

# El sida en Cuba

Liana Rodríguez Roch

Universidad de La Habana. Cuba

Fecha de recepción: 1995

## Resumen

Las siglas S.I.D.A. significan síndrome de inmuno deficiencia adquirida. Sida es una definición operativa del estadio extremo de la infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

Las estadísticas indican que las vías de difusión más frecuentes en el mundo son las relaciones sexuales de riesgo y la utilización de drogas por vía intravenosa, hecho este último que no constituye un problema en Cuba.

Con el sida, la sexualidad y la muerte, ambos viejos tabúes, han saltado a la palestra para formar un binomio que es sinónimo público de enfermedad; la sociedad se enfrenta a un reto complejo en el que la moral y las costumbres dictan las principales normas de actuación. El VIH es un virus biológico que ha «descubierto» viejos, agresivos y letales «virus» sociales.

En 1986 se diagnosticaron los primeros casos de VIH en Cuba. En ese mismo año se pone en práctica el Programa Nacional de Lucha contra el Sida para el control y prevención de la infección por VIH. La estrategia cubana contemplaría como aspectos fundamentales el pesquisaje masivo, el tratamiento sanatorial y la educación sanitaria.

**Palabras clave:** sida, VIH, grupos de riesgo, seropositivo, sexualidad.

## Abstract. *Aids in Cuba*

Aids is the extreme result of the HIV infection. Statistics show several ways of diffusion of «sida» or Aids through sexual relations, drugs, etc. This things into question the problem of death, sexuality, illness, to be controlled by the National Programme to Fight Aids as well as health treatment and education.

**Key words:** seropositive, Aids, sexuality.

## Sumario

Sida y VIH	La sociedad, el individuo y la prevención del VIH/sida
Historia	

Programa cubano de lucha contra el sida

## Sida y VIH

Las siglas S.I.D.A., significan síndrome de inmuno deficiencia adquirida. Sida es una definición operativa del estadio extremo de la infección por el VIH (virus de la inmunodeficiencia humana).

La infección por el VIH produce una enfermedad transmisible que afecta directa y fundamentalmente al sistema inmunológico produciendo su destrucción. Presenta un amplio espectro de manifestaciones clínicas que van desde la infección aguda inicial, cuando ésta tiene síntomas que permiten diagnosticarla, pasando por un largo periodo, calculado en 11 años en casi todo el mundo, en el que la persona no presenta signo alguno de infección, hasta desembocar en una serie de afecciones que definen el nivel más avanzado y mortal de la enfermedad denominada *sida*.

En una persona con VIH, el virus se encuentra en todos los fluidos corporales, pero sólo el semen, los fluidos vaginales y preeyaculatorios, la leche materna y la sangre, se reconocen como infectantes. Así, las relaciones sexuales sin protección, la exposición directa a sangre o derivados de ésta, y la gestación, el parto y lactancia materna son las vías de transmisión reconocidas.

El virus entra en el organismo e infecta células. Puede mantenerse latente y provocar respuestas inmunológicas mínimas o puede expresarse infectando otras células de manera que éstas se van convirtiendo en una «fábrica» viral hasta que mueren. El mismo virus muta con facilidad.

Existen medidas internacionales y nacionales que permiten controlar la extensión de la infección debida a transfusiones y a utilización de sangre y sus derivados, y como consecuencia de la manipulación profesional de fluidos corporales.

Las estadísticas indican que las vías de infección más frecuentes en el mundo son las relaciones sexuales de riesgo y la utilización de drogas por vía intravenosa. Los especialistas de salud coinciden en afirmar que, hasta que no se disponga de vacunas o medicamentos eficaces, el control de la infec-

### Recuadro 1. Técnicas utilizadas para el diagnóstico del VIH.

- ELISA: detecta la presencia de anticuerpos al VIH en sangre.
- Western Blot (WB): detecta la presencia de las proteínas del VIH en sangre.
- Radioinmunoensayo: similar al WB, pero más específica y sensible. Es una prueba cara y complicada.
- Reacción en cadena de la polimerasa (PCR): amplifica porciones de DNA o RNA, permitiendo la detección temprana de la infección, previa incluso al desarrollo de la respuesta de anticuerpos.
- Actualmente se desarrolla una prueba de detección de anticuerpos a través de muestras de saliva. Tiene cierta confiabilidad diagnóstica, barata y de fácil acceso. La fabricación y venta de esta prueba permitirá el autoanálisis privado. Algunos investigadores la proponen como parte de un nuevo programa internacional de control sanitario de la infección.

ción por VIH depende de la comunicación sanitaria que permita al individuo modificar y adecuar sus conductas. El VIH se convierte entonces en una enfermedad con determinantes sociales y psicológicos, y escapa de cualquier control inmediato.

Con el sida, la sexualidad y la muerte, ambos viejos tabúes, han saltado a la palestra para formar un binomio, que es sinónimo público de enfermedad: la sociedad se enfrenta a un reto complejo en el que la moral y las costumbres dictan las principales normas de enfrentamiento. El VIH es un virus biológico que ha «descubierto» antiguos, agresivos y letales «virus» sociales.

Al parecer, el sida no es una afección tan reciente como se consideró al inicio. Se encontraron evidencias del VIH al examinar bancos de sangre almacenados en 1959 en África central y en el reconocimiento retrospectivo de casos en Europa y EEUU en las últimas dos décadas.

## Historia

A mediados de 1981 se emite por el Centro de Control de enfermedades (CDC) de Atlanta, EEUU, un informe llamando la atención sobre un síndrome hasta entonces desconocido. Se observó que una serie de varones jóvenes, de raza blanca y habitantes de grandes ciudades —Nueva York, Los Ángeles, San Francisco— presentaban un cuadro de inmunodeficiencia adquirida, con infecciones respiratorias por gérmenes poco habituales, y tumores similares a los presentados en personas sometidas a trasplantes de órganos o que tomaban medicamentos que debilitan la inmunidad.

La condena absoluta a muerte de los primeros infectados en EEUU y su asociación directa a prácticas homosexuales hizo que inicialmente se llamara a la enfermedad «peste gay» y GRID («gay related immunodeficiency»). No faltaron personas fanáticas que aseguraron que se trataba de una enfermedad divina, una maldición y un castigo moderno, al estilo de la Sodoma y Gomorra bíblica.

En 1982 se denomina a la enfermedad «síndrome de inmuno deficiencia adquirida», sida, y en 1986 el virus que la causa se clasifica como «virus de la inmunodeficiencia humana», VIH. Algunos autores han descrito distintas variantes virales, lo que puede condicionar situaciones clínicas diversas y un pronóstico variable. En el mundo se trabaja en por lo menos siete vacunas profilácticas, y se estima que el futuro de su aplicación estará en la formación de un cóctel de éstas, aunque, aun así, podría fallar para determinados individuos, lo que no permitirá modificar el estilo de vida ni las conductas de protección.

En los inicios de la infección los estudios definieron los grupos de riesgo epidemiológico: homosexuales, hemofílicos, y luego las prostitutas y los drogadictos. Los medios masivos de comunicación utilizaron el término «grupo de riesgo» como palabra clave para la información a la población. El sida se asoció directa y particularmente a estos grupos, a pesar de que cada día se infectaban personas sin relación inmediata con ellos.

En 1987 la Organización Mundial de la Salud (OMS) inició la primera campaña mundial de información pública sobre VIH/sida y ya entonces planteaba que la enfermedad no sólo progresa en el organismo, sino que, además, se desarrolla por la ignorancia, el temor y la resistencia al cambio de las personas. Sin embargo, el emblema utilizado para acompañar cualquier mensaje sanitario era el de dos corazones y una calavera, que pretendían señalar la amenaza del sida y la posibilidad de ponerle coto mediante un esfuerzo mundial. Se concilió el concepto de muerte —la calavera— con el de amor —los dos corazones—, que también significan sexo. Es, tal vez, un buen ejemplo de la contradicción que ha existido entre el propósito y la acción, la intención y el acto de los encargados de la comunicación sanitaria sobre VIH/sida. Esta paradoja se repitió en la mayoría de los materiales de divulgación sanitaria que utilizaron frases generales, inespecíficas o terroríficas para tratar de prevenir la infección. Los mensajes concebidos como positivos exhortaron a la abstención sexual sin considerar distinciones individuales o grupales. Los mensajes negativos condenaron la promiscuidad, y la desfiguración física y la muerte fueron presentadas como consecuencias directas e inmediatas de la enfermedad. La intención de estimular la adopción de conductas responsables se tradujo en la utilización de elementos irracionales y en moralizaciones sobre la vida sexual de las personas.

La expansión del VIH a nivel mundial, el descubrimiento de las características del virus y de la enfermedad, la elaboración de medicamentos para el tratamiento de las infecciones oportunistas y para reforzar la inmunidad de los infectados, y la participación de las personas con diagnóstico de seropositividad al VIH en la lucha contra el sida, comenzaron a adecuar la imagen y el tratamiento de los mensajes sanitarios. Aun así, se ha considerado que las campañas de prevención durante años han ignorado que la información es un elemento necesario pero no suficiente para modificar conductas, y que los mensajes de los medios de difusión sólo influyen y estimulan las potencialidades ya existentes en el individuo.

La conducta y los hábitos individuales durante las relaciones sexuales se consideran los elementos más importantes para el control del VIH. Actualmente se precisa el riesgo o la seguridad de las prácticas sexuales y se recomienda el uso del preservativo o condón de látex durante ellas.

#### **Recuadro 2.**

La mera información estadística sobre estas pruebas, por sí misma, pudo distorsionar el significado de las pruebas de detección de anticuerpos al VIH. El individuo, al resultar negativo a éstas, sin recibir orientaciones sanitarias, puede haberse sentido «vacunado» contra el virus, con una especie de patente de reafirmación a sus prácticas sexuales habituales. La realidad es que en ningún momento un resultado negativo de cualquiera de las pruebas de diagnóstico, es garantía del riesgo o de la seguridad de las conductas sexuales asumidas por la persona.

## Programa cubano de lucha contra el sida

En 1983 se creó en Cuba una comisión multidisciplinaria para la prevención y el control del sida que organizó un sistema de vigilancia epidemiológica de la aparición de casos con enfermedades oportunistas, así como la prohibición de importar sangre y sus derivados de países con sida. Entre 1985 y 1986 se instalaron centros de diagnóstico específicos para VIH en provincias y municipios.

En 1986 se diagnosticaron los primeros casos de VIH en Cuba, entre los que estaban personas que habían viajado al extranjero, incluyéndose colaboradores en distintos países africanos. En ese mismo año se pone en práctica el Programa Nacional de Lucha contra el Sida para el control y la prevención de la infección por VIH producida por la transmisión sexual, que ha resultado la principal vía de propagación nacional. La estrategia cubana contemplaría como aspectos fundamentales el pesquisaje masivo, el tratamiento sanatorial y la educación sanitaria.

El pesquisaje masivo organizó un sistema de vigilancia epidemiológica mediante el cual se controlaría la circulación del virus y se identificarían los casos clínicos. Este programa contempló la realización de las pruebas diagnósticas ELISA y WB a grandes grupos poblacionales entre los que se presumía algún riesgo: todos los donantes de sangre, los viajeros al exterior, las gestantes en el primer y tercer trimestre de embarazo, los hospitalizados, pacientes con enfermedades de transmisión sexual y a las parejas sexuales de personas ya diagnosticadas seropositivas al VIH. En la tabla 1 se pueden apreciar los resultados y los datos correspondientes al número de pruebas realizadas desde 1986 hasta 1994.

Actualmente se ha modificado el sistema de control basado en la masividad, ya que la incidencia de casos resultó mínima por esta vía y se contempla

**Tabla 1.** Comportamiento del pesquisaje según años de estudio.

Años	Número de pruebas	Seropositivos detectados	Positividad (%)	Determinaciones por seropositivos
1986	663.761	99	0,015	6.705
1987	880.608	75	0,009	11.741
1988	1.946.689	93	0,005	20.932
1989	2.808.222	121	0,004	23.208
1990	3.090.301	140	0,005	22.074
1991	2.149.065	183	0,009	11.744
1992	1.923.872	175	0,009	10.994
1993	1.776.595	102	0,006	17.418
1994	1.311.934	111	0,008	11.819
Total	16.551.047	1.099	0,007	15.060

**Fuente:** DIRECCIÓN NACIONAL DE ESTADÍSTICAS, MINSAP. Departamento de Epidemiología, Sanatorio Santiago de las Vegas.

la realización de pruebas anónimas como una forma más específica de conocer el avance de la infección en la isla. El pesquiasaje masivo constituyó una vía para el control epidemiológico en Cuba, y resultó una medida consecuente con el sistema nacional de atención sanitaria.

En Cuba la incidencia de la infección por VIH es mayor en personas jóvenes, sobre todo en edades comprendidas entre 15 y 29 años, donde se concentra algo más del 70% de los seropositivos (tabla 2). No existe un patrón específico de transmisión, aunque se incrementa el porcentaje por prácticas homo/bisexuales (tabla 3).

A partir de la exitosa experiencia cubana de aislamiento hospitalario en el control del dengue hemorrágico, las autoridades sanitarias consideraron que para una enfermedad como el sida, poco conocida y al parecer de una mortalidad muy alta e inmediata, lo mejor era internar a los diagnosticados en centros especiales, aislados del resto de la población. El tratamiento sanatorial se establece como propuesta en 1986, y la medida es amparada por el Decreto Ley núm. 54 de 1981 del MINSAP, que atribuye a las autoridades sanitarias el derecho a crear medidas excepcionales de cuarentena con el fin de evitar la difusión de una enfermedad y ofrecer una atención médica calificada para prolongar la vida de los pacientes.

El primer sanatorio cubano para la atención médica integral de las personas diagnosticadas seropositivas al VIH comenzó a funcionar en abril de 1986. Actualmente existen 14 sanatorios, uno por cada provincia.

La existencia de sanatorios contribuyó a que la infección no se propagara con rapidez, y a que el crecimiento de la infección se comportara de forma aritmética, y no geométrica como en otros países; pero los sanatorios también contribuyeron a que, durante años, la población se sintiese tranquila, sin responsabilidad individual ni social en el tema, porque «todo el que tiene sida está en un sanatorio». Desde que en 1986 se confirmó la presencia del VIH

**Tabla 2.** Estadísticas de seropositivos por edades desde el 1 de enero de 1986 hasta el 22 de febrero de 1995. Incidencia anual por 1.000.000 de habitantes.

Grupo de edades	Casos	Tasa
1-4	5	0,54
5-14	7	0,39
15-19	201	19,64
20-24	344	30,50
25-29	234	23,97
30-34	133	16,67
35-39	82	12,43
40-44	59	8,74
45-49	21	3,55
+ 50	18	0,87
Total	1.111	10,82

**Tabla 3.** Estadísticas por año de diagnóstico y según prácticas sexuales. Desde el 1 de enero de 1986 hasta el 22 de febrero de 1995.

Año	Homo/bisexuales	Heterosexuales	Total
1986	20	79	99
1987	33	42	75
1988	25	68	93
1989	54	67	121
1990	73	67	140
1991	100	83	183
1992	94	81	175
1993	47	55	102
1994	45	66	111
1995	2	10	12
Total	493	618	1.111

**Fuente:** Departamento Epidemiología sanatorio Santiago de las Vegas.

**Nota:** Todos los casos homo/bisexuales son masculinos.

en Cuba, el perfil sociopsicológico de las personas diagnosticadas seropositivas ha sido representativo del resto de la población cubana.

El tratamiento sanatorial configuró un acápite especial para Cuba en cualquier encuentro mundial sobre temas sociales o específicos de sida. La existencia de sanatorios y el carácter obligatorio del ingreso para todos los seropositivos al VIH obvió durante los primeros años la individualidad de los afectados, restándoles responsabilidad, derechos y deberes personales y sociales. Una encuesta realizada en 1991 en el sanatorio Santiago de las Vegas por un grupo de periodistas cubanos a 41 ingresados escogidos al azar demostró que el 80,5% veían el sanatorio como una buena opción de atención médica y, al mismo tiempo, el 65,8% prefería no encontrarse en él. El mismo número de encuestados aseguró desear reintegrarse a la sociedad aunque no se curara.

Desde 1989, previo estudio de caracterización sociopsicológica de los seropositivos y atendiendo a las necesidades y aspiraciones de éstos, se comenzó un proceso de adecuación interna y externa de los sanatorios que permitió replicar las estructuras sociales vigentes. Las personas que aún viven en los sanatorios se alimentan balanceada y adecuadamente según necesidades individuales y reciben atención médica integral con sistematicidad y alto nivel técnico. Existe la opción del trabajo y el estudio dentro y fuera del sanatorio y se han restablecido completamente los lazos de comunicación y convivencia con los grupos de pertenencia individuales. Aunque el ingreso continúa siendo obligatorio, la estancia sanatorial es un paso intermedio que ofrece a los seropositivos la posibilidad de adquirir los conocimientos y los hábitos necesarios para prolongar la vida saludable y preservar de la infección por VIH a otras personas. Se considera que este período es importante porque puede ayudar a enfrentar cualquier conflicto social o personal ante el diagnóstico de seropositividad.

La existencia de sanatorios ha permitido la agrupación y la formación de especialistas en sida y la aplicación casi inmediata de los descubrimientos científicos. También ha permitido la formación de grupos de pertenencia y fuertes redes de apoyo interpersonal entre los seropositivos, muy difíciles de crear en otras circunstancias. Un buen ejemplo de esto fue la creación del Grupo de Prevención Sida (GP-Sida) en 1991, integrado fundamentalmente por seropositivos al VIH con aspiraciones comunes de realizar trabajos de educación, divulgación y orientación sanitaria. Este grupo ha colaborado con los responsables sanitarios en la realización de charlas, conversaciones, talleres, programas de los medios de comunicación masiva, y es responsable de comunicar el diagnóstico de seropositividad.

En el programa de educación sanitaria han colaborado distintas instituciones del MINSAP. El Centro Nacional de Educación para la Salud estableció un programa nacional a través de sus redes provinciales y municipales para la superación y la calificación del personal de salud y la realización de actividades educativas y de orientación. Los medios de comunicación masiva han tratado el tema de forma aislada y poco sistemática. No ha existido una estrategia coherente que garantice la continuidad de campañas nacionales.

### **La sociedad, el individuo y la prevención del VIH/sida**

Cuba no escapa de ninguna de las características principales que ha tenido el sida en el mundo. Una revisión de 122 noticias sobre VIH y sida aparecidas en los principales periódicos cubanos durante 1988 mostró que las informaciones eran bloques generales en los que se pretendían abordar temas específicos. Las estadísticas ocupaban el 40% de las noticias, sobre todo las referidas a enfermos y muertes acaecidas en el mundo. El resto de las publicaciones se referían a la eficacia de la estrategia nacional de lucha contra el VIH/sida, insistiendo en el pesquijaje masivo y el control sanatorial.

#### **Recuadro 3**

En la actualidad los científicos aceptan que la conducta sexual no se puede dicotomizar en heterosexualidad y homosexualidad; ambas constituyen los extremos de un continuo a lo largo del cual se ubican los individuos de forma móvil y se evalúa que quizá la práctica absoluta de la homosexualidad pueda resultar una respuesta social polarizada. Se reconoce que la masturbación es una práctica frecuente en determinadas edades de exploración y reconocimiento físico y, además, una opción para la satisfacción sexual. En la prevención sanitaria del VIH la masturbación solitaria o en pareja es una de las prácticas recomendadas para el sexo seguro.

Declararse públicamente homosexual es todavía un acto de osadía y de enfrentamiento a prejuicios morales, aunque en algunos países, como los EEUU, el poder político y económico y la concentración de homosexuales en las grandes ciudades ha impuesto cierta vida pública gay.

Los conceptos de grupos de riesgo y promiscuidad también se utilizaron en libros de texto, informes científicos, folletos y materiales de orientación e información. El término *promiscuidad* se extendió a los medios de comunicación, de lo cual resultó un juicio peyorativo. ¿Cuántas relaciones sexuales son necesarias para ser promiscuo? La respuesta depende, en el caso de la infección por VIH, del número de personas seropositivas en ese momento, es decir, del nivel de circulación del virus, y nunca de juicios preestablecidos por la moral.

No existe un acuerdo sobre la naturaleza de la sexualidad humana. Este desconocimiento se ha expresado en la ciencia, que hasta la década de 1970 establecía que la homosexualidad y la masturbación eran enfermedades mentales, y que el orgasmo femenino no era ni posible ni importante. Las leyes de muchos países han establecido que determinadas prácticas sexuales —como la homosexualidad— sean sancionadas como delitos.

A pesar de la progresiva adecuación de la mayoría de los códigos penales y de las categorías diagnósticas psiquiátricas, las normas de moral y las creencias se resisten a los cambios de las normas de derecho y a los adelantos científicos.

Todas las sociedades regulan de alguna forma el comportamiento sexual. Si el bien, lo bueno en materia de sexualidad, se equipara con la procreación, las relaciones homosexuales serán diferenciadas con claridad de las heterosexuales, la masturbación será una expresión de enajenación psíquica y el placer femenino puede no tener sentido.

Muchas veces la percepción que el individuo tiene sobre el VIH/sida, sobre sí mismo y sobre las regulaciones de los grupos a los que pertenece puede ofrecer el soporte necesario para no adoptar las recomendaciones sanitarias, e iniciar o mantener conductas de riesgo. Esta percepción puede convertirse en un oponente considerable a los mensajes sanitarios para el control de la infección, a pesar del nivel de información que la persona posea.

Es posible que el individuo sostenga criterios contradictorios y complejos en su posición frente al sida. Por ejemplo, en un taller de información sobre el sida ofrecido en 1992 a un grupo de 37 profesores y directores de la enseñanza media de Ciudad de La Habana por el GP-Sida, se aplicó inicialmente un diferencial semántico, con pares de adjetivos bipolares separados por cinco grados en los que debían evaluar el sida. Estos profesores, que tenían todos nivel universitario, equipararon sida a muerte (92%) y a rechazo (89%), y lo catalogaron de feo (70%), sucio (57%) e inmoral (35%). El 86% lo consideró evitable y el 46% no sabía si el sida era un tema cercano o lejano, a pesar de ser responsables de la educación de adolescentes. Es significativo que estos profesores mantuvieran a lo largo del taller posiciones de resistencia al cambio y creencias estereotipadas sobre el sida y sobre las personas que pudieran infectarse.

Se conocen múltiples trabajos que estudian las enfermedades somáticas desde una perspectiva sociopsicológica. Los estudios de Ramón Bayes<sup>1</sup> sobre pre-

1. *Nota del editor:* Ramón Bayes es catedrático del Departament de Psicologia de la UAB y en la década de los ochenta viajó a Cuba para estudiar este tema.

vención de conductas nocivas para la salud que pueden ocasionar determinados tipos de cáncer, y sobre el sida, confirman la existencia de barreras y obstáculos que se oponen a cualquier labor de prevención sanitaria en enfermedades donde la conducta precedente del individuo es el mayor factor de riesgo.

La sexualidad es una actividad positiva, placentera, de consecuencias inmediatas. Y la existencia del peligro VIH es un riesgo hipotético, probable, que impone el uso del condón (incómodo, antinatural). Por esto es ilusorio pensar que el individuo medianamente informado, y sin referencias cercanas sobre la infección, posponga o modifique sus hábitos sexuales por sugerencias sanitarias.

La frecuencia y el número de conquistas sexuales forman parte de tradiciones grupales para el éxito y la aprobación. Es probable, incluso, que la conducta sexual al azar, imitando la ruleta rusa, pueda suponer un atractivo más para la acción.

Pocas personas se señalan en riesgo de contraer alguna enfermedad, y más si ésta se asocia directamente con determinados grupos marginados y recibe, además, calificativos morales.

Entre la conducta sexual infectante y la aparición de los primeros síntomas existe un tiempo considerable. Para el individuo se pierde la relación de causa (relación sexual de riesgo) y efecto (infección VIH). Los seropositivos asintomáticos no presentan evidencias externas que presupongan la infección. Este hecho puede facilitar una percepción inadecuada de la infección y sus consecuencias, y frecuentemente es un elemento a considerar como causa de las reinfecciones que debilitan el sistema inmune del individuo que mantiene relaciones sexuales sin condón con otros seropositivos.

El sida no se encuentra entre las principales causas de muerte en Cuba. No obstante, es un hecho que avisa a diario de nuestra fragilidad y sobre la necesidad de hacer.