

EL SIDA. SU REPERCUSIÓN SOCIOECONÓMICA EN LOS PAÍSES SUBDESARROLLADOS, Y EL APORTE EDUCATIVO EN SU PREVENCIÓN

Reinaldo Rodríguez Ferrá,¹ Zabdíel Gómez Barrera² y Tania García Hernández³

RESUMEN: Se realiza una revisión sobre la prevalencia del SIDA en el año 1998 en los países subdesarrollados y particularmente en Cuba, así como su mortalidad. Se revisa la repercusión social y económica que la enfermedad está teniendo en los países subdesarrollados, especialmente en el continente africano; así como lo importante de la tarea preventiva en base a la educación sexual de la población en general y muy en especial en los jóvenes.

DeCS: SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA; PREVALENCIA SEXUAL; PAISES EN DESARROLLO.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), llamada también la peste del siglo xx, es el estado final de la infección crónica producida por el retrovirus VIH (virus de inmunodeficiencia humana). Aparece por primera vez en 1981 en la ciudad de Los Angeles. Estados Unidos de América, produciéndose rápidamente una enorme expansión pandémica de la enfermedad^{1,2} (Por la Vida. Centro de coordinación e información de ETS/VIH/SIDA. MINSAP 1(2), 1998:1)(MINSAP. Cuba. El SIDA. En: Grupo de prevención SIDA (GPSIDA), 1994:1-7).

El SIDA es una enfermedad que anula la capacidad del sistema inmunológico para

defender al organismo de múltiples microorganismos, produciéndose graves infecciones. Se caracteriza por astenia y pérdida de peso importantes, y con frecuencia por complicaciones neurológicas debido a la lesión de las células cerebrales, también la distingue una elevada incidencia de ciertos cánceres, especialmente el sarcoma de Kaposi y otros como los linfomas de células B.² ("Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA". Enciclopedia Microsoft (F) Encarta (R) 98.(c) 1993-1997. Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.).

Hoy se conocen por lo menos 2 agentes productores del SIDA: el VIH-1 y el VIH-2. El

¹ Especialista de II Grado en Obstetricia y Ginecología. Profesor Asistente. Policlínico Docente "Tula Aguilera", Camagüey.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Este", Camagüey.

³ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Docente "Tula Aguilera", Camagüey.

tipo 1 presenta una distribución mundial, en él se han identificado 120 cepas mutantes, es el responsable de la mayor parte de los casos conocidos y probablemente tiene una mayor virulencia. El tipo 2 está más circunscrito a la región occidental del continente africano, aunque también se han identificado algunos enfermos en otras regiones del mundo, en él se han identificado 20 cepas mutantes.³

El VIH se transmite fundamentalmente a través de relaciones sexuales (vaginal, anal y oral), accidentes por objetos punzantes y/o cortantes infectados, por inyecciones o administración de sangre y hemoderivados infectados, y de las madres a sus hijos durante la gestación, el parto o la lactancia materna.^{4,7}

La susceptibilidad es universal, es decir, cualquier persona independiente de su edad, sexo o raza puede padecer la enfermedad. El período de incubación se estima entre varios meses y 8 años o más, y el período de transmisibilidad se estima que puede durar toda la vida del paciente.⁸

Según un informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNAIDS), presentado el 1.º de diciembre de 1996 (Día Mundial del SIDA), cerca de 3,1 millones de personas se infectaron con el SIDA en 1996, lo que equivale a 8 500 casos nuevos diarios, de los cuales 7 500 son adultos y 1 000 son niños. Además hasta esa fecha, 22,6 millones de personas tenían SIDA o estaban infectadas por el VIH, y un total de 1,5 millones de personas habían perecido por su causa.⁹ (Síndrome de inmunodeficiencia adquirida "(SIDA)" Enciclopedia Microsoft (F) Encarta (R) 98. (c) 1993-1997 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.).

Estimados recientes de finales de 1998 señalan que el número de personas viviendo con VIH aumentó aproximadamente hasta 33,4 millones, y la epidemia no ha sido

controlada en ningún lugar. Durante 1998 se produjeron en el mundo 11 infecciones de hombres, mujeres y niños por minuto, para un total de cerca de 6 millones de personas.¹⁰

En Cuba el comportamiento de la infección por el VIH/SIDA hasta el 31/12/98 fue el siguiente: Se habían detectado 2 193 seropositivos, de los cuales habían desarrollado el SIDA 840 y habían fallecido por esa causa 578. La tasa acumulada de detección es de 15,7 por millón de habitantes, y las provincias con mayores tasas son Ciudad de La Habana, Villa Clara, La Habana, Matanzas y Pinar del Río. En la distribución por sexo, el 81,3 % correspondió al masculino, y existe predominio de la conducta homosexual o bisexual entre estos. Las edades más afectadas son aquellas de mayor actividad sexual, más de 80 % de las personas detectadas se encuentran entre 15 y 29 años de edad.^{10,11}

Es posible que hacia el año 2010, más de 40 millones de niños en 23 países en desarrollo hayan perdido a uno de sus padres o a ambos. La mayoría de esas defunciones se deberán a la pandemia de la infección por el VIH y el SIDA y a enfermedades complicadas, dice *Brian Atwood*, administrador del USAID, y añade: "...en los países de África, Asia, y América Latina, la infección por el VIH y el SIDA está echando por tierra años de progreso logrado con el desarrollo social y económico".¹²

La prevención de la transmisión sexual del VIH representa la piedra angular de la lucha contra la difusión del SIDA, ya que más de las 4/5 partes de las personas que entran en contacto con alguno de los agentes de esta enfermedad lo hacen a través de dicha vía. Al ser el principal vehículo de transmisión, su interrupción y control a la larga necesariamente influirá sobre la disminución del resto de las formas de propagación, pues por una parte se infectarán

menos mujeres, y por tanto menos recién nacidos, y la disminución de la circulación sexual del VIH producirá de momento una atenuación de la magnitud del reservorio, y a más largo plazo una disminución paulatina. Ello traerá consigo una reducción del riesgo de infección por la sangre, hemoderivados y los accidentes en los hospitales y clínicas. Sin embargo, aunque es posible, estamos convencidos de que para su éxito depende mucho la concientización al respecto, que tengan todos los ciudadanos sexualmente activos, algo que está íntimamente relacionado con la labor educativa que se desarrolle en la comunidad.¹³

Es necesario señalar que una buena campaña educativa y de divulgación requiere la inversión de recursos, pero de hecho un país no tiene que ser rico para tener éxito en materia de prevención; en este sentido los costos son ínfimos, si los comparamos con los costos empleados en la atención a un paciente enfermo de SIDA, los cuales se clasifican en:

- a) Directos visibles: son los costos del cuidado personal y de salud.
- b) Directos invisibles: representados por los servicios proporcionados por la familia, los amigos y otras instituciones.
- c) Indirectos visibles: son los costos en términos de producción y pérdidas debido a la morbilidad por el SIDA.
- d) Indirectos invisibles: son los costos de reacción intangibles y de menor calidad de vida, tales como ansiedad, miedo, depresión, etcétera.¹⁴

Entre algunos costos tenemos las pruebas disponibles para detectar anticuerpos del VIH que constituyen una carga financiera significativa a los presupuestos de los programas del SIDA en países en desarrollo.¹⁵ Otro gasto en cuanto al tratamiento lo tenemos, por ejemplo, en el que se aplica en las

gestantes con zidovudina (AZT), que cuesta entre US\$80.00 y US\$100.00 (dosis única). Otro, el del ACTG076, cuesta alrededor de US \$ 1000.00.¹⁶

Un estudio realizado por el Proyecto de Control y Prevención contra la Infección por VIH/SIDA (AIDSCAP) en 5 consultorios de Bangkok, detectó que la prestación de servicios para las ETS cuesta un promedio de US \$ 19.00 a US\$25.00 por paciente, mientras que el gobierno tailandés gastaba solo US\$20.00 per cápita para cubrir todas las necesidades de salud en ese entonces.¹⁷

El Banco Mundial informa que estudios realizados en 9 países en desarrollo y 7 países industrializados plantean que prevenir un caso de SIDA ahorra en promedio un monto equivalente a cerca de 2 veces el producto nacional bruto per cápita en costos de la pandemia.¹⁴

Ante las consecuencias desastrosas que en todos los sentidos trae consigo el SIDA, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que se debe insistir sobre aspectos importantes como la disminución del número de compañeros sexuales, la elevación de los valores de la monogamia, es decir, estabilización de la pareja sexual, la abstinencia de relaciones sexuales con prostitutas o con personas promiscuas y la promoción del uso del condón.¹³

No es fácil lograr resultados en este tipo de campañas, sobre todo a corto plazo, y menos entre las personas que ya se han habituado a un estilo de vida sexual. Por ello algunos autores insisten en que este trabajo debe iniciarse desde edades anteriores, es decir, en los prepúberes, y púberes de manera que se trabaje con niños y jóvenes que aún no han iniciado vida sexual.¹³

La educación sexual es esencial a fin de crear conciencia en los jóvenes respecto a las consecuencias de la actividad sexual sin protección, para ayudarles a explorar valores y a sentirse cómodos en cuanto a su propia sexualidad.¹⁸

Debido a que las ETS, y el SIDA entre ellas, afectan fundamentalmente a la población joven, la cual es la peor informada, debemos dirigir nuestros esfuerzos hacia ella, de manera que modifiquen hábitos y conductas sexuales para evitar la transmisión de estas enfermedades.¹⁹ Se ha comprobado que las ETS, incluida la infección por SIDA, afectan a los adolescentes en medida creciente. De acuerdo con la OMS, 1 de cada 20 adolescentes mundialmente contrae una ETS cada año.²⁰

En Uganda, por ejemplo, el mensaje "ACC" (abstinencia, cambio de comportamiento o condones) está llegando a los jóvenes a través de las escuelas, los programas comunitarios y los medios de comunicación, y se ha visto una disminución del 35 % en la prevalencia del VIH entre las jóvenes y las mujeres de 15 a 24 años de edad desde 1990 hasta 1995.²¹

En una comunidad agrícola en los Estados Unidos fue registrada una prevalencia inusualmente elevada de infecciones por VIH. Un proyecto de prevención del SIDA anima a los adolescentes a hacer frente a su inaceptación de los riesgos sexuales. El proyecto de *Belle Glade*, Florida, llamado *Health Education AIDS Research Team* (Equipo de Investigación del SIDA para la Educación en Salud), emplea representaciones teatrales breves, juegos y otros eventos comunitarios para ayudar a los adolescentes a comprender los riesgos de la infección por el VIH. Después de terminado el proyecto, la proporción de adolescentes que tienen relaciones sexuales disminuyó de 56 a 43 %, y el uso del condón aumentó (*Fox L, Bailey P, James D y otros. Reaching Adolescents at HIV Risk in Belle Glade, Florida: Results of the 1992 and 1994 Household Surveys Poster, XIth. International Conference on AIDS, July 7-12, 1996, Vancouver, BC.*).

En Tanzania, un programa escolar para jóvenes de 13 a 15 años de edad aportó más conocimiento acerca del SIDA y produjo una disminución del número de estudiantes que pensaban tener relaciones sexuales en un futuro cercano.²²

En 1995 el Hospital Chikankata en Zambia, comenzó a apoyar el trabajo de pequeños grupos, llamados equipos de cuidados y prevención (ECP) que brindaban cuidados y apoyo a las personas afectadas por el VIH. El papel del ECP es desarrollar y coordinar las actividades, identificando las necesidades de las personas, e impartiendo educación para la salud, principalmente a los jóvenes.²³

Gapa-BA es una ONG que trabaja en una región muy pobre de Brasil, y uno de sus proyectos iniciados en 1992 intenta ayudar a los jóvenes a decidir cómo llevar una vida sexual sana. Dan sesiones con maestros sobre técnicas participativas de educación para la salud principalmente sobre el SIDA.²⁴

En 1993 Yayasan Hanmeni, una ONG local de Timor en el sudeste de Asia, comenzó un programa de prevención de ETS/VIH. Primero hicieron un grupo de trabajo formado por enfermeras, líderes religiosos y trabajadores de la salud, los capacitaron y se comenzó el trabajo con los jóvenes por medio de técnicas participativas en educación sexual realizando sesiones educativas que se tradujeron en cambios en la conducta sexual; aún se trabaja en este proyecto.²⁵

En Chile, desde 1987 la Corporación Chilena de Prevención del SIDA trabaja en la comunidad *gay* en la prevención del SIDA. Realizan talleres con discusiones grupales sobre sexualidad, condón y su uso, y se ha visto una reducción del riesgo.²⁶

La OMS comparó 35 estudios de educación sexual en los Estados Unidos, Euro-

pa, Australia, México y Tailandia. La encuesta mostró que los programas de educación sexual pueden, en realidad, alentar a la gente joven a posponer las relaciones sexuales penetrativas o, si ya son sexualmente activos, reducir su número de compañeros o tener sexo más seguro.²⁷

Cruz Romero en una zona rural de Cuba encontró un nivel de información sexual en los adolescentes de 48,1 % el cual se elevó a un 79,6 % después de la influencia educativa efectuada.²⁸ Igualmente *Castell Medina* en Cuba encuentra un 72 % de respuestas correctas en adolescentes sobre cuáles son las ETS y un 75 % de respuestas correctas sobre los medios de transmisión.²⁹

En un trabajo realizado en Camagüey en 1996-1997 en la secundaria básica "Esteban Borrero" con 40 alumnos, realizando técnicas participativas sobre conocimientos de ETS, se encontró que al inicio de la actividad el 40 % de los alumnos tenía un nivel regular de conocimientos sobre ETS y un 40 % de mal; sin embargo, 6 meses después de las actividades educativas el nivel de conocimientos se elevó a un 100 % de evaluadas de bien.³⁰ Asimismo, en otro trabajo realizado en Camagüey con 30 estudiantes del Politécnico Agropecuario "Álvaro Barba" desde el 1ro. de septiembre de 1998 al 31 de enero de 1999, con técnicas participativas sobre el conocimiento del SIDA, se encontró que al inicio de la actividad el 23,3 % tuvo una evaluación de bien sobre los conocimientos de esta entidad, pero al final de las actividades educativas se encontró que el nivel de conocimiento alcanzó un 100 % de evaluados de bien. (Comunicación personal. Dr. Zabdiel Gómez Barrera. Tesis de Grado. Especialista de I Grado en MGI. Policlínico Este, Camagüey. Técnicas Participativas en el Conocimiento de Adolescentes sobre el SIDA.).

De lo que hemos revisado hasta el momento podemos concluir que el SIDA es

una enfermedad con una gran carga social y económica para los países del tercer mundo, sobre todo para el continente africano. Podemos aseverarlo aún más porque los principales factores que definen la gravedad de la epidemia, y que despiertan la inquietud de los expertos en salud pública son los siguientes:¹⁵

- La presencia de obstáculos sociales y culturales para modificar los comportamientos de alto riesgo, especialmente en los grupos más vulnerables.
- El desplazamiento de la epidemia de infección por VIH a las poblaciones más jóvenes.
- El aumento de la prevalencia de ETS, en especial el VIH, en grupos con acceso restringido, o limitado a la educación en salud y a los servicios de asistencia sanitaria.
- La continua vulnerabilidad biológica, social y económica de las mujeres, así como la falta de métodos de protección eficaces.
- El número cada vez mayor de casos de transmisión de madre a hijo.
- La presencia confirmada de diversos subtipos patógenos de VIH-1 en la región.
- La aparición de fármacorresistencia.

En la Mesa Redonda No. 2 de la Cumbre del Milenio, el Comandante en Jefe realizó una serie de reflexiones sobre la tragedia que viven los países subdesarrollados y en especial el continente africano con el flagelo del SIDA.³¹ Planteó que el costo de una persona infectada por el SIDA asciende a US \$ 10 000.00, que los costos de los medicamentos a producir son de US \$ 1 000 por persona enferma y que los dirigentes africanos expresan una realidad: que aunque les regalasen los medicamentos, no tendrían una infraestructura para distribuirlos y

aplicarlos. Dijo que no habría que esperar a que murieran millones de niños, que los huérfanos dentro de algunos años serán alrededor de 40 millones, una tragedia dantesca. Agregó que no hay país que pueda desarrollarse, cualesquiera que sean los recursos, si tiene un 25 %, un 30 % de personas infectadas, millones y millones de huérfanos, y que a su juicio significaría, realmente el exterminio de naciones enteras de África.

Como vemos, la realidad del continente africano en cuanto a la epidemia del SIDA es hipercrítica necesitando como expresó Fidel la ayuda a los países desarrollados

del mundo en cuanto a vacunas, medicamentos y personal para organizar la infraestructura necesaria y enfrentar esta situación.

Cuba, un país subdesarrollado, ofreció la posibilidad de enviar 3 000 trabajadores de la salud en apoyo a esta infraestructura. Los médicos cubanos pueden brindar una gran ayuda en cuanto a la promoción y prevención de salud, pueden ofrecer la posibilidad de que la población joven, la cual es la más vulnerable, tenga la posibilidad de aumentar su educación en materia de salud, y de esta forma tratar de mitigar el sufrimiento de los países subdesarrollados, en especial el continente africano.

SUMMARY: A review is made on the prevalence of AIDS in the underdeveloped countries and, particularly, in Cuba, as well as on its mortality during 1998. Its social and economic repercussion in the underdeveloped countries and, mainly, in the African continent, is dealt with. The importance of the preventive task based on sex education of the population in general and, specifically, of the young people, is stressed.

Subject headings: **ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME; PREVALENCE; SEX EDUCATION; DEVELOPING COUNTRIES.**

Referencias bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud. Pautas para la atención clínica de personas adultas infectadas por VIH. Washington DC, 1994.
2. Organización Panamericana de la Salud SIDA: La epidemia de los tiempos modernos. Washington DC. Organización Panamericana de la Salud: 1993:1-28.
3. De Cock KM, Adjorlolo G, Ekpini E, Sibailly T, Kovadio J, Maran M, et al. Epidemiology of HIV-2. Why there is no HIV-2 pandemic. JAMA 1993;270:2083-6.
4. Epidemiología. En: Programa de entrenamiento sobre el SIDA. La Habana, Ed. Ciencias Médicas, 1989:15-8.
5. Pujari S. Apoyo para un comportamiento más seguro. Acción en SIDA. 1995;24(1):3.
6. El riesgo de infección por el VIH durante la lactancia materna. Network 2000;20(1):2.
7. ETS y embarazo influyen en la salud de la mujer. Network 1997;17(2):27.
8. Patrón epidemiológico. En: Programa de entrenamiento sobre el SIDA. La Habana. Ed. Ciencias Médicas, 1989:16-8.
9. Valdés García, Luis. Enfermedades emergentes y reemergentes. La Habana: 1998:143-8.
10. Epidemiología. En: Conocimiento sobre VIH. Manual para el personal de salud y médicos de familia de Cuba. La Habana: Ed. Pueblo y Educación, 1998:1-4.
11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Por la Vida. En: Centro de coordinación e información ETS/VIH/SIDA, 1998;2:1-4.
12. El VIH infecta a 30 millones. Network 1998;18(2):2.
13. Galbán García, Enrique: Prevención de la transmisión sexual. En: Programa de entrenamiento sobre el SIDA. La Habana: Ed. Ciencias Médicas, 1989:13-20.
14. Irazola Lima, JA: SIDA. Estado actual del conocimiento basado en la 11na. conferencia internacional sobre SIDA, Vancouver, Canadá. México: Ed. Noriega, 1996.

15. Reducing the cost of HIV antibody testing. *Lancet* 1993;3426(8863):87-90.
16. SIDA e infecciones de transmisión sexual en las Américas. *Rev Pan Salud Pub* 1999;6(3):215-9.
17. La integración de servicios implica cuestiones de costos. *Network*; 1998;18(2):21.
18. Declaración del IMAP sobre anticoncepción para adolescentes. *Bol Med. IPPF* 1994;28(1):1.
19. OSA J.A. De la. Un vistazo al SIDA. *Granma*. 1996;32(1):3.
20. Declaración del IMAP sobre consejería anticonceptiva. *Bol Med. IPPF*, 1994;28(3):1-4.
21. The Status and Trends of the Global HIV/AIDS Pandemic Symposium, Final Report S. Arlington V.A. AIDSCAP/Family Health International, Harvard School of Public Health and UNAIDS, 1996:17.
22. Kleep KI, Ndeki S.S, Seha AM, y col AIDS education for primary school children in Tanzania: an evaluation study *AIDS* 1994;8(8):1157-62.
23. Siame D. Mutonyi S. Todo en un día de trabajo. *Acción en SIDA*. 1997;33(2):6.
24. GAPA-BA. ONG. Aprendiendo todos juntos. *Acción en SIDA*. 1997;33(2):7.
25. Zuurmont I. Hablar de las tradiciones. *Acción en SIDA*. 1996;29(2):3.
26. Frasca T. 10 años de trabajo continuo en Chile. *Acción en SIDA* 1996;29(2):15.
27. Lecciones para la vida. *Acción en SIDA*. 1995;25(3):3.
28. Cruz Romero FA, Álvarez Sintés R, Massó Borboña V, Brook Fabre J. Información sexual en jóvenes de zona rural. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1992;8(2):96-105.
29. Castell Medina VP, Borregos Milián OR, Lugo López C, Díaz Narváez VP, Echevarría Cabañas. Comparación de los conocimientos sobre la sexualidad en un grupo de adolescentes y sus padres. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1990;6(1):5-22.
30. García Hernández T, Rodríguez Ferrá R, Castaño Hernández S. Efectividad de las técnicas participativas en los conocimientos de adolescentes sobre ETS. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1999;15(5):336-40.
31. Castro Ruz F. "El papel de las Naciones Unidas en el siglo XXI". Mesa Redonda No. 2 de la Cumbre del Milenio. *Granma*, 1ra Ed. 36(199):3.

Recibido: 7 de diciembre del 2000. Aprobado: 15 de marzo del 2001.

Dr. Reinaldo Rodríguez Ferrá. Martí # 732 e/ A y B, reparto Sánchez Soto, Camagüey, Cuba.