

REVISIÓN DE TEMA

Inequidades en salud relacionadas con el VIH/SIDA

PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA
ISSN 0124-4108 Vol. 11 No. 1 Enero-Junio de 2009
Universidad de Antioquia. Medellín. Colombia págs. 93-97

Artículo recibido: 24 de marzo de 2009
Aceptado: 8 de mayo de 2009

Gloria Cecilia Deossa Restrepo¹

Resumen

Tres perspectivas teóricas explican el origen de las desigualdades en salud entre los grupos sociales: perspectiva teórica psico-social, producción social de la enfermedad y ecosocial. Mediante la exploración de literatura publicada en los últimos años sobre los determinantes sociales y las inequidades en VIH/SIDA, se establecen unos postulados y se resaltan algunos elementos claves de las inequidades sociales que se deben tener en cuenta para abordar esta pandemia.

Palabras clave: VIH, SIDA, determinantes sociales, inequidades en salud, pobreza.

Inequities in health related to HIV-AIDS

Abstract

There are three theories that could explain the origin of health inequities between population groups. These theories integrated proximal and distal social factors, so-called social determinants on health, which are related to the causes of diseases. The main purpose of this article is to review and analyze some reflections and published papers about social determinants of HIV-AIDS in order to identify some issues related to the pandemic in Colombia.

Keywords: HIV, AIDS, social determinants, health inequities, social inequity, poverty.

¹ Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
glory@pijaos.udea.edu.co

Como citar este artículo: Deossa Restrepo GC. Inequidades en salud relacionadas con el VIH/SIDA. *Perspect Nutr Humana*. 2009;11:93-7.

INTRODUCCIÓN

En 1974 Lalonde y Laframboise lideraron desde Canadá un movimiento centrado en la salud de las poblaciones, que presenta comportamientos diferentes a la salud de los individuos e introdujeron los conceptos de campos y de determinantes de la salud (1). El término inequidad, lo usa la Organización Mundial de la Salud (OMS) para referirse a las diferencias en salud que no son solamente innecesarias y evitables, sino además, consideradas injustas (2).

Existen tres perspectivas teóricas para explicar el origen de las desigualdades en salud entre los grupos sociales (3), ellas son:

- *Perspectiva teórica psico-social:* establece que la auto-percepción que las personas tienen del lugar que ocupan en la jerarquía, en sociedades profundamente desiguales, causa serios daños a la salud.
- *Producción social de la enfermedad:* sostiene que el escaso ingreso de algunas personas y grupos sociales les acarrea falta de recursos para superar los factores que afectan su salud y producen enfermedad.
- *Ecosocial:* reúne elementos de las anteriores. Se entiende que cada nivel de organización social y biológica constituye un eco-sistema que actúa como un todo y condiciona la situación de salud. Mediante esta teoría se establece que los individuos “encarnan” o expresan en su cuerpo aspectos del contexto en el que viven o trabajan.

Para estudiar las tesis de diferentes autores sobre los determinantes sociales y las inequidades en VIH/SIDA, se realizó una exploración de diferentes posiciones y de literatura publicada en los últimos años. A continuación se esbozan los principales hallazgos teóricos o postulados.

Epidemiología del VIH/SIDA

Según informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la OMS del 2007 (4), un total de 33,2 millones de personas en el mundo vivían con SIDA, de éstos, 30,8 millones eran adultos (15,4 millones mujeres) y 2,5 millones eran niños y niñas menores de 15 años. Para 2007, 2,5 millones de personas en el mundo resultaron infectadas, de las cuales 2,1 millones fueron adultos y 420.000 menores de 15 años y murieron en el mundo a causa de esta pandemia 2,1 millones de personas (1,7 millones adultos y 330.000 menores de 15 años). Es alarmante que cada día más de 6.800 personas se infecten con el VIH y más de 5.700 mueran por esta causa, la mayoría debido a acceso inadecuado a prevención sobre VIH, a tratamientos y servicios.

Para el año 2007 la región de Africa Sub-sahariana presentó la mayor prevalencia de VIH/SIDA con 22,5 millones de personas infectadas, seguida por Asia Sur Oriental con cuatro millones (4), de igual forma se reportaron 1,6 millones de personas infectadas en Latinoamérica. La prevalencia de VIH/SIDA es mayor en los países de El Caribe que en América Latina, exceptuando a Cuba, aunque Belice, tiene un comportamiento similar a los países del Caribe (5).

Determinantes sociales e inequidades en VIH/SIDA

En el marco socio-normativo del estado-mercado nace el Programa de Prevención del VIH/SIDA en el año 1990 determinado por el modelo económico liberal; en este período, la OMS consideró al VIH/SIDA como una pandemia mundial (6). Más tarde en el año 2005, creó una comisión sobre determinantes, para reestablecer la visión de Alma-Ata como base del desarrollo del sistema de salud en el siglo XXI (7).

Entre los factores estructurales asociados con el riesgo de VIH/SIDA y su prevención se incluyen aspectos físicos, sociales, de la organización, de la comunidad, económicos, legales o políticos, los cuales impiden o facilitan a las personas los esfuerzos para evitar la infección por VIH. El SIDA causa exclusión social y en ese caso se podría empeorar más la enfermedad, según Krieger (8), el mayor riesgo de infección por VIH/SIDA en las mujeres negras pobres es atribuido a la inequidad social por las teorías ecosocial y social de la distribución de la enfermedad y a “malas conductas” por las teorías biomédicas del estilo de vida como causa de la enfermedad.

Investigadores como Dowsett (9), considera al género como una de las variables más importantes de los determinantes sociales estructurales para la pandemia del SIDA, pues considera que el género además de dar una idea de diferencia biológica y de una división en el ser humano, se relaciona con inequidad y poder, es similar a la raza, etnia, edad, generación, clase social o casta.

La propagación del SIDA se da más rápidamente en el sexo femenino en muchos países y regiones, lo cual se debe a que la mujer está más predispuesta desde lo biológico por la transmisión vía vaginal: factor proximal, pero también juegan un papel importante las causas estructurales: factores distales, por ejemplo la inequidad en recursos sociales y económicos padecida por las mujeres que las lleva a pérdida de poder, mayor pobreza y a sus consecuencias: violencia sexual, trabajos sexuales, entre otros (10).

La epidemia del VIH/SIDA es cada vez más femenina y más pobre, además, acompañada de violencia. Existe una vulnerabilidad marcada de la mujer para contraer la infección, dada por las desventajas que estas tienen en el ámbito sexual, educativo, económico, político y legal; sumado a lo anterior, la mujer por su condición de ser pasiva, fiel, con poca

capacidad de decidir sobre su sexualidad, está más expuesta a contraer la infección en su mismo hogar. En América Latina se estima que por cada hombre infectado con el virus del VIH hay una mujer (10).

El ser joven también incrementa la posibilidad de contraer la enfermedad, por tanto es otro determinante al igual que el género. Otras variables que predisponen a su contagio son los estilos de relaciones sexuales, como el homosexualismo, el hombre que tiene sexo con otros hombres (*Men who have sex with men MSM*), el uso de drogas intravenosas, el trabajo sexual y las infecciones de transmisión sexual (10).

Los datos anteriores demuestran que existe una relación de género y violencia para el VIH/SIDA, tema incluido en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, adoptados por Naciones Unidas, que hacen relación a la reducción de la propagación del VIH/SIDA y la promoción de la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. Lo anterior implica que los desafíos frente a la pandemia del SIDA y la violencia de género y sus vínculos, deben abordarse con perspectiva de género para atender las necesidades reales y específicas de las mujeres y evitar que en un futuro sean estas quienes más padezcan la infección, con el agravante de incrementar la transmisión a sus hijos y aumentar la pérdida de vidas humanas a temprana edad (11).

Algunos ejemplos de los determinantes del VIH/SIDA en Colombia

En la Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2005 (ENDS), se reporta que de 79 mujeres colombianas de estrato socioeconómico bajo que padecen VIH, 34% habían sido abusadas sexualmente por la pareja, previo al diagnóstico de VIH y un 6% lo fue por otros hombres; los porcentajes de abuso sexual en dicha muestra de mujeres con VIH, supera el porcentaje de violaciones en el país: 11,5% (12).

Teniendo en cuenta los datos reportados en la ENDS 2005 sobre los conocimientos y prácticas en mujeres colombianas que han oído hablar del SIDA, se debe trabajar en los grupos de edad de 15 a 19 y 40 a 49 años, ya que en dichos extremos de edades, y pese a que manifiestan haber oído hablar de la enfermedad, en menor proporción se han realizado la prueba para el VIH frente al grupo de edad comprendido entre 20 a 39 años; de igual forma las mujeres de la zona rural son quienes menos se practican el examen. La región oriental de Colombia es la que presenta los más bajos porcentajes de mujeres que conociendo de la enfermedad se han realizado la prueba, mientras que las regiones de la Amazonía y la Orinoquía es donde existe mayor conciencia por realizarse dicho examen en las mujeres que han oído hablar de la enfermedad.

En la encuesta en mención se observa como el nivel educativo se comporta como gradiente de salud, sobre todo en prevención a la hora de realizarse la prueba del VIH, puesto que la realización de la

prueba aumenta con el nivel educativo por parte de las mujeres que han oído hablar de la enfermedad; el comportamiento para la realización de la prueba se relaciona con el índice de riqueza, y se aprecia que quienes tienen más bajo índice de riqueza son quienes menos se realizan la prueba (12).

CONCLUSIONES

El VIH/SIDA genera inequidad por la exclusión a la que son sometidos quienes la padecen y se podría afirmar que conlleva a pérdida de status y a pobreza. En los últimos años la infección por VIH se ha incrementado en las mujeres, lo cual refleja la inequidad de género y la violencia contra la mujer.

Se debe continuar en la línea de estudio de los determinantes sociales, con el fin de trazar políticas a nivel mundial, que contribuyan con la prevención de su propagación, teniendo en cuenta el reconocimiento de factores estructurales, intermedios e individuales que se comportan de forma diferente dependiendo de la edad, el género y la región estudiada.

Referencias

1. Sevilla E. Determinantes sociales de salud, DDS. Conferencia presentada en el Primer Encuentro Regional de Salud Pública Nodo Suroccidente de la Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud. Cali, 13 de febrero de 2008. [Citado octubre de 2008]. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/colantropos/documentos/sevilla_malaria.pdf.
2. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv.* 1992;22:429-45.
3. Álvarez LE, Los determinantes sociales de las inequidades en salud y nutrición. Memorias 12 Simposio Nacional de Nutrición Humana. Medellín: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia; 2008.
4. ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2006. Ginebra: OMS; 2007. [Citado octubre de 2008]. 93 p. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf.
5. Moya J, Uribe M. Migración y VIH/SIDA en América Latina y El Caribe. México: OPS/OMS Representación de México; 2007 [Citado octubre de 2008]. Disponible en: http://www.mex.opsoms.org/documentos/migracion/migracion_vih.pdf.
6. Sotelo JM. El rol de la sociedad civil en la lucha contra la exclusión social y las inequidades en salud. Washington: OPS; 2004 [Citado octubre de 2008]. Disponible en: http://idbgroup.org/etica/Documentos/ar3_sot_elrol.pdf.
7. OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud: ¿Qué es, por qué, y cómo? Ginebra; 2005 [Citado octubre de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/about_csdh/es/index.html.
8. Krieger N. Glosario de epidemiología social. *Rev Panam Salud Publ.* 2002;11:480-90.

9. Dowsett GW. Some considerations on sexuality and gender in the context of AIDS. *Reproduct Health Matt.* 2003;11:21-9.
10. Informe de la I Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe VIH/SIDA y ETS. Memorias. Rio de Janeiro: OPS; 2000.
11. Naciones Unidas. Informe del grupo de tareas sobre el desfase en el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio: fortalecer la alianza mundial para el desarrollo en una época de crisis. Nueva York; 2009 [Citado abril de 2009]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.html>.
12. Profamilia. Conocimiento de VIH/SIDA y prácticas para evitar el contagio. En: Encuesta nacional de demografía y salud (ENDS). Bogotá; 2005.