Sevilla Casas PhD
Universidad del Valle**

Reconocimiento

Muchas personas han colaborado de diversa forma en la ejecución de este estudio. Merecen especial mención: *Martha Peñuela Olaya* en el procesamiento de los datos; *Fabio Velásquez* y *María Teresa Muñoz* en la encuesta maestra dentro de la cual se efectuó la recolección de información; y los estudiantes del “Grupo de Estudio SIDA”, Plan de Pregrado de Sociología, Universidad del Valle, particularmente Gildardo Vanegas, Liliana López, Javier Osorno, Heberney Velasco, Alexander Salazar, Yolanda Guarín, Eliana Angulo, y Edwin Jaramillo (qepd) en la codificación y limpieza de los datos.

Santiago de Cali, Junio de 1991

ACLARACION

El trabajo de investigación del profesor Elías Sevilla se ha venido realizando en el marco y con los auspicios del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud -CEUSA- de la Universidad del Valle.

El Comité de Investigaciones del CIDSE consideró favorablemente la propuesta del profesor para su publicación en la modalidad de Documento de Trabajo “CIDSE” y por lo tanto así se presenta con la debida aclaración.

La Universidad atraviesa por una coyuntura en el desarrollo de su actividad investigativa que se caracteriza por la multiplicación de proyectos y la tendencia a que éstos se agrupen en temáticas de investigación afines. Por esta razón tienden a consolidarse Centro de Investigación como posibilidades de apoyar la investigación y fomentar el intercambio entre interesados. Pero existe un cuello de botella en la facilidad para que los profesores puedan dar a conocer los resultados de su trabajo de investigación. En esta oportunidad el CIDSE busca apoyar la producción investigativa de un profesor de la Facultad que se ha realizado en los marcos de otro Centro. El objetivo sigue siendo el mismo: se busca que el profesor pueda divulgar entre un público interesado su avance de investigación y de esta manera pueda recibir comentarios y evaluaciones que le permitan mejorar su documento y por lo tanto pensar en otras formas de publicación.

Se considera que el tema tratado en el Documento es de actualidad e importante. La polémica sobre los planteamientos del profesor es bienvenida, como en todas las publicaciones del CIDSE, como condición para mejorar la calidad de la investigación.

INTRODUCCION

1. El presente informe es el quinto^a de una serie producida dentro del proyecto “Evaluación Comunitaria sobre Prevención del SIDA en Cali”, Fase I y Fase II, (Proyecto SIDA-Cali), que se está ejecutando mediante una colaboración del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud, CEUCSA (Universidad del Valle) con la Secretaría de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali^b.

El propósito de esta difusión temprana de los resultados es ofrecer cuanto antes a los agentes educativos del sistema de salud, y a otras personas interesadas en el control de la epidemia, algunos elementos que pueden resultar útiles para su trabajo. Nadie duda que la información adecuada sobre el virus, sus modalidades de transmisión, y los mecanismos de prevención de esta transmisión entre la población general, y dentro de ella, entre los grupos que tienen prácticas riesgosas, es un elemento necesario, aunque no suficiente para que se tengan resultados positivos en la campaña anti-SIDA.

2. Para la presentación de estos resultados nos movemos dentro de una conceptualización de la acción educativa en salud que se deriva del “enfoque diagnóstico PRECEDE” propuesto por Green y asociados y se beneficia de los análisis recientes de los procesos complejos de decisión humana. No es el momento de detenernos en la descripción de nuestro modelo conceptual, que está siendo perfeccionado también con relación a la prevención de discapacidades asociadas a la Enfermedad de Hansen en los Santanderes, Colombia.

Basta decir por ahora que el proceso de la decisión humana a actuar, de la acción misma, y de la adopción de un comportamiento sistemático, en este caso preventivo de la infección por el VIH^c, no es lineal, como lo pretende el tradicional modelo CAP (conocimientos-actitudes-prácticas). En sus decisiones puntuales, en la consolidación de sus hábitos y en la institucionalización cultural de dichos hábitos (pautación cultural) los seres humanos siguen un proceso de ajustes progresivos y tentativos, en que la lógica imprecisa y el ensayo-error juegan un papel importante. Se trata de un juego de anticipo de resultados futuros de la acción, de entendimiento de los nexos causales implicados, de decisión basada en la experiencia, ciertos valores y la asunción de un rol por parte del actor, y de

^a Los otros informes de avance ya entregados son: (1) Informe sobre el Día Mundial del SIDA 1989 en Cali; (2) Metáforas y prácticas culturales relacionadas con el complejo ETS-HIV-SIDA en Cali; (3) Epidemiología del SIDA en Cali, listado de frecuencias; y (4) Aspectos valorativos y cognoscitivos sobre el condón en la población adulta de Cali.

^b El autor es antropólogo, Profesor Titular del Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Valle, y Profesor Adjunto del Departamento de Bioestadística y Epidemiología, Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical, Tulane University, Nueva Orleans, LA. La correspondencia puede dirigirse a: Centro Universitario de Ciencias Sociales y Salud, CEUCSA; Universidad del Valle; Apartado Aéreo 25360, Cali, Colombia; FAX 398484 y 396120; Teléfonos 391181, Ext. 74, 392360 y 308960.

^c Hablamos en general del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), agente biológico del SIDA, sin hacer la distinción entre sus especies VIH1 y VIH2 porque esta distinción no resulta necesaria para propósitos del estudio.

acción (o hábito) propiamente dichos. La institucionalización de un sistema de hábitos dentro de un grupo social, es decir la creación de una pauta cultural obedece a mecanismos servo-positivos (positive feedback) mucho más complejos que los que se observan en el caso de actores individuales. En uno y otro caso, es decir, en la generación de hábitos y en la consolidación de pautas culturales, el conocimiento sobre el fenómeno en cuestión es un ingrediente necesario. Nadie actúa sobre lo que desconoce. Pero no es suficiente, pues, como se ha comprobado para el caso del SIDA, el solo conocimiento no es buen predictor de comportamientos consecuentes con dicho conocimiento.

3. El campo semántico (=de sentido) que cubre este conocimiento necesario y no suficiente, aquí referido a la infección por el VIH, ha sido segmentado, para propósitos de análisis, en tres dimensiones. Esta segmentación se hizo pensando en el proceso de decisión y habituación de decisiones que nos interesa inducir mediante la acción educativa. La primera dimensión la denominamos motivacional pues agrupa aquellos temas ('semantemas') que, en calidad de argumentos, tienen que ver con las valoraciones que imparten fuerza a la voluntad para actuar en determinado sentido. Esta dimensión responde a la pregunta de "por qué" o "para qué" actuar. La segunda dimensión la denominamos operativa pues agrupa semantemas referentes a "cómo" actuar. Esta dimensión nos introduce al campo de los factores o indicadores de riesgo que como banderas señalan dónde hay peligro. La tercera dimensión la llamamos causal por cuanto agrupa los semantemas referentes a la ontología, real o imaginada, del fenómeno y a sus nexos causales. Esta dimensión responde a la pregunta "realmente qué es eso?".
4. Los resultados se presentan utilizando la terminología propia del "enfoque de riesgo" aconsejado por la Organización Panamericana de la Salud. Los conocimientos nulos (ignorancia) o inadecuados sobre el SIDA y su prevención se toman aquí como factores de riesgo, es decir elementos asociados a probabilidades medibles de ocurrencia de la infección. Ciertas variables que se encuentran sistemáticamente asociadas a la ignorancia y a los conocimientos inadecuados se consideran también factores de riesgo, que directamente influyen en la configuración de ignorancia o conocimientos inadecuados, e indirectamente en la propagación de la epidemia. Se trata, pues, de una cadena de presumibles antecedentes causales.
5. Como se verá enseguida, los resultados proceden de un estudio transversal (cross-sectional) en que las medidas resultantes son prevalencias de punto de determinados atributos de los sujetos o de sus respuestas. Este tipo de estudios no permite concluir con seguridad sobre determinaciones de tipo causal ni, por tanto, sobre "factores de riesgo" en sentido restringido, es decir, sobre determinantes causales de un efecto, sean ellos directos o indirectos. Solo los diseños epidemiológicos de estudios prospectivos (follow-up) o de casos y controles nos permitirían verificar las cadenas de determinaciones. Los odds ratio de prevalencia (ORP) que utilizaremos sirven tan solo para identificar tentativamente estos determinantes y orientar consecuentemente la acción educativa en salud. Estos ORP o 'coeficientes tetracóricos' señalan asociaciones asimétricas, es decir añaden una direccionalidad potencial a la información producida

por el chi-2. Sin embargo, con base en estos coeficientes, dentro del diseño transversal, no podemos distinguir rigurosamente entre verdaderos factores y meros indicadores de riesgo en el sentido propuesto por OPS.

Aun así creemos que los resultados son presumiblemente de mucho interés para quien desea tener alguna orientación en el campo de prevención del SIDA, tan escaso de guías confiables procedentes de la ciencia social. No podemos olvidar que por lo general en los diseños de la campaña anti-SIDA se trabaja con suposiciones sobre lo que la gente sabe, hace, cree, o valora, las cuales rara vez se verifican empíricamente. Estas suposiciones son el resultado o bien de importaciones culturales no calificadas o bien de deducciones apriorísticas. Desafortunadamente conocimos un caso colombiano en que se hizo una gran inversión para “educación sobre el SIDA” sin tener idea cierta de la adecuación de la campaña financiada y menos del impacto que tuvo. Tómense Pues estos resultados como guías de orden empírico que pretenden corregir nuestra actual desinformación sobre lo que es el SIDA para la gente de Cali.

La generabilidad o extrapolación a otros contextos distintos del contexto urbano de Cali, del cual se obtuvo la muestra aleatoria, es justificada en la medida en que el término ad quem de esta extrapolación se asemeje a Cali. Hay muchos elementos compartidos por nuestros medios urbanos colombianos, pero también hay singularidades históricas que es preciso tener en cuenta cuando se hacen extrapolaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Los datos proceden de un módulo sobre el SIDA que se diseñó expresamente para ser insertado dentro de una encuesta realizada en junio de 1990 como parte de un proyecto a largo plazo sobre “Vida Local y Opinión Ciudadana” que dirige el profesor Fabio Velásquez del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad del Valle. La muestra corresponde a informantes mayores de 18 años residentes en viviendas particulares de la ciudad de Cali. Por diseño esta muestra fue probabilística estratificada por nivel socioeconómico, de acuerdo con la distribución de manzanas efectuada por las Empresas Municipales y la Oficina de Catastro de Cali.

Los instrumentos fueron formularios ya probados con anterioridad en otras encuestas del mismo tipo, con preguntas cerradas y abiertas, aplicados por estudiantes de la Universidad del Valle que habían recibido entrenamiento genérico sobre la encuesta y específico sobre el capítulo referente al SIDA. Las preguntas correspondientes a este capítulo recibieron esmerada preparación y evaluación antes de ser incluidas en el cuestionario. Se hizo riguroso control de calidad del material crudo recogido por los encuestadores y posteriormente se trabajó con mucho cuidado en la codificación, entrada de datos y limpieza general de los archivos.

La pregunta central para el presente informe es la de “Sabe Usted en qué consiste el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, conocida como SIDA?”. El encuestador debía registrar textualmente lo esencial de la respuesta. Hay otras respuestas analizadas de las que se hablará a su debido tiempo.

Para el análisis del material de carácter abierto correspondiente a la pregunta ‘qué es el SIDA’ se procedió a codificar cada una de estas respuestas en ‘cadenas de semantemas’. Un semantema es una pieza de sentido, un tema dentro de una dimensión de conocimiento que, sola o en cadena con otros semantemas, conforma una frase de respuesta. Se creó de esta manera una matriz de 25 variables dicotómicas, correspondientes a los semantemas que, en conjunto, aportaron los encuestados (la tabla 6 trae la lista completa de estas variables). Cada encuestado tenía marcados con ‘1’ dentro de esta matriz la cadena de semantemas que había aportado. El resto de su línea en la matriz estaba codificada con 0.

A partir de esta matriz fue posible realizar las clasificaciones y cruces que produjeron los resultados que se reportan enseguida. Las otras variables utilizadas en los cruces y análisis estratificados proceden del mismo cuestionario y fueron tratadas en la forma usual correspondiente a variables discretas o continuas.

Los resultados se reportan como confiables cuando las diferencias analizadas de promedios o proporciones se ubican dentro del 95% del nivel de confianza que especificamos o cuando el nivel de significancia es igual o inferior a .05. En caso contrario hablamos tan solo de tendencias.

En caso de identificar un factor de riesgo (de conocimientos nulos o inadecuados) procedimos a buscar, mediante análisis estratificado, una relación de “dosis-efecto” utilizando la estadística de chi-2 de tendencia de Mantel-Haenzsel. Este chi-2 es un buen indicador de la fuerza de la tendencia. El análisis se hizo con los paquetes estadísticos de SPSS-PC y Epi-Info. Sabemos que es posible aplicar a este material modelos analíticos multivariados. Quisimos, sin embargo, en esta etapa del proyecto, hacer el trabajo previo y, tal vez más dispendioso, de simples análisis estratificados.

Si bien los resultados cuantitativos se basan exclusivamente en la encuesta, la interpretación de los mismos para sacar conclusiones se alimenta de la comprensión del fenómeno SIDA que nos está facilitando la investigación etnográfica que se ha hecho paralela a las encuestas.

RESULTADOS

1. LA NO RESPUESTA

La mayoría de las personas encuestadas intentaron una respuesta a la pregunta central arriba referida. Solo 15 personas (1.6%) se negaron a responder. No hay diferencias confiables entre estas personas y las que sí dieron una respuesta en cuanto a edad, género,

y estrato socioeconómico. La única diferencia confiable se observó en la “experiencia de vida citadina”^d, que es una manera de evaluar la historia migratoria personal y la experiencia de haber vivido en Cali. Los que se negaron a responder han pasado un promedio del 90% de su vida en la ciudad, el cual es estadísticamente diferente del 70% que corresponde a los que sí respondieron (p de la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para dos grupos = .023). Esta diferencia nos hace pensar que la no respuesta se debe más a motivos genéricos de no respuesta asociados a la experiencia citadina que a inhibición sobre el tema SIDA. Otras preguntas de la encuesta, no relacionadas con el SIDA, tuvieron una proporción parecida de no respuesta.

2. IGNORANCIA TOTAL SOBRE EL SIDA

Declararon “no saber” o dieron respuestas totalmente erradas 249 personas (27%) y 674 (73%) demostraron en su respuesta algún conocimiento sobre el SIDA, así fuera incompleto. Esta proporción de ignorancia declarada sobre un tema que ha tenido tanto despliegue en los medios de comunicación será objeto de análisis riguroso pues es un elemento clave en cualquier campaña de contención de la epidemia.

El análisis univariado encontró como variables de interés asociadas confiablemente con la ignorancia total sobre el SIDA a las siguientes: edad, estrato socioeconómico, escolaridad y proporción de vida pasada en Cali (experiencia citadina). A mayor edad más ignorancia y a medida que se asciende en el estrato, en escolaridad o en la experiencia citadina, menos ignorancia. La diferenciación por género no resultó significativa, aunque la proporción de ignorancia tiene alguna tendencia a ser mayor entre las mujeres. (No se incluyen los datos correspondientes a este tipo de análisis).

El análisis estratificado de los datos permite concluir que es la escolaridad la variable más importante y que ella sola explica buena parte de la variación atribuida a las otras variables. Las tablas 1 a 4 presentan los resultados cuando se introduce esta variable de control. Para ello clasificamos a los encuestados en tres grupos de estudios cursados: (1) Hasta primaria cumplida; (2) Grados 6o. a 10o. de secundaria; y (3) bachilleres y con estudios superiores. A cada variable se le hizo un análisis estadístico de tendencia, por estratos educativos utilizando el Chi-2 extendido para tendencia de Mantel y Haenszel. Entramos a cierto detalle en la presentación de los datos para familiarizar a algunos lectores con el tratamiento estadístico a que se sometió la información.

Por la tabla 1 deducimos que la edad realmente no influye en la prevalencia de ignorancia, sino que su aparente influjo se debe a que a ella está asociado un grado diferencial de escolaridad: los más viejos tienden a ser menos estudiados que los más jóvenes. En la tabla 1 no se detecta ningún “riesgo de ignorancia” a medida que aumenta la edad. Al contrario,

^d Se calculó así: años de vida en Cali/edad en años. Por ejemplo, una proporción de .5 para una persona de 20 años indica, que llegó a Cali a los 10 años y lleva 10 de experiencia citadina.

la edad mediana (entre 30 y 50 años) tiene cierto efecto protector, si le creemos a los Odds Ratio de las prevalencias correspondientes (ver columna ORP^e).

En cambio, el estrato socioeconómico sí tiene un efecto propio, que probablemente interactúa con el de escolaridad, pero que se pudo detectar en el análisis en su forma “pura”. La columna ORP de la tabla 2 nos indica que el riesgo de ignorancia se triplica al pasar del estrato 3 al 2, y aumenta un poco más al pasar al estrato 1 cuando se controla la escolaridad. La p del chi-2 de tendencia es, desde luego, altamente significativa.

Sobre la ‘experiencia ciudadana’ la tabla 3 permite concluir que hay un ligero aumento del riesgo a medida que se desciende en la proporción de la vida que se ha pasado en la ciudad. La p del Chi-2 de tendencia no es significativo en el nivel del .05, pero su valor nos sugiere pensar en la tendencia como un hallazgo interesante. Esta tendencia es lógica, si se piensa que en la ciudad hay mucha más exposición a la información sobre el SIDA, en la suposición de que los migrantes vinieron del campo, la cual es válida para buena parte de los que han llegado a Cali en las últimas décadas.

Sobre el género se halló qué, según la tabla 4, no hay diferencias confiables en cuanto a riesgo de ignorancia cuando se controla la escolaridad. La tabla 4 nos indica que en los niveles bajo y alto de escolaridad el género realmente no implica riesgo diferencial. En el estrato medio sí hay una tendencia a que sean las mujeres las que tienen mayor riesgo.

Finalmente, la tabla 5 muestra el efecto neto de la escolaridad sobre la ignorancia sobre SIDA al controlar la variable que, como se ha visto, tiene también un efecto propio, es decir el estrato socioeconómico. El riesgo crece notable y monotónicamente al pasar de una escolaridad alta (bachillerato y estudios superiores) a una media (grados 6-10), y a una inferior (primaria o nada).

3. DIMENSIONES EN LAS RESPUESTAS SOBRE EL SIDA

La tabla 6 presenta la clasificación y frecuencia de los semantemas que fueron mencionados por las personas que contestaron algo sobre el SIDA. Se observa el predominio de ciertos temas que son como los leitmotivs del conocimiento caleño sobre el SIDA: enfermedad mortal, de transmisión sexual, que resulta de una deficiencia inmunitaria. Otros semantemas que pueden parecer a priori como epidemiológicamente importantes (por ejemplo “de prostitutas”) tienen baja frecuencia. El lector puede por sí

^e Los Odds Ratio o coeficientes tetracóricos son medidas que, en estudios transversales o de casos y controles, indican el riesgo que se tiene de incurrir en un resultado (aquí ignorancia total) cuando se tiene determinado atributo (aquí determinada edad). La medida de tendencia, o dosis-efecto, compara contra el riesgo=1.00 de la categoría base (aquí edad 18-29) el aumento o disminución del riesgo según aumente o disminuya el valor de la variable de interés. Cuando el OR puntual está por debajo de 1 el efecto es “protector”, es decir, hay un riesgo de no incurrir en el resultado y este efecto protector es invertir la tabla tetracórica lo cual se hace sencillamente mediante la fórmula 1/OR. Así, la edad 30-39 tiene un efecto protector de $1/.79 = 1.27$ con respecto a la categoría base (1.00 edad 18-29).

mismo adentrarse un poco en análisis de la distribución global de estos semantemas para detectar vacíos de conjunto. Igualmente, puede hacer combinaciones de semantemas para análisis de cierto tipo (p.e. agrupando todo lo que tiene que ver con la actividad sexual).

La tabla 7 presenta la clasificación de las respuestas concretas (y de las personas que las emiten) según combinen una o más dimensiones. Recordemos que cada dimensión está constituida por semantemas o “piezas de sentido” y que una frase-respuesta puede engarzar en una secuencia lineal una, dos, o tres dimensiones y dentro de ellas, uno, dos o más semantemas. Hay respuestas que se quedan en una sola dimensión (tipos 1, 2 y 3), o que combinan dos de ellas (tipos 4, 5 y 6) o que combinan todas (tipo 7).

4. CONOCIMIENTOS INADECUADOS SOBRE EL SIDA

Conocer algo sobre el SIDA no se considera suficiente. Creemos que debe existir un conocimiento adecuado, es decir, un conocimiento que provee bases sólidas para establecer hábitos y pautas culturales que prevengan la infección.

En seguida intentamos un análisis de la prevalencia de los conocimientos inadecuados y de lo que llamaríamos “riesgo de tenerlos” mediante la búsqueda de asociaciones de la prevalencia de estos conocimientos con algunas variables de interés. Para ello reagrupamos las siete categorías de respuestas sobre el SIDA presentadas en la tabla 7 en dos grandes conjuntos: (a) las respuestas que resultan incompletas o inadecuadas desde el punto de vista de una estrategia preventiva de la epidemia y (b) las que nos parecen adecuadas. Consideramos adecuadas las respuestas que combinan las tres dimensiones, o la dimensión operativa con la motivacional o la operativa con la causal (categorías 4, 6 y 7 de la tabla 7). El resto de respuestas las consideramos inadecuadas (categorías 1, 2, 3 y 5 de la tabla 7) por carecer de componentes que parecen ser esenciales dentro del proceso inductivo habituación o pauta cultural preventiva.

Según esta clasificación y atendiendo a la proporción de ignorancia total antes referida tenemos que de 100 caleños adultos de la población general 27 acusan ignorancia total sobre el SIDA, 53 muestran conocimientos inadecuados y 20 tienen conocimientos adecuados.

Exploramos las posibles asociaciones de la prevalencia de conocimientos inadecuados con las variables de género, escolaridad, experiencia de vida en Cali, estrato socioeconómico y edad. La única variable de éstas que no muestra efecto significativo, sola o bajo control de otras variables, es el género. La tabla 8 muestra el resumen de los hallazgos para las variables significantes.

Por la tabla 8 se puede concluir que, de manera esperada, la escolaridad y el estrato socioeconómico tienen un efecto monotónico sobre la inadecuación de los conocimientos sobre el SIDA. A medida que se asciende en los niveles se observa un efecto protector (ORPs <1) de la variable sobre el resultado “inadecuación de conocimientos”. Este efecto

se hace más nítido cuando se controla la experiencia de vida en Cali (véanse los valores de p). Esta experiencia por sí misma, sola o bajo control de las otras variables, no muestra efecto significativo. Igualmente, la edad parece no influir por sí misma en la inadecuación, aunque en interacción con las otras variables sí tiene un efecto modificador.

5. PERCEPCION DEL RIESGO PERSONAL

Uno de los resultados más salientes en la investigación etnográfica que hemos realizado sobre el SIDA en Cali es que la gente común y corriente no considera el SIDA como algo que les incumbe personalmente. “El SIDA es problema de otros, no mío. Para qué preocuparme” es una pauta cultural bastante común. En epidemiología esta falacia se ha denominado el sesgo optimista: existe el riesgo pero no se considera que lo afecte uno.

En la encuesta se preguntó en forma directa si el encuestado consideraba que le podía dar SIDA. También se observó la reacción de la persona ante la pregunta. La tabla 9 resume la frecuencia de respuestas a estas preguntas. El 59% de las personas respondieron un “no rotundo” y el 20% manifestaron sorpresa y molestia ante la pregunta. Nótese que no hubo sorpresa sin molestia. Sin duda que entre las personas que así respondieron o reaccionaron hay unos cuantos que, por su estilo de vida, consideran justificadamente que el riesgo de SIDA para ellos es mínimo. Pero otros, y es el grupo que nos interesa, simplemente son víctimas del sesgo optimista. Las personas que respondieron un ‘no rotundo’ y a la vez reaccionaron con sorpresa y molestia son 89. Ellas mostraron hipersensibilidad a la pregunta y también constituyen un grupo digno de ser estudiado.

No hay elementos para profundizar en este importante tema del ‘sesgo optimista’. Para hacerlo tendríamos que ingeniarnos la manera de romper el cerco, por demás legítimo, de la privacidad en la vida sexual, para obtener datos sobre el riesgo objetivo de adquirir el SIDA, debido a determinados comportamientos ya identificados por la epidemiología. Vale la pena, sin embargo, tener en mente la proporción importante de personas que se consideran alejadas del peligro y relacionar esta proporción, así sea de manera global, con la prevalencia de infección por HIV existente entre la población general. Desafortunadamente tampoco tenemos estimaciones confiables de esta prevalencia.

6. EL EFECTO LAS FUENTES DE INFORMACIÓN

Para el análisis del efecto del medio o fuente de información principal sobre el conocimiento adecuado o inadecuado con respecto al SIDA, agrupamos la televisión, la radio, y la prensa en la categoría de grandes medios; los folletos, plegables, y similares como pequeños medios; y la educación formal, informal, los amigos y demás interacciones directas, como medios interactivos.

El análisis bivariado revela una distribución diferencial en cuanto a las fuentes principales de conocimientos, adecuados o inadecuados, sobre el SIDA. Estas diferencias están

asociadas al estrato socioeconómico, la edad y la escolaridad. No se observan diferencias en cuanto a la edad. La tabla 10 presenta estas diferencias.

Ahora bien, los medios-fuente tienen un impacto diferencial sobre las prevalencias de conocimientos inadecuados. La proporción de los que señalaron a los medios interactivos como su fuente principal de información sobre el SIDA y revelaron conocimientos inadecuados fue de .61, contra .71 y .74 de los que señalaron a los pequeños medios y los grandes medios, respectivamente. La diferencia entre estas proporciones no es significativa (p del $\chi^2 = .091$) pero nos señala una tendencia importante: los grandes medios parecen ser los más asociados a conocimientos inadecuados, seguidos de los pequeños medios y, en tercer lugar, bastante distante, de los medios interactivos. La tabla 11 permite cuantificar detalladamente esta asociación y controlar el efecto de otras variables.

Obsérvese en la tabla 11 cómo crecen los ORPs comparativos (efecto de medios interactivos = 1.00) al pasar a pequeños medios y a medios masivos. Este efecto es casi igual, y significativo estadísticamente, tanto si no se controla ninguna variable como si se controla la experiencia citadina. Al controlar las variables edad, escolaridad, y estrato el efecto de los medios se modifica un poco, no resulta significativo, pero se mantiene una diferencia marcada entre los medios interactivos y los-no interactivos.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

Hemos realizado una revisión de la información empírica procedente de una encuesta aleatoria administrada a la población general adulta de la ciudad de Cali con respecto a la ignorancia, conocimientos inadecuados, percepto-valoración del riesgo, y fuentes informativas sobre el SIDA. Enseguida resumimos la información sustancial obtenida de esta revisión, con destino a los interesados en campañas educativas de prevención. La discusión se hace a la luz de la teoría social, a partir de los datos de la encuesta y de la comprensión cualitativa que sobre el fenómeno nos está proveyendo la investigación etnográfica que corrió paralela con la encuesta.

1. El porcentaje de no respuesta es negligible.
2. Se puede concluir con cierta seguridad que en la población de Cali hay una proporción de ignorancia total declarada sobre la epidemia que fluctúa entre el 24% y el 30%. Esta situación nos lleva a cuestionar seriamente la eficacia de las campañas masivas hasta ahora realizadas. La ignorancia crasa en este caso puede considerarse como un factor de riesgo muy importante, que interactúa aditiva o multiplicativamente con los factores correspondientes a ciertos comportamientos que favorecen la epidemia. Esta ignorancia parece haberse dado a pesar de (o de pronto debido a) la “inundación” de información sobre el fenómeno. La modalidad cómo se ha vertido información “anti-SIDA” sobre la gente puede habernos dado resultados contraproducentes. La investigación etnográfica, nos indica que para la gente de Cali, y para los medios masivos, “el SIDA ya no es noticia”. De modo que la información que se da, por el modo como se da, corre el serio riesgo de ser clasificada y tratada como “propaganda”. Y recordemos que, cuando

vemos un programa de televisión, nos levantamos para ir al baño en el momento de los comerciales.

Sea como fuere, hay que buscar mecanismos seguros de superar esta situación. Los atributos que merecen atención como asociados positivamente a esta ignorancia son, como era de esperar, el nivel de escolaridad y el estrato socioeconómico. Cualquier campaña destinada a remediar esta preocupante deficiencia informativa debe dosificarse de acuerdo con las variaciones tipológicas impuestas por estos atributos de los sujetos objetivo de la campaña. El comportamiento de estos atributos se puede detallar en las tablas 1-5.

Si se aplica a la prevalencia de ignorancia, los hallazgos que sobre prevalencia de conocimientos inadecuados obtuvimos con respecto a los medios (ver No 5 infra) habría que insistir más en los medios interactivos y pequeños medios y desestimular (o rediseñar drásticamente) las campañas con medios masivos.

3. En la tabla 6 vimos que los temas que constituyen el conocimiento del conjunto de la gente sobre el SIDA. Se puede concluir que sobre naturaleza del fenómeno (aspectos “causales”) hay información adecuada, esencialmente correcta. Predomina el tema de deficiencia inmunitaria, la asociación con un virus y la afección “de la sangre”.

Los temas motivacionales, que moverían a la gente a actuar, hacen énfasis en la letalidad y la incurabilidad. Es posible que al hallar una cura y, por tanto, al disminuir la letalidad, el SIDA deje de ser para ellos un tema de preocupación y se asimile a otras patologías hoy curables pero epidemiológicamente preocupantes, como la sífilis y la gonorrea.

En los temas operativos predomina la consideración de que se trata de una enfermedad de transmisión sexual, que es altamente contagiosa. Siguen en frecuencia el homosexualismo y la transmisión parenteral con igual peso. Es muy poco el peso de los temas de relación sexual múltiple, de “prostitutas”, y “bisexuales”, que pueden ser epidemiológicamente importantes en Cali. Una vez más, la investigación etnográfica nos hace ver que la gente, así tenga relaciones sexuales múltiples y no use condón, no se considera a riesgo, pues no son homosexuales. La creciente prevalencia de infección de HIV entre las mujeres, entre ellas presumiblemente las prostitutas, aconsejaría que en las campañas educativas se busque insistir más sobre temas que se consideran epidemiológicamente importantes. Fuera de duda, el bisexualismo es uno de ellos, lo mismo que la relación sexual múltiple y desprotegida de condón.

4. Más de la mitad de los adultos de la población general de Cali (concretamente entre el 51% y el 55%) revelan conocimientos inadecuados sobre el SIDA. Sumados a los que tienen conocimientos nulos forman una proporción preocupante de desinformados, que fluctúa entre el 79% y el 81%. Concretándonos a los mal informados, podemos concluir y comentar lo siguiente:

- 4.1 La información de estas personas es esencialmente correcta pero inadecuada para efectos de control de la epidemia. Yo puedo saber que el SIDA es mortal y que afecta

el sistema inmunitario pero ignorar los mecanismos básicos de prevención, o dar prioridad a unos mecanismos que son equivocados. Por la tabla 7 concluimos que 54 de 100 personas no proveen en su definición de SIDA ningún elemento que de base para pensar que este lado operativo y adecuado del conocimiento es importante para ellos. Se dirá que la sola base de una respuesta tan simple como la que estamos analizando no justifica nuestra conclusión. Sin embargo, la exploración etnográfica confirma la sospecha de una fuerte tendencia entre la gente común y corriente a considerar el SIDA como una enfermedad “distante extraña, excepcional, que no me puede dar a mí, porque no soy marica ni me inyecto drogas”. Esta posición revela un conocimiento operativo que es adecuado para los Estados Unidos y algunos países similares, pero no para Cali. La OMS ha clasificado a los países de América Latina como de “patrón 1-2”, es decir que combinan el patrón de los países industrializados con el Africano-Caribeño. La idea de que “Cali es una ciudad del Caribe lejos del Caribe” tiene en este caso unas repercusiones importantes, de riguroso orden epidemiológico. En consecuencia, el conocimiento hallado en Cali parece tener dos características que lo hacen inadecuado: (a) predomina lo “teórico” y “motivacional”, y es poco operativo, pues no da base para campañas de inducción de comportamientos preventivos adecuados a nuestra situación epidemiológica; y (b) si provee una base operativa, lo hace en forma adecuada al patrón de transmisión 1, no al patrón “caribeño” hacia el cual tendemos.

- 4.2 La inadecuación de conocimientos parece no estar asociada al género, es decir que el problema afecta igualmente a hombres y mujeres. Lo mismo se puede decir de la edad y de la experiencia de vida en Cali, que es una manera de mirar la experiencia migratoria. Estas dos variables por sí mismas no influyen en la inadecuación del conocimiento, pero interactúan con las variables que resultaron significativas.
- 4.3 Una campaña destinada a perfeccionar el conocimiento sobre el SIDA debe atender a las variaciones impuestas por el nivel educativo y el estrato socioeconómico, que son las variables que parecen estrechamente asociadas a la deficiencia encontrada. En términos más precisos, la inadecuación se da en los niveles bajos de escolaridad y de posición social. La experiencia de vida en la ciudad y la edad inhiben levemente el efecto de la escolaridad (a mayor edad o al tener más experiencia hay un poco más de inadecuación). No ocurre lo mismo con el estrato socioeconómico, cuyo efecto se mantiene casi el mismo cuando ‘interfieren’ la edad y la experiencia de Cali.
- 5 Finalmente, los conocimientos que analizamos y criticamos provinieron de un medio-fuente. Al preguntar cuál fue el “más importante” para cada uno de los encuestados y comparar su efecto sobre la inadecuación aparece que los medios masivos son los más responsables de esta deficiencia, seguidos de los pequeños medios. En términos inversos esto quiere decir: tal como están los diseños actuales de información, los medio-fuente más efectivos para proveer conocimientos adecuados sobre el SIDA son los interactivos, los que implican contacto educador/informador con personas objetivo. Siguen en eficacia los pequeños medios, entre los que se encuentran los folletos, afiches, conferencias no interactivas.

- 6 La conclusión global de este estudio apunta a un rediseño de las campañas educativas sobre el SIDA. El rediseño debe atender, por una parte, a la gran laguna de ignorancia total que afecta a un poco menos de la tercera parte de los adultos caleños y, por otra, a la adecuación de los mensajes.
- 6.1 La ignorancia total implica el esfuerzo de romper la barrera cultural que se ha impuesto ya sobre el SIDA, la cual impide “ver” lo que está allí (por ejemplo en la pantalla de TV). Se requiere mucho ingenio de los que utilizan los grandes medios como recurso educativo, a fin de deshacer el embrollo cultural, de efecto negativo, en que se ha medido a los colombianos al importar y difundir incualificadamente mensajes desajustados a nuestro medio cultural y ceder al espectacularismo. También se requiere mucho ingenio para hallar medios alternativos que recapturen la atención de la gente sobre el tema.
- 6.2 La adecuación de los mensajes cubre: (a) la selección de los temas que se deben inducir para suplementar las medias verdades aprendidas y corregir las distorsiones causadas; y (b) la selección y sabio manejo de los medios-fuente. No se trata simplemente de sustituir mecánicamente un medio por otro, sino de estudiar cómo cada uno de ellos puede mejorar su servicio estableciendo un plan equilibrado de difusión informativa. Es posible que este plan implique un aumento en la frecuencia de uso de los medios interactivos y de los pequeños medios, pero también un rediseño de las campanas por radio, televisión y prensa, que son susceptibles de mejorar en mucho, para poner al servicio de esta urgente causa su enorme cobertura.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. J. H. CHAGNON. Disease and desire. Daedalus' Special Issue “Living with AIDS, Part II”. Daedalus 118(3): 47-77, 1989.
2. L. W. GREEN, M. W. KREUTER, S.G. DEEDS y K. B. PARTRIDGE. Health education planning: a diagnostic approach. Palo Alto, CA: Mayfield Publishing Company, 1980.
3. P. M. ALLEN. Towards a new science of complex systems. En S. Aida et al. The science and praxis of complexity. Tokyo: The United Nations University, 1985.
4. E. SEVILLA CASAS. Enfermedad de Hansen y elefancia: aspectos históricos y etnográficos. Notas para discusión. Proyecto Hansen, CEUCSA, Universidad del Valle, Cali, 1991.
5. J. JOSEPH, S. et al. Magnitude and determinants of behavior risk reduction:: longitudinal analysis of a cohort at risk for AIDS. Psychology and Health 1(1): 73-96.
6. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No. 7. Washington, D.C: OPS, 1986.
7. D. G. KLEINBAUM, L. L. KUPPER y H. MORGENSTERN Epidemiologic research: principles and quantitative methods. New York: Van Nostrand Reinhold Company, 1982, P. 89.

8. S.E. FIENBERG. The analysis of cross-classified categorical data. Cambridge, MAS: The MIT Press p.16-20.
9. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud No.7. Washington, D.C: OPS, 1986, p.13.
10. F. VELASQUEZ y M. T. MUÑOZ. Vida local y opinión ciudadana. Documentos de Trabajo del CIDSE, No. 5., 1990, p.2.
11. N. MANTEL y W. HAENSZEL. Statistical aspects of the analysis of data from retrospective studies of disease. Journal of the National Cancer Institute 22: 719-48, 1959. – J. ROBINS, S. GREENLAND y N. E. BRESLOW. A general estimator for the variance of the Mantel- Haenszel odds ratio. American Journal of Epidemiology 124: 719-23, 1986.
12. A. G. DEAN *et al.* Epi Info, Version 5: a word processing, database, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Stone Mountain, GA: USD, Inc., 1990.
13. E. VASQUEZ. Historia del desarrollo histórico y urbano de Cali. Boletín Socioeconómico (CIDSE) 20:1-28, 1990.
14. E. SEVILLA CASAS. Metáforas y prácticas culturales relacionadas con el complejo ETS-HIV-SIDA en Cali. Informe de Avance No. 2, Proyecto SIDA-Cali: CEUCSA Universidad del Valle y Secretaría de Salud Municipal, 1990.
15. ODHIAMBO-ORLALE. Del goteo a la inundación. El DIID Informa 18(2): 11-12, 1989.
16. J. CHIN. Public Health Surveillance of AIDS and HIV infection. Bulletin of WHO 68(5): 529-536, 1990.

TABLA 1: RIESGO DE IGNORANCIA SOBRE EL SIDA ASOCIADO A LA EDAD Y CONTROLANDO ESCOLARIDAD ALCANZADA

	GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO						ORP ¹
	0-5		6-10		> 10		
Ignorancia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
EDAD							
18-29	26	29	39	97	7	115	1.00
30-39	33	50	19	60	4	68	.79
40-59	26	52	14	31	1	40	.75
> 50	64	81	12	27	4	24	1.08

1. Odds Ratio de la Prevalencia para estudios transversales (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern 1982: 156). Chi-2 de tendencia = .029 p=.86477 (Mantel and Haenszel 1959; Robins et al. 1986).

TABLA 2: RIESGO DE IGNORANCIA SOBRE EL SIDA ASOCIADO A ESTRATO SOCIOECONÓMICO Y CONTROLANDO ESCOLARIDAD ALCANZADA

Ignorancia	GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO						ORP ¹
	0-5		6-10		> 10		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
ESTRATO							
Alto	5	14	1	20	2	84	1.00
Medio	26	43	21	75	8	65	3.06
Bajo	11	155	62	120	6	84	3.48

1. Odds Ratio de la Prevalencia para estudios transversales (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern 1982: 156). Chi-2 de tendencia= 12.408 p=.00043 (Mantel and Haenszel 1959; Robins et al. 1986).

TABLA 3: RIESGO DE IGNORANCIA SOBRE EL SIDA ASOCIADO A EXPERIENCIA CITADINA Y CONTROLANDO ESCOLARIDAD ALCANZADA

Ignorancia	GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO						ORP ¹
	0-5		6-10		> 10		
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	
EXPERIENCIA ²							
Alta	57	98	44	136	12	147	1.00
Media	58	77	24	48	3	58	1.30
Baja	34	37	16	31	1	42	1.40

1. Odds Ratio de la Prevalencia estudios transversales (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern 1982: 156). Chi-2 de tendencia = 3.143 p=.07610 (Mantel and Haenszel 1959; Robins et al. 1986).

2. Medida como proporción de la vida pasada en Cali (años de residencia en Cali/ edad). Alta 1.00-.75; media .74-.50; baja .49-0.00

TABLA 4: RIESGO DE IGNORANCIA SOBRE EL SIDA ASOCIADO AL GÉNERO Y CONTROLANDO ESCOLARIDAD ALCANZADA

	GRADO DE ESCOLARIDAD ALCANZADO					
	0-5		6-10		> 10	
Ignorancia	Sí	No	Sí	No	Sí	No
GENERO						
femenino	98	143	59	128	9	129
masculino	51	69	25	87	7	118
chi-2 Yates Adj p=	.83		.11		.96	
OR ¹	.93		1.60		1.18	
LC OR ²	.58--1.49		.90--2.88		.38--3.67	

1. Odds Ratio o coeficiente tetracórico.

2. Límites de Confianza del 95% (Cornfield) de los OR.

TABLA 5: RIESGO DE IGNORANCIA SOBRE EL SIDA ASOCIADO A ESCOLARIDAD ALCANZADA Y CONTROLANDO ESTRATO SOCIOECONOMICO

	ESTRATO SOCIOECONOMICO						
	Bajo		Medio		Alto		
Ignorancia	Sí	No	Sí	No	Sí	No	ORP ¹
ESCOLARIDAD							
Alta	6	78	8	85	2	84	1.00
Media	62	120	21	75	1	20	4.54
Baja	118	155	26	43	5	14	8.69

1. Odds Ratio de la Prevalencia para estudios transversales (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern 1982:156). Chi-2 de tendencia = 57.296 p=.00000 (Mantel and Haenszel 1959; Robins et al. 1986).

TABLA 6: SEMANTEMAS CONSTITUTIVOS DE LAS DIMENSIONES DEL CONOCIMIENTO EXPRESADO SOBRE EL SIDA, CALI 1991

DIMENSION	Frecuencia Absoluta^b	Frecuencia Relativa (%)^c
<u>Motivacional</u>		
01. mortal	182	27.0
02. incurable	89	13.2
03. grave	32	4.7
04. como el cáncer	19	2.8
05. una peste	2	.3
<u>Operativa</u>		
06. Enf. Transm. Sexual	184	27.3
07. contagiosa	91	13.5
08. de homosexuales	37	5.5
09. de transm. parenteral	37	5.5
10. de promiscuos ^d	23	3.4
11. puede dar a cualquiera	10	1.5
12. resultado de abusos ^e	5	.7
13. de prostitutas	5	.7
14. de transm. perinatal	4	.6
15. de bisexuales	1	.1
16. por abuso de drogas	1	.1
<u>Causal</u>		
17. deficiencia inmunitaria	224	33.2
18. causada por un virus	88	13.1
19. enf. de la sangre	87	12.9
20. infección	40	5.9
21. deterioro físico gral.	23	3.4
22. lenta	5	.7
23. síndrome de enfermedades	4	.6
24. nueva	4	.6
25. importada	1	.1

Notas: a. Temas mencionados en la frase de respuesta. El “nombre” del semantema está en lenguaje técnico, no popular. Una frase puede contener varias dimensiones y semantemas.

b. Número de personas que menciona el semantema (n total = 674).

c. Por ciento de personas que menciona el semantema sobre el total 674.

d. Personas que “se acuestan con cualquiera”.

e. Idea de intemperancia o contravención de normas morales.

TABLA 7. TIPOS DE RESPUESTA SOBRE EL SIDA SEGUN DE COMBINACION DIMENSIONES SEMANTICAS

TIPO DE COMBINACION	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
1. Sólo-motivacional	117	17.5
2. Sólo operativa	130	19.5
3. Sólo causal	168	25.2
4. Motivacional+Operativa	57	8.5
5. Motivacional+Causal	73	10.9
6. Operativa+Causal	71	10.6
7. Motiv+Operat+Causal	51	7.6
TOTAL	667	100.0

TABLA 8. ASOCIACION DE ESCOLARIDAD, EXPERIENCIA CITADINA, ESTRATO SOCIOECONOMICO Y EDAD CON PREVALENCIA DE CONOCIMIENTOS INADECUADOS SOBRE EL SIDA

VARIABLE ANALIZADA	VARIABLE CONTROLADA	ORP^a Niv1^b	ORP^a Niv2^b	ORP^a Niv3^b	ORP^a Niv4^b	p Chi-2 de Tend^c
Edad	Ninguna	1.00	1.25	0.79	1.40	.31514
Edad	Escolaridad	1.00	1.16	0.66	0.93	.57966
Edad	Estrato SE	1.00	1.22	0.85	1.66	.09299
Edad	Exper.Cit.	1.00	1.26	0.76	1.32	.54448
Exper. Cit.	Ninguna	1.00	1.38	0.97		.72101
Exper. Cit.	Escolaridad	1.00	1.33	0.97		.91864
Exper. Cit.	Edad	1.00	1.36	0.98		.88995
Exper. Cit.	Estrato S.E.	1.00	1.52	1.01		.83330
Escolaridad	Ninguna	1.00	0.64	0.39		.00001
Escolaridad	Estrato SE	1.00	0.70	0.53		.01231
Escolaridad	Edad	1.00	0.62	0.41		.00001
Escolaridad	Experiencia C.	1.00	0.65	0.40		.00008
Estrato S	Ninguna	1.00	0.69	0.26		.00000
Estrato SE	Escolaridad	1.00	0.79	0.34		.00001
Estrato SE	Edad	1.00	0.64	0.25		.00000
Estrato SE	Exper. Cit.	1.00	0.67	0.25		.00000

Notas:

- a. Odds Ratio de la Prevalencia para estudios transversales (Kleinbaum, Kupper y Morgenstern 1982: 156).
- b. Niveles de Escolaridad: 1= 0-5 grados; 2= 6-10 grados; 3= Más de 10 grados. - Niveles de Experiencia ciudadana: 1= 0-49% de la vida; 2=50-74%; 3= 75-100%.- Niveles de Estrato S. E.: 1=bajo; 2=medio; 3=alto. -Niveles de Edad: 1= 18-29 años; 2= 30-39; 3=40-49; 4= Mayores de 50.
- c. Chi-2 de tendencia (Mantel and Haenszel 1959; Robins et al. 1986).

TABLA 9. PERCEPCION Y EVALUACION DEL RIESGO PERSONAL DE ADQUIRIR EL SIDA, POBLACION ADULTA DE CALI 1990

RESPUESTA A LA PREGUNTA	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa (%)
<u>A usted le puede dar el SIDA?</u>		
Sí rotundo	219	32.5
No rotundo	400	59.3
Dudoso, indeciso	55	8.2
Total	674	100.0
<u>Reacción^a de la Persona a la Pregunta Anterior</u>		
Sorpresa y molestia	135	20.0
Sorpresa sin molestia	0	0.0
Naturalidad	462	68.6
Jocosidad	77	11.4
Total	674	100.0

- a. El encuestador debía observar detenidamente a la persona mientras hacía la pregunta y luego catalogar su reacción entre las modalidades especificadas aquí.

**TABLA 10. ASOCIACION DE ESTRATO S.E., EDAD Y ESCOLARIDAD
“PRINCIPAL MEDIO-FUENTE DE INFORMACION SOBRE EL SIDA”
QUE MENCIONAN LOS ENCUESTADOS**

VARIABLE ANALIZADA	MEDIOS MASIVOS	PEQUEÑOS MEDIOS	MEDIOS INTERACTIVOS	
<u>Género</u> (proporciones)				Total
Masculino (n=266)	.786	.109	.105	1.000
Femenino (n=378)	.757	.130	.113	1.000
	Chi-2 p = .663			
<u>Estrato Socioeconómico</u> (proporciones)				Total
Bajo (n=338)	.814	.073	.113	1.000
Medio (n=122)	.744	.141	.115	1.000
Alto (n=114)	.675	.228	.097	1.000
	Chi-2 P =.0005			
<u>Edad</u> (promedio)	38.0	35.7		31.5
	Anova p =.0014 (varianzas homogéneas)			
<u>Escolaridad</u> (promedio)	7.6	9.0		9.3
	Anova p =.0000 (varianzas homogéneas)			

**TABLA 11. ASOCIACION ENTRE EL TIPO DE MEDIO-FUENTE
CONSIDERADA COMO “PRINCIPAL” Y LA INADECUACION DEL
CONOCIMIENTO SOBRE EL SIDA**

VARIABLE DE CONTROL	ORP^a MEDIOS INTERACTIVOS	ORP^a PEQUEÑOS MEDIOS	ORP^a MEDIOS MASIVOS	Chi-2 de Tendencia^b
Ninguna	1.00	1.55	1.79	.03490
Edad	1.00	1.41	1.62	.07682
Escolaridad	1.00	1.67	1.46	.25234
Exper. Cit ^c .	1.00	1.57	1.79	.03813

Notas:

a. Odds Ratio de la Prevalencia de Inadecuación

b. Chi-2 de tendencia (Mantel and Haenszel 1959; Robins *et al.* 1986).

c. Experiencia de vida en la ciudad (proporción sobre la edad).

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y ECONÓMICAS**

**ASPECTOS VALORATIVOS Y COGNOSCITIVOS
SOBRE EL CONDÓN EN LA POBLACIÓN ADULTA DE CALI**

**Avance No. 3 de Investigación
PROYECTO SIDA-CALI
Auspiciado por la Secretaría de Salud
Municipio de Santiago de Cali**

**Elías Sevilla Casas PhD
Departamento de Ciencias Sociales
Facultad de Ciencias Sociales y Económicas**

CALI, OCTUBRE 19 DE 1990

CREDITOS

Colaboraron en las diversas fases de la investigación: (a) Los sociólogos Fabio Velásquez y María Teresa Muñoz, del proyecto “Encuesta sobre Vida Local y Opinión Ciudadana, No. 3”; (b) la Comunicadora Social Martha E. Peñuela; (c) los estudiantes del Plan de Sociología que formaron el “Equipo de Investigación sobre SIDA”: M. Janeth Acero, Eliana S. Angulo, Lina M. Agudelo, Laila Burbano, Nur Calderón, Libardo Córdoba, Néstor Espitia, Claudia Galeano, Ruth M. González, María E. Granada, Carlos A. Gil, Alba L. Giraldo, Teodora Hurtado, Edwin Jaramillo, Emiliano Lemos, Jair López, Liliana López, Víctor H. Madrid, Ruth Martínez, María E. Montoya, María del C. Muñoz, Gorkys Murillo, Libelly Ocampo, Javier Osorno, Diana Perea, Carmen A. Pérez, Aída M. Quiñones, James I. Ramírez, Nelson Rentería, Guadalupe Reyes, Fernando Rodas, Alejandro Rojas, Alexander Salazar, Alfayma Sánchez, Gildardo Vanegas, Heberney Velasco; y (d) otros estudiantes de sociología que en sus prácticas de cursos probaron los instrumentos en terreno.

El análisis de la información recolectada y la preparación del documento estuvieron a cargo del Director del Proyecto, Elías Sevilla Casas. María I. Gutiérrez revisó el manuscrito e hizo algunas sugerencias que fueron incorporadas al texto.

Santiago de Cali, octubre 19 de 1990

INTRODUCCION: EL CONDON Y EL CONTROL DE LA PANDEMIA DE SIDA

Dentro de los medios actualmente disponibles para controlar la epidemia del SIDA tiene lugar prioritario el uso del condón. Todavía se mantiene válida la afirmación de los Ministros de Salud en 1988 de que la promoción de comportamiento responsable y bien informado es el componente más importante de los programas de control. Para las personas que no están dispuestas a abstenerse de relaciones sexuales este requisito se traduce en la búsqueda de “sexo más seguro”. Esta frase quiere decir “estar seguro de que ninguno en la pareja está infectado, permanecer mutuamente fiel y, en caso de duda, usar condón”, como dice un mensaje clave de UNICEF-UNESCO-OMS.

Una publicación internacional reciente detalla aún más las formas de sexo seguro: (a) una relación mutuamente fiel entre parejas no infectadas; (b) uso del condón para todo tipo de relación sexual--vaginal, anal y oral; (c) prácticas sexuales no penetrantes como abrazos, besos, caricias y masturbación; (d) reducción del número de compañeros sexuales; (e) evitar relaciones sexuales cuando se tiene una llaga abierta o una ETS (enfermedad transmitida sexualmente); y (f) evitar relaciones sexuales con compañeros que tienen llagas abiertas o ETSs.

En términos prácticos, parece que las alternativas más frecuentes son las de reducción del número de compañeros (el ideal sería la pareja fiel), y la utilización del condón (el ideal sería su uso constante en caso de que haya duda sobre la infectividad de la pareja). Aunque hay mucha variedad en la calidad y comportamiento de los datos a través los países, en las evaluaciones hasta el presente realizadas entre la población en general, y entre grupos a riesgo, se observa la tendencia siguiente: el número de compañeros es menos susceptible de cambio que el patrón de uso de condón”. En efecto, mientras la primera variable se ha mantenido más o menos estable aun después de la aparición de la pandemia de SIDA, la prevalencia del uso del condón ha mostrado notables ascensos. Este cambio ha sido registrado tanto en países desarrollados como en países en desarrollo, de Africa y de Latinoamérica. El registro se ha hecho principalmente mediante encuestas sobre comportamiento reportado, que tienen una confiabilidad algo dudosa. Sin embargo, hay una confirmación indirecta y es el descenso de otras ETS como la gonorrea a partir de la aparición del SIDA, fenómeno que podría deberse a un ascenso en el uso del condón.

Algunos investigadores hablan de un cambio notorio y positivo en el conocimiento sobre el condón y en las actitudes sociales hacia el mismo. Parece que el SIDA reforzó una tendencia iniciada por la campaña mundial de planificación familiar. Algunos ya comienzan a hablar de la desensibilización cultural del condón, de utilizar métodos jocosos para elevar su aceptabilidad, e incluso de inducirle connotaciones erotizadas. Claro que el paso desde el conocimiento y actitud favorable hasta el comportamiento efectivo no es mecánico y está mediado por mecanismos complejos que apenas se comienzan a estudiar. Lo que se sabe sobre la diferencia entre prevalencias de conocimientos y de uso en los países subdesarrollados no deja dudas al respecto. Por ejemplo, mientras en mujeres casadas la primera prevalencia subió notablemente la segunda se mantuvo estable.

Parece que una vez asegurada una actitud favorable y un conocimiento adecuado, los obstáculos para el uso del condón están dados ante todo por (a) la no disponibilidad efectiva del mismo en el sitio y tiempo en que se necesita y (b) y las trabas para una socialización íntima del condón dado que hay todo un proceso transaccional sobre el que conocemos muy poco y sobre el que es preciso educar a las personas (desarrollo de habilidades).

OBJETIVOS

Las anteriores consideraciones llevaron a que dentro del Proyecto SIDA.-Cali iniciáramos un estudio tendiente a sentar una base sólida de conocimiento científico para campañas destinadas a elevar la prevalencia de uso este mecanismo preventivo de SIDA, ETSs, y embarazos no deseados. El presente informe enfoca el asunto con referencia a la población general adulta de Cali (mayores de 18 años) y se propone explícitamente ofrecer una colaboración a los programas preventivos.

Para la valoración partimos de un hecho anecdótico pero sintomático: a fines de 1989 un noticiero nacional de televisión de hora A hizo saber a la audiencia que “la mala palabra condón” había sido utilizada por un niño en un concurso televisado. El niño debía formar la palabra ‘cóndor’ y la cambió por ‘condón’. Quisimos entonces saber qué reservas tenía la gente con la palabra “condón” y de este modo apreciar indirectamente la valoración del mismo. Exploramos las reacciones atendiendo al género (sexo), estrato socioeconómico, escolaridad, Imagen de Cali como “ciudad rumbera” y nivel de conocimientos sobre SIDA.

Para los conocimientos sobre condón exploramos qué finalidad daban espontáneamente a este instrumento y de dónde provenía dicho conocimiento. Igualmente exploramos por la vía etnográfica la asimetría entre géneros que sospechábamos se da en nuestra cultura con respecto al condón: este “es asunto de hombres no de mujeres”. De existir esta ideología exclusivista tendría sin duda enormes repercusiones para programas educativos.

Este estudio al parecer muy simple parece justificarse por que hemos podido observar que, hasta ahora, en las campañas anti-SIDA se ha partido más de suposiciones de escritorio que de resultados empíricamente válidos. Nuestro conocimiento “de expertos” sobre esta área del comportamiento íntimo, sobre sus factores percepto-valorativos y sobre la distribución de los mismos en la población o es escaso, o es resultado de meras intuiciones, o es fruto de adaptaciones mecánicas de resultados obtenidos en culturas diferentes a la nuestra.

Nos referimos esta vez a la población adulta general de la ciudad por ser conscientes de que en estos grupos humanos los cambios de comportamiento sexual son más difíciles que entre la niñez y juventud. Hay una creencia generalizada de que estos grupos poblacionales están a menos riesgo porque “el SIDA es problema de grupos muy bien identificados” (y denigrados). Lo menos que se les dice es que “son promiscuos” y nadie de la gente común se cree promiscuo, así tenga relaciones sexuales múltiples. Creemos que esta suposición se debe verificar cuidadosamente dadas nuestras apreciaciones preliminares de que existen para ellos riesgos medianamente altos, si atendemos a los patrones epidemiológicos de

prácticas riesgosas, de positividad a VIH1 y de SIDA en la ciudad^f. Por lo demás, la juventud y la niñez también serán objeto de un estudio similar.

METODOLOGIA

Se procedió con una combinación de métodos etnográficos y de encuesta, es decir con una mezcla de información cualitativa y cuantitativa. En general se utilizó ésta para sentar prevalencias que sirvan de línea de base para futuras evaluaciones y aquella para entender mejor las tendencias observadas en las prevalencias.

El trabajo etnográfico se inició en octubre de 1989 y todavía continúa. Lo realiza un grupo de estudiantes de semestres superiores de sociología en pregrado, que ha recibido previo entrenamiento en este tipo de investigación y en conocimientos básicos sobre SIDA. Se construyeron y se están aplicando guías de campo para estas actividades: (a) observación no obstrusiva de reacciones ante la oferta del condón durante la celebración del Día Internacional del SIDA en 1989; (b) pequeños experimentos de campo como el ofrecimiento o solicitud de condones a hombres por parte de muchachas investigadoras; y (c) conversaciones casuales y entrevistas a profundidad con una selección variada de personas.

El trabajo de encuesta se hizo en el primer semestre de 1990. Consistió en la generación, prueba e inclusión de unas preguntas sobre el condón en la tercera edición de la “Encuesta sobre Vida Local y Opinión Ciudadana” que viene realizando la Universidad del Valle en una muestra estratificada y aleatoria de 1000 personas mayores de 18 años residentes en la ciudad^g. Los encuestadores fueron, en parte, los mismos estudiantes antes referidos.

Los procedimientos muestrales de esta encuesta de base poblacional permitieron calcular la precisión de nuestros estimados para la población caleña en general, los cuales presentamos en forma de intervalos de confianza del 95%.

El análisis de la información cualitativa, parcialmente grabada en audio-casetes, se hizo utilizando el programa The Ethnograph para análisis computarizado de texto y mediante rondas de discusión con el equipo investigador de los informes de campo. El análisis de la información de encuesta se hizo posteriormente, utilizando el paquete estadístico SPSS-PC+ y el graficador Harvard Graphics. Debemos hacer notar que hubo una interacción permanente entre el análisis cuantitativo y el cualitativo, dando a éste la función de iluminar mejor el sentido del comportamiento de las variables de la encuesta.

^f Actualmente el proyecto SIDA-CALI está procesando la información epidemiológica de la ciudad y prepara el informe correspondiente en asocio con los Programas de la Secretaría de Salud y del Seguro Social.

^g Proyecto dirigido por el sociólogo Fabio Velázquez Carrillo, Departamento de Ciencias Sociales, Universidad del Valle.

En nuestro análisis prestamos atención a las tendencias, es decir, a diferencias de proporciones o promedios que adquieren cierta magnitud. Hablamos de “diferencias confiables” cuando su magnitud es tal que la inferencia estadística nos dice que tales diferencias pueden ser explicadas en la población por puro azar solo en un 5% de los casos.

RESULTADOS

1. La suerte de una ‘mala palabra’. Las figuras 1 a 6 se centran en la actitud de las personas frente a la palabra “condón”, expresada por el uso que se considera conveniente para ella: es una mala palabra, es de uso reservado, o es de uso corriente. Aunque el 12% de la gente la consideró “mala” y el 9% la consideró de “uso reservado”, el análisis lo hicimos utilizando el contraste dicotómico “uso reservado” (que incluye las dos categorías anteriores) y “uso corriente”.

Se observa, pues, que un 79% ha aceptado esta “nueva” palabra en su vocabulario de uso cotidiano. Algo como ocurrió en tiempos un poco anteriores con las toallas sanitarias femeninas, aunque en este caso fue la imagen visual, no la palabra, la que portó el sentido de los mensajes. Es de notar que las toallas son actualmente promocionadas, e incluso erotizadas, en la televisión, sin ningún reparo de nadie, proceso que aún parece ser inaceptable para el condón.

La figura 1 nos muestra que las personas contrastan por género y edad con respecto al uso de la palabra condón. En general hay una prevalencia más alta en favor del uso corriente entre los hombres. Igualmente, en cada género se observa claramente que los que favorecen el uso corriente son más jóvenes, con diferencias confiables en la población de mujeres.

La figura 2 nos hace ver diferencias en hombres y mujeres frente a la palabra condón las cuales dependen del estrato socioeconómico en que se encuentran. Esta estratificación se tomó, en forma simplificada, de la utilizada por las Empresas Municipales de Cali. La figura nos dice de nuevo que, en forma global, los hombres tienen mayor preferencia por el uso corriente de la palabra que las mujeres. Además, vemos que entre los hombres asciende esta preferencia con el estrato aunque sin diferencias confiables. La diferenciación por estrato entre las mujeres es casi nula. Incluso las mujeres de estrato alto se comportan un poco “más conservadoramente” que las de estrato medio.

La figura 3 analiza la actitud frente a la palabra condón en relación con la escolaridad y el estrato socioeconómico: como era de esperar, la escolaridad asciende sistemáticamente con el estrato y dentro de cada estrato se mantiene constante la preferencia de uso corriente asociada con mayor escolaridad. La diferencia por escolaridad frente a la palabra resulta confiable en los estratos bajo y medio y no muy clara en el estrato alto, lo cual confirma indirectamente nuestra anterior conclusión sobre la actitud conservadora de una porción de gente en tal estrato (la femenina).

La figura 4 muestra las diferencias confiables en hombres y mujeres que están asociadas con el nivel educativo. En general los hombres tienen más escolaridad que las mujeres, pero en todos, mayor escolaridad implica mayor preferencia por el uso corriente de la palabra condón. Aunque pudimos observar la tendencia de que en el estrato alto las mujeres que favorecían el uso reservado eran las de menor escolaridad, esta diferencia no resultó confiable.

La figura 5 muestra la correlación entre uso de la palabra condón y una imagen de Cali como “ciudad rumbera”. Tal imagen se les presentó en la investigación como asociada a un ambiente festivo, de consumo de licor, y propicio para “hacer programas completos” que incluyen intercambios sexuales de tipo ocasional, no necesariamente de prostitución. De tiempo atrás y con diversos fines se han propiciado ciertas imágenes de la ciudad de Cali que un autor caleño denomina “ideologías emblemáticas”. Son ejemplo de ellas la de “ciudad deportiva”, “ciudad de la salsa”, “ciudad de mujeres hermosas” etc., “Ciudad rumbera” es una de estas imágenes, tal vez menos explícita que las otras, pero con la característica adicional de ser una ideología paradigmática. Es decir, para algunas personas el pesar así de Cali tiene un efecto desinhibidor frente a comportamientos que de otro modo no se legitimarían ante la propia conciencia ni ante otras personas. Es como un lazo de feedback positivo que en últimas hace que, porque la gente piensa que es así, resulte siendo así.

La figura 5 nos hace ver que el uso reservado de la palabra condón tiene una correlación notoria con el rechazo total de la imagen “ciudad rumbera”, lo cual se puede considerar como un indicador o bien de conservadurismo moral, o bien de desconocimiento de lo que está pasando en la ciudad por parte en un subgrupo de la población. La diferencia se mantiene válida cuando se comparan los géneros, y se hace más notable entre las mujeres.

Finalmente, la figura 6 relaciona la actitud frente a la palabra condón con los conocimientos básicos sobre SIDA. Estos conocimientos fueron evaluados por los encuestadores al término de las preguntas sobre la epidemia, contra una cartilla básica de lo que debe saber un adulto común y corriente. Los niveles de conocimientos son: ‘0’ no sabe nada, ‘1’ conocimiento incorrecto, ‘2’ conocimiento correcto pero incompleto y ‘3’ conocimiento correcto y completo. En otro estudio^h se hacen comentarios detallados sobre estos niveles conocimiento. Observemos tan solo que entre los hombres la proporción de ignorancia total y parcial sobre el SIDA es mayor que entre las mujeres. La actitud positiva (uso corriente) frente a la palabra condón se asocia positivamente con el nivel progresivo de conocimiento. Hay un contraste fuerte, en ambos géneros, entre los niveles 0-1 por una parte y los niveles 2-3 por la otra. En ambos géneros las diferencias de actitud resultan confiables cuando se comparan los niveles 3 y 0.

^h E. Sevilla Casas y otros 1990. El SIDA para la gente de Cali. Proyecto SIDA-CALI, Universidad del Valle, CEUCSA. Informe en preparación.

2. Conocimientos sobre el condón. Los conocimientos se evaluaron con la pregunta abierta “para qué sirve el condón” y cuál fue la fuente más importante de información al respecto. La post-codificación de la respuesta espontánea sobre finalidades de uso se hizo atendiendo a tres componentes semánticos de interés para la salud pública: control de embarazos, control de infecciones en general, control específico del SIDA. Es decir, nos fijamos si en virtud de su respuesta la gente espontáneamente asociaba condón con una de estas tres finalidades de cuidado de la salud. La figura 7 nos indica que la frecuencia mayor de mención es la de control de embarazos, sin mayores diferencias por género ni por estrato socioeconómico. Igual distribución obtuvo, aunque en menor proporción, el control de infecciones. Es por demás interesante observar, en cambio, que la asociación del condón como medio específico de control del SIDA es muy baja en el estrato bajo, asciende algo en el estrato medio, y un poco más en el estrato alto. Las mujeres acusan proporciones menores de mención que los hombres. De todos modos la proporción de asociación condón-SIDA es baja, pues solo entre los hombres de estrato alto sobrepasa ligeramente el 50%.

Es interesante indicar que algunas personas expresaron otras finalidades de uso del condón: 4 lo señalaron como medio de higiene, 2 como medio para evitar contacto directo (barrera) entre las personas, 1 como “juego” (para “inflar”), y 1 “para alcahuetear parejas”.

La figura 8 muestra que las fuentes más importantes de información sobre el condón no son las mismas para hombres y mujeres, dato que confirma otros hallazgos recientes referentes al SIDA en general. Para los primeros el orden descendente de importancia es: escritos, educación formal, agentes de salud, amigos, televisión, radio y otras, Para las mujeres el orden descendente es: educación formal, escritos, otras, agentes de salud, televisión, y amigos. Las fuentes “otras” para los hombres son “la familia” (1 caso) y para las mujeres: la familia (9 casos) y la iglesia (1 caso).

3. El condón, asunto de hombres. Nuestras observaciones de campo confirmaron la asimetría por géneros con respecto al condón, lo cual es una manifestación de la asimetría general que hay en nuestra ciudad con respecto a la sexualidad. Dado que el condón, hasta ahora, es un implemento de uso masculino, se ha concluido reduccionistamente que su uso es asunto de competencia solo masculina. Sin embargo, las lecciones aprendidas de las campañas de planificación familiar indican que la decisión sobre el uso, y el uso adecuado del condón, son el resultado de un proceso interactivo hombre-mujer, persona-persona, al que hay que prestar muchísima atención si se desea tener éxito. La asimetría reduccionista se observó no solo en la población en general sino en personas asociadas a entidades de salud que contribuyeron en la ciudad a la campaña pro-condonización en el Día Internacional del SIDA de 1989. Concluimos que hay una especie de acuerdo implícito de excluir a la mujer de lo que atañe al condón e, incluso, de atribuir a las mujeres que hablan de él o lo solicitan, intenciones moralmente reprochables.

DISCUSION

“Contra el SIDA la educación es la única vacuna”, es el mensaje de una revisión reciente de la literatura. En contextos como Cali en que se imponen paradigmas propicios para “programas completos” y en donde las relaciones sexuales con múltiples parejas sucesivas parece tener altas prevalenciasⁱ la educación para el correcto uso del condón parece imprescindible. Aunque el condón no es un instrumento perfecto para control de embarazos, del SIDA y otras ETS, la eficacia del condón de látex ha sido hallada alta en diversos países, y su efecto protector aumenta en la medida en que aumenta su uso adecuado. Las fallas como anticonceptivo y como barrera contra bacterias y virus están más relacionadas con uso inadecuado que con fragilidad o porosidad.

Si se acepta la necesidad de promover su uso adecuado debemos pasar de la campaña informativa a la educativa. La sola información, que ya es alta en nuestro medio no es garantía de uso, ni menos de uso adecuado. Educación implica que los mensajes sean fácilmente entendibles, apropiados cultural y socialmente, prácticos, breves, relevantes, correctos técnicamente y positivos. El presente estudio parece aportar elementos útiles para cumplir con estos requisitos con respecto a la población adulta general de la ciudad. Por extensión de analogía cultural es posible pensar que estas conclusiones sirven para otros contextos colombianos y acaso latinoamericanos.

1. Parece que existe un ambiente valorativo y cognoscitivo favorable a la inducción de prevalencias altas de uso adecuado del condón. Las generaciones mayores y las mujeres parecen ser las que más necesitan trabajo educativo. En similar necesidad están los estratos bajo y medio, y en ellos los que tienen escolaridad mediana y baja. La sospecha de que la prevalencia de prácticas de riesgo disminuye a medida que aumenta la edad y son menores en las mujeres adultas parece justificar cierto optimismo sobre los resultados esperados: es la población joven la que está más a riesgo, entre ellos la aceptabilidad y conocimiento del condón es mucho más frecuente. Presumiblemente la educación para cambios de comportamiento menos difícil entre ellos. De todos modos, la población adulta (mayor de 18 años), si es que está a riesgo, impone un reto.
2. La campaña anti-SIDA ha estado dominada en todo el mundo por metáforas implícitas y explícitas de terror y muerte que fueron potenciadas por el amarillismo de los medios. Nuestra investigación las detectó en la campaña adelantada en Cali a fines de 1989^j. Es posible que estas metáforas hayan tenido efecto en la disociación que encontramos entre condón y SIDA y en la asociación entre ignorancia sobre SIDA y actitudes de reserva frente a la palabra condón. Parece que las campañas anti-SIDA por la vía del terror son contraproductivas.

ⁱ E Sevilla Casas y otros 1990. Prácticas sexuales que implican riesgo de SIDA en la población adulta de Cali. Proyecto SIDA-CALI, CEUCSA, Universidad del Valle. Informe en preparación.

^j E. Sevilla Casas y otros, 1989. Avance No. 1, Proyecto SIDA-CALI - Informe sobre el Día Mundial del SIDA en Cali; y E. Sevilla Casas 1989. Avance No. 2, Proyecto SIDA-CALI - Metáforas y prácticas culturales relacionadas con el complejo ETS/HIV/SIDA en Cali. CEUCSA, Universidad del Valle.

La reducida asociación explícita entre condón y prevención de SIDA, válida para los dos géneros y los tres estratos socioeconómicos, implica un llamado para trabajar más sistemáticamente esa asociación en las campañas. Se debe aprovechar la alta asociación encontrada entre condón y prevención de embarazos, y la mediana asociación entre condón y control de infecciones, para trabajar integralmente en una campaña de amplio espectro positivo, que tenga como propósito promover una vida sexual sana, alegre, y segura. Es sabido que en muchos programas el control de SIDA se ha integrado al control de ETS, más aún cuando se ha hallado que el SIDA parece haber propiciado el descenso en las tasas de estas últimas por el ascenso del uso del condón. Falta dar un paso más, e imprimir a la campaña un contenido positivo. Los intentos contemporáneos de des-tabuizar el condón dándole connotaciones eróticas, jocosas y triviales, parecen tener efectos positivos en el aumento de su uso adecuado. El marketing y la comunicación social pueden jugar aquí un papel muy importante.

3. La asimetría por género frente al condón merece un comentario más largo.

- 3.1 Parece las características epidemiológicas de la pandemia SIDA hacen que en la población general el riesgo relativo de infección para la mujer en los encuentros heterosexuales sea efectivamente mayor. Lo que implica que “aunque los condones son usados por los hombres, las más interesadas en que los hombres los usen deberían ser las mujeres”.
- 3.2 La asimetría de géneros tiene una profunda raigambre cultural y no menos profundas implicaciones para el control de la enfermedad. Cali es una ciudad en donde el mestizaje cultural es grande por la convergencia histórica de tres grandes matrices culturales: la española representada por los criollos, la indígena andina (que ha sido fuertemente influida por los criollos) y la afroamericana. Algunas obras de arte como “Barrio Ballet” y la novela “Azúcar” juegan explícitamente con este mestizaje y hacen énfasis en el aporte afroamericano.

Lo anterior implica, con respecto a la sexualidad el encuentro de dos grandes tradiciones culturales sobre las que la literatura científica mundial comienza a preocuparse: la denominada “euro-asiática” y la “africana”. En nuestro caso la tradición euro-asiática está representada por las matrices criollas y andinas, y la africana por la afroamericana. La vida sexual tiene características radicalmente diferentes en una y otra tradición, pues la primera hace de ella un problema, origen de Innumerables conflictos y ansiedades, mientras la otra hace de ella un aspecto no problematizante de la vida. Es de anotar que en nuestra cultura occidental se hizo hegemónica, por la fuerza de la espada y de la cruz, la tradición euro-asiática y de este modo se excluyó como “amoral” y “primitiva” la tradición africana. Otra cosa tienen sin duda que decir las gentes en donde la tradición africana es hegemónica.

Aunque aquí no pretendemos entrar en detalles del asunto, si resulta imprescindible mencionar que en la primera tradición la sexualidad de la mujer se considera pertenencia del colectivo familiar, está fuertemente ligada a patrones de herencia de patrimonio económico familiar, y los hombres resultan ser los “cuidanderos naturales” de la integridad moral de la mujer. Virginia Gutiérrez de Pineda ha documentado muy bien esta normatividad cultural del “honor familiar”, y la doble moral consiguiente, para el caso de Santander. En la tradición africana hay mucha más simetría entre los géneros para el ejercicio del derecho humano de construir y disfrutar una sexualidad sana y desinhibida. Este rasgo parece darse entre la población colombiana de ancestro africano.

Es posible que la ideología emblemática y paradigmática de “Cali rumbera” antes mencionada contribuyendo fuertemente a que el patrón africano aumente su influencia en ciertos medios que son modernizantes, como el universitario, o que están notablemente expuestos, “a la salsa y a la rumba”. Sin duda este punto merece mayor investigación.

Como se anotó anteriormente, las investigaciones en curso sobre uso del condón apoyan la idea de que éste depende de procesos complejos e interactivos de decisión y acción en que están implicados hombre y mujer^k. Por tanto, el uso del condón en la relación heterosexual es también asunto de mujeres. Hay algunas precisiones que hacer a esta afirmación.

En la relación sexual entre géneros que es normalizada y rutinaria, como la conyugal, afloran sin duda las asimetrías sociales imperantes, que en nuestro medio hacen que la mujer esté en una posición subordinada, nada propicia para inducir cambios de comportamiento propicios para la prevención. La tradición euro-asiática sobre la sexualidad no hace sino legitimar y reforzar estas asimetrías. Esta situación ya se ha documentado ya con respecto a la reducción de riesgo de SIDA en otros medios culturales. El trabajo con hombres y mujeres debe estar, por tanto, enfocado a promover el uso del condón teniendo muy en cuenta los obstáculos resultantes de esta compleja ideología machista.

En cambio, otra dinámica social parece ocurrir en el contexto de los encuentros casuales y libres, propiciados por la ideología de “Cali rumbera”, la cual parece ser más sintónica con la tradición africana de la sexualidad. Aunque la ideología machista también aflora aquí de muchos modos, la mujer consciente de la higiene y protección contra enfermedades y embarazos parece estar en una posición ventajosa respecto del hombre para inducir el uso del condón. Ella, ordinariamente, es la que acepta o no la invitación al sexo, que viene del hombre, y por tanto estaría teóricamente en capacidad de poner condiciones. El proceso inverso es menos probable. Además, la mujer podría tener físicamente disponibles los condones en su bolso, como ocurre con otro instrumento protectorio ya aceptado culturalmente, la toalla higiénica. De este modo se saldría al paso de la barrera real, ya mencionada, de inaccesibilidad física. La posibilidad inversa es más remota, pues aunque hay hombres prevenidos que compran condones antes de ir “de rumba” o los cargan en sus billeteras “por si acaso” la frecuencia de estos hombres es presumiblemente baja.

^k Lo dicho sobre hombre-mujer se puede aplicar, mutatis mutandis, a parejas homosexuales en la medida en que en ellas ocurran asimetrías.

La importancia de la mujer como inductora del uso del condón ya ha sido documentada en el caso de las prostitutas a tal punto de que el trabajo educativo con las mismas se ha convertido en una prioridad. Las no prostitutas, es decir las que consienten “por gusto” y no por interés material en una relación casual, pueden convertirse igualmente en un elemento clave para los propósitos de la campaña. Ya ha habido intentos de enseñarles a las jóvenes solicitadas a decir “no” de manera que no se dañe la relación social. Habría que intentar enseñarles a decir “sí pero con condón”, para aquellas ocasiones en que ellas opten por esa alternativa.

4. Finalmente, aparece claro que los medios de acceso informativo y educativo son diferentes en su eficacia para los dos géneros y parece que surten más efecto cuando se utilizan varios. Estos hallazgos ya han sido ya documentados para varios países y para procesos generales de educación en salud. La adecuación de los programas educativos a las características de los grupos humanos objetivo comienza por la sabia combinación y dosificación de los medios masivos y no masivos de comunicación de los mensajes. La información de la figura 8 podría ser un punto de partida para esta selección y dosificación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

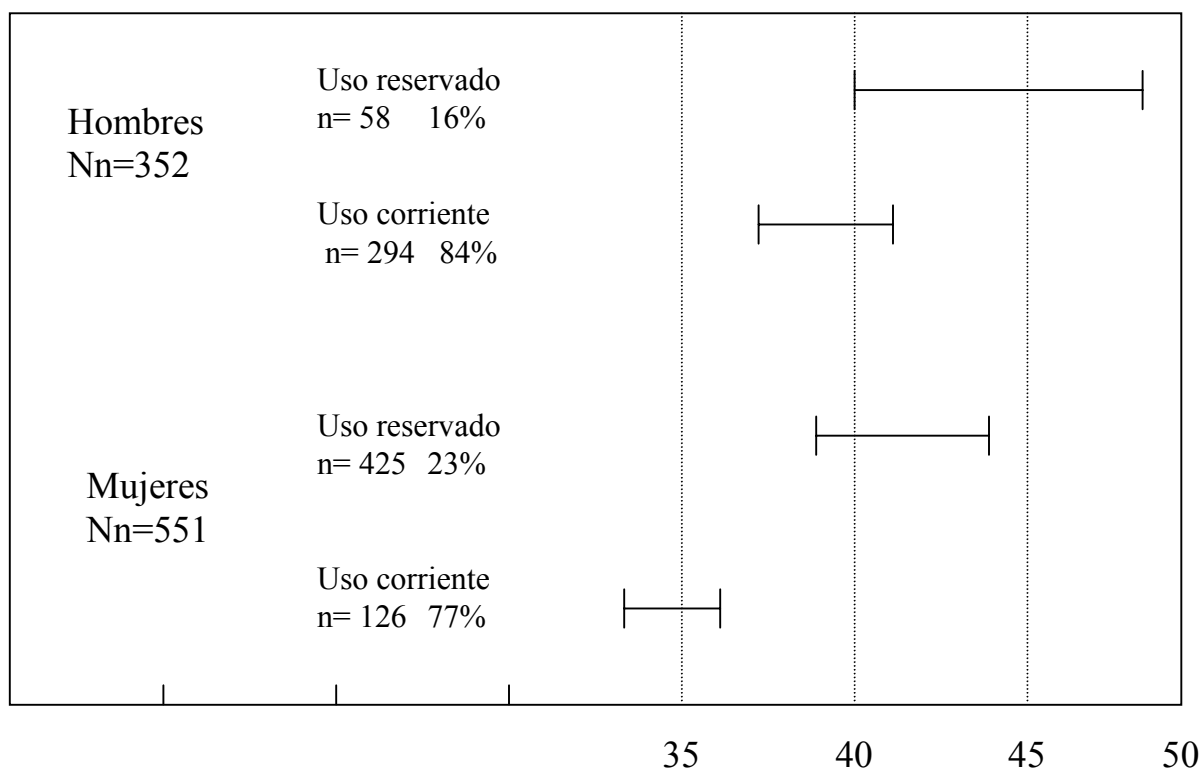
1. CALDWELL JC, P CALDWELL, P QUIGGIN 1989. The social context of AIDS In sub-Saharan Africa. *Population and Development Review* 15(2): 185-234.
2. CARRARA S, C MORAES. Un solo virus no hace enfermedad. *Cuadernos Médico Sociales* 47: 39-50.
3. CRUZ, F 1989. Cali, ciudad caribe lejos del Caribe. *Gaceta de COLCULTURA* 4: 29
4. CHAGNON JH 1989. Disease and desire. *Daedalus' Special Issue "Living with AIDS: Part II"*. *Daedalus* 118(3): 47-77.
5. DALTON HL 1989. AIDS in blackface. *Daedalus' Special Issue "Living with AIDS: Part II"*. *Daedalus* 118(3): 205-227.
6. DE VROOME EMM, TGM SANFORT, M PEALMAN, RAP TIELMAN. AIDS and condom use in The Netherlands. *Montreal Conference (abstract W.A.P.97)*.
7. DUBOIS-ARBER F, D HAUSER, P LEHMANN 1989. Sexual behaviour of young adults and the effects of AIDS-prevention campaigns in Switzerland. *Montreal Conference 1989 (abstract W.A.P 116)*
8. FULLILOVE M, R FULLILO, K KAYNES, SA GROSS. Gender rules as barriers to risk reduction for black women. *Montreal Conference (abstract W.D.0.4)*.
9. GALLAN M, CL LETTEMAIER, CP GREEN 1987. Counseling makes a difference. *Population Reports, Series J, No. 35*.
10. GOLDBERG HI, NC LEE, MW OBERLE, HB PETERSON 1989. El conocimiento del condón en los países en desarrollo durante un período de prevalencia creciente de SIDA. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 107(1): 31-40.
11. GUERRERO E, EA DEMOYA, S ROSARIO 1989. Ongoing impact evaluation of the condom use promotion/desensitization program for preventing AIDS in the Dominican Republic. *Montreal Conference 1989 (abstract W.A.P.94)*.
12. GUTIERREZ DE PINEDA V 1968. Familia y cultura en Colombia. Bogotá: Tercer Mundo y Universidad Nacional de Colombia.
13. GUTIERREZ DE PINEDA V 1988. Honor, familia y sociedad en la estructura patriarcal: el caso de Santander. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
14. JUDSON F, D COHN, J DOUGLAS 1989. Fear of AIDS and incidences of gonorrhoea and hepatitis B. *Montreal Conference 1989 (abstract T.A.P 83)*.
15. KANGAS L, JR HARRIS, JD SHELTON 1989. The supply of, and demand for, condoms to prevent HIV transmission in developing countries. *Montreal Conference 1989 (abstract W.A.P 98)*.
16. LAPHAM, WP MAULDIN 1985. Contraception prevalence: the influence of organized family planning programs. *Studies in Family Planning* 16(3): 117-137.
17. LAWRENCE DW, AE SINGARATNAM 1987. Changes in sexual behaviour and incidence of gonorrhoea. (Letter) *Lancet* 1(8539): 982-983. Ç
18. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. AIDS education--a beginning. *Population Reports Series L, Number 8*.
19. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. Programs for people at high risk. *Population Reports Series L, Number 8: 15-17*.
20. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. Learning how to say "No". *Population Reports Series L, Number 8: 20*

21. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. What is "Safer Sex"? Population Reports Series L, Number 8. 6.
22. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. Lessons learned: programmatic lessons. Population Reports Series L, Number 8: 11-14.
23. LISKIN L, CHURCH CA, PT PIOTROW, JA HARRIS 1989. Condoms and spermicides: how much protection? Population Reports Series L, Number 8: 16.
24. NZILA N, M LAGA, M KIVUVU, K MKWA, AT MANOKA, R RYDER 1989. Evaluation of condom utilization and acceptability of spermicides among prostitutes in Kinshasa, Zaire. Montreal Conference (abstract W.A.P. 96).
25. OSTROW DG 1989. AIDS prevention through effective education. Daedalus' Special Issue "Living with AIDS: Part II". Daedalus 118(3): 229-254.
26. REISS I, RK LEIK 1989. A model comparing condom use vs. partner reduction strategies. Montreal Conference 1989 (abstract TH.E.P.S4).
27. SONNEX C, A PETHERICK, MW ADLER, D MILLER 1987. HIV infection: Increase in public awareness and anxiety. British Medical Journal 295(6589): 193-195.
28. SONTAG S 1988. El SIDA y sus metáforas. Barcelona: Muchnik Editores.
29. SPENCER B, A SPIRA, N JOB-SPIRA 1989. Increasing condom accessibility: what are the barriers?. Montreal Conference 1989 (abstract W.A.P 100).
30. SOTHERAN JL, SR FRIEDMAN, DC DESJARLAIS, SD ENGELS 1989. Condom use among heterosexual male IV drug users is affected by the nature of social relationships. Montreal Conference 1989 (abstract T.D.P.81).
31. STARKSHALL RA, T AWERBUCH 1989. Men meet women: differential risk-reducing needs and tactics in encounters between people drawn from the general population pool. Montreal Conference (abstract A.5.0.7).
32. TROUSSIER T 1989. Le preservatif: étude des différents types de messages à partir des symboles traditionnels. Montreal Conference 1989 (abstract D.527).
33. TYNDALE, E 1989. Modification of sexual activities in the era of AIDS: a trend analysis. Montreal Conference (abstract T.D.P.1).
34. USIETO R, J SASTRE, J TORRES, H ANABITARTE, R DEANDRES, MC CONTRERAS 1989. Pratiques de risque et SIDA parmi la population espagnole. Montreal Conference 1989 (abstract E.515).
35. UNICEF/UNESCO/WHO 1989. Facts for life: a communication challenge. Oxfordshire: PL&A for UNICEF/UNESCO/WHO.
36. UNICEF/UNESCO/WHO 1990. All for health: a resource book for 'Facts for life'. New York: Unicef House, Facts for Life Unit, 1990.
37. World Summit of Ministers of Health on Programmes for AIDS Prevention, London 26-28 January 1988. Global Programme on AIDS, World Health Organization, Progress Report No. 4. Geneva: WHO.

FIGURA 1

USO DE PALABRA 'CONDÓN' POR SEXO Y EDAD

Promedio de Edad e Intervalos de Confianza del 95%



FIFURA 2
USO DE PALABRA ‘CONDÓN’ POR ESTRATO Y SEXO
% de Respuestas a favor de “uso corriente” e IC de 95%

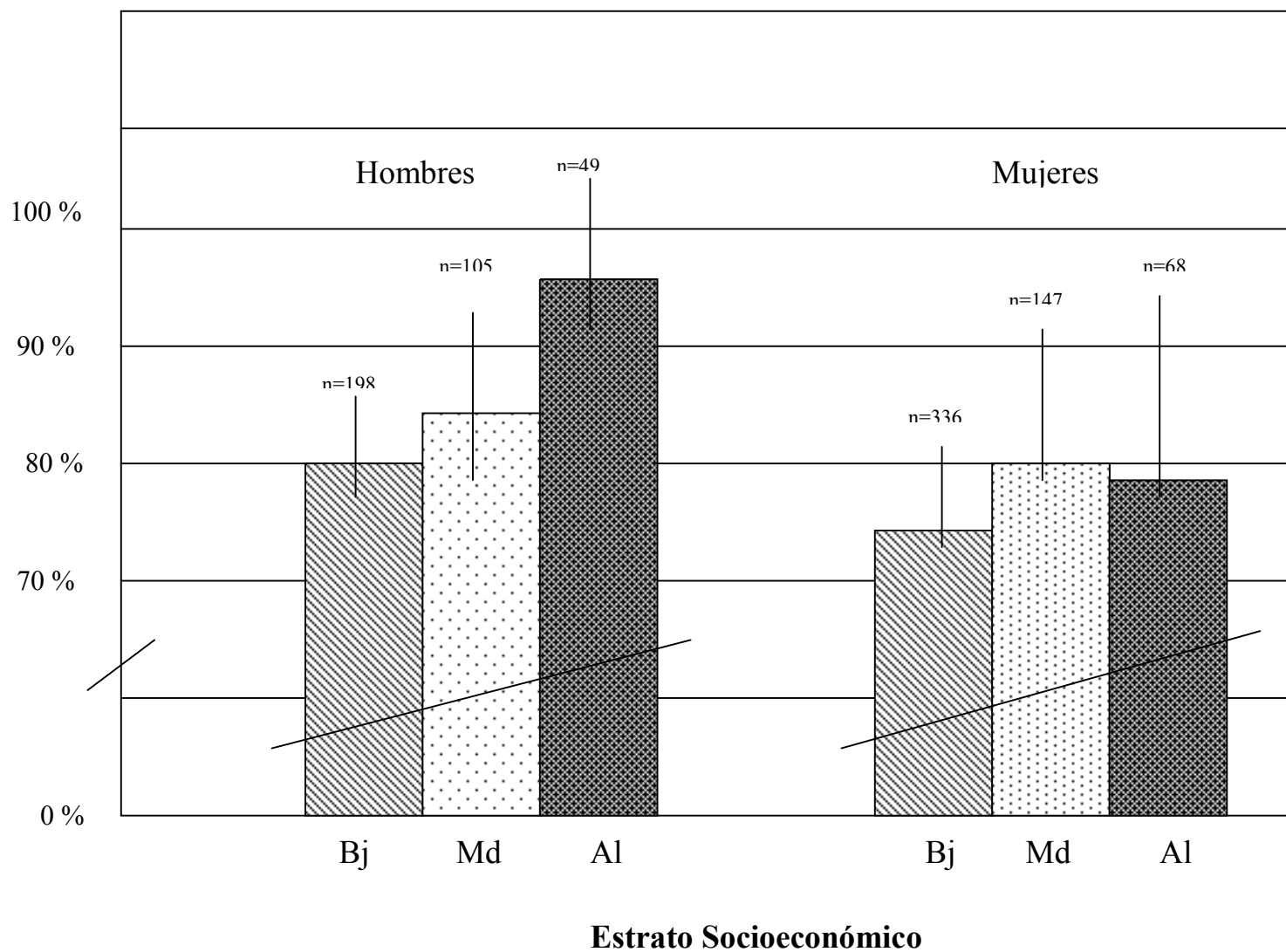


FIGURA 3

USO DE PALABRA ‘CONDÓN’ POR ESTRATO Y ESCOLARIDAD

Promedio de Escolaridad e Intervalos de Confianza 95%

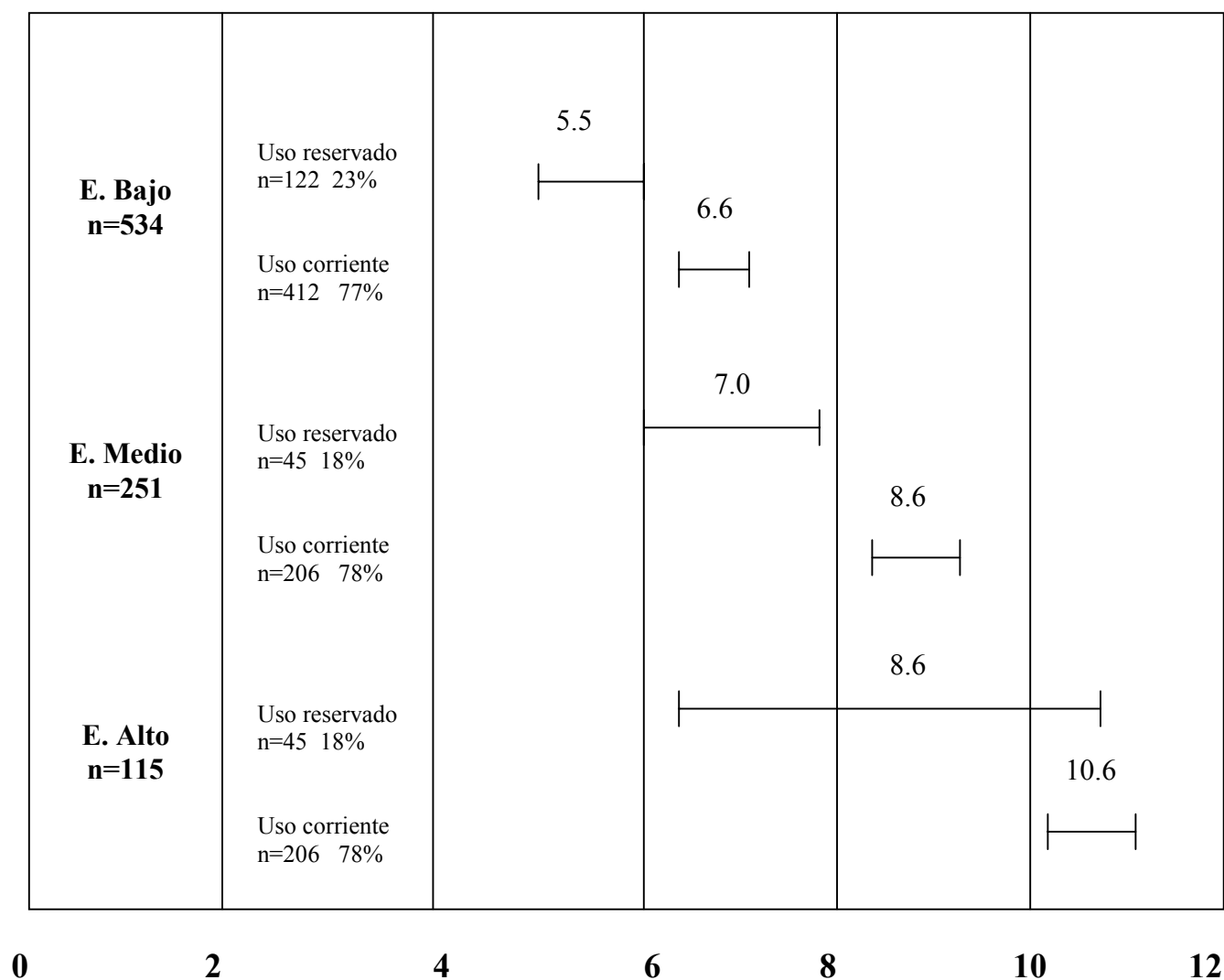


FIGURA 4
USO DE PALABRA ‘CONDÓN’ POR SEXO Y ESCOLARIDAD

Promedio de Escolaridad e Intervalos de Confianza de 95%

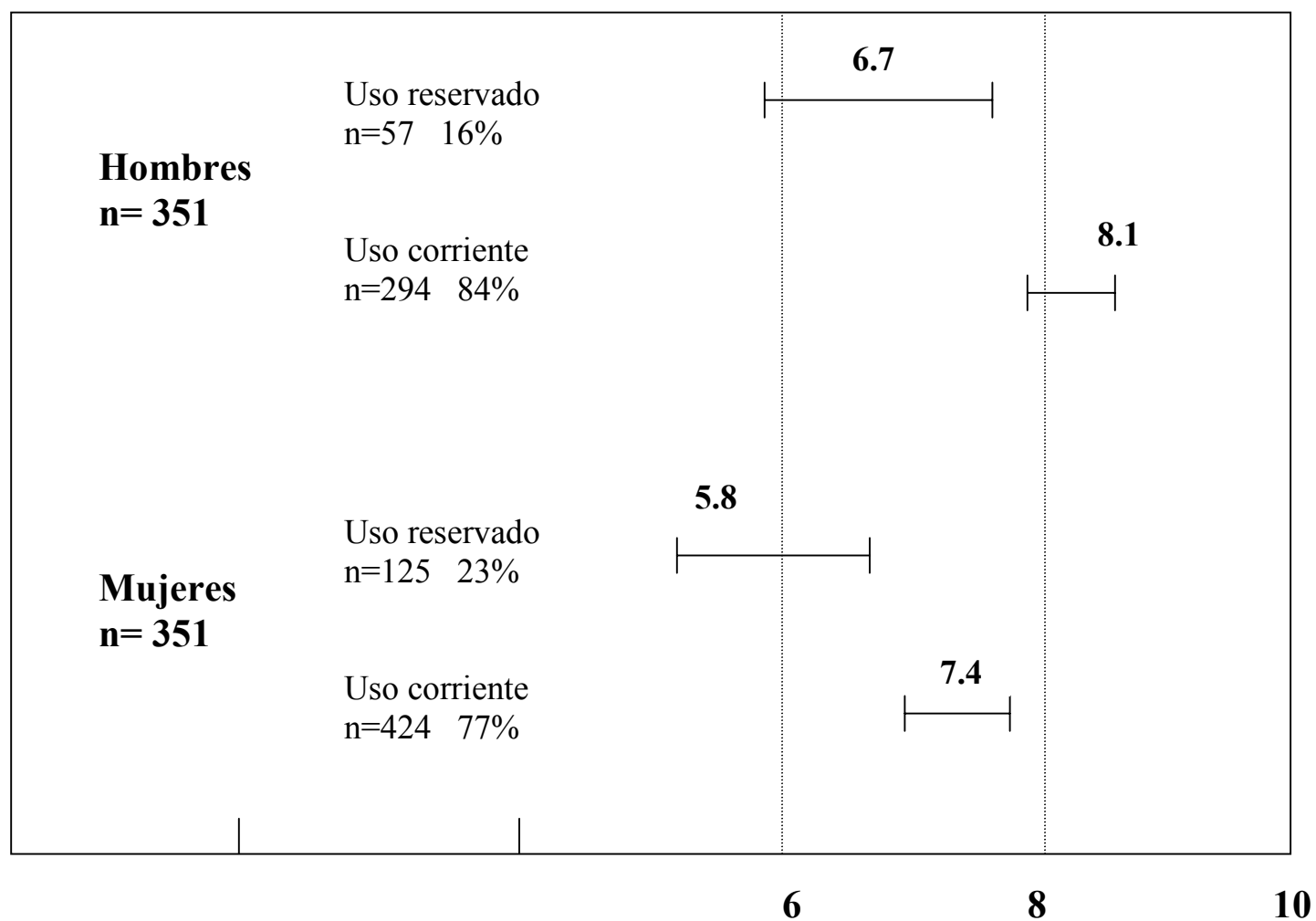


FIGURA 5

USO DE PALABRA ‘CONDÓN’ Y APRECIACIÓN DE ‘CALI RUMBERA’
% de Respuestas a favor de “Uso Reservado” e IC del 95 %

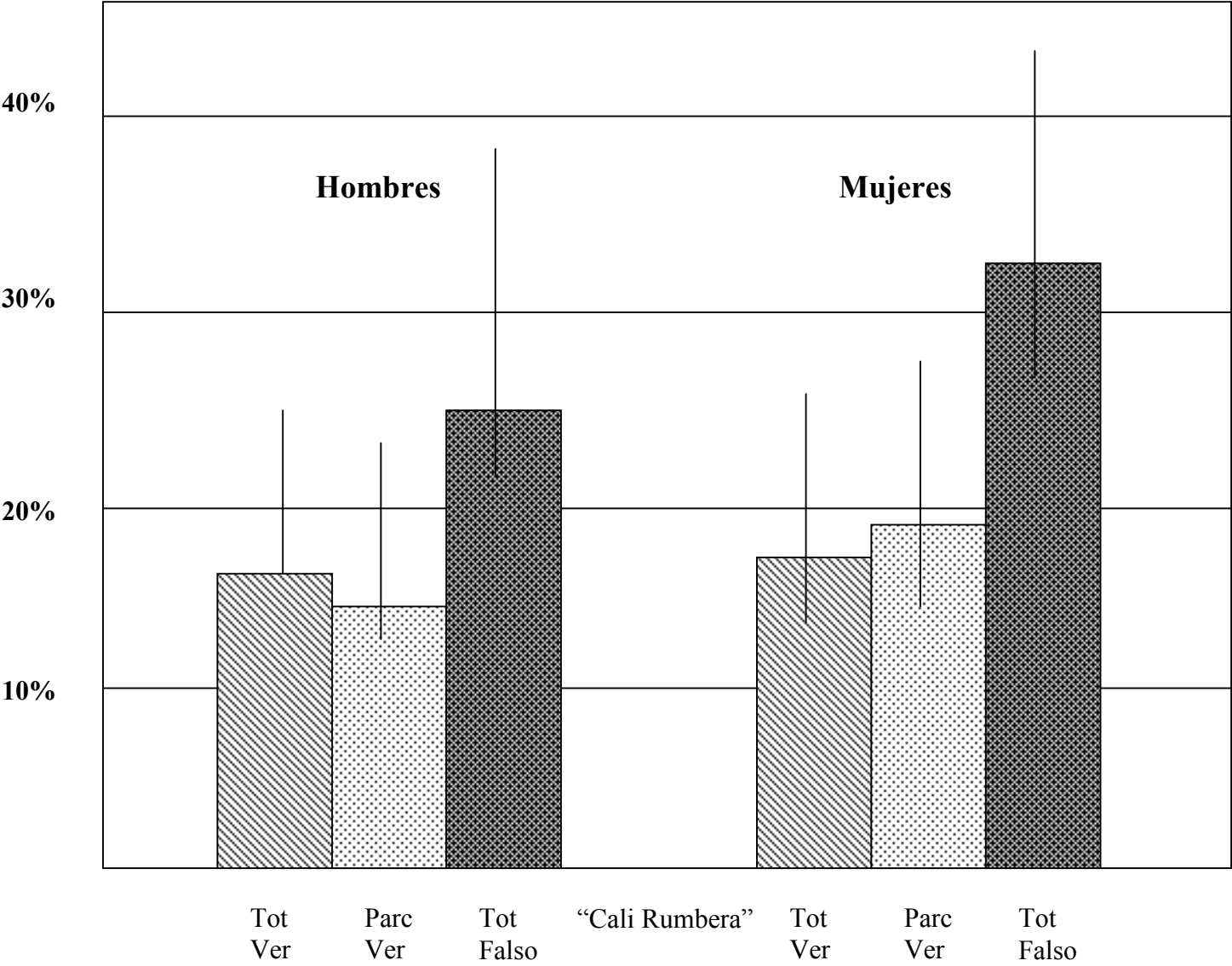


FIGURA 6

USO DE PALABRA ‘CONDÓN’ Y CONOCIMIENTO SOBRE SIDA
% de Respuestas a favor de “Uso Corriente” e IC del 95%

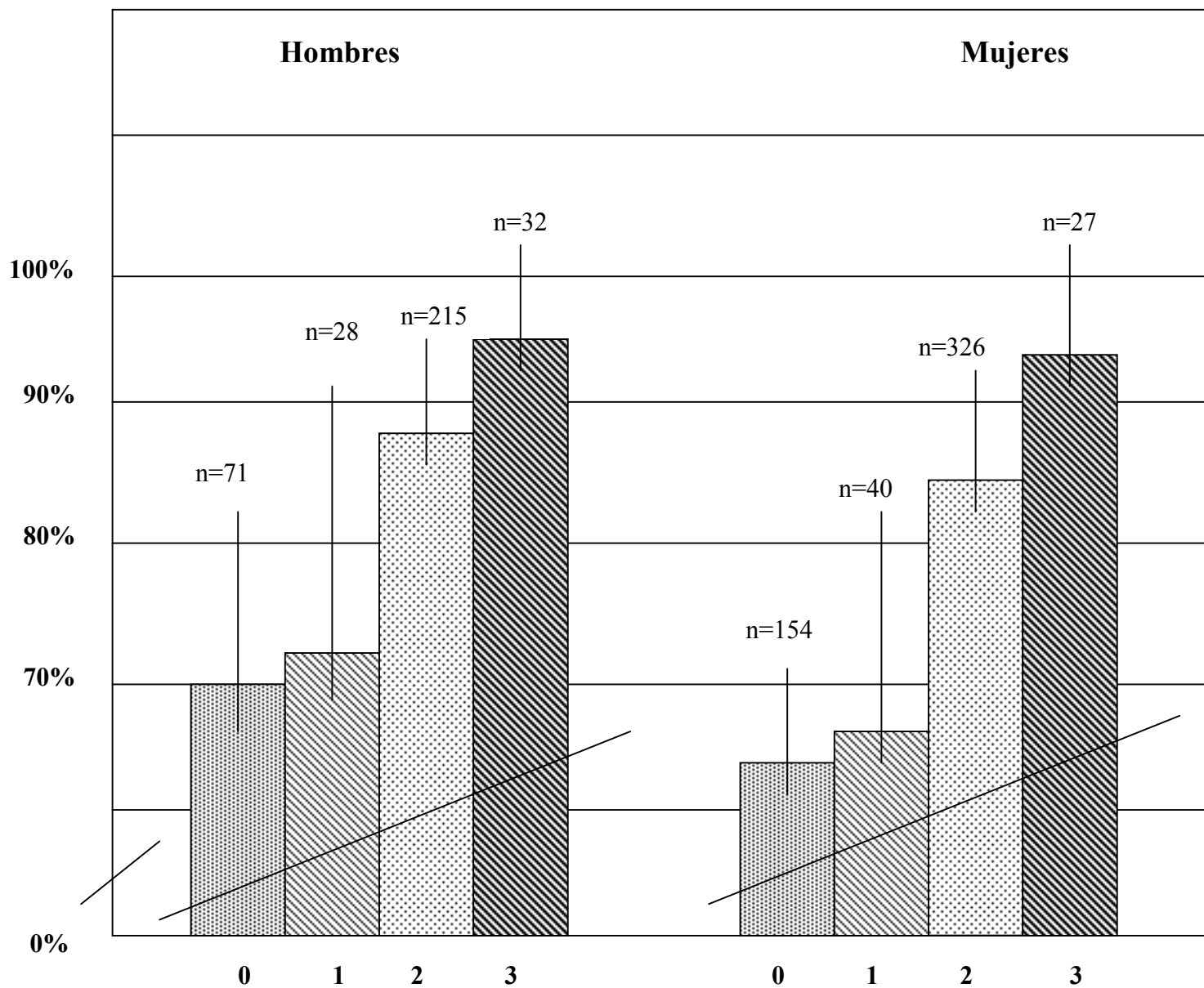


FIGURA 7

FINALIDAD DE USO DEL CONDÓN POR SEXO Y ESTRATO
% de Personas que las mencionan espontáneamente

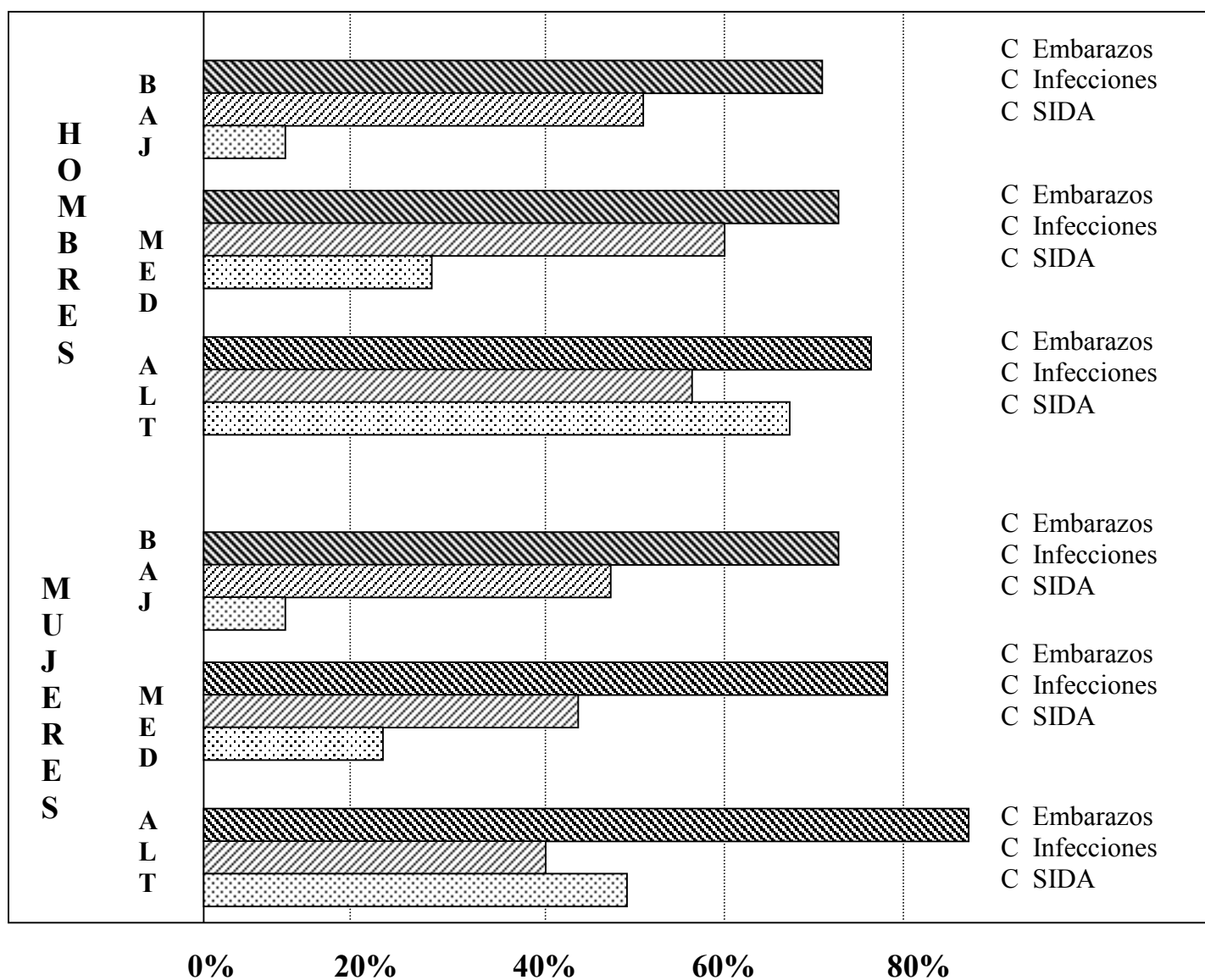


FIGURA 8

FUENTES DE CONOCIMIENTO SOBRE CONDÓN
% de Personas que mencionan la fuente

