

POLICLÍNICO DOCENTE “MARTA MARTÍNEZ”, GÜINES.

EL SIDA SI TIENE ROSTRO.

Dr Carlos Manuel Rodríguez Aguiar¹, Dra. Dianelys Jacomino Fernández², Dra. Margarita Díaz Aguilár².

1. Especialista de I grado en Psiquiatría Infanto Juvenil.
2. Especialista de I grado en MGI. Instructor.

RESUMEN.

El VIH-SIDA constituye una amenaza sin precedentes para la sociedad humana. La realidad bien perceptible alerta hacia una problemática que se va acrecentando. El tema SIDA se relaciona con otros muchos aspectos como la sexualidad, la muerte, los prejuicios, la soledad, riesgo, drogas y prostitución; por lo que la prevención representa la única solución eficaz para evitar que se sigan infestando más personas en el mundo y en nuestro país. Se realizó una revisión bibliográfica con datos actualizados sobre la situación epidemiológica del VIH-SIDA a nivel mundial.

Descriptores DeCS: **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/prevenición y control; SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA /epidemiología; VIH; SEROPREVALENCIA DE VIH**

INTRODUCCIÓN.

“Dentro de la sociedad nosotros como seropositivos necesitamos el apoyo de nuestra familia, de los amigos y de la sociedad en general; pero si hay un apoyo que puede ser básico, ese es el del personal de salud y en eso puede influir mucho el amor con que nos traten.... “

(Opinión de una persona que vive con VIH).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), se ha convertido en una de las mayores pandemias que ha azotado al género humano ¹. No existe un sistema, ningún nivel dentro del orden social, económico y religioso que no haya sido tocado tangencialmente por este flagelo.

Según se conoce, el SIDA ha venido mutilando a la humanidad². Desde que se hizo conciente su presencia en el mundo, muchas son las personas que han padecido en carne propia sus efectos devastadores; de estas, una gran parte ya no vive, ni puede narrar su trágica historia; las otras, al igual que muchos seres vivos que habitan el planeta continúan afectados.

En los últimos quince años, el VIH-SIDA ha sido abordado como un tema que afecta a “grupos de riesgo”³, pues desde sus inicios apareció como una infección de transmisión sexual que solo se presentaba en personas fuera de la norma, dígase por ejemplo homosexuales. Este concepto indujo a pensar que este problema solo se presentaba en grupos específicos y así el resto de la población sentía que no había motivos para preocuparse.

La aparición de los casos en la población heterosexual llevo al concepto de que el SIDA nos afecta a todos, por lo que se hizo necesario enfocar las acciones en toda la población, redefiniendo los conceptos de reducción del riesgo y la disminución de la vulnerabilidad ^{4,5}.

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) no discrimina a nadie por edad, sexo, color de la piel, integración social, estatus económico y preferencia sexual. Cualquier persona que tenga prácticas de riesgo puede adquirirlo. Sin embargo, se dice que afecta a todos por igual por la repercusión que tiene en la vida en su conjunto, como en aquellas personas que se vinculan directamente ya sea como portador o persona allegada y que traduce las ansiedades y preocupaciones expresadas a través de múltiples interrogantes de un grupo considerable de personas que tienen entre sus familiares a alguien que vive con VIH-SIDA, así como por el dolor que podría sentir una madre, padre, hermano, hijo, esposo, pareja o cualquier persona ante el diagnóstico de VIH en alguno de sus seres queridos.

Es posible que una persona no muestre síntomas al haber quedado infestado con el VIH, puede incluso verse sana. En realidad no se puede precisar en que instante el virus penetra en el organismo. Solo si se hace una revisión de los momentos vividos y se identifica alguna practica de riesgo, se podrían hacer suposiciones referentes a este punto.

Las campañas de prevención en la lucha contra el SIDA en nuestro país, (y pienso que de manera acertada), se rigen por el lema “El Sida no tiene rostro “, sin embargo, la cara de la otra moneda nos acerca a una problemática bien distinta según las estadísticas de la epidemia en el mundo.

EVOLUCIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH-SIDA EN EL MUNDO.

En el 2003, la epidemia de VIH-SIDA cobro la vida de más de tres millones de personas. Se estima que cinco millones se infestaron por el virus del VIH, con lo que la cifra de personas que vivían con el virus en todo el mundo se elevo a 40 millones, para fines de ese año.

ESTADÍSTICAS Y CARACTERÍSTICAS REGIONALES DEL VIH-SIDA, FINAL DEL 2003.

Región y niños causa SIDA	Adultos y niños que viven con el VIH	Adultos y niños recién infestados por el VIH	Prevalencia entre adultos %	Defunciones de adultos por
África Subsahariana	25,0-28,2 millón.	3.0-3.4 millón	7,5-8,5	2,2-2,4 millón.
África del Norte y Oriente Medio	470 000-730 000	43 000- 67 000	0,2-0.4	35 000-50 000
Asia meridional y sudoriental	4,6-8,2 millones	610000-1,1 mill	0,4-0,8	330 000-590 000
Asia oriental y Pacifico.	700 000-1,3 millón	150000-270000	0,1-0,1	32 000-58 000
América Latina	1,3-1,9 millón.	120000-180000	0,5-0,7	49 000-70 000
Caribe	350 000-590 000	45 000- 80 000	1,9-3,1	30 000-50 000
Europa oriental y Asia Central	1,2- 1-1,8 millón.	180000-280000	0,5-0,9	23 000-37 000
Europa occidental	520 000-680 000	30 000-40 000	0,3-0,3	2600-3400
América del Norte	790 000-1,2 millón.	36 000-54 000	0,5-0,7	12 000-16 000
Australia y Nueva Zelandia	12 000-18 000	700-1000	0,1-0,1	Menos 100
Total	40 millones	5 millones	1,1 %	3 millones
	(34-36 millones)	(4,2-5,8 millón)	(0,9-1,3 %)	(2,5-3,5 m)

La proporción de adultos (15-49 años de edad) que viven con VIH-SIDA en 2003 basándose en las cifras demográficas del 2003.

Los márgenes de variación de las estimaciones presentadas definen los límites dentro de los que se encuentran las cifras reales y se basan en la mejor información disponible.

Situación de la Epidemia del SIDA, dic.-2003 ONUSIDA. Actualmente son más de dos millones las personas que viven con VIH en América Latina y el Caribe. Al menos 100 000 personas murieron de SIDA en el mismo período, el más alto número de víctimas mortales a escala regional después de África Subsahariana y Asia ⁸⁻¹⁰.

En Latinoamérica se esta observando modelos epidemiológicos característicos. En todos los países la mayoría de las infecciones por el VIH parecen producirse por transmisión sexual, tanto heterosexual como entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

En el Caribe, predomina la transmisión heterosexual, aunque la excepción se encuentra en Puerto Rico, donde el consumo de drogas intravenosas parece ser el principal transmisor de la epidemia.

En el 2004 aproximadamente 3 millones de personas fallecieron. El VIH-SIDA es la principal causa mundial de muerte y de años de vida perdidos entre los adultos de 15-49 años¹¹.

RESUMEN MUNDIAL DE LA EPIDEMIA DE SIDA.

DICIEMBRE DEL 2004.

Personas que vivían con el VIH en 2004	TOTAL	39,4 millones (35,9-44,3 millones)
	Adultos	37,2 millones (33,8-41,7 millones)
	Mujeres	17,6 millones (16,3-19,5 millones)
	Menores de 15 años	2,2 millones (2,0- 2,6 millones)
Nuevas infecciones por VIH	Total	4,9 millones (4,3- 6,4 millones)
	Adultos	4,3 millones (3,7- 5,7 millones)
	Menores de 15 años	640 000 (570 000 – 750 000)
Defunciones por SIDA en 2004.	Total	3,1 millones (2,8-3,5 millones)
	Adultos	2,6 millones (2,3-2,9 millones)
	Menores de 15 años	510 000 (460 000 – 600 000)

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

VIH-SIDA EN AMÉRICA LATINA.

Más de 1,7 millones de personas están viviendo con el VIH en América Latina. En el 2004, aproximadamente 95 000 personas fallecieron a causa del SIDA y otras 240 000 contrajeron la infección¹².

En Brasil, por ejemplo, se alberga más de un tercio de todas las personas que viven con VIH en América Latina. La transmisión heterosexual es responsable actualmente de una proporción creciente de infecciones y las mujeres están cada vez más afectadas (Marins et al, 2003). En algunas zonas los consumidores de drogas intravenosas constituyen como mínimo la mitad de los casos de SIDA en ese país, por lo que esa vía de transmisión no se debe subestimar (Caiaffa et al, 2003).

LA EPIDEMIA DEL BRASIL SE HA PROPAGADO A TODAS LAS REGIONES DE ESTE INMENSO PAIS Y SE HA VUELTO MÁS HETEROGENEA; LAS MUJERES ESTAN CADA VEZ MÁS AFECTADAS.

En Argentina durante los años 1980 y gran parte de los 1990, la transmisión del VIH se produjo principalmente a través del consumo de drogas intravenosas, sobre todo entre varones. Pero la transmisión sexual del VIH en especial de consumidores de drogas intravenosas a sus parejas femeninas, así como entre varones que tienen relaciones sexuales con varones ha adquirido mayor relevancia y según estimaciones representa el 80 % de todos los casos de SIDA notificados¹³⁻¹⁵.

En Uruguay, se ha observado un incremento alarmante en el número de personas con el VIH que son consecuencia de drogas intravenosas o sus parejas sexuales. (Osimani, 2003).

Hasta hace poco, la epidemia en la región Andina se había concentrado principalmente en profesionales del sexo, sus clientes y varones que tienen relaciones sexuales con varones. Sin embargo, esto está comenzando a cambiar a medida que el virus se propaga progresivamente a las esposas y otras parejas sexuales de esos varones^{16,17}

En la región andina, el VIH se esta propagando progresivamente a las esposas y otras parejas sexuales de los varones que pagan por tener relaciones sexuales y a los que tienen relaciones sexuales con otros varones .

Un estudio reciente efectuado en Lima (Perú) comprobó que casi el 90 % de las mujeres embarazadas VIH-positivas habían tenido solo una o dos parejas sexuales a lo largo de su vida (Alarcón et al, 2003).

Otros estudios sin embargo, han constatado que el 87 % de los varones que tienen relaciones sexuales con varones también se acuestan con mujeres (Guanira et al, 2004). De estos resultados se infiere que el riesgo de infección por el VIH de esas mujeres depende casi exclusivamente del comportamiento sexual de sus parejas masculinas.

Otras investigaciones señalan que patrones similares de transmisión podrían ser factores significativos en las epidemias que experimentan diferentes países de la región.

- Venezuela sufre una de las epidemias más importantes de la región (Ministerio de Salud y Desarrollo Social de Venezuela, 2003).
- La epidemia de Bolivia se concentra sobre todo en profesionales del sexo, sus clientes en varones que tienen relaciones con varones (Khalsa, Francis y Mazin, 2003).
- En América Central el mínimo de infecciones por el VIH ha ido aumentando en varios países, aunque la máxima prevalencia corresponde todavía a Guatemala y Honduras (ONUSIDA, 2004).
- Otros países, como por ejemplo México, la prevalencia nacional en la población adulta se mantenido muy por debajo del 1 %, pero con notables variaciones regionales (Bravo-

García y Magis, 2004).

VIH-SIDA EN EL CARIBE.

El Caribe es la segunda región del mundo más por el VIH. Entre los adultos de 15 -49 años de edad, el SIDA ha pasado ser la principal causa de Mortalidad.

Más de 440 000 personas viven con el VIH en el Caribe, incluidas las 53 000 que contrajeron el virus en el 2004. Se estima que 36 000 personas fallecieron por SIDA durante este último año^{18, 19}.

A diferencia de América Latina, la transmisión del VIH en el Caribe se produce principalmente a través del coito heterosexual, aunque las relaciones sexuales entre varones siguen constituyendo un aspecto significativo.

Con una prevalencia promedio en adultos del 2,3 %, el Caribe es la segunda región del mundo mas afectada por el VIH. En cinco países (Bahamas, Belice, Guyana, Haití y Trinidad y Tobago), la prevalencia nacional supera el 2 %. (Centro Epidemiológico del Caribe, OPS, OMS, 2004).

Varios países y territorios cuyas economías dependen del turismo figuran entre las más afectadas por la epidemia en esta región, entre las que tenemos a Bahamas, Barbados, Bermuda, Jamaica y República Dominicana. (Stanecki, 2004).

Haití sigue teniendo el mayor número de personas que viven con el el VIH en el Caribe: unas 280 000 al final del 2003 (ONUSIDA, 2004). Las últimas encuestas de vigilancia en mujeres embarazadas indican que la prevalencia del VIH varía entre el 1,8 % y casi el 7 % en diferentes partes de este país).

Jamaica, donde se estima que 22 000 personas vivían con el VIH al final del 2003, tiene el segundo mayor numero de casos y defunciones por SIDA en la región (ONUSIDA, 2004). Los datos más recientes de vigilancia señalan que la epidemia tampoco esta retrocediendo (Ministry of Health, Jamaica, 2003).

MUJERES Y SIDA.

La epidemia de SIDA esta afectando a un número creciente de mujeres y muchachas. A nivel mundial poco menos de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres, y este porcentaje se esta acrecentando sobre todo en Europa Oriental, Asia y América Latina^{20, 21}.

Cada vez más Mujeres contraen en el VIH, y no bido a relaciones fortuitas y desprotegidas, sino como resultados de vínculos estables: es decir, infestada por sus propios esposos y novios.

El SIDA esta afectando con mayor severidad a mujeres en aquellos lugares donde las relaciones heterosexuales constituyen el modo predominante de transmisión del VIH, como es el caso de África Subsahariana y el Caribe. Según encuestas recientes de población por hogares, las mujeres adultas en África Subsahariana tienen una probabilidad 1,3 veces mayor de ser infestados por el VIH que sus homólogos masculinos (ONUSIDA, 2004).

Las mujeres constituyen casi la mitad de los 440 000 adultos que viven con el VIH en el Caribe, donde las mujeres jóvenes de 15-24 años tienen casi el doble de probabilidades de estar infestadas que los varones jóvenes (ONUSIDA, UNIFEM, UNFPA, 2004).

Se describen diferentes factores que se relacionan con el notable aumento de la infección en la población femenina.

1. En algunas partes del mundo, la mayoría de las infecciones por el VIH se produce por infección de drogas con equipos contaminados, relaciones sexuales no protegidas entre varones y comercio sexual peligroso.
2. La mayoría de los consumidores de drogas intravenosas son jóvenes sexualmente activos, con el consiguiente riesgo de doble exposición al virus.
3. La mayoría de los clientes masculinos de profesionales del sexo tienen parejas sexuales, incluidas esposas y amigas estables.
4. En todas las regiones, un porcentaje considerable de los varones que tienen relaciones sexuales con varones también las tienen con mujeres.
5. La transmisión del VIH entre cónyuges se ha convertido en un factor de relevancia a tener en cuenta en diferentes países del mundo.

DESIGUALDAD, GÉNERO Y VIH.

En todo el mundo, el impacto creciente de la epidemia sobre las mujeres se está desarrollando en el contexto de profundas desigualdades de género, clase y otras^{22, 23}.

Un estudio reciente entre mujeres que acudían a dispensarios prenatales en Soweto (Sudáfrica), comprobó que era más probable que las mujeres fueran VIH-positivas en aquellas relaciones en las que los hombres tenían mucho más poder y control (Stephenson y Obasi, 2004).

Impulsadas por la pobreza y el deseo de una vida mejor, mujeres y muchachas pueden acabar utilizando el sexo como artículo de consumo que intercambian por bienes, dinero, alojamiento u

otras necesidades básicas. Este sexo transaccional implica relaciones sexuales no conyugales, a menudo con múltiples parejas masculinas de mayor edad, lo que es reflejo de la posición económica superior de los varones, así como el rol cultural que se asigna a los varones que tienen múltiples parejas sexuales (Jewkes y Word, 2001).

La Adopción de riesgos sexuales por parte de muchachas y mujeres jóvenes esta determinada en gran medida por relaciones desiguales de género y por un acceso desigual a recursos y oportunidades de ingreso y de poder social.

Por otra parte, las oportunidades de obtener ingresos son particularmente escasas para las mujeres con un bajo nivel educativo. Esto ha debilitado aun mas, la condición económica de las mujeres, agravando las desigualdades de genero y elevando la vulnerabilidad al VIH (Hunter, 2002).

“Y COMO QUEDO YO “

La epidemia de VIH-SIDA en Cuba ha tenido un crecimiento lento, pero con una elevada incidencia en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), identificándose en la actualidad como el grupo de mayor vulnerabilidad (Línea Ayuda Nacional)

Cuba, con una prevalencia del VIH muy baja, ha sido la excepción debido y al menos en parte a una política de cuarentena de las personas infestadas como medida de prevención durante los años 1980. (Posteriormente se abandono esta política).

El acceso gratuito a la terapia antirretrovirica, así como la implantación de medidas de promoción y prevención de salud y todo un sistema de medidas sanitarias que garantizan el tratamiento, seguimiento adecuado, control, vigilancia epidemiológica, así como de reinserción social de toda persona que vive con VIH-SIDA, son algunos ejemplos del trabajo realizado.

Aunque la epidemia de Cuba continua siendo pequeña en contraste con la mayor parte del Caribe, desde finales de los años 1990 se ha producido un incremento de los casos de VIH notificados (Centro Epidemiológico del Caribe, 2003).

VIH-SIDA EN CUBA. DICIEMBRE-2004.

Seropositivo	6025
Masculinos	4821
Femeninos	1204

Viven con VH Sida	4724
Sero Positivo Vivos	1300
SDA Vivos	1301

Fuente: Línea Ayuda Nacional.

SITUACIÓN DEL NIÑO EN CUBA.

Año	Casos
1986	2
1989	1
1991	1
1993	1
1995	2
1996	1
1997	
1999	1
2001	4
2002	4
2003	2
2004	3
Total	23

Fuente: MINSAP. DEPARTAMENTO DE EPIDEMIOLOGIA. 14 DE ABRIL, 2005.

¿EL SIDA NO TIENE ROSTRO?

- Hoy día los huérfanos por el VIH-SIDA suman unos 14 000 000 en todo el mundo.
- Muchas comunidades se destruyen, los servicios de salud están desbordados, y países enteros se enfrentan al hambre y la ruina económica.
- El VIH-SIDA castiga con mayor crudeza a los pobres, ellos son las más vulnerables a la infección, la enfermedad y la muerte.
- Muchas personas en todo el mundo, sobre todo jóvenes, ven truncados sus proyectos de vida y necesidades de realización personal.
- Cuán difícil es imaginar el sufrimiento de una madre o de personas en todo el mundo, que luchan diariamente ante la posibilidad de la muerte.

CONCLUSIÓN.

“AMOR CON AMOR SE PAGA”

Se conoce que la epidemia del VIH-SIDA no es solo un problema de salud, sino un complejo médico, social, económico, político, cultural y de derechos humanos que toca a todos los sectores de la sociedad. También se identifica a la prevención como la base de la respuesta contra esta enfermedad y la necesidad de reforzar los elementos de prevención con la atención, el apoyo, el amor y el tratamiento de las personas infestadas. El trabajo es bastante complejo, demanda muchas capacidades técnicas y humanas, y quién mejor que nuestros médicos para enfrentarse a este gran desafío.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Magis Rodríguez C, Bravo García E, Rivera Reyes P. El SIDA en México en el año 2000. En: La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas. México; 2000 (Serie Ángulos del SIDA).
2. Manual metodológico de prevención de las ITS/VIH/SIDA: respuesta ampliada a la epidemia. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2001.
3. Programa nacional de control y prevención del VIH-SIDA. LA Habana: MINSAP; 1997.
4. Pujari S. Apoyo para un comportamiento más seguro. Acción en SIDA. 1995; 24-9.
5. CNPITS/VIH/SIDA. Conociendo sobre VIH. Ciudad de La Habana: Pueblo y Educación; 1999.
6. Ochoa R, Sánchez J, Villalón M. Manual para médicos de familia sobre ITS-HIV-SIDA. Ciudad de La Habana: CNPITS-VIH-SIDA; 2003.
7. Albear de la Torre O, Lugo I. Conviviendo con VIH: manual dirigido a las familias de las personas que viven con VIH/SIDA en Cuba. Ciudad de La Habana: CNPITS-VIH-SIDA; 2003.
8. ONUSIDA. Situación de la epidemiología del SIDA. 2003. Disponible en: <http://www.unaids.org>.
9. ITS/VIH/SIDA. Ciudad de La Habana: Centro de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; 2004.
10. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA y OMS. Ginebra: OMS; 2002.
11. OMS. Informe sobre la salud en el mundo: 2004. Ginebra: OMS; 2004.
12. El VIH – SIDA en países de América Latina: los retos futuros. Ginebra: OMS; 2004.
13. VIH/SIDA: ampliación de la respuesta mundial al VIH/SIDA a través de una acción orientada ONUSIDA. Ginebra: OMS; 2004.
14. ICASO. Manual para el trabajo en red sobre VIH-SIDA. Toronto: Lippincott; 1997.
15. CONASIDA. Manual de capacitación para voluntarios de Telsida. México: Panamericana; 1998.

16. ONUSIDA. La epidemia del SIDA: situación en diciembre del 2001: reporte anual. Ginebra: OMS; 2001.
17. RAWOO. Hacer que las ciencias sociales importen en la lucha contra el VIH/SIDA. 2002.
18. Goldstein B, Castañera M. Aprendiendo y descubriendo a través de la transmisión de salud sexual respecto al VIH-SIDA. Revista Sexología y Sociedad. 2004; 10 (25): 26-46.
19. Guardia R de la, González I. Información del diagnóstico de VIH-SIDA a menores de 15 años. Revista Sexología y Sociedad. 2004; 10 (26): 55-9.
20. Calier J, Schiffino G. The free movement of persons living with HIV/AIDS. Luxembourg: Elsevier; 1999.
21. Informes de las supervisiones al programa nacional de prevención y control VIH-SIDA. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2003.
22. González A, Castellanos B. Sexualidad y géneros: alternativas para su educación ante los retos del siglo XXI. La Habana: Científico Técnica; 2003.
23. Situación del VIH-SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico. 2004; 4. Disponible en: <http://www.oge.org.pe>.
24. ITS-HIV-SIDA: Infomed. Disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/sida/>

SUMMARY.

Aids constitutes a treta without preceding fo the human society. The real truth alerts towards a problematic which is increasing . The AIDS theme is related with other aspects as sexuality, death , prejudices , loneliness, risk, drugs and prostitution for that reason the prevention represents the only effective solution for avoiding that many persons in the world and in our country get infect. A bibliographic revision with up- to – data about the epidemiological situation of AIDS world level.

Subject headings: **ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/ prevention & control; ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME /epidemiology; HIV; HIV SEROPREVALENCE**

[Indice Anterior](#)