

45



LAN-KOADERNOAK
CUADERNOS DE TRABAJO
WORKING PAPERS

La salud como derecho y el rol social de los estados
y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA:
Un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

El virus de la Inmunodeficiencia Humana
y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe



INSTITUTO DE ESTUDIOS SOBRE DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL
NAZIOARTEKO LANWIDETZA ETA GARAPENARI BURUZKO IKASKETA INSTITUTUA
UNIVERSIDAD DEL PAIS VASCO - EUSKAL HERRIKO UNIBERTSITATEA



La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe

Juan Garay reconocido especialista en temas de salud y desarrollo, con amplia experiencia sobre el terreno en multitud de países en desarrollo. En la actualidad trabaja para la Comisión Europea, en la Dirección de Desarrollo Humano y Social de la Unidad de Política, Planificación y Coordinación.

Bob Sutcliffe ha sido profesor de Economía Internacional y Desarrollo de la Universidad del País Vasco/Euskal Herriko Unibertsitatea y responsable de investigación del Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional Hegoa. Ha impartido docencia en las universidades de Kingston y Massachusetts, así como en la Universidad Centroamericana de Managua. Tiene varias publicaciones sobre desarrollo como autor y coordinador, entre ellas Cien imágenes de un mundo desigual, que ha sido traducida a varios idiomas.

Esta publicación forma parte del Convenio de Colaboración entre el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación MAEC-SECI y la Universidad del País Vasco-Euskal Herriko Unibertsitatea, UPV/EHU, para el desarrollo de líneas de trabajo tendentes a la mejora de la posición doctrinal de la cooperación española, 2007/2008, y es parte de los resultados de los Seminarios de Investigación llevados a cabo por el Instituto HEGOA,



HEGOA

www.hegoa.ehu.es

(UPV/EHU) Edificio Zubiria Etxea
Avenida Lehendakari Aguirre, 83
48015 BILBAO

Tfno.: 94 601 70 91 • Fax: 94 601 70 40

hegoa@ehu.es

Biblioteca del Campus, Apartado 138 (UPV/EHU)

Nieves Cano, 33

01006 VITORIA-GASTEIZ

Tfno. • fax: 945 01 42 87

hegoagasteiz@ehu.es

La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante
ante el VIH/SIDA: Un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia

Juan Garay

El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe

Cuadernos de Trabajo de Hegoa

Número 45

Julio 2008

D.L.: Bi-1473-91 • ISSN: 1130-9962

Impresión: Lankopi, S.A.

Diseño y Maquetación: Marra, S.L.

Colabora: Centro de Estudios Políticos y Sociales - CEPS



Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 España

Este documento está bajo una licencia de Creative Commons. Se permite libremente copiar, distribuir y comunicar públicamente esta obra siempre y cuando se reconozca la autoría y no se use para fines comerciales. No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.

Licencia completa:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/>

Índice

Presentación	5
<i>Eduardo Bidaurratzaga</i> . Coordinador del seminario. UPV/EHU-Hegoa	
La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia	9
<i>Juan Garay</i>	
1. La salud y el VIH/SIDA	9
2. Distorsión e impacto de los programas nacionales y globales de VIH/SIDA sobre el derecho a la salud	11
3. El enfoque humanitario de la lucha contra el VIH/SIDA	13
4. La Cooperación Internacional en Salud: equidad y nivel de la ayuda	14
4. Conclusiones sobre la ayuda internacional contra el VIH/SIDA en los países en desarrollo	15
El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus colaboradores	17
<i>Bob Sutcliffe</i>	
Introducción	17
I. Medición de la amplitud y curso de la epidemia; mortalidad, morbilidad, prevalencia e incidencia	19
a. ¿Mejor o peor?	19
b. Variedades de la epidemia	23
II. Las causas demográficas, económicas y sociales y las repercusiones del VIH/SIDA	27
a. Impacto demográfico del SIDA	27
b. SIDA y género	30
c. La economía y la prevalencia del SIDA	33
d. El SIDA y la desigualdad	44
e. El sistema internacional	49

III. El SIDA después de la TAR	52
a. Terapia antirretroviral	52
b. La dialéctica de prevención y tratamiento	54
c. El reto de la prevención	55
d. ¿Son la prevención y el tratamiento políticas alternativas?	57
IV. Colaboradores	60
a. Ignorancia y negación	60
b. Estigma y discriminación	61
c. Costumbres sexuales	61
d. Pobreza y desigualdad	62
e. Las circunstancias sociales y económicas de las mujeres	63
f. Servicios sanitarios y ayuda	63
g. Políticas económicas	63
Referencias	64

Presentación

Eduardo Bidaurratzaga
Coordinador del seminario. UPV/EHU-Hegoa

En los países del continente africano, y sobre todo en los de la zona meridional, hay un extendido y creciente estado de alarma sobre las consecuencias sanitarias y socioeconómicas que la pandemia del VIH/SIDA está causando hoy en día en sus sociedades. Los drásticos efectos que esta enfermedad está ocasionando a nivel multisectorial en muchos de estos países, acumulando las tasas de prevalencia más altas del planeta, han dejado ya de ser interpretados única y exclusivamente en términos de un problema de salud, para ser vistos como uno de los principales obstáculos para la promoción del desarrollo y la seguridad humana. Por todo ello, cobra un especial interés examinar el entramado de factores sanitarios, económicos, sociales, culturales y políticos que llevan a la expansión de la enfermedad y así como los efectos de la epidemia en todos esos ámbitos y las propuestas de políticas macro y micro para hacerles frente, en un contexto de abundancia de Estados débiles y dificultades para la provisión de servicios básicos.

Este cuaderno recoge los documentos elaborados a partir de dos de las presentaciones y de los debates posteriores expuestos en el seminario sobre *VIH-SIDA y nuevas tendencias de la Cooperación al Desarrollo en África Subsahariana*, celebrado en Bilbao en Octubre del 2006. Dicho seminario, enmarcado dentro del convenio establecido entre Hegoa y la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional (SECI) en materia de investigación sobre temas de desarrollo humano local y seguridad humana, se centró en una de las dimensiones que ha

alcanzado mayor relevancia recientemente para la promoción del desarrollo humano y la salud: la epidemia de VIH/SIDA en África Subsahariana.

El seminario contó con participación de tres ponentes: Bob Sutcliffe (Hegoa-UPV/EHU) que realizó su presentación sobre “**Virus, desigualdad y negación**”, Jean-Pierre Unger (*Department of Public Health, Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp*) sobre “**Organización y acceso a los servicios de salud, y su relación con las políticas de control del VIH/SIDA**” y Juan Garay (*Human and Social Development Unit. DG Development, European Commission*) sobre “**Últimas tendencias de las políticas de cooperación en materia de lucha contra el VIH/SIDA en África**”.

En los dos días seminario se presentaron una amplia variedad de hechos, opiniones y preocupaciones sobre la problemática del VIH/SIDA en la región a partir de perspectivas y áreas de conocimiento muy diferentes (sanitaria, económica, sociopolítica, etc.). A continuación se ofrece una selección de todas éstas a modo de conclusiones del seminario.

Con la intención de establecer un primer estado de la cuestión se destacaron ideas como las siguientes:

- Los altos niveles de infecciones y su impacto sobre el descenso de la esperanza de vida hasta el momento han convertido al VIH/SIDA en una de las peores epidemias

de la historia de la humanidad y, sin duda, en la más estudiada.

- El SIDA ha pasado a ser también en los últimos años la enfermedad más referida en todo tipo de declaraciones institucionales por parte de diferentes agentes de la comunidad donante y de mandatarios de todo el mundo, hasta el extremo de llegarse a crear tanto a nivel nacional, regional o global, diferentes programas y organismos exclusivamente dedicados al combate de la misma, como muestra de un compromiso internacional sin precedentes.
- La expansión de la enfermedad cuenta no sólo con aliados naturales, sino también con colaboradores humanos, que contribuyen a su propagación por la vía de las prácticas de riesgo, el silencio, la negación de la existencia de la enfermedad o de su relación con el virus del VIH, la ausencia de medidas preventivas y de acceso a tratamientos, o la implementación de políticas inadecuadas, entre otras.
- Más allá del ámbito exclusivamente médico-sanitario, es fundamental ser consciente del componente multisectorial de la enfermedad, con interconexiones evidentes en otros ámbitos como el político-económico o el socio-cultural. Todo ello debe tener también su correspondiente reflejo en las políticas a implementar en la lucha contra la enfermedad.
- Existe una relación directa entre pobreza, desigualdad socioeconómica y el SIDA, que afecta tanto al ámbito de la prevención como al del tratamiento, pero la extrapolación de este argumento hasta el extremo, convirtiendo la pobreza y la desigualdad en causa de la enfermedad, “suplantando” al VIH, puede tirar por tierra todos los esfuerzos en materia de prevención.
- Casi todos los especialistas, tanto desde el ámbito de las ciencias médicas como de las sociales, coinciden en la gravedad del problema, pero difícilmente llegan a un acuerdo en cuanto a las estrategias e instrumentos para hacer frente al mismo de una manera eficaz.
- En los últimos años, especialmente a partir de 2001, se ha producido un incremento espectacular sin precedentes de la financiación internacional, tanto pública como privada, destinada a la lucha contra el VIH/SIDA.
- Asimismo se ha asistido a una compartimentalización del VIH/SIDA con respecto a la salud pública en general, lo

que de manera creciente ha llevado al diseño e implementación de políticas específicas para combatir la enfermedad de manera vertical, prioritaria y no necesariamente coordinada con el resto de políticas sanitarias.

- Más allá de la escasa precisión de las cifras existentes, y de los diferentes cambios en el sistema de medición, la tasa de prevalencia del virus, pese a ser el indicador más extendido para medir el grado de expansión de la enfermedad, presenta serias limitaciones. De hecho, una reducción de dicha ratio, lejos de un motivo de alegría, puede ser la consecuencia de un aumento de la mortalidad de las personas infectadas en ausencia de tratamiento, y por tanto la evidencia de un fracaso en la lucha contra la epidemia.
- Pese a la idea generalizada de que el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los principales obstáculos al desarrollo para el conjunto del África Subsahariana, las tasas de prevalencia, el descenso de la esperanza de vida y otros indicadores relativos a la expansión de la enfermedad, alcanzando los niveles más altos a nivel mundial para algunos países, varían muy significativamente entre unos y otros dentro de esta región.
- Las estimaciones de los últimos años en los países más afectados por la pandemia ponen de manifiesto un proceso de feminización de la enfermedad, especialmente visible entre la población joven. Esto evidencia la importancia de un adecuado análisis de las relaciones de género en las sociedades afectadas a la hora de poner en marcha políticas idóneas en materia de prevención y tratamiento.
- Existe un exceso de literatura mayormente descriptiva de la enfermedad y sus consecuencias sanitarias y socioeconómicas, pero se echa en falta un mayor debate sobre las políticas existentes, así como nuevas propuestas a implementar que mejoren los resultados actuales.
- El protagonismo sigue estando en lo médico-biológico y mucho menos en lo socioeconómico, político y en el ámbito de decisiones de políticas públicas. La salud pública se halla en retirada, con la consiguiente destrucción de las capacidades integrales de intervención en materia sanitaria, en general, así como sobre enfermedades concretas, como el SIDA, en particular.
- Gran parte del debate sobre la lucha contra el VIH/SIDA está centrado en la eficacia y eficiencia de unos sistemas y otros, y mucho menos en términos de derecho a la salud.

Ello se traduce en una vuelta atrás al discurso de la despolitización y medicalización de la salud.

En cuanto al debate sobre la forma más adecuada de hacer frente a la enfermedad, entre el conjunto de ideas expuestas, sobresalieron las que se presentan a continuación:

- Es importante extraer lecciones de las experiencias exitosas existentes hasta el momento, tanto en los países del Norte como en los del Sur o en algunos africanos en particular, y analizar su grado de aplicabilidad a diferentes contextos en el continente africano.
- Gran parte del éxito de la comunidad gay en los países del Norte en materia de prevención estuvo basado en la ruptura de tabúes, en la normalización y naturalización del intercambio de información sobre las prácticas sexuales, en la actitud militante en cuanto al uso del preservativo, y en la movilización por parte de las personas afectadas y de diversos sectores de la sociedad sensibles a su situación.
- La actitud transparente y proactiva de algunos líderes africanos a la hora de enfrentarse a la enfermedad, como en Uganda o Senegal, considerados exitosos en la lucha contra ésta, contrasta sobremanera con la de otros con planteamientos muy controvertidos en materia de prevención, como en los casos de Sudáfrica o Swazilandia, por ejemplo.
- Pese a la gran cantidad de agentes de cooperación y representantes religiosos o gubernamentales que predicán la abstinencia o la fidelidad como ejes centrales de la lucha contra el VIH/SIDA, el uso del preservativo es la medida más sencilla, barata y efectiva de las existentes en materia de prevención, y por tanto la que debería ser promocionada más enérgicamente. Las mujeres fieles a sus parejas se siguen contagiando, luego el énfasis debe hacerse sobre la capacidad de negociación de las mujeres en cuanto a su vida sexual y al uso de medidas preventivas.
- Al tratarse de una enfermedad infecciosa de transmisión mayormente sexual, el acceso a la información y el cambio de comportamiento en materia de prevención es tan fundamental como repleto de todo tipo de prejuicios y tabúes, que dificultan la puesta en marcha de estas medidas. De ahí la importancia del análisis de esta realidad y sus efectos desde las ciencias sociales en general, y desde la sociología y la antropología en particular, poniendo especial énfasis en el mensaje y en la forma de hacerlo llegar

mediante las correspondientes campañas de prevención a partir de una perspectiva de género.

- El tema de la prevención cada vez es menos un problema de acceso a la información, y más de gente informada que como consecuencia de un cúmulo de diferentes circunstancias (económicas, sociales y culturales), consciente o inconscientemente, opta por no cambiar sus costumbres o pautas de comportamiento. En este sentido, más allá de los derechos de las personas infectadas, es importante hacer hincapié igualmente en sus responsabilidades a la hora de evitar la expansión de la enfermedad.
- Los avances producidos en los últimos años en materia de acceso a tratamiento son obviamente bienvenidos, aunque aún insuficientes y muy irregulares entre países y dentro de cada país. No obstante, es fundamental que estas mejoras en el tratamiento no den pie a descuidar la atención sobre el tema de la prevención, que en estas circunstancias se hace aún más necesario ante una cierta percepción de la enfermedad como algo que “ya no mata” y ante lo cual cabe relajarse.
- El problema del acceso al tratamiento y de la falta de continuidad en el mismo preocupa mucho a los *practitioners* sobre el terreno, especialmente en las zonas rurales. Éstos se enfrentan, entre otros, a problemas de falta de previsión a medio/largo plazo por parte de los organismos y programas al cargo de las fuentes de financiación disponibles, infraestructuras insuficientes e inadecuadas, falta de recursos humanos cualificados y de dificultades de adherencia al tratamiento.
- Para hacer frente a la falta de personal sanitario cualificado deben multiplicarse los recursos para su capacitación, pero dentro del propio hospital o centro de salud, evitando sacarles de éste, de tal forma que la formación no se convierta en “causa de muerte”).
- Ante el incremento de actores y de iniciativas, frecuentemente paralelas y descoordinadas, con el fin de atacar algunas enfermedades concretas, crece la necesidad de reforzar los sistemas sanitarios públicos existentes, o construirlos, en su ausencia, así como de integrar paulatinamente en ellos las diversas iniciativas verticales existentes en la actualidad.
- No se puede combatir el VIH/SIDA de forma apropiada sin un acceso mínimo en materia de atención primaria que permita un adecuado seguimiento de los pacientes. Es

necesario horizontalizar las políticas actuales e integrar para poder apostar por la sostenibilidad de las intervenciones en la lucha contra ésta que no es una emergencia al uso, sino de largo plazo.

- Es necesario luchar contra la lógica cortoplacista de los políticos del Norte y del Sur, así como de otros actores de la cooperación, y su búsqueda de visibilidad, para poder apostar por el fortalecimiento del sistema a largo plazo.
- Es importante evitar igualmente que las ONGD “actúen en lugares en vez de en países”, es decir, que intervengan sobre el terreno sin tener en consideración las contrapartes e instituciones locales y de forma paralela y sustitutiva del Estado. En el contexto actual de la Declaración de París y de los nuevos instrumentos de la cooperación al desarrollo, las ONGD deben redefinir su rol y funciones habituales como meros prestadores de servicios y trabajar de manera creciente como “watchdogs” de los procesos y políticas de desarrollo implementados por las autoridades locales, reforzando a su vez la sociedad civil local que pueda desempeñar dicho trabajo en el futuro.
- En el candente debate sobre emergencia *vs* sistema, es necesario ser pragmáticos y señalar la compatibilidad de ambos enfoques de forma provisional, en tanto en cuanto la intervención en el corto plazo se realice con perspectiva de largo plazo, o siempre que se lleve a cabo una acción de emergencia contribuyendo al mismo tiempo al reforzamiento del conjunto del sistema de salud.
- Con todo, en términos generales, es necesario ir abandonando progresivamente la lógica de los proyectos y de los fondos verticales, con su perspectiva cortoplacista y sus altos costes indirectos, generando a su vez una fragmentación de programas y servicios que favorece la privatización. Por ello, debe apostarse por un planteamiento más

sostenible por la vía de las políticas de consorcio entre ONGD, administraciones locales y profesionales sanitarios, de los enfoques sectoriales y del apoyo presupuestario, donde se capacite a los actores locales, y al sector público y a la sociedad civil en particular, y se les dé la oportunidad (“*give them a chance*”) de liderar el proceso a partir de unas instituciones y marcos apropiados de promoción de la salud en función de criterios de equidad.

- En definitiva, es preciso ir cambiando la lógica de lucha contra las enfermedades por una más amplia en términos de protección social, es decir, pasar de una respuesta global y local al VIH/SIDA a una respuesta global y local a la salud en general; todo ello, buscando un equilibrio adecuado, mientras tanto, entre la actual estrategia especial para la lucha contra el VIH/SIDA y otra que fortalezca y mejore el conjunto del sistema de salud pública, haciéndolas finalmente converger en una única.

Esta selección de ideas nos ayuda a comprender el amplio espectro de perspectivas, experiencias y métodos de análisis que fueron compartidos en el seminario. Algunas de ellas son desarrolladas ampliamente en los dos documentos que siguen a continuación, basados en las respectivas presentaciones de ambos autores en el citado encuentro. En dichos documentos se desarrollan la mayor parte de los argumentos expuestos en su día, a partir de puntos de vista y formatos distintos; uno focalizado en las grandes cuestiones de la política internacional en relación al VIH/SIDA, y el otro más centrado en el análisis de las relaciones entre el VIH/SIDA y diversos factores económicos, sociales y políticos. Si bien diferentes, ambos trabajos reflejan enfoques compartidos por la mayor parte de las contribuciones al debate, la más importante de las cuales es el compromiso colectivo para reducir en la mayor medida posible el sufrimiento humano causado por este destructivo virus.

El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus Colaboradores

Bob Sutcliffe

Introducción

El virus VIH es demasiado grande para pasar a través de un preservativo; sólo se puede transmitir entre seres humanos de unas maneras muy específicas y ampliamente conocidas, acerca de las cuales hay un amplio consenso en la profesión médica; cambios fisiológicamente sencillos en el comportamiento prevendrán su transmisión; un sencillo tratamiento prevendrá, en la mayoría de los casos, su transmisión de madres infectadas a sus hijos; unas sencillas precauciones prevendrán su transmisión a través de intervenciones médicas (por ejemplo, transfusiones de sangre, cirugía o inyecciones); una vez transmitido hay medicinas que reducen notablemente sus efectos nocivos y que prolongan considerablemente la vida activa de las personas infectadas; la “comunidad internacional” ha declarado que su erradicación es una prioridad mundial en términos más rotundos y con mayor frecuencia que en el caso de casi todas las demás enfermedades graves; toda una organización mundial, ONUSIDA, existe para coordinar a los participantes en la lucha internacional contra la enfermedad; en un solo país (Uganda) se ha calculado que existen 2.000 organi-

zaciones no gubernamentales relacionadas con el combate contra el SIDA y hay cifras similares en muchos otros países; ha sido objeto de más artículos científicos que cualquier otra enfermedad en la historia, y el gasto mundial para su erradicación y tratamiento es mayor que el destinado a cualquier otra enfermedad específica. En vista de todo esto, parece razonable llegar a la conclusión de que el VIH tendría pocas probabilidades de éxito contra una sociedad humana racional, preocupada por su propia conservación.

Sin embargo, ya ha matado a unos 25 millones de personas, 2,1 millones de ellas en 2007; en el mismo año, se produjeron 2,5 millones de nuevas infecciones, de tal manera que la propagación absoluta de la enfermedad sigue creciendo dos décadas después de que se llegara a comprender bien su método de transmisión; en muchos países la propagación relativa (la prevalencia del VIH en la población) sigue creciendo terriblemente¹. En noviembre de 2007 ONUSIDA hizo una nueva estimación de la evolución de la epidemia mundial, por principales regiones, entre 2001 y 2007. Los resultados para el nivel de prevalencia se muestran en la Tabla 1.

¹ Los datos al respecto proceden de UNAIDS (ONUSIDA) (noviembre 2007). Todas esas cifras son las mejores estimaciones disponibles, pero están sujetas a un amplio margen de error y están bajo constante revisión. En su más reciente actualización (2007) se han introducido considerables ajustes a la baja respecto a sus cifras anteriores, como resultado de una revisión de su metodología. Las últimas cifras atribuyen una ponderación mayor que en estimaciones anteriores a los estudios de muestras nacionales y menos a los indicadores centinela. Se aportan más detalles en la Tabla 2 (que sigue más adelante).

Tabla 1: Tasas de prevalencia (porcentaje de la población) por principales regiones, 2001-2007		
	2001	2007
África Subsahariana	5.8	5.0
Oriente Próximo y África del Norte	0.3	0.3
Sur y Sudeste Asiático	0.3	0.3
Asia Oriental	0.05	0.1
Oceanía	0.2	0.4
Iberoamérica	0.4	0.5
Caribe	1.0	1.0
Europa Oriental y Asia Central	0.4	0.9
Europa Occidental y Central	0.2	0.3
América del Norte	0.6	0.6
Mundo	0.8	0.8

Fuente: UNAIDS 2007c.

Estas cifras dan a entender que la prevalencia está creciendo ligeramente en Oceanía, Iberoamérica y Europa Occidental y Central, y creciendo más acusadamente en Europa Oriental y Asia Central (la ex URSS) al igual que, desde una base menor, en Asia Oriental. Está relativamente estática en Oriente Medio y África del Norte, Sur y Sudeste Asiáticos, el Caribe y América del Norte. Y ha descendido un poco en el África Subsahariana, aunque ésa sigue siendo con gran diferencia la zona más castigada. El resultado neto es que para el mundo en su conjunto el nivel de prevalencia no ha cambiado durante los 6 últimos años.

A nivel mundial se calcula que el número total de nuevas infecciones probablemente alcanzó un pico a finales de la década de 1990. A pesar de esto, la tendencia no es hacia un descenso sostenido de los indicadores mundiales de VIH/SIDA, sino hacia una estabilización a un nivel todavía alto: el VIH/SIDA se está convirtiendo en una importante enfermedad endémica. Sigue siendo completamente posible que en unos lugares en particular puedan estallar nuevos y graves brotes, y algunos de los existentes, especialmente en el África Meridional, todavía ni siquiera están empezando a disminuir. El VIH ya es responsable de más muertes y de más pérdida de años de vida saludable que cualquier otra enfermedad infecciosa y se pronostica que esa participación crecerá en años venideros, independientemente de lo que suceda.² En agosto de 2007, la OMS calculó que, después de un ligero des-

censo desde 2002 hasta 2009, el número de muertes producidas por el VIH/SIDA crecerá considerablemente desde poco más de 2 millones al año (su nivel en 2006) hasta alcanzar los 6 millones al año en el año 2030; esta cifra es algo más de la mitad de las muertes que se prevén por el conjunto de afecciones cardiacas isquémicas y de todas las formas de cáncer (OMS, 2007) y mucho más de lo que se espera de cualquier otra enfermedad infecciosa.

Un indicio, aunque sólo aproximado, de la atención que se presta a la enfermedad es que una búsqueda de “VIH/SIDA” en Google (el 17 de marzo de 2008) produjo 19,1 millones de resultados; las cifras para malaria y tuberculosis fueron de 11,8 millones y 10,3 millones respectivamente. La inmensa mayoría de estos textos son periodísticos o médicos/epidemiológicos. Pero durante los últimos años se ha producido un incremento de la investigación en ciencias sociales y de los escritos sobre el tema, en parte como reflejo del fracaso del mundo para conseguir una reducción radical del daño causado por un virus que, dadas sus características físicas, debería ser tan fácil de combatir. Este artículo tiene tanto de estudio de alguna de esta literatura como de pequeña contribución a ella.

Resulta difícil comprender la aparente discrepancia entre la debilidad del virus y la enorme amplitud del daño que ha sido capaz de hacer hasta ahora y que amenaza con hacer en el futuro. Una manera de tratar de explicar la paradoja es indagar en qué formas el virus es inherentemente más fuerte que lo que dan a entender sus características físicas. Su principal activo físico oculto, en comparación con otros virus infecciosos, tal como razona John Iliffe (2006) en su detallado relato sobre el virus en África, es su largo período de incubación. Quienes resultan infectados normalmente no caen enfermos inmediatamente, sino varios años después de la infección. El tiempo medio entre infección y enfermedad relacionada con el VIH está en torno a los 8 años, y la muerte sigue a la infección a una distancia de unos 11 años³ como media. Durante todo ese tiempo la persona infectada puede contagiar la infección pero puede que no sepa que ella está infectada. De hecho, se calcula que de los 38,5 millones de personas que se creía que vivían con el VIH al final de 2006, probablemente el 90 por ciento no conocía ese crucial hecho acerca de su salud.

Otra arma en el arsenal de virus es el hecho de que en la mayoría de los casos se transmite en situaciones tales como la inyección de drogas y las relaciones sexuales con penetración, en las

² Los datos al respecto proceden de la OMS, 2006.

³ ONUSIDA, noviembre de 2007.

que, aun cuando la persona involucrada sepa que está infectada y sepa cómo evitar cualquier infección causada por ella, el dominio de sí misma y la racionalidad se pueden ver temporalmente en peligro.

No obstante, incluso estas dos armas secretas del virus son insuficientes para explicar la devastación causada por el VIH/SIDA. Es necesaria alguna explicación adicional que nada tenga que ver con sus atributos fisiológicos y epidemiológicos. El meollo de la explicación estriba, para seguir con la metáfora, en el hecho de que durante su corta vida pública y a pesar de la aparente repulsión universal que produce, el virus reclutó un gran número de aliados *de facto* o colaboradores en la comunidad humana. El significado de esta aseveración se debatirá más adelante en la Sección IV de este artículo. Mientras tanto, la Sección I esboza nuestro actual conocimiento básico de la amplitud y significado de la epidemia. La Sección II esboza su impacto sobre la demografía, la economía y el desarrollo, y la Sección III analiza los efectos de la disponibilidad general de terapia antirretroviral.

Este artículo está destinado a servir de actualización de algunos aspectos de la epidemia de VIH/SIDA; de las más recientes estadísticas presentadas por ONUSIDA y de la forma en que se interrelacionan con algunas estadísticas económicas (también actualizadas); de algunos de los razonamientos acerca de la interconexión entre la epidemia y la economía de los países afectados; de los debates sobre cambios de políticas suscitados por la más amplia difusión de las terapias antirretrovirales. No pretende ser más que una reflexión, por parte de un participante durante muchos años

en la lucha contra el SIDA, sobre algunos de los más acuciantes asuntos actuales. En el intento de ver la cuestión tanto desde un punto de vista médico/epidemiológico como desde otro socioeconómico, trata de seguir una tradición establecida por escritos que han sido lectura esencial para mí, pero que no se citan directamente en el texto (por ejemplo, Kalipeni et al (dires.) 2004, Barnett y Whiteside 2006, *Review of African Political Economy* 2005).

I. Medición de la amplitud y curso de la epidemia: mortalidad, morbilidad, prevalencia e incidencia

a. ¿Mejor o peor?

A pesar de la enorme amplitud de la investigación hecha sobre el VIH/SIDA todavía es muy difícil dar unas estimaciones fiables del curso y del estado de la epidemia en casi todas las partes del mundo. Se ha hecho un intento de situar el VIH/SIDA en una perspectiva mundial calculando su contribución a la mortalidad y la carga de la enfermedad.⁴ Estas estimaciones, que se resumen en la Tabla 2, son simples aproximaciones en el mejor de los casos, hechas en ausencia de la mayoría de los datos necesarios. La inmensa mayoría de las muertes del mundo ni siquiera se registra, y mucho menos se les atribuye cualquier causa por parte de una persona competente para ello. Incluso cuando se registran normalmente las causas de la muerte, el SIDA es probable que se declare por debajo de la realidad debido al estigma que se le atribuye. Evidentemente, estas cifras no ofrecen una base muy fiable para evaluar la epidemia de SIDA en general, y mucho menos en algunos países en particular.

Tabla 2: La importancia del SIDA en la mortalidad y la carga de la enfermedad, 2005*

	Mundo, todas las edades	África, todas las edades	Mundo, edad 30-44	África, edad 30-44	Mundo, mujeres	África, mujeres	África, mujeres edad 30-44	África meridional todas las edades	África meridional mujeres
Porcentaje de muertes con causas relacionadas con el SIDA	4.9	19.2	26.3	58.5	4.8	21.5	65.2	30.0	34
Porcentaje de AVAD perdidos debido a causas relacionadas con el SIDA	12.1	23.6	29.4	51.8	11.8	27.7	58.9	32.8	33.8

Fuente: WHO (2006); MRC (2003).

* Estimaciones para Sudáfrica correspondientes a 2000; las cifras de 2005 serían apreciablemente mayores.

⁴ Para una explicación de la metodología de la carga de la enfermedad, véase Murray y López, 1990; y para las estadísticas comparativas más recientes, véase OMS, 2006.

Sin embargo, estas cifras se consideran plausibles por muchos expertos internacionales en el campo de la salud y si, por ahora, prescindimos de dudas razonables acerca de ellas, nos dan a entender una epidemia de magnitud extraordinaria que causa el 5 por ciento de las muertes en el planeta, cerca del 20 por ciento de las muertes en África, 26 por ciento de las muertes en el mundo para el grupo de edad 30-44 y cerca del 60 por ciento de las muertes para ese grupo de edad en África. Aunque en el mundo en su conjunto hombres y mujeres se ven afectados casi por igual por la epidemia del SIDA, esto dista mucho de ser cierto en África donde el 61 por ciento de los adultos que viven con el VIH son mujeres (ONUSIDA, noviembre de 2007).

Estas estimaciones de la carga del SIDA están parcialmente basadas en las estimaciones más concretas de la prevalencia e incidencia del SIDA. La prevalencia es el número total de infecciones en un momento dado y la incidencia es el número de nuevas infecciones durante un periodo dado, expresadas ambas magnitudes como porcentaje de la población. Las cifras acerca de la prevalencia proceden en gran medida de dos fuentes: de estudios de muestras de una población, específicamente destinados a medir la prevalencia del VIH, y de la proyección de las tasas de prevalencia en poblaciones centinelas para las que existen datos más seguros, en particular para mujeres embarazadas que acuden a clínicas prenatales. Parte de la tarea de los epidemiólogos del SIDA es elaborar las fórmulas correctas con las que derivar estimaciones más generales de la prevalencia a partir del nivel de prevalencia en estas poblaciones centinela. Se han usado muchas formas diferentes de hacer esto y como resultado muchos de los datos empíricos que han existido hasta ahora no son comparables entre lugares y fechas, algo que hace muy difícil evaluar la escala de la epidemia y relacionarla con otras variables médicas y socioeconómicas. Un paso más allá de esta incomparabilidad parece que se ha dado en el informe anual sobre la epidemia preparado en 2006 por ONUSIDA, en el que se usan nuevos y más coherentes métodos de estimación de la prevalencia en 125 países, para dos fechas, 2003 y 2005. Las estimaciones de prevalencia para esos países y esas dos fechas se presentaron como más comparables entre sí que anteriores estimaciones, planteando la posibilidad de dar un enfoque más riguroso a las conexiones entre prevalencia y otras variables. Sin embargo, ya en 2007 esta metodología había sido sustituida y ONUSIDA publicó nuevas estimaciones basadas más estrechamente en estudios nacionales. No obstante, éstos se presentan para las principales regiones y sólo en 30 casos para países (lo que se muestra en la Tabla 3, a continuación, lo que, de nuevo, dificulta más las

comparaciones nacionales. Esto significa que las últimas cifras de 2007, supuestamente más exactas, no se pueden comparar fácilmente con otros indicadores, mientras que las cifras ahora menos fiables de 2003 y 2005 sí pueden hacerlo. Por lo tanto, algunas partes de este artículo se siguen basando en las estimaciones de 2003/2005, aunque ahora se deban tratar con gran cuidado. No obstante, son las únicas cifras nacionales que son comparables entre dos fechas.

A día de hoy hay cuatro clases de datos empíricos sobre la epidemia del VIH/SIDA en la totalidad o una parte del mundo. Estas cuatro metodologías se resumen en la Tabla 3. Los datos de la Categoría 1 (basados en estudios nacionales) se usarán más adelante en este artículo para hacer algunas comparaciones estáticas entre países. Los datos regionales de Categoría 2 se usan para resumir el tamaño y naturaleza de la epidemia mundial. La Categoría 3 (una comparación entre 2003 y 2005 para 126 países) se usará (con muchas reservas) para hacer algunas comparaciones internacionales a lo largo del tiempo. Los datos de Categoría 4 no se usarán, dado que ahora se deben considerar superfluos y contienen cifras que no son comparables entre países ni a lo largo del tiempo.

Tabla 3: Prevalencia según estudios basados en la población (%) (año)

País	Prevalencia según estudio basado en la población (%)	Año del estudio
Benin	1.2	2006
Botswana	25.2	2004
Burkina Faso	1.8	2003
Burundi	3.6	2002
Camerún	5.5	2004
República Centroafricana	6.2	2006
Chad	3.3	2005
Costa de Marfil	4.7	2005
Guinea Ecuatorial	3.2	2004
Etiopía	1.4	2005
Ghana	2.2	2003
Guinea	1.5	2005
Kenia	6.7	2003
Lesotho	23.5	2004
Malawi	12.7	2004
Mali	1.3	2006
	1.7	2001
Níger	0.7	2006
	0.9	2002

País	Prevalencia según estudio basado en la población (%)	Año del estudio
Ruanda	3.0	2005
Senegal	0.7	2005
Sierra Leona	1.5	2005
Sudáfrica	16.2	2005
Swazilandia	15.6	2002
Uganda	25.9	2006-7
República Unida de Tanzania	7.1	2004-5
Zambia	7.0	2004
Zimbabwe	15.6	2001-2
Camboya	18.1	2005-6
India	0.6	2005
República Dominicana	0.28	2005-6
Haití	1.0	2002
	2.2	2005-6

Fuente: UNAIDS 2007c.

para 29 países subsaharianos. Las dos estimaciones son similares, excepto en el caso de Swazilandia; éste es el país con la más alta prevalencia en ambas estimaciones, pero los datos del estudio nacional dan una estimación 7,5 puntos porcentuales inferior a la del Informe de 2006.

A pesar del ajuste para la India, las similitudes que se muestran en la Figura 1 dan a entender que, al menos para el África Meridional, puede ser pertinente usar los datos del Informe de 2006 (Categoría 3 en la Tabla 3) para llegar a algunas conclusiones acerca de la dinámica de la epidemia. Una manera de hacer esto se muestra en la Figura 2 en la que cada punto representa un país (unos pocos de los cuales se identifican por sus iniciales en el gráfico) cuya posición vertical en la escala logarítmica indica el nivel de prevalencia en 2005 y cuya posición horizontal en una escala normal indica el cambio en la prevalencia nacional entre 2003 y 2005. Los países a la derecha de la línea vertical del cero tie-

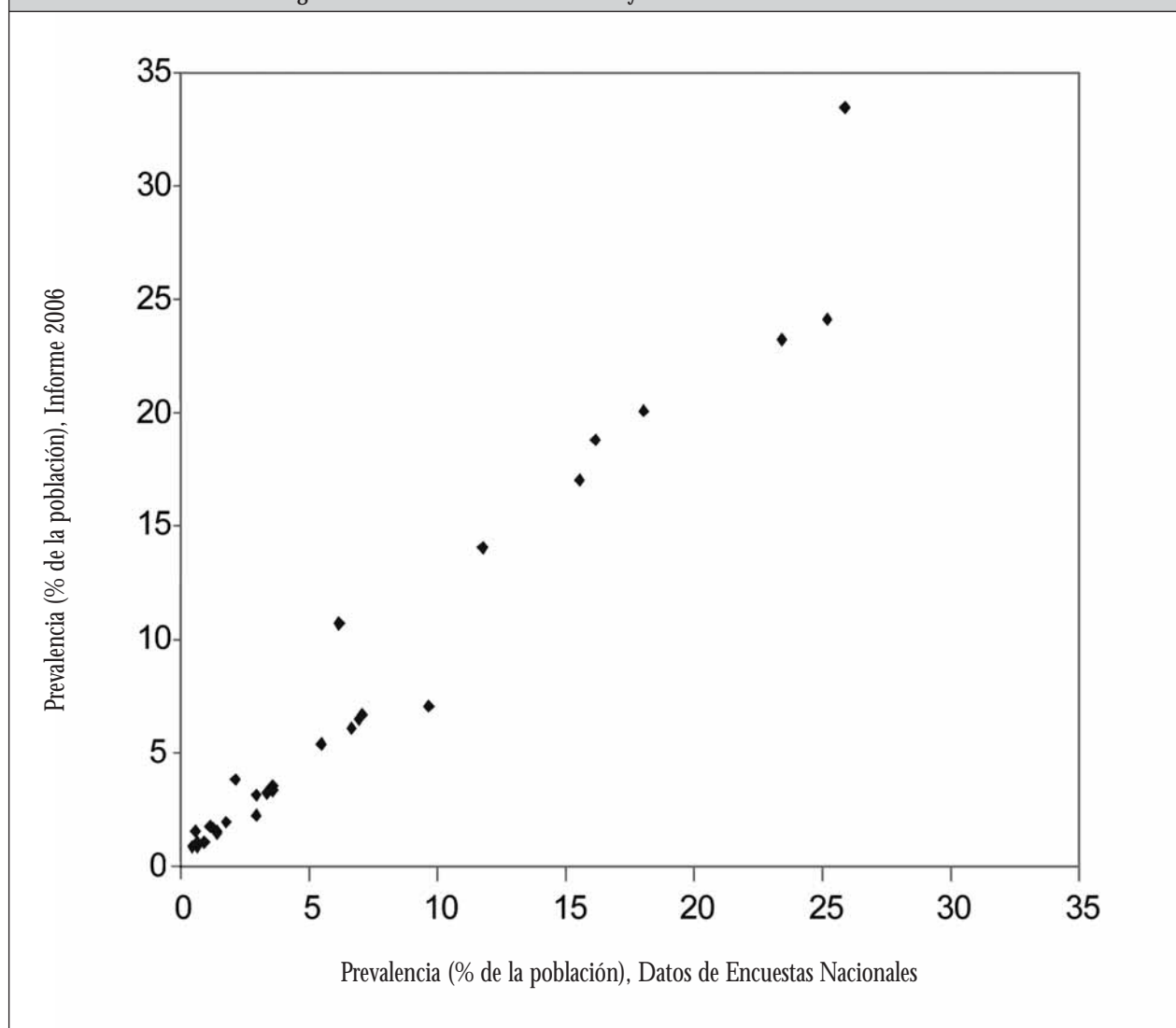
Tabla 4: Estimaciones nacionales comparativas de la prevalencia del VIH publicadas por ONUSIDA, 2000-2007

Tipo	Exactitud atribuida	Tipo de datos	Ubicación	Alcance	Fechas de los datos
	La más alta	Estudios nacionales de prevalencia	ONUSIDA 2007c	30 países (26 en África Subsahariana)	Años únicos, varios 2001-2007
	Alta	Agregación de estudios nacionales de prevalencia y otras fuentes	ONUSIDA 2007c	10 grandes regiones, y agregado mundial	2001 y 2007 (estimación)
	Más baja	Proyección de datos centinela y de otros tipos, homogeneizados para 2003 y 2005	ONUSIDA 2006	126 países (41 en África Subsahariana)	2003 y 2005 (estimación)
	La más baja	Proyección de datos centinela y de otros tipos, no homogeneizados	ONUSIDA 2000 a 2006	Número variable de países	2002-2005

El reciente cambio en las estimaciones de ONUSIDA surgió de una afirmación en el Informe de 2006, que indicaba que India había pasado a ser el país con mayor número de personas con VIH y que era el epicentro de la epidemia; se produjo en la India una enérgica reacción contra esta conclusión y finalmente (en julio de 2007) una nueva estimación basada en datos del estudio nacional produjo un nivel de prevalencia de sólo la mitad del que se había sugerido por ONUSIDA (véase Dandona et al, 2006). La estimación fue aceptada por ONUSIDA como más exacta. Sin embargo, la falibilidad de las anteriores estimaciones de ONUSIDA apuntadas por esta importante instancia no debe exagerarse. En el África Meridional, donde la epidemia está más concentrada, el Informe de 2006 y los datos del estudio nacional han dado resultados similares. La Figura 1 muestra ambas estimaciones

nen una tasa creciente de prevalencia y los situados a la izquierda la tienen decreciente. Mencionemos los casos más dignos de atención: tasas de prevalencia de más del 10 por ciento de la población adulta se encuentran en la República Centroafricana y en la mayoría de los países del África Meridional. Hay una amplia banda entre estos países en cuanto a las estimaciones de cambio de la prevalencia. En Zimbabwe descendió 2 puntos porcentuales mientras que en Swazilandia aumentó en un punto. Botswana, Namibia, Sudáfrica, Zambia y Mozambique mostraron pequeños incrementos y Lesotho, la República Centroafricana y Malawi pequeñas disminuciones. Los países con tasas inferiores de prevalencia muestran una banda de cambio a lo largo de los dos años que varía entre un alza de medio punto porcentual y un descenso de medio punto porcentual.

Figura 1: Comparativa de las cifras de prevalencia, 2005 o año finalizado, según el Informe ONUSIDA de 2006 y los datos del Estudio Nacional

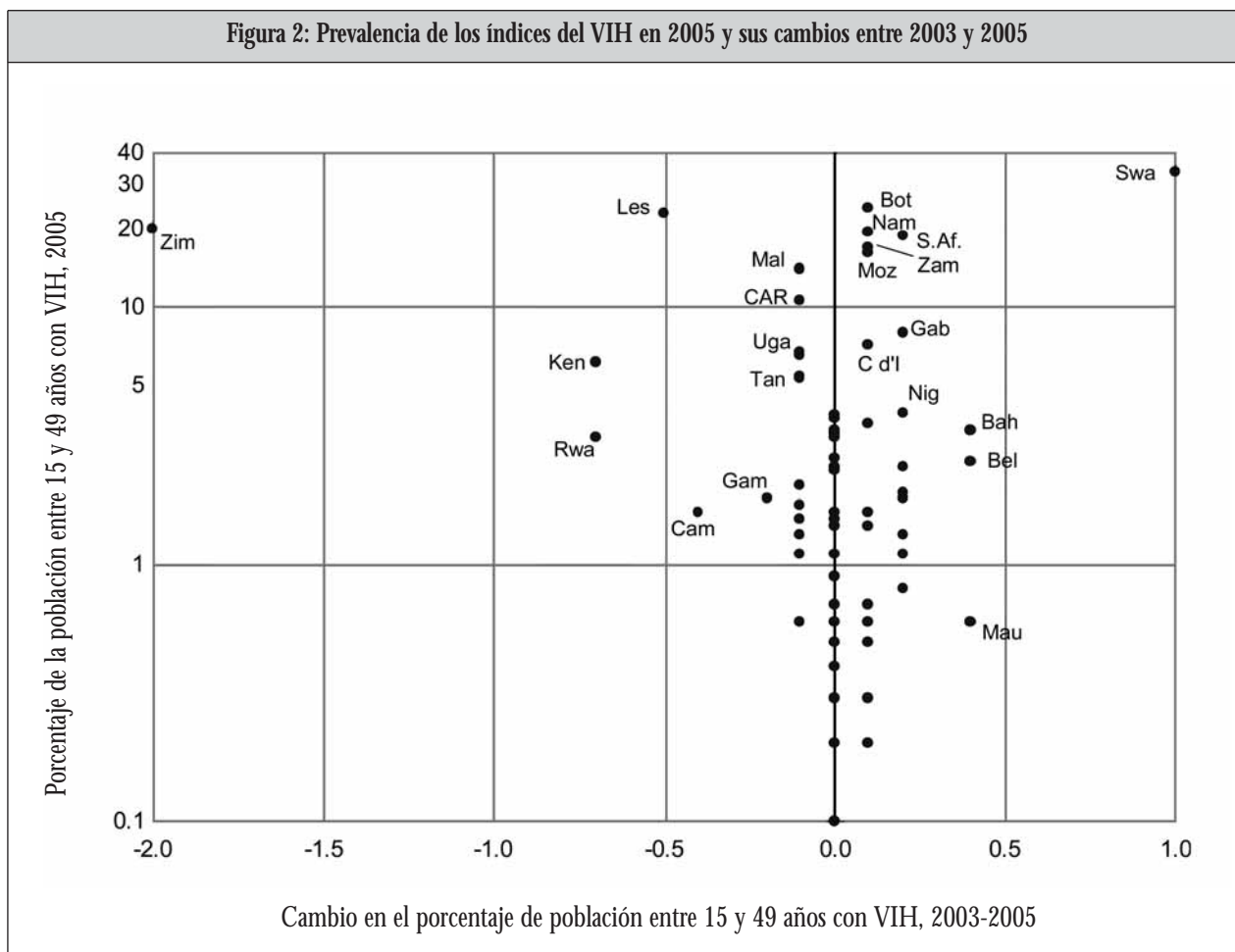


Fuente: UNAIDS 2006, UNAIDS 2007.

Si bien hay algo de utilidad en comparar los niveles y movimientos de la tasa de prevalencia, no por ello deja de ser una información ciertamente ambigua. Un incremento de la prevalencia siempre significa que las nuevas infecciones son más numerosas que las muertes; por lo tanto, aumentará porque las infecciones han sido particularmente numerosas (malo) o porque las muertes han sido menos (bueno) y una reducción se puede deber a los efectos inversos (menos infecciones o más muertes). En la práctica, es probable que un cambio se componga de los dos efectos. Así pues, cuando se detecta un cambio éste puede suscitar, y normalmente suscita, una polémica acerca de cuál de estos dos efectos predomina. Tal debate ha

sido característico en la interpretación de cifras recientes en países tales como Uganda (donde la prevalencia pareció disminuir durante la década de 1990, aunque puede haber aumentado recientemente) y en Zimbabwe que mostró la máxima reducción en prevalencia entre 2003 y 2005. ¿Obedeció esto a que las nuevas infecciones se redujeron, tal como asevera el gobierno y para lo que hay algunas evidencias circunstanciales y anecdóticas, o fueron los fallos de los servicios médicos los que redujeron la expectativa de vida de los infectados, o emigró desproporcionadamente la población infectada? No cabe duda de que fue una combinación de estos factores, ¿pero qué combinación exactamente?

Figura 2: Prevalencia de los índices del VIH en 2005 y sus cambios entre 2003 y 2005



Fuente: Elaborado por el autor a partir de datos de UNAIDS 2006.

La única manera de evitar las ambigüedades de los cambios en la medida de la prevalencia es combinarlos con estimaciones de incidencia (esto es, nuevas infecciones). Pero estimaciones fiables de esto son extremadamente difíciles de obtener, especialmente en países pobres donde las pruebas casi son inexistentes; por ello la mayoría de los estudios de incidencia son pequeños en número, poco fiables y no comparables entre países y años. Por varias razones, es posible que esto pueda cambiar en un futuro próximo, parcialmente porque la creciente disponibilidad de terapias antirretrovirales dará un mayor incentivo para someterse a las pruebas.

b. Variedades de la epidemia

El VIH/SIDA es una singular epidemia de propagación mundial que incluye muchos cientos de subepidemias cada una de las cuales difiere de acuerdo con la variante del virus en cuestión, del lugar, del modo de transmisión y del segmento de la

población. Hay diferencias entre las características estrictamente médicas de cada una de estas epidemias y mayores diferencias todavía entre sus impactos sociales. La finalidad de esta sección es exponer una idea breve y no exhaustiva de las diferencias que pueden existir y algunas de sus causas, usando datos geográficamente no agregados.

La Figura 3 muestra cuatro ejemplos descriptivos del curso de la epidemia VIH/SIDA usando los cambios de hasta cinco variables a lo largo del tiempo. Las variables son: A – el número de infecciones por VIH diagnosticadas (lo que sería la tasa de incidencia si el diagnóstico es completo para la zona geográfica mencionada), B – el número de casos de SIDA diagnosticados, C – el número de fallecimientos debido a causas relacionadas con el SIDA, D – el número acumulado de fallecimientos relacionados con el SIDA hasta la fecha que se indica y E – el número de personas que viven con VIH y/o SIDA en la fecha que se indica.

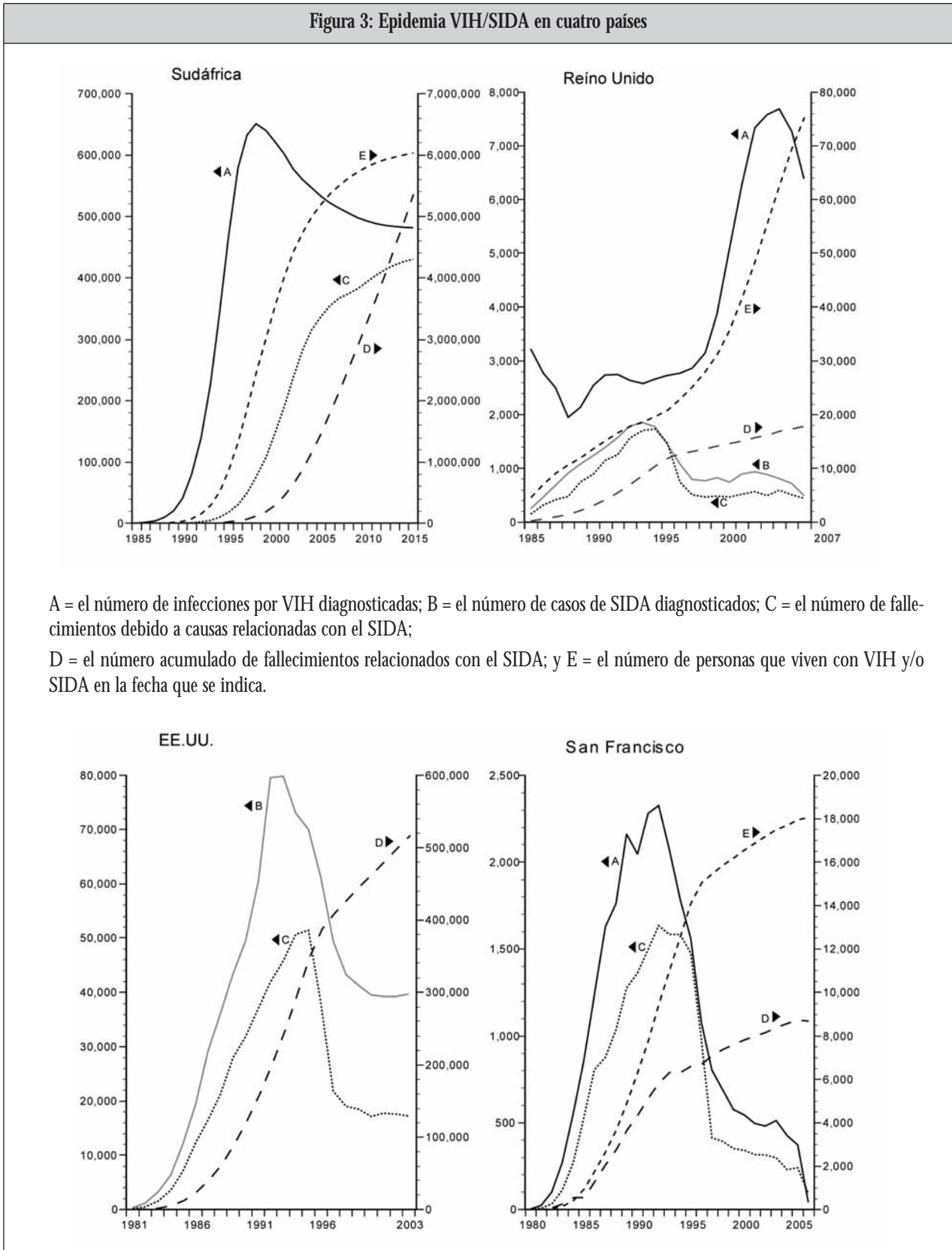
En el mejor de los casos la tasa de incidencia, A, no subiría demasiado y bajaría tan pronto como fuera posible (debido en parte a acciones preventivas eficaces una vez que se descubrió la presencia de la enfermedad), el avance de VIH a SIDA, B, se reduciría tanto como fuera posible por medio del apropiado tratamiento médico, de tal modo que el número de fallecimientos por SIDA y su total acumulado, C y D, se minimizarían por medio de la asistencia y el tratamiento médicos. La variable residual, el número de personas que viven con SIDA, E, (que cuando se divide por la población pasa a ser la ambigua tasa de prevalencia) subirá si se infectan más personas y bajará si fallecen más personas; de ahí la diferencia entre A y C. Valores crecientes, sostenidos o decrecientes de E son todos ellos, de acuerdo con las circunstancias, coherentes con la mejora, estabilidad o empeoramiento de la epidemia. Tal como ya se ha mencionado, un aumento de la prevalencia debido a una mayor infección es malo, mientras que un aumento debido a una menor mortalidad es bueno.

Las cuatro epidemias que se representan en la Figura 3 han sido elegidas debido a una serie bastante larga de estadísticas para algunas de las 5 variables. Sólo en el R.U. se dispone de todas las 5 series. Y allí, como en todos los sitios, la exactitud de las cifras no es extremadamente alta. Las cifras de África del Sur difieren de los otros 3 casos debido a que están basadas no en estimaciones de las variables sino en un modelo ampliamente usado, elaborado por la *Actuarial Society of South Africa* (ASSA) del que se derivan las variables particulares. El modelo se actualiza periódicamente después de una comparación con estimaciones directas de las variables en un punto del tiempo, y se ha constatado que sus predicciones son de una notable exactitud. Por ejemplo, la Figura 3 da a entender que la tasa de incidencia (nuevas infecciones como porcentaje de la población) es aproximadamente del 1,3 por ciento. Esto está muy cerca de la cifra declarada por la encuesta más detallada de incidencia y prevalencia llevada a cabo hasta ahora en África del Sur y que se resume más abajo en la Tabla 5.

Una peculiaridad notable de los datos para el R.U. contenidos en la Figura 3 es que hubo una acusada caída de la incidencia (A) desde 1985 (ya se había pasado por una pico de nuevas infecciones), seguido por otra pico en 1991-3 y más tarde otra prolongada subida que alcanzó su punto más alto en 2005. Esto es una buena ilustración de la multiplicidad de las epidemias. En el R.U. aunque hay una superposición entre los tres periodos de creciente infección, lo que hay en realidad son tres

epidemias diferentes, cada una de las cuales afecta a diferentes secciones de la población – en primer lugar a los hombres homosexuales, a los consumidores de drogas por vía intravenosa y aquellos que habían recibido sangre infectada (en especial los que padecían hemofilia); en segundo, a ciertas partes de la población heterosexual; y, en tercer lugar, en parte a los inmigrantes, especialmente de África, algunos de los cuales fueron infectados antes de su llegada.

Figura 3: Epidemia VIH/SIDA en cuatro países



A = el número de infecciones por VIH diagnosticadas; B = el número de casos de SIDA diagnosticados; C = el número de fallecimientos debido a causas relacionadas con el SIDA;

D = el número acumulado de fallecimientos relacionados con el SIDA; y E = el número de personas que viven con VIH y/o SIDA en la fecha que se indica.

Fuentes: elaboradas por el autor utilizando datos del ASSA, 2005, AVERT, 2008 y del Departamento de Salud Pública de San Francisco

Los gráficos para el RU, los EE.UU. y la ciudad de San Francisco muestran todos ellos la espectacular reducción del paso de VIH a infección por SIDA y en las muertes relacionadas con el SIDA, resultado de la difusión del tratamiento TAR (terapia antirretroviral) que se comentará más a fondo a lo largo del artículo. El último lanzamiento del tratamiento TAR en Sudáfrica ya estará teniendo algún efecto en los agregados para ese país, efecto que no se muestra en las proyecciones derivadas del modelo de la *Actuarial Society of South Africa* (ASSA).

Si bien el tratamiento TAR ha reducido el número de casos de SIDA y de muertes, lo que no ha conseguido –ni siquiera en los países desarrollados– es reducir la tasa de incidencia. Hay evidencias del RU, los EE.UU. y algunos otros países de que el comportamiento sexual de riesgo se ha vuelto a hacer más común, acaso debido a que la TAR hace que el SIDA se vea como una amenaza menor para la vida. En cualquier caso, dado que la realización periódica de pruebas del VIH no existe en todas partes, el principal indicador menos conocido de la epidemia del VIH/SIDA es la incidencia. En algunos países, no obstante, se han hecho estudios de muestra que revelan mucho respecto a la incidencia, tanto en general como en detalle. Uno de éstos se llevó a cabo en Sudáfrica durante el año 2005 y en la Tabla 5 se muestra un resumen de los resultados.

Esto muestra una tasa de incidencia general del 1,4 por ciento de la población por encima de 2 años de edad (muy cerca de la proyección de la ASSA, usada en la construcción de la Figura 3). Las tasas más altas de incidencia se sitúan entre los adultos jóvenes y de mediana edad. Todo el grupo de edades entre 15 y 49 tiene una tasa de incidencia del 2,4 por ciento. La incidencia y la prevalencia para las mujeres son mayores que para los hombres. La mayor diferencia en incidencia se encuentra en el grupo de edad 20-29, dentro del cual el 5,6 por ciento de las mujeres resultaron infectadas y sólo el 0,9 por ciento de los hombres. Entre los infectados, los africanos representaron un porcentaje desproporcionado, constituyendo el 90 por ciento de las nuevas infecciones en 2005 pero sólo el 79,5 por ciento de la población. La tasa de incidencia varía con el lugar de residencia: es más de seis veces superior en zonas urbanas pobres “informales” que en áreas “formales” con mejor nivel de vida; las áreas rurales quedan comprendidas entre los dos extremos urbanos. La incidencia y la prevalencia varían de acuerdo con la región. Kwazulu-Natal tiene el más alto nivel de prevalencia (en el 15,2 por ciento de la población) pero las más altas tasas de incidencia se encuentran ahora en Mpumalanga y en Free State. Tanto la prevalencia como la incidencia son notablemente más bajas en las provincias del Cabo al oeste del país. El estudio también contenía algunas evidencias limitadas de la relación de las prácticas sexuales con la

incidencia. Quienes mantenían relaciones sexuales con una sola persona evidenciaron una tasa algo menor de incidencia que quienes las mantenían con más de una. Pero el primer grupo todavía tenía una alta tasa de incidencia, lo que pone de relieve el hecho obvio de que la “fidelidad” en muchos casos no sirve de protección (asunto sobre el que se volverá más adelante en este artículo). Entre los más jóvenes participantes en el estudio el uso del preservativo parece haber cortado la incidencia, pero no entre aquellos de más de 25 años de edad.

Tabla 5: Incidencia y prevalencia en Sudáfrica por sexo, raza, grupo de edad, provincia, tipo de localidad y prácticas sexuales, 2005 (% de la población)

Total	Incidencia anual %	Prevalencia %
Total	1.4	10.8
<i>Sexo</i>		
Masculino		8.2
Feminino		13.2
<i>Etnia</i>		
Africana	1.8	13.3
Otra	0.2	app 1.0
<i>Edad</i>		
2-14	0.4	
15-24	2.2	
>25	1.7	
15-49	2.4	
<i>Edad 20-29</i>		
Male	0.9	
Female	5.6	
<i>Lugar de residencia</i>		
Urbano informal	5.1	
Rural formal	1.6	
Rural informal	1.4	
Urbano formal	0.8	
<i>Provincia</i>		
Mpumalanga	2.4	15.2
Free State	1.9	12.6
Kwazulu-Natal	1.7	16.5
Eastern Cape	0.7	8.9
Northern Cape	0.2	5.4
<i>Nº de compañeros/as sexuales</i>		
1 en último año	2.1	
>1 en último año	3.1	
<i>Uso de preservativo</i>		
SI en la última relación, edad 15-24	2.9	
NO en la última relación, edad 15-24	6.1	
SI en la última relación, edad 25-49	2.2	
NO en la última relación, edad 25-49	1.9	

Fuentes: Rehle et al, 2007; AVERT, 2008; Human Sciences Research Council, 2005.

Lo que queda claro a partir de las cifras comparativas más fiables que existen es que, si bien el VIH/SIDA es una epidemia de proporciones globales, dista mucho de ser homogénea de un país o incluso de una región a otra. Varía a lo largo del tiempo, y entre una región y otra en relación con su tamaño y los medios de transmisión de la infección. Es por ello que la mejor manera de abordarla es como un conjunto entrelazado de epidemias en vez de hacerlo como una pandemia única. Aunque la pauta de infecciones, muertes, número de personas que padecen la enfermedad, etc. tiende a ser similar, no obstante, hay acusadas diferencias en la escala, los tiempos y la distribución social y geográfica. Y esas diferencias se han magnificado recientemente por la desigual disponibilidad del tratamiento con la TAR que, por lo general, reduce la carga de la enfermedad.

En Estados Unidos, por ejemplo, el número de casos de SIDA por 100.000 habitantes varía de unos a otros estados, desde menos de uno en Montana hasta 146 en el Distrito de Columbia. Los datos para EE.UU. en su conjunto y para San Francisco (una ciudad especialmente afectada por el SIDA desde el principio de la epidemia) muestran que los nuevos casos de SIDA y de muertes relacionadas con el SIDA se han reducido a niveles mínimos como resultado de la TAR. Pero eso no significa que se haya acabado con la epidemia de VIH. Y San Francisco, al igual que otras ciudades de los países desarrollados, ha visto en los últimos años un notable incremento de las infecciones de transmisión sexual (sífilis y gonorrea rectal masculina) y la tasa de incidencia del VIH entre los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres sigue siendo alta, todo lo cual nos da a entender que el sexo seguro jamás se adoptó o que está siendo abandonado por un número significativo de hombres homosexuales (Departamento de Salud Pública de San Francisco, 2006). Esto es, casi seguro, el resultado de una nueva forma de pensar que el SIDA es sencillamente una más de las enfermedades tratables y ya no una condena a muerte.

San Francisco es una ciudad en la que se ha dado prioridad a la TAR; en otras partes de EE.UU. las personas infectadas tienen que esperar a menudo largos periodos para recibir el tratamiento necesario.⁵ Otras ciudades de EE.UU. siguen confirmando que la epidemia de SIDA entre los hombres homosexuales y otros grupos dista mucho de ser cosa del pasado. Por ejemplo, en Nueva York (cuya comunidad homosexual, junto

con la de San Francisco, fue uno de los primeros grupos afectados por el SIDA) 1.400 personas murieron por causas relacionadas con el SIDA en 2005, mientras que las autoridades sanitarias creen que una quinta parte de las 100.000 personas afectadas de SIDA que viven en la ciudad no son conscientes de su estado de salud (Sewell Chan, "Surgen controversias acerca de la propuesta de poner fin al consentimiento por escrito obligatorio antes de hacer las pruebas del VIH", *New York Times*, 25 de diciembre de 2006). Situaciones problemáticas similares se dan también en Europa. En años recientes, el VIH ha sido la enfermedad infecciosa con más rápido crecimiento en el RU.

La comparación entre Sudáfrica y San Francisco no agota todas las posibles pautas que podría seguir una epidemia local o nacional de VIH/SIDA. Pero están, en cierta medida, en los extremos entre los que se situarían otras epidemias. Y ponen de relieve algunas diferencias notables que se repiten constantemente dentro de la pauta general de VIH/SIDA en el mundo. Resaltan, en particular, la diferencia producida por el tratamiento antirretroviral del que ya se dispone ampliamente, diferencias que se producen por diferentes políticas públicas, y diferencias en los factores culturales y económicos que van a hacer singular cada epidemia nacional o local. Estos puntos volverán frecuentemente a ser objeto de debate en resto de este artículo.

Esta sección se ha centrado en la variedad que existe dentro de la pandemia del SIDA en aquellos países de los que se cuenta con la mayor cantidad de información estadística detallada. A nadie ha de sorprender que algunos de éstos sean países desarrollados. Pero la mayoría de los países gravemente afectados por la epidemia no son países desarrollados. Éstos presentan grados todavía mayores de variedad, a muchos de los cuales se aludirá en el resto del artículo, en donde el enfoque se centrará más en países afectados en vías de desarrollo, especialmente en África donde la epidemia es la peor de todas.

II. Las causas y repercusiones demográficas, económicas y sociales del VIH/SIDA

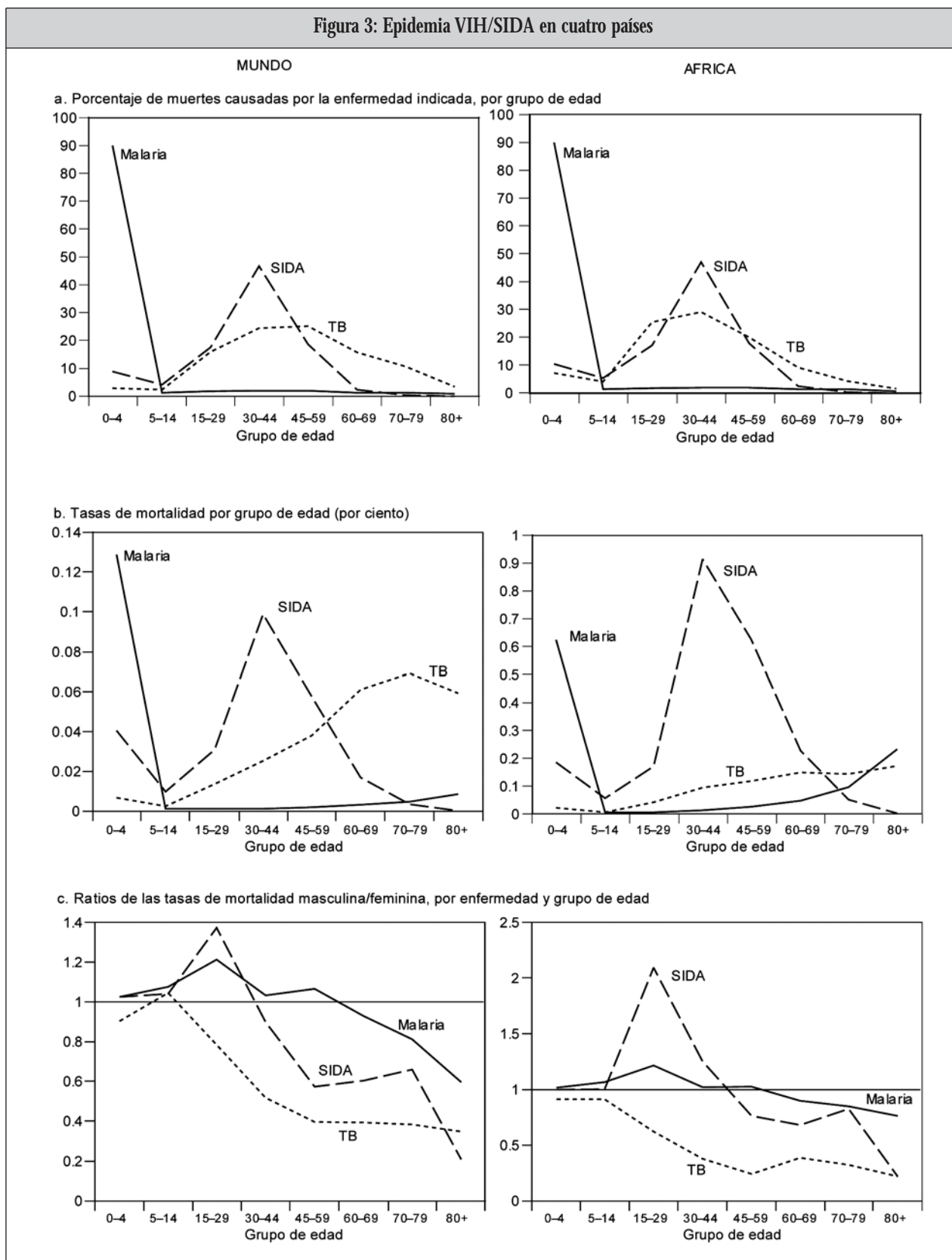
a. Impacto demográfico del SIDA

Las pautas de infección y enfermedad causadas por el VIH tienen un enorme impacto en la demografía y eso, a su vez, es un

⁵ Shaila Dewan, "La lista de espera para los fármacos con que tratar el SIDA produce consternación en Carolina del Sur", *New York Times*, 29 de diciembre de 2006.

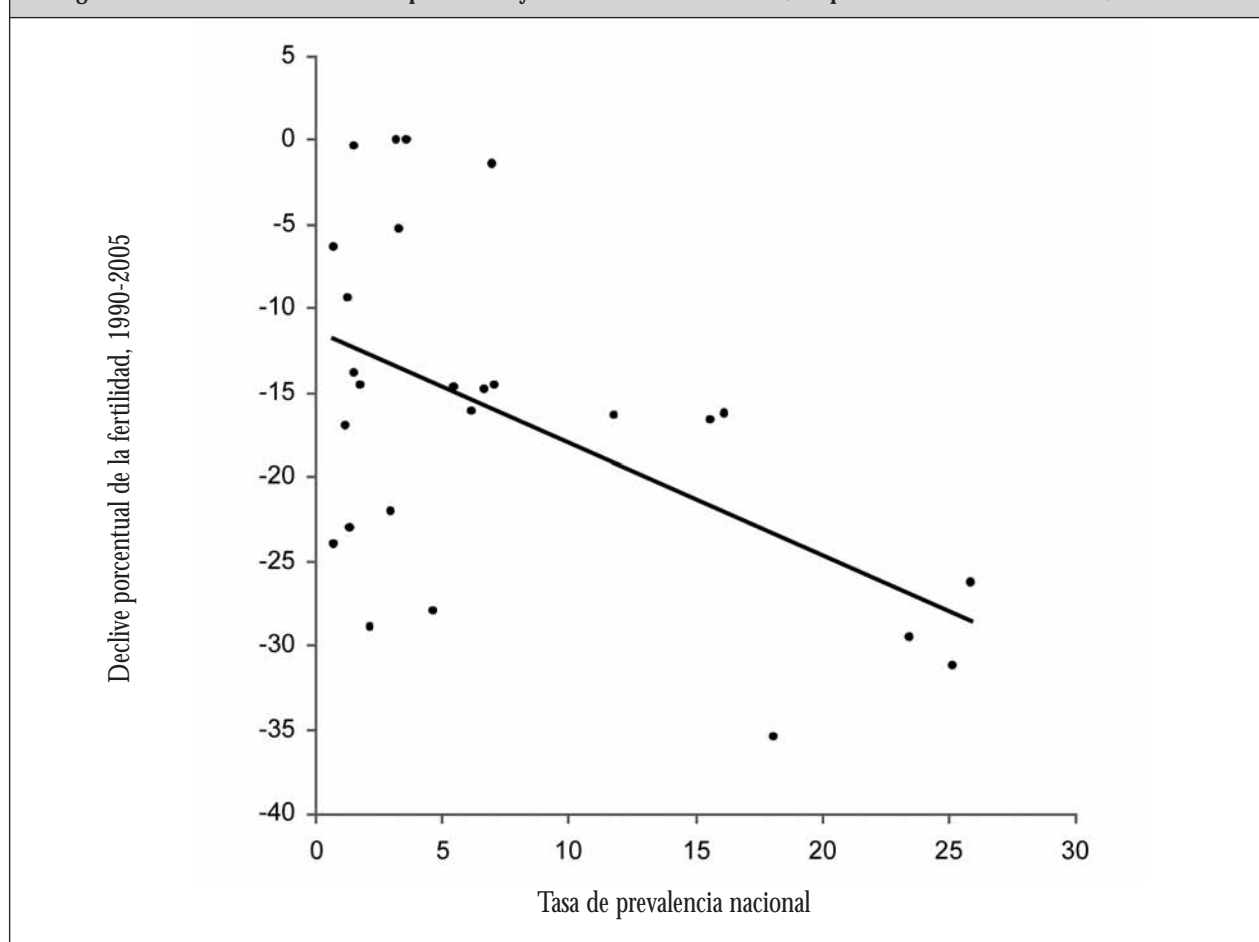
importante elemento para comprender sus más amplias consecuencias económicas y sociales. En primer lugar, el SIDA provoca cambios en las pautas de la edad de fallecimiento, tal como se muestra en la Figura 4. En esta figura los tres gráficos de la izquierda son para el mundo y los de la derecha para África. Los Gráficos a. muestran el número total de muertes y los Gráficos b. las tasas de muerte específicas por edad. El especial perfil de edades de los efectos del SIDA difícilmente podría ser más claro. Es una enfermedad que produce un número significativo de muertes entre niños de hasta 15 años y luego un incremento extremadamente acusado en el número y tasa de muertes en jóvenes adultos con edades comprendidas entre 15 y 49 años. Esto produce varios resultados demográficos directos: un crecimiento de la tasa general de muertes lo que causa una reducción del tamaño total de la población por debajo de lo que sería sin el SIDA; la forma de la pirámide poblacional ha cambiado, las cifras en las tramos de edades 15 a 44 se ven relativamente reducidas; la esperanza de vida se reducen dado que la pauta por edad de las muertes relacionadas con el SIDA significa que más personas fallecen prematuramente que las que lo hacían antes del SIDA; el número de huérfanos aumenta. En los países altamente afectados estos efectos pueden ser muy impresionantes. Por ejemplo, se ha calculado que entre 2000 y 2005 el crecimiento anual de la población surafricana fue ligeramente menor que el 1,3 por ciento, mientras que había sido de más del 1,6 por ciento entre 1990 y 1995; la esperanza general de vida al nacer bajó de los 63 años en 1992 a los 48 años en 2005 (Banco Mundial, 2008); el número de huérfanos aumentó de unos 500.000 en 1990 a cerca de 1,5 millones en 2006; dos tercios de éstos se calcula que quedaron huérfanos por culpa del SIDA (Dorrington et al, 2006) aunque otras estimaciones sitúan esta participación más baja, en torno al 49 por ciento (AVERT, 2007).

Figura 3: Epidemia VIH/SIDA en cuatro países



Fuente: WHO, 2006.

Figura 5: La relación entre la tasa de prevalencia y el descenso de la fertilidad, 26 países de África Subsahariana, 1990-2005



Recta regresión: $y = - 11.29 - 0.6641x$; $R^2=0.27$; $p=0.0061$

Fuente: UNAIDS, 2007c; World Bank, 2008.

Ésos son los efectos demográficos directos y se producen en cierto grado en todos los países afectados por el SIDA. Sin embargo, también puede haber efectos demográficos indirectos, tales como un cambio en la tasa de fertilidad. Algunos (por ejemplo, Young 2005) aducen que la fertilidad no cambiará o que incluso aumentará, debido a la compensación por el aumento del número de muertes. Otros (por ejemplo, Kalemli-Ozcan 2006) prevén una reducción de la fertilidad debido a un descenso de la actividad sexual como medio de prevención de la infección y también debido al hecho de que mujeres jóvenes morirán de SIDA antes del final de sus vidas fértiles y, por lo tanto, esto reducirá la tasa neta de reproducción. De acuerdo con las cifras del Banco Mundial ha habido un descenso en la fertilidad surafricana durante la epidemia de SIDA (del 3,32 en 1990 a 3,08 en 1995, 2,90 en 2000 y 2,78 en 2005). La misma tendencia es visible en la mayoría de los países del mundo durante el mismo periodo. Sin embargo,

esto es improbable que se deba solamente al SIDA dado que también forma parte de una tendencia histórica a la baja mucho más dilatada en el tiempo. Sin embargo, la Figura 5 muestra una significativa relación negativa entre la tasa de prevalencia del VIH y la tasa de fertilidad. La inconclusa controversia sobre la relación entre el SIDA y la fertilidad ha pasado a ser recientemente, tal como se verá en la Sección 3.c, la pieza central de una de las principales controversias actuales acerca de los efectos económicos a largo plazo del SIDA.

b. SIDA y género

Hombres y mujeres no experimentan el SIDA y sus efectos de igual manera. ONUSIDA estima que en el mundo en su conjunto y en el año 2006 en torno al 52 por ciento de quienes viven con SIDA son hombres (ligeramente por encima de la proporción masculina de la población), pero que la infección

está creciendo más rápidamente entre las mujeres. El número de mujeres infectadas en África ya ha superado ampliamente el número de hombres, ya que ellas representan el 59 por ciento de todos los casos, mientras que en Asia e Iberoamérica su participación se sitúa en torno al 30 por ciento, y en Europa y América del Norte es del 30 por ciento o menos. Además, la pauta por edades de la infección y la muerte es muy diferente entre los sexos. Las mujeres suelen infectarse y morir más jóvenes, tal como se puede ver en la Figura 4c.

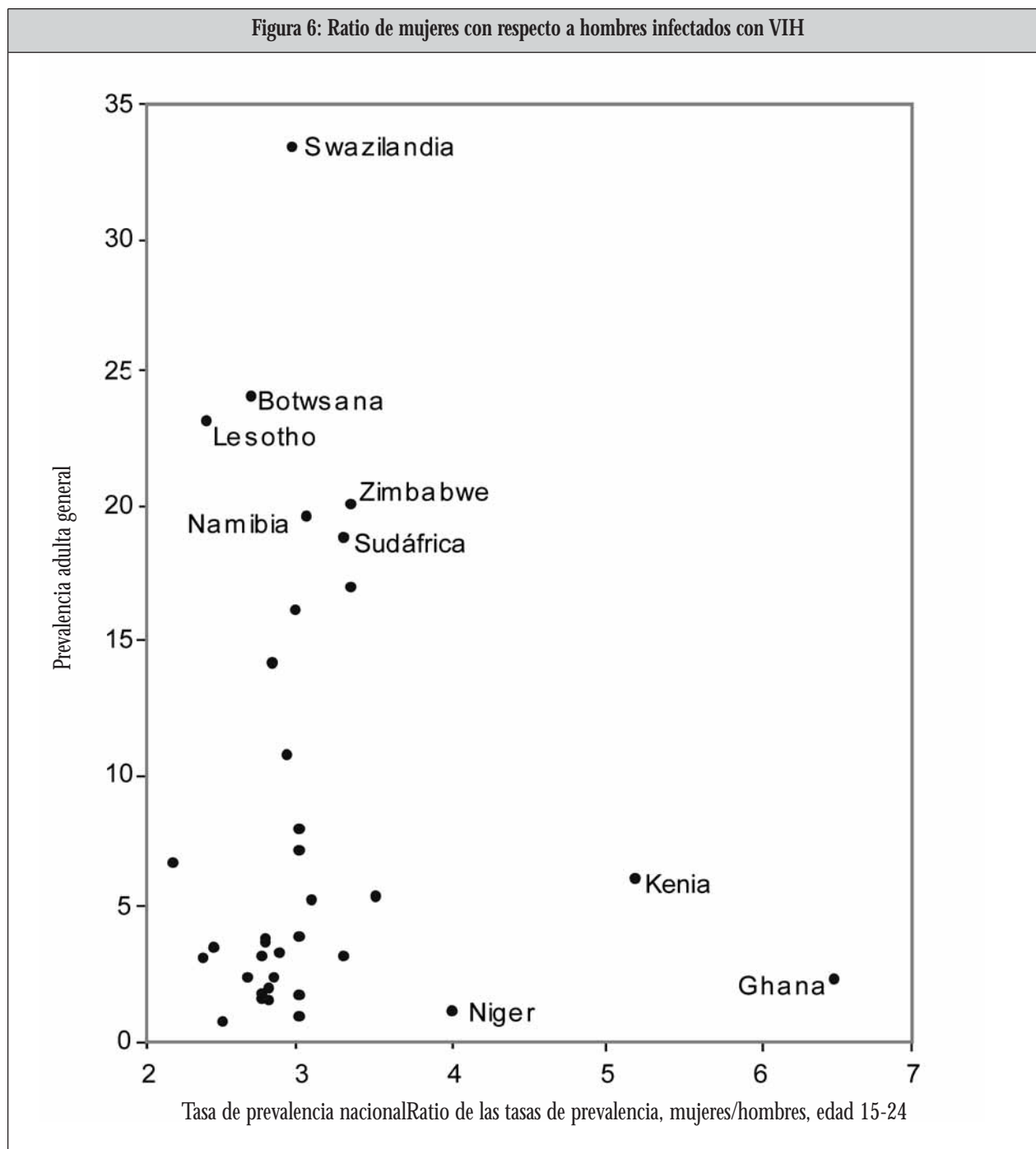
La ratio entre hombres y mujeres con SIDA difiere de unos a otros países y regiones y estas diferencias son reflejo de las diferencias en las formas más corrientes de transmisión. Cuando la transmisión predomina por culpa de compartir jeringuillas entre consumidores de drogas por vía venosa, o por culpa de relaciones sexuales no protegidas entre hombres, entonces es más probable que la epidemia afecte más a hombres que a mujeres. Cuando la forma predominante de transmisión son las relaciones sexuales hombre/mujer, entonces son las mujeres quienes suelen infectarse más. La carga del SIDA en el mundo cae cada vez más sobre las mujeres porque la transmisión por medio de relaciones sexuales no protegidas hombre/mujer está creciendo más deprisa que la producida por relaciones sexuales hombre/hombre. Aunque más hombres que mujeres se siguen infectando por inyecciones, también es probable que los drogadictos transmitan sexualmente el VIH a más mujeres que hombres.

En África las mujeres son la mayoría de las infectadas con VIH en todos los países, pero hay algunas amplias diferencias. La Figura 6 muestra que la ratio de mujeres a hombres infectados se sitúa para la mayoría de los países entre el 2 y el 3,5 pero en tres países (Níger, Kenia y Ghana), que no están entre los que tienen las mayores epidemias, el predominio de las mujeres es todavía mayor.

La infección enormemente desproporcionada de mujeres en África tiene causas tanto fisiológicas como socioeconómicas. En las relaciones sexuales con penetración entre hombres y mujeres, con orgasmo del varón y sin medidas de protección, las mujeres son más propensas a verse infectadas por los hombres que viceversa. Se cree que esto obedece al hecho de la mayor capacidad del virus para entrar en el sistema circulatorio de la sangre por medio de los tejidos del área genital femenina. Y las mujeres son especialmente vulnerables si estos tejidos están de cualquier modo deteriorados por otras infecciones tales como las úlceras. Este factor fisiológico crea una continuidad causal con varios factores socioeconó-

micos. En primer lugar la presencia de otras infecciones urinogenitales, que es una de las razones por las que muchas mujeres son particularmente vulnerables a la infección por VIH, se debe en parte a la falta de desarrollo de sistemas nacionales de salud con una adecuada provisión universal para la salud sexual y reproductiva.

Figura 6: Ratio de mujeres con respecto a hombres infectados con VIH



Fuente: UNAIDS, 2006a.

Pero se ha comprobado cada vez más mediante investigación social de la epidemia que la situación social y económica de las mujeres es fundamental para la vulnerabilidad de ellas ante el VIH. Hay muchas más evidencias de la manera en la que la carencia de poder de las mujeres en sus relaciones sexuales con hombres (dentro y fuera del matrimonio) las hace más propensas a la infección. Específicamente esto puede cobrar la

forma de que los hombres se nieguen a hacerse las pruebas para averiguar su estado en cuanto al VIH, y que se nieguen también a usar protección (preservativos) durante el sexo con penetración o a practicar un sexo más seguro sin penetración.

El problema con esto es que, para muchos hombres, la penetración desempeña un papel importante en la afirmación de la iden-

tividad en las relaciones sexuales tanto con mujeres como con otros hombres. Por lo tanto, se considera algo no negociable por muchos hombres. Así pues, la protección contra la infección depende del uso de preservativos. Frecuentemente éstos son rechazados por los hombres por razones afines (la de que eso no es sexo “de verdad”) y las mujeres frecuentemente tienen un poder insuficiente en sus relaciones personales para insistir en el uso de un preservativo. Por lo tanto, decir que el sexo más seguro requiere un mayor poder de negociación de las mujeres en las relaciones sexuales ha pasado a ser una afirmación generalizada. Se han descrito algunos ejemplos de formas de educación sexual que refuerzan este poder, aunque en general los cambios no han sido muy grandes. Así pues, las mayores esperanzas se han puesto en la posibilidad de desarrollar una eficaz crema o gel microbiciida que mate el virus sin afectar a la “sensación” del sexo con penetración para los hombres y que se pudiera usar incluso sin conocimiento de ellos. Lamentablemente, un ensayo inicialmente prometedor de un candidato a microbiciida tuvo que ser abandonado recientemente, después de que produjera efectos secundarios inaceptables (BBC News, 1.2.2007, <http://news.bbc.uk/2/hi/africa/6319787.stm>). No es probable que haya una forma fácil de salvar el escollo de que muchos hombres insisten en prácticas sexuales inseguras.

Las esposas o las mujeres en las relaciones a largo plazo pueden no tener poder alguno de negociación sobre tales cuestiones debido a las prerrogativas convencionales de los hombres en la sociedad. Cuando las mujeres participan en relaciones sexuales en parte con objeto de sobrevivir económicamente (con protectores o “sugar daddies” o clientes) entonces su poder de negociación puede ser todavía menor (véase Campbell 2003). Ellas pueden carecer de poder no sólo debido a su género y a su relativa pobreza, sino también debido a su edad. La pauta de edades de infección muestra que las mujeres se infectan a una edad significativamente más joven que los hombres y esto es reflejo del hecho de que los hombres suelen buscar relaciones con mujeres considerablemente más jóvenes que ellos mismos (algo que hacen, en parte, como respuesta a la epidemia de SIDA).

Las formas de opresión de las mujeres en los países del África Meridional se combinan para hacer que ellas tengan unas tasas de infección más altas que las de los hombres. Además, la epidemia impone en ellas, como mujeres, algunas cargas sociales adicionales muy específicas. Está sobradamente claro que ellas llevan el peso de las actividades de cuidado para las personas que sufren enfermedades relacionadas con el VIH, frecuentemente a pesar de estar ellas mismas enfermas. Cuando mueren los padres, la carga de cuidar de los niños y los enfermos pasa a otros miembros de la familia –habitualmente mujeres– abue-

las, tías e hijas y, en el caso de estas últimas, frecuentemente a costa de su educación.

c. La interacción del VIH/SIDA y la economía nacional

Es de sobra conocido que hay una relación interactiva entre la salud y las economías tanto personales como nacionales. La salud, en virtud de sus efectos en la productividad y en el gasto, influye en las rentas *de* las personas y en la renta nacional; y la renta, en virtud de sus efectos sobre el gasto personal y social, afecta a la salud de las personas y al nivel medio de salud de las naciones. Esta sección examina el conocimiento existente del particular papel del SIDA en esta relación interactiva.

¿Es peor el SIDA en los países o regiones más pobres?

Una faceta de la relación SIDA-economía es la influencia de factores económicos en la desigual propagación geográfica de la epidemia. ¿Tiende el VIH/SIDA a arraigar en los países pobres más que en los países ricos? Naturalmente la falta de datos adecuados hace que sea difícil dar una respuesta rigurosa a esta pregunta. Como indicador del VIH/SIDA tenemos las cifras nacionales de prevalencia del VIH que, tal como ya se ha indicado, transmiten un mensaje ambiguo. Hay muchos indicadores del estado de la economía o del nivel de desarrollo. El que más frecuentemente se ha usado para estudiar el efecto del SIDA es el nivel de renta nacional o la renta per capita de la población, una estadística que todavía es dominante en los debates económicos como medida del bienestar económico, del desarrollo o de la actividad, a pesar de la avalancha de críticas a la que se ha visto sometida.

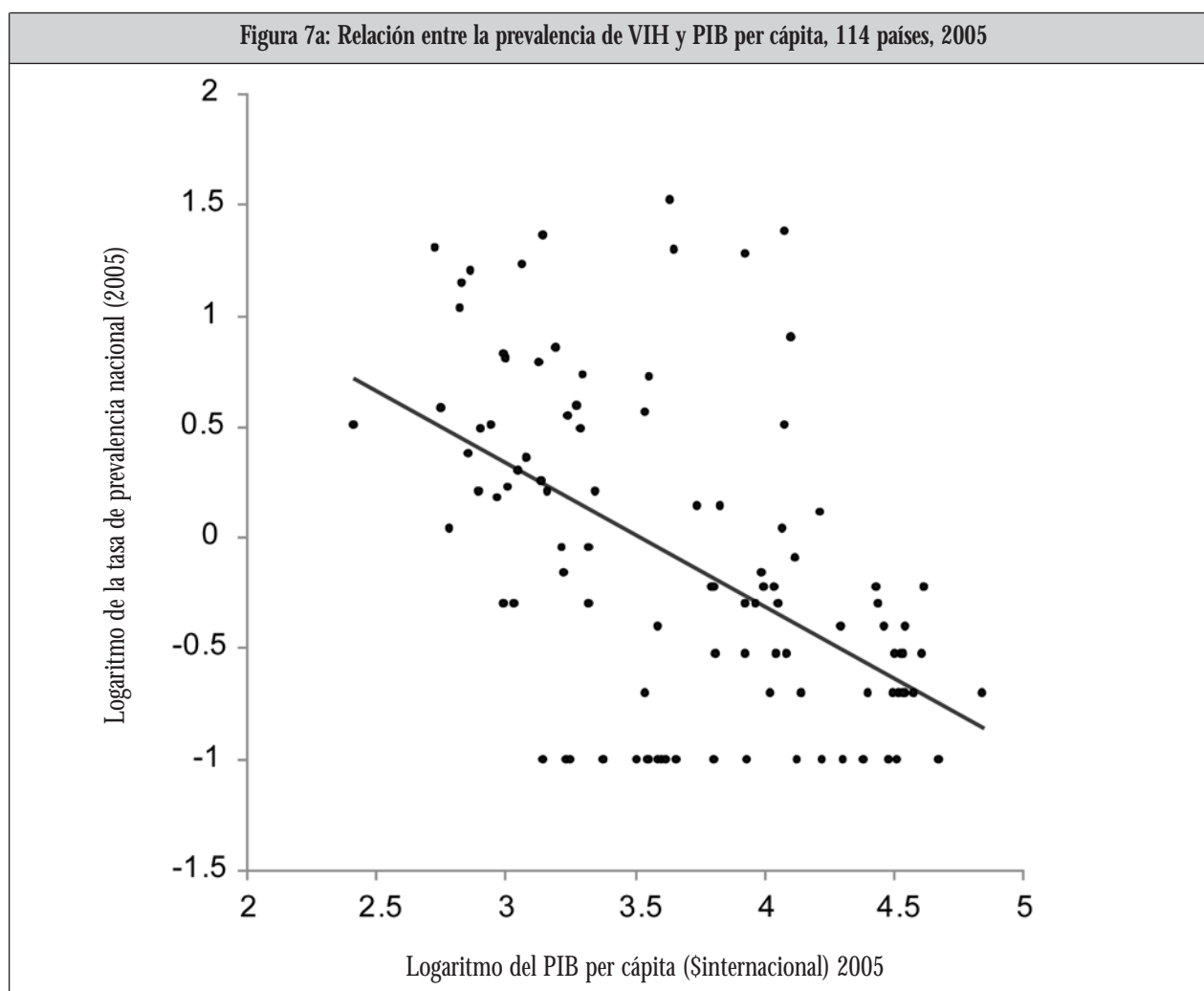
La hipótesis de que los países pobres podrían sufrir peores epidemias que los ricos es del todo plausible por varias razones: los países pobres tienen niveles inferiores de gasto per capita en sanidad, lo que puede significar menos gasto en prevención o un mayor peligro de transmisión por medio de utensilios médicos infectados y mayor probabilidad de que el suministro de sangre para transfusiones esté infectado; tiene niveles inferiores de educación y de contacto con los medios de comunicación de masas y, por lo tanto, puede ser más difícil difundir información sobre cómo evitar la infección; hay más probabilidades de que sus habitantes sean pobres y la pobreza puede impulsar a la gente a incurrir en comportamientos de riesgo. La Figura 7a (usando los datos de Categoría 3 que se explican en la Tabla 2) brinda algunos fundamentos para creer que esta relación es real. Cada punto representa un país y muestra su PIB per capita y su nivel de prevalencia del VIH. La línea que

muestra el mejor ajuste a estos datos tiene una pendiente decreciente y es estadísticamente significativa. Sin embargo, el nivel de renta nacional bruta per capita solamente “explica” en torno al 28 por ciento de la varianza en la prevalencia del VIH. A partir de la Figura 7a podemos ver que aunque parece existir una relación, ninguno de los seis países con niveles más altos de prevalencia son particularmente pobres y que muchos países extremadamente pobres no tienen altos niveles de prevalencia del VIH.

La Figura 7b, que muestra sólo los países africanos subsaharianos con datos, brinda una imagen muy diferente. La relación ya no es estadísticamente significativa, sino que en la medida en que cualquier conexión se deje ver, ésta es opuesta a la del mundo en su conjunto: los países con los más altos niveles de prevalencia tienden a ser los más ricos (entendiéndose, natural-

mente, de los países de África meridional). Así pues, podemos llegar a la conclusión de que las diferencias nacionales entre la epidemia de VIH distan mucho de estar determinadas económicamente en cualquier simple sentido; hay una relación parcial entre nivel económico y la escala de la epidemia a una escala mundial. Pero en África no hay evidencia de algún tipo que haga plausible esperar que los países más ricos pudieran ser capaces de alcanzar un mayor éxito en el control de la epidemia. En realidad, todo lo contrario. Esta conclusión negativa es un indicador determinante de la importancia relativa de los otros factores que se abordarán en la sección de cierre.

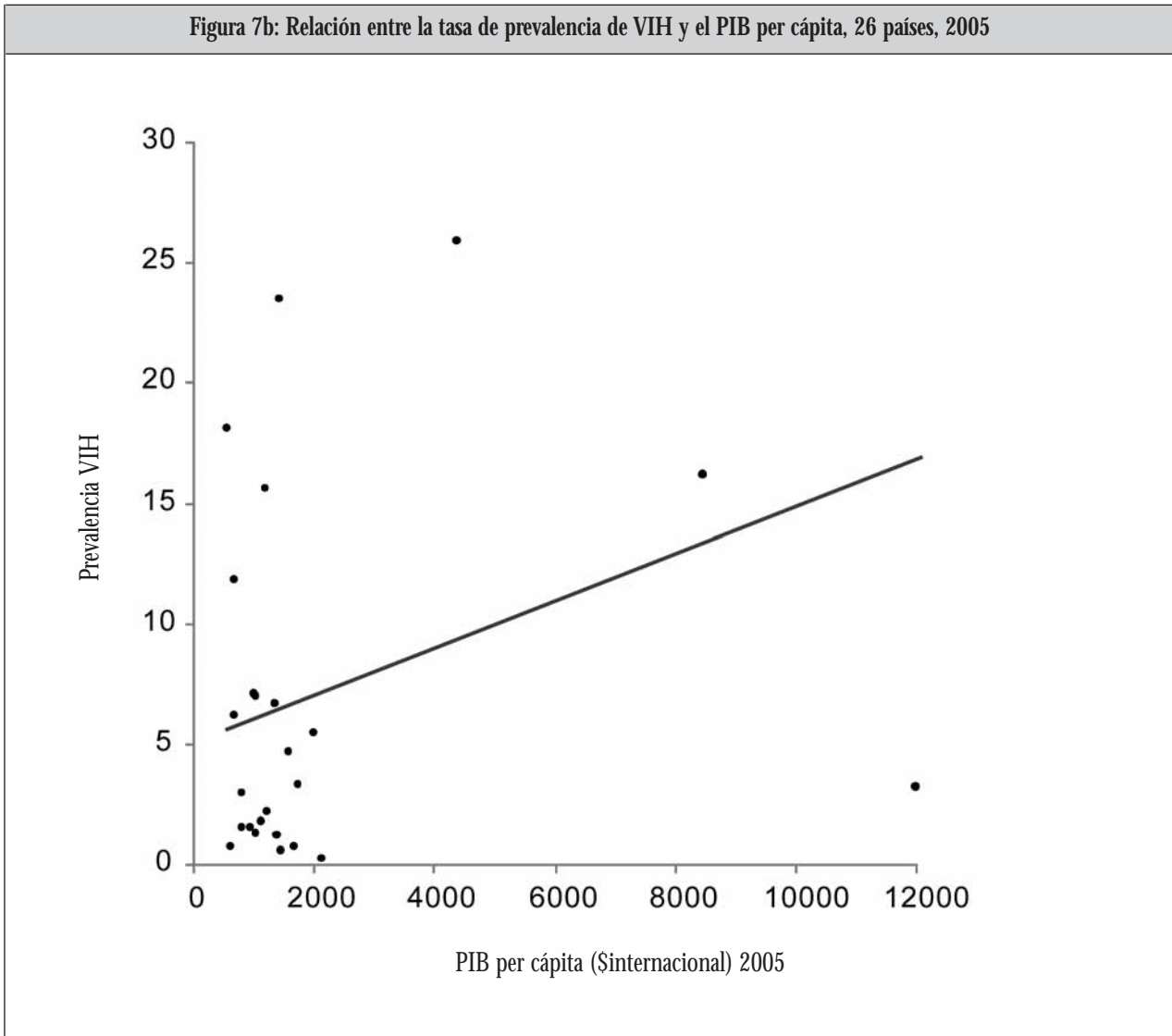
En unos pocos países se dispone de cifras que nos permiten comprobar a un nivel geográfico más detallado si existe alguna simple relación entre el PIB per capita y la prevalencia. En Sudáfrica, por ejemplo, la relación se muestra en la Figura 8.



Fuente: UNAIDS, 2006^a; ICP, 2008.

Recta de regresión: $y = 2.278 - 0.6464x$ $R^2 = 0.28$; $p < 0.0001$

Figura 7b: Relación entre la tasa de prevalencia de VIH y el PIB per cápita, 26 países, 2005



26 países, 24 en África Subsahariana (con datos de prevalencia tipo 1, vease Tabla 1).

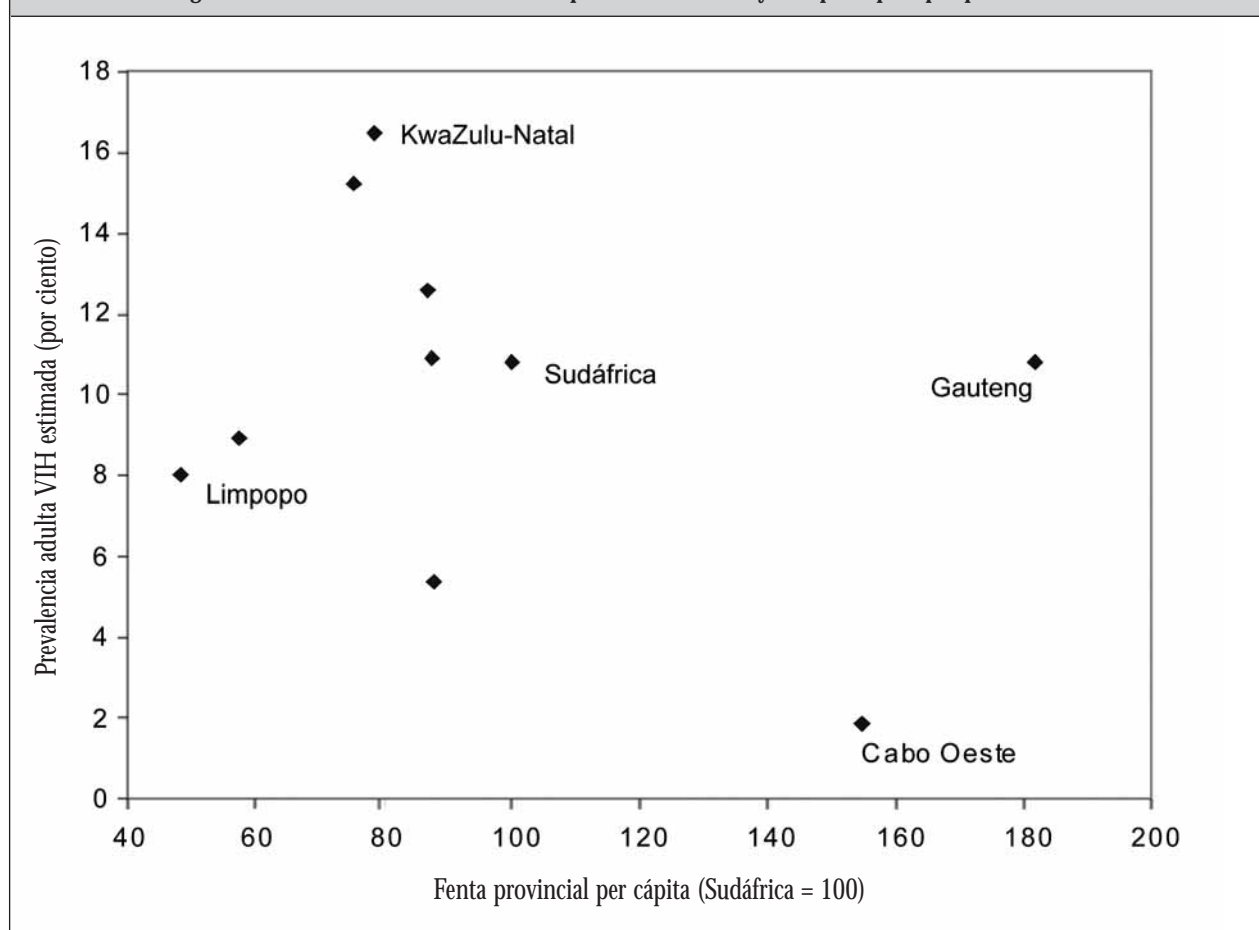
Fuente: UNAIDS 2007c and ICP 2008.

Recta de regresión: $y = 5.115 + 0.0009761x$; $R^2 = 0.15$; $p = 0.0046$.

Dado eso y sobre la base de la información limitada de que se dispone, no es observable relación alguna que sea fuerte y coherente entre la renta per capita y la prevalencia, tanto entre países como entre regiones dentro de los países; por lo tanto, es importante investigar otras variables económicas y sociales que pudieran explicar mejor la variación en el nivel de prevalencia del VIH. Muchas de tales variables afectan de alguna

manera a la desigualdad social y económica. La relación entre desigualdades de varias clases y el SIDA se trata en la Sección 2.d. Mientras, las siguientes subsecciones observan la relación entre la prevalencia del VIH y la economía desde un punto de vista opuesto al de la subsección precedente, esto es, observando de qué forma la prevalencia puede afectar a la economía.

Figura 8: Sudáfrica: relación entre tasa de prevalencia de VIH y PIB per cápita, por provincia, 2004



Fuente: Van Wyck, 2007 y AVEKI, 2008.

Los efectos del VIH/SIDA en las economías personales y familiares

Las enfermedades y la muerte relacionadas con el SIDA de una persona económicamente activa dan como resultado la pérdida de su sustento económico para la persona y sus dependientes. A corto plazo, esto significará para las personas empleadas así como para las autónomas una pérdida de ingresos monetarios durante sus últimos años de vida, para los productores agrícolas cobrará la forma de una pérdida de producción para el consumo directo. El hecho de que 25 millones de personas hayan muerto de SIDA y 15 millones hayan quedado huérfanas es un desgarrador indicador de la enormidad del deterioro económico que ya se ha inflingido a las personas y a las familias. Irónicamente, hay lugares, tales como Sudáfrica, en donde el diagnóstico del SIDA puede acarrear una pequeña prestación económica temporal en forma de un subsidio estatal (Natrass, 2004); pero esto sólo es, obviamente, una compensación parcial y a corto plazo comparado con el deterioro económico mucho mayor que ya se ha inflingido.

El efecto del SIDA en la economía nacional

Aunque no hay duda en cuanto a la extensión del deterioro económico en forma de pérdida de medios de vida, los no economistas se sorprenderán al saber que muchos economistas han argumentado que el efecto del VIH/SIDA sobre la economía en su conjunto (por ejemplo, en el nivel de renta nacional y su crecimiento) es más bien pequeño o incluso positivo. Para evaluar una conclusión tan paradójica es necesario observar algunos aspectos del método y los supuestos usados para llegar a ella. Primero de todo, los economistas tienden a evaluar el impacto midiendo el PIB o el PIB per capita. Tal como se puede ver en la Tabla 6, varios estudios han llegado a la conclusión de que el SIDA, al menos hasta ahora, ha tenido un efecto depresor relativamente pequeño sobre el crecimiento del PIB, que ha representado una reducción de menos de un punto porcentual en la tasa de crecimiento de todo el PIB y que a veces no ha entrañado cambio alguno, o incluso un incremento en el PIB per capita. Hay varias razones por las que estas esti-

maciones son perfectamente plausibles. A corto plazo, las personas que han de dejar de trabajar por culpa del SIDA pueden ser sustituidas sencillamente por otros trabajadores que antes estuvieron desempleados. Sólo en una economía con empleo relativamente pleno se puede esperar del SIDA un impacto grave a corto plazo en la producción total. Así pues, la existencia de desempleo es una auténtica razón de que el impacto negativo del SIDA sobre el PIB pueda ser limitado.

Sin embargo, en la práctica el PIB deja de medir una considerable cantidad de la actividad económica productiva, especialmente en la denominada economía informal. Asumiendo que hay buenas razones para pensar que las personas comprendidas dentro de la economía informal, que por lo general son personas relativamente pobres, se ven más afectadas por el SIDA que el resto de la población, tenemos aquí una razón de por qué el PIB puede no registrar el impacto del SIDA, en este caso porque nunca registró la contribución del sector informal al PIB.

Incluso en una economía con pleno empleo y en la que esté registrada toda la actividad económica, hay otra característica del SIDA, relacionada con su efecto diferencial sobre diferentes grupos sociales, que puede explicar por qué su efecto en el PIB medido es bastante pequeño. En otro punto se aportan pruebas de las grandes diferencias en el impacto del SIDA sobre diferentes personas y grupos de acuerdo con su edad, sexo, clase, color o antecedentes étnicos (véase Sección II.e). Aquellos contra los que es mayor la discriminación a lo largo de estos ejes suelen ser menos productivos en el sentido económico, es decir sus ingresos representan una parte relativamente pequeña del PIB. Pero éstos pueden ser los mismos grupos que en general se ven más afectados por el VIH/SIDA. Por lo tanto puede ser que el SIDA tienda a matar a aquellos cuya contribución al PIB es relativamente baja y deja vivos a aquellos cuya contribución es relativamente alta. En principio, esto podría ser la causa por la que el PIB per capita incluso puede crecer durante una grave epidemia de SIDA. Otra causa es el hecho, matemáticamente simple, de que el SIDA reduce el tamaño de la población y si no reduce de forma equivalente el tamaño de la producción, entonces incrementará el PIB per capita. Además, las personas más adineradas pueden sufragar el coste del TAR mientras que las más pobres no pueden hacerlo y, por ello, puede que continúen trabajando y produciendo aun cuando sean seropositivos.

Aunque éstas parezcan razones plausibles por las que el SIDA no afectará en gran medida al PIB per capita, si los razona-

mientos se llevaran a una reducción ad absurdum, podría decirse entonces que la mayoría de una población podría morir y, pese a ello, su PIB per capita –cuando no el PIB total– podría crecer. Esto haría pensar no que el VIH/SIDA no es un gran problema económico, sino que el PIB per capita y su crecimiento no es una medida muy apropiada del efecto que el VIH/SIDA tiene en el bienestar o en la actividad económica.

A fin de comprobar si el crecimiento de la renta nacional se ve incluido por los efectos sociales y económicos del VIH, no sirve de mucho un diagrama de dispersión tal como el de la Figura 7a, dado que la banda de niveles de PIB per capita se ha establecido a lo largo de décadas o siglos y el SIDA es un fenómeno relativamente nuevo. Los posibles efectos del VIH en la economía se podrían examinar buscando una relación entre los niveles de, o los cambios en, la prevalencia del VIH y el crecimiento del PIB, por país. Pero esto, una vez más, saca a colación la problemática naturaleza de las estadísticas de prevalencia que ya se ha mencionado. Aparte de la inherente ambigüedad de la prevalencia, no se dispone de estimaciones fiables y comparables de la prevalencia para muchos países (véase la Tabla 3 y los comentarios relacionados con ella). Si nos limitamos a los datos más fiables (tipo 1 en la Tabla 3) hay 30 observaciones para un año reciente (c. 2005) que podemos comparar con la tasa media de crecimiento económico a lo largo del período de 1990 a 2005 (de los *World Development Indicators*, del Banco Mundial). Cuando se aplica una sencilla regresión sobre estas dos variables (con la prevalencia como variable independiente) no se encuentra relación significativa y la R^2 es 0,01. El mismo ejercicio usando un número mucho mayor de observaciones por país (las anteriores estimaciones de ONUSIDA para la prevalencia en 2005 – datos del tipo 3 en la Tabla 3) da un resultado todavía peor: la R^2 es 0,00004 y el valor p de la regresión es 0,9. Es posible que usando datos de crecimiento para un periodo diferente se obtuviera un mejor resultado, pero parece muy improbable.

No obstante, varios estudios han investigado la relación entre VIH y crecimiento económico con datos para algunos países, y más han indagado en la relación usando datos anuales para países por separado. La Tabla 6 nos brinda un resumen de unos cuantos del creciente número de tales estudios hechos por economistas en estos últimos años. La comparación de un número de estudios recientes demuestra que tiende a debilitarse la opinión popular en el sentido de que la influencia del SIDA sobre la economía es pequeña, y están empezando a salir a la luz algunas diferencias muy acusadas.

Tabla 6: Resumen de conclusiones de los estudios sobre el efecto del VIH/SIDA en el crecimiento económico		
<i>Autor(es)</i>	<i>Datos</i>	<i>Resumen de conclusiones sobre efectos de la epidemia</i>
1. Cuddington (1993)	Tanzania 1985 - 2010	-0,5 a -0,9% de efecto en el crecimiento del PIB; +0,1 a -0,3% de efecto en el crecimiento del PIB per capita.
2. Cuddington y Hancock (1994)	Malawi 1985 - 2010	-0,1 a -0,3% de efecto en el crecimiento del PIB; +0,1 a -0,1% de efecto en el crecimiento del PIB p. c.
3. Arndt y Lewis 2000	Sudáfrica	0,8 a 1% de descenso del crecimiento del PIB.
4. Dixon et al, 2001	41 países	El estudio de los datos del panel insinúa una reducción de entre el 2 y el 4% de la tasa de crecimiento de acuerdo con la prevalencia del VIH. Datos muy limitados sobre el VIH.
5. Arndt y Lewis 2002	Sudáfrica	Una simulación para el periodo 1997 a 2010 insinúa que el PIB será un 20% menor en el año final respecto a lo que hubiera sido sin SIDA (una reducción en torno al 2% en la tasa de crecimiento).
6. BER (2006)	Sudáfrica	Reducción del PIB comparado con la situación sin SIDA de 0,46% por año sin TAR y 0,35% con un 50% de TAR, a lo largo del periodo 2000-2020. El PIB per capita implícitamente estático o subiendo ligeramente.
7. Ojna y Pradnan, 2006	India	En ausencia de una acción política que ponga remedio, la epidemia de VIH en la India es probable que haga bajar la tasa media de crecimiento anual del PIB de 2002-03 hasta 2015-16 en torno a 1 punto porcentual (y más del 0,5 de un punto porcentual para el crecimiento del PIB per capita).
8. Wall, 2003	Antigua Unión Soviética	<ul style="list-style-type: none"> - Los efectos macroeconómicos de una epidemia de SIDA de cualquier gravedad razonable es probable que sean pequeños. - Los efectos de una epidemia de SIDA sobre las empresas y en particular en el desarrollo del nuevo e importante sector empresarial, podrían ser bastante sustanciales. - Los efectos del SIDA en los hogares también podrían ser sustanciales. Los hogares rusos todavía reciben la mayoría de sus ingresos a partir de un perceptor de ingresos principal. No tienen la cartera de estrategias de supervivencia característica de las economías de baja renta. Esto los hace vulnerables a la enfermedad o muerte de un adulto en edad de trabajar.
9. Bonnel 2000	47 países africanos	0,7% de descenso en el crecimiento del PIB.
10. Over 1992	30 países	-0,56 a -1,08% de efecto en el crecimiento de PIB; +0,17 a -0,35% de efecto en el crecimiento del PIB p. c.
11. Bloom y Majal 2006	51 países	“la epidemia de SIDA ha tenido un efecto insignificante en la tasa de crecimiento de la renta per capita, sin evidencias de causalidad inversa.”
12. MacFarlan y Sgherri (2001)	Botswana 1999 - 2010	-3,3 a - 4,4% de efecto en el crecimiento del PIB; efecto negativo en el crecimiento del PIB p. c.
13. OIT (2006)	En torno a 160 países	Pérdida de tasa de crecimiento del PIB 1992 - 2004 de aproximadamente una décima parte de la tasa de prevalencia (es decir, en Sudáfrica la tasa de prevalencia era del 19% mientras que la pérdida de crecimiento del PIB fue de 1,7% por año).
14. Bell et al, 2003	Sudáfrica	Casi con certeza, una reducción del PIB muy grande, posiblemente devastadora: “la economía podría estar al borde de un colapso progresivo” (pág. 94). La causa principal podría ser la pérdida de capital humano como consecuencia del alto número de huérfanos.

<i>Autor(es)</i>	<i>Datos</i>	<i>Resumen de conclusiones sobre efectos de la epidemia</i>
15. Young 2005	Sudáfrica	“... la epidemia es probable que tenga un efecto perjudicial en la acumulación de capital humano de niños huérfanos. Por otra parte, la amplia infección de la comunidad reduce la fertilidad, tanto directamente mediante una reducción en la disposición a practicar una actividad sexual sin protección como indirectamente al aumentar la escasez de mano de obra y el valor del tiempo de una mujer. Veo que incluso con las presunciones más pesimistas concernientes a las reducciones de los logros en materia de educación, el efecto de fertilidad domina. La epidemia de SIDA, a fin de cuentas, mejora las posibilidades futuras de consumo per capita de la economía surafricana.” Pero el efecto sobre el “desarrollo” puede ser negativo debido al descenso de la esperanza de vida.
16. Kalemli-Ozcan 2006	Países africanos seleccionados	“... la epidemia de VIH/SIDA afecta positivamente a las tasas totales de fertilidad y negativamente a las tasas de matriculación en las escuelas. Estas pautas son coherentes con los modelos teóricos que aducen la existencia de una demanda preventiva de niños en vista de la incertidumbre de la supervivencia de los niños. Los padres que se enfrentan a un entorno de alta mortalidad entre los adultos jóvenes optan por tener más hijos y les procuran menos educación lo que lleva a una inversión en la transición de fertilidad y una reducción en la magnitud agregada de inversión de capital humano. Las estimaciones empíricas predicen que los padres en un país con un alto nivel de prevalencia del VIH/SIDA, tal como el Congo, tienen 2 hijos más en comparación con un país con un bajo nivel de prevalencia del VIH/SIDA, tal como Madagascar. Un país tal como Botswana que ha visto cuadruplicarse la prevalencia de VIH/SIDA, ha tenido 1,5 nacimientos más por mujer y una matriculación escolar 30 puntos porcentuales inferior desde 1985. Los resultados implican menor crecimiento económico y del bienestar para las generaciones africanas actuales y futuras.
17. Canning, 2006	Países pobres en general	Aunque los efectos macroeconómicos del VIH/SIDA han sido silenciados hasta ahora, los efectos a largo plazo son potencialmente grandes. La perspectiva de una vida más corta puede reducir los incentivos para invertir en capital humano (Kalemli-Ozcan, Ryder y Weil, 2000) y para ahorrar de cara al futuro (Bloom, Canning y Graham, 2003). Las muertes de padres y la creación de una generación de huérfanos del SIDA pueden dar lugar a unos bajos niveles de inversiones en salud y educación de estos niños y a una baja productividad en el futuro (Bell, Devarajan y Gersbach, 2004). Muchos países africanos tienen una tradición de adopción de números relativamente grandes de niños de sus familiares, y hay algunas evidencias de que los actuales huérfanos del SIDA pueden ser absorbidos en este sistema con dificultades relativamente pequeñas en los resultados en cuanto a nutrición y educación (Ainsworth y Eilmer, 2002) – pero este sistema se puede desintegrar bajo la presión de un mayor número de huérfanos.”

Fuente: Recopilado por el autor, siguiendo a Bell et al. (2003) y BER (2006). Otras estimaciones del impacto del VIH/SIDA sobre la economía y el bienestar se pueden encontrar en Haacker (2004).

Debido a las deficiencias de los datos disponibles, la mayoría de los estudios que se citan más arriba están basados en la construcción de un modelo dinámico que relaciona la tasa de prevalencia con la tasa de crecimiento del PIB por medio de otras variables epidemiológicas, demográficas y económicas tales como la tasa de defunciones específica por edades, la tasa de dependencia, la productividad, etc.. Luego se aplican unos valores plausibles a la evolución de las variables del modelo para producir un resultado final que normalmente tiene más de proyección que de conclusión empírica, aunque algunos de los modelos están respaldados con datos más reales que otros.

El más temprano de estos estudios produjo algo que para el año 2000 había empezado a parecer un consenso: que el

VIH/SIDA tendía a reducir el crecimiento económico pero no en una gran magnitud – algo menos que un punto porcentual, y que el efecto sobre el PIB per capita era incluso menor y algunas veces se estimaba como ligeramente positivo, lo que implicaba que el efecto del SIDA en la reducción de la población era mayor que el efecto en la reducción del crecimiento del valor de la producción.

En la Tabla 6, los estudios del 1 al 8 son casos de tales conclusiones para países individuales, mientras que el 9 y el 10 llegan a conclusiones similares en estudios transversales. El 10 expresa una forma extrema de la conclusión “no mucho efecto” usando datos transversales para mostrar que no hay efecto en absoluto. El estudio 12 (de Botswana, una de las economías

con más rápido crecimiento del mundo, y con una de las más altas prevalencias del VIH) queda fuera del consenso al dar a entender un efecto negativo muy considerable del VIH en la tasa de crecimiento económico. El estudio 13 (hecho por la OIT y al que se ha dado una gran difusión en la prensa) llega también a la conclusión de que el efecto de la prevalencia del VIH en el crecimiento es considerable (recortando cerca de 2 puntos porcentuales al crecimiento en los países peor afectados); pero está basado en la aplicación de una fórmula muy simple de proyección (que la OIT mantiene secreta) y las cifras para países individuales son conjeturas más que los hechos empíricos que parecen querer ser.

Los estudios 14, 15 y 16 rompen por completo el consenso y se apartan de la mayoría de los otros estudios por varias razones. En primer lugar adoptan un enfoque teórico a más largo plazo que los estudios previamente mencionados. En segundo lugar, predicen al menos la posibilidad de un efecto extremadamente grande del VIH/SIDA en el crecimiento económico a largo plazo, aunque difieren espectacularmente acerca de la dirección de este efecto. En tercer lugar incorporan diferentes variables en sus modelos respecto a las que se usaron por los estudios previamente citados, en particular la estructura de la familia, la acumulación de capital humano y la tasa de fertilidad. En su conjunto, representan un fuerte choque de conclusiones del que emerge un debate de gran interés, que genera dudas acerca de la actual capacidad de la ciencia economía para arrojar algo de luz sobre el enorme interrogante de los efectos económicos del VIH/SIDA.

El estudio 14 (Bell et al.), que se aplica a Sudáfrica, ataca al previo consenso (hasta ahora compartido por sus patrocinadores, el Banco Mundial) de que los efectos económicos de la epidemia serían moderados, al resaltar la importancia de la creación de millones de huérfanos y el peligro de igual probabilidad de que esto lleve a que grandes partes de una generación no reciban la educación adecuada y que, por ello, se produzca un descenso radical en el nivel de capital humano con lo que, en los peores de los supuestos, nos encontraríamos con un descenso acumulado y catastrófico a largo plazo en la renta y el bienestar. El estudio 15 (Young) que se aplica a países afectados por el SIDA en general, acepta parcialmente el punto de vista del 14 en cuanto a los huérfanos, pero aduce que a largo plazo se verá fuertemente desequilibrado por el efecto de la epidemia en el descenso de la tasa de fertilidad, lo que en último extremo produce una caída radical de la tasa de crecimiento de la población y un beneficio neto en términos de los niveles de consumo de futuras generaciones (aunque quizás una

caída en el desarrollo más ampliamente definido). El estudio 16 (Kalemli-Ozcan) es un intento de refutar el 15 aduciendo que el efecto sobre la fertilidad no será el de reducirla, sino el de aumentarla, con lo que disminuirán las perspectivas del PIB per capita para las generaciones tanto actuales como futuras. Los datos transversales básicos sobre la prevalencia del VIH y la fertilidad ya se han mostrado (en la Figura 5); pero mientras que eso muestra que la menor fertilidad está asociada con la mayor prevalencia, esto dista mucho de ser suficiente para resolver el debate entre Young y Kalemli-Ozcan.

El estudio 17, hecho por Canning, tal vez contenga los elementos de un nuevo consenso con el que reemplazar el que representan los estudios 1 al 8. Éste aceptaría que, hasta ahora, los efectos del SIDA en el crecimiento del PIB ya que las economías han compensado sus efectos, por lo general de una manera no planificada; pero que la continuación de un gran número de infecciones se puede cobrar en último extremo y de muy diversas formas un grave peaje económico.

Se puede esperar que estos debates se sigan produciendo y ampliando a medida que continúa la epidemia, empeorando en algunos sitios, y a medida que el impacto del VIH/SIDA cambia como resultado de la difusión del tratamiento y del descenso de las tasas de muerte. No es posible prever cómo se resolverá a nivel empírico, pero algunos puntos generales se pueden tener en cuenta. Primero, la cuestión de la correcta variable que se ha de contemplar al juzgar los efectos económicos de una epidemia: ¿PIB, PIB per capita, alguna otra medida de producción o alguna medida de bienestar distinta del PIB? El PIB total, o el crecimiento del PIB, se pueden ver como medidas pertinentes, aunque toscas, del dinamismo de la economía nacional, que puede ser afectada por epidemias a través de su impacto en el tamaño y la productividad de la población trabajadora y la tasa de ahorro e inversión. Pero el PIB total y su crecimiento nada nos dicen por sí mismos del nivel de bienestar económico de que goza la población.

Para eso la estadística habitual es el PIB (o alguna otra medida de la renta o producto nacional) per capita. Esto sin embargo es muy deficiente especialmente en el caso de una epidemia. Teniendo en cuenta que una epidemia reduce el tamaño (o al menos el crecimiento) de la población, hay muy poca relación necesaria entre el PIB per capita y el bienestar de la población en su conjunto. Esto se debe en parte a que la cifra media nacional nada dice acerca de la distribución que es probable que cambie considerablemente durante una epidemia, dado que su impacto probablemente será muy diferente de

acuerdo con la clase o la lugar de residencia de la población. Pero así mismo, en el extremo, el PIB per capita podría subir, cuando la mayoría de la población podría morir. Sería absurdo considerar esto como una ganancia de bienestar. Ni siquiera tiene sentido como ganancia económica.

SIDA y desarrollo

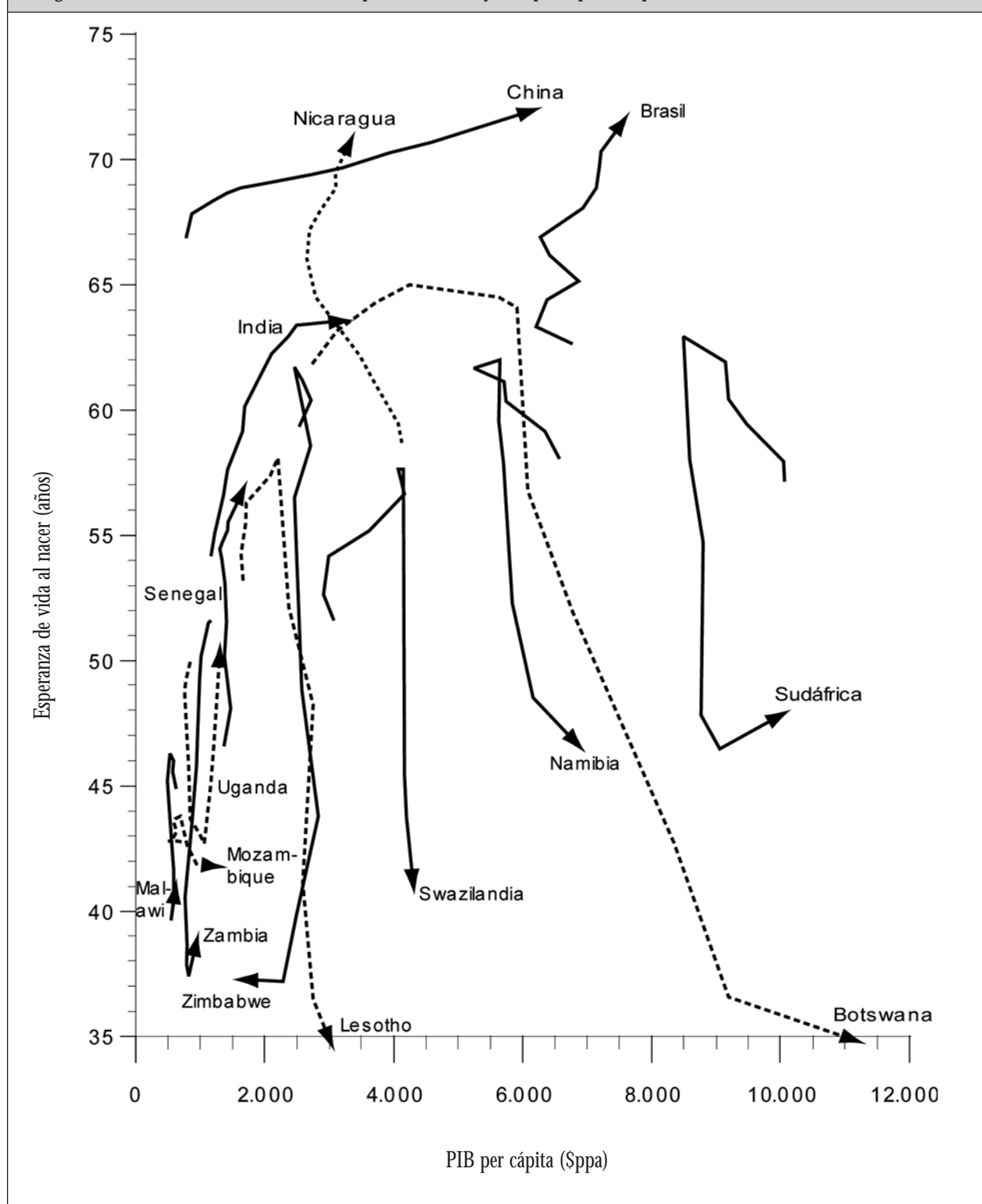
Por esta razón, un número creciente de autores se ha mostrado crítico con el PIB, total o per capita, como indicador del bienestar o del desarrollo (tanto en general como en periodo de enfermedad epidémica en particular) y prefiere usar indicadores que contengan más información acerca de la calidad de vida en particular, por supuesto, el principal "rival" del PIB: el Índice de Desarrollo Humano. El inconveniente de éste es que comparte algunas de las mismas faltas del PIB: es una media que nada muestra directamente acerca de la distribución y que se reduce a un sinsentido en el caso de una epidemia en la que muere una elevada proporción de una población. Si su ventaja estriba en que mide más que la variable problemática, el PIB per capita, esto también es una desventaja dado que es una media de tres variables y por ello un cambio en el IDH se puede producir por cambios reforzadores o compensadores que se oscurecen por detrás del valor único del índice. A fin de examinar el historial del bienestar y desarrollo humanos durante el periodo de la epidemia de VIH/SIDA, tal vez sea más revelador fijarse en más de una variable al mismo tiempo. Esto se ha hecho en las Figuras 9a y 9b en las que cualquier punto en el espacio representa un valor tanto del PIB per capita como la esperanza de vida al nacer (no diferenciada por sexo). Cada línea representa, para el país que se indica, su recorrido en relación con estas dos variables durante el periodo que va de 1990 a 2005. La flecha se sitúa en el punto final de este recorrido (2005). Una dirección noreste del recorrido significa progreso simultáneo a lo largo de ambos ejes y, por lo tanto, en cierto sentido, desarrollo humano positivo; una dirección suroeste es empeoramiento en ambas medidas y, por lo tanto, un claro retroceso. Otras direcciones necesitan interpretaciones matizadas.

No deja de ser muy chocante que los recorridos de diferentes países, y en algunos casos de los mismos países en diferentes momentos, casi son tan contrapuestos como es posible que lo sean. En la parte alta de la Figura 9a aparecen los recorridos de China, India y Brasil todos los cuales durante estos 15 años han sido exclusivamente o casi exclusivamente positivos (China en particular, como es lógico). Estos países están ahí como una referencia respecto a la cual comparar los otros países del gráfico, que son todos africanos, y en su mayoría los

especialmente afectados por VIH/SIDA. Entre éstos está Zimbabwe cuya dirección predominante de cambio ha sido de retroceso, y su vecina Botswana, un país muy pequeño de legendario crecimiento y aterrador empeoramiento de la esperanza de vida. Aunque el periodo no es largo, y las variables no son las únicas pertinentes, se puede interpretar a Uganda a partir de este gráfico tal como a menudo se le interpreta en los textos relativos al SIDA: como un país donde lo peor del impacto del SIDA ya ha pasado. Por otra parte, aunque para muchos países africanos es muy tentador ver las consecuencias de la epidemia de VIH/SIDA en estos recorridos, es obvio que hay un gran número de otros determinantes de ambas variables. Y las ambigüedades en los efectos del SIDA sobre la economía se muestran claramente en el gráfico: países tales como Zimbabwe, Lesotho y Botswana han tenido un descenso similar en la esperanza de vida, pero tasas completamente divergentes de crecimiento económico. Así pues, el gráfico no pasa de ser sugerente, aunque sea una buena forma de resumir importantes variables nacionales durante la época del SIDA.

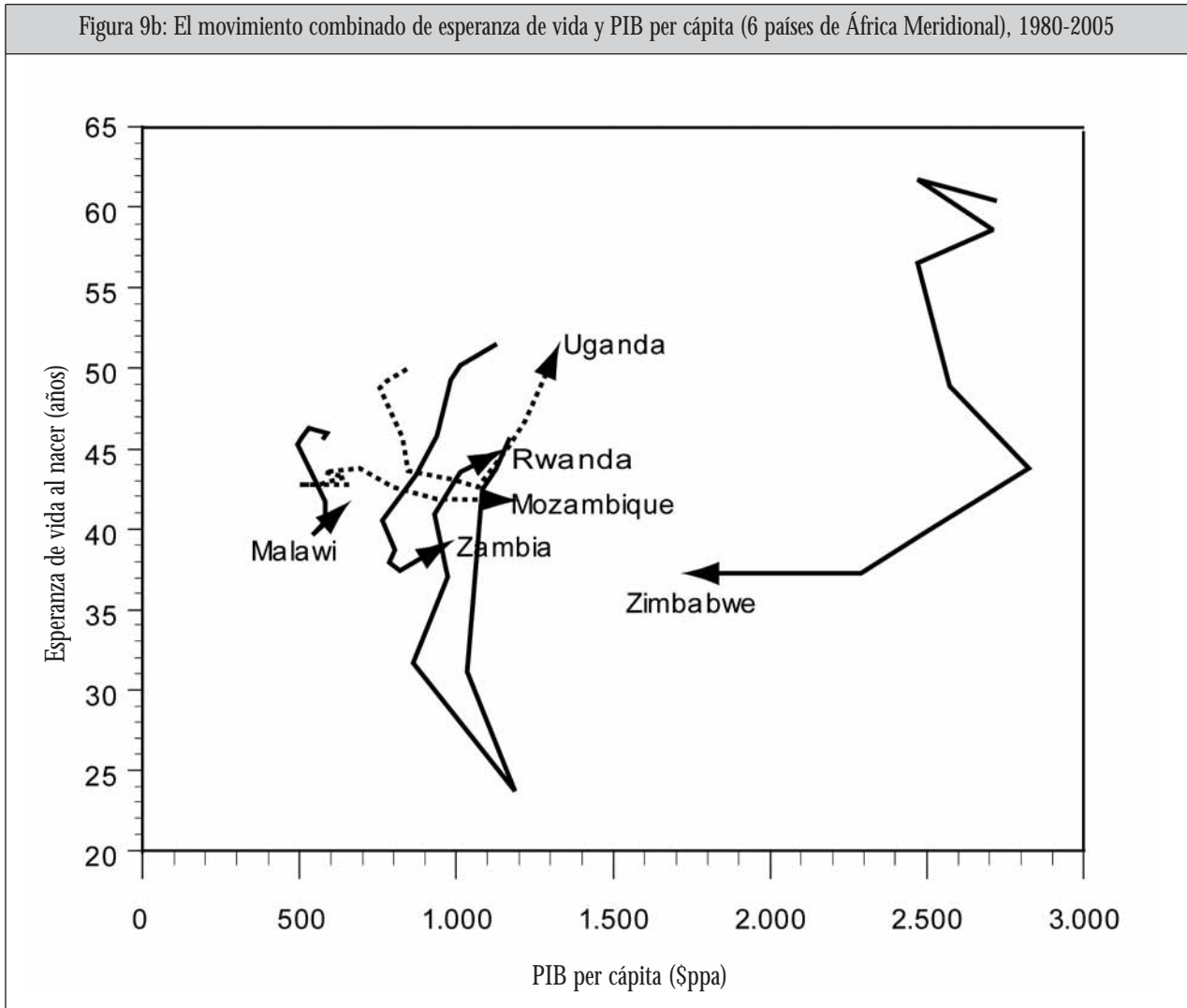
La Figura 9b es sencillamente una ampliación de una parte de la 9a para reducir la congestión visual en los recorridos de algunos países. Y añade a Ruanda un país con enorme movimiento en la esperanza de vida, pero más debido al genocidio que al SIDA.

Figura 9a: El movimiento combinado de esperanza de vida y PIB per cápita, 16 países (9 de África Meridional) 1980-2005



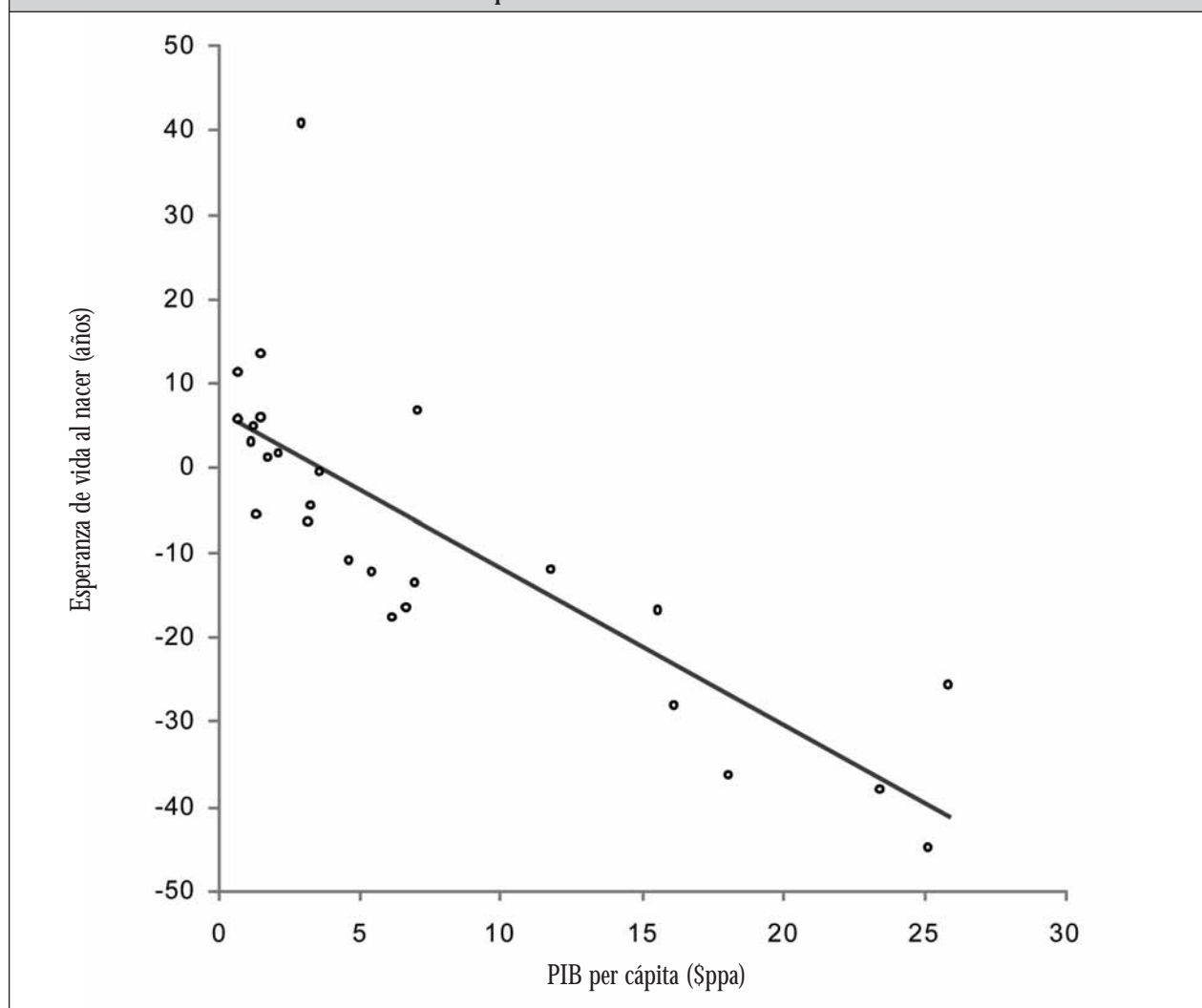
Fuente: World Bank, 2008,

Figura 9b: El movimiento combinado de esperanza de vida y PIB per cápita (6 países de África Meridional), 1980-2005



Fuente: World Bank, 2008.

Figura 10: Relación entre la tasa de prevalencia de VIH (c.2004) y cambio en la esperanza de vida (1995-2004), 26 países de África Subsahariana



Recta de regresión: $y = 6.7 - 1.848x$; $p < 0.0001$; $R^2 = 0.65$

Fuente de datos: UNAIDS 2007c; World Bank, 2008.

La prevalencia del SIDA no aparece directamente en las Figura 9a y 9b. En la Figura 10, sin embargo, las cifras ya usadas de prevalencia para 2005 se comparan con el cambio porcentual de esperanza de vida durante la década de 1995 a 2005 para 40 países subsaharianos. No es sorprendente que veamos una relación muy acusada puesto que hay un consenso general en cuanto a que el SIDA es la principal razón del dramático cambio de la longevidad durante este período. Las cifras muestran que la prevalencia del VIH representa dos tercios de la varianza en la esperanza de vida entre países y que un 5 por ciento de incremento en la prevalencia da como resultado más de 10 años de disminución de la esperanza de vida. Se debe recordar, no obstante, que estas estadísticas están fuertemente auto-

relacionadas: la prevalencia y la longevidad no siempre se han medido independientemente sino que son estimaciones que a menudo son mutuamente dependientes. Lo cual significa que esto no es prueba estadística de la estrechez y fortaleza de esta relación, pero tampoco significa que la relación no exista, y otras evidencias dan a entender que sí existe.

d. El SIDA y la desigualdad económica

Casi todos los observadores han argumentado que la pobreza, y por implicación la desigualdad económica, es una de las fuerzas impulsoras del VIH/SIDA. La mayoría de las personas que dicen esto quieren dar a entender que la pobreza empeora las circunstancias que llevan a la infección con el virus. Pero en un

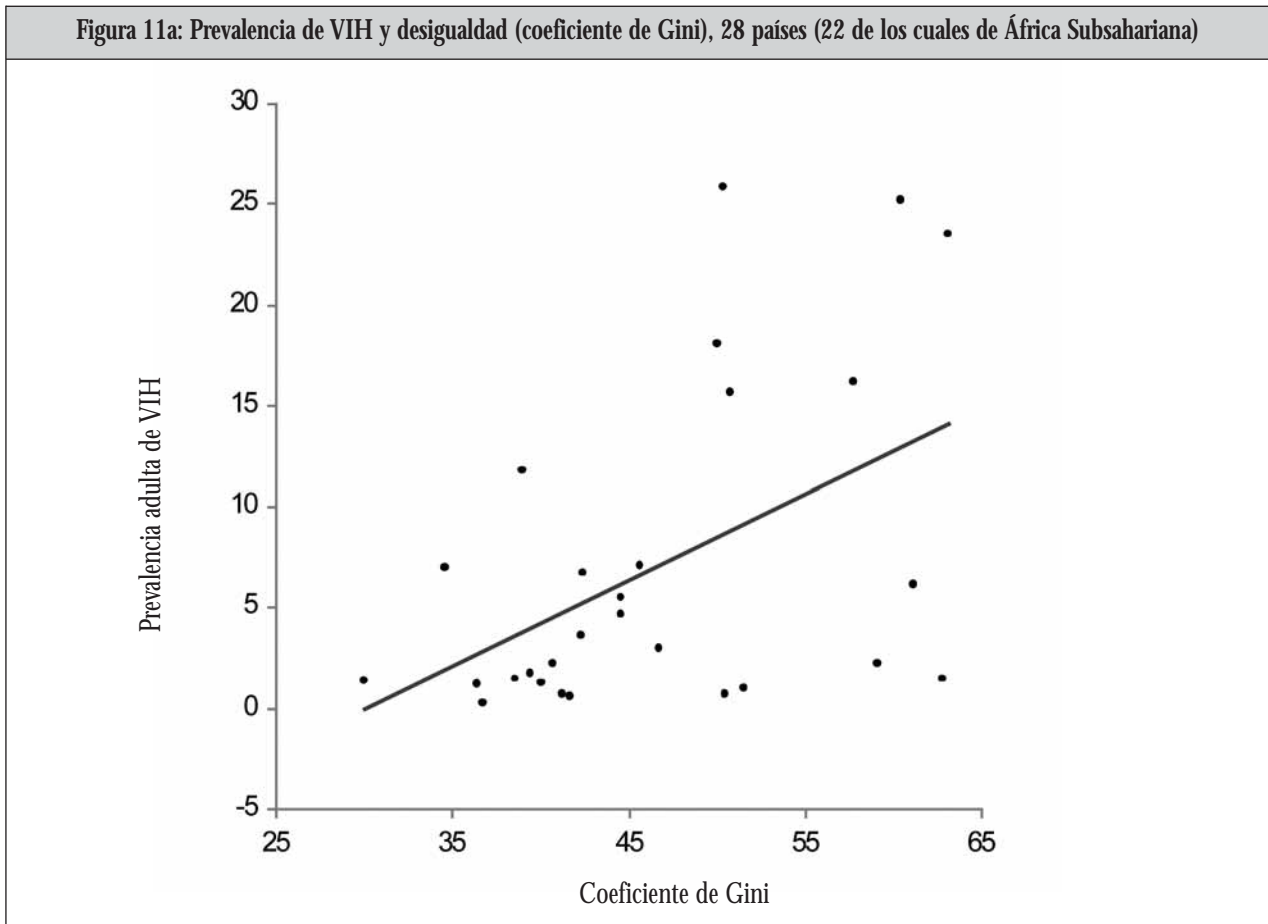
extremo, el razonamiento de que la pobreza es la causa básica del VIH/SIDA se presenta como una alternativa a la explicación médica; el razonamiento de la pobreza es un apoyo importante a la negación que tan frecuentemente se da en el debate acerca de la enfermedad. Por lo tanto, el papel de la pobreza y de la desigualdad se debe examinar muy cuidadosamente.

En primer lugar, hemos visto que para el mundo en su conjunto parece haber cierta relación estadística entre la pobreza de los países (medida por su PIB per capita) y la prevalencia del SIDA – unas rentas más bajas se asocian con una mayor prevalencia (Figura 7a). Pero también hemos visto por qué ninguna de estas dos variables es muy buena para nuestros fines (aunque no se dispone de otras que sean mejores); y hemos visto que entre los países donde más fuerte es la epidemia de VIH/SIDA (los países del África Meridional) la relación estadística es inversa – la menor renta se asocia con menos prevalencia (figura 7b). A medida que se acumulan las evidencias parece que el VIH/SIDA y la pobreza o desigualdad

es una de las mutuas interacciones que crean una compleja variedad de resultados.

Una mayor generalización será posible a medida que se emprendan más estudios. Pero mientras tanto se pueden hacer comparaciones transversales entre medidas nacionales de desigualdad económica y la prevalencia nacional de la infección por VIH. Cuando se representan comparativamente las estimaciones de desigualdad nacional (el coeficiente de Gini y la ratio del decil de renta más alta respecto al de renta más pobre) emerge entonces una clara relación: más desigualdad se corresponde con cifras de mayor prevalencia (estos gráficos no se muestran aquí). Esto es también la clara y significativa orientación de la relación para los 28 países (24 de ellos de África Subsahariana) cuyas estimaciones de prevalencia se basan en estudios nacionales. Las Figuras 11a y 11b muestran la relación entre la prevalencia de VIH y dos medidas de desigualdad: el coeficiente de Gini y la ratio entre el 10 por ciento más rico de la población y el más pobre.

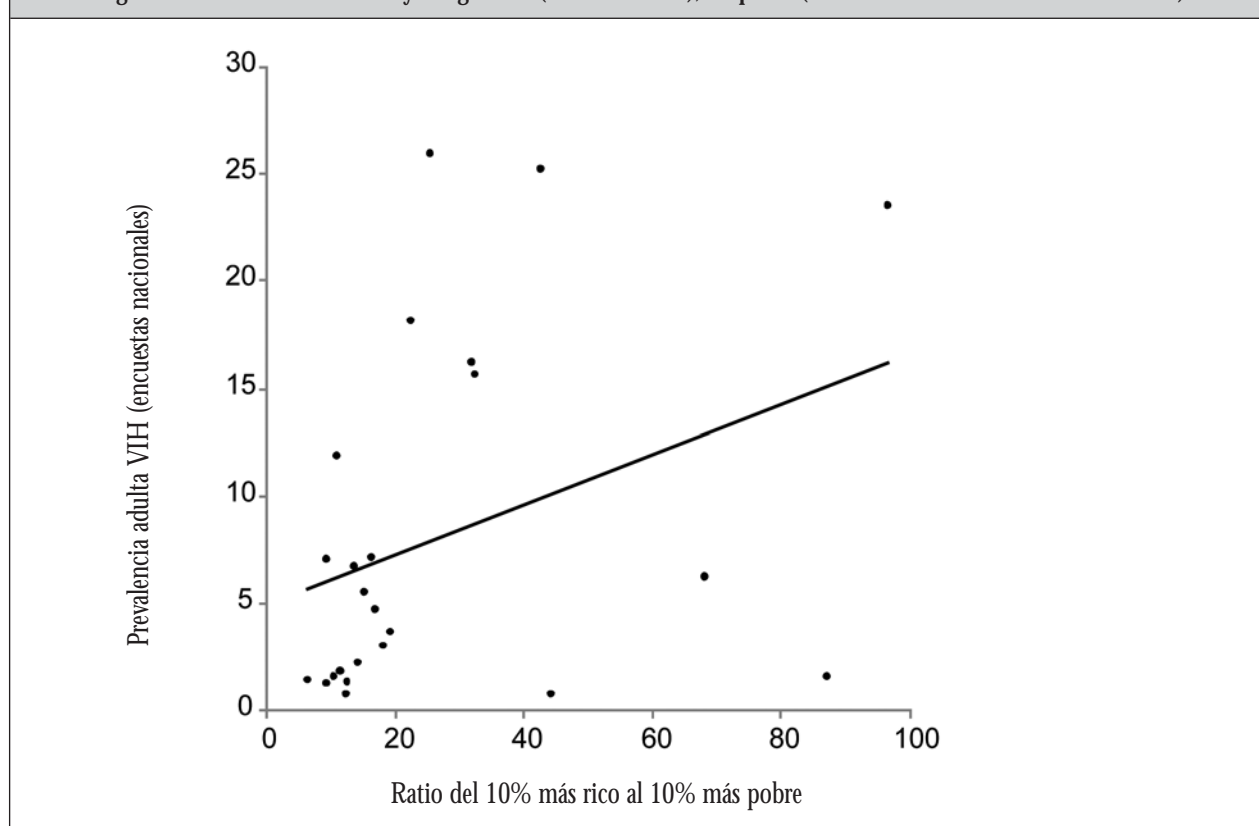
Figura 11a: Prevalencia de VIH y desigualdad (coeficiente de Gini), 28 países (22 de los cuales de África Subsahariana)



Recta de regresión: $y = -12.87 + 0.4271x$; $R^2 = 0.24$; $p = 0.0082$

Fuente: UNAIDS, 2007; World Bank, 2008.

Figura 11b: Prevalencia de VIH y desigualdad (ratio de deciles), 28 países (22 de los cuales de África Subsahariana)



Recta de regresión: $y = 4.25 + 0.1011x$; $R^2 = 0.09$; $p = 0.1108$

Fuente: UNAIDS, 2007; World Bank, 2008.

La Figura 11a muestra una relación positiva, estadísticamente significativa, entre el coeficiente de Gini y la prevalencia del VIH, aunque cuando se usó una medida alternativa de la desigualdad (la ratio del diez por ciento más rico respecto al diez por ciento más pobre de la población) la relación con la prevalencia no era significativa (Figura 11b). La comparación del resultado de la Figura 11a con los que se muestran en las Figuras 7a y 7b pueden sugerir la siguiente conclusión posible: en general, la pobreza nacional relativa da lugar a una mayor epidemia de VIH en el conjunto del mundo, pero no en África: además la desigualdad interna se asocia con una mayor prevalencia del VIH, incluyendo esta vez a los países africanos. Incluso aceptando eso, quedan muchos interrogantes por contestar: diferentes clases de desigualdad se pueden ocultar en un estadístico general como el coeficiente de Gini o la ratio de la décima parte más rica de la población respecto a la décima parte más pobre. Esas cifras están compuestas de desigualdades de clase, desigualdades étnicas, desigualdades regionales, desigualdades de género y otras. Ya hemos visto algunos ejem-

plos de cómo la pobreza relativa o la discriminación social contra una clase o grupo contribuye a la propagación de la infección dentro de ese grupo y habrá más comentarios sobre este tema en la sección final del artículo.

Una observación más es necesaria acerca de las Figuras 11a y 11b: si se prescinde de los seis países con las mayores epidemias de VIH/SIDA (tasa de prevalencia superior al 15 por ciento), entonces no hay en absoluto relación entre los 22 países restantes. Esto abre la posibilidad de que la interpretación real de estos datos es que los países más afectados por el VIH/SIDA (Botswana, Lesotho, Sudáfrica, Swazilandia, Zambia y Zimbabwe) están en una clase especial, cuyas características incluyen una alta tendencia hacia la infección por VIH y muy altos niveles de desigualdad.

No obstante, hay algunas razones plausibles para esperar que la pobreza tenga algo que ver con la prevalencia del VIH y que por lo tanto una mayor desigualdad (en el sentido de una mayor pobreza relativa) acrecentará la tasa de prevalencia entre

las clases más pobres. Ya se ha mencionado que la situación de las mujeres más pobres, al forzarlas a mantener relaciones sexuales económicas, puede hacerlas más vulnerables a la infección por VIH; la relación entre pobreza y VIH en un sentido más general no está tan clara.

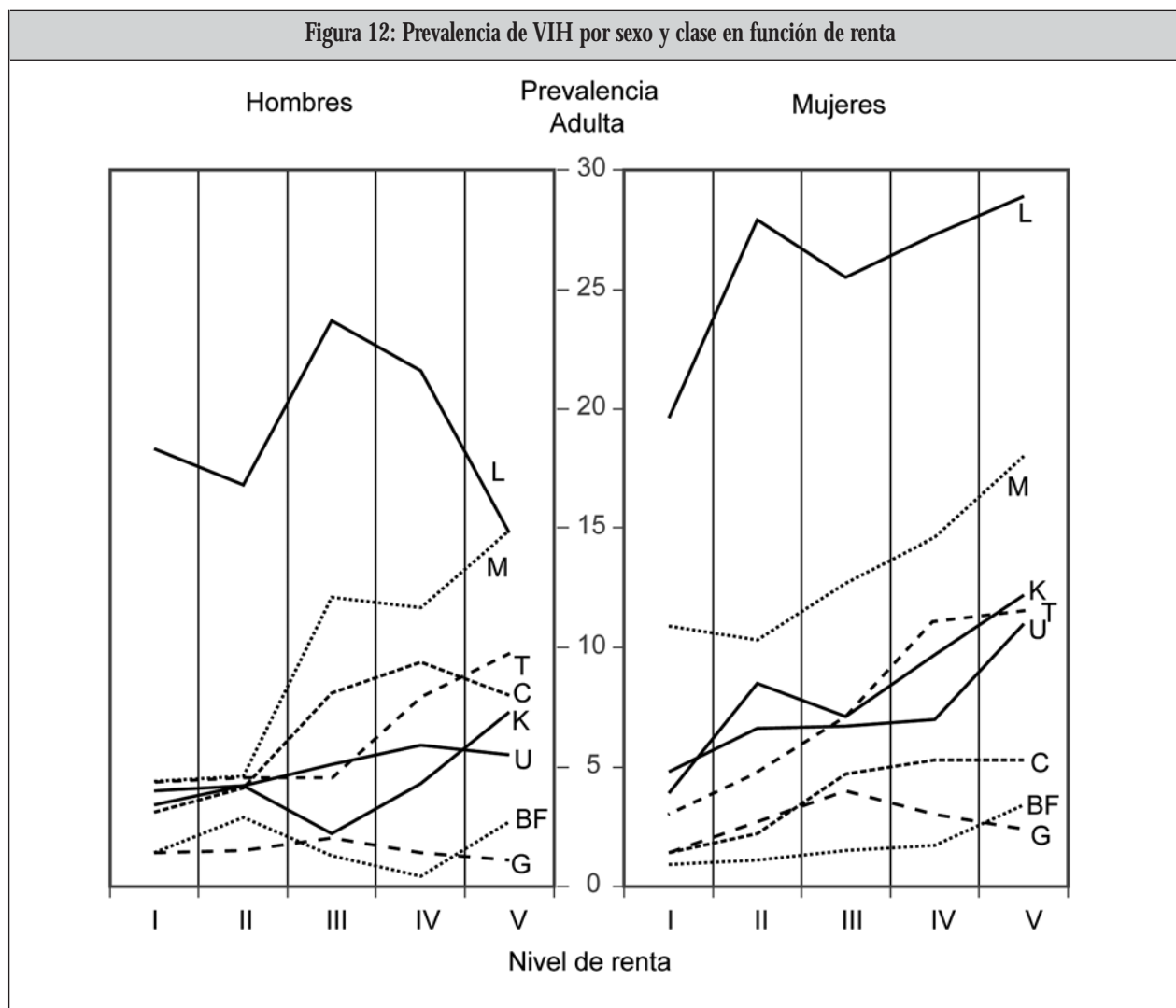
En Sudáfrica las evidencias más recientes dan a entender que la epidemia afecta desproporcionadamente a las personas pobres y a las personas negras – categorías que en gran medida se solapan. Los indicadores sanitarios siempre han mostrado unas acusadas diferencias entre blancos y negros: la esperanza de vida de la población blanca en 1997 se situaba en torno a los 70 años para los hombres y 77 para las mujeres; las cifras para la población negra era de 52 y 55 y la diferencia por color ha aumentado desde entonces. Diferentes estudios parecen indicar que la incidencia de la enfermedad refleja estrechamente la posición en las jerarquías de clase y color. En torno al 50 por ciento de los trabajadores negros no especializados viven con el VIH en comparación con el 17 por ciento de los trabajadores blancos no especializados. Para los trabajadores especializados las cifras son 40 y 9 por ciento y entre los directivos jóvenes 23 y 8 por ciento. El bajo salario, la inseguridad laboral y una enorme tasa de desempleo entre los surafricanos negros son determinantes cruciales de las pautas de contactos sociales y sexuales en los que se propaga el virus. Las mujeres negras de clase trabajadora son las más incapaces de evitar la infección como muestran las cifras ya citadas. La llegada de medicinas más baratas producirá una bienvenida reducción de la mortalidad y sus consecuencias (tal como el número de huérfanos) pero no resolverá la pobreza y la desigualdad. Desde el final del apartheid los surafricanos más pobres han empobrecido todavía más. Sólo los negros más ricos, que se benefician de la política de “black economic empowerment” han conseguido ganancias significativas en sus ingresos (véase Fassin y Schneider, 2003).

Por otra parte, se ha observado frecuentemente durante la epidemia en África que la población relativamente pudiente resultaba más afectada que la gente más pobre. En algunos países los profesores y otros profesionales han sido mencionados como especialmente vulnerables. Puede haber varias explicaciones para esto. Una posibilidad es que fuera una ilusión causada por el hecho de que hay más probabilidades de que las personas más pudientes y con mejor educación busquen asistencia médica y que, por ello, se les diagnostique la infección. Otra es que el fenómeno era real y causado por relaciones sexuales más liberales, más viajes y por ello más oportunidades de infección entre grupos más ricos. Una parte de las eviden-

cias sobre este asunto ha tenido su origen en pequeños estudios a partir de los cuales es difícil generalizar o, si se ha hecho, ha sido anecdótico. Más recientemente, algunos estudios más rigurosos con muestras más amplias han tendido a fortalecer la hipótesis de que los grupos más ricos tienen niveles superiores de prevalencia.

Un estudio de la relación entre riqueza e infección por VIH en ocho países africanos (Kenia, Ghana, Burkina Faso, Camerún, Tanzania, Lesotho, Malawi y Uganda) descubrió que en contra de la evidencia para otras enfermedades infecciosas y de las expectativas teóricas, la prevalencia del VIH en el África Subsahariana no es desproporcionadamente mayor entre adultos que viven en hogares más pobres. En la totalidad de los ocho países incluidos en este estudio, los hombres y mujeres más ricos suelen tener una prevalencia del VIH superior a la de los más pobres (Mishra et al. 2007). Un informe sobre Costa de Marfil llegó a esta conclusión: “Para las mujeres, la prevalencia del VIH es muy superior entre aquellas que viven en los hogares más ricos, en comparación con las mujeres que viven en los hogares más pobres. La relación entre riqueza y VIH no está tan clara para los hombres” (Measure DHS, 2007). En Zambia se constató que las tasas de prevalencia aumentan con el nivel de educación (Fylkesnes et al. 1997; HIV/AIDS Indicators Country Reports, 2006). En la Figura 12 se resume un artículo que compara los resultados de estudios para 8 países africanos afectados y con el que se refuerza fuertemente este razonamiento (Piot, Greener y Russell, 2007).

Figura 12: Prevalencia de VIH por sexo y clase en función de renta



Fuente: Hecho por el autor basado en datos de Piot, Greener and Russell, 2007.

BF=Burkina Faso, C=Cameroon, G=Ghana, K=Kenya, L=Lesotho, M=Malawi, T=Tanzania, U=Uganda.

No todas las pautas son coherentes pero hay una fuerte tendencia (más acusada entre las mujeres) a que los niveles de prevalencia sean más altos cuanto más alta es la clase en función de la renta a la que pertenece la gente. En estos casos esta observación es improbable que obedezca a que la información y el diagnóstico sean superiores en los grupos con rentas superiores, teniendo en cuenta el hecho de que se trata de estudios de muestras aleatorias, lo que excluye esa posibilidad. El número de estudios resumidos todavía no es suficiente para afirmar que hay una regla general. Aun cuando para Sudáfrica no se ha hecho un estudio con un modelo similar, otros datos dan a entender que el modelo no se repetiría. Sin embargo, hay algunas razones plausibles por las que las personas de la clase con ingresos más altos pudiera ser más susceptible de

verse infectada, con su mayor disponibilidad a viajar, su adopción de formas de vida menos tradicionales, etc.. Pero una vez más, la conclusividad de estos estudios puede guardar relación con la ambigua naturaleza de la prevalencia como variable. Si estos casos ya están influidos por el acceso al tratamiento de una parte de la población, entonces eso podría explicar algunos de los sorprendentes resultados. Más personas de las clases con rentas superiores pueden resultar infectadas porque sobreviven más debido al acceso al tratamiento, o a los servicios médicos en general. En ese caso, podría ser que las bajas tasas de prevalencia de los pobres son sencillamente el resultado de un hecho lamentable: su temprano fallecimiento. A medida que pasa el tiempo, asumiendo que la disponibilidad de tratamiento irá creciendo, serán estos grupos con un acceso más

fácil al tratamiento los que sobrevivirán y constituirán una creciente proporción de los infectados por VIH. Es muy posible que ese grupo sea seleccionado debido a su nivel de ingreso o posición social. Esto sería un caso de desigualdad incluyendo en las pautas de la epidemia por VIH/SIDA, y de la epidemia reforzando a su vez la desigualdad.

e. El SIDA y el sistema internacional

El debate en las organizaciones internacionales acerca del SIDA ha producido al menos un acuerdo: sobre el principio conocido como los “tres unos”. Esto significa que cada país debe tener un solo plan nacional para combatir el SIDA, que este plan se debe poner en práctica bajo la dirección de una sola agencia nacional y que debe haber un solo organismo nacional para evaluar el plan y su cumplimiento. El acuerdo acerca de esto es irónico, dado que en el plano internacional no hay equivalente a los tres unos. En primer lugar, en el plano internacional hay una gama de grandes organizaciones que están inmersas en la lucha contra el SIDA: ONUSIDA es un organismo coordinador que comprende agencias de las Naciones Unidas (ACNUR, UNICEF, PMA, PNUD, FNUAP, ONUCDPC, OIT, UNESCO, OMS y el Banco Mundial). Pero a pesar del importante papel de ONUSIDA en la coordinación de estos organismos y en la aportación de información, las principales decisiones políticas, así como las acciones ejecutivas y en materia de financiación en torno al SIDA se dirigen desde otras partes. Las principales resoluciones acerca del enfoque internacional que se ha de dar al SIDA se han tomado en sesiones especiales de la Asamblea General de UN en 2001 y 2006. El Grupo de 8 ha intervenido en más de una ocasión en el debate sobre el SIDA, en particular en el verano de 2005 cuando se hicieron algunas promesas importantes acerca de la asistencia contra el SIDA. El Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis es “una asociación entre gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas” para producir una forma innovadora de captar y distribuir financiación, pero no pone en práctica proyectos. PEPFAR es una organización de la Administración de EE.UU. creada para distribuir financiación y dirigir programas que surjan como parte de la contribución prometida por el Presidente Bush (15.000 millones de dólares) por primera vez en el mensaje sobre el Estado de la Unión de 2003 y que ahora ha aumentó a 50.000 millones de dólares. La mayoría de las otras naciones donantes de fondos dedican también una parte de su programa de ayudas a proyectos y financiación relacionados con el SIDA. Lo mismo hacen las principales organizaciones humanitarias y no gubernamenta-

les. Y miles de nuevas organizaciones no gubernamentales se han constituido en ámbitos internacionales, nacionales, regionales y locales para contribuir a la lucha contra el SIDA. Y, naturalmente, la mayoría de los gobiernos nacionales en países afectados por la epidemia tienen sus propios programas nacionales contra el SIDA. Mientras tanto, en el ámbito internacional y a veces también en el nacional, no tenemos los tres unos sino los tres muchos.

Si bien los servicios y las instituciones sanitarias existentes han desempeñado un importante papel en la reacción frente a la epidemia, una de sus especiales características es que han llevado a la formación de un entramado enormemente complejo de organizaciones, financiaciones y programas que en una medida muy considerable están separados de los servicios sanitarios internacionales, nacionales y locales. Esto es reflejo de las políticas de la reacción internacional ante el SIDA: los países ricos, en particular, han decidido que un gran esfuerzo para controlar y reducir la epidemia de SIDA está justificado sin incrementar al mismo tiempo la cantidad de ayuda asignada al sector sanitario en general. Esto es en parte una forma de controlar los resultados del gasto en ayuda. La razón por la que el SIDA ha sido elegido para recibir tal atención es el repentino y enorme incremento del sufrimiento y la mortalidad y el descenso de la esperanza de vida, lo que sería poco aconsejable políticamente si los países donantes se desentendieran, aun cuando puedan pasar por alto, relativamente, los endémicos problemas sanitarios de los países pobres. La adición de la malaria y la tuberculosis a las responsabilidades del Fondo Global es, en parte, una respuesta a la acusación obvia de que se están ignorando otros problemas sanitarios equivalentes en su gravedad al SIDA.

La naturaleza y los problemas de la financiación y organización internacionales de las políticas contra el SIDA son un asunto demasiado enorme para abordarlo en este artículo. Pero hay dos puntos que sí merece la pena mencionar en relación con otros elementos del debate. El primero es la financiación internacional y el segundo es la política de prevención y tratamiento del SIDA. Las dos tienen una estrecha conexión, ya que la fuente de financiación determina en parte las políticas que aceptarán los donantes y éstas difieren enormemente de uno a otro donante.

La financiación mundial contra el SIDA se evalúa frecuentemente comparando una estimación de lo necesario (que hacen ONUSIDA, el Fondo Global y otros organismos) para poner en práctica los programas recomendables de prevención, trata-

miento y cuidados en países pobres y de rentas medias, con estimaciones de la cantidad de dinero y recursos que se han movilizado en realidad. Así, para el año 2006 la necesidad estimada fue de 14.900 millones de dólares de los que sólo se captaron 8.900 millones de dólares. 3.900 millones de dólares de esta ayuda procedieron de gobiernos donantes (tres cuartas partes como ayuda bilateral y el resto entregado por medio del Fondo Global). La diferencia entre los 8.900 millones de dólares captados y la aportación de países donantes (5.000 millones de dólares) procedió de agencias multilaterales, ONG, gobiernos de países con renta baja y media y gasto personal de sus ciudadanos. Lo que faltaba eran 6.000 millones de dólares. Esto implica que se podría haber dado un buen uso a un 40 por ciento más de dinero, pero que no se pudo conseguir.

Los principales donantes contribuyen al total en grados muy diferentes. El mayor contribuyente de todos es Estados Unidos que aporta el 17,9 por ciento del total; la aportación de Japón es muy pequeña (un simple 1,2 por ciento del total) y la de Italia es inapreciable (0,1 por ciento). Del resto, el RU es con gran diferencia el mayor donante pues aporta el 8,8 por ciento del total. Si el importe de la ayuda nacional relacionada con el SIDA se compara con el PIB de los países donantes, entonces el más "generoso" es Holanda (521 dólares por cada millón de dólares de PIB), seguido por Suecia, Irlanda y el Reino Unido (todos por encima de los 300 dólares por millón); la aportación de EE.UU. representa 120 dólares por millón mientras que Francia, Alemania, Canadá y Japón aportan menos de 100 dólares por millón cada una; la aportación de Italia es de 4 dólares por millón (ONUSIDA, 2007b).

Los interrogantes que surgen en la interpretación de estas cifras de gasto internacional se pueden enumerar brevemente, aunque es necesaria una gran cantidad de investigación antes de que se les pueda dar una respuesta válida. Algunos de los principales son:

- a. ¿Tienen algún significado serio las estimaciones de las cantidades de recursos necesarias? A menudo hacen supuestos no clarificados acerca de las necesidades para prevención, tratamiento y cuidados en términos cualitativos y luego las traducen a importes de dinero a precios asumidos, lo que (especialmente en el caso de gasto en productos farmacéuticos) es susceptible de inexactitudes y fluctuaciones. Pero lo mismo se podría decir de la mayoría de los presupuestos, por lo que eso no devalúa completamente el proceso.
- b. Las estimaciones de necesidades de gasto parece que están basadas en un enfoque que considera al SIDA un

asunto separado de la salud en general. Las estimaciones basadas en este supuesto es probable que sean muy diferentes de aquellas basadas en la idea de que el SIDA es una tarea extra para los servicios sanitarios ya existentes. Dado que la prevención, tratamiento y cuidados para el SIDA se superponen en toda clase de formas con la prevención, tratamiento y cuidados para otras enfermedades, las estimaciones de gasto variarán de acuerdo con el enfoque que se use. En general, dada la superposición, se puede esperar que el abordaje del SIDA como un asunto separado acabará por evidenciarse como más irracional y más costoso que integrarlo en el servicio sanitario en su conjunto.

- c. ¿En qué medida representan las promesas de ayuda para el VIH/SIDA un nuevo gasto para los donantes y en qué medida son gasto ya planificado de los donantes, que se presenta con una nueva envoltura? Si en gran medida son lo segundo, tal como frecuentemente se sospecha, entonces puede ser que la cobertura de los objetivos de ayuda para el SIDA signifique una reducción de la ayuda para otros, incluyendo otros objetivos sanitarios.
- d. ¿Qué proporción de los gastos propuestos está vinculada a proveedores nacionales o a la puesta en práctica de ciertas políticas? La última pregunta afecta también a otros gastos en sanidad no incluidos en estas estimaciones, pero que sin embargo afectan al SIDA. Por ejemplo, en 1984, la administración Reagan prohibió la ayuda económica a instituciones que participaron en abortos o que dieron orientaciones sobre él, y el gobierno australiano siguió esta misma pauta al poco tiempo; la prohibición desapareció en EE.UU. durante la administración Clinton y luego fue reinstaurada por el Presidente George W. Bush (aunque sí permite algo de ayuda a las organizaciones de planificación familiar). Incluso así, muchas de estas instituciones han sido presionadas económicamente y algunas han tenido que cerrar. Su trabajo, sin embargo, contribuyó a la prevención, el tratamiento y los cuidados para el SIDA de muchas formas directas e indirectas. Estas reducciones efectivas de la ayuda internacional para el HIV/SIDA no aparecen, como era de esperar, en las estimaciones.

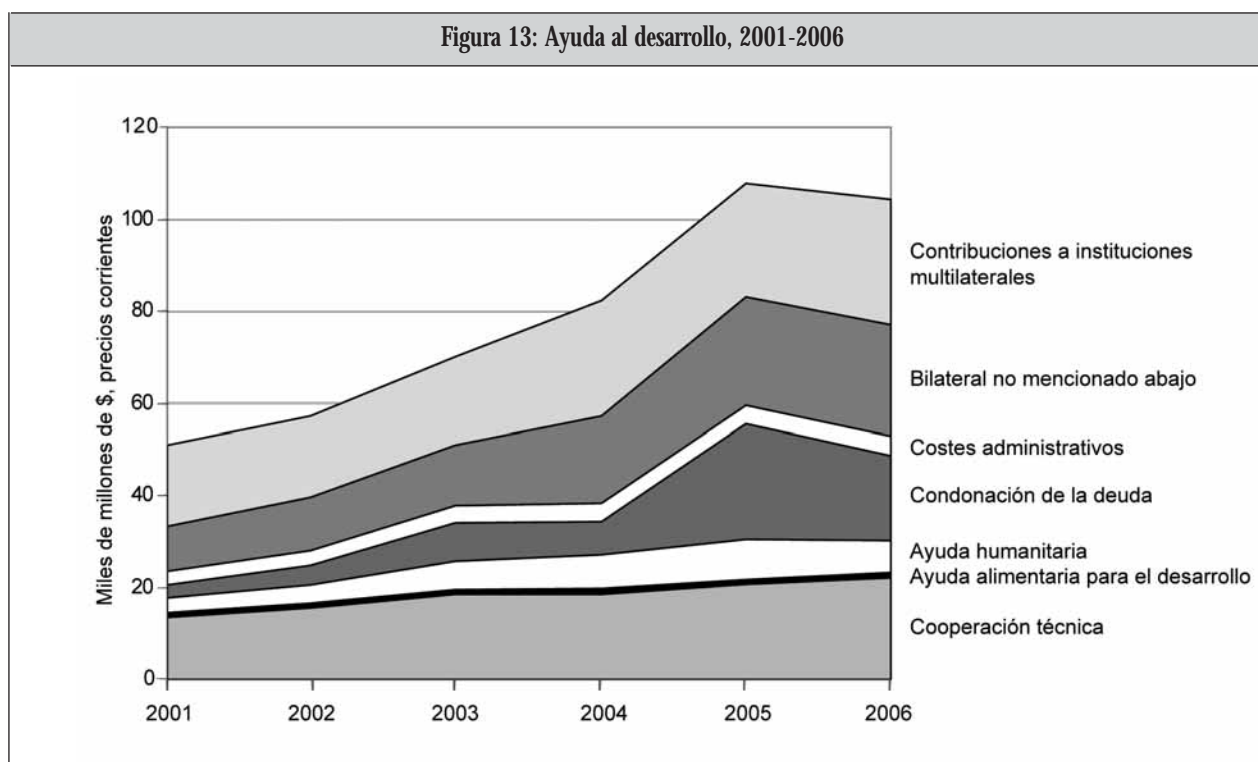
Sobre la base de la información a disposición del público, parece imposible dar contestación en los momentos actuales a cualquiera de estas preguntas. Pero algunas de las respuestas pueden verse insinuadas por las cifras agregadas de la ayuda

internacional para el desarrollo durante los años de la epidemia de VIS/SIDA. Éstas se resumen en la Figura 13.

El importe total de la ayuda al desarrollo se mantuvo casi sin cambios entre 1980 y 2000. Como resultado de ello, descendió acusadamente como proporción del PIB de los países donantes. De 2001 a 2005 el importe total de la ayuda ha subido considerablemente (46 por ciento en términos reales), tal como muestra la Figura 13. La tendencia ascendente no continuó en 2006 principalmente debido a una reducción de la condonación de deuda. La mejora, sin embargo, no fue tan espectacular como puede parecer a primera vista y esto fue precisamente por la condonación de deuda, el elemento con más rápido crecimiento de la subida, pero una categoría cuya inclusión es muy discutible. No representa un flujo de fondos y es muy probable que a falta de la condonación oficial una gran parte de la deuda en cuestión tampoco se habría pagado de ninguna de las maneras. Así pues, como elemento de ayuda es en gran medida

un mito. El incremento de la ayuda de 2004 a 2005 se situó por encima del 30 por ciento si se incluye la condonación de la deuda y menos del 10 por ciento (a precios corrientes) si no se incluye.

No es posible discernir mucho a partir de las cifras publicadas acerca de la relación entre el incremento de la ayuda hasta 2006 y la epidemia de VIS/SIDA. La más clara conexión es el hecho de que la cifra para las aportaciones relacionadas con el SIDA hechas a instituciones multilaterales subió de 1 millón de dólares en 2002 a 216 millones en 2003, 586 millones en 2004 y 995 millones en 2005. Esta última cifra representa cerca del 1 por ciento de la ayuda total al desarrollo. Estas cifras no incluyen al Fondo Global que en las 7 rondas de su reparto de subvenciones de 2002 a 2007 ha aprobado proyectos por un valor de 10.000 millones de dólares y ha desembolsado casi la mitad de ellos (en proyectos que están relacionados con la malaria y la tuberculosis, así como con el VIH/SIDA).



Fuente: OECD, 2007.

Aparte de este detalle, las preguntas formuladas más arriba siguen sin encontrar respuesta en las cifras a disposición del público. Pocas dudas puede haber acerca de la existencia de un considerable aumento de la ayuda orientada a la epidemia de

VIH/SIDA, pero no se sabe cuánto y si es resultado de nuevos compromisos de ayuda o de la reducción de ayuda orientada a otros usos, incluido el sector sanitario.

III. El SIDA después de la TAR

a. Terapia antirretroviral (TAR)

La disponibilidad de terapias antirretrovirales efectivas ha transformado la epidemia de VIH/SIDA. Después de una cierta etapa en el desarrollo de una infección (marcada por el nivel de células CD4 en sangre) la mayoría de las personas infectadas pueden recibir una ayuda enorme para no desarrollar síntomas de la enfermedad, o para eliminar con éxito los síntomas. El nivel de virus en sangre disminuye y frecuentemente baja a niveles indetectables; y las vidas, incluidas las vidas laborales, se prolongan considerablemente. Las dimensiones cuantitativas de este beneficio son grandes, pero todavía no se sabe cuánto de grandes son. Cuando estos tratamientos estuvieron por primera vez a disposición de los pacientes allá por los años centrales de la década de 1990 estaban basados en unos medicamentos patentados que eran muy costosos (más de 30.000 dólares al año para un paciente). A pesar de esto, el tratamiento ha quedado al alcance de la mayoría de los pacientes que lo necesitan en los países desarrollados aunque, incluso allí, todavía se han de librar importantes batallas políticas (d'Adesky 2004).

Para los servicios de sanidad pública de los países desarrollados, sin embargo, el coste de las medicinas era prohibitivo y, en el más oscuro período de la epidemia hasta ahora, casi no se emprendió acción alguna para facilitar el acceso a la TAR en los países pobres. Las agencias oficiales de ayuda y las ONG no la financian y las organizaciones internacionales adujeron que el uso generalizado de la TAR no era una política económicamente factible en los países en vías de desarrollo. Esta actitud, naturalmente, sancionaba una cruel desigualdad internacional. Una pequeña minoría en algunos países en vías de desarrollo tenía suficiente dinero para financiar su propio tratamiento; de otra manera, el punto de vista oficial era que los países pobres se debían centrar en la prevención en unos momentos en que personas con VIH/SIDA en países desarrollados estaban recibiendo un tratamiento que les prolongaba la vida. En efecto, a los ciudadanos infectados de los países pobres se les decía que tenían que asumir las consecuencias de no haber tomado las debidas precauciones. En algunos pocos países, más notablemente en Brasil (donde ya existía una industria farmacéutica), se encontraron las formas de eludir las restricciones impuestas por las patentes y poder ofrecer así tratamiento por medio del servicio público de sanidad a algunas personas infectadas.

Las críticas a los principales productores de fármacos crecieron como la espuma procedentes de muchos ámbitos: ONG

defensoras de la TAR para todos, organizaciones de personas con VIH/SIDA, los gobiernos de países pobres, algunos políticos, periodistas y otras figuras públicas en los países desarrollados, y finalmente algunos funcionarios de organizaciones internacionales. Las compañías farmacéuticas, en lugar de buscar algún medio para la amplia difusión de los medicamentos, lucharon denodadamente para mantener sus derechos de patente y, con ello, los precios astronómicos de los tratamientos con TAR. En un acto que se puede catalogar de suicida, las compañías farmacéuticas –que tan elegantes alegatos hacen acerca de su contribución a la salud del mundo– lucharon como fieras para evitar que sus tratamientos estuvieran al alcance de la gente pobre. Después de perder algunos pleitos históricos, las compañías vieron un poco de luz y modificaron su resistencia. Por ésta y otras razones, cada vez se concedieron más licencias para el uso de las patentes en la producción de los medicamentos por otras compañías, los precios bajaron especialmente para los pacientes de los países pobres y en un período de tiempo muy corto empezó a parecer como si la TAR fuera económicamente factible en los países en vías de desarrollo. Es tremendamente irónico que fueran los tribunales de Sudáfrica donde las compañías farmacéuticas perdieran sus principales batallas y que aun así fuera el gobierno sudafricano quien iba a representar el principal obstáculo para la adopción de la TAR en su país.

En 2003, la antigua política discriminatoria fue definitivamente abandonada con el lanzamiento por la OMS de su ambicioso programa para incluir la TAR en una gran escala en los países pobres. Organizaciones relevantes adoptaron la política de difundir rápidamente el uso de la TAR en los países en vías de desarrollo, bajo el eslogan “3 para 5”, que significaba un objetivo de 3 millones de personas que recibirían la TAR para el año 2005. En realidad, el objetivo no se llegó a alcanzar ni de cerca, pero la política se ha mantenido y el número de personas que reciben la TAR en países en vías de desarrollo se estimó en un poco más de 2 millones a finales de 2006. No está completamente claro cuál es el objetivo que ha sustituido al “3 para 5”. Los portavoces de los donantes se refieren a veces a un objetivo de “5 para 10” y a veces a una plena cobertura de todos aquellos que necesitan tratamiento para la misma fecha. Está claro que 5 millones que reciban tratamiento en 2010, deja la cifra muy por debajo de una plena cobertura.

Tabla 7: Quienes necesitan y quienes reciben TAR en países en desarrollo

Numero (%) de personas	con VIH	necesitadas de terapia	recibiendo terapia, fin de 2007	% de personas necesitadas de terapia recibíendola
Mundo en desarrollo	33,200,000 (0.8)	9,700,000 (29)	2,990,000 (31)	28
África Subsahariana	22,500,000 (5)	7,000,000 (31)	2,120,000 (30)	28
Latinoamérica y el Caribe	1,830,000 (<1)	630,000 (34)	390,000 (62)	72
E., S. y S.E. Asiático	4,875,000 (<1)	1,700,000 (34)	420,000 (25)	19
Europa y Asia Central	1,600,000 (0.9)	320,000 (20)	54,000 (17)	15
N. África y Oriente Medio	380,000 (0.3)	100,000 (31)	5,000 (7)	16

Fuentes: UNAIDS, 2007c; WHO, 2007a; WHO, 2008.

Se ha calculado que, en 2003, el porcentaje correspondiente a los Estados Unidos de población que vive con VIH/SIDA y adecuada para recibir la TAR (“necesitadas de terapia” en el vocabulario de la Tabla 7) era del 79 por ciento, mucho más alto que cualquiera de las regiones del mundo no desarrollado, y que el porcentaje de los adecuados para recibirla y que sí recibían la TAR era el 56 por ciento de aquellos que necesitaban la terapia (esto es, el 38 por ciento de los que vivían con VIH/SIDA), lo que de nuevo es un porcentaje mucho más alto que el del mundo no desarrollado y de cualquiera de sus regiones, excepto para Iberoamérica y el Caribe (Teshale et al. 2005). Esto da a entender dos cosas: que incluso en los EE.UU., donde se inició el tratamiento con la TAR, sólo se ha conseguido, y eso al cabo de diez años, ofrecerlo a poco más de la mitad de aquellos que lo necesitan. Esto puede tener algo que ver con la ausencia de un servicio sanitario universal en EE.UU.. En la Europa Occidental, que alega una cobertura total para todos aquellos que necesitan el tratamiento y que en general cuenta con servicios médicos universalmente disponibles, el 44 por ciento de las personas que vivían con VIH estaban recibiendo la TAR en 2005. Al igual que en el caso de los EE.UU. esto es muy superior al porcentaje que se considera adecuado para recibir el tratamiento en los países no desarrollados. En segundo lugar, las diferencias entre los EE.UU. y el resto del mundo en el porcentaje de personas infectadas que se consideran adecuadas para recibir el tratamiento pueden tener varias causas. Puede ser, en parte, porque el perfil temporal de la epidemia significa que un mayor número de personas infectadas en los EE.UU. han alcanzado la etapa en que sus cifras de CD4 las hace adecuadas para el tratamiento. Pero en vista de ello parece improbable que esto representara una gran parte de la diferencia. Una causa más importante es que en los países desarrollados y en los países en vías de desarrollo se usan criterios diferentes para determinar la adecuación para el trata-

miento. El principal criterio para el tratamiento recomendado por el Health and Human Services Department de Estados Unidos (un recuento de CD4 de 350 o menos) difiere del recomendado por la OMS para los países en vías de desarrollo (un recuento de CD4 de 200 o menos). Una prueba llevada a cabo en una barriada cercana a Johannesburgo ayuda a comprender la diferencia en la aplicación de estos dos criterios: “la proporción de sujetos infectados adecuados para recibir la TAR era del 9,5% (95% CI 6,1-14,9%) a tenor de las pautas de la OMS y 56,3% (95% CI 49,1-63,3%) a tenor de las pautas del USDHSS” (Aubert et al. 2004). Esto significa que todavía existe un doble criterio en la aplicación de la norma entre el mundo desarrollado y el que está en vías de desarrollo.

Este doble rasero puede significar que no sólo es cosa de que el tratamiento en los países en vías de desarrollo se facilite en una etapa más tardía de la enfermedad sino que, por esa tardanza, el tratamiento puede ser menos efectivo. Un reciente estudio llega a la conclusión de que “tratar a los pacientes en el mundo en vías de desarrollo de acuerdo con las pautas del mundo desarrollado (US Department of Health and Human Services) es más efectivo que tratar a los pacientes de acuerdo con las pautas del mundo en vías de desarrollo (OMS). Incluyendo el impacto del VIH/SIDA en los costes directos e indirectos, este enfoque ahorra costes para la economía en su conjunto” (Vijayaraghavan et al, 2007). Un estudio anterior ya había llegado a la misma conclusión para los Estados Unidos: “La terapia antirretroviral iniciada a 500 células CD4/mm³ es más efectiva en cuanto a coste desde una perspectiva social en comparación con la terapia iniciada más tarde. Los estados deben tomar en consideración las renuncias de Medicaid a ampliar el acceso a una terapia temprana” (Schackman et al. 2001). Esta diferencia en la aplicación de la norma implica una enorme diferencia en el número de perso-

nas que se considerarían adecuadas para recibir el tratamiento. Así pues, el mundo se puede estar engañando a sí mismo en estos días acerca de la viabilidad del tratamiento para todos (porque “todos” se define para limitar el número) y, por lo tanto, acerca de su coste total. Sin embargo, la actualización de la OMS más reciente del estado del tratamiento en países en desarrollo (resumida en la Tabla 7) parece indicar que ha tenido lugar un nuevo cambio en la normas reconocidas por la OMS. Se ve en esta tabla que el número de personas consideradas necesitadas de tratamiento representa un 29 por ciento del total viviendo con el VIH. Esta cifra representa un aumento de unos 10 puntos porcentuales en comparación con las estimaciones del año anterior. Este cambio quiere decir, por supuesto, que la meta de hacer llegar el tratamiento a todas las personas necesitadas es ahora más exigente y más costosa y que requiere un nuevo cálculo de los costes de tal proyecto (véase WHO 2008).

b. La dialéctica de prevención y tratamiento

A pesar del lento progreso en la introducción de la nueva terapia, la TAR ya ha pasado a ser la característica crucial de la lucha contra el SIDA en el mundo en vías de desarrollo y, como resultado de ello, la naturaleza del debate político acerca de la epidemia ha experimentado un rápido cambio. Una manera de observar este cambio es fijarse en la relación entre tratamiento y prevención. Hasta el año 2003 la política sobre el VIH/SIDA en los países pobres se centraba en la prevención pero ahora también incluye el tratamiento. Por lo tanto, se topará con las muchas maneras en que ambas cosas son contradictorias y complementarias.

La primera contradicción entre prevención y tratamiento es sencillamente económica. Aun cuando se pueda disponer de mayores flujos de ayuda para financiar el tratamiento, los recursos económicos todavía son escasos y existe el peligro de que la nueva política (tratamiento) desplace a la anterior (prevención) al menos a corto plazo. Sin embargo, a medio plazo, en países donde las personas afectadas por alguna enfermedad relacionada con el SIDA normalmente reciben algo de atención médica, los gastos de administrar la TAR se pueden ver compensados por el dinero que se ahorra debido al menor gasto requerido para tratar las enfermedades relacionadas con el SIDA. Este efecto no será tan significativo en los países de máxima pobreza en los que hoy por hoy es improbable que reciban tratamiento las personas con enfermedades relacionadas con el SIDA. Pero en Sudáfrica se ha razonado plausiblemente que el tratamiento realmente generará ahorros de

medio a largo plazo, que no aumentos, en el gasto médico público (Natrass, 2004).

La difusión del tratamiento con la TAR y la constatación de que el SIDA es, si no curable, sí al menos tratable como otras enfermedades crónicas puede introducir otra nueva dificultad para la prevención. Puede debilitar el incentivo para evitar los comportamientos que hacen posible la transmisión. Los recientes incrementos de la gonorrea rectal y la sífilis en San Francisco, por ejemplo, dan a entender que un aumento de las prácticas sexuales inseguras (específicamente el abandono del uso de preservativos en los coitos anales) coincidió con la disponibilidad general de la TAR a partir de mediados de la década de 1990. Las cifras más recientes de la incidencia del VIH entre hombres homosexuales en San Francisco demuestran que más alta que para el conjunto de la población en Sudáfrica, aun cuando gracias a la TAR, la tasa de muertes se ha reducido casi a cero.

Una de las razones del relativo fracaso de las políticas de prevención, hasta ahora, estriba en el hecho de que la mayoría de la gente desconoce su estado de salud en cuanto al VIH, bien porque existan pocas oportunidades para hacerse la prueba o porque a falta de tratamiento el incentivo para someterse a la prueba es muy bajo. De hecho podría ser negativo dado que el conocimiento de que uno es seropositivo, en ausencia de tratamiento, puede producir depresión y, si el contagio se llega a conocer públicamente, puede dar lugar a estigmatización, pérdida del trabajo, de los amigos y de la aceptabilidad social, por no ahondar más en el tema. La existencia de la TAR debe potenciar en gran medida el incentivo para hacerse la prueba. En algunos casos, al menos, el conocimiento de ser seropositivo puede dar lugar a cambios de comportamiento que reduzcan el número de nuevas infecciones. Las políticas de prevención se pueden orientar mejor a sus objetivos y hacerse más efectivas.

Una relación adicional entre la prevención y el tratamiento es que la TAR aumentará el número de personas que viven con VIH y por lo tanto capaces en principio de transmitir el virus; de aquí la necesidad de que se incrementen las medidas de prevención entre esa parte de la población infectada. Estas interconexiones dan a entender que en términos de necesidad médica la prevención y el tratamiento no son alternativas sino complementos, y muy fuertes complementos de varias maneras. El tratamiento aumentará la necesidad y el incentivo para la realización de las pruebas lo que puede facilitar la prevención de diversas formas: reduciendo la ignorancia del estado de cada uno, situando a las personas de riesgo en un entorno

(los centros de realización de las pruebas) donde la educación sobre la prevención puede tener lugar al mismo tiempo que la realización de las pruebas.

Aun así, hay un aspecto más en el que el tratamiento y la prevención pueden entrar en conflicto. El tratamiento no es ideológicamente controvertido en la manera en que lo ha sido la prevención. Aunque hay retrasos imperdonables en la provisión de recursos para el tratamiento, muy pocas personas se manifiestan en contra del tratamiento con la TAR. Hay serias preocupaciones de que el tratamiento, especialmente en condiciones que no sean las óptimas, llevará al rápido desarrollo de resistencia a los fármacos lo que en último extremo hace que la situación empeore. Pero casi nadie aduce que las circunstancias de la infección de una persona con el VIH deban determinar si esa persona recibe tratamiento o no. En ese sentido el razonamiento para el tratamiento no es complicado mientras que los razonamientos para la prevención están plagados de problemas ideológicos y éticos. El modelo internacional de prevención que prevalece y que se basa –implícitamente y por orden de importancia– en la abstención, la monogamia (ser fiel) y los preservativos (“ABC” en inglés) es extremadamente ideológico. Refleja la presión de los gobiernos moralmente conservadores (los EE.UU., el Vaticano, gobiernos islámicos conservadores asociados en una alianza de otra manera improbable) a favor de las actitudes tradicionales hacia la castidad, el matrimonio, la fidelidad y la sexualidad. En la más reciente Cumbre de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA a finales de 2006 la alianza conservadora fue incapaz de evitar la inserción de un fuerte compromiso verbal en pro de incrementar el poder negociador de las mujeres en relación con los hombres en sus relaciones, no obstante lo cual tuvo éxito en cuanto a excluir un fuerte compromiso para mejorar la prevención entre grupos discriminados pero vulnerables tales como hombres que mantiene relaciones sexuales con hombres, prostitutas y drogadictos. Es imposible conseguir acceso a la información y el tratamiento que se necesitan mientras que la homosexualidad y el consumo de drogas no sólo se vean negativamente sino que en muchos países afectados sean realmente ilegales. La despenalización –y muchos más la normalización– de las actividades que pueden expandir el virus es un paso mínimo. Pero la finalización de la persecución y del estigma, aunque obviamente esencial es una pesadilla política tan tremenda para los moralmente conservadores que es posible que se produzca un cambio en sus preferencias de financiación, pasándolas de la útil prevención (con todos sus supuestos peligros morales) al trata-

miento. La política de prevención nunca ha sido más necesaria que ahora, pero su financiación se puede convertir en una lucha contra la corriente.

c. El continuado reto de la prevención

La política de prevención ha tenido algunos éxitos específicos, incluso basados en el código ABC que es esencialmente ideológico más que práctico; pero en términos mundiales ha sido un fracaso. El hecho de que 65 millones de personas se hayan infectado es suficiente para justificar ese veredicto. El hecho de que de algunas maneras la mayor disponibilidad de tratamiento puede dar como resultado unos mayores riesgos ya que las personas se comportan más descuidadamente implica que la mayor disponibilidad de tratamiento debe ir codo con codo con una prevención más efectiva. Esto no significa más de lo mismo. Debe significar la eliminación de algo de la reticencia ideológica que ha condenado efectivamente a muerte a muchas personas. ABC es una incoherente combinación de buenos y malos consejos. Primero, la abstención eliminará, como es natural, todo peligro de VIH se transmisión sexual. Pero no es un buen consejo, ya que resulta muy sencillo incumplirlo. Las personas que con toda sinceridad se comprometen a la abstención se pueden encontrar en situaciones en las que no puedan mantener firme su resolución. La abstención es muy a menudo una comportamiento que no se puede mantener. Las personas que se apartan de ella pueden estar poco o nada preparadas para ello tanto en el sentido psicológico como en el práctico. Arrastran una idea de la sexualidad que muy pocos seres humanos son capaces de practicar; pero probablemente no llevarán consigo un preservativo que sencillamente les podría salvar la vida. Segundo, “ser fiel” (monogamia) es un consejo todavía peor. El número de personas con las que se hayan mantenido relaciones sexuales no es relevante como tal para la infección con VIH; lo que es relevante es si el compañero o compañera sexual (o los compañeros o compañeras sexuales) es/son seropositivo/s y si la actividad sexual con esa persona es segura o insegura. La fidelidad para con alguien que ya está infectado de VIH es sencillamente un suicidio inconsciente. Sin embargo, es lo que numerosos gobiernos y organizaciones de prevención están aconsejando a la gente que hagan. En tercer lugar, los preservativos son, naturalmente, una protección efectiva. Pero pueden ser tan difíciles de llevar a la práctica como la abstención.

El programa de prevención ha de recibir una nueva importancia en la era del tratamiento. Pero se debe basar en un conjun-

to de recomendaciones, sencillo y no ideológico, para organizaciones e individuos por igual: el ABC se debe sustituir por el menos fácil de recordar SAS (Sangre no infectada, Agujas limpias y Sexo seguro). Otros, en la misma línea, han sugerido la alternativa CAN: Condomes, Agujas y Negociación (Sinding, 2005). El asunto de la sangre para transfusiones corresponde a las autoridades responsables de la sanidad pública, como en parte les incumbe también el de “agujas limpias”. Probablemente se producen más infecciones de las que por lo general se conocen, al menos en los países pobres, debido a fallos de higiene en los servicios de salud (véase Gisselquist et al. 2006). Esto evidencia cuán importante es, no sólo para la salud de la nación, sino también para la prevención del SIDA, mantener y mejorar los servicios públicos de salud. La otra parte de “agujas limpias” se refiere, naturalmente, a los consumidores de drogas. Se les debe aconsejar personalmente que siempre usen agujas limpias y las autoridades competentes deben hacer que las jeringuillas sean tan fáciles de conseguir como sea posible: en los centros sociales, en las farmacias y en las cárceles. La tarea de reducir la transmisión del SIDA de esta manera no se debe confundir con la otra de reducir el consumo de drogas y la adicción a ellas, del mismo modo que no se debe confundir o combinar con una campaña acerca de la moralidad sexual. Finalmente nos queda el sexo seguro, del que la abstención se puede considerar un extremo – el más seguro de todos, hasta que le pillan a uno desprevenido. En el otro extremo está la penetración con eyaculación protegida por un preservativo. Pero entre ambos extremos hay una enormidad de formas de contactos sexuales que pueden proporcionar placer sin peligro de la infección. La lucha por un sexo seguro se ha llevado especialmente al terreno de las personas que tienen las más altas tasas de actividad sexual, de aquellas que todavía no han dado inicio a su vida sexual y a los grupos con tasas especialmente altas de infección. Hay tareas y técnicas especiales destinadas a reducir la infección y que es necesario aplicar de diferentes maneras a los adultos sexualmente activos, a las comunidades aisladas y discriminadas de homosexuales y consumidores de drogas, y a las escuelas. Y se ha de descartar de tal programa toda discusión de lo que es natural, normal o moral, al igual que el concepto de grupo de alto riesgo que incita a la discriminación, el estigma, el aislamiento y el secretismo y que a buen seguro ha ayudado a propiciar entre las personas no incluidas en “los grupos de alto riesgo” la idea de que ellas no están en peligro ni son una fuente de peligro. En realidad, son personas no pertenecientes a “los grupos de alto riesgo” las que constituyen la inmensa mayoría de personas que viven con el VIH y el SIDA. El que el sexo sea seguro no tiene nada que ver con el género de los participantes,

con el número de personas con que se practique, con que sea gratuito o comercial, o con cual es la relación legal de las personas que lo practican. Es difícil imaginar a George Bush, al Papa o a un Ayatolá (que formaron la Santa Alianza menos santa sobre estos asuntos en la Asamblea General Especial de las Naciones Unidas de 2005) sancionando un programa basado en tal enfoque; ellos preferirán vincular la moral conservadora con la prevención de la enfermedad y, por ello, seguirán siendo responsables de millones de infecciones y en último extremo de millones de vidas perdidas. Ésta es la razón por la que un programa realista ha de ser apoyado con mayor energía por aquellos de nosotros que lo veamos como el camino para una exitosa prevención y, como subproducto, para una vida más libre.

El movimiento homosexual ha contribuido en tres aspectos a esta parte del programa de prevención, y es esta parte la que representa parcialmente los mayores descensos en las tasas de infección. En primer lugar la llegada del SIDA siguió muy de cerca al rápido crecimiento del movimiento de liberación homosexual, lo que ha llevado a una mayor franqueza acerca de la legitimidad de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, y a una nueva espontaneidad –espantosa para muchas personas– al hablar de los detalles físicos de las relaciones sexuales. Esta capacidad de hablar de las cosas tal como son contribuyó en gran medida a la capacidad de abordar el asunto del sexo seguro y en algunos sitios este discurso se propagó a la comunidad heterosexual. En segundo lugar, una gran parte del sexo seguro significó mucho más que el uso de un preservativo para la penetración tradicional: se trataba de descubrir nuevas actividades sexuales placenteras que no entrañaran penetración y que, incluso sin preservativos, no representarían un peligro de infección. Es necesario aplicar el mismo espíritu de descubrimiento sexual a muchos otros contextos sociales diferentes si ha de mejorar la prevención del SIDA. La tercera contribución del movimiento homosexual se centró en el que casi es el mayor de los tabúes: la pornografía. El crecimiento de la pornografía homosexual fue para muchos una forma de sexo seguro, pero al mismo tiempo, durante un largo período la pornografía homosexual evidenciaba casi siempre el uso visible de preservativos en las relaciones con penetración. Éste es otro aspecto del sexo seguro que actualmente está desapareciendo de nuevo, a medida que el sexo “a pelo” está ganando terreno.

La lección que se desprende de esto es que para una exitosa reducción de la epidemia es esencial aumentar la prevención, no reduciéndola nunca, acompañándola además de la introducción generalizada de la TAR. Y es igualmente importante

que la política pública, aunque manifieste claramente la conveniencia de la TAR, no la presente de tal manera que dé a entender que resuelve efectivamente el problema del SIDA a la persona infectada. Esto requiere que se mantenga un cuidadoso equilibrio en la forma en la que se presenta la política de VIH/SIDA. Dado que la difusión de la TAR dio lugar a aumento de las ETS (enfermedades de transmisión sexual) en lugares con programas que ya contaban con muchos años de aplicación, queda demostrado que las ganancias que tanto costó conseguir en materia de prevención se han vuelto a perder fácilmente.

d. ¿Son la prevención y el tratamiento políticas alternativas?

Algunos comentaristas económicos han presentado la idea de que, cuando la financiación es limitada, debe haber un equilibrio en el gasto en una o en el otro. Y algunos han ido más allá, aduciendo que los rendimientos del gasto en prevención son mucho mayores que los del gasto en el tratamiento y que, por ello, la política pública se debe centrar casi enteramente en la prevención. Este razonamiento se basa en el uso de la metodología de la rentabilidad (o eficacia con relación al coste) que mantiene que la prioridad de diferentes políticas se debe ordenar de acuerdo con el coste de alcanzar un objetivo particular. Si ese objetivo es maximizar los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD), entonces los datos acerca del SIDA muestran, de acuerdo con un artículo fuertemente controvertido de Canning (2006) por ejemplo, que la prevención es mucho más efectiva con relación al coste que la TAR.

Basándose en estimaciones hechas en estudios empíricos entre 2002 y 2006 Canning aduce que el coste en dólares de EE.UU. para evitar la pérdida de un AVAD debido al SIDA está entre 1 (en el caso de algunos proyectos de educación entre iguales y de reparto de preservativos entre las trabajadoras y/o trabajadores del sexo) y 631 (en el caso de algunos proyectos de educación en las escuelas sobre el VIH/SIDA), mientras que el coste para la terapia antirretroviral del SIDA, usando fármacos de primera línea solamente, variaba entre 350 y 2.029 y en el caso de fármacos de primera y segunda línea llegaba a 5.175. Estas cifras no son medias mundiales; se derivan de estudios particulares, normalmente de proyectos particulares entre grupos particulares en lugares particulares. A veces son comparaciones de diferentes proyectos. Por lo tanto, aunque tienen en cuenta el gasto improductivo en los proyectos en estudio, no tienen en cuenta el gasto improductivo en otros proyectos, especialmente el gasto general en propaganda por parte de los gobiernos para anunciarse en las calles, en la radio y televisión, etc. A menos que los proyectos estudiados se elijan aleatoriamente, en cuyo caso y si la muestra es suficientemente grande la omisión de proyectos fracasados no marcará una diferencia en los resultados, no recogerán el hecho de que se hayan gastado inútilmente enormes cantidades de dinero en prevención.

Pero el razonamiento de Canning se centra en qué política se ha de seguir a partir de hoy. Sugiere la implementación de todas las políticas más efectivas en cuanto a coste en los 20 países de África donde la infección de VIH es más prevalente y que se comparen los resultados que se esperan de esto con las intervenciones con la TAR. El gasto resultante y los rendimientos que se esperan son como sigue:

Tabla 8: Costes y beneficios estimados de la prevención y el tratamiento en 20 países de África con mortalidad elevada

	Coste (millones de \$)	AVAD ganados, en millones	Infecciones por VIH evitadas, en millones	Coste por AVAD ganado
Prevención	859	30.9	3.53	\$27
Terapia antirretroviral, sólo fármacos de primera línea	1,350	2.4	0.04	\$563
Terapia antirretroviral, fármacos de primera y segunda línea	6,434	3.2	0.04	\$2010

Fuente: Canning 2006, pág. 133.

La tabla ofrece una postura muy clara a favor de centrarse en la prevención en los países muy pobres. No obstante, ésta es una postura muy controvertida ya que, aun cuando defiende directamente políticas de prevención mucho más efectivas, implica dejar sin tratamiento y por lo tanto con menor esperanza de

vida, a las personas ya infectadas en los países pobres. La mayoría de los gobiernos, todos los organismos internacionales que se ocupan del SIDA y muchos escritores e investigadores han rechazado esto claramente. ¿Qué argumentos esgrimen en contra de la posición de Canning? Él mismo los resume.

El primer argumento en contra de aceptar la conclusión de Canning es el tamaño de la epidemia y el daño económico que podría causar. Canning argumenta que es un error elemental establecer prioridades de gasto en proporción al tamaño del problema sanitario. En ese caso si sólo hubiera disponible un tratamiento muy caro e ineficaz, todavía habría motivos justificados para gastar en él. La enormidad de la enfermedad, argumenta, no hace más que reforzar su defensa de una priorización adecuada para eliminarla en cuanto sea posible.

El segundo argumento en contra de Canning es que el análisis exagera los beneficios de la prevención y subestima los del tratamiento. Canning responde que algunos de los efectos externos pueden ser más favorables de lo que él supone, pero también hay que contar con la influencia externa negativa de que el tratamiento estimula el comportamiento de riesgo y por lo tanto hace más difícil la prevención. No tiene previsto que haya ningún aspecto externo lo suficientemente importante para anular la enorme diferencia en la eficacia con relación al coste de la prevención y el tratamiento.

El tercer grupo de argumentos en contra de su postura a los que se enfrenta Canning se compone de tres razonamientos basados en la ética: la “regla del rescate”, que es nuestro deber moral intentar salvar a alguien que está en peligro de muerte, se descarta por irrelevante porque aplicada a la política del SIDA equivale a dar prioridad a aquellos que están enfermos en la actualidad sobre aquellos que estarán enfermos en el futuro si se trata a los enfermos actuales, y sobre aquellos que en la actualidad están afectados por otras enfermedades que podrían tratarse de manera más efectiva con respecto a los costes. El segundo razonamiento es el razonamiento del “vínculo común”, el compromiso colectivo de las personas que viven con el VIH/SIDA debería considerarse como una forma de caridad entre las personas que se sienten identificadas unas con otras. Éste también se descarta como base para la política pública porque al igual que la “regla del rescate” niega que el gasto sanitario debiera ser lo más efectivo posible; “hay un firme contra-argumento que dice que la política pública debería tener una ponderación más igualada entre las personas, como se hace en el análisis de efectividad de costes” (pág. 139). El tercero es que se debería aplicar la misma pauta de cuidados sanitarios en todo el mundo. Está aceptado, dice Canning, que los grupos (nacionales o no) no están moralmente obligados a compartir todo hasta el punto de una igualdad internacional plena.

En los argumentos de Canning hay algunas preguntas y ausencias importantes. En primer lugar está su suposición de que la

TAR aumenta la esperanza de la vida sólo cuatro años. Es de sobra sabido que en entornos ricos en recursos el aumento de la esperanza de vida es mucho mayor que esto. Por ejemplo, en Dinamarca, un país con un sistema sanitario de gran calidad y fácil acceso al tratamiento con la TAR, se ha estimado que la TAR aumentó el plazo de esperanza de vida de una persona de 25 años de edad infectada con el VIH de 19,9 a 32,5 años, un aumento de 12,5 años (Baker 2008). En zonas más pobres con sistemas sanitarios menos desarrollados los aumentos todavía se están sometiendo a investigación pero algunos estudios se muestran más optimistas que la suposición de Canning. Los plazos de esperanza de vida podrán ampliarse a medida que aumente la experiencia con los tratamientos de la TAR.

En segundo lugar, en el artículo no deja claro quién va a recibir el tratamiento. Como ya se ha comentado, el nuevo compromiso con el tratamiento para aquellos que lo necesitan en los países en vías de desarrollo no es lo que parece porque los criterios utilizados son diferentes. En los países desarrollados la proporción de personas que viven con el VIH/SIDA y que están recibiendo la TAR es bastante mayor que la proporción que recibirá la TAR en los países en vías de desarrollo cuando se alcance la “cobertura total”. De manera que en las cifras que utiliza Canning se adopta la misma doble pauta, ya mencionada, entre el norte y el sur. Puede parecer que su argumento se aplicaría todavía más a la TAR en países en vías de desarrollo si se distribuyera conforme a los criterios del DSSHEU en lugar de los de la OMS. Pero la diferencia afecta no sólo a los costes sino también a los beneficios. Los estudios han demostrado que el tratamiento con la TAR reduce los contagios; en un estudio surafricano la diferencia de los dos criterios en el efecto sobre la infección fue muy grande. Éste sugiere la posibilidad (aunque todavía no está determinado por la investigación) que la TAR para una gran proporción de personas infectadas por el VIH ayudaría a generar una importante reducción de los contagios, con independencia de la actividad de prevención. Esto también cambiaría los parámetros del argumento de Canning. Varios estudios han concluido que la TAR es más efectiva respecto a los costes si se inicia con recuentos de CD4 superiores (por ejemplo, Vijayaraghavan et al. 2007, Schakman et al. 2001 y Goldie et al. 2006).

En tercer lugar, Canning menciona el efecto negativo ampliamente observado que ejerce la disponibilidad del tratamiento en un comportamiento sexual de riesgo y esto realmente existe. Pero hay una conexión posiblemente más positiva que no se menciona. La posibilidad de tratamiento puede tener otros efectos en las actitudes y el comportamiento. En primer lugar,

puede sustituir la desesperanza por esperanza, lo que puede traducirse en un comportamiento menos arriesgado. La disponibilidad de tratamiento implica que más personas se harán pruebas y conocerán su situación. Esto puede llevar a que aquellos que supusieron que eran seropositivos pero resulta que no lo son, reduzcan su comportamiento de riesgo para seguir siendo negativos, y para que aquellos que supusieron ser negativos pero han resultado ser seropositivos tomen más precauciones para evitar contagiar a otros, o si su situación llega a ser conocida permitir evitar comportamientos de riesgo a aquellos con quienes están en contacto (por ejemplo, parejas sexuales que descubren la situación de sus compañeras o compañeros). Tener más conocimiento de la situación no elimina el riesgo pero para muchas personas hará posible tomar decisiones más racionales acerca de su propio comportamiento. Seguramente la efectividad de algunas políticas de prevención podría aumentarse si más personas conocieran su situación respecto al VIH. La medida en que puedan llevarse a cabo estas economías externas de tratamiento y pruebas depende de la naturaleza de las campañas de prevención.

El tratamiento también puede ayudar a reducir el estigma contra las personas infectadas. La idea de que tienen una enfermedad como cualquier otra para la que hay fármacos, tratamiento y en cierta medida recuperación puede ayudar a las personas afectadas a contar con la aceptación social. Esto, además, podría ayudar a la prevención ya que aquellas personas en los grupos estigmatizados estarían más dispuestas a someterse a pruebas y a tomar parte en programas de tratamiento y prevención.

Canning reconoce efectivamente que el motivo por el que sus argumentos son poco populares entre los círculos internacionales del SIDA es que no son políticamente correctos. En la actualidad los políticos prefieren financiar el tratamiento más que la prevención. El tratamiento es políticamente correcto porque ayuda a las personas que están sufriendo inmediatamente y se consiguen votos. Los donantes internacionales, especialmente Estados Unidos, prefieren dar publicidad a que están financiando los tratamientos médicos que prolongan la vida de los enfermos que a la financiación de programas de ayuda (que no obstante son efectivos) para que las prostitutas en Bangkok obliguen a sus clientes a utilizar preservativos, o para facilitar jeringuillas esterilizadas a los adictos a la heroína en Johannesburgo. La mayor parte de la prevención efectiva requiere la aceptación de un comportamiento que es indigesto para el código moral de los donantes.

Por ese motivo, gran parte del gasto actual en prevención no puede ser efectivo respecto a los costes porque ofrece mal ase-

soramiento (y por lo tanto ayuda a causar infecciones) y porque las campañas de prevención financiadas por un donante con frecuencia entran en conflicto directo en lo que respecta a consejos y métodos, con las campañas de otros. El argumento de Canning acerca de que el gasto en prevención es efectivo respecto a los costes solamente se aplica a las campañas de prevención con un contenido lógico, es decir, aquellas que realmente previenen. Fomentar un programa de abstinencia y monogamia basado en la moral es poco probable que sea efectivo respecto a los costes ya que éstos han sido ampliamente criticados por ineficaces (véase O'Reilly et al., 2006).

Las actitudes políticas acerca de la política del VIH/SIDA, de acuerdo con Canning, vienen determinadas por el movimiento anti-SIDA que es en gran medida un movimiento de aquellos que están infectados. Y no puede haber un movimiento de respuesta equivalente de aquellas personas que vayan a estar contagiadas en un futuro porque ni siquiera saben quiénes serán. Desde mi experiencia creo que está equivocado acerca de la composición del movimiento anti-SIDA pero, aunque estuviera en lo cierto, no todo son malas noticias. Aquellos que viven con el VIH/SIDA también han sido la columna vertebral de exitosas campañas de prevención. Son mejores en ese cometido que las personas que no están infectadas, porque son ejemplos reales. Y son más convincentes porque sufren las consecuencias de no haber tomado precauciones. Ése es otro de los motivos en el plano humano y político de que la supervivencia más prolongada de personas con VIH/SIDA también vaya a fortalecer desde el punto de vista político el movimiento para la prevención porque las dos cosas no están separadas en el plano político. El caso surafricano contiene un buen ejemplo de una organización que defiende el tratamiento (the *Treatment Action Campaign*) y que también es responsable de las mejoras en la política de prevención (Nattrass 2007 y sitio web de TAC – <http://www.tac.org.za/community/>).

En cualquier caso, en el debate acerca del equilibrio adecuado entre el tratamiento y la prevención no es correcto considerar la TAR como la única forma de tratamiento relevante. Las personas infectadas con el VIH caerán enfermas con el tiempo y esto generará una demanda de tratamiento para sus enfermedades específicas. Parte de este gasto se evitará si la TAR está disponible. En este caso, la evaluación de la efectividad con relación a los costes del tratamiento debe ser el coste neto, tomando en consideración el coste de la TAR pero descontando los ahorros previstos de los costes de otros tratamientos que pueden ser considerables. Canning tiene razón en insistir en que las políticas deben decidirse con independencia absoluta de la

efectividad con relación a los costes. Pero el nivel de efectividad respecto al coste de un tratamiento no es definitivo y menos todavía en el caso de un tratamiento que se está desarrollando y mejorando. Otros estudios han descubierto que la TAR, incluso en países con escasos recursos, es efectiva respecto a los costes sobre la base de los criterios comúnmente utilizados.

IV. Colaboradores

Al igual que otras temibles enfermedades el VIH se propaga no solamente de manera natural y física sino también social y políticamente. Por lo tanto, el virus se las ha arreglado para hacer uso de un conjunto de colaboradores (acciones, actitudes, personas, instituciones y políticas) que han ayudado a propagarlo sin que se tomen las medidas oportunas para frenarlo. Estos colaboradores incluyen la innecesaria ignorancia y negación, el estigma social contra las personas con VIH/SIDA o los grupos asociados con ello, las costumbres sexuales, factores políticos económicos, especialmente desigualdad, discriminación social y económica contra las mujeres y las políticas neoliberales.

a. Ignorancia y negación

En la mayoría de los casos, conocer el estado de salud propio es una parte importante del cuidado de la salud de uno mismo y de otras personas. Aunque ésta es una regla general importante en la práctica puede haber excepciones. Si alguien padece una enfermedad incurable que no es contagiosa, entonces en ocasiones el desconocimiento puede evitar un sufrimiento sin sentido. La negación de que uno está enfermo es, desde luego, una reacción frecuente, natural y hasta cierto punto saludable cuando a alguien le comunican que está gravemente enfermo. Pero es parte de un difícil proceso de adaptación al hecho de estar totalmente informado. Con esta condición concreta, la ignorancia y la negación de la enfermedad real es profundamente disfuncional. En el plano social no hay excepciones a este asunto. Y aun con todo la ignorancia y la negación de varios tipos han sido una parte crucial de la respuesta de la sociedad ante el VIH/SIDA y se han mostrado como firmes colaboradores. Han hecho que la transmisión sea más fácil y han evitado que muchas personas reciban el tratamiento o sigan los consejos que les podrían haber ayudado.

Los individuos pueden no saber que tienen una grave enfermedad contagiosa por varios motivos: temen descubrirlo porque, si otras personas lo saben, suponen que se van a ver estigmatizados; pueden ser incapaces de descubrirlo porque los servicios médicos no están lo bastante desarrollados; pueden no

tener incentivos para enterarse porque no hay un tratamiento paliativo disponible si están enfermos. Por lo tanto el estigma, la cantidad y calidad de los servicios sanitarios y la posibilidad de tratamiento son todos elementos cruciales para ampliar el conocimiento de la epidemia de VIH/SIDA y por lo tanto para ayudar a combatirla. Todos estos factores se derivan de causas sociales, económicas y políticas que pueden cambiarse, aunque a corto plazo puede resultar muy difícil.

La epidemia de VIH/SIDA también se ha visto fuertemente afectada por una forma de negación que es de muy diferente naturaleza y tiene diferentes causas. Ciertamente el fallo de los gobiernos africanos, especialmente el de Sudáfrica, a la hora de admitir la naturaleza y gravedad de la epidemia fue en parte resultado del hecho de que llegó por primera vez durante los años inmediatamente posteriores al final del apartheid y de la investidura del gobierno democrático. Una generación política, que de repente adquiere la libertad necesaria para construir una nueva sociedad, no estaba abierta a la idea de que su tarea principal era dedicar vastos recursos a combatir una epidemia imprevista. Esta reacción, no del todo ilógica, llevó en principio a la negligencia y posteriormente a una forma de negación más consciente y perjudicial.

Cuando el SIDA se identificó por primera vez a comienzos de la década de 1980, era un misterio. Sin conocer la causa, empezaron a circular ideas descabelladas sin ninguna base científica, en parte basadas en la asociación del SIDA con grupos concretos de personas, por ejemplo los hombres homosexuales y los haitianos. Sin embargo, en un espacio de tiempo considerablemente breve, se descubrió que el síndrome estaba provocado por un virus, y desde entonces se han ido acumulando conocimientos científicos sobre la materia. No obstante, una minoría de los comentaristas acerca del SIDA, en vista de la abrumadora evidencia científica, han mantenido una postura de escepticismo sobre la causa del SIDA, negando que el VIH desempeñe un papel decisivo (o incluso que desempeñe papel alguno). En la mayoría de los lugares la influencia de quienes niegan el VIH ha sido limitada, pero en unos pocos ha sido decisiva a la hora de retrasar o distorsionar la prevención y el tratamiento individual o nacional. El caso más notorio es el de Sudáfrica donde durante la última década el Presidente (Thabo Mbeki) y el Ministro de Sanidad (Manto Tshabalala-Msimand) han estado profundamente influenciados por aquellos que niegan tanto la conexión entre el VIH y el SIDA como la efectividad de la TAR y como consecuencia la epidemia está entre las peores de cualquier país (Nattrass 2007). Parece imposible evitar la conclusión de que con diferentes políticas se habrían prologando muchas vidas y se habrían

an evitado sufrimientos. Natrass considera las políticas como perversiones generadas fundamentalmente por la conversión de Mbeki al escepticismo acerca de la línea “oficial” respecto al VIH. Ha habido otros intentos de analizar y explicar en parte las perversiones del gobierno sudafricano buscando en ellas una expresión de nacionalismo, miedo a comprometer a Sudáfrica con un programa que no puede sufragar, que principalmente beneficia a las farmacéuticas internacionales e impuesto desde fuera del país (véase, por ejemplo, Butler, 2005 y Wang 2008).

Un motivo habitual para la negación del VIH/SIDA es un conjunto de ideas que son superficialmente progresistas. En parte se sospecha que un virus sea la causa del SIDA porque ofrece oportunidades para que las farmacéuticas internacionales obtengan beneficios, porque está asociado con lo que se consideran críticas racistas acerca de las costumbres sexuales en los países pobres, porque ve el problema en un marco médico en lugar de social. La causa del SIDA no es un virus, dicen los progresistas que lo niegan, es la pobreza.

Este error no está relacionado con lo que dicen, gran parte de lo cual es correcto, sino con lo que callan. Para condenar el papel de las empresas farmacéuticas que obtienen beneficios o para destacar los determinantes sociales y económicos del SIDA no es necesario negar que el VIH sea su causa. Pero para respaldar la prevención y el tratamiento efectivos es necesario aceptar los hechos científicos sobradamente establecidos.

Uno de los efectos más graves de que personas influyentes nieguen el papel del virus de la inmunodeficiencia adquirida es que pueden minar la lógica que hay detrás de las medidas de prevención y por lo tanto ser indirectamente responsables de muchas infecciones. Y el peor de los efectos de negar que el tratamiento con la TAR sea efectivo es que retrasa el establecimiento de programas de tratamiento y evita que las personas saquen provecho de esos tratamientos. La negación ha tenido como efecto el aumento del número de nuevas infecciones y del sufrimiento y la muerte por SIDA. Como se ha razonado con anterioridad en este artículo, hay una base sólida para afirmar que la pobreza y la desigualdad son co-determinantes del SIDA. Pero como colaboradores del virus y no como alternativas.

Desde luego, siempre existe la posibilidad (extremadamente remota) de que su escepticismo sea correcto. No obstante, aquellos que lo niegan no han tenido éxito, o incluso la mayor parte ni siquiera lo ha intentando, ofreciendo una explicación alternativa a los hechos. Por lo tanto, también han sido incapaces de generar planes alternativos a la prevención y el trata-

miento que no sean las sugerencias, en ocasiones absurdas, del ministro de sanidad sudafricano recomendando medidas puramente nutricionales, como comer remolacha y ajo. Esta epidemia, lamentablemente, no es un chiste.

Otro tipo de negación afecta a los preservativos. Como parte de una campaña contra el uso de los preservativos, en beneficio de la castidad, miembros importantes de la iglesia católica han afirmado públicamente que los preservativos no son eficaces, o (en el caso del Arzobispo de Mozambique) que se fabrican maliciosamente con el virus del SIDA incorporado. De nuevo lo único que se consigue es reducir el efecto de uno de los principales elementos de la mayoría de las campañas de prevención. Aunque las mentiras paranoicas del Arzobispo sirvan para persuadir a algunas personas de las bondades de la abstinencia sexual, también pueden influir en otras para que no se preocupen de si utilizan preservativo o no. Éste es un ejemplo más de consejos desde las alturas que matan.

b. Estigma y discriminación

La discriminación y persecución de ciertos grupos sociales son ataques contra los derechos humanos y sobre esa base deberíamos oponernos tajantemente. Pero en relación con el VIH/SIDA ciertos grupos específicos de personas han llegado a estar considerados como especialmente asociados con la epidemia. Entre estos grupos se incluyen hombres homosexuales, prostitutas, consumidores de drogas por vía intravenosa y en algunos casos miembros de grupos nacionales o étnicos. Muchos de estos grupos ya estaban perseguidos y marginados y su asociación con el VIH/SIDA ha empeorado las cosas. Sufren más que nunca y el estigma contra ellos se traslada a todos aquellos con VIH o SIDA. La existencia de dicho estigma tiene varias consecuencias negativas: se añade a la dificultad de difundir información sobre la prevención en general y entre estos grupos (que en ocasiones han sufrido especialmente altas tasas de prevalencia) en particular. Hace que los miembros de los grupos discriminados teman por su seguridad si buscan asistencia médica o si quieren someterse a una prueba del VIH. Por lo tanto, debilita a todos los enfermos potenciales de SIDA (entre los que se incluye la mayoría de la población) y a los miembros de los propios grupos estigmatizados, que en ocasiones son especialmente vulnerables. El estigma ayuda a la propagación del virus.

c. Costumbres sexuales

El debate acerca de la prevención de la infección por VIH ha adquirido en parte la forma de una polémica entre las costum-

bres sexuales conservadoras y liberales. La mayoría de las personas ven en la abstinencia sexual y la fidelidad en el matrimonio la clave de la prevención. Obviamente es cierto que la transmisión sexual del VIH sería imposible si todo el mundo se comportase estrictamente de acuerdo con el código más conservador de que hombres y mujeres no mantengan relaciones sexuales antes del matrimonio y a partir de ese momento mantenerlas exclusivamente con el cónyuge. Incluso puede haber evidencias de que en la práctica los países más conservadores registran menor incidencia de la epidemia de VIH/SIDA. Pero el modelo conservador de las relaciones sexuales no es el único existente en cualquier sociedad. Los motivos son que las personas rompen el código, en parte como resultado de fuertes deseos sexuales que no siempre son capaces de controlar y/o porque la moralidad sexual imperante es aceptar sexo múltiple con más de una pareja. En las sociedades más conservadoras el modelo conservador se está viniendo abajo, aunque lentamente, porque ninguna sociedad puede adherirse estrictamente a este tipo de modelo. Por lo tanto, basarse en la abstinencia y la fidelidad es una equivocación a la hora de preparar a la población del mundo real para las excepciones. En los casos en que las costumbres sexuales ya están más liberalizadas una campaña de prevención basada en la abstinencia y fidelidad implica tratar de invertir una evolución de siglos y esto es sencillamente impracticable.

No obstante, las costumbres sexuales liberales tienen sus inconvenientes cuando se trata de la prevención de la infección por VIH. Un avanzado grado de liberalismo sexual implica que las personas tienen múltiples parejas sexuales. Pero la mayoría de las relaciones sexuales siguen tomando la forma de la penetración vaginal o anal. La combinación es propicia para la propagación del virus. La propagación puede reducirse si se reduce el número de parejas sexuales, mediante el uso de preservativos en las relaciones sexuales con penetración, o cambiando la naturaleza de las relaciones sexuales, buscando actividades placenteras que tengan menos probabilidades de transmitir el virus o con las que sea imposible transmitirlo. Se ha puesto énfasis en las dos primeras de éstas mientras que la tercera se ha obviado, excepto en cierta medida dentro del movimiento homosexual. Esta omisión significa que la mayoría de las campañas de prevención asumen que la penetración es la única práctica sexual y por lo tanto son incompletas y pueden inducir a error. Se ha perdido el mensaje de que lo más importante en la prevención no es practicar menos sexo, o sexo con menos personas, sino sexo seguro.

Sin embargo, llegado este punto nos encontramos con otro obstáculo. El sexo seguro requiere de la negociación entre las

parejas sexuales. Todavía la discusión de los detalles de la práctica sexual es un tema tabú en el discurso social abierto, pero también en gran medida en la intimidad de la relación sexual. Durante la epidemia de VIH/SIDA solamente las campañas más atrevidas han roto una lanza a favor de hablar abiertamente sobre el contenido del sexo y establecer de este modo el sexo seguro como norma. Desde luego, el virus ha aprovechado al máximo este fallo.

d. Pobreza y desigualdad

La evidencia que se presenta más arriba demuestra que hay una relación real pero compleja entre la pobreza, la desigualdad y el VIH/SIDA. Hay cierta tendencia a que la prevalencia del VIH sea mayor en los países con más pobreza y desigualdad. Dado que una de las ventajas de las personas seropositivas en los países ricos es que tienen muchas más probabilidades de recibir tratamiento y por lo tanto de prolongar su vida (y esto aumenta la prevalencia) la correlación da a entender que la ventaja más importante que tienen los países ricos está relacionada con la prevención. En cualquier caso, la falta de desarrollo lleva a contar con menos recursos disponibles para financiar las campañas de distribución mientras que el bajo nivel de educación y alfabetización y unos medios subdesarrollados dificultan la difusión de la información.

La pobreza del país también influye parcialmente en un servicio sanitario insuficiente y esto complica también aquellas medidas de prevención que dependen de la intervención médica tales como los fármacos para evitar la transmisión de madre a hijo.

Y con relación a la pobreza, la conexión con la prevalencia es más ambigua. Aunque en los países con mayores desigualdades suele haber mayores niveles de prevalencia, hay muchos estudios individuales que demuestran que la incidencia y la prevalencia no son únicamente un reflejo de la posición económica relativa de una persona. Ciertamente, hay una extendida suposición de que las personas más pobres tendrán menos acceso a la información acerca de los medios de prevención y que la incidencia puede ser mayor, pero la prevalencia puede no existir ya que supuestamente también tienen menos acceso al tratamiento y por lo tanto menos esperanza de vida.

A primera vista también hay muchos motivos para suponer que la pobreza relativa implica más riesgo de infección, resultante de las diferencias de conocimiento, relativamente menor acceso a los servicios médicos y el hecho de que el sexo con frecuencia pasa a ser un medio de supervivencia económica para las personas pobres, especialmente mujeres. Trágicamente, la

supervivencia a corto plazo puede depender de actividades que destruyen la esperanza de vida a largo plazo.

Algunas personas se infectan debido a su pobreza, otras a pesar de su riqueza; pero pobres y ricos no son especies separadas, se pueden infectar mutuamente unos a otros. Se ha defendido con fuerza que luchar contra el VIH/SIDA resultaría más fácil cuanto mayor fuera el nivel de solidaridad en una sociedad, tanto a escala nacional como internacional; y una de las principales condiciones para esto es una mayor igualdad social y económica (Barnett y Whiteside, 2006; Farmer 2001).

e. Las circunstancias sociales y económicas de las mujeres

La tasa relativa de prevalencia e incidencia del VIH/SIDA entre hombres y mujeres varía considerablemente de unos países a otros. Donde la epidemia se concentra entre hombres homosexuales y consumidores de drogas, prevalecen los hombres, donde la principal forma de transmisión es el sexo heterosexual entonces prevalecen las mujeres. Dado que, a una escala global, la segunda pauta de infección ha estado creciendo en importancia relativa en comparación con la primera, entonces el número de mujeres afectadas ha aumentado más deprisa que el número de hombres. De acuerdo con las cifras globales de 2006, el número de hombres y mujeres afectados a escala mundial es prácticamente el mismo. Si las tendencias actuales perduran entonces las mujeres pasarán a ser mayoría entre aquellos que viven con el VIH/SIDA e incluso más entre aquellos nuevos infectados.

Tanto los estudios como las evidencias anecdóticas dan a entender que la mayor vulnerabilidad de las mujeres al VIH no se debe a que tengan menos conocimientos acerca de cómo se transmite. En todo caso, parece ser lo contrario. Por lo tanto, el aspecto más influyente en la vulnerabilidad de las mujeres es su inferior capacidad de negociación en situaciones sexuales. Aun cuando puedan saber que la penetración sin preservativo acarrea riesgo de infección, pueden ser incapaces de convencer a su pareja para que utilice preservativo o para que se abstenga de la penetración. Una vez más esto demuestra que la infección por VIH está influenciada por tradiciones sociales y estructuras de poder muy arraigadas que acrecientan enormemente la capacidad del virus para multiplicarse.

f. Servicios y ayuda sanitarios

La ineficacia de los servicios sanitarios y la propagación del VIH/SIDA están conectadas de varias maneras. Los servicios

sanitarios subdesarrollados no cuentan con medios para hacer llegar la información sobre la transmisión a aquellos que la necesitan. No tienen los recursos materiales necesarios para evitar la transmisión del virus, tales como preservativos, fármacos para evitar la transmisión de madre a hijo, ni los medios para hacer pruebas de presencia del virus y así priorizar los medios para aquellos que más los necesitan. Los servicios sanitarios frecuentemente no tienen los medios para hacer pruebas y curar otras infecciones que están íntimamente relacionadas con la propagación del VIH/SIDA, tales como otras ETS, tuberculosis y otras enfermedades que debilitan el sistema inmunológico. No tienen acceso a los fármacos necesarios para el tratamiento ni a los medios para descubrir quién necesita el tratamiento. Además en algunos lugares los propios servicios sanitarios son los responsables directos de la propagación del VIH/SIDA por la reutilización del equipo médico (especialmente agujas) y por una esterilización inadecuada. También se ha informado de muchos casos en que los propios servicios sanitarios están imbuidos de los mismos prejuicios mencionados más arriba que, creando un estigma y no difundiendo la suficiente información acerca de la prevención, ayudan al avance de la epidemia.

Muchas de las deficiencias de los servicios nacionales de salud son el resultado de la pobreza económica de los países. Dado que ni siquiera en las mejores circunstancias posibles el desarrollo puede producirse de la noche a la mañana, a corto plazo la lucha contra el VIH/SIDA depende mucho de la ayuda económica extranjera. Pero los donantes extranjeros también pueden ser portadores de las actitudes que colaboran con la propagación del virus y además, mediante la financiación de medios sanitarios contra el VIH/SIDA, en lugar de financiar servicios sanitarios en general, pueden no poner la ayuda a disposición del mejor uso posible.

g. Políticas económicas

Es una dolorosa ironía que la era de la epidemia de VIH/SIDA haya sido también la era en que la doctrina económica del neoliberalismo se ha expandido por todo el mundo y ha pasado a ser el patrón de las políticas económicas. Muchos de los países pobres donde la epidemia de VIH/SIDA ha estado creciendo con más rapidez se han visto obligados a implementar programas económicos de ajuste estructural, parte de los cuales han implicado la reducción del gasto del estado y en consecuencia una reducción del gasto sanitario cuando lo que se necesita es un aumento (Barnett y Blackwell 2004). Entre 2001 y 2005 el gasto sanitario público como porcentaje de la

renta nacional ha caído en 16 de los 45 países del África Subsahariana y en otros 20 ha subido menos de un 1 por ciento del PIB (Banco Mundial, WDI online 2008).

La fácil disponibilidad del virus para encontrar mecanismos colaboradores –resultantes de sociedades con desigualdades económicas y basadas en la búsqueda de beneficio económico, sistemas sociales donde las mujeres están discriminadas, en las que el sexo es un tema tabú y los grupos tales como homosexuales y consumidores de drogas está perseguidos y estigmatizados– así como las políticas equivocadas del sector sanitario, han permitido que un virus cuya propagación se enfrenta a numerosos obstáculos naturales se convierta en un azote masivo para el ser humano y que cada vez esté peor un cuarto de siglo después de su descubrimiento. Estas cosas no son las causas del SIDA, pero sí son sus amigas y colaboradores.

Referencias

- Actuarial Society of South Africa (ASSA), 2005. *Summary statistics for the ASSA AIDS model for South Africa*, (Summary StatsASSA2003.xls) downloaded from <http://www.assa.org.za/aids/content.asp?id=1000000449>
- Arndt, C. and J.D. Lewis (2000). The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: a preliminary assessment, *South African Journal of Economics*, Vol 68, issue 5, December 2000.
- Arndt, C. and J.C. Lewis (2002), “The HIV/AIDS pandemic in South Africa: sectoral impacts and unemployment”, *Journal of International Development*, 13, 427–449
- Auvert B, Males S, Puren A, Taljaard D, Crael M, Williams B. 2004. “Can HAART reduce the spread of HIV? A study in a township of South Africa”. International Conference on AIDS. 2004 Jul 11-16; 15: abstract no. TuPeC4717. INSERM, Paris, France
- AVERT, 2008, Averting HIV and AIDS, HIV and AIDS in Countries and Regions (<http://www.avert.org/aids-countries.htm>).
- Baker, Ronald 2008. “Young HIV positive adults in Denmark have a life expectancy of more than 30 years in the HAART era”, HIV and hepatitis website (http://www.hivandhepatitis.com/recent/2007/012607_a.html).
- Barnett, Tony and Alan Whiteside, *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*, New York and Basingstoke: Palgrave Macmillan, second edition 2006
- Barnett, T., & Blackwell, M. 2004. *Structural Adjustment and the spread of HIV/AIDS*. London: Christian Aid. (<http://www.uea.ac.uk/aids/papers/AIDS-SAPpublicationApril20.pdf>)
- Bell, Clive, Shantayanan Devarajan and Hans Gersbach, “The Long-run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa”, World Bank Discussion Paper, WPS 3152, June 2003. (http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/11/10/000160016_20031110113834/Rendered/PDF/wps3152.pdf).
- Bloom, David A. and Ajay S. Mahal (1997). “Does the AIDS epidemic threaten economic growth?”, *Journal of Economic Perspectives*, 1997: 105–124.
- Bloom D., Canning D., Graham B. (2003). “Longevity and life-cycle savings”, *Scandinavian Journal of Economics*, 105:319–338.
- Bonnel, R. (2000). “HIV/AIDS: Does it Increase or Decrease Growth in Africa?”, ACT, Africa Department, Washington, DC, World Bank.
- Bureau for Economic Research (BER) (University of Stellenbosch), 2006. *The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS under Alternative Intervention Scenarios (with specific reference to ART) on the South African Economy*, BER, University of Stellenbosch.
- Butler, Anthony 2005, South Africa’s HIV/AIDS policy 1994–2004: how can it be explained?, *African Affairs*, Vol. 104, No. 417, 591–694
- Campbell, Catherine, *Letting Them Die: Why HIV/AIDS Intervention Programmes Fail*, The International African Institute in association with, Oxford, Bloomington & Indianapolis, and Cape Town: James Currey, Indiana UP and Double Storey, 2003.
- Canning, David, “The Economics of HIV/AIDS in Low-Income Countries: the Case for Prevention”, *The Journal of Economic Perspectives* Vol. 20, No. 3, Summer 2006
- Cuddington J.T. and J.D. Hancock (1994). “The Macroeconomic impact of AIDS in Malawi: a dualistic labor-surplus economy”, *Journal of African Economies*, 4(1): 1–28.
- Cuddington, J.T. (1993). “Further Results on the Macroeconomic Effects of AIDS. The Dualistic Labor-Surplus Economy”, *The World Bank Economic Review*, 7(3): 403–427.

- d'Adesky, Anne-Christine 2004. *Moving Mountains: the Race to Treat Global AIDS*, London and New York, Verso, 2004
- Dandona, L., Vemu, L., Sudha, T., Kumar, G. A. and Dandona, T., 2006. "A population-based study of human immunodeficiency virus in south India reveals major differences from sentinel surveillance-based estimates", *BMC Medicine*, Vol. 4, Issue 1. (<http://www.biomedcentral.com/1741-7015/4/31>).
- Dixon S, McDonald S, Roberts J. AIDS and economic growth in Africa: a panel data analysis. *J Int Dev* 2001;13:411-26.
- Dorrington, Rob, Leigh Johnson, Debbie Bradshaw and Timothy-John Daniel, 2006, *The Demographic Impact of HIV/AIDS in South Africa: National and Provincial Indicators for 2006*, The Centre for Actuarial Research, The Burden of Disease Research Unit and The Actuarial Society of South Africa, available at: <http://www.mrc.ac.za/bod/DemographicImpactHIVIndicators.pdf>
- Farmer, Paul, *Infections and Inequalities: the Modern Plagues*, Berkeley: University of California Press, 2001
- Fassin, Didier and Helen Schneider, "The politics of AIDS in South Africa: beyond the controversies", *British Medical Journal* 2003;326:495-7. Available on the internet at: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/reprint/326/7387/495>
- from Wikipedia Filmer, Deon and Martha Ainsworth 2002, "Poverty, AIDS and Children's Schooling: a targeting dilemma", World Bank Policy Research Working Paper, No. 2885.
- Fylkesnes, K., R.M. Musonda, K. Kasumba, Z. Ndhlovu, F. Mluanda, L. Kaetano, and C.C. Chipaila. 1997. The HIV epidemic in Zambia: Socio-demographic prevalence patterns and indications of trends among childbearing women. *AIDS* 11(3): 339-345.
- Gisselquist, David; Garance Upham; John J. Potterat. Efficiency of Human Immunodeficiency Virus Transmission Through Injections and Other Medical Procedures: Evidence, Estimates, and Unfinished Business, *Infection Control and Hospital Epidemiology* September 2006, vol. 27, no. 9.
- Goldie, Sue J., M.D., M.P.H., Yazdan Yazdanpanah, M.D., Ph.D., Elena Losina, Ph.D., Milton C. Weinstein, Ph.D., Xavier Anglaret, M.D., Ph.D., Rochelle P. Walensky, M.D., M.P.H., Heather E. Hsu, A.B., April Kimmel, M.S., Charles Holmes, M.D., M.P.H., Jonathan E. Kaplan, M.D., and Kenneth A. Freedberg, M.D., "Cost-effectiveness of HIV treatment in resource-poor settings - the case of Côte d'Ivoire", *The New England Journal of Medicine*, September 14 2006, Volume 355:1141-1153.
- Haaker, Markus (ed), *The Macroeconomics of HIV/AIDS*, Washington DC: International Monetary Fund, (November 2004) (downloadable at: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/AIDS/eng/index.htm> (accessed May 21 2008))
- HIV/AIDS Indicators Country Reports 2006, Zambia 1992-2003, http://www.measuredhs.com/hivdata/reports/pdf_temp/FB25B690-1143-E773-EB16C6824BF8B CFB.pdf
- Human Sciences Research Council (South Africa) (2005). Source: South African National HIV Prevalence, HIV Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2005, Fact sheet 1 (<http://www.hsrb.ac.za/Factsheet-40.phtml>)
- Iliffe, John, *The African AIDS Epidemic: a history*, Athens, Oxford and Cape Town: Ohio UP, James Currey and Double Storey, 2006
- International Comparison Program (ICP) 2008. 2005 International Comparison Program: tables of final results, February 2008, Washington DC, World Bank (http://sitere-sources.worldbank.org/ICPINT/Resources/ICP_final-results.pdf).
- International Labour Office (ILO) (2006). *HIV/AIDS and Work: Global Estimates, Impact of Children and Youth, and Response*, Geneva: ILO.
- Kalemli-Ozcan, Sebnem & Ryder, Harl E. & Weil, David N., 2000. "Mortality decline, human capital investment, and economic growth," *Journal of Development Economics*, Elsevier, vol. 62(1), pages 1-23, June.
- Kalemli-Ozcan, Sebnem (2006). "AIDS, Reversal of the Demographic Transition and Economic Development: Evidence from Africa", *NBER Working Paper* No. 12181.
- Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong and Jayati Ghosh (eds), *HIV & AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*, Oxford: Blackwell, 2004.
- Macfarlan, M. and S. Sgheri, "The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Botswana", IMF Working Paper, No. 01/80, Research Department and African Department. (CHECKONLINE ADDRESS).
- Measure DHS 2007, "Côte d'Ivoire: AIS, 2005 - HIV Fact Sheet", http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/HF14/CotedIvoire_HIV_factsheet_eng.pdf

- Medical Research Council (MRC), Burden of Disease Unit (South Africa) (2003). *Initial Burden of Disease Estimates for South Africa, 2000*, South Africa.
- Mishra, Vinod et al., 2007. "A study of the association of HIV infection with wealth in sub-Saharan Africa", *DHS Working Papers*, 2007, No. 31, <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/WP31/WP31.pdf>
- Natrass, Nicoli, *The Moral Economy of AIDS in South Africa*, Cambridge: Cambridge University Press, 2004
- Natrass, Nicoli 2007. *Mortal Combat: AIDS denialism and the struggle for antiretrovirals in South Africa*, Scottsville: University of KwaZulu-Natal Press.
- OECD 2007. Development Cooperation Directorate, Statistical Annex of the 2006 Development Cooperation Report (http://www.oecd.org/document/9/0,3343,en_2649_34447_1893129_1_1_1_1,00.html)
- Ojha, Vijay P. and Basanta K. Pradhan 2006, "The Macroeconomic and Sectoral Impacts of HIV and AIDS in India", National AIDS Control Organization; UNDP; National Council of Applied Economic Research (NCAER), <http://www.ncaer.org/downloads/Reports/CGE.pdf>
- O'Reilly K, Medley A, Dennison J, Sweat MD. 2006. "Systematic review of the impact of abstinence-only programmes on risk behavior in developing countries (1990–2005). In: XVIth International AIDS Conference. Toronto, Canada, 13–18 August 2006.
- Over, A.M. (1992), "The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa", AFTPN Technical Working Paper 3, Population, Health and Nutrition Division, Africa Technical Department, Washington, DC, World Bank.
- Piot, Peter, Robert Greener and Sarah Russell, "Squaring the Circle: AIDS, Poverty, and Human Development", Geneva, UNAIDS, October 2007, available at http://medicine.plos-journals.org/archive/1549-1676/4/10/pdf/10.1371_journal.pmed.0040314-L.pdf
- Rehle, Thomas, Olive Shisana, Victoria Pillay, Khangelani Zuma, Adrian Puren, Warren Parker, 2007. "National HIV incidence measures – new insights into the South African epidemic", *South African Medical Journal*, 97, 194–9, March.
- Review of African Political Economy*, special issue of AIDS and Africa
- Routledge, part of the Taylor & Francis Group, Volume 23, Number 1 January 2005 3–26.
- San Francisco Department of Public Health 2007, (HIV/AIDS Statistics, Epidemiology, and Intervention Research Section), 2006. *HIV/AIDS Epidemiology Annual Report 2006* (<http://www.dph.sf.ca.us/PHP/RptsHIVAIDS/HIVAIDAnnRpt2006.pdf>)
- Schackman, Bruce R., PhD, Sue J. Goldie, MD, MPH, Milton C. Weinstein, PhD, Elena Losina, PhD, Hong Zhang, SM and Kenneth A. Freedberg, MD, MSc, "Cost-Effectiveness of Earlier Initiation of Antiretroviral Therapy for Uninsured HIV-Infected Adults", September 2001, Vol 91, No. 9 | *American Journal of Public Health* 1456-1463.
- Sinding, Steven, 2005. "Does "CNN" (Condoms, Needles, Negotiation) work better than "ABC" (Abstinence, Being Faithful and Condom Use) in attacking the AIDS epidemic", *International Family Planning Perspectives*, Vol 31, No 1, March. (http://www.guttmacher.org/pubs/journals/310380_5.html).
- Teshale, Eyasu, L. Kamimoto, N. Harris, J. Li, H. Wang, and M. McKenna 2005. "Estimated number of HIV-persons eligible for and receiving HIV antiretroviral therapy, 2003, United States", paper to 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston Mass., February 22–25, 2005 (<http://www.aegis.com/conferences/croi/2005/167.html>).
- UNAIDS 2006a. *Report on the global AIDS epidemic* (http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/GR06_en.zip).
- UNAIDS 2006b, AIDS epidemic update 2006. (http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_en.pdf).
- UNAIDS, 2007a, "Table of results of recent population-based surveys", http://data.unaids.org/pub/InformationNote/2007/070705_comparativestats_hhsurvey_en.pdf (accessed July 20 2007).
- UNAIDS, 2007b (authors – Kennifer Kagtes, José-Antonio Izazola and Eric Lief). "Financing the response to AIDS in low- and middle-income countries. International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments, 2006", UNAIDS, Kaiser Family Foundation and CSIS.
- UNAIDS, 2007c. *AIDS epidemic update 2007*, (http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_en.pdf)
- van Wyk, H. de J. 2007. "National and Provincial Personal Income 1960--2007)", <http://www.unisa.ac.za/contents/faculties/ems/docs/Press361.pdf>

- Vijayaraghavan A, Efrusy MB, Mazonson PD, Ebrahim O, Sanne IM, Santas CC., 2007. "Cost effectiveness of alternative strategies for initiating and monitoring highly active antiretroviral therapy in the developing world", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*. 2007 Sep 1;46(1):91-100.
- Wall, Martin, 2003. Estimating the Economic Impact of HIV/AIDS on the Countries of the Former Soviet Union, Economic and Statistics Analysis Unit, November 2003, ESAU Working Paper 1, Overseas Development Institute, London (http://www.odi.org.uk/esau/publications/working_papers/esau_wp1.pdf)
- Wang, Joy 2008, "AIDS denialism and "The humanisation of the African"", *Race and Class*, Vol 49, No. 3 1-18.
- WHO, 2006. *Projections of mortality and burden of disease to 2030*, (<http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodprojections2030/en/index.html>)
- WHO, 2007a, Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress Report, April 2007
- WHO, 2007b. "Ten statistical highlights in global public health", Geneva: WHO. (http://www.who.int/whosis/whostat2007_10highlights.pdf)
- WHO, 2008. Towards Universal Access: Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector, Progress Report, June 2008.
- World Bank 2008, *World Development Indicators*, online edition.
- Young, Alwyn (2005). "The Gift of the Dying: the Tragedy of AIDS and the Welfare of Future African Generations", *Quarterly Journal of Economics*, May 2005, CXX, 2: 423-466.

LAN-KOADERNOAK

CUADERNOS DE TRABAJO

WORKING PAPERS

0. Otra configuración de las relaciones Oeste-Este-Sur. Samir Amin
 1. Movimiento de Mujeres. Nuevo sujeto social emergente en América Latina y El Caribe. Clara Murguialday
 2. El patrimonio internacional y los retos del Sandinismo 1979-89. Xabier Gorostiaga
 3. Desarrollo, Subdesarrollo y Medio Ambiente. Bob Sutcliffe
 4. La Deuda Externa y los trabajadores. Central Única de Trabajadores de Brasil
 5. La estructura familiar afrocolombiana. Berta Inés Perea
 6. América Latina y la CEE: ¿De la separación al divorcio? Joaquín Arriola y Koldo Unceta
 7. Los nuevos internacionalismos. Peter Waterman
 8. Las transformaciones del sistema transnacional en el periodo de crisis. Xoaquin Fernández
 9. La carga de la Deuda Externa. Bob Sutcliffe
 10. Los EE.UU. en Centroamérica, 1980-1990. ¿Ayuda económica o seguridad nacional? José Antonio Sanahuja
 11. Desarrollo Humano: una valoración crítica del concepto y del índice. Bob Sutcliffe
 12. El imposible pasado y posible futuro del internacionalismo. Peter Waterman
 13. 50 años de Bretton Woods: problemas e interrogantes de la economía mundial. Koldo Unceta y Francisco Zabalo
 14. El empleo femenino en las manufacturas para exportación de los países de reciente industrialización. Idoye Zabala
 15. Guerra y hambruna en África. Consideraciones sobre la Ayuda Humanitaria. Karlos Pérez de Armiño
 16. Cultura, Comunicación y Desarrollo. Algunos elementos para su análisis. Juan Carlos Miguel de Bustos
 17. Igualdad, Desarrollo y Paz. Luces y sombras de la acción internacional por los derechos de las mujeres. Itziar Hernández y Arantxa Rodríguez
 18. Crisis económica y droga en la región andina. Luis Guridi
 19. Educación para el Desarrollo. El Espacio olvidado de la Cooperación. Miguel Argibay, Gema Celorio y Juanjo Celorio
 20. Un análisis de la desigualdad entre los hombres y las mujeres en Salud, Educación, Renta y Desarrollo. Maria Casilda Laso de la Vega y Ana Marta Urrutia
 21. Liberalización, Globalización y Sostenibilidad. Roberto Bermejo Gómez de Segura
- Bibliografía Especializada en Medio Ambiente y Desarrollo.** Centro de documentación Hegoa
22. El futuro del hambre. Población, alimentación y pobreza en las primeras décadas del siglo XXI. Karlos Pérez de Armiño
 23. Integración económica regional en África Subsahariana. Eduardo Bidaurrezaga Aurre
 24. Vulnerabilidad y Desastres. Causas estructurales y procesos de la crisis de África. Karlos Pérez de Armiño
 25. Políticas sociales aplicadas en América Latina. Análisis de la evolución de los paradigmas en las políticas sociales de América Latina en la década de los 90. Iñaki Valencia
 26. Equidad, bienestar y participación: bases para construir un desarrollo alternativo. El debate sobre la cooperación al desarrollo del futuro. Alfonso Dubois
 27. Justicia y reconciliación. El papel de la verdad y la justicia en la reconstrucción de sociedades fracturadas por la violencia. Carlos Martín Beristain
 28. La Organización Mundial de Comercio, paradigma de la globalización neoliberal. Patxi Zabalo
 29. La evaluación ex-post o de impacto. Un reto para la gestión de proyectos de cooperación internacional al desarrollo. Lara González

30. Desarrollo y promoción de capacidades: luces y sombras de la cooperación técnica. José Antonio Alonso
31. A more or less unequal world? World income distribution in the 20th century. ¿Un mundo más o menos desigual? Distribución de la renta mundial en el siglo XX. Bob Sutcliffe
32. ¿Un mundo más o menos desigual? Distribución de la renta mundial en el siglo XX. Munduko desbertasunak, gora ala behera? Munduko errentaren banaketa XX mendean. Bob Sutcliffe
33. La vinculación ayuda humanitaria - cooperación al desarrollo. Objetivos, puesta en práctica y críticas. Karlos Pérez de Armiño
34. Cooperación internacional, construcción de la paz y democratización en el Africa Austral. Eduardo Bidaurraga y Jokin Alberdi
35. Nuevas tecnologías y participación política en tiempos de globalización. Sara López, Gustavo Roig e Igor Sábada
36. Nuevas tecnologías, educación y sociedad. Perspectivas críticas. Ángeles Díez Rodríguez, Roberto Aparici y Alfonso Gutiérrez Martín
37. Nuevas tecnologías de la comunicación para el Desarrollo Humano. Alfonso Dubois y Juan José Cortés
38. Apropiarse de Internet para el cambio social. Hacia un uso estratégico de las nuevas tecnologías por las organizaciones transnacionales de la sociedad civil. Social Science Research Council
39. La participación: estado de la cuestión. Asier Blas y Pedro Ibarra.
40. Crisis y gestión del sistema global. Paradojas y alternativas en la globalización. Mariano Aguirre. ¿Hacia una política post-representativa? La participación en el siglo XXI. Jenny Pearce
41. El Banco Mundial y su influencia en las mujeres y en las relaciones de género. Idoye Zabala
42. ¿Ser como Dinamarca? Una revisión de los debates sobre gobernanza y ayuda al desarrollo. Miguel González Martín
43. Los presupuestos con enfoque de género: una apuesta feminista a favor de la equidad en las políticas públicas. Yolanda Jubeto
Los retos de la globalización y los intentos locales de crear presupuestos gubernamentales equitativos. Diane Elson
44. Políticas Económicas y Sociales y Desarrollo Humano Local en América Latina. El caso de Venezuela. Mikel de la Fuente Lavín, Roberto Viciano Pastor, Rubén Martínez Dalmau, Alberto Montero Soler, Josep Manel Busqueta Franco, Roberto Magallanes

