

efectividad de las intervenciones permanentes y planificadas para el SIDA.

Prevención y control

Puesto que el problema de la infección por VIH y SIDA es común a todas las naciones, solo con un esfuerzo internacional unido se podrá controlar esta enfermedad y prevenir la transmisión adicional. Las tendencias básicas del control, incluyendo la educación de profesionales y la educación pública, la reducción del comportamiento de riesgo entre las personas incluidas en alguna de las categorías de riesgo y el tamizaje de la sangre para transfusión, están a nuestro alcance, pero los obstáculos para efectuar el control continúan siendo generalizados en nuestra sociedad. La Organización Mundial de la Salud y su oficina regional, la Organización Panamericana de la Salud, fijaron tres objetivos primarios en el control del SIDA: 1) prevenir la transmisión del VIH, 2) reducir la morbilidad y la mortalidad asociada con la infección por el VIH y 3) aunar los esfuerzos nacionales e internacionales para controlar y prevenir el SIDA.

Los objetivos de los programas de control del SIDA en la mayoría de países son: 1) establecer un comité nacional del SIDA, 2) evaluar la tasa actual de infección, 3) establecer la vigilancia del VIH y el SIDA, 4) asegurar apoyo adecuado de laboratorio, 5) educar a los trabajadores de salud en todos los niveles, 6) implantar, ejecutar y evaluar programas de prevención y 7) establecer programas tendientes a reducir el efecto de la infección asociada con el VIH en los individuos y la comunidad. El éxito de estos programas de control dependerá absolutamente de un compromiso unificador en lo político y en lo social. Se requerirá que las agencias internacionales de salud desempeñen una mayor función en es-

te esfuerzo internacional coordinado, brindando apoyo financiero, científico, educativo y técnico para aquellos países que soliciten la cooperación. La integración de estos programas de control en los programas de salud y educación existentes, requerirá de todo el apoyo de las agencias gubernamentales pertinentes. Sin la acción inmediata de estos sectores, es probable que la epidemia del SIDA continúe difundiendo con velocidad alarmante en todos los países. La información adicional sobre la magnitud de la infección por VIH, las tasas de incidencia dentro de poblaciones seleccionadas y la actualización de modelos matemáticos para las proyecciones de las infecciones, la enfermedad y la mortalidad, deben ayudar a convencer a las autoridades políticas y médicas, así como al público, de la repercusión general de esta enfermedad en nuestra sociedad en los años futuros.

Nota: El artículo original tiene 254 referencias bibliográficas que pueden ser solicitadas al Programa del SIDA, Programa Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias, Organización Panamericana de la Salud, 525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, EUA.

Este artículo debía publicarse en dos números del *Boletín Epidemiológico*. Sin embargo debido al número de solicitudes recibidas por HST sobre el tema el artículo aparece completo, aún cuando eso ha requerido cambios en el formato habitual de la publicación.

(Fuente: Adaptado de "El SIDA y la infección por VIH en las Américas: Una perspectiva regional" por Thomas C. Quinn, NIAID, Bethesda, EUA, y Ronald K. St. John y Fernando R. Zacarías, OPS, Washington, D.C., EUA.)

Alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia, Colombia 1987

El alcoholismo y la farmacodependencia han emergido como problema prioritario de salud pública, dentro del actual perfil epidemiológico de Colombia. Ello motivó el presente estudio que tuvo por propósito el hacer un diagnóstico de la situación del alcoholismo y del consumo de sustancias que producen dependencia, por medio del conocimiento de la frecuencia y distribución del fenómeno por las principales variables de tiempo, lugar y persona, así como explorar algunas hipótesis sobre asociaciones cau-

sales, con el fin de servir de base para la orientación y evaluación de los programas de prevención e informar a los organismos competentes para la formulación de políticas sobre este delicado campo que afecta el bienestar del individuo y de la sociedad.

El estudio se realizó en una muestra de 2.800 individuos representativa de la población urbana del país, comprendida entre las edades de 15 a 64 años. El método para su selección fue el estratificado al azar. No incluyó poblaciones institucionales, tales co-

mo ejército, reclusos, personas hospitalizadas, como tampoco la población de vida callejera no ubicable a través de dirección residencial. Se aplicó el método de encuesta de prevalencia, con análisis descriptivo complementado con la exploración de algunas asociaciones. La fuerza de asociación se midió por medio de la razón de prevalencia, complementada con las pruebas de significación estadística.

Como variables de lugar se estudiaron el nivel de urbanización y cuatro regiones ecológicas las que tenían como eje de cada una las ciudades principales de Barranquilla, Bogotá, Cali y Medellín. Las variables de persona estudiadas incluyeron edad, sexo, estado civil, nivel educativo, situación laboral y convivencia actual. Las variables de tiempo están internamente ligadas a los indicadores de consumo utilizados, tales como la proporción de prevalencia de consumo e índice de ex-consumo y proporción de prevalencia de consumidores y ex-consumidores.

Instrumento utilizado para la recolección

El instrumento de recolección fue elaborado por los investigadores, con una etapa previa de planificación en la cual se revisaron varios modelos aplicados en los Estados Unidos de América, los utilizados en encuestas realizadas en Medellín, y los que actualmente se usan en clínica en las diferentes instituciones del país, adaptados por el grupo interinstitucional. Se decidió usar un formulario precodificado y aplicarlo a los encuestados en dos etapas.

La primera de estas se llevó a cabo por medio de una entrevista diligenciada por el propio encuestador; en ella se trataban las preguntas generales y el consumo de tranquilizantes y cigarrillos. La segunda parte contenía preguntas más personales y aquellas relacionadas con el consumo de sustancias no aceptadas ni social ni legalmente; esta parte era respondida en forma secreta por el entrevistado.

Con el fin de evitar sesgos de información, dado el tema de la investigación, se utilizó el método de "sobre secreto". En el instrumento se incluyeron en forma completa el cuestionario para el diagnóstico de alcoholismo "CAGE" y la escala autoaplicable de Zung, para evaluar la depresión clínica. Las otras preguntas incluyeron las variables ya descritas. La validez de las respuestas por medio de cuestionarios autoaplicados ha sido ampliamente reconocida y en el caso de este estudio se complementó con suficiente explicación, por parte del entrevistador, sobre la forma de responderlos.

Resultados

Los indicadores utilizados fueron las proporciones de incidencia de consumo, de prevalencia de consumo en el último mes, el último año y la prevalencia conjunta de consumidores y ex-consumidores. Esta última se usa para evaluar el consumo en cualquier momento de la vida.

El cuadro 1 presenta el consumo de sustancias que producen dependencia en 1987. El alcohol es la sustancia que tiene una mayor proporción de consumo en los dos sexos; en promedio, 560 de cada mil personas estudiadas consumen bebidas alcohólicas. El cigarrillo ocupa el segundo lugar, con 297 por cada mil, frecuencia que aumenta en los hombres llegando a 373 como cifra indicadora del consumo actual. Los tranquilizantes completan la trilogía de sustancias cuyo consumo es aceptado socialmente.

Con excepción de los tranquilizantes, todas las sustancias estudiadas presentan un consumo mayor en el hombre que en la mujer, con diferencias altamente significativas (figura 1).

Estos resultados son consistentes con los de muchos otros estudios a nivel mundial, en los cuales se ha encontrado mayor frecuencia de consumo de tranquilizantes en las mujeres. En este caso con 74 por cada mil, comparado con 46 por mil en los hombres.

Como puede observarse en el cuadro 1, la basuca presenta una razón de prevalencia entre sexos de 3,3 lo cual representa un exceso de riesgo para su consumo en el caso de los hombres. De cada mil hombres que viven en el área urbana de Colombia, en las edades estudiadas, diez la consumen y solo tres mujeres lo hacen (figura 2).

El consumo de cocaína ha sido desplazado por la basuca, presentándose la mitad de la frecuencia de consumo promedio en los dos sexos, siendo de 3 por cada mil personas comparado con 6 para la basuca (cuadro 1). El exceso de riesgo de consumo en los hombres es de 3 y la razón de prevalencia por sexo es de 4, lo que quiere decir que por cada mujer consumidora hay cuatro hombres usando la sustancia (figura 2).

Al analizar el consumo de la marihuana por medio del indicador de prevalencia de consumo, esta sigue ocupando el primer lugar entre las sustancias ilegales; la consumen 19 de cada mil hombres y 3 de cada mil mujeres (cuadro 1), de lo que resulta una razón de prevalencia de consumo hombre-mujer mayor de seis (figura 2).

Cuadro 1. Consumo de sustancias que producen dependencia. Proporción de prevalencia por mil, según sexo, Colombia, 1987.

Sustancia	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Alcohol	705	416	560
Cigarrillos	373	222	297
Tranquilizantes	46	74	60
Basuca	10	3	6
Cocaína	4	1	3
Marihuana	19	3	11

Figura 1. Consumo de alcohol, cigarrillos y tranquilizantes. Proporción de prevalencia por mil, según sexo. Colombia, 1987.

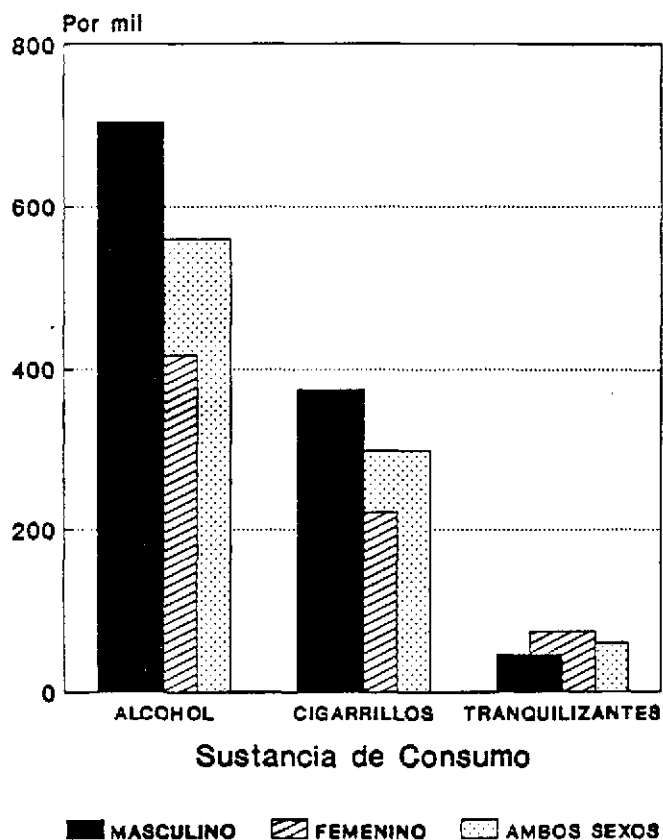
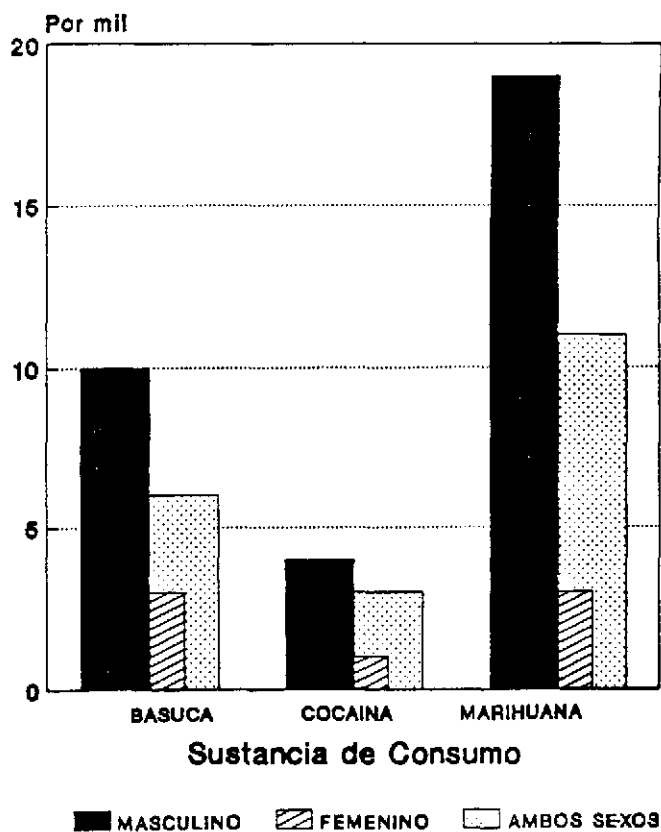


Figura 2. Consumo de basuca, cocaína y marihuana. Proporción de prevalencia por mil, según sexo. Colombia, 1987.



Cuadro 2. Consumo de sustancias que producen dependencia. Proporción de prevalencia por mil, según grupos de edad. Colombia 1987.

Sustancia	Años de edad						
	(12-15)	(16-19)	(20-24)	(25-29)	(30-37)	(38-49)	(50-64)
Alcohol	291	608	693	697	653	549	431
Cigarrillos	46	249	362	428	394	337	266
Tranquilizantes	23	45	55	60	63	75	112
Basuca	0	12	13	8	10	3	0
Cocaína	0	2	5	5	5	0	0
Marihuana	5	12	25	20	15	5	0

Indicadores de consumo según edad

El cuadro 2 indica la proporción de prevalencia por mil personas, según grupos de edad, del consumo de sustancias que producen dependencia en Colombia en 1987.

El consumo de *tranquilizantes* presenta una gradiente positiva continua, la que se inicia con una frecuencia de consumo de 23 por cada mil, en una edad tan temprana como la que representa el grupo de 12 a 15 años. Esta situación es consistente

con los estudios sobre el tema, realizados en la población de los colegios de secundaria en el país.

La prevalencia de consumo de *basuca* tiene una distribución por edad que se inicia en el grupo de 16 a 19 años, con 12 consumidores por mil personas en esa edad, la cual desde el punto de vista de salud pública se puede considerar muy alta, dado el gran daño que produce en el consumidor y el corto período de latencia que presenta esta sustancia. En el grupo de 20 a 24 años la frecuencia pasa a ser de 11 por mil y en el de 38 a 49 años es de 3, lo que significa que es cuatro veces más baja que en los grupos ya analizados. En el último grupo, de 50 a 64 años, no hay consumo durante el año estudiado por medio de este indicador, pero hay que señalar que los indicadores de ex-consumo muestran un comportamiento anterior muy diferente. De todas las sustancias estudiadas esta es la única que presenta mayor consumo entre los hombres en todos los grupos de edad. El grupo de más alto riesgo es el de 20 a 24 años de edad con una prevalencia de 25 por cada mil, mientras que para las mujeres lo es el de 16 a 19 años de edad, con 10 por cada mil.

La prevalencia de consumo de *cocaína* solo se encuentra en cuatro de los siete grupos estudiados; en el de 16 a 19 años de edad, dos de cada mil personas la consumieron durante el último año y en los tres grupos siguientes la prevalencia es igual, con cinco personas por cada mil. Para el sexo masculino el consumo de cocaína en el último año solo se presenta entre las edades de 20 a 37 años, y para el femenino en el grupo de 16 a 19 años.

La *marihuana* presenta una curva de consumo bastante simétrica, con su mayor elevación en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 29, en los cuales la prevalencia es de 25 y 20 por mil respectivamente. En los grupos extremos es de 5 por mil. El único grupo en que no se presenta consumo es el de 50 a 64 años.

La marihuana presenta como grupo de mayor consumo actual para el sexo masculino el de 20 a 24 años de edad y en el femenino el de 16 a 19 años de edad. En el sexo masculino la proporción de prevalencia conjunta de consumidores actuales y ex-consumidores más elevada se observó en los grupos de 25 a 29 años y 30 a 37 años de edad con 176 por mil.

El primero de estos grupos presenta también las cifras mayores de prevalencia conjunta de consumidores y ex-consumidores para los dos sexos para el consumo de cocaína. El hecho de que esta sustancia presente desplazamiento al grupo de los 30 a 37 años de edad, podría interpretarse como la exposición de estas cohortes a diferentes sustancias ya que en el caso de la marihuana, en los hombres, la prevalencia conjunta de consumidores y ex-consumidores es más alta en los grupos de 25 a 29 años de edad y el anterior; para la cocaína, en el de 25 a 29 años de edad, en ambos sexos, y por último, para la *basuca* en los hombres, es el de 20 a 24 años de edad.

La no coincidencia de la distribución por edad con la del sexo femenino puede explicarse por grupos de alto riesgo en mujeres más jóvenes.

El análisis presentado refleja lo conocido por intermedio de la demanda de atención de servicios especializados sobre la historia social del consumo en el país, en la cual se destaca primero el uso de la marihuana, luego el de la cocaína y por último el de la *basuca*. Es interesante que el análisis de las tendencias de distribución de consumo por edad pueda reflejar estos fenómenos poblacionales, aún en un estudio de prevalencia.

Otros hallazgos

Al explorar algunas asociaciones se encontró mayor prevalencia en los siguientes grupos:

- Según estado civil, los hombres que viven en unión libre presentaron un exceso de riesgo de 5,3 al compararlos con los casados. En las mujeres el mayor consumo se dio en las solteras.
- La clase socioeconómica alta tiene las mayores frecuencias de consumo de cocaína y marihuana entre los hombres.
- Para la *basuca* el mayor consumo se da en la clase baja.
- El grupo de mayor riesgo entre las mujeres para el consumo de *basuca* y marihuana es el perteneciente a la clase tugarial. Todas las sustancias estudiadas presentaron la mayor prevalencia de consumo en el estrato de desempleados.

Al explorar la asociación entre intento de suicidio y consumo en todas las edades se encontró una diferencia estadísticamente significativa (figura 3). Las sustancias que presentan mayor exceso de riesgo son la *basuca* y la marihuana, en especial para las mujeres.

Finalmente, la frecuencia de consumo en las cuatro grandes ciudades y las regiones estudiadas presentó perfiles diferentes a los descritos para el estudio en promedio.

En el cuadro 3 se incluyen los hallazgos relacionados con la proporción de incidencia y la prevalencia de consumo en el último año, al igual que los demás indicadores.

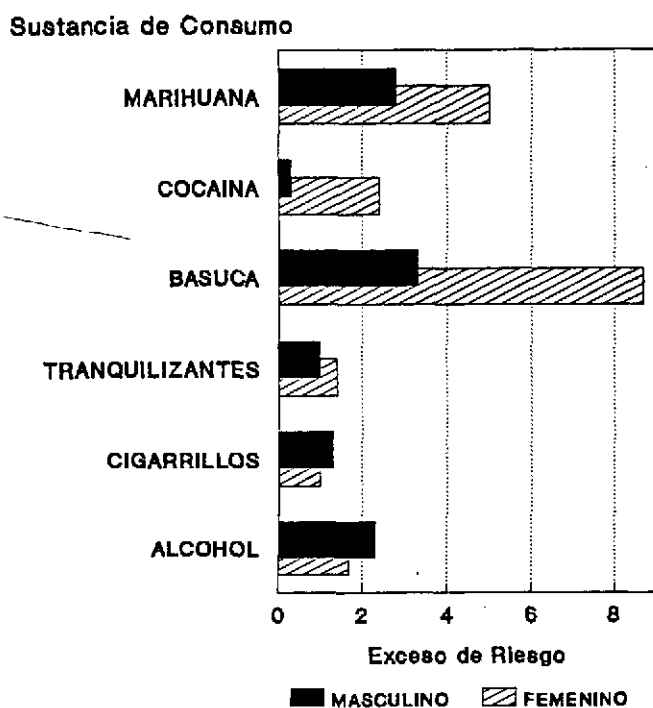
La incidencia tuvo su mayor frecuencia para la marihuana. Es importante resaltar que en estudios anteriores la sustancia que ocupaba este lugar, era la *basuca*, lo que puede interpretarse como el resultado de los programas masivos de prevención contra el uso de la *basuca*, ya que por cada nuevo consumidor de esta sustancia hay tres de marihuana.

La prevalencia de consumo en el último mes para las tres sustancias ilegales, *basuca*, cocaína y marihuana, no representa ninguna diferencia con la pre-

**Cuadro 3. Consumo de sustancias que producen dependencia:
indicadores globales para el país según sexo.
Colombia, 1987.**

Sustancias	Proporción incidencia último año	Proporción prevalencia último mes	Proporción prevalencia último año	Proporción prevalencia ex-consumo	Proporción prevalencia consumo y ex-consumo
Hombres					
Alcohol	27	600	705	119	824
Tranquilizantes	19	39	46	63	109
Basuca	2	10	10	51	61
Cocaína	2	4	4	29	33
Marihuana	4	19	19	84	103
Mujeres					
Alcohol	45	259	416	102	518
Tranquilizantes	32	69	74	103	177
Basuca	1	2	3	11	14
Cocaína	0	1	1	9	10
Marihuana	2	3	3	25	28
Ambos Sexos					
Alcohol	36	430	560	110	671
Tranquilizantes	25	54	60	83	143
Basuca	1	6	6	31	37
Cocaína	1	2	3	19	21
Marihuana	3	11	11	55	65

**Figura 3. Exceso de riesgo de intento de suicidio según
consumo de sustancias que producen dependencia y
sexo. Colombia, 1987.**



valencia para el último año, lo que puede ser un indicador del poder de adicción de estas sustancias. Los otros indicadores ya han sido comentados anteriormente.

En conclusión, el consumo de las sustancias estudiadas representa un grave problema de salud, máxime si se analizan como grupos de alto riesgo la población joven por el impacto negativo en el desarrollo presente y futuro del país.

Se pretende repetir estos estudios cada tres o cuatro años con la misma metodología, para evaluar las tendencias y el impacto poblacional de los programas que actualmente se realizan en los diferentes niveles de prevención.

(Fuente: Adaptado de "Estudio nacional sobre alcoholismo y consumo de sustancias que producen dependencia - Colombia 1987". Yolanda Torres de Galvis, Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Colombia.)

Lenn Murrelle, Center for Alcohol Studies,
University of North Carolina, EUA.)

Enfermedades sujetas al Reglamento Sanitario Internacional

**Total de casos y defunciones por cólera, fiebre amarilla y peste
notificados en la Región de las Américas al 31 de diciembre de 1988.**

País y división administrativa principal	Cólera casos	Fiebre amarilla		Peste casos
		Casos	Defunciones	
BOLIVIA	-	12	11	2
Cochabamba	-	1	1	-
La Paz	-	11	10	2
BRASIL	-	21	14	10
Amazonas	-	2	1	-
Bahía	-	-	-	10
Goiás	-	2	2	-
Mato Grosso	-	1	1	-
Minas Gerais	-	13	7	-
Pará	-	3	3	-
CANADA	1 ^a	-	-	-
Columbia Británica	1 ^a	-	-	-
COLOMBIA	-	9	9	-
Boyacá	-	1	1	-
Casanare	-	1	1	-
Chocó	-	1	1	-
Meta	-	1	1	-
Norte Santander	-	2	2	-
Santander	-	2	2	-
Vichada	-	1	1	-
ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	9	-	-	15
Arizona	-	-	-	1
California	1	-	-	2
Carolina del Sur	1	-	-	-
Colorado	1	-	-	4
Guam	1 ^a	-	-	-
Kansas	1	-	-	-
Luisiana	1	-	-	-
Maryland	1	-	-	-
Nevada	1	-	-	-
Nuevo México	-	-	-	7
Texas	1	-	-	1
PERU	-	196	167	10
Ayacucho	-	1	1	-
Cuzco	-	23	20	-
Huánuco	-	35	27	-
Junín	-	36	31	-
Madre de Dios	-	29	26	-
Pasco	-	1	1	-
Piura	-	-	-	10
Puno	-	28	28	-
San Martín	-	38	29	-
Ucayali	-	6	5	-

^a caso importado



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
 Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
 525 Twenty-third Street, N.W.
 Washington, D.C. 20037, E.U.A.