

INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL "PEDRO KOURÍ"

## Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural

*Dra. Ángela Gala González,<sup>1</sup> Dr. Denis Berdasquera Corcho,<sup>2</sup> Dr. Jorge Pérez Ávila,<sup>3</sup> Dr. Jaime Pinto Valluerca,<sup>4</sup> Lic. Jesús Suárez Valdéz,<sup>5</sup> Dr. José Joanes Fiol,<sup>6</sup> Lic. Lizet Sánchez,<sup>7</sup> Ing. Carlos Aragonés López<sup>8</sup> y Dr. Manuel Díaz González<sup>9</sup>*

### RESUMEN

Se explicó la adaptación del modelo de las enfermedades transmisibles de *Coreil* y otros, a la dinámica de la adquisición del VIH desde la perspectiva del individuo susceptible. Se hizo una revisión, acerca de la situación internacional y de Cuba de esta enfermedad, mediante el desarrollo de la discusión filosófica de los conceptos y las bases de un enfoque diferente de riesgo. Se demostró la aplicabilidad de este modelo y se previó su utilidad para el estudio de los determinantes que intervienen en la adquisición de la infección.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, enfermedades transmisibles, exposición, riesgo.

La epidemia de SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), producida por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es, en muchos componentes, un hecho sin precedentes en la historia de la humanidad. La emergencia de la enfermedad y la rápida diseminación de la infección por el mundo provocaron la movilización de recursos humanos y financieros dedicados a la investigación, el tratamiento y las estrategias de control; todo esto cobró una dimensión global incomparable con hechos conocidos hasta hoy.<sup>1</sup>

El grueso de las investigaciones sobre el SIDA, a inicios de los años 80, se dedicó al entendimiento de su ocurrencia y presentación en las poblaciones y sus entornos. En los últimos 20 años, el conocimiento del SIDA se ha nutrido de resultados de importantes investigaciones médico-sociales llevadas a cabo a los niveles nacional, subnacional y global, que han contribuido a la exploración de la transmisión del VIH en grupos particulares (en especial en la comunidad homosexual y usuarios de drogas endovenosas en EE.UU. y Europa,

<sup>1</sup> Máster en Ciencias en Epidemiología Clínica. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesora Instructora. Investigadora Agregada. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

<sup>2</sup> Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

<sup>3</sup> Especialista de II Grado en Farmacología. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

<sup>4</sup> Especialista de I Grado en Epidemiología. Sanatorio de Santiago de las Vegas.

<sup>5</sup> Máster en Ciencias en Psicología. Licenciado en Psicología. Profesor Auxiliar. Sanatorio de Santiago de las Vegas.

<sup>6</sup> Especialista de I Grado en Epidemiología. Dirección Nacional de Epidemiología. MINSAP.

<sup>7</sup> Doctora en Ciencias. Licenciada en Matemática. Profesora Instructora. Investigadora Agregada. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

<sup>8</sup> Máster en Ciencias en Epidemiología. Ingeniero Informático. Profesor Instructor. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

<sup>9</sup> Especialista de I Grado en Epidemiología. Profesor Instructor. Investigador Agregado. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí".

trabajadores sexuales en África subsahariana, Asia y Latinoamérica), al conocimiento de los factores históricos y culturales que han facilitado la transmisión del virus, así como del impacto económico del SIDA en los sistemas de salud y el mercado laboral.<sup>1</sup> Otros estudios han sido dirigidos al contexto individual en términos de comportamiento sexual y conocimientos acerca del VIH y el SIDA. En años recientes se ha ampliado el espectro de investigaciones para incluir a la mujer y la juventud, el enfoque de género, los derechos humanos, el impacto de las estrategias de control y los costos del tratamiento en términos de acceso universal.<sup>1,2</sup>

En los primeros años de la epidemia, las investigaciones médicas se movían fuera de su paradigma de ver al individuo como unidad de análisis. Después de algunos años de seguimiento al VIH, se hizo evidente que si la transmisión debía ser detenida o al menos disminuida, debían entenderse bien las relaciones sociales en las cuales las conductas de riesgo ocurrían.<sup>3</sup> Surge así el *enfoque biopsicosocial*, el cual reconoce una gama de factores que hacen más o menos vulnerable a los individuos, incluidos los genéticos y fisiológicos, las características demográficas, el estado socioeconómico, el ambiente social, comportamiento individual y otros factores psicosociales. Mediante diferentes modelos se trataba de explicar el proceso de transmisión del virus en las comunidades, que estaban sustentados no solo en el individuo, sino también en los diferentes factores que intervienen en la transmisión.<sup>3</sup>

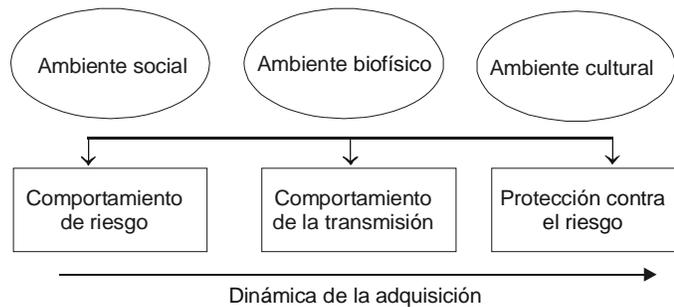
En general, los estudios dedicados a la epidemia del VIH/SIDA han contribuido del mismo modo a llamar la atención sobre otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Las ITS constituyeron históricamente una de las áreas más abandonadas por la medicina y la salud pública en los países de medios y bajos ingresos. Hasta el inicio de la epidemia del VIH/SIDA en los años 80, era muy poca la atención que se le prestaba desde todos los puntos de vista a las ITS, a pesar de que en conjunto causaban una enorme morbilidad, que afectaba la productividad y traía consigo infertilidad y gastos sustanciales para la salud pública.<sup>4</sup> El hecho de que el virus causante del SIDA —y toda su estela de morbilidad y mortalidad—, se transmite sexualmente, junto a que esto se facilita en

presencia de otras ITS, ha enfocado la atención hacia estas últimas y ha ocasionado una movilización de recursos hacia esa área abandonada por largo tiempo.<sup>4</sup>

La epidemia del VIH/SIDA ha sido vista desde su dimensión social, económica y política, en su relación con otras ITS, sin embargo, aún quedan algunas brechas en el conocimiento del papel del individuo como ser vulnerable de adquirir la infección, que pudieran resumirse en un proceso dinámico en el cual se involucran diferentes factores (sociales, ambientales y culturales). A este proceso dinámico se le denomina “dinámica de adquisición” y en este trabajo se trata de explicar, a través del modelo ecológico de la transmisión de enfermedades infecciosas,<sup>5</sup> los objetivos siguientes: describir los aspectos conceptuales de la adaptación del modelo ecológico de la transmisión de enfermedades infecciosas a la dinámica de adquisición del VIH, detallar los principales problemas de la prevención al nivel mundial, así como analizar el comportamiento de la epidemia y la aplicabilidad del modelo de la adquisición del VIH en el contexto de la epidemia en Cuba.

## I. ADAPTACIÓN DEL MODELO ECOLÓGICO DE TRANSMISIÓN DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS A LA DINÁMICA DE ADQUISICIÓN

Coreil y otros<sup>5</sup> propusieron un modelo de la ecología doméstica de la transmisión de enfermedades infecciosas, para estudiar el medio donde el individuo *enfermo* se desenvuelve como un ecosistema dinámico, que estructura comportamientos específicos relacionados con el riesgo de *transmitir* su enfermedad. En este trabajo, se parte de este modelo, aunque se realiza una adaptación comenzando desde el individuo *supuestamente sano* que es vulnerable a *adquirir* una enfermedad infecciosa. Se pretendió describir algunas de las posibles variantes del proceso de adquisición del VIH, en específico las relacionadas con el conocimiento previo del VIH/SIDA, la relación con personas seropositivas conociendo de este estado y el hecho de mantener relaciones sexuales desprotegidas, lo que sugiere que no se evitó la infección.



**Fig.1.** Base conceptual de la dinámica de adquisición.

En el modelo adaptado se identifican 3 tipos de comportamientos relacionados con la enfermedad (fig. 1):

1. Comportamientos que incrementan la exposición al VIH.
2. Comportamientos que facilitan la infección con el VIH.
3. Comportamientos que proveen protección contra el VIH.

Estos comportamientos son a su vez influenciados por factores del ambiente doméstico, agrupados en este modelo en 3 dominios conceptuales (ambiente social, ambiente biofísico y ambiente constituido sobre la base de la cultura).

Por tanto, en el modelo se presume que existen comportamientos de riesgo que incrementan la probabilidad de adquirir la infección y de protección específicos que contrarrestan a los primeros y pueden ser identificados para estudiarlos como variables de medida del proceso de adquisición.<sup>5</sup> Por ejemplo, algunos de los *comportamientos* que incrementan en el individuo la probabilidad de exponerse al VIH, pueden ser el cambio frecuente de pareja, mantener relaciones sexuales con varias parejas a la vez, así como el uso de drogas. Para comprender mejor los *comportamientos* del individuo vulnerable que facilitan la *infección o adquisición* del VIH, incluyen el uso compartido de jeringas para la administración parenteral de drogas, las relaciones sexuales con penetración sin condón y la manipulación de sangre u otros líquidos corporales infectados sin protección. Los comportamientos de protección ante el riesgo comprenden todas las prácticas que disminuyen la probabilidad de que el individuo vulnerable se exponga al agente infeccioso; en el caso del VIH, la

práctica más conocida y difundida es el uso del condón en las relaciones sexuales, aunque la monogamia y la abstinencia son preconizadas como las más eficaces.<sup>5-7</sup>

En la sección correspondiente al ambiente doméstico del modelo, los 3 dominios se desglosan hacia abajo en subcomponentes que cubren un rango de variables relevantes, pero que no representan una lista exhaustiva de todos los posibles factores, pues serían innumerables (tabla).<sup>2,6,7</sup>

**TABLA.** Subcomponentes del sistema de la ecología doméstica de la adquisición de la infección por VIH

Ambiente biofísico	
Prevalencia de ITS Prevalencia del VIH	Comportamiento de la epidemia Características genotípicas del virus
Ambiente social	
Núcleo familiar Organización de las actividades domésticas Construcción social de género Edad Ocupación Patrones de conducta excluidos socialmente Necesidades y aspiraciones personales	Desigualdades e inequidades Comunidad Programas sociales Servicios sociales Servicios médicos Empleo Condiciones político-económicas
Ambiente cultural	
Creencias domésticas Niveles educacional y de información Identidad cultural Actitudes y prejuicios	Estereotipos, símbolos y valores sobre sexualidad Representación social de la enfermedad Norma subjetiva

En el modelo de *Coreil* dentro del ambiente biofísico, se incluyen varios subcomponentes

relacionados con la transmisión de enfermedades infecciosas en general, entre los que se destacan: microclima, temperatura, humedad; patógenos, vectores y su hábitat (roedores, moscas, mascotas, mosquitos); vegetación y animales; vivienda y territorios adyacentes; y uso del espacio (parques, jardines, vecindario). En este trabajo se redujo el espectro de componentes en este dominio para incluir aquellos específicamente relacionados con el riesgo de adquisición del VIH, como por ejemplo la prevalencia de ITS/VIH/SIDA en el contexto donde el individuo habita y el comportamiento de la epidemia. El ambiente social comprende los elementos de la estructura social y el sistema de manejo de los problemas de la salud y la enfermedad, así como otras variables sociodemográficas. Dentro de este ambiente se han identificado factores de connotación social como la composición de la vivienda (adultos, niños, adolescentes); organización de las actividades domésticas; *roles* relacionados con el sexo desde la construcción social de género (este elemento establece roles diferenciados entre mujeres y hombres y por tanto las representaciones, percepciones y creencias con respecto a la sexualidad), la edad (traza diferencias en las percepciones, creencias, costumbres) y la ocupación (responsabilidades, generación de ingresos); repercusión social (homosexualidad, marginalidad social, prostitución); necesidades y aspiraciones personales, desigualdades e iniquidades; y la conexión con estructuras sociales más extensas (comunidad, programas sociales, mercadeo social de condones, servicios sociales, servicios médicos, patrones de empleo, condiciones político-económicas en la sociedad en su conjunto).<sup>5,8</sup>

El ambiente construido en la base de la cultura se conceptualiza en los aspectos de las creencias domésticas, los niveles educacional y de información, identidad cultural, las actitudes y los prejuicios, los estereotipos, así como los símbolos y valores que se tengan sobre la sexualidad.

En este modelo se incluyen elementos de carácter cultural o etnológicos que explican la enfermedad y cobran gran importancia y trascendencia como la representación social de la enfermedad (entendida como categoría de percepciones, representaciones, creencias, valores, actitudes compartidas por un determinado grupo)<sup>8</sup> y la categoría norma subjetiva como la percepción que se tiene de lo que piensan los demás con respecto a la conducta asumida (el uso o no del condón).

Según estudios realizados en este tema se demuestra cómo en los adolescentes y jóvenes, la norma subjetiva es una de las variables psicosociales de mayor importancia porque mediatiza la adopción de conductas protectoras para la salud.<sup>8</sup>

## II. LA EPIDEMIA Y SU DIMENSIÓN SOCIOCULTURAL ACTUAL

Durante las 2 últimas décadas, la ciencia de la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA ha avanzado de manera espectacular en el mundo desarrollado. El contagio del VIH de madre a hijo se ha reducido drásticamente en EE.UU. en años recientes, de un máximo de 2 500 en 1992 a menos de 400 infecciones perinatales del VIH anuales. La ciencia del comportamiento ha ampliado el repertorio de programas de prevención eficaces dirigidos a sectores de la población con alto riesgo de infección del VIH, como hombres que practican sexo con otros hombres (HSH), usuarios de drogas inyectables, y mujeres que incurren en actos sexuales riesgosos. La capacidad de la comunidad para elaborar, suministrar y evaluar intervenciones ha seguido también aumentando a un ritmo constante. En los últimos 5 años, con el advenimiento de nuevas combinaciones de drogas para tratar la infección del VIH y demorar la aparición del SIDA, hay una esperanza y un optimismo muy cauteloso acerca de la posibilidad de reducir la transmisión, en la medida en que disminuyan las cargas virales de las personas infectadas hasta cifras indetectables.<sup>9</sup>

En Europa se observa un comportamiento similar al de los EE. UU. (fig. 2). El número de muertes anuales por SIDA ha continuado disminuyendo por causa de la disponibilidad de tratamiento antirretrovírico.<sup>10</sup>

Pudiera decirse que la batalla está ganada si no sucediera que la incidencia de seropositivos al VIH continúa incrementándose cada vez más, lo que es quizá el resultado de la aplicación de estrategias de prevención que no son tan eficaces o que simplemente no se ajustan a los cambios que se producen en su propagación. Estas deficiencias son más patentes allí donde el VIH se presenta también en sectores marginados de la población, incluidos los inmigrantes y los refugiados.<sup>10</sup>

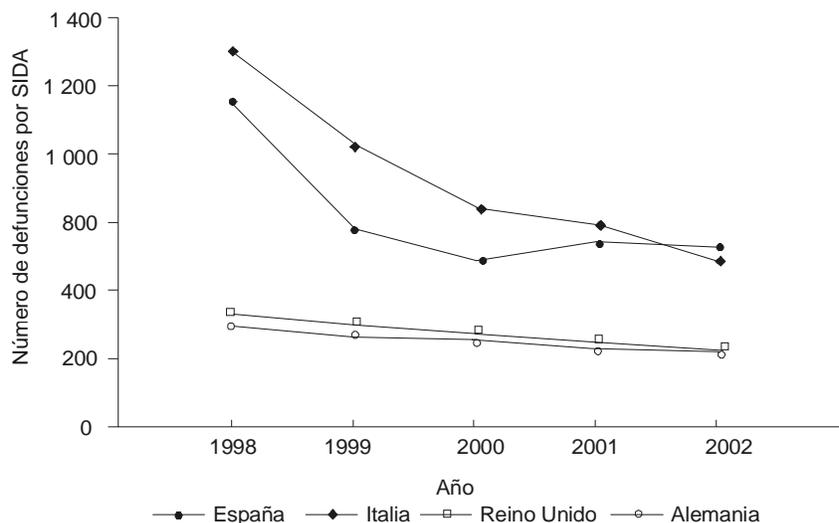


Fig. 2. Impacto sostenido del tratamiento antirretrovírico de alta potencia (HAART) sobre las defunciones por SIDA en algunos países de Europa occidental, 1998-2002.

La imagen en el tercer mundo tiene otros matices aún menos esperanzadores. Las tasas de infección continúan incrementándose, arrastrando consigo una estela de orfandad y desamparo que atenta contra el desarrollo humano en todos los sentidos. A finales de 2003, según estimados de ONUSIDA, un total de 4 800 000 personas se infectaron con el VIH, de ellos 3 000 000 eran solo de la región africana. Las nuevas epidemias también parecen ir avanzando sin obstáculos en otras regiones, en particular Europa oriental y Asia.<sup>11</sup>

Una preocupación más hace eco en la comunidad mundial, y es la ocurrencia de un evento que agrava el futuro de la epidemia: su “feminización”. Se estima que a finales de 2003, en todo el mundo cerca de la mitad de las personas infectadas entre 15 y 45 años eran mujeres; en África esta proporción está alcanzando 60 %. Como consecuencia de las desigualdades por razón de sexo, las mujeres que viven con VIH o con SIDA sufren generalmente mayor estigma y discriminación.<sup>10,11</sup>

Las mujeres son físicamente más vulnerables a la infección por el VIH que los varones. Los datos de diversos estudios señalan que la transmisión de varón a mujer durante el acto sexual es 2 veces más probable que la transmisión de mujer a varón, siempre que no estén presentes otras infecciones de transmisión sexual. Así mismo, las mujeres jóvenes son desde el punto de vista biológico más susceptibles a la infección que las mujeres adultas antes de la menopausia.<sup>11</sup>

El mayor riesgo de las mujeres también es un reflejo de las desigualdades por razón de sexo. El término “género” hace referencia a las creencias, costumbres y prácticas sociales que definen los atributos y comportamientos “masculinos” y “femeninos”. En la mayoría de las sociedades, las reglas que rigen las relaciones sexuales difieren entre mujeres y varones, y son estos últimos los que acaparan casi todo el poder. Esto significa que para muchas mujeres, incluidas las casadas, el comportamiento sexual de sus parejas masculinas es el factor de riesgo más importante para adquirir el VIH. La epidemia también tiene un impacto desproporcionado en las mujeres. Sus papeles definidos socialmente como cuidadoras, esposas, madres y abuelas implican que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA. Cuando la enfermedad y la muerte conducen al empobrecimiento de un hogar o comunidad, las mujeres y niñas resultan aún más afectadas por causa de su baja posición social y la falta de oportunidades económicas equiparadas.<sup>2,11,12</sup>

La epidemia está afectando también desproporcionadamente a los jóvenes. Los muchachos de 15-24 años representan la mitad de todos los nuevos casos infectados por VIH en el mundo. Según el informe mundial de la epidemia, más de 6 000 jóvenes se infectan cada día.<sup>11</sup>

La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar. La propagación del virus está muy influida por el entorno social, económico

y político. Cuando las personas viven en condiciones de adversidad, como la pobreza, la opresión, la discriminación y el analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH. La vulnerabilidad, el riesgo y el impacto del SIDA coexisten en un círculo vicioso. Abordar la vulnerabilidad al nivel estructural implica incluso estudiar el fundamento de las leyes y políticas sociales, en busca de elementos que pudieran estar influyendo en la esfera psicosocial de las personas y en su vulnerabilidad, así como vigilar las prácticas y proporcionar protección jurídica a las personas que viven con el VIH.<sup>8,11,13</sup>

### III. LOS PROBLEMAS DE LA PREVENCIÓN

Desde comienzos de los años 90, se han producido cambios importantes en el ambiente externo como reconocimiento de la necesidad que existe de dar una respuesta fuerte, integrada y multisectorial para hacer frente a las muchas dimensiones de la infección por el VIH/SIDA y sus consecuencias. Nuevos actores han entrado en el ámbito de esta enfermedad, procedentes de organizaciones públicas, voluntarias y privadas; donantes e instituciones de desarrollo; y numerosas organizaciones multilaterales e internacionales. La adopción de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por gobiernos de 191 países, en septiembre de 2000, vino a fortalecer el reconocimiento de que la enfermedad es un problema de dimensión mundial, y en 2 sesiones especiales de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en 2001 y 2003, se ha exhortado a los gobiernos de todo el mundo a acrecentar las medidas adoptadas en contra de ella.<sup>14</sup>

Sin embargo, aún quedan barreras y brechas que solventar para poder llevar a cabo estrategias en todos los rincones del mundo, especialmente en aquellos países donde existe el peligro real de que desaparezcan poblaciones enteras por causa del SIDA.

El estigma y la discriminación relacionados con el SIDA obstaculizan directamente la eficacia de las respuestas a este. El estigma y las preocupaciones acerca de la discriminación constituyen un obstáculo importante para que las personas soliciten hacerse la prueba del VIH, y afectan de manera directa la probabilidad de adoptar comportamientos protectores. Por ejemplo, el silencio

que rodea al VIH puede impedir la utilización de preservativos o provocar que las mujeres VIH-positivas amamenten a sus hijos por miedo a ser identificadas.<sup>11,13,15</sup>

El estigma no se dirige solo hacia las personas que viven con el VIH. En muchos casos, el estigma del VIH se vincula a estigmas preexistentes, como los estereotipos raciales y étnicos y la discriminación contra las mujeres y las minorías sexuales. Al mismo tiempo, los viejos patrones de desigualdad racial, étnica y sexual aumentan la vulnerabilidad al VIH. En muchos países el estigma y la discriminación siguen siendo obstáculos importantes para comprender cómo están afrontando la epidemia los grupos marginados de la sociedad.<sup>1,11</sup> En Cuba, los autores de este trabajo no encontraron evidencias publicadas acerca de estudios al nivel de la población general en busca de obstáculos específicos a la prevención, aunque sí se reportan algunos datos relacionados con las dificultades en el mercadeo de condones, así como los estigmas que aún prevalecen en las relaciones que mediatizan la negociación del condón a la hora del acto sexual.<sup>7</sup>

### IV. VIH/SIDA EN CUBA

En Cuba, el sistema de salud está sustentado en la voluntad política del Estado y constituye una prioridad nacional. La lucha contra la epidemia del VIH/SIDA se ha caracterizado por la evaluación constante de las estrategias de control y la actualización de sus enfoques. En los inicios de la epidemia, con la intención de detener la diseminación del VIH en el territorio y con el objetivo de brindar atención dirigida y especializada a los casos que se detectaron, así como para facilitar la investigación epidemiológica, se implementó el Sistema Sanatorial, además de un sistema de vigilancia sustentado en la pesquisa serológica activa de casos.<sup>7,8</sup> Como complemento del sistema de atención sanatorial se introdujo el Sistema Ambulatorio, en el que se atiende a los casos a través de la red nacional de médicos de familia, después de evaluar si el individuo está capacitado en términos de su salud para continuar una vida más plena e integrada a la sociedad.<sup>7</sup> En el año 2001, se introdujo el tratamiento antirretroviral (TARVAE), con

cobertura universal para todos los casos que lo requieran según criterios clínicos y de laboratorio.<sup>16</sup>

Desde la aparición del VIH/SIDA en el territorio nacional, se ha brindado atención especializada total y gratuita, acceso a tratamientos y cuidados dirigidos a extender e incrementar la calidad de vida de las personas infectadas. Todos los casos notificados en el país son monitoreados periódicamente para velar por su estado evolutivo y tratar de manera oportuna las complicaciones y enfermedades oportunistas. Todas estas estrategias han asegurado una disminución importante de la mortalidad por SIDA y una mejoría sustancial de la calidad de vida de las personas que viven con VIH en el país. Sin embargo, la epidemia continúa su crecimiento anual, aunque a un ritmo lento que sitúa a Cuba entre los países con más baja prevalencia al nivel internacional.<sup>17</sup>

En los inicios de la epidemia en Cuba, la transmisión del VIH era de manera predominante heterosexual y los casos procedían de países con alta prevalencia. Ya a fines de la década de los 80, la transmisión pasó a ser predominantemente homosexual, lo que representa 80 % de todos los casos reportados y se ha mantenido así hasta la actualidad; aunque se ha notado un ligero incremento en las mujeres a partir del año 2000.<sup>17</sup>

Los últimos 5 años acumulan 61 % del total de casos reportados desde que se diagnosticara el primero en Cuba y la incidencia continúa creciendo cada año. La epidemia cubana se ha caracterizado por:<sup>7,8,17</sup>

- Mayores tasas de detección acumulada observada en provincias centrooccidentales.
- Del total de los casos, 75 % se concentra en 26 de los 169 municipios distribuidos en 9 de las 14 provincias del país, en las que se han realizado intervenciones particulares como estrategia local de enfrentamiento al fenómeno.
- La transmisión vertical ha sido prácticamente nula al igual que a través de la sangre y sus derivados, con un franco predominio de la transmisión sexual.
- Predominio del sexo masculino (77 %) y entre estos los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) (82 % del total de los masculinos), con incremento de la proporción de ambos desde 1995.

Los datos de la vigilancia epidemiológica nacional dejan percibir que una parte de los casos quizá se infectaron por mantener relaciones sexuales desprotegidas con seropositivos, que conocían previamente de esta condición; además de poseer conocimientos generales acerca de la prevención del VIH/SIDA. Esta es una problemática que se ha extendido por el mundo de manera rápida, en especial entre HSH, y aunque medios periodísticos han llamado la atención acerca de algunas tendencias que desfavorecen los esfuerzos por controlar la epidemia, aún no ha sido abordada por estudios científicos.

## CONCLUSIONES

La vulnerabilidad, el riesgo y el impacto del SIDA coexisten en un círculo vicioso, por ello, abordar la vulnerabilidad en su esencia estructural implica el conocimiento de su construcción social, ambiental y político-cultural.

La aplicación del modelo ecológico en la caracterización de la dinámica de adquisición del VIH/SIDA en Cuba permitirá diseñar estrategias que contribuyan a reducir el impacto de las infecciones no evitadas en la epidemia.

### Dynamics of contracting HIV seen in its social, environmental and cultural dimension

#### SUMMARY

The adaptation of *Coreil et al's* communicable disease model to the dynamics of contracting HIV from the sensitive individual perspective was intended to be explained in this article. A literature review on the situation of this disease in Cuba and worldwide by developing the philosophical debate on concepts and the basis for a different risk approach was made. The applicability and usefulness of this model for the study of determinants involved in HIV infection was shown.

**Key words:** HIV, AIDS, communicable diseases, exposure, risk.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lee K, Zwi A. A global political economy approach to AIDS: Ideology, Interests and Implications. En: Kelley Lee, ed. *Health Impacts of Globalization*. New York: Palgrave Mac Millan; 2003. p. 13-32.
2. Scrimshaw S. Culture, Behavior and Health. En: Merson MH, Mills AJ, ed. *International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies*. Maryland: Aspen; 2001. p. 53-75.

3. Laurie W. Thinking socially about health. En: Jeff L, ed. Global inequality and human needs. California: Allyn and Bacon; 2003. p. 1-23.
  4. Reingold TO, Phares C. Infectious diseases. En: Merson MH, Black RE, Mill AJ, ed. International Public Health. Diseases, Programs, Systems and Policies. Gaithersburg: Aspen publishers; 2001. p. 139-201.
  5. Coreil J, Whiteford L, Salazar D. The household ecology of disease transmission: Dengue fever in the Dominican Republic. En: Inhorn MC, Brown PJ, ed. The anthropology of infectious diseases: International health perspectives. Atlanta, Georgia: Gordon and Breach Publishers; 2000. p. 145-169.
  6. McKee KJ, Markova I, Power KG. Concern, perceived risk and attitudes towards HIV/AIDS in Scottish prisons. *AIDS care* 1995;7(2):159-70.
  7. Pérez PF. Conociendo sobre VIH. En: Viviendo, Conviviendo, Conociendo el VIH. Línea de Apoyo a PVVIH/SIDA. Habana, Cuba: Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA; 1999.
  8. Ochoa R, Sánchez J, Villalón M, Duque I, Hernández M, Pérez F. Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA. La Habana: MINSAP; 2003.
  9. CDC. HIV Prevention strategic plan through 2005. 2001 [cited 2005; 11-13]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/prev-strat-plan.pdf>
  10. ONUSIDA. Actualización sobre la epidemia del VIH/SIDA, 2003. ONUSIDA 2003 [cited 2005]. Available from: [http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003\\_sp/Epi03\\_09\\_sp.htm](http://www.unaids.org/wad/2003/Epiupdate2003_sp/Epi03_09_sp.htm)
  11. ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial del SIDA, 2004. Geneva: ONUSIDA, OMS; 2004.
  12. Cornman H. Promoting the female condom. *AIDSlink* 1997(45):13.
  13. Peltzer K. Opinion on AIDS prevention and education among rural secondary school pupils in the northern province of South Africa. *Psychol Rep* 2000;87(2):593-5.
  14. OPS/OMS. Ampliación de los sistemas de salud para dar una respuesta integrada a la infección por el VIH/SIDA. En: 38ª sesión del subcomité de planificación y programación del Comité Ejecutivo; 2004; Washington DC; 2004. p. 1-4.
  15. Kielmann K. Prostitution, risk and responsibility: Paradigms of AIDS prevention and women's identities in Thika, Kenya. En: Inhorn MC, Brown PJ, ed. The Anthropology of Infectious Diseases. Georgia: Gordon and Breach; 2000. p. 375-412.
  16. Pérez J, Pérez D, González I, Díaz M, Millán C, Orta M. Pautas cubanas para el tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 2004.
  17. Ministerio de Salud Pública. Plan estratégico nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. En: La Habana: MINSAP; 2001.
- Recibido: 16 de noviembre de 2006. Aprobado: 27 de marzo de 2007.
- Dra. *Ángela Gala González*. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kourí". Autopista Novia del Mediodía km 6 ½ AP 601, Marianao 13, Ciudad de La Habana, Cuba. Correo electrónico: [angela@ipk.sld.cu](mailto:angela@ipk.sld.cu)