

Análisis crítico de un control de foco VIH-SIDA en un municipio de la capital cubana

Critical analysis of a control of HIV/AIDS focus in a municipality of the Cuban capital

Francisco Hernández-Bernal^I; Mireya Álvarez Toste^{II}; Katty-Hind Selman-Housein Bernal^{III}; Ana T. Fariñas Reinoso^{IV}

^I Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología, Investigador Auxiliar, Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). Ciudad de La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Medicina General Integral e Higiene y Epidemiología, Maestra en Ciencias en Salud Ambiental, Profesora Asistente, Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología (INHEM). Ciudad de La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Medicina Interna, Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). Ciudad de La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de II Grado en Higiene y Epidemiología, Maestra en Ciencias en Salud Pública, Profesora Auxiliar, Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP). Ciudad de La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: realizar el análisis crítico a un control de foco VIH-SIDA, seleccionado aleatoriamente en un municipio de la capital cubana en el año 2005.

DESARROLLO: se revisó la documentación generada y disponible del caso en cuestión, y se entrevistaron a diferentes autoridades del área de salud, vinculados al cumplimiento del Programa de Control y Prevención VIH/SIDA.

CONCLUSIONES: se encontraron deficiencias en el cumplimiento del Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA, que constituye una herramienta técnico-metodológica de incalculable valor para el control y prevención de esta enfermedad en el país, entre ellas, la no adhesión al Programa Nacional, el control inadecuado del mismo y la falta de exigencia en su cumplimiento por parte de las autoridades de salud del territorio.

Palabras clave: VIH-SIDA, control de foco.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to make a critical analysis of a control of HIV/AIDS focus, selected at random in a municipality of the Cuban capital in 2005.

DEVELOPMENT: the generated and available documentation of the case was reviewed, and different authorities of the health area linked to the fulfilment of the HIV/AIDS Control and Prevention Program were interviewed.

CONCLUSIONS: the non-adhesion to the National Program, its inadequate control and the lack of demand to fulfil it on the part of the health authorities of the territory, were some of the deficiencies detected that made difficult the accomplishment of the National HIV/AIDS Control and Prevention Program, which is a technical and methodological tool of great value for preventing and controlling this disease in the country.

Key words: HIV/AIDS, focus control.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual representan a escala mundial un serio problema tanto en términos económicos como sociales. Su control es decisivo para mejorar la salud reproductiva y de toda la población, y constituye uno de los grandes desafíos de la salud pública contemporánea. La epidemiología de las ITS/VIH/SIDA requiere la atención desde diferentes campos de acción y no solamente desde el punto de vista médico-sanitario.¹⁻³

La infección causada por el VIH es uno de los problemas sanitarios más graves del mundo de hoy y la situación actual es peor de lo que se había previsto. Al afectar a la población activa en sus años más productivos, representa un difícil obstáculo para el desarrollo. Las mejoras de la supervivencia infantil y la salud del adulto que tanto trabajo costaron, se han visto de repente anuladas, a la par que se ve en peligro las estructuras de sociedades enteras y destruidas los sistemas de salud.¹⁻³

Un total de 39,5 millones (34,1-47,1 millones) de personas vivían con el VIH en el año 2006, 2,6 millones más que en el 2004. Esa cifra incluye los 3,4 millones (3,6-6,6 millones) de adultos y niños infectados por el VIH estimados en el 2006, alrededor de 400 000 más que en el 2004. Casi 25 millones de personas viven con el VIH en África subsahariana, 63 % del total de las que viven con el VIH en el mundo. En América Latina, el Caribe y América del Norte las nuevas infecciones en el año 2006 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en el 2004.⁴

Casi las tres cuartas partes de las 250 000 personas infectadas por el VIH en el Caribe viven en los 2 países de la isla La Española, República Dominicana y Haití. Pero la prevalencia nacional del VIH en adultos es alta en toda la región: 1-2 % en Barbados, República Dominicana y Jamaica, y 2-4 % en las Bahamas, Haití y Trinidad y Tobago. Cuba, con una prevalencia por debajo de 0,1 %, es la excepción. En conjunto se estima que en el Caribe, 27 000 personas se infectaron por el VIH en el 2006.⁴

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituye la etapa final de la infección por el VIH, cuando el retrovirus ya ha destruido al sistema inmunitario. A semejanza de otras infecciones virales, la causada por el VIH se caracteriza por un combate entre el sistema inmunitario y el virus invasor. La característica peculiar del VIH es que la lucha contra el sistema inmunológico es relativamente equilibrada y se prolonga, como promedio, de 8 a 10 años evolucionando en forma natural.³

En un inicio comienzan a detectarse los anticuerpos contra el VIH en sangre. Clínicamente las personas en esta etapa se encuentran asintomáticas. El VIH destruye cada día linfocitos T CD4⁺; para compensar esta pérdida la médula ósea acelera la producción de nuevas células pero el ritmo de reposición no es suficiente. El número de células disminuye a razón de 50 a 70 células cada año, y cuando llega aproximadamente a 200 células por milímetro cúbico de sangre, se acelera el deterioro y el individuo es atacado por infecciones oportunistas y otras enfermedades, comenzando así la última fase clínica de la infección por el VIH, que es el SIDA.³

En Cuba, 97 % de los seropositivos ha adquirido la infección por vía sexual. Alrededor del 80 % de los pacientes son del sexo masculino, y de estos, 85 % son HSH (hombres que practican el sexo con otros hombres). En la lucha contra el SIDA, ocupan un puesto prominente las actividades de las personas, el modo en que a través del aprendizaje social se ha modelado su conducta sexual y los valores, así como las creencias por las que se opta.^{3,4}

Los controles de foco en la atención primaria de salud constituyen una herramienta imprescindible para el control o eliminación de enfermedades transmisibles, algunas de las cuales tienen mayor connotación epidemiológica y clínica por el grado de difusibilidad y daño al paciente.

En el presente trabajo, se realizó un análisis crítico a un control de foco realizado a un paciente VIH/SIDA, en un municipio de la capital cubana en el año 2005.

MÉTODOS

Para cumplimentar el trabajo se tuvo total apoyo de las autoridades de la dirección municipal de Higiene y Epidemiología en cuestión y el acceso a la información disponible. El universo estuvo constituido por todos los pacientes de VIH/SIDA diagnosticados con esa enfermedad durante el año 2005 en ese territorio capitalino. Aleatoriamente se seleccionó al paciente y se le revisó la historia epidemiológica y clínica. Asimismo, se contactaron alrededor de 10 especialistas o trabajadores vinculados a la actividad para profundizar en el trabajo que se realiza en el territorio en la atención a estos pacientes y en las actividades de promoción y prevención en la capital, como al vicedirector de Higiene y Epidemiología y a la enfermera encuestadora municipal, entre otros.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente masculino de 27 años de edad, blanco, soltero, con séptimo grado de escolaridad, de profesión estibador. Nunca salió del país ni cumplió misión internacionalista, nunca recibió transfusiones sanguíneas, no estuvo preso, ni tuvo el antecedente de consumo de drogas o de ejercer la prostitución.

En su historia clínica consta como dato de interés el antecedente de herpes zoster en el año 2004. El sujeto no aparece dispensarizado dentro de ningún grupo de riesgo. Buen comportamiento social. Inició sus relaciones sexuales a los 14 años de edad, refiere ser heterosexual y hasta el mes de junio de 2005 refirió haber tenido 6 parejas sexuales (fortuitas), 1 en el último año y 1 en el último mes.

A inicios de junio de 2005 el paciente acudió a los servicios de laboratorio clínico de una unidad asistencial de la capital y solicitó que se le realizaran las pruebas de detección de anticuerpos al VIH. En ese momento el paciente venía presentando un cuadro clínico de fiebre, diarreas y candidiasis oral. El paciente resultó ser seropositivo al VIH. Este resultado de laboratorio fue dirigido a su dirección municipal de Higiene y Epidemiología, donde la responsable del Programa de Control y Prevención del VIH/SIDA en el territorio lo remitió a una consulta especializada. El paciente fue ingresado y se le confirmó su seropositividad al VIH, con una carga viral de 19 000 copias/mL y CD4 al 3 % (54 células/mm³). Cinco días antes de este resultado confirmatorio el paciente había sido dado de alta sin tratamiento médico específico, pendiente de resultados del *Western Blot*, con diagnóstico de bronconeumonía y SIDA, citado por consulta externa en 15 días.

En el mes de septiembre de 2005, el paciente inició el tratamiento con los antirretrovirales (3TC-lamivudina, AZT-zidovudina y NVP-nevirapina) y a finales de octubre se le modificó el tratamiento médico y comenzó a recibir inhibidores de proteasas. El paciente se mantuvo hasta enero de 2006 recibiendo atención médica por consulta externa, ingresando en 7 ocasiones para recibir tratamiento con quimioterapia por diagnóstico de sarcoma de Kaposi (octubre de 2005). En 3 de estos ingresos presentó además tos, astenia, falta de aire y pérdida de peso. En enero de 2006 ingresó en estado crítico y falleció.

ANÁLISIS CRÍTICO AL CONTROL DE FOCO

Para organizar el análisis crítico este se dividió según las medidas sobre el reservorio, la vía de transmisión y sobre el huésped susceptible.

Sobre el reservorio

Comprobación del diagnóstico

El paciente fue diagnosticado como seropositivo al VIH de manera espontánea, su captación fue tardía (debut clínico) pues nunca estuvo dispensarizado dentro de ningún grupo de riesgo al ser considerado un joven de "*buena conducta social*". Sin embargo, un año antes al diagnóstico el paciente acudió al médico de la familia y se

le diagnosticó herpes zoster, y este diagnóstico no hizo sospechar sobre la posible infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Hubo fallas en el programa¹ (de control y prevención del VIH/SIDA), pues "*al ser un buen muchacho, con una proyección social adecuada*" nunca fue dispensarizado en ningún grupo de riesgo, a pesar de haber acudido a la atención primaria de su área de salud para recibir la atención médica por herpes zoster (el médico no consideró que se trataba de un paciente joven con un estado de inmunodeficiencia y no indicó la pesquisa al VIH).

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) considera a todo individuo en las edades comprendidas entre 15 y 49 años como potenciales de riesgo para contraer el VIH, a los que se les debe hacer la pesquisa "aleatoria" en 10-12 % de los casos cada año. Este paciente era tributario de tal pesquisa.

La actividad del médico de la familia hace varios años se ha visto afectada en este territorio por reorganización de la actividad, con un incremento de la carga asistencial y despriorización de las actividades de prevención y promoción de salud.

Confirmación diagnóstica

Se realizó en el LISIDA, Laboratorio Nacional de Referencia (LNR), 17 días después del diagnóstico inicial, donde se confirmó la seropositividad al VIH (por ELISA y *Western Blot*). No se puede valorar si fue adecuado el tiempo que medió entre el diagnóstico inicial y la confirmación por el LNR; el Programa Nacional de Control y Prevención VIH/SIDA no recoge tal precisión.

Notificación

El paciente fue notificado según lo establecido en el Programa, en el Registro Nacional de Seropositivos y en los registros provincial y municipal. Por cuestiones éticas y de confidencialidad no se reportan los casos VIH/SIDA en las tarjetas EDO (enfermedad de declaración obligatoria).

Modalidad de atención

El paciente recibió atención ambulatoria, con ingresos específicos para recibir ciclos de quimioterapia por diagnóstico de sarcoma de Kaposi. Este paciente no recibió la debida atención por parte de un equipo multidisciplinario (compuesto por epidemiólogos, enfermeras, psicólogos, entre otros) donde se le debió ofrecer ayuda profesional e información necesaria (ejemplo: curso "*Aprendiendo a vivir con el VIH*"), incorporándolo a las variantes de atención existente, según criterio especializado y de acuerdo a su estado de salud.

Al momento del alta, el paciente tenía comprometida su salud y su vida, presentaba bronconeumonía, una carga viral de 19 000 copias/mL y 3 % de CD4 (54 células/mm³). Debió permanecer en régimen de ingreso y debió recibir la mejor atención médica, normada y disponible en el país.¹⁻² Asistió frecuentemente a consulta externa y en 7 ocasiones ingresó para recibir quimioterapia por sarcoma de Kaposi. A pesar del demostrado deterioro de su salud, continuó en régimen de atención ambulatoria hasta su muerte.

Tratamiento

Se consideró por el equipo de investigadores que la atención médica no fue la adecuada (fallas del programa¹), pues si bien recibió terapia antirretroviral, la misma debió indicarse desde el instante en que fue confirmado su diagnóstico, pues se encontraba en debut clínico, con un estado de inmunodepresión extremo (3 % de CD4⁺) y una carga viral importante (principales indicadores indirectos de sobrevida y evolución clínica).

Historia epidemiológica

La historia epidemiológica recogió toda la información prevista en el modelo de recolección de datos diseñado al efecto. La misma incluyó los datos generales del paciente, antecedentes patológicos personales, patrones socio-culturales, conductas de riesgo e información sobre la enfermedad actual (resultados de la pesquisa al VIH y de su confirmación diagnóstica, sintomatología clínica, tratamiento recibido, resultados de laboratorio, contactos sexuales y resultados de las pesquisas a estos, entre otros).

Educación sanitaria

La educación sanitaria es imprescindible en los casos de pacientes portadores de VIH/SIDA. Resulta vital orientarlos sobre la importancia de cumplir con el tratamiento, el modo de transmisión de su enfermedad y sus posibles complicaciones; educarlos en cuanto a los comportamientos sexuales de menor riesgo, aspecto muy importante para evitar contagios ulteriores; explicarles la importancia de que sus parejas sexuales estables eviten la infección y sean chequeados periódicamente; averiguar posibles contactos que pudieran haberse infectado, así como ayudarlos a sobrellevar su ansiedad. Todo esto influirá positivamente sobre distintos factores que incrementan la transmisión de estas infecciones.^{1-3,5,6}

El deterioro progresivo de la salud de este paciente, su poca cooperación y falta de percepción del riesgo, los continuos ingresos, la falta de un médico de familia de cabecera y el breve lapso de tiempo entre el diagnóstico de la enfermedad y su muerte, llevaron a que se desconociera cuál fue la fuente de su infección.

Muchas veces los pacientes a los cuales se les ha detectado que son VIH positivos, sufren la discriminación tanto en su trabajo como en su hogar, en la sociedad, y lo que es peor, en ocasiones por el propio personal de la salud, que de forma en su mayor parte inconsciente, viola los principios elementales de la ética médica durante la atención a estos enfermos; de ahí la necesidad del clima de confianza y de apoyo que debe crear el equipo de salud a cargo de su atención (empatía médico-paciente).⁵

Falló el programa en la búsqueda de contactos sexuales y de la fuente de infección por deficiencias en el trabajo de un equipo donde además, faltó un personal especializado de la psicología que mucho pudo haber hecho por lograr de este paciente su mejor cooperación. El paciente objeto de análisis no contó con el apoyo y consejería de su médico y/o enfermera de la familia, solo recibió apoyo de la epidemióloga municipal quien le explicó la necesidad del uso del condón en sus

relaciones sexuales para la garantía de un sexo seguro, así como cuestiones relativas a su enfermedad y evolución clínica.^{1,2,5}

Quizás muchos minimicen el alcance y valor de la palabra, pero en estos pacientes cobra un sentido especial. Con la consejería se pretende implicar al individuo, ayudándolo para que comprenda la necesidad de asumir cambios y aprenda a tomar decisiones responsables sobre su propio comportamiento, para el cuidado y mantenimiento de su salud, y la de los demás.

Las personas infectadas con el VIH suelen pasar por un proceso de cambio en sus vivencias, proyectos, percepciones, expectativas, hábitos, etcétera, en los que se ponen a prueba sus capacidades de adaptación y su equilibrio psicológico. Si este paciente hubiese tenido un médico de familia capaz, sensible con los problemas de la comunidad y atento a sus obligaciones, de seguro su calidad de vida se hubiera visto reforzada y quizás aún estaría vivo, pues con su preocupación y accionar se hubiera diagnosticado su enfermedad precozmente, la conducta terapéutica hubiera sido la más acertada y de seguro hubiera sido exitosa la relación médico-paciente. Asimismo, la labor del médico permite implementar psicoterapia; potencia cambios de comportamiento, la adquisición de nuevos hábitos saludables y mejora el cumplimiento terapéutico; identifica en los pacientes y sus familiares la necesidad de intervención especializada; da información, asesoramiento y entrenamiento al paciente, su familia y a las personas que lo atienden para superar procesos psíquicos complejos y facilita, apoya y contribuye para que el paciente pueda reorganizarse y continúe afrontando su presente y futuro.

Sobre la vía de transmisión

De manera general, hace años se vienen realizando actividades de prevención y promoción del VIH/SIDA. Los medios de comunicación masiva han jugado un papel decisivo, y el MINSAP (junto a otros organismos) ha creado los mecanismos para el éxito de esta tarea. Sin embargo, aún hay mucho por hacer y en la práctica, se ve que hay muchas dificultades.

Siendo el período de transmisibilidad potencial del VIH durante toda la vida de la persona infectada, sea esta asintomática o sintomática, es preciso enfocar las medidas preventivas de la transmisión al período de actividad sexual. Al evitar el contacto sexual con personas infectadas se está evitando la transmisión del virus. Para este propósito está demostrado que el retardo de la iniciación de la actividad sexual en los jóvenes y la limitación del número de parejas sexuales juega un papel muy importante. También está demostrado que se logra disminuir grandemente la transmisión del VIH durante el contacto sexual por medio del uso adecuado de métodos de barrera, como los condones de látex, en cada contacto sexual.

Cuba ha logrado una estabilidad en el mercadeo social de condones, a precios muy módicos y accesibles por la población en todas las farmacias del país, sin embargo, existe una circular del MINSAP que prohíbe la venta de condones a menores de 16 años, debiendo estos recurrir a sus padres o algún otro adulto para su obtención. No es adecuada esta decisión que dificulta la labor preventiva y de promoción de salud, a punto de partida del conocimiento del inicio, cada vez más temprano, de las relaciones sexuales en los jóvenes. No tener acceso directo a este recurso, promueve la práctica de sexo desprotegido, el embarazo y las infecciones de transmisión sexual (ITS).

El desafío más grande de la salud pública en el control de la infección por el VIH/SIDA y otras ITS, es el de promover el mayor uso de los condones entre las personas que corren riesgos. Las mujeres y los hombres notifican que no usan los condones masculinos por muchas razones, entre ellas, el temor a la reacción de la pareja, la oposición de la pareja, la falta de confianza en el producto, la falta de acceso a los condones y el menor placer que se siente al usarlos. Además, los programas de planificación familiar suelen animar a las mujeres para que consideren el uso de otros anticonceptivos por ejemplo, los dispositivos intrauterinos (DIU), desestimando indirectamente, el uso del condón como medio para prevenir el embarazo.

Pese a que el condón es muy eficaz contra las ITS, muchas personas que corren riesgos no lo utilizan. La promoción de los condones entre los hombres y los jóvenes, y el fomento de mejores actitudes acerca del suministro de estos pueden ayudar a reducir el número de nuevas infecciones.

La promoción del uso del condón desde el primer contacto sexual, lleva al uso posterior en cada encuentro sexual de una manera más consistente que la que se induce por la promoción de este en etapas más tardías de la vida sexual. Esta promoción debe lograrse a través de mensajes muy directos y una abierta promoción del uso del condón, como método para evitar la transmisión del VIH/SIDA en centros educacionales (desde edades bien tempranas de la vida), así como a través de medios audiovisuales, entre otros.

Sobre el huésped susceptible

Búsqueda activa de los contactos declarados. Investigaciones y seguimiento seroepidemiológico de los contactos encontrados

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que por cada caso portador de una ITS, si no fuera identificado, se transmitiría la infección a otros 10 casos nuevos.⁴ Para el control de las ITS (incluido el VIH/SIDA), interrumpir la cadena de transmisión es uno de los grandes desafíos.¹⁻¹¹

El paciente objeto de este análisis declaró solamente 3 contactos sexuales entre el 2003-2005 (uno por año), todos femeninos, 2 residentes en la propia área de salud y una residente en otra provincia. Aquí no se cumplió con el índice de productividad esperado (6 contactos por paciente). El paciente negó otros contactos en los últimos años (y los que había tenido tiempo atrás, refirió que al ser "fortuitos" desconocía cómo localizarlos).

Todos los contactos declarados fueron localizados y confirmaron haber mantenido con el paciente relaciones sexuales fortuitas y desprotegidas. Ninguno de estos contactos estaba dispensarizado dentro de ningún grupo de riesgo. Se les indicó la prueba del VIH/SIDA resultando negativa en todos los casos.

Según el Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA está previsto que, en caso de que un contacto sexual resulte negativo en la pesquisa del VIH/SIDA, este debe continuar realizándose el estudio cada 3 meses hasta 1 año, después de la última relación sexual con el paciente seropositivo (a no ser que se trate de una pareja sexual estable, donde la conducta para la pesquisa difiera en el tiempo). En el área de salud (donde radican 2 de estos contactos) no hay constancia de su seguimiento. La vicedirectora de Higiene y Epidemiología del área de salud y la enfermera encuestadora, refirieron que a estos contactos sí se les

indicó la pesquisa y se les explicó la necesidad del chequeo trimestral durante 1 año, ya que podían encontrarse en "período de ventana"; tampoco hubo un seguimiento del cumplimiento de esta actividad. Estas personas a pesar de que conocen los riesgos y la necesidad de cumplir con el programa de pesquisa, gozan del privilegio de voluntariedad. La enfermera encuestadora las ha visitado y las pacientes refieren que las pruebas se las han realizado, resultando negativas (pues pueden acudir a cualquier centro asistencial que brinda el servicio de pesquisa al VIH). Aquí hay fallas del programa, pues independientemente de que un paciente pueda negarse o no para realizarse una prueba de este tipo, la labor educativa, de prevención y promoción para la salud, podría ser más efectiva, conduciendo al éxito en el control y detección precoz de la enfermedad. Por otra parte, si las pacientes refirieron haberse realizado los exámenes correspondientes, el área de salud pudo corroborar tal cumplimiento, solicitándoles la constancia escrita de los resultados de laboratorio, recogiendo tal información en los registros correspondientes del policlínico.

En otro orden, hay un tercer contacto sexual que vive fuera del área de salud, del municipio y de la provincia. En este caso se logró contactar a la joven y la pesquisa inicial al VIH resultó negativa, pero una vez obtenido este resultado se "perdió" el seguimiento del contacto, pues el MINSAP se ocupa de enviar la información al territorio que corresponda para que se responsabilicen con el seguimiento. En un sistema de salud como el cubano, único e interrelacionado, que da la facilidad de organizar la actividad de manera más eficiente, permitiendo la localización de cualquier individuo, podría existir una retroalimentación de la información, de manera que el área de salud de donde partió el problema pueda contar con todos los elementos, lo que posibilita un total control de la actividad que realizan a través de la vigilancia epidemiológica directa, evitando así la diseminación de la enfermedad con la consiguiente perpetuación del contagio.

Llama la atención que las relaciones sexuales de este paciente con todos sus contactos (al menos se constata en los declarados) fueron desprotegidos, sin el uso del condón, lo cual refuerza el criterio de la necesidad de insistir en la labor educativa en aras del conocimiento de la población acerca de la enfermedad, sus vías de transmisión y las medidas encaminadas a lograr una sexualidad segura y responsable.

- Consejería

No se explota adecuadamente esta herramienta metodológica, con la cual el médico puede valerse para acometer la difícil labor de manejar, junto a un individuo, su riesgo de infección o el resultado de su prueba de determinación de anticuerpos al VIH.

- Intervenciones educativas y otras consideraciones

La sexualidad tiene desde el punto de vista social gran importancia ya que una conducta sexual inadecuada es riesgosa y dañina para la salud del hombre. El Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA dirige las acciones educativas a toda la población y los medios de comunicación masiva están desempeñando un papel importante en esta labor. Sin embargo, se hace mucho énfasis en la población considerada "sexualmente activa", aquella comprendida entre las edades de 15-49 años, de ahí que las pesquisas comunitarias dan

prioridad a este grupo etáreo en la dispensarización de grupos de riesgo. Debe ser analizado críticamente este criterio, a punto de partida de que las relaciones sexuales entre los jóvenes cada día son más precoces (demostrando la insuficiencia de las acciones de promoción para la salud encaminadas a lograr una sexualidad responsable, segura y en etapas más tardías de la vida).

Esto se pudo constatar en un análisis de la situación de salud de los adolescentes en otro municipio de la capital, donde se aplicó una encuesta a más de 350 adolescentes de la educación secundaria básica, revelando que más del 20 % de estos jóvenes había iniciado sus relaciones sexuales de manera precoz (una edad promedio de 11,8 años), lo que demuestra el inicio cada vez más temprano de las mismas en las actuales generaciones, constituyendo una problemática que merita la atención de las autoridades pertinentes, mediante el análisis de las causas que están incidiendo en este fenómeno y la proyección de medidas encaminadas a solucionarlas.

Sin lugar a dudas, el comienzo precoz de las relaciones sexuales conlleva a un alto riesgo de embarazos en la adolescencia y de infecciones de transmisión sexual, por la demostrada falta de conocimiento y percepción de riesgo en ellos, y una educación sexual errada. Las actividades educativas deben reforzarse, de forma multidisciplinaria e intersectorial, dirigidas fundamentalmente a los jóvenes, con el objetivo de prevenir e ir reduciendo este tipo de conducta en la población.

Asimismo, las áreas de salud cuentan en sus registros de seropositivos al VIH con personas de la tercera edad que fueron infectados por vía sexual. Entonces, ¿edad sexualmente activa es hasta los 49 años?, ¿y los de 50, 55, 60, 65 años, no tienen sexo, no son promiscuos, usan el condón?

Debe constituir una preocupación la situación de los jóvenes y adolescentes, para los que nunca serán suficientes las acciones de educación para la salud que se realicen. Y también está claro que entre 15 y 49 años se encuentra la mayor incidencia de la enfermedad. También deben ser motivo de atención aquellos de mayor edad, con modos y estilos de vida bien consolidados (que no indica que sean los adecuados), que en su juventud nunca oyeron hablar de VIH/SIDA, ni constituían un problema importante las ITS (existían pero no se abordaban con la franqueza, transparencia y divulgación con que se hace hoy en día), por lo tanto, no estaban conscientes ni se preocupaban de las relaciones sexuales protegidas, y que con el paso de los años han mantenido iguales conductas sexuales. Hoy se constata la infección VIH/SIDA en sujetos con avanzada edad, que aunque no constituyen una muestra representativa, debe tenerse presente. Todo esto sugiere que se debe ampliar el espectro, el diapasón de pesquisa en la población.

Es necesario recalcar que para lograr modificar las tendencias y reducir la transmisión de enfermedades como el VIH/SIDA, se requiere no solo del diagnóstico y el tratamiento de los casos nuevos y sus contactos, sino de acciones de promoción y prevención de salud, dirigidas a establecer hábitos y conductas sexuales seguras o de menor riesgo que tienen impacto a largo plazo, al no resultar fácil modificar estos aspectos conductuales de la vida de las personas. No se explota el apoyo incalculable que ofrecen los educadores para la salud y coordinadores HSH, los cuales pueden gestar una educación dirigida a mejorar conocimientos y actitudes para modificar conductas de hábitos insalubres (promiscuidad sexual, drogadicción, etcétera) a hábitos saludables. Estos trabajadores o activistas podrían coordinar (junto a los equipos de salud) la promoción de microgrupos de educación y reflexión en torno a la sexualidad humana, enfatizando en la educación a nivel familiar, utilizando diferentes técnicas para ejercer estas funciones, como la entrevista conjunta, el fortalecimiento de los

sentimientos positivos entre los familiares del paciente, la realización de estudios socioeconómicos del paciente y su familia, apoyo de la familia y amigos. De igual forma, es importante que el sistema de salud proporcione educación a los facilitadores (personas de la comunidad) para que sean ellos mismos quienes gesten procesos de salud en sus propias comunidades, como los grupos de apoyo y autoapoyo.

CONSIDERACIONES FINALES

Las principales deficiencias que se encontraron en este control de foco fueron:

- No dispensarización de grupos de riesgo.
- Deficiencias en el pesquisaje del VIH/SIDA. La captación de este paciente fue espontánea y en debut clínico.
- Inadecuada conducta terapéutica y en el seguimiento clínico del paciente objeto de análisis.
- Se desconoce la fuente de infección. El paciente solo declaró 3 contactos sexuales (todos negativos al VIH).
- Deficiencias en el seguimiento a los contactos sexuales.
- Déficit de personal médico y paramédico en el territorio en cuestión. Pobre actividad de prevención y promoción de salud en la comunidad.

El SIDA es una enfermedad infecciosa que no responde a los modelos tradicionales que de este tipo de enfermedades se conocen y a las que antes con tanta eficacia se hizo frente. Muchas de las estrategias que entonces se usaron para combatir las enfermedades infecto-contagiosas resultan irrelevantes para la prevención del SIDA, pues el contagio de esta enfermedad no depende tanto de factores ambientales, como de comportamientos personales que por ser libres y voluntarios sí pueden ser objeto de predicción y autocontrol por parte de las personas. Esto quiere decir que el SIDA responde a modelos diferentes a los tradicionales y, por consiguiente, propicia otras formas de intervención diversas a aquellas.

El SIDA es sobre todo una enfermedad o todo un complejo de enfermedades que desafían la responsabilidad de los facultativos, tanto en el momento de articular los medios adecuados de prevención, como a la hora de aplicar los métodos correctos de análisis y control y más aún, en el cuidado y tratamiento de los pacientes afectados. Por el momento, es una enfermedad incurable que no hace discriminación de razas, edades o clases sociales, tampoco se encuentra en exclusividad en los "culpables" de un comportamiento inadecuado. Si a pesar de las grandes inversiones en el campo de la investigación todavía resulta casi utópico el hallazgo de una cura adecuada contra el virus, y si la infección ya presente, aunque velada, va a persistir durante toda la vida de los enfermos, o al menos durante un largo futuro, se hace necesario desde el punto de vista ético extremar las estrategias preventivas.

Cierto es que si el SIDA está presente es porque existe el virus que causa esta enfermedad, pero no es menos cierto que el virus causa la enfermedad cuando alguien de forma voluntaria o involuntaria mediante su comportamiento, facilita su contagio y transmisión, esto quiere decir, que en la mayor parte de los enfermos el contagio se ha producido como consecuencia de su comportamiento, por lo que es lógico pensar que la mayoría de los programas preventivos insistan en estrategias y medidas centradas en el comportamiento humano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Programa Nacional de Control y Prevención del VIH/SIDA. Cuba: MINSAP; 1997.
2. Plan Estratégico Nacional ITS/VIH/SIDA 2001-2006. Resolución Ministerial No. 110. Cuba: MINSAP; 2006.
3. Conociendo sobre VIH. Manual para médicos de la familia y el personal de salud de Cuba. Cuba: MINSAP; 2004.
4. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2006. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA/06.29S): Organización Mundial de la Salud (OMS). (Consultado 2006). Disponible en: www.unaids.org
5. Flecha JR. La fuente de la vida. Manual de Bioética. Salamanca: Sígueme; 1999.
6. Mertens TE, Carael M. Prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de la infección por el VIH. Revista Salud Mundial. 1998;51(6):3-4.
7. Grillo E. En la frontera del SIDA. Avances Médicos de Cuba. 1998;5(15):4-8.

Recibido: 28 de marzo de 2007.

Aprobado: 20 de octubre de 2007.

Francisco Hernández-Bernal. Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB), División de Ensayos Clínicos.
Ave. 31 entre 158 y 190. Apartado 6162, código postal 10600, Cubanacán, Playa, Ciudad de La Habana, Cuba.
E-mail: hbernal@infomed.sld.cu