

ALGUNOS FACTORES SOCIALES ASOCIADOS A LA EPIDEMIA DE SIDA EN CUBA

Lic. Alberto Rosabal Socarrás

Sanatorio de Santiago de las Vegas
arosabal@infomed.sld.cu

ALGUNOS INDICADORES QUE PERMITEN ACERCARNOS A UNA CARACTERIZACIÓN SOCIAL DE LA EPIDEMIA DEL SIDA: ORIENTACIÓN SEXUAL, NIVELES EDUCACIONALES, VINCULACIÓN LABORAL, HÁBITOS TÓXICOS, CONDICIONES HABITACIONALES, CONDUCTA SOCIAL, FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OTROS PROBLEMAS SOCIALES.

La epidemia de VIH/SIDA en Cuba se ha mantenido con un incremento anual lento pero sostenido. Hasta el 31 diciembre del año 2005 se habían diagnosticado 6 967 personas, de las cuales 9,6 % son mujeres y 80,4 % son hombres. De ese total, 2 806 personas habían debutado como casos de SIDA (41,9 %) y habían fallecido por SIDA 1 338 personas (47,6 % de los enfermos).

Desde el punto de vista social cabe preguntarse: ¿qué cubanos han sido los más afectados realmente?, ¿qué espacio ocupan dentro de la sociedad?

En la realización de este trabajo se han consultado y procesado datos de los archivos de la Subdirección de Asistencia Social del Sanatorio de Santiago de las Vegas y de la Dirección Nacional de Higiene y Epidemiología del Ministerio de Salud Pública de Cuba, enfatizando en los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en la vulnerabilidad de estas personas ante la epidemia.

En Cuba, como en casi todos los países en que se han desarrollado programas de enfrentamiento a la epidemia de SIDA, la responsabilidad de esta labor ha recaído en el Ministerio de Salud Pública. Existe participación de otros organismos del Estado y organizaciones sociales, pero la mayor parte de

las acciones está enfocada hacia un conjunto de actividades de salud y no se han tenido en cuenta desde un inicio todos los factores estructurales que inciden en la epidemia, en el contexto social, económico y cultural.

Por lo general, los modelos asumidos en diferentes países para promover cambios en el comportamiento sexual de las personas, se concentran en los individuos y no se ha prestado la necesaria atención al rol de la familia, la comunidad y los grupos sociales.

Desde 1980 se han concebido e implementado numerosas acciones tendentes a minimizar el impacto de la epidemia en la población cubana.

Al inicio de la década del ochenta del pasado siglo, por decisión del Gobierno se constituyó el Grupo Operativo para el Enfrentamiento y Lucha contra el SIDA (GOPELS), integrado por representantes de todos los organismos del Estado bajo la coordinación del Ministerio de Salud Pública, con el objetivo de evaluar periódicamente las estrategias de control y prevención de la enfermedad.

A finales de 1985 se puso en vigor el Primer Programa de Salud dirigido a enfrentar la epidemia de VIH/SIDA, el cual comenzó a ejecutarse

a principios de 1986. Este programa incluyó entre sus objetivos principales:

- pesquisa serológica a grupos con conductas de riesgo;

El Programa fue modificándose durante la década del noventa en la medida en que las circunstancias así lo requirieron, estableciéndose otras modalidades de atención: sistema ambulatorio (1993), Plan



- estudio epidemiológico de personas diagnosticadas;
- ingreso de los casos identificados para su atención, observación clínica e intervenciones educativas;
- primeras acciones de prevención, empleando sobre todo las potencialidades del Sistema Nacional de Salud.

Intersectorial para Educación, Prevención y Control de las ITS/VIH/SIDA (1997), tratamiento sin internamiento (Hospital de Día, 1998), conjuntamente con la conformación, a lo largo de esa década, de una Red de Instituciones Especializadas de Atención a Personas Viviendo con VIH.

En octubre de 2001 se aprobó el Plan Estratégico Nacional de Enfrentamiento a las

ITS/VIH/SIDA para los años 2001-2006, el que, sin abandonar la atención a las personas diagnosticadas y a los comportamientos de riesgo, ha centrado su atención en los factores ambientales y sociales que influyen en dicho comportamiento y en la influencia que el medio social y familiar ejerce en las conductas, difíciles de modificar, que asumen muchas personas.

La epidemia en Cuba, eminentemente propagada por vía sexual, ha tenido un desarrollo lento y con baja prevalencia, la más baja de toda América y una de las más bajas del mundo (inferior a 0,1 %). En ello ha incidido de manera decisiva la existencia de los servicios de salud generalizados a toda la población gratuitamente; el sistema de pesquisaje de VIH vigente, que ha permitido el diagnóstico temprano de los casos (~ 80% de quienes se infectan cada año); y la labor de educación-prevenición y la atención integral que se ofrece a las personas diagnosticadas en el orden clínico, nutricional y psicosocial.

Aunque los resultados de las acciones desarrolladas son evidentes y favorables, aún no se ha logrado detener el crecimiento de la epidemia.

Ante esta realidad cabe preguntarse: ¿hasta dónde han sido efectivas las campañas educativas y preventivas?

Debemos valorar que, si en un principio, en 1986, el primer grupo de personas diagnosticadas estuvo constituido mayoritariamente por hombres heterosexuales que adquirieron la infección en el extranjero y por sus parejas sexuales en Cuba, gradualmente se fue incrementando entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hasta constituir acumulativamente 68,9 % del total de personas afectadas (85,6 % de los hombres).

Sin embargo, contradictoriamente, en el aspecto divulgativo y preventivo las campañas públicas emprendidas han estado dirigidas en lo fundamental hacia los hombres y mujeres jóvenes heterosexuales, sin tenerse en cuenta que los HSH, por ser más vulnerables, son los más necesitados de este tipo de intervenciones.

Tampoco se ha contado siempre con el apoyo de las autoridades locales que, lastradas por los prejuicios y la homofobia, no se han percatado que el trabajo directo con la comunidad de HSH es esencialmente un problema de salud que hay que enfrentar con decisión y con voluntad política por encima

de cualquiera otra consideración si se quiere dar un viraje a la tendencia actual de la epidemia.

Es conocido que la epidemia de VIH/SIDA genera múltiples problemas sociales, pero no siempre se hace el análisis inverso para valorar qué problemas sociales potencian el incremento de la epidemia.

Con ese propósito se presenta a continuación una serie de datos obtenidos a partir del estudio de una muestra aleatoria de 267 personas atendidas en el Sanatorio de Santiago de las Vegas:

- La disfuncionalidad familiar estaba presente en 80,8 % de los casos.
- 42 % tenía antecedentes de trastornos psiquiátricos, con muy baja percepción de riesgo.
- 59,5 % tenía un nivel de escolaridad inferior al décimo grado (53,2 % entre séptimo y noveno grados). Estas personas no continuaron estudios superiores. La única oportunidad que tuvieron para recibir educación específica sobre las ITS y el SIDA, fue en la enseñanza secundaria básica, la cual se perdió al no existir este objetivo, en el momento de su diagnóstico, dentro de los programas de estudios.
- 66,2 % no tenía vínculo laboral oficialmente reconocido en el momento del diagnóstico: sólo 24,5 % trabajaba y 0,7 % estudiaba).
- 41,9 % tenía antecedentes de conducta social inadecuada.
- 57 % presentaba otros problemas sociales, siendo el de la vivienda el más grave, presente con mucha severidad en 28,5 % de la muestra estudiada; 10,3 % enfrentaba rechazo familiar y falta de apoyo; 6,8 % tenía dificultades económicas y a 11,3 % le fueron diagnosticados problemas psicosociales.

La situación descrita evidencia la necesidad de apoyo social que requieren estas personas, que no puede proceder de una entidad aislada, sino del esfuerzo mancomunado de las autoridades locales y otros sectores de la sociedad.

Los problemas enunciados no constituyen exclusivamente problemas de salud, pero tienen incidencia directa en la conducta de riesgo asumida por las personas en relación con su salud.

El funcionamiento preventivo estable de las Comisiones de Prevención Social a nivel de barrio y municipio, un papel más activo de las autoridades de

Educación y del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, del sector cultural y las organizaciones sociales, tienen necesariamente que incidir en los cambios de conducta de las personas y familias menos favorecidas en cada territorio.

La atención directa a las familias disfuncionales, el retorno de jóvenes con posibilidades de estudiar a las aulas de enseñanza general o técnico-profesional, la ubicación laboral de personas alejadas de labores socialmente útiles y la creación de opciones culturales para la recreación sana en las comunidades, son acciones que demandan el concurso de todas las autoridades y que a lo largo de estos años no se han comportado de forma homogénea en el país.

Pese a las limitaciones económicas de Cuba, desde 2002 se han emprendido acciones para la formación de miles de trabajadores sociales, se trabaja en el diagnóstico social de las familias y comunidades insalubres y se han iniciado programas educativos para las personas desvinculadas y con conducta social desordenada.

El impacto de estas acciones no será inmediato sobre la epidemia de SIDA, porque los hábitos y conductas toman tiempo para ser modificados, pero se trata de un primer paso en esa dirección.

El programa de enfrentamiento a la epidemia de SIDA en Cuba ha tenido logros apreciables al tener una incidencia muy baja y un lento crecimiento. Se ha podido ofrecer a todas las personas infectadas adecuada alimentación, asistencia

médica y tratamientos gratuitos y se les han garantizado los derechos al trabajo, al estudio y a la asistencia social.

Además de mantener y perfeccionar las acciones de salud, resulta imprescindible impulsar otros proyectos que hasta la actualidad se han manifestado de manera muy tímida tales como:

- Fomentar y generalizar en todo el país los proyectos educativos y preventivos con los HSH, a nivel individual, familiar y comunitario, por todos los medios posibles, incluyendo los medios masivos de difusión.
- Generalizar en los programas escolares la educación sobre las ITS/SIDA en los adolescentes y fomentar en ellos la percepción de riesgo y la incorporación de hábitos saludables en las relaciones sexuales.
- Mantener un trabajo sostenido con las personas de conducta social desordenada, las familias disfuncionales y las comunidades en desventaja social, para lograr su incorporación a las diferentes opciones de estudio, proyectos culturales y la vinculación a labores socialmente útiles.

Se debe trabajar en la erradicación de los problemas sociales más acuciantes que tienen incidencia en la epidemia. Hay necesidad de elaborar programas creativos de prevención en los que deben tenerse en consideración esos factores y diseñar proyectos de intervención más específicos acordes a las características de cada comunidad o grupo social.

~~~~~ **BIBLIOGRAFÍA** ~~~~~

Programa Nacional de Control y Prevención de las ITS/VIH/SIDA, 1985.  
Resolución 110/2001. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA para los años 2001-2006.

Resolución ministerial no. 82. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA, 1988.  
Reporte estadístico de la Dirección Nacional de Epidemiología, enero, 2006.  
Reportes de la Subdirección de Asistencia Social, SSV.

