

Desigualdades de salud en la infección por el VIH en Cuba

Health inequalities in HIV infection in Cuba

Oswaldo Miranda Gómez^I; Ana Teresa Fariñas Reinoso^{II}; Gisele Coutín Marie^{III}

^IMáster en Salud Pública. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Hospital "Dr. Luis Díaz Soto". La Habana, Cuba.

^{II}Doctor en Ciencias de la Salud. Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}Máster en Informática en Salud. Especialista de II Grado en Bioestadística. Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción El análisis de las desigualdades en salud ha adquirido importancia ante la evidencia creciente de que, lejos de desaparecer, estas condiciones permanecen y en algunos países se han incrementado.

Objetivos Examinar la influencia del sexo, la orientación sexual, la edad, la región de procedencia, el color de la piel, la ocupación y el nivel escolar de personas VIH positivas.

Métodos Se realizó un estudio ecológico. El universo estuvo constituido por todos los diagnósticos de personas VIH positivas desde 1986 hasta el 2007. La información se obtuvo de la base de datos de VIH/sida del Ministerio de Salud Pública.

Resultados El 80,57 % de los VIH positivos fueron hombres, manteniéndose la razón hombre/mujer de los contagiados por encima de la de la población cubana durante todo el período. El 84,34 % de los hombres infectados tenían relaciones sexuales con otros hombres, mientras que solamente una mujer declaró tener relaciones con otras mujeres. Los grupos de edades de 20 y 34 años fueron los de mayor incidencia. Existió predominio de las personas de color blanco diagnosticadas como VIH positivas (84,44 %). El mayor número de seropositivos diagnosticados, 15,90 %, provenía del sector de la salud. En La Habana coincidió el alto número de casos diagnosticados con su elevada densidad poblacional. Centro Habana, 10 de Octubre, Santa Clara, Habana Vieja y Plaza, fueron los municipios de mayor acumulado de personas VIH positivas del país, los cinco son urbanos y altamente poblados.

Conclusiones Los hombres predominaron en la epidemia cubana, específicamente

los que tienen sexo con otros hombres. Las personas de color blanco son las más diagnosticadas como VIH positivas. Tanto en las provincias como en los municipios, la mayor cantidad de casos generalmente proviene de regiones urbanas y densamente pobladas. El mayor número de seropositivos diagnosticados procede del sector de la salud.

Palabras clave: Infección por el virus de inmunodeficiencia humana, desigualdades de salud, seropositivos, VIH positivos.

ABSTRACT

Introduction The analysis of health inequalities has gained importance due to growing evidence that these conditions tend to remain rather than to disappear, and even they have increased in some countries.

Objectives To examine the influence of gender, sexual orientation, age, place of origin, race, occupation and education in HIV-positive individuals.

Methods An ecological study was conducted. The universe of study was all the diagnoses of HIV-positive people from 1986 to 2007. Data were collected from the HIV/AIDS database in the Ministry of Public Health.

Results Among the HIV-positive individuals, 80,57 % were men, thus the male/female ratio of the infected people kept above that of the Cuban population during the whole period. Of the infected men, 84,34 % had sexual relations with other men whereas just one woman declared having had sex with other women. The highest incidence was found in the 20 years-old and 34 years-old age groups. Caucasians were predominantly diagnosed with HIV (84,44 %). The highest number of seropositive people (15,90 %) came from the health care sector. The high number of diagnosed cases matched the high population density in Havana. Five highly populated urban municipalities named Centro Havana, 10 de Octubre, Santa Clara, Habana Vieja and Plaza exhibited the highest cumulative number of HIV-positive persons throughout the country.

Conclusions Men prevailed in the HIV/AIDS epidemic in Cuba, particularly those having sex with other men. Caucasians are the most diagnosed with HIV. Both at municipalities and provinces, the highest number of cases came, as a general rule, from overpopulated urban areas. The majority of diagnosed seropositives was found in the health care sector.

Key words: Infection from human immunodeficiency virus, health inequalities, seropositive people, HIV-positive people.

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades socioeconómicas en salud resultan de un proceso de acumulación de desventajas durante el ciclo vital. Los determinantes socioeconómicos de la salud están definidos por las condiciones del individuo y del hogar (nivel económico, educación, hábitos saludables y otros) y las condiciones externas (políticas públicas, entorno rural o urbano, entre otros).¹

El término equidad procede del latín *aequitas*, derivado a su vez de *aequus*, que significa igual; consiste en dar a cada uno lo que le corresponde por sus méritos y condiciones. En su enfoque humanístico, la equidad supone no favorecer en el trato a uno, perjudicando a otro.²

La División de Salud y Desarrollo Humano de la OPS/OMS, presenta distintos aspectos y conceptos de la equidad en relación con la salud: igualdad es uniformidad y equidad es imparcialidad. Lo igual puede ser equitativo en determinadas situaciones pero también puede ser inequitativo. Para que lo que no sea igual sea equitativo, tiene que tener justificación ética y moral.³

La OMS asume el criterio de equidad considerando las implicaciones de los acercamientos de la política enfocados a: abordar desventajas de la salud en grupos específicos de la población, reducción de brechas de la salud, dirección del gradiente de la salud a través del espectro completo de posiciones socioeconómicas.⁴

La definición de iniquidad en salud más divulgada y sintética en su esencia la plantea referida a desigualdades que son innecesarias y evitables, pero que además, se consideran injustas. Así, para calificar una situación como no equitativa, la causa tiene que ser examinada y juzgada como injusta en el contexto de lo que sucede en el resto de la sociedad. Por tanto, la igualdad no implica necesariamente equidad, como la desigualdad no necesariamente implica iniquidad. Una igualdad injusta es asimismo una iniquidad.⁵

Epidemiológicamente, toda diferencia o desigualdad reducible, vinculada a condiciones heterogéneas de vida, constituye iniquidad y las iniquidades representan desigualdades consideradas y calificadas de injustas y evitables.²

La noción de equidad, de la cual parte el sistema de salud cubano, se fundamenta en un criterio de justicia social que no niega la diversidad e incluso la conceptualiza como un elemento enriquecedor de lo social y presupone la erradicación de toda práctica discriminatoria en cualquiera de las esferas de la actividad humana. La equidad en salud para los cubanos, significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud y una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo de distintividad grupal o personal.⁵

La implementación en Cuba de un sistema para monitorizar la equidad en salud se justifica por las modificaciones sustantivas que se han producido en las condiciones de vida de la población y en otras esferas del quehacer económico y social unido a la disminución de la homogeneidad que caracterizaba a la población cubana, porque se está aún distante de conocer cómo las disparidades sociales pueden impactar en el estado de salud de la población y porque se hace necesario el estudio de la diversidad entre grupos humanos que presentan diferencias, entre ellas, en el acceso a los servicios de salud, geográficas y socioeconómicas. Adicionalmente, existe la voluntad política del gobierno y estado cubanos de eliminar las injustas desigualdades que pudieran existir en el país.⁶

Para determinar el efecto de las desigualdades de salud en el comportamiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Cuba se decidió examinar la influencia del sexo, la orientación sexual, la edad, la región de procedencia, el color de la piel, la ocupación y el nivel escolar de las personas VIH positivas diagnosticadas hasta el 31 de agosto del 2007.

MÉTODOS

Se realizó un estudio ecológico donde el universo estuvo constituido por todas las personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana en el período comprendido desde enero del 1986 hasta diciembre de 2007. La información fue obtenida de la base de datos de VIH/sida del Ministerio de Salud Pública. Para el análisis se emplearon algunas variables de desigualdades de salud definidas por la Organización Mundial de la Salud tales como el género, la preferencia sexual, la edad, la provincia y el municipio de procedencia, el color de la piel, la ocupación y la escolaridad. Se trabajó con los valores absolutos y el porcentaje. Los cálculos se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 11.5 para Windows.

RESULTADOS

Hasta el 31 de diciembre del 2007, en Cuba se diagnosticaron 9 260 casos de personas positivas al VIH; de ellos 7 461 pertenecían al sexo masculino (80,57 %) y 1 799 al sexo femenino (19,43 %). La razón de sexos de personas VIH positivas estuvo por encima de la razón de sexos de la población cubana durante todo el período de análisis. En el primer año del estudio fue de aproximadamente tres hombres por cada mujer diagnosticada, y al año siguiente aumentó a razón de cuatro hombres por cada mujer. Luego disminuyó en el año 1988 a una razón aproximada de 2:1 y se mantuvo relativamente estable hasta 1995. A partir de este año, comenzó a ascender de forma irregular con un pico máximo en el 2002 (seis hombres por cada mujer), para cerrar el año 2007 con un aproximado de cuatro hombres por cada mujer contagiada (tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje anual de personas VIH positivas según sexo. Cuba, 1986-2007

Años	Femenino		Masculino		Total		Razón	Razón*
	No.	%	No.	%	No.	%		
1986	23	23,23	76	76,77	99	1,07	3,3	1,01
1987	14	18,67	61	81,33	75	0,81	4,4	1,01
1988	35	37,63	58	62,37	93	1,00	1,7	1,01
1989	34	28,10	87	71,90	121	1,31	2,6	1,01
1990	39	27,86	101	72,14	140	1,51	2,6	1,01
1991	58	31,69	125	68,31	183	1,98	2,2	1,01
1992	56	32,00	119	68,00	175	1,89	2,1	1,01
1993	29	28,43	73	71,57	102	1,10	2,5	1,01
1994	31	25,62	90	74,38	121	1,31	2,9	1,01
1995	36	29,51	86	70,49	122	1,32	2,4	1,01
1996	54	22,78	183	77,22	237	2,56	3,4	1,00
1997	68	18,73	295	81,27	363	3,92	4,3	1,00
1998	77	21,33	284	78,67	361	3,90	3,7	1,00
1999	81	16,40	413	83,60	494	5,33	5,1	1,00

2000	91	16,88	448	83,12	539	5,82	4,9	1,00
2001	126	19,44	522	80,56	648	7,00	4,1	1,00
2002	90	13,98	554	86,02	644	6,95	6,2	1,00
2003	148	20,00	592	80,00	740	7,99	4,0	1,00
2004	118	15,36	650	84,64	768	8,29	5,5	1,00
2005	153	16,33	784	83,67	937	10,12	5,1	1,00
2006	204	18,13	921	81,87	1 125	12,15	4,5	1,00
2007	234	19,95	939	80,05	1 173	12,67	4,0	1,00
Total	1 799	19,43	7 461	80,57	9 260	100	4,1	

* Razón de sexos de la población cubana.

Fuente: base de datos del Ministerio de Salud Pública y Oficina Nacional de Estadísticas de personas positivas al VIH y enfermos de sida.

La mayor parte de los diagnosticados como positivos al virus de la inmunodeficiencia humana mantenían relaciones sexuales con personas de su propio sexo (6 277 seropositivos para el 67,79 %). Sin embargo, al hacer un análisis más profundo se pudo observar que el 84,34 % de los hombres infectados (6 276 seropositivos) tenían sexo con otros hombres, mientras que solamente una mujer (0,02 %) declaró tener sexo con otras mujeres. Los grupos de edades donde se registró la mayor cantidad de infectados por el VIH correspondieron a las personas con edades comprendidas entre 20-24 años, con un acumulado de 1 998 infectados; le siguió el grupo de 25-29 años con 1 798 personas y después el grupo de 30-34 años con 1 592 diagnosticados. Los grupos donde menos seropositivos se registraron lógicamente coincidieron con las edades donde la vida sexual es menos activa, estos fueron los menores de 15 años, con un acumulado de 64 diagnosticados y los de más de 60 años con 111 seropositivos (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de personas VIH positivas según edad al diagnóstico. Cuba, 1986-2007

Grupo de edad (años)	No.	%
Menos de 1	13	0,14
1 - 4	25	0,27
5 - 9	10	0,11
10 - 14	16	0,17
15 - 19	747	8,07
20 - 24	1 998	21,58
25 - 29	1 798	19,42
30 - 34	1 592	17,19
35 - 39	1 248	13,48
40 - 44	861	9,30
45 - 49	431	4,65
50 - 54	228	2,46
55 - 59	126	1,36
60 - 64	62	0,67
65 y más	49	0,53
No se conoce	56	0,60
Total	9 260	100

Fuente: base de datos del Ministerio de Salud Pública de personas positivas al VIH y enfermos de sida.

Al hacer una comparación entre las provincias (tabla 3), tomando en cuenta el acumulado de casos VIH positivos según la base de datos de VIH/sida del Ministerio de Salud Pública y la densidad poblacional según datos aportados por la Oficina Nacional de Estadística, se aprecia que en Ciudad de La Habana coincidió su gran número de casos diagnosticados con su elevada densidad poblacional (más de 170 habitantes/km²). Santiago de Cuba y La Habana son dos provincias medianamente pobladas (entre 116 y 170 habitantes/km²); La Habana arrojó un elevado acumulado de casos, mientras que Santiago de Cuba tuvo un mediano número de diagnósticos. Villa Clara y Holguín, a pesar de ser provincias regularmente pobladas (entre 70 y 115 habitantes/km²), aportaron un elevado número de casos diagnosticados. Llama la atención el hecho de que Pinar del Río, a pesar de ser una provincia de baja densidad poblacional (menos de 70 habitantes/km²), tuvo un elevado número de personas VIH positivas diagnosticadas.

Tabla 3. Distribución porcentual de los casos VIH positivos según provincia.
Cuba, 1986-2007

Provincias	No.	%
Pinar del Río	360	3,89
La Habana	423	4,57
Ciudad de La Habana	4 921	53,14
Matanzas	274	2,96
Villa Clara	720	7,78
Cienfuegos	168	1,81
Sancti Spíritus	259	2,80
Ciego de Ávila	194	2,10
Camagüey	316	3,41
Las Tunas	198	2,14
Holguín	395	4,27
Granma	373	4,03
Santiago de Cuba	391	4,22
Guantánamo	177	1,91
Isla de la Juventud	91	0,98
Total	9 260	100

Fuente: base de datos del Ministerio de Salud Pública de personas positivas al VIH y enfermos de sida.

De los 169 municipios de Cuba (tabla 4), Centro Habana fue el de mayor acumulado histórico con el 7,63 % del total de los diagnosticados y también es el municipio con mayor grado de urbanización del país. Le siguieron 10 de Octubre, Santa Clara, Habana Vieja y Plaza. Nótese que los cinco son urbanos, altamente poblados y con la mayor cantidad de casos diagnosticados. Por el contrario, Ciénaga de Zapata y Martí (ambos de Matanzas), fueron los de menor acumulado, pero también son municipios con un bajo grado de urbanización. Es de señalar que solamente en el municipio Maisí, provincia Guantánamo, no se notificaron personas positivas al virus de la inmunodeficiencia humana durante los años de epidemia, este municipio tiene un bajo grado de urbanización.

Tabla 4. Distribución de personas VIH positivas según municipio de residencia.
Cuba, 1986-2007

Municipio	Total	%	Municipio	Total	%
Centro Habana	699	7,63	Songo la Maya	24	0,26
10 de Octubre	583	6,36	Fomento	23	0,25
Santa Clara	465	5,07	San Cristóbal	23	0,25
Habana Vieja	434	4,73	San Luis (SC)*	23	0,25
Plaza	376	4,10	Guanajay	22	0,24
Arroyo Naranjo	372	4,06	Ranchuelo	22	0,24
Playa	349	3,81	Pedro Betancourt	21	0,23
Cerro	334	3,64	Yaguajay	21	0,23
San Miguel del Padrón	320	3,49	Consolación del Sur	20	0,22
Habana del Este	308	3,36	Los Palacios	20	0,22
Marianao	277	3,02	Mariel	20	0,22
Santiago de Cuba	247	2,69	Guaimaro	19	0,21
Boyeros	242	2,64	Jagüey Grande	19	0,21

Holguín	218	2,38	Jiguaní	19	0.21
Lisa	197	2,15	Madruga	19	0.21
Bayamo	172	1,88	Nuevitas	19	0.21
Pinar del Río	172	1,88	Encrucijada	18	0.20
Camagüey	170	1,85	Jaruco	18	0.20
Guanabacoa	162	1,77	Río Cauto	18	0,20
Guantánamo	127	1,39	Bahía Honda	16	0,17
Cotorro	117	1,28	Remedios	16	0,17
Regla	109	1,19	Santa Cruz del Norte	16	0,17
Cienfuegos	104	1,13	Vertientes	16	0,17
Las Tunas	103	1,12	Camajuaní	15	0,16
Ciego de Ávila	99	1,08	Niquero	15	0,16
Sancti Spíritus	98	1,07	Santa Cruz del Sur	15	0,16
Isla de la Juventud	91	0,99	Varadero	15	0,16
Matanzas	82	0,89	Chambas	14	0,15
Cabaiguan	74	0,81	Guisa	14	0,15
Manzanillo	74	0,81	Jatibonico	14	0,15
San Antonio de los Baños	55	0,60	Moa	14	0,15
Cárdenas	53	0,58	Quivicán	14	0,15
Mayarí	49	0,53	San Luis (PR)**	14	0,15
Güines	44	0,48	Aguada de Pasajeros	13	0,14
San José de las Lajas	43	0,47	Batabanó	13	0,14
Palma Soriano	40	0,44	Bejucal	13	0,14
Bauta	37	0,40	Colombia	13	0,14
Sagua la Grande	37	0,40	Cumanayagua	13	0,14
Artemisa	35	0,38	Esmeralda	13	0,14
Manicaragua	34	0,37	Guane	13	0,14
Caibarién	33	0,36	Amancio Rodríguez	12	0,13
Baraguá	12	0,13	Bolivia	7	0,08
Buey Arriba	12	0,13	Calimete	7	0,08
Perico	12	0,13	Cauto Cristo	7	0,08
Trinidad	12	0,13	Céspedes	7	0,08
Urbano Noris	12	0,13	Majagua	7	0,08
Caimito	11	0,12	San Antonio del Sur	7	0,08
Campechuela	11	0,12	Yara	7	0,08
Candelaria	11	0,12	Abreus	6	0,07
Cifuentes	11	0,12	Alquízar	6	0,07
Gibara	11	0,12	Cueto	6	0,07
Jesús Menéndez	11	0,12	Limonar	6	0,07
Jovellanos	11	0,12	Sandino	6	0,07
La Palma	11	0,12	Báguanos	5	0,05
Rafael Freyre	11	0,12	Ciro Redondo	5	0,05
Rodas	11	0,12	Corralillo	5	0,05
Taguasco	11	0,12	Imías	5	0,05

Baracoa	10	0,11	Jimaguayú	5	0,05
Los Arabos	10	0,11	Mantua	5	0,05
Mella	10	0,11	Najasa	5	0,05
Cacocum	9	0,10	Niceto Pérez	5	0,05
Cruces	9	0,10	Antilla	4	0,04
El Salvador	9	0,10	Florencia	4	0,04
Manatí	9	0,10	Manuel Tames	4	0,04
Minas de Matahambre	9	0,10	Melena del Sur	4	0,04
Nueva Paz	9	0,10	Minas	4	0,04
Pilón	9	0,10	Calixto García	3	0,03
Quemado de Güines	9	0,10	Lajas	3	0,03
Sagua de Tánamo	9	0,10	Primero de Enero	3	0,03
Viñales	9	0,10	Tercer Frente	3	0,03
Frank País	8	0,09	Yateras	3	0,03
Guamá	8	0,09	Caimanera	2	0,02
Jobabo	8	0,09	La Sierpe	2	0,02
Majibacoa	8	0,09	Segundo Frente	2	0,02
Media Luna	8	0,09	Sibanicú	2	0,02
Palmira	8	0,09	Ciénaga de Zapata	1	0,01
San Nicolás de Bari	8	0,09	Martí	1	0,01
Sierra de Cubitas	8	0,09	Maisí	0	0
Unión de Reyes	8	0,09	Total	9 167	100
Venezuela	8	0,09			
Bartolomé Masó	7	0,08			

Nota: se desconoce el municipio de residencia de 93 personas, lo que completa los 9 260 diagnosticados hasta el 31 de diciembre de 2007.

*Santiago de Cuba, **Pinar del Río.

Fuente: base de datos del Ministerio de Salud Pública de personas positivas al VIH y enfermos de sida.

La población cubana, según el censo realizado en el año 2002, es mayoritariamente de color de piel blanco (65,06 %), seguido de los de piel mestiza (24,86 %), por encima de las personas de piel negra (10,08 %).⁷ En correspondencia con esto, se pudo apreciar que existió un amplio predominio de las personas de color blanco diagnosticadas como VIH positivas (84,44 %), las de piel negra (8,58 %) desplazaron a los mestizos (6,98 %) del segundo lugar.

Un poco más de la mitad de las personas VIH positivas estudiaban o trabajaban en algún sector de la sociedad (4 748 personas, para el 51,27 %). Sin embargo, hubo un gran porcentaje de personas desocupadas (3 375 personas, para el 36,45 %). Es válido señalar que no se pudo conocer el estatus laboral de 1 137 personas, que representaban el 12,28 % del total de diagnosticados.

Al hacer un análisis por sexo se pudo observar que existió un predominio de hombres afectados que trabajan, con el 54,98 % con respecto al 36,30 % de las

mujeres. Por otro lado, el 51,86 % de las mujeres VIH positivas estaban desocupadas, contrastando con el 32,64 % de los hombres en igual situación.

El mayor número de seropositivos diagnosticados provenía del sector de la salud, representando el 15,90 % del total. Este grupo estuvo seguido de los trabajadores del comercio y gastronomía con el 12,66 % de los diagnósticos. En orden descendente le siguieron los trabajadores de los servicios y los obreros, cada uno con el 12,01%. Es de resaltar que el mayor número de casos perteneció al sector de la salud cuando la principal vía de transmisión de la epidemia en el país es la sexual y no la hematogena.

Cuando se analizó la relación existente entre el nivel escolar y el diagnóstico de personas positivas al virus de la inmunodeficiencia humana se pudo observar que predominaron las de nivel escolar secundario con el 35,13 %, seguido del grupo de preuniversitarios con el 32,43 % del total. Los iletrados y los universitarios fueron los de menor porcentaje con 1,17 % y 7,93 % respectivamente.

DISCUSIÓN

La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar. La propagación del virus está muy influenciada por el entorno social, económico y político. Las personas que viven en condiciones de adversidad, como la pobreza, la opresión, la discriminación y el analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH.⁸

El comportamiento por sexos en Cuba corresponde con lo ocurrido en otros países, donde las relaciones sexuales entre hombres continúan figurando en el centro de la epidemia que se está propagando en América, Asia, África del Norte y Europa.⁹ Este comportamiento se contrapone con lo que ocurre en el Caribe, donde la principal vía de transmisión es a través del coito heterosexual.¹⁰ El predominio de los hombres registrados como seropositivos, se relaciona con el mayor diagnóstico en los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), que se corresponde con lo planteado por la OPS que dice que la transmisión homosexual masculina continúa siendo primordial en la región.¹¹ Este aumento acelerado coincide con la revolución sexual ocurrida en Cuba en los primeros años de la década del noventa, donde la homosexualidad ha dejado de ser vista como un comportamiento aberrado y es más tolerada por la sociedad. En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/sida se consideró como un hecho social y de salud pública, que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo y propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales. Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales, la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual.¹² El factor de riesgo no es el hecho de ser homosexual, sino su responsabilidad ante el sexo, como la promiscuidad e inestabilidad de la pareja. Ello se muestra en el aumento progresivo de los casos de infección por el VIH en heterosexuales.¹³

Para los HSH resulta más probable que algunas de sus parejas sexuales sea una persona que vive con el VIH, dada la elevada incidencia del VIH en esta población, a diferencia de una persona exclusivamente heterosexual. Para un HSH tener un comportamiento desprotegido puede traer, con mayor probabilidad, la consecuencia de adquirir el VIH que una persona exclusivamente heterosexual. Por este motivo,

el elevado número de HSH infectados con el VIH no es sinónimo de que tengan mayores conductas sexuales de riesgo, sino una muestra de su mayor vulnerabilidad frente a la epidemia. El rechazo de la familia, la carencia de espacios públicos y la necesidad de ocultar los comportamientos homosexuales para evitar el rechazo social, generan cambios frecuentes de pareja, relaciones sexuales con desconocidos, el mantenimiento de dichas relaciones en lugares inadecuados, oscuros, con posibilidades de agresión o donde es necesario el silencio para no ser descubiertos y puestos en evidencias; lo que influye en que los HSH tengan un mayor número de parejas sexuales y dificultades para negociar el uso del condón u otras prácticas menos riesgosas.¹⁴

Expuestos a procesos de exclusión y discriminación que no les permiten recurrir a los mismos mecanismos de interacción concedidos a la población heterosexual, los HSH tienen una menor gobernabilidad y autonomía sobre su sexualidad, y se ven obligados a construir escenarios paralelos para la conquista, el contacto sexual y el desarrollo de la personalidad.¹⁵

En la medida en que el carácter acumulativo de los datos perfilan las formas de difusión, la consecuencia resultante muestra que el VIH en Cuba se ha expandido de manera totalmente clásica, es decir con una difusión jerárquica, donde un proceso aparece fuertemente controlado por las relaciones entre las poblaciones y ciudades que configuran la jerarquía de lugar urbano o central y una difusión por contagio especial, que se extiende sobre el mapa como una mancha de vino que se extiende sobre un mantel, desde municipios densamente poblados y con entornos socio-ambientales desfavorables hacia zonas menos pobladas.¹⁶ Según *Contandriopoulos* la valoración económica de factores determinantes de la salud es una de las áreas más importantes de la llamada salud positiva. Este campo analiza el peso que algunos factores tienen sobre la salud, entre ellos, educación, ingreso, vivienda, cultura, ocupación y otros.¹⁷

Se puede concluir que en la epidemia cubana predominan los hombres, específicamente los hombres que tienen sexo con otros hombres. Las personas de color blanco fueron las más diagnosticadas como VIH positivas. Los grupos de edades con mayor incidencia correspondieron a los comprendidos entre 20 y 34 años. Tanto en las provincias como en los municipios, la mayor cantidad de casos generalmente provenía de regiones urbanas y densamente pobladas. El mayor número de seropositivos diagnosticados procedió del sector de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García-Sánchez I, Avilés Blanco MV, Carrillo Tirado M. Determinantes sociales de las desigualdades en salud en Europa. Informes Estratégicos "La UE y el SSPA": N° 1-2007. Granada: Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública; 2007.
2. Martínez Calvo S. Equidad y situación de salud. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2007 [citado 16 May 2009];33(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300006&lng=es
3. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Principios y conceptos básicos de equidad en salud. Washington, D.C.: OPS; 1999.
4. WHO. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinant of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinant of Health. Geneva: Commission on Social Determinants of Health; 2005.

5. Ramírez Márquez A, López Pardo CM. A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2005 [citado 16 May 2009];31(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200002&lng=es
6. López Pardo CM. El desarrollo humano y la equidad en Cuba: una visión actualizada. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2004 Mar [citado 16 May 2009]; 30(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100006&lng=es
7. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE). Censo de población y viviendas Cuba 2002. Informe Nacional. La Habana: ONE; 2002.
8. Gala González A, Berdasquera Corcho D, Pérez Ávila J, Pinto Valluerca J, Suárez Valdéz J, Joanes Fiol J, et al. Dinámica de adquisición del VIH en su dimensión social, ambiental y cultural. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2007 Ago [citado 16 May 2009];59 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602007000200003&lng=es
9. Pérez Salame LM, Hernández Tepichin G. Epidemiología de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana: veinte años de experiencia. Rev Invest Clin. (Barc). 2004;56(2):134-7.
10. Volkow P. VIH/SIDA y la mujer: aspectos clínico-epidemiológicos de relevancia. SIDALAC. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina [sitio en Internet]. [citado 15 Mar 2006]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032009000200004&script=sci_arttext
11. Salazar X, Cáceres C, Maiorana A, Rosasco AM, Kegeles S, Coates T. Influencia del contexto sociocultural en la percepción del riesgo y la negociación de protección en hombres homosexuales pobres de la costa peruana. Cad Saúde Pública. 2006;22(10).
12. Estrada M, John Harold. Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. Acta Bioeth. 2006;12(1):91-100.
13. VIH/SIDA y desarrollo [editorial]. Rev Cubana Hig Epidemiol [serie en Internet]. 2004 Ago [citado 16 May 2009];42 (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000200001&lng=es
14. Ochoa Soto R, Pérez Pérez F, Regueiro Segura R, Orman Reyes AL, Squire Valdés E, Duque Santana I. Manual práctico metodológico para el trabajo multisectorial en VIH/SIDA. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2006.
15. Posada C, Gómez-Arias D. Mercado y riesgo: escenarios de transmisión del VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Medellín, 1993-2006. Colombia Méd. 2007;38 (3):222-36.
16. Alegret Rodríguez M, Grau Abalo R, Rodríguez Rodríguez M. el enfoque espacio-temporal-contextual en el estudio del VIH/SIDA. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2008 Sep [citado 16 May 2009];34 (3). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300004&lng=es

17. Gálvez González AM. Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. Rev Cubana Salud Pública [serie en Internet]. 2003 Dic [citado 16 May 2009];29(4). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400011&lng=es

Recibido: 16 de julio de 2009.

Aprobado: 7 de abril de 2010.

Oswaldo Miranda Gómez. Hospital "Dr. Luis Díaz Soto". Avenida Monumental Km 3 ½. Habana del Este. La Habana, Cuba.

E-mail: omiranda@infomed.sld.cu