

Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA*

Exploration and analysis of the structural and intermediate social determinants of the HIV/AIDS pandemic

Yesica Daniela Liscano Pinzón 1
John Harold Estrada Montoya 2

RESUMEN

Entender la distribución, la epidemiología y los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) relacionados con el VIH/SIDA son la base sobre la cual se debe trabajar para lograr la total contención de la epidemia tanto en la toma de medidas preventivas como de medidas clínicas implementadas para tal fin. **Objetivo:** analizar los Determinantes Sociales intermedios y estructurales relacionados con la epidemia del VIH/SIDA reportados en la literatura nacional e internacional en el periodo 1993-2013. **Materiales y métodos:** investigación de tipo hermenéutica desarrollada en tres fases: 1. Búsqueda de literatura 2. Revisión y clasificación de resultados 3. Análisis de dicha literatura con la posterior elaboración del informe final. **Resultados:** cumplieron criterios de inclusión 119 artículos. Ochenta y cuatro correspondieron a estudios sobre DSS estructurales, 33 relacionados con posición socioeconómica, 25 con el género y 26 con otros DDS estructurales. Treinta y cinco correspondieron a DDS intermedios, 22 relacionados con la conducta y 13 con las condiciones materiales de vida. **Discusión:** los determinantes estructurales (género y condición socioeconómica) reportan una alta probabilidad de ejercer mayor condicionamiento sobre el comportamiento del VIH, por tanto se requiere de ingentes esfuerzos en este campo para combatir la pandemia.

PALABRAS CLAVE:

Determinantes sociales, clase social, factores socioeconómicos, inequidad en salud, desigualdades en salud e infecciones por VIH.

ABSTRACT

Understanding distribution, epidemiology and the Social Determinants of Health related with HIV/AIDS are the basis on which we must work to achieve full containment of the epidemic in taking preventive measures such as clinical measures implemented for this purpose. **Objective:** To analyse intermediate and structural social determinants related to the HIV / AIDS reported in the national and international literature in the period 1993-2013. **Material and methods:** This research is hermeneutic, was developed in three phases: 1) Literature search and classification results. 2) Revision 3) Analysis of this literature with subsequent preparation of the final report. **Results:** met inclusion criteria 119 items. Eighty-four were for structural studies of determinants, 33 related to socioeconomic status, gender 25 and 26 with other structural determinants. Thirty-five were for intermediate DDS, 22 related to the conduct and 13 with the material conditions of life. **Discussion:** the structural determinants (gender and socioeconomic status) are those with a high probability of exercising greater constraint on the behaviour of HIV, and therefore require considerable efforts in this field to combat the pandemic.

KEY WORDS:

Social Determinants of health, Social Class, Socioeconomic Factors, Social Position, Inequities in health, Health Inequalities, and HIV Infection.

* Artículo de investigación e innovación resultado de proceso de **revisión**. Este documento está relacionado con la investigación realizada para optar al título de odontóloga [la primer autora] por la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. La investigación tuvo el aval del Comité de ética y metodología de la investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia.

- 1 Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Calle 22C No. 28-20 Bogotá, Colombia. Correo electrónico: ydliscanop@unal.edu.co
- 2 Odontólogo, Magister y PhD en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Director de Departamento de Salud Colectiva y Profesor Titular, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Dirección postal: Carrera 30 No. 45-30 Edificio 210, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: jhestradam@unal.edu.co ó jhestradam@gmail.com

Citación sugerida

Liscano YD, Estrada JH. Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA. *Acta Odontológica Colombiana* [en línea] 2015, [fecha de consulta: dd/mm/aaaa]; 5(1): 117-131. Disponible desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>

Recibido	25 de abril de 2015
Aprobado	20 de junio de 2015
Publicado	30 de junio de 2015

Introducción

Durante el inicio del desarrollo de la pandemia del VIH/SIDA los esfuerzos para tratar el virus y contener la epidemia fueron encaminados a la prevención, basados en la perspectiva psicosocial de la salud intentando modificar el comportamiento de las personas, tal como fue la promoción del uso del condón. Luego de la aparición de los medicamentos antirretrovirales (ARV) el tratamiento para el virus se orientó al componente médico-farmacológico, siendo evidente que ninguna de estas alternativas ha logrado controlar la propagación del virus. La epidemia del VIH tiene una íntima relación con la sociedad, por tanto su comprensión y contención necesita de verdaderas políticas psicosociales, conductuales y fármaco-médicas, políticas que de manera estructural y firmemente entrelazadas transformen los determinantes sociales y económicos de la comunidad internacional afectada (1).

La epidemia se ha desarrollado en pleno auge del capitalismo neoliberal, esto ha conducido a una crisis económica mundial innegable que salpicó cabalmente al sector de la salud. El Estado debilitó ampliamente el bienestar de las poblaciones reduciendo el acceso a servicios de salud a un bien de mercado, así como los medicamentos y las patentes científicas.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) ha sido un descubrimiento controversial, por una parte está el grupo del Instituto Pasteur de Paris quienes bajo la dirección del Luc Montaigner en 1983 lograron aislar por primera vez el retrovirus conocido como VIH, y de otro lado se encuentra el grupo de investigadores del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (NCI) quienes bajo el mando Robert Gallo en 1984 publican su primer artículo acerca de un descubrimiento idéntico genéticamente al descrito por el Montaigner un año antes. Finalmente para el año 2008 se otorga el premio Nobel de Medicina por el descubrimiento del VIH al doctor Montaigner junto con su colega la doctora François Barré-Sinoussi (2-4).

La relevancia otorgada al VIH como causa del SIDA está dada por la epidemiología, sus manifestaciones, la destrucción del sistema inmunológico del huésped y su conjunto de patologías características. En la declaración de Durban, del año 2000, se manifestó que el VIH causa el SIDA, mas no se ha logrado dilucidar si es la única causa, si es necesaria y si es suficiente para el desarrollo del síndrome. Tal como lo expuso Montaigner el SIDA es un síndrome multifactorial, en este influye no solo la perspectiva biomédica sino el enfoque biopsicosocial en el que intervienen los Determinantes Sociales de la Salud y todas las acciones políticas para contrarrestar el impacto de la epidemia (2,5).

La contribución de la medicina social y la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiste en demostrar que la salida a las desigualdades en salud de las poblaciones está dada por la ejecución de acciones sobre las desigualdades sociales, desigualdades que están supeditadas a decisiones económicas y políticas que imputan disparidades o privilegios en materia de salud y en general en cualquier ámbito del enfoque social.

La OMS decidió conformar un equipo de expertos para realizar un diagnóstico y posteriormente una propuesta de acción que recogiera los debates contemporáneos sobre el proceso salud-enfermedad. La postura que con mayor fuerza se venía posicionando en el mundo académico occidental (particularmente el mundo anglosajón) desde finales de la década de los 90's e inicios de 2000, se denominará de "Determinantes Sociales de la Salud Enfermedad", y con esta orientación epistemológica el grupo de expertos liderado por Sir Michael Marmott, en un periodo de

cinco años producen documentos intermedios y en 2009 el informe final titulado: "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud" (6).

Teóricamente nos acercamos a resolver el problema planteado abordando dos temáticas, las cuales tratan por un lado la pandemia del VIH/SIDA y por otro los DSS. Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como su nombre lo indica, se desarrollan a causa de la inoculación de organismos infecciosos de tipo micóticas, virales, bacterianas o parasitarias que desencadenan, por lo general, enfermedades crónicas y síndromes (7, 8); son causadas por más de treinta microorganismos y su principal mecanismo de propagación es el contacto sexual directo de persona a persona, sea este vaginal, oral y/o anal. Asimismo, algunas pueden transmitirse a través del contacto de la piel y en ciertas entidades también puede ocurrir una transmisión por vía perinatal y/o sanguínea, como es el caso del VIH y el *Treponema Pallidum* causante de las sífilis (9,10). Las ITS fueron clasificadas por la OMS según su agente patógeno en tres grandes grupos: bacterias, virus y parásitos (7,9).

Dentro de la clasificación de la OMS para las ITS, se encuentra en la división viral el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este es un lentivirus, de la familia retroviridae, que infecta el sistema inmunitario alterando sus células de manera progresiva hasta su anulación, desencadenando el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA); conjunto de condiciones clasificadas por la OMS como caso de SIDA, o un recuento linfocitario de TCD-4 menor a 200.000 células por mm³ (9,11-14). El SIDA puede ser la etapa final de VIH, pero la infección por el virus no es una precondition para que todos los casos desencadenen en el síndrome; sin embargo, persiste la inquietud respecto que el VIH sea la única causa del SIDA pues este es un síndrome multifactorial donde median diversos enfoques para la génesis y desarrollo del mismo, algunos de tipo etiológicos, biomédicos, político-económicos y socio-culturales.

El VIH se puede aislar en los fluidos corporales como el semen, el líquido pre-eyaculatorio, los fluidos vaginales, la sangre, la leche materna y el líquido amniótico, entre otros; las vías de transmisión del virus pueden ser: sexual, sanguínea o parenteral y perinatal. El contacto sexual sin protección es la principal vía de infección del virus y la que más casos de nuevos infectados aporta a nivel mundial (7,15).

La infección por vía parenteral tiene lugar mediante la exposición a la sangre o sus derivados, tejidos u órganos trasplantados, punciones y heridas de personas infectadas con el VIH; cabe resaltar que el virus es incapaz de penetrar la piel sana, por tanto ingresa al organismo únicamente a través de "ventanas abiertas" como las mucosas que permiten el ingreso de microorganismos y las heridas donde existe una pérdida en la continuidad del tejido epidérmico, como lo son las abrasiones y las laceraciones (7,16,17).

La vía de transmisión perinatal o materno-infantil puede ocurrir en tres momentos, durante la gestación, en el momento del parto o durante el proceso de lactancia. Mientras la madre se encuentra en embarazo existe el riesgo de transmisión vertical del virus a través de la placenta, este riesgo incrementa si la concentración en sangre del VIH está elevada, o cuanto más alta vaya siendo la carga viral en la gestante; al momento del nacimiento el neonato tiene contacto directo con la sangre y los fluidos corporales de la madre, en este momento existe una mayor probabilidad de transmisión vertical del virus; y finalmente durante los meses de lactancia pues se puede transmitir por medio de la leche materna o del sangrado de los pezones de la madre (7,18).

Cualquier individuo puede encontrarse expuesto a la infección por VIH. De acuerdo con la vía de transmisión se pueden identificar tres tipos de exposición: la ocupacional, no ocupacional y la perinatal. El Ministerio de la Protección Social y la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social definió, en su guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia, la exposición ocupacional como:

el contacto de membranas mucosas, piel no intacta o exposición percutánea por herida con objeto corto punzante por parte de un trabajador de la salud o servicios auxiliares de instituciones de salud con fluidos potencialmente infectante (sangre, líquido cefalorraquídeo, líquido sinovial, líquido pleural, líquido peritoneal, líquido pericárdico, líquido amniótico, semen y secreciones vaginales o cualquier secreción que haga visible la presencia de sangre en ellas) (19).

De igual forma, la exposición no ocupacional es entendida como el riesgo que existe por una exposición directa de mucosas, intravenosa o con fluidos corporales infectados que ocurre en circunstancias diferentes a la situación laboral del expuesto o a una transmisión materno-infantil (7,20). La OMS en sus discursos sobre la contención de la epidemia ha planteado que existen métodos preventivos que pueden ser combinados para reducir el riesgo de infección, estos métodos son (21,22):

- Test de detección del VIH.
- Circuncisión masculina.
- Reducción en conductas de riesgo en usuarios de drogas intravenosas.
- Profilaxis post-exposición.
- Uso del condón.

Según el informe mundial de ONUSIDA de 2013 el número de nuevas infecciones por VIH entre 2001 y 2012 disminuyó notablemente, un descenso de un 50%. Para finales de 2011 aproximadamente 34 millones de personas vivían con VIH, variando las cifras de mortalidad dependiendo de los países en que habitaban; por ejemplo, África Subsahariana es la región del mundo donde existe la mayor tasa de infección por VIH, 1 de cada 20 adultos vive con esta enfermedad, representando el 69% de la población total infectada mundialmente; le sigue Asia oriental, sudoriental, meridional y central, el Caribe y Europa oriental donde mínimo el 1% de los adultos vive con VIH (23-25).

Entender la distribución y la epidemiología del SIDA puede ayudar en la toma de medidas preventivas y de medidas clínicas; a mejorar el problema de la resistencia hacia el consumo y efectividad de los ARV, la progresión de la enfermedad, así como su curso, evolución y vías de transmisión. Para el año 2005, el número de muertes causadas por el SIDA descendió gracias a la expansión de los ARV y la reducción de nuevas infecciones de VIH con respecto a la década anterior donde tuvo su pico de infección. Para el 2011 se observó un descenso del 24% en mortalidad asociada al SIDA con respecto al 2005, año donde se presentaron 2,3 millones de muertes como desenlace de esta enfermedad; es decir que para el año 2011 el número de muertes fue de 1,7 millones (23,25).

Por otra parte, los DSS definidos como “un conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones” (26), comprenden los comportamientos, estilos de vida, los ingresos, la posición social, la educación, el trabajo, las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos sobre la salud. Los Determinantes Sociales son “factores esenciales”, todos ellos son importantes *per se*, están íntimamente relacionados entre sí, son acumulativos, causales y actúan en diferentes niveles: proximales, intermedios y estructurales. Según Tarlov son todos los contextos en los cuales la vida tiene lugar (26-30).

A inicios del siglo XXI la OMS detectó que la “salud para todos” fue un objetivo fallido y que la inequidad al interior de los países tuvo un incremento notable, especialmente en los países en vía de desarrollo. Con la Comisión para el estudio de los Determinantes Sociales de la Salud y sus consecuentes informes la OMS destacó de manera detallada la jerarquía de las relaciones societales y los determinantes sociales que afectan a las comunidades e impactan el estado de salud de las poblaciones (31-34).

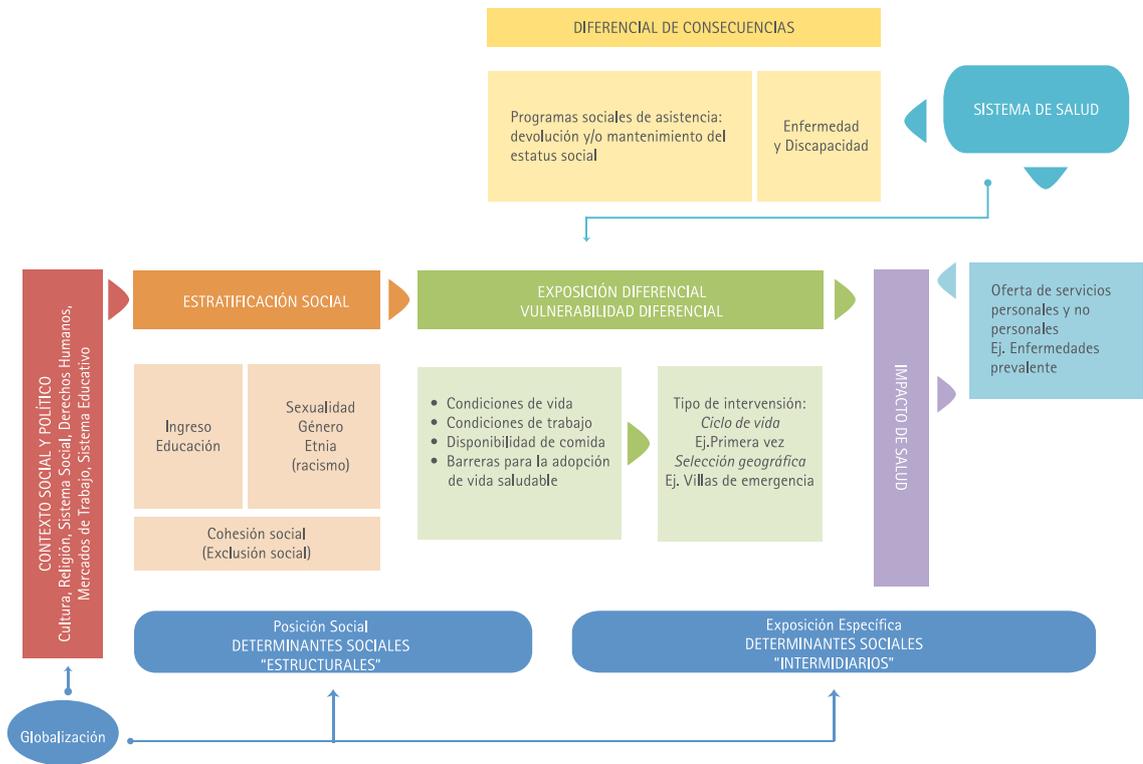
Para el año 2003 la OMS realizó la segunda publicación de la edición de “Los Determinantes Sociales de la Salud. Los hechos contundentes” estableciendo que las políticas de salud encaminadas a las ofertas y financiamiento de la atención médica no sería el puente para lograr la denominada “salud para todos” y que el mejoramiento de las condiciones socioeconómicas serían determinantes para lograr el estado de salud y bienestar de las poblaciones (34-38).

Los DSS de tipo estructural son todos los determinantes que generan estratificación social, jerarquización e inequidad; estos establecen el estado de salud mediante las oportunidades de las poblaciones, subsumidas en las jerarquías económicas, sociales y de poder. Estos incluyen las categorías de ingresos, educación, género, raza y/o etnia y clase social, la base de dichos determinantes está dada por la relación entre capital social y cohesión social. La posición social es el indicador más empleado en el proceso de estratificación social y esta se relaciona con las condiciones de trabajo y los ingresos, entre otros (39, 40).

Los DSS intermedios son aquellos que influyen desde la configuración de la estratificación social subyacente, pero que al mismo tiempo son concluyentes en el grado de exposición y vulnerabilidad a las condiciones que determinan el estado de salud-enfermedad de los individuos. Son las circunstancias materiales donde la cotidianidad tiene lugar. Esta categoría incluye todas las condiciones de vida, las condiciones de alimentación y trabajo, condiciones de vivienda, las conductas de las poblaciones, los estilos de vida y el sistema de salud, incluyendo las barreras de acceso a los servicios, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación. Las circunstancias materiales son todas aquellas condiciones relacionadas con la calidad de la vivienda, del barrio o sector donde se desenvuelve el individuo de manera cotidiana, la alimentación a la que puede acceder, y el ambiente físico y geoespacial de trabajo (21,41,42).

La OMS estableció una relación multidireccional entre los Determinantes Sociales de la Salud de tipo estructural e intermedio, no solo para su identificación y diagnóstico sino para establecer el grado de corresponsabilidad de estos con la salud de las poblaciones, como se muestra en la figura 1 (21).

Figura 1. Modelo de la comisión de Determinantes Sociales de la Salud de OMS



Fuente: CSDH, WHO 2005.

El objetivo de esta investigación fue analizar los DSS intermedios y estructurales relacionados con la epidemia del VIH/SIDA reportados en la literatura nacional e internacional en el periodo 1993-2013.

Materiales y métodos

Estudio de tipo hermenéutico realizado a partir de fuentes secundarias relacionadas con los Determinantes Sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH/SIDA. La primera fase estuvo concentrada en la realización de una revisión de la literatura en las bases de datos: PubMed, MeSH, JStore y Scielo, utilizando como términos DeCS y MeSH: Social Class, Social Determinants, Socioeconomic Factors, Social Position, Social Support, Inequalities, Inequities combinados con "HIV Infection" mediante el conector AND. Posteriormente se seleccionaron todos aquellos artículos de acceso en texto completo en formato PDF, que en el título y/o en el resumen presentaran una de las palabras clave o más. Se realizó una lectura preliminar de cada artículo para confirmar o rechazar su inclusión.

Finalmente se realizó un análisis cuantitativo para determinar el porcentaje de artículos pertenecientes a cada una de las categorías de los DSS de tipo intermedio y estructural permitiendo la comprensión entre la mixtura de dichos determinantes y la génesis, y propagación de la infección por VIH/SIDA.

Resultados

De los 123 artículos seleccionados se excluyeron 4, luego de hacer su lectura, por considerar que no correspondían al enfoque de los DSS de tipo estructural o intermedio, por tanto el universo de estudio estuvo constituido por 119 artículos. Al discriminar los artículos y clasificarlos se encontró un mayor número de documentos sobre DSS estructurales, en su categoría de condición socioeconómica, seguido de la categoría género y en menor proporción el DSS de tipo intermedio de categoría conductual (ver tabla 1):

Tabla 1. Tipo de DSS empleado Vs total de artículos

TIPO DE DETERMINANTE	TOTAL ARTÍCULOS
ESTRUCTURAL	84
Condición socioeconómica	33
Genero	25
Raza y etnia	9
Gobierno y políticas estatales	9
Condición social	5
Educación	3
INTERMEDIO	35
Conducta	18
Alimentación y dieta	4
Condición laboral	4
Estilos de vida saludables	4
Barreras de acceso al servicio de salud	3
Soporte social	2
Condición de vivienda	0
TOTAL	119

Fuente: elaboración propia

La relación existente entre el tipo de DSS utilizado y el tipo de estudio empleado en los artículos permitió ahondar en el análisis epidemiológico de la génesis y propagación de la epidemia por VIH/SIDA (ver tabla 2).

Tabla 2. DSS empleado Vs diseño metodológico.

	DSS vs. Diseño metodológico	Decriptivos univari-ables	Descriptivos compa-rativos	Corte transversal	Casos y controles	Revisión Literatura	Revisión Sistemática	Meta-Análisis	Total
Estructural	Etnia y raza	0	0	4	0	2	1	0	
	Gobierno y políticas	0	2	2	0	2	0	0	
	Educación	0	0	1	1	1	0	0	
	Género	1	0	8	7	6	0	1	
	Condición social	0	0	1	1	1	0	0	
	Condición socioeconómica	0	0	6	4	14	2	0	
Intermedio	Alimentación y Dieta	0	0	3	0	0	0	0	
	Condición de vivienda	0	0	0	0	0	0	0	
	Condición Laboral	0	3	0	0	1	0	0	
	Estilos de vida saludables	0	1	0	2	0	0	0	
	Barreras de acceso al servicio de salud	0	0	1	0	0	0	0	
	Soporte social	0	0	1	0	0	0	0	
	Conducta	0	2	4	2	1	1	0	119

Fuente: elaboración propia

Discusión

Actualmente se cumplen 33 años de lucha contra el SIDA, según los reportes del organismo ad-junto a las Naciones Unidas, ONUSIDA, de diciembre de 2014 en el mundo han vivido cerca de 62 millones de personas con VIH y actualmente aproximadamente viven 35 millones de personas con el virus, distribuidas mayoritariamente en el cono Surafricano, África central, la Federación Rusa, el Sudeste Asiático, Norteamérica y algunos países de Suramérica y el caribe, concentrándose los mayores índices de prevalencia en África Subsahariana.

Se han utilizado tres enfoques para enfrentar el VIH/SIDA, en orden de aparición, el primero es llamado "Epidemiológico Conductual"; surgió en la década de los 80's considerando la aparición de la epidemia como un hecho social y de salud pública, esto generó un retroceso en la concepción de la sexualidad y el erotismo, trajo con sí la preconcepción de las ideas esencialistas y normativas sobre el comportamiento sexual. El segundo, denominado "Antropológico-Cultural", apareció en la década de los 90's teniendo como base los contextos ambientales y socioculturales en los cuales la vida se desarrolla, enfatizando en que el comportamiento es un riesgo *per sé*. El último enfoque llamado "Político-Económico" surgió a finales de la década de los 90's y principios del siglo XXI,

teniendo como base que las desigualdades sociales y económicas generan vulnerabilidad y exclusión social, siendo esta la base de la propagación del virus.

Este último enfoque le abre la puerta a los Determinantes Sociales de la Salud. La contribución de la comisión de los DSS de la OMS consistió en resaltar la distribución desigual de poder y recursos al interior y entre las poblaciones, condición que va a ser generadora del denominado gradiente social. La comisión propone que la respuesta a dicho gradiente social está dada por la ejecución de acciones sobre estas mismas desigualdades.

Al estudiar a profundidad los DSS y su relación con el VIH/SIDA se encontró que el determinante intermedio que abarca la categoría conductual de la población es el que mayores resultados arrojó. Los artículos revisados muestran información sobre los tipos de conductas que adoptan las poblaciones jóvenes, contrarias a las condiciones protectoras o preventivas, frente a la infección por el retrovirus, esto conlleva a conductas sexuales de riesgo tales como el acto sexual sin protección o la negación a la realización de la prueba diagnóstica para VIH/SIDA.

Esta negación ocurre no solo en jóvenes solteros que mantienen relaciones sexuales con múltiples parejas, también en jóvenes casados o compañeros permanentes de vida, tal como lo señala Musheke *et al* en su estudio titulado "A systematic review of qualitative findings on factors anbling and deterringup take of HIV testing in Sub-Saharn Africa" en el cual establecen la pobre aceptación de las pruebas voluntarias para diagnosticar VIH en parejas permanentes heterosexuales jóvenes.

Existen múltiples condiciones socio ambientales que determinan los patrones conductuales de las poblaciones, por tanto existe una interrelación de todos los determinantes tanto de tipo intermedio como de tipo estructural para establecer el patrón conductual. La conducta es el reflejo de múltiples determinantes que inciden sobre un individuo, de tal forma que cada determinante tiene una importancia *per se*, pero están íntimamente relacionados entre sí, y es allí donde la mixtura de todos estos establece el estado de bienestar de las poblaciones (6,7,26).

El estudio de los DSS de tipo estructural relacionados con la pandemia, otorga resultados impactantes pero previsibles; el DSS género se posicionó con los mayores resultados. Estrada señala que en muchos países se ha reducido el estudio del género y la salud al proceso de gestación y su posterior relación materno-infantil, a los índices de morbi-mortalidad de la población femenina, y en algunos pocos casos a contrastar la salud de las mujeres versus la de los hombres.

La condición de género está muy relacionada con la infección por VIH/SIDA, pues se evidencia claramente como la subordinación de la mujer es un determinante para infectarse con el virus, esto ocurre sobre todo por la condición de opresión del hombre sobre la mujer. Estrada en su artículo "La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable" establece como el género repercute sobre el estado de salud y el proceso acelerado de envejecimiento de las mujeres comparado con el de los varones.

Se evidenció una muy marcada influencia de la categoría de género con respecto a las nuevas infecciones de VIH/SIDA a nivel mundial, especialmente en cuanto a la relación existente entre el género y la condición racial o étnica. Se resalta la progresiva infección con VIH de los grupos poblacionales afrodescendientes y las madres solteras quienes no cuentan con un soporte social y una condición socioeconómica que soporte las cargas y necesidades básicas de su hogar. La mujer,

cada vez más, es afectada por la pandemia del VIH, llegando a la proporción de hombres y mujeres en 1:1 a escala mundial (43,44).

Desde el punto de vista meramente epidemiológico, se encontró dentro de esta categoría que las mujeres inician la vida sexual de manera más temprana que los varones, y se casan o mantienen relaciones de tipo afectivas y sexuales con hombres mayores, que al haber tenido múltiples parejas sexuales previas y sometido a un alto riesgo de infectarse con VIH, coloca a su compañera en un riesgo igual de infectarse (6).

Finalmente, aparece el DSS de mayor impacto en la génesis, propagación y la no contención de la epidemia por VIH/SIDA, la condición socioeconómica. Según el modelo de Dahlgren y Whitehead, las desigualdades sociales en salud son el resultado de la mixtura entre todos los niveles de condiciones causales, donde el máximo nivel en la escala jerárquica lo establece las condiciones socioeconómicas seguido de las culturales y medioambientales. Estas condiciones que se analizan a nivel macro como lo es el estado económico del país, las condiciones de libre mercado y fuerza de trabajo son los determinantes más influyentes en las decisiones individuales y de los colectivos que establecen los patrones de vida y de manera recíproca los niveles socioeconómicos de los individuos (26,46,47).

Se evidenció que existe una íntima relación entre los niveles de ingresos de las personas y la epidemia del VIH/SIDA, la mayor cantidad de artículos encontrados afirman que la pobreza es un vehículo transmisor para la infección por el retrovirus y para desarrollar cualquier tipo de enfermedad, sea esta dependiente o independiente del virus. Es por tal motivo la OMS planteó las siguientes recomendaciones:

- Mejorar la condición de vida, por tanto se debe buscar mejorar las circunstancias en las cuales los individuos nacen, se desarrollan y mueren.
- Luchar contra las inequidades de poder, dinero y recursos.
- Establecer la magnitud de los problemas a nivel mundial, para determinar las intervenciones, capacitaciones y lograr sensibilizar a la comunidad consiguiendo un impacto favorable (6,45-48).

Al relacionar dichas aseveraciones con la reciprocidad existente entre la pobreza y el VIH los artículos indican como la distribución epidemiológica de este tiene su principal foco en las regiones del mundo donde hay mayores índices de pobreza, (África Subsahariana y algunas regiones de Oriente medio y América Latina), y sus pobladores se ven obligados a exponerse a trabajos poco remunerados, o donde se ven expuestos de manera indirecta debido a las precarias condiciones socio ambientales, y climáticas que inmunosuprimen al trabajador y convierten su sistema inmune en un sistema vulnerable que propicia la inoculación de microorganismos y el desarrollo de las enfermedades.

Es así como podemos entender la analogía entre países ricos y países en vía de desarrollo, donde debido a la estratificación por clases sociales y por condición socioeconómica, las regiones ricas de países pobres y la mayor proporción de países ricos o desarrollados tiene menores índices de nuevas infecciones por VIH/SIDA y mayores tasas de adherencia a los tratamientos antirretrovirales.

Todo lo contrario ocurre en los países "tercermundistas", donde existe un mayor número de reporte de nuevas infecciones y muertes asociadas al VIH; es así como también se presenta este fenómeno epidemiológico al interior de los países ricos en cuyo interior se encuentra zonas "marginales" y es esta la razón principal para ahondar en la solución a las desigualdades sociales especialmente a la pobreza, para encontrar la verdadera respuesta no solo para la contención de este virus, sino para la prevención y contención de cualquier otra enfermedad (3,49,50).

Para concluir se puede afirmar que los DSS de tipo estructural en sus categorías género y condición socioeconómica, y los conductuales de tipo intermedio son los que aparecen con mayor frecuencia en las publicaciones científicas de las dos últimas décadas, por tanto puede pensarse que ejercen un papel fundamental en el direccionamiento de la pandemia del VIH/SIDA.

Existe abundancia en publicaciones que relacionan el VIH y los factores de riesgo; sin embargo, hay menor presencia de publicaciones que relacione los DSS y la pandemia del VIH, las publicaciones que se ocupan de los DSS y el VIH se encuentran dispersas, su accesibilidad es diversa y no en todos los casos se hace explícito el tipo de determinante abordado. Se requiere un inventario de la producción bibliográfica sobre DSS y el VIH para lograr encontrar el grado de penetración y apropiación que dicha perspectiva ha generado en el estudio de la pandemia así como tratar de establecer los grados de evidencia científica que tiene dicho estudio. Finalmente se invita a todos los profesionales de la salud a interiorizar la reflexión hecha por Sir. Michael Marmott "Si el mayor determinante de salud es el social, también debe de ser el remedio".

Referencias bibliográficas

1. [WHO.org](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/). VIH/SIDA [internet]. WHO.org [acceso 20 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
2. [Arrivillaga M, Useche B, et al.](#) Sida y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia. Bogotá: Ediciones Aurora; 2011.
3. [Wikipedia.com](#). Virus de la inmunodeficiencia humana [internet].Wikipedia.com. [acceso 20 de enero de 2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana
4. [Carrillo E, Villegas A.](#) El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. *Rev. invest. Clín* 2004; 56(2): 130-133.
5. [Nature international weekly journal of science](#). Declaración de Durban 2000 [internet]. Disponible en: <http://www.nature.com/nature/journal/v406/n6791/full/406015a0.html>
6. [WHO](#). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ediciones Journal S.A; 2009. NLM: WA 525.

7. **Ministerio de la Protección Social, Fondo de Población de las Naciones Unidas.** Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria para VIH (APV) con enfoque diferencial y de vulnerabilidad [en línea]. [Fecha de consulta: 10 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/observatorio/PAUTAS%20VIH.pdf
8. **Wikipedia.com.** Infecciones de transmisión sexual [internet]. Wikipedia.com. [acceso 12 de junio de 2014]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Infecciones_de_transmisi%C3%B3n_sexual
9. **OMS.org.** Infecciones de transmisión sexual. Nota descriptiva N°110. [internet]. OMS.org. [acceso 20 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>
10. **OMS.org.** Diez datos sobre las enfermedades de transmisión sexual, datos y cifras. [internet]. OMS.org. [acceso 20 de Septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/es/
11. **Dirección de Sida y ETS, la salud es un derecho de todos y todas.** VIH-SIDA [internet]. Ministerio de Salud, presidencia de la Nación. Argentina. [Acceso 22 de Septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/informacion-general/vih-sida-its-y-hepatitis-virales/vih-sida>.
12. **OMS.org.** Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. [Internet]. OMS.org. [acceso 23 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
13. **Arrivillaga M, Useche B, et al.** Una aproximación a la historia crítica de la investigación, la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA. En: Useche B, Arrivillaga M (Eds). Sida y sociedad. Crítica y desafíos sociales frente a la epidemia. Bogotá: Ediciones Aurora; 2011: 17-39.
14. **Red Mexicana de personas que viven con VIH/SIDA.** Asesoría y prueba voluntaria del VIH. Paquete de herramientas para incrementar las capacidades de las ONG/OBC en movilización comunitaria [en línea]. [Fecha de consulta: 2 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.vihda.org.ec/descargas/asesoria.pdf>
15. **Onusida.org.** Datos estadísticos mundiales. [Internet]. Onusida.org 2014 [acceso 31 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20140716_FactSheet_es_0.pdf
16. **Medicina legal, Universidad de Chile.** Características a considerar en la evaluación de las lesiones corporales en víctimas de violencia física en el examen físico médico legal" [internet]. Medicina legal, U. de Chile. [Acceso 15 de Agosto de 2014]. Disponible en: medicinalegal.files.wordpress.com/2007/03/lesiones.doc

17. [Centros para el control y la prevención de enfermedades, salvamos vidas, protegemos a la gente](http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/qa37.htm). Información básica sobre el VIH. [internet]. CDC.gov. [acceso 15 de Agosto de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/resources/qa/qa37.htm>
18. [Rada C, Gómez J](#). Manejo integral de la gestante con virus de la Inmunodeficiencia Humana. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología* 2010; 61(3):239-246.
19. [Ministerio de la Protección Social República de Colombia y la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social](#). Guía para el manejo de VIH/SIDA basada en la evidencia [internet]. [Fecha de consulta: 29 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.huila.gov.co/documentos/G/guia_de_atencion_vih.pdf.
20. [Centros para el control y la prevención de enfermedades, salvamos vidas, protegemos a la gente](#). HIV/AIDS; Statistics overview [internet]. CDC.gov. [Acceso 19 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/index.html>
21. [International HIV/ AIDS Alliance together to end AIDS \[internet\]](#). AIDS Alliance.org. [Acceso 19 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.aidsalliance.org/>
22. [Oms.org](#). VIH/SIDA. Nota descriptiva No. 360 [internet]. OMS.org. [Acceso 28 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
23. [UNAIDS](#). Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA. Ginebra: Unaid; 2012. NLM: WC 503.6.
24. [Onusida.org](#). Misión y Visión de ONUSIDA [internet]. Onusida.org 2010. [Acceso 01 de Marzo de 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101013_unaidsmission_sp_es.pdf.
25. [Unesco.org](#). VIH-SIDA: Copatrocinadores y la Secretaría de ONUSIDA [en línea]. Unesco.org. [Acceso 15 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/es/hiv-and-aids/about-us/unaids/#topPage>
26. [Barragán H, Moiso A, Mestorino M, et al](#). Determinantes de la salud. En: Moiso A. Fundamentos de salud pública. Argentina: Editorial de la Universidad Nacional de la Plata; 2007.
27. [Quevedo E](#). El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. Ponencia presentada en el seminario permanente "Salud y administración". Bogotá: Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud, Universidad Javeriana; 1990.
28. [García J](#). Pensamiento social en salud en América Latina, Organización Panamericana de la Salud. PALTEX, 1993.
29. [Syme L](#). Historical perspective: the social determinants of disease- some roots of the movement. *Epidemiologic perspectives & innovations* 2005; 2:2.

30. **Rose G.** Sick individuals and sick populations. *International Journal of Epidemiology* 1985; 14:32–38.
31. **Editorial.** El debate determinantes-determinación social de la salud: aportes para la renovación de la praxis de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 2012: (31-suplemento 1):7-12.
32. **Marmot M, Davey G, Stansfield S, et al.** Health Inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *Lancet* 1991; 337 (8754): 1387–1393.
33. **Court SD.** Inequalities in Health: Report of a research working group. *Arch Dis Child* 1981; 56(3): 161-162.
34. **Townsend P, Davidson N.** *Inequalities in Health: Black Report. Pelican Series.* Penguin Books; 1982.
35. **Yubin M, Véliz G, Zavala M.** Determinantes sociales de la salud. Apuntes de Sociología Médica: II Certamen [internet]. [14/03/2014]. Disponible en: <http://dc239.4shared.com/doc/7Rox1wU4/preview.html>
36. **Lip C, Rocabado F.** Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima; 2005: 86.
37. **OMS.** A conceptual framework for action on the social determinants of health [internet]. Geneva: OMS; 2007. [Cited 2014 Jun 30]. Disponible en: <http://www.popline.org/node/216706>
38. **OPS.** Salud en las Américas. Determinantes e inequidades en salud [internet]. [Fecha de consulta 21 de Octubre de 2014]. Disponible en: <http://www.paho.org/saludenlasamericas/index.php?option=comdocman&task=docview&gid=163&Itemid>
39. **Segura del Pozo J.** Desigualdades sociales en salud: conceptos, estudios e intervenciones (1980-2010). Bogotá: Impresol Ediciones, Universidad Nacional de Colombia; 2013.
40. **OMS - Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud.** Subsana las desigualdades en una generación. Ginebra; 2009: 29.
41. **OMS - ONU-Hábitat.** Las ciudades ocultas: revelación y superación de las inequidades sanitarias en los contextos urbanos. Japón; 2010: 20.
42. **Barreto Cepeda L.** Determinantes sociales del acceso a la salud en Colombia para 2008. Universidad de la Sabana; 2008.
43. **Onusida.org.** Mujeres y niñas: agentes esenciales del cambio en la respuesta al SIDA [internet]. Onusida.org 2014. [Acceso 25 de Octubre de 2014]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/pressstatement/2012/03/20120308_PS_IWomensDay_es.pdf

44. **Lamas M.** Introducción: estudios de género e identidad: desplazamientos teóricos. En: Arango L, León M, Viveros M (Eds). Género e identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino. Ediciones uniandes; 1995.
45. **World Health Organization – Commission on Social Determinants of Health (CSDH).** Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. Geneva; 2007: 79p.
46. **Dahlgren G, Whitehead M.** Conceptos y principios de la lucha contra las desigualdades sociales en salud: Desarrollando el máximo potencial de salud para toda la población-Parte 1. OMS. 2010.
47. **Dahlgren G, Whitehead M.** Policies and strategies to promote equity in health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1992.
48. **Gil J.** Enfoques teóricos evidenciados en la literatura publicada en el campo de la epidemiología social en salud oral. [Trabajo de grado para optar al título de odontólogo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2014.
49. **Harvey D.** Breve historia del neoliberalismo. España: Akal, S.A, 2007:5-39.
50. **Conrad P, Kern R.** Part one: The social production of disease and illness. In: Conrad P, Kern R (Eds). The Sociology of Health and Illness: Critical Perspectives. New York: St Martin's Press; 1981:97-122.