

Máster en Desarrollo y Cooperación Internacional

Hegoa

Instituto de Estudios sobre Desarrollo y Cooperación Internacional
Nazioarteko Lankidetzeta eta Garapenari buruzko Ikasketa Institutua

Trabajo Fin de Máster

**El desafío del VIH/SIDA
en África Subsahariana:**
Incidencia, género y políticas públicas

Estíbaliz Osés Arranz

(Curso 2020/2021)



Tutor/a:

Eduardo Bidaurratzaga Aurre

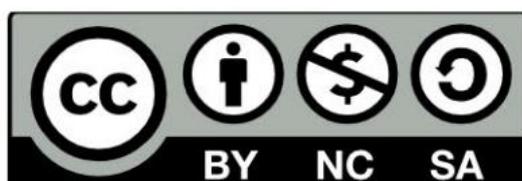
Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 40

Hegoa
www.hegoa.ehu.es
✉ hegoa@ehu.es

UPV/EHU. Edificio Zubiria Etxea
Avenida Lehendakari Agirre, 81
48015 Bilbao
Tel.: (34) 94 601 70 91 --- Fax.: (34) 94 601 70 40

UPV/EHU. Biblioteca del Campus de Álava.
Nieves Cano, 33
01006 Vitoria-Gasteiz
Tfno. / Fax: (34) 945 01 42 87

UPV/EHU. Centro Carlos Santamaría.
Plaza Elhuyar, 2
20018 Donostia-San Sebastián
Tfno.: (34) 943 01 74 64



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-Compartirigual 3.0 Unported](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/)

MÁSTER EN DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL

El desafío del VIH/SIDA en África Subsahariana: Incidencia, género y políticas públicas

Trabajo de Fin de Máster

Estíbaliz Osés Arranz

Director: Eduardo Bidaurratzaga Aurre

Curso 2020/2021



Tabla de contenido

1. Introducción.....	4
2. Políticas internacionales de salud: Evolución de la práctica y del debate entre enfoques verticales vs horizontales	6
3. Expansión y efectos de la epidemia en África Subsahariana: ¿Una cuestión de género?.....	11
3.1. El VIH/SIDA en cifras: África Subsahariana en el marco global	12
3.2. Género, pobreza y educación en AS: Mujeres, el rostro de la enfermedad.....	14
3.3. Grupos clave y barreras de acceso a servicios sanitarios	20
4. Políticas de lucha contra el VIH/SIDA en AS: Progresos y limitaciones	26
4.1. Primeras reacciones y transición de la prevención al tratamiento.....	27
4.2. Gubernamentalidad como eje central de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA.....	30
4.3. Progreso en los avances médicos y políticas del tratamiento del VIH/SIDA en AS	34
4.4. El enfoque transversal de género en las políticas públicas.....	40
4.5. El futuro de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA	47
5. Conclusiones.....	50

Índice de figuras

Figura 1. Comparativa de la prevalencia, incidencia y mortalidad del VIH/SIDA entre AS y resto del mundo, y proporción de la población total de AS sobre población mundial en 2019 (%)	13
Figura 2. Incidencia por cada 1000 habitantes del VIH/SIDA en AS y mundo durante el periodo 1990-2019	14
Figura 3. Prevalencia del VIH/SIDA por sexo y región de AS (%) en población adulta (>15años) con VIH/SIDA, 2019	15
Figura 4. Descenso de la incidencia del VIH/SIDA desde 2010 entre mujeres adolescentes y jóvenes (15-24 años), en la zona sur y este de AS	16
Figura 5. Prevalencia de VIH/SIDA en mujeres y hombres jóvenes (15-24 años) sobre población total nacional en 6 países de AS, 2019	17
Figura 6. Disparidades de género en parámetros clave del VIH/SIDA en adultos (>15años) en la zona sur y este de AS, 2019	20
Figura 7. Distribución de nuevos casos de VIH/SIDA en AS en grupos poblacionales clave y clientes/parejas sexuales sobre población total subregional de entre 15 y 49 años (%) en 2019	21
Figura 8. Porcentaje de personas de 15 a 49 años que no estarían dispuestas a comprar verduras a un/a tendero/a con VIH/SIDA en varios países de AS, 2000-2019 ..	22
Figura 9. Comparativa del impacto de la estrategia Fast-Track entre las dos principales zonas de AS y el mundo, 2019	36
Figura 10. Recursos disponibles para la respuesta al VIH/SIDA en la zona sur y este de AS, desagregada por las principales fuentes de financiación 2010-2019	37
Figura 11. Recursos disponibles para la respuesta al VIH/SIDA en la zona centro y oeste de AS, desagregada por principales fuentes de financiación 2010-2019 ..	38
Figura 12. Índice de Desigualdad de Género por regiones, 2018	41
Figura 13. Uso de preservativos entre jóvenes (15-24 años), 2012-2018	43

Índice de tablas

Tabla 1. Objetivos/indicadores desagregados por sexo en NSPs de 18 países africanos	44
Tabla 2. Objetivos de desigualdad de género en NSPs de 18 países africanos	45

Índice de siglas y acrónimos

ARV: Antirretrovirales

AS: África Subsahariana

BM: Banco Mundial

FMI: Fondo Monetario Internacional

GFTAM: Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH/SIDA, Tuberculosis y Malaria o Fondo Mundial]

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

IDG: Índice de Desigualdad de Género

LGBT(I): Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero (e Intersexuales)

MSM: Mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres

NSPs: National Strategic Plans [Planes Estratégicos Nacionales]

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONGD: Organización No Gubernamental para el Desarrollo

ONU: Organización de las Naciones Unidas

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

PEPFAR: President's Emergency Plan for AIDS Relief [Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA]

PIB: Producto Interior Bruto

PPP: Public-Private Partnership [Asociación Público-Privada]

PrEP: Profilaxis de pre-exposición

TARV o TAR: Terapia antirretroviral

UHC: Universal Health Care [Cobertura Sanitaria Universal]

UA: Unión Africana

UNICEF: United Nations Children's Fund [Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia]

VBG: Violencia Basada en Género

VIH/SIDA: Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida

1. Introducción¹

La epidemia del VIH/SIDA se expandió, oficialmente, en la década de los años ochenta, provocando un serio impacto sanitario a nivel global. Tras 40 años desde el origen del virus, todavía no existe una cura o vacuna eficaz. No obstante, la investigación científica ha logrado importantes avances en el tratamiento del VIH/SIDA que han facilitado el descenso de su incidencia y mortalidad. En la actualidad, la innovación en el tratamiento de la enfermedad ha ayudado a convertir el VIH/SIDA en una enfermedad crónica controlable.

A pesar de los avances científicos y tecnológicos, el VIH/SIDA continúa siendo la principal causa de muerte por infección en el mundo. Actualmente, alrededor de 38 millones de personas a nivel global padecen esta enfermedad. Sin embargo, la región más devastada por el VIH/SIDA es África Subsahariana (AS), que conforma más de la mitad de los casos mundiales, con más de 25 millones de personas que tratan de convivir con la infección.

Es evidente que la región de AS sufre las consecuencias más severas, pues en otras regiones y continentes el VIH/SIDA tiene una menor incidencia y un mayor control. Es decir, las personas infectadas en AS tienen una esperanza de vida menor y muchas de ellas viven en condiciones inhumanas por las complicaciones que puede suponer la enfermedad.

En esta zona geográfica, esta enfermedad se agrava debido a importantes factores como la escasez de recursos, la subalimentación, la falta de eficiencia en la gestión a nivel sociopolítico y sanitario, las creencias religiosas y la estigmatización del VIH/SIDA, la vulnerabilidad de las mujeres y de las niñas, las enfermedades infecciosas (como tuberculosis o malaria) y el bajo nivel educativo en sanidad.

Asimismo, el impacto del VIH/SIDA en AS está fuertemente condicionado por la desigualdad de género y las normas culturales. En este sentido, las mujeres son las más afectadas por la enfermedad infecciosa, pero existen otros grupos especialmente vulnerables a contraer el VIH/SIDA (como población homosexual o personas transgénero) que sufren consecuencias fatales debido a las normas culturales de género. Los condicionantes estructurales aumentan la probabilidad de contraer el VIH/SIDA, generan mayor propensión a sufrir violencia y privan a los colectivos especialmente vulnerables de poder de decisión en términos de salud sexual y reproductiva. Por último, las masculinidades normativas desincentivan a los hombres a acceder al sistema sanitario para prevenir o tratar la enfermedad, lo que eleva las tasas de mortalidad del VIH/SIDA en esta población.

Por todo ello, el análisis del VIH/SIDA en AS debe incluir una perspectiva de género que examine las diferencias socioculturales entre mujeres, hombres y otras identidades

¹ Número total de palabras del documento: 19.999 (Referencias bibliográficas excluidas)

para conocer el impacto que éstas tienen sobre la salud. Este aspecto es esencial ya que, más allá del sexo —que se limita al estudio biológico para definir factores de riesgo o la elección de un tratamiento—, el género permite, desde una visión más amplia, valorar problemáticas como las disparidades entre géneros en el acceso y control de los recursos sanitarios.

No obstante, se observa una marcada tendencia a invisibilizar estas características de género en las políticas públicas de gestión del VIH/SIDA en la región y en la recogida de datos de organismos de referencia en la lucha contra la enfermedad. Como resultado, muchas de las intervenciones sanitarias implementadas por la red de actores — organizaciones sanitarias internacionales, financiadores internacionales públicos y privados, ONGDs locales y globales, entre otros— han sido estandarizadas e implementadas desde el enfoque del Norte Global, alejado de los distintos contextos africanos y de su población diversa. Ésta es una de las razones por las que las intervenciones sanitarias hasta la fecha no han sido suficientemente exitosas. Así, se puede afirmar que el severo impacto del VIH/SIDA en AS es el resultado de sistemas políticos y sanitarios ineficientes a escala local por el insuficiente liderazgo de los estados subsaharianos, y a nivel global por la gubernamentalidad guiada por organismos internacionales.

En vista de la emergencia de salud pública que sigue suponiendo la enfermedad — y que continúa deteriorando las condiciones de vida de millones de personas en AS—, el objetivo del presente trabajo es analizar la incidencia e impacto interseccional del VIH/SIDA en distintos grupos poblacionales de la región africana e investigar las limitaciones y los progresos de las políticas públicas implantadas hasta la fecha para, en última instancia, plantear nuevas perspectivas y alternativas que encaren tal problemática.

Para aunar estas ideas, el documento se divide en tres amplios apartados. En primer lugar, se contextualizan las dinámicas políticas de salud a lo largo de la historia del VIH/SIDA a nivel mundial y, en concreto, en AS. En segundo lugar, se analiza la epidemiología del VIH/SIDA en términos cuantitativos para visibilizar el impacto interseccional de esta enfermedad en la región subsahariana. En tercer lugar, se identifican las principales dificultades sociopolíticas, creenciales y de género en dicha región para afrontar la gestión del VIH/SIDA. Por último, se discute si las políticas públicas de salud son efectivas y capaces de transformar la crisis aparentemente permanente del sistema económico y sociosanitario de AS.

2. Políticas internacionales de salud: Evolución de la práctica y del debate entre enfoques verticales vs horizontales

El VIH/SIDA en AS es un asunto prioritario en las agendas de desarrollo, en las políticas y en la gobernanza nacional, regional e internacional. Cuarenta años después de la aparición de la epidemia, los gobiernos, instituciones políticas y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) se enfrentan todavía a un escenario complejo que exige una respuesta urgente para frenar las devastadoras consecuencias de esta enfermedad (Flint, 2011).

En la búsqueda por las herramientas clave para paliar la epidemia surge el debate entre el enfoque de la lucha contra enfermedades específicas (denominado “enfoque vertical”) y el enfoque centrado en atención primaria para abordar todas las enfermedades (“enfoque horizontal”) (Storeng, Prince y Mishra, 2018). ¿Se debe luchar por paliar enfermedades concretas o se debe abogar por el fortalecimiento de los sistemas de salud para abordar las epidemias desde la raíz?

En 1978, la Declaración Alma-Ata —la Conferencia Internacional de Salud más importante de la década, celebrada en Kazajistán con la participación de 134 países, 67 organismos internacionales y diversas ONGs— puso esta cuestión sobre la mesa. En esta ocasión, la Declaración expuso la necesidad de fortalecer la atención primaria sanitaria como base fundamental para proporcionar y promover servicios de prevención, curación y rehabilitación (Tejada de Rivero, 2018).

En particular, el principal objetivo de la Declaración fue lograr sanidad para todas las personas (Storeng et al., 2018; Tejada de Rivero, 2018), entendiendo la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad; (...) un derecho humano fundamental (...)” (Tejada de Rivero, 2018, p.365). Es decir, la Conferencia pretendía promover la equidad en el acceso a la atención y la eficacia en la prestación de los servicios mediante la acción urgente e implicación máxima de gobiernos, de profesionales de la salud, de agentes de desarrollo y de la comunidad mundial (Tejada de Rivero, 2018; Chan, 2008).

Asimismo, la Declaración Alma-Ata enfatizó la responsabilidad de los gobiernos en la salud de sus respectivas poblaciones, en términos de provisión de medidas sanitarias y sociales adaptadas. La desigualdad en el acceso sanitario entre individuos —principalmente entre países del Norte y del Sur— se consideró inaceptable a nivel político, social y económico (Tejada de Rivero, 2018). Con todo, la Declaración Alma-Ata sentó las bases para fortalecer los sistemas de atención primaria de salud, con el fin de lograr la cobertura sanitaria universal.

Sin embargo, este enfoque de salud sufrió distorsiones y llegó a considerarse un ataque hacia el cuerpo médico, que creyó que la Declaración abogaba exclusivamente por el primer nivel de atención. Otros aspectos que obstaculizaron la promoción de la “salud para todos” fueron los acontecimientos mundiales que ocurrieron poco después: la crisis del petróleo, la recesión mundial y la introducción de programas de ajuste estructural

que recortaban los presupuestos nacionales de los servicios sociales, incluida la salud (Chan, 2008).

Los gobiernos africanos implementaron estos programas de ajuste estructural como condición para obtener préstamos del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI) y así enfrentar la crisis fiscal. Dichas condiciones incluían reformas económicas para reducir los gastos del estado y alentar al sector privado. En los países de África, las reformas en el ámbito sanitario introducidas como parte de estos programas quitaron responsabilidad a los estados en términos de provisión y protección sanitaria en tiempos en los que los ciudadanos los necesitaban más que nunca (Storeng et al., 2018).

A principios de 1980, coincidiendo con la disminución de recursos sanitarios, las agencias internacionales y donantes reemplazaron dicha declaración por atención primaria “selectiva”, diseñada para abordar las principales causas de mortalidad mediante intervenciones costo-efectivas (Storeng et al., 2018; Chan, 2008). La aparición del VIH/SIDA, el rebrote de tuberculosis y el aumento en la incidencia del paludismo también contribuyeron al cambio de enfoque de sanidad pública internacional hacia la gestión urgente de enfermedades de alta mortalidad (Chan, 2008). Esta lógica se vio reflejada en la estrategia del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para la supervivencia infantil, que centró sus acciones en la hidratación, lactancia materna, monitoreo de crecimiento e inmunización y otras intervenciones a nivel mundial centradas exclusivamente en la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA (Storeng et al., 2018; Kalibala, 2013).

A principios de la década de 1990, la creciente incidencia del VIH/SIDA (Ritchie y Roser, 2019) derivó en un éxodo masivo de profesionales sanitarios del sector público debido al déficit de medicamentos, equipamiento y fondos para pagar sus salarios. En este contexto, los pacientes sin recursos para pagar sanidad privada quedaron a expensas de donantes extranjeros y de ONGDs, mientras que los que tenían poder adquisitivo se decantaban por la sanidad privada. Las ONGDs se vieron desbordadas e incapaces de cubrir las deficiencias del sistema público. A finales de la década de los 90, muchos países africanos registraron un incremento en las tasas de mortalidad y morbilidad, disminuyendo de manera muy significativa la esperanza de vida, especialmente entre la población carente de recursos para costearse las tasas impuestas por los planes de ajuste estructural.

En las últimas dos décadas, la transición de la sanidad “internacional” a la “global” ha provocado otro nivel de fragmentación en los sistemas nacionales de salud (Storeng et al., 2018). Este cambio terminológico —de internacional a global— refleja un cambio de perspectiva en el que los países e instituciones ya no pueden ver la sanidad como un asunto técnico limitado por fronteras. El propio virus del VIH, por ejemplo, no responde a una lógica fronteriza (Elmendorf, s.f.). Sin embargo, la concepción de sanidad o salud global no se ha logrado asentar en la práctica, ya que continúan existiendo fuertes relaciones de poder del Norte sobre los sistemas nacionales sanitarios del Sur. El

sistema de colaboración intergubernamental establecido tras la II Guerra Mundial y valorado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha abierto camino a iniciativas de salud global en el Sur dominadas por actores poderosos en un marco neoliberal donde sobresalen el Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés), el BM y diversas fundaciones privadas (Kalibala, 2013; Storeng et al., 2018). La fundación más importante en este marco es la Fundación Bill y Melinda Gates.

Poco después de la formación de dicha fundación, se crearon dos grandes asociaciones público-privadas (PPPs, por sus siglas en inglés) para la salud: la Alianza Gavi y el Fondo Mundial para la Lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFTAM, por sus siglas en inglés) (Storeng et al., 2018). En sus inicios, estas entidades promovieron la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en los países del Sur mediante importantes financiaciones, que superaron incluso el presupuesto nacional sanitario en algunos países de África. En Ruanda, por ejemplo, el presupuesto nacional sanitario en 2003 se cifró en 37 millones de dólares (USD); en cambio, la financiación proporcionada por PEPFAR para combatir exclusivamente el VIH/SIDA fue de 187 millones de dólares (USD) en ese mismo año.

A principios de los 2000, se puso a disposición de la población mundial la terapia antirretroviral (TARV o TAR). Durante los años posteriores, se han implementado diversas intervenciones fundamentales para paliar la epidemia en la región. Entre éstas, destacan la circuncisión masculina, el TARV como método para prevenir la transmisión del VIH/SIDA, microbicidas basados en antirretrovirales (ARV) y la profilaxis pre-exposición al VIH (PrEP).

No obstante, todas estas intervenciones técnicas requieren un sistema sanitario completamente funcional. El propio VIH/SIDA, como enfermedad crónica per se, requiere la atención continuada y el seguimiento de los pacientes por parte de atención primaria. Asimismo, exige monitoreo de laboratorio y sistemas farmacéuticos efectivos para evitar la interrupción del suministro farmacológico (Kalibala, 2013).

Sin embargo, los sistemas sanitarios nacionales en la región de AS continúan mostrando fuertes carencias. Además de la expansión del VIH/SIDA, la epidemia del Ébola acontecida entre 2014 y 2015 reflejó, de nuevo, las devastadoras consecuencias de la inestabilidad de los sistemas sanitarios nacionales, especialmente en Guinea, Sierra Leona y Liberia (Storeng et al., 2018; OMS, 2016). Las preocupaciones acerca de los frágiles sistemas nacionales de salud están recogidas en la agenda política. Las llamadas hacia un enfoque más progresivo y comprensivo —para invertir en sanidad pública y garantizar que los costes de la atención sanitaria no excluyan a los “pobres”— están ganando terreno (Storeng et al., 2018).

Varios expertos vinculan la sistemática socavación de los sistemas sanitarios nacionales africanos a las reformas neoliberales y al escenario político e institucional de la sanidad global anteriormente descrito. En países de renta baja, la atención sanitaria ha quedado relegada a ONGDs, PPPs y organizaciones médicas humanitarias que eluden al estado.

Esta afirmación se sostiene, por ejemplo, con el caso del brote de Ébola en Liberia, donde tres cuartas parte de las instalaciones sanitarias gubernamentales fueron gestionadas por ONGDs (Kalibala, 2013).

En la actualidad, estas asociaciones continúan siendo piezas clave en la toma de decisiones, junto con agencias multilaterales, donantes, industria farmacéutica y organizaciones de la sociedad civil. Las ONGDs son vistas como agentes de implementación bajo la coordinación del estado. En una sola década, se han creado más de 100 PPPs para la sanidad mundial. La Fundación Gates ha adquirido un poder significativo en la agenda global de la salud. De hecho, mantiene relaciones oficiales con la OMS y es uno de sus principales donantes (Storeng et al., 2018).

Es evidente que, en los países dependientes de donaciones, el poder para establecer agendas, prioridades y enfoques yace precisamente en estos donantes externos. En la mayoría de ocasiones, estos actores siguen un modelo de atención sanitaria basada en intervenciones de enfermedad vertical —dirigidas a paliar una enfermedad concreta como el VIH/SIDA— o intervenciones seleccionadas —como la provisión de vacunas de rotavirus a niños por debajo de los 5 años. En este modelo, los problemas de salud se conciben desde un enfoque técnico, que requiere soluciones de mercado que incluyen la mejora de innovación tecnológica o médica. Su enfoque, orientado al negocio, ha aumentado la competitividad entre iniciativas, incrementado la burocratización, y subestimando acciones sanitarias en terreno coordinadas y sostenibles. Los altos volúmenes de fondos mundiales de estas asociaciones han demostrado alterar las políticas y el proceso de planificación de los países receptores, introduciendo “re-verticalización” en los sistemas de planificación, gestión, seguimiento y evaluación.

A pesar de que en la actualidad el BM y el FMI reconocen que las políticas de ajuste estructural han tenido un impacto negativo en la sanidad de diversos países de África, las actuales iniciativas de salud global han hecho esfuerzos insuficientes para reinvertir en sanidad pública o en los profesionales que la sostienen, dejándolos en una situación de emergencia normal. En Kenia, por ejemplo, el sistema nacional de salud tiene dificultades para proveer atención en condiciones de déficit de inversión perpetua, y la atención sanitaria continúa yaciendo predominantemente en el sistema privado y en las ONGDs (Kalibala, 2013). En este país, el presupuesto nacional destinado a sanidad disminuyó en 2013, siendo del 6,1% del presupuesto total del gobierno, respecto al 8,0% registrado en 2002 (Ministerio de Salud de Kenia, 2015). La escasa inversión supone que los pacientes individuales sean quienes tengan que asumir los costes de la atención y a quienes el personal médico tiene que ajustarles la prescripción condicionada por su capacidad adquisitiva. De esta manera, múltiples pacientes reciben un sub-óptimo tratamiento.

En los últimos años, las PPPs se encuentran bajo presión para tomar conciencia acerca de cómo están afectando a los sistemas nacionales de salud. Desde 2005, numerosas PPPs —incluyendo Gavi y el GFTAM— han sentido dicha presión para expandir sus fondos de enfermedades específicas a la financiación del fortalecimiento de los sistemas

de salud. Sin embargo, esta lógica se centra principalmente en el fortalecimiento de sistemas orientados a intervenciones en línea con la visión de sanidad pública de los mayores donantes, provocando críticas en las que se refieren al “enfoque Gates” hacia la sanidad pública. De hecho, muchas inversiones destinadas al fortalecimiento de sistemas sanitarios operan más a nivel retórico que real, dado el recelo hacia el estado por parte de las poderosas organizaciones promotoras de estas iniciativas.

A pesar de que estas PPPs afirman apoyar a los sistemas nacionales de salud, la realidad es que en muchos países la atención sanitaria depende de la voluntad de donantes y ONGDs, creciendo las dudas sobre la sostenibilidad y la habilidad de los países para desarrollar e implementar planes nacionales de salud coherentes. La frustración de los equipos sanitarios ante estas condiciones ha derivado en protestas nacionales tanto en Kenia como en Zimbabue, entre otros países de la región. En el caso de Kenia —duración desde diciembre 2016 hasta marzo 2017— la huelga se erigió a raíz de las fuertes dificultades para proteger y salvar al sistema público de salud frente a la privatización masiva y las alegaciones de corrupción en los ministerios del gobierno. Además, se visibilizaron las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y a los intereses políticos y corporativistas que promueven la expansión del sistema sanitario privado.

En el último lustro, se ha reforzado el consenso político que sostiene que el fortalecimiento de los sistemas sanitarios es vital para la preparación de otra futura epidemia. Los sistemas sanitarios frágiles conllevan importantes trabas para lograr objetivos globales y amenazan la ampliación de agendas de desarrollo. Sin embargo, el concepto de fortalecimiento del sistema sanitario es aún confuso y la agenda para alcanzar este objetivo continúa siendo difusa en este sentido.

Asimismo, los enfoques de los actores de sanidad global son múltiples y, a menudo, contradictorios no solo en la implementación técnica de políticas y programas, sino en la mera ideología acerca de la sanidad pública. Uno de los temas principales a este respecto se centra en el poder relativo que los estados y actores del sector privado deberían tener en la gestión de los sistemas de salud. Otra disparidad engloba la perspectiva de atención médica basada en tecnología y la concepción de salud como un fenómeno social que requiere políticas intersectoriales de mayor complejidad. Estos debates sobre los sistemas sanitarios tienden a enfocarse, exclusivamente, en el sector público. La atención hacia el importante incremento de privatización y su consecuente violencia estructural y desigualdad quedan de lado (Kalibala, 2013).

El debate candente de la actualidad, también, se articula bajo el cartel de “Cobertura Sanitaria Universal” (UHC, por sus siglas en inglés), considerada característica principal del sistema sanitario público (Storeng et al., 2018). La OMS define la UHC como el acceso que toda persona debe tener a los servicios sanitarios (prevención, tratamiento, rehabilitación y servicios paliativos) sin que implique dificultad financiera, y alienta a los distintos países a diseñar su propia estrategia para la UHC haciendo uso del marco propuesto para adaptar bien las medidas a cada contexto (OMS y BM, 2014).

De hecho, algunos países de AS —como Ghana y Ruanda, entre otros— ya están implementando reformas para ampliar la disponibilidad de la atención sanitaria. Sin embargo, se observan distintos modelos e ideologías políticas para caminar hacia la UHC. Además, el significado de universalidad en UHC es muy amplio a lo largo del planeta. En países de “escasos recursos”, la UHC significa un rango circunscrito de servicios.

El debate sobre la UHC y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios se balancea entre la defensa de la igualdad en el acceso al sistema de salud y el discurso hacia la seguridad sanitaria mundial, que concibe tal fortalecimiento de sistemas en términos instrumentales, es decir, con el enfoque de inversión nacional y de PPPs para lograr una sanidad capaz de detectar y responder a los brotes de enfermedades. Este segundo enfoque ve la inversión en enfermedades concretas como una oportunidad de beneficio al sistema sanitario como tal. Las críticas a la visible preferencia por el modelo PPP y el impulso global hacia el modelo de financiación del sector privado subestima los derechos humanos para la UHC y el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

Históricamente, la sociedad civil y el poder político —en ocasiones segmentados a nivel interno y externo por distintos intereses económicos— han dado forma a ambos enfoques progresivos y regresivos a la sanidad pública. Dada la influencia que las instituciones mundiales tienen sobre los gobiernos nacionales en el enfoque sobre la sanidad pública, los retos políticos sobre salud se han enmarcado como temas técnicos. La creciente insatisfacción con estos actuales enfoques ha derivado en un mayor reconocimiento de los sistemas sanitarios como instituciones sociales donde las políticas y el poder son ejes centrales. Desde antropólogos hasta especialistas en sanidad pública, todos reclaman un mayor enfoque en un “software” de los sistemas de salud, incluyendo calidad, capacidad de respuesta, y resiliencia, además de la necesidad de revivir la perspectiva centrada en las personas. Este enfoque debe llegar a un acuerdo con la fuerte tensión entre los enfoques políticos y técnicos que están en el corazón de los debates contemporáneos acerca de los sistemas de salud y de la cobertura sanitaria universal (Storeng et al., 2018).

3. Expansión y efectos de la epidemia en África Subsahariana: ¿Una cuestión de género?

El VIH/SIDA continúa siendo un asunto global de salud pública. La repercusión de esta enfermedad ha impactado a nivel mundial, pero su expansión y sus consecuentes efectos son muy diversos entre países y regiones (OMS, 2020).

A pesar de la existencia de distintos contextos geopolíticos y socioculturales donde el VIH/SIDA está presente, el caso del VIH/SIDA en AS es especialmente significativo, ya que en esta zona se registran más de dos tercios de los casos de VIH/SIDA del

mundo, como se detallará a continuación. Por ello, es esencial conocer las características concretas de esta región y de su población afectada para poder abordar la epidemia de manera eficaz desde la raíz.

3.1. El VIH/SIDA en cifras: África Subsahariana en el marco global

El VIH/SIDA es una de las enfermedades infecciosas más severas del mundo, particularmente en AS, donde la enfermedad ha tenido un importante impacto en las últimas décadas en términos de salud y esperanza de vida, considerada ésta última uno de los principales indicadores del estado de salud de una población (ONUSIDA, 2020a; Ritchie y Roser, 2019).

A escala mundial, el VIH/SIDA ha provocado, y continúa provocando, consecuencias catastróficas. Desde su inicio, el virus ha infectado a 75,7 millones de personas en el mundo y alrededor de 32,7 millones han fallecido por causas derivadas de la infección (ONUSIDA, 2020b).

A finales de 2019, 38 millones de personas eran portadoras del VIH a nivel global. En ese mismo año, la mortalidad se cifró en 690.000 personas. En total, se estima que el 0,7% de la población adulta entre 15 y 49 años padece VIH/SIDA.

No obstante, al valorar el impacto del VIH/SIDA en términos de prevalencia², incidencia³ y mortalidad, se observan grandes diferencias entre países y regiones (OMS, 2020). Como ya se ha citado, los países de AS continúan siendo los más afectados por la epidemia. Del total de personas perjudicadas en el mundo por la enfermedad, el 67% se encuentra en esta zona geográfica (ONUSIDA, 2020a) y, según la OMS, 1 de cada 25 adultos (3,7%) vive con VIH/SIDA en la región africana (OMS, 2020). Estos datos son alarmantes si se considera que la población de AS representa únicamente el 14% de la población total mundial (ONUSIDA, 2020a).

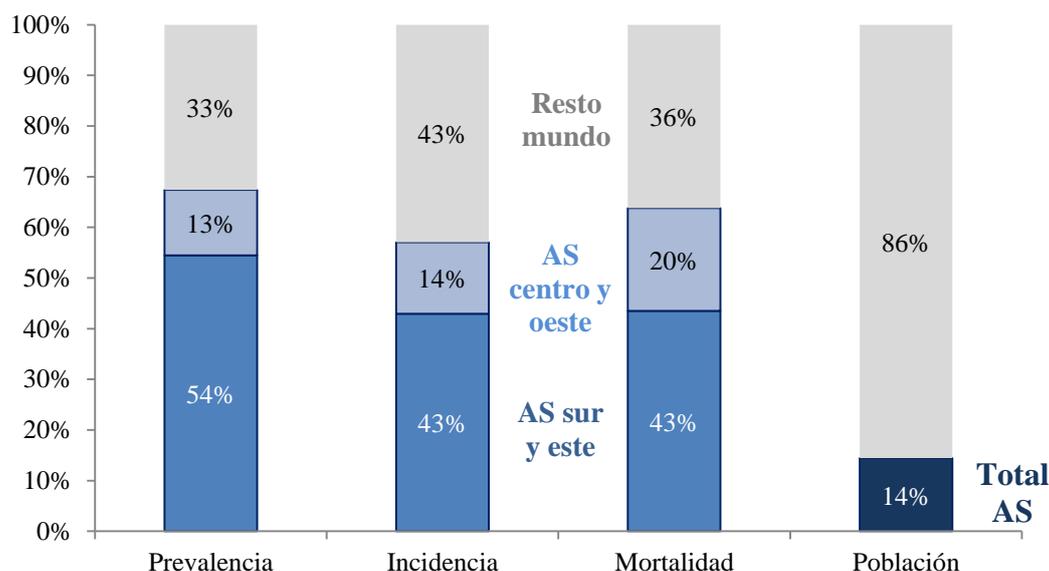
Dentro de la región, los indicadores epidemiológicos básicos descritos —prevalencia, incidencia y mortalidad— del VIH/SIDA marcan realidades muy distintas entre la zona sur y este de AS y la zona centro y oeste de AS. La zona sur y este de AS es la más afectada por la enfermedad infecciosa (Avert, 2020a). En 2019, la prevalencia de VIH/SIDA en la zona sur y este fue de 20,7 millones de personas, lo que representa el 54% de la población mundial infectada por el virus (ONUSIDA, 2020a). En esta misma zona, en 2019 se registraron el 43% de todos los casos de VIH/SIDA a nivel mundial (OMS, 2020; ONUSIDA, 2020a) y más del 43% de las muertes por causas derivadas de la enfermedad.

² Prevalencia: Proporción de personas enfermas en el momento de evaluación de la población. No hay tiempo de seguimiento (Fajardo-Gutiérrez, 2017).

³ Incidencia: Casos nuevos de una enfermedad en una población y en un periodo concreto (Fajardo-Gutiérrez, 2017).

En la zona centro y oeste de AS, la prevalencia del VIH/SIDA en 2019 se estimó en 4,9 millones de personas, es decir, el 13% de la población mundial con VIH/SIDA vivía ese año en dicha zona de AS. La incidencia fue de más del 14% sobre la población mundial infectada y la mortalidad de 140.000 personas, lo que supone el 20% de toda la población infectada en el mundo en 2019 (ONUSIDA, 2020a; Avert, 2020b) (Figura 1). Estos datos reflejan un ligero descenso respecto a la incidencia registrada en 2018, donde hubo 280.000 nuevos casos y casi el 60% de ellos se concentró en tres países de la zona: Camerún, Costa de Marfil y Nigeria (Avert, 2020b; ONUSIDA, 2019a).

Figura 1. Comparativa de la prevalencia, incidencia y mortalidad del VIH/SIDA entre AS y resto del mundo, y proporción de la población total de AS sobre población mundial en 2019 (%)

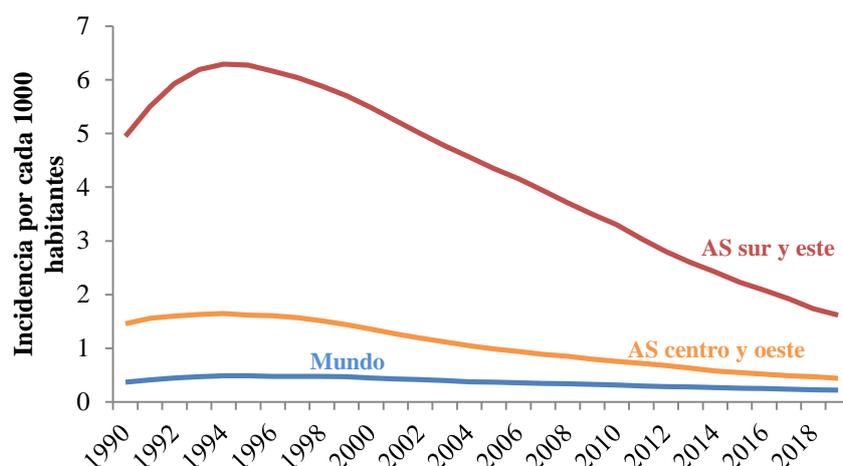


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del BM (2019) y ONUSIDA (2020a).

Esta mejora en la tendencia de la incidencia se registra también a nivel mundial y en el resto de AS desde hace casi dos décadas. De hecho, el descenso global de casos anuales de VIH/SIDA se debe, principalmente, a la disminución sustancial de la incidencia en la zona sur y este de AS. En esta zona, a mediados de la década de 1990 se alcanzó el máximo valor y, actualmente, la incidencia se acerca a la de los valores de AS centro y oeste, e incluso a las cifras globales del mundo (Figura 2). Desde 2010, AS sur y este registra una reducción del 38% en la incidencia de VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020a).

En este aspecto, la cobertura de TARV ha sido uno de los principales contribuyentes del descenso de la incidencia de VIH/SIDA en AS (Kharsany y Karim, 2016). En concreto, las personas no infectadas que vivían en comunidades con alta cobertura de TARV (30-40% de todos los infectados de VIH/SIDA en TARV) tenían 38% menos de posibilidades de enfermar de VIH/SIDA que aquellos integrantes de comunidades con baja cobertura de TARV (<10% de todos los infectados de VIH/SIDA en TARV) (Tanser, Bärnighausen, Grapsa, Zaidi y Newell, 2013).

Figura 2. Incidencia por cada 1000 habitantes del VIH/SIDA en AS y mundo durante el periodo 1990-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020c).

En relación con el TARV, la mortalidad en AS también ha descendido un 39% desde 2005 hasta 2013. Solo en Sudáfrica el descenso de la mortalidad fue del 51%, mientras que en Etiopía se cifró en el 37% y en Kenia en el 32%. Así, a través de estudios empíricos llevados a cabo en Sudáfrica, Uganda, Tanzania, Ruanda y Malawi, se ha observado que el impacto del TARV —además de reducir la mortalidad— puede aumentar la esperanza de vida hasta 10 años adicionales.

A pesar de los beneficios del TARV y de otros avances biomédicos, aún en 2013 AS registró el 74% de las muertes por enfermedades relacionadas con el VIH/SIDA (Kharsany y Karim, 2016). Además, la reciente pandemia provocada por la COVID-19 podría alterar la respuesta al VIH/SIDA. Una interrupción del tratamiento del VIH/SIDA de seis meses podría llegar a causar 500.000 muertes más en AS en el periodo 2020-2021, volviendo a las cifras de mortalidad registradas en 2008 (ONUSIDA, 2020d).

3.2. Género, pobreza y educación en AS: Mujeres, el rostro de la enfermedad

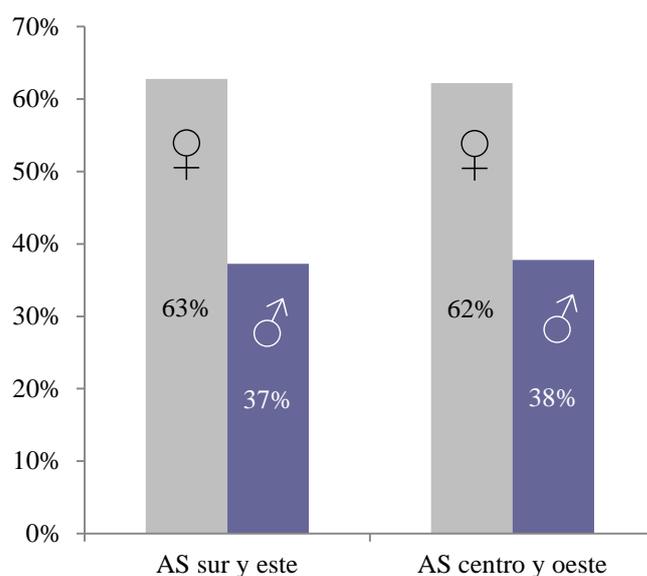
En AS, los factores de género relacionados con la epidemia son más visibles que en el resto del mundo (Anderson, 2018; ONU, 2018). De hecho, al significativo impacto que tiene el género sobre el VIH/SIDA en la región se referencia comúnmente como la “feminización” del VIH/SIDA en AS (Anderson, 2018), donde las mujeres son el principal rostro de la enfermedad.

A diferencia del resto del mundo, el principal modo de transmisión del VIH/SIDA en AS se produce mediante relaciones heterosexuales (Naniche, 2017; Kharsany y Karim, 2016). En el resto del mundo, la mayoría de nuevas infecciones se propagan entre hombres homosexuales y/o hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) sin protección. En EEUU, por ejemplo, solo el 2% de la población son HSH y, sin

embargo, representan el 57% de los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA (OMS, ONUSIDA y UNICEF, 2011).

De esta manera, AS es la única región, a nivel global, donde viven más mujeres que hombres con la enfermedad. Del total de mujeres seropositivas del mundo, el 80% se concentra en AS (ONUSIDA, 2020a). Dentro de esta zona, más del 60% de las personas infectadas son mujeres y aproximadamente el 59% de los nuevos casos de VIH/SIDA se da entre esta misma población (ONUSIDA, 2020d) (Figura 3).

Figura 3. Prevalencia del VIH/SIDA por sexo y región de AS (%) en población adulta (>15años) con VIH/SIDA, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020c).

Algunas de las razones por las que existe una mayor prevalencia de VIH/SIDA en mujeres en AS se centran en el impacto de las normas sociales, la desigualdad de género, el insuficiente acceso a los servicios públicos (educación y servicios de salud sexual y reproductiva) y la calidad de los mismos, la pobreza, el concepto de sexualidad y las tasas elevadas de sexo transaccional e intergeneracional (ONUSIDA, 2019a; Ritchie y Roser, 2019; FLS, 2019; PNUD, 2018; ONUSIDA, 2016).

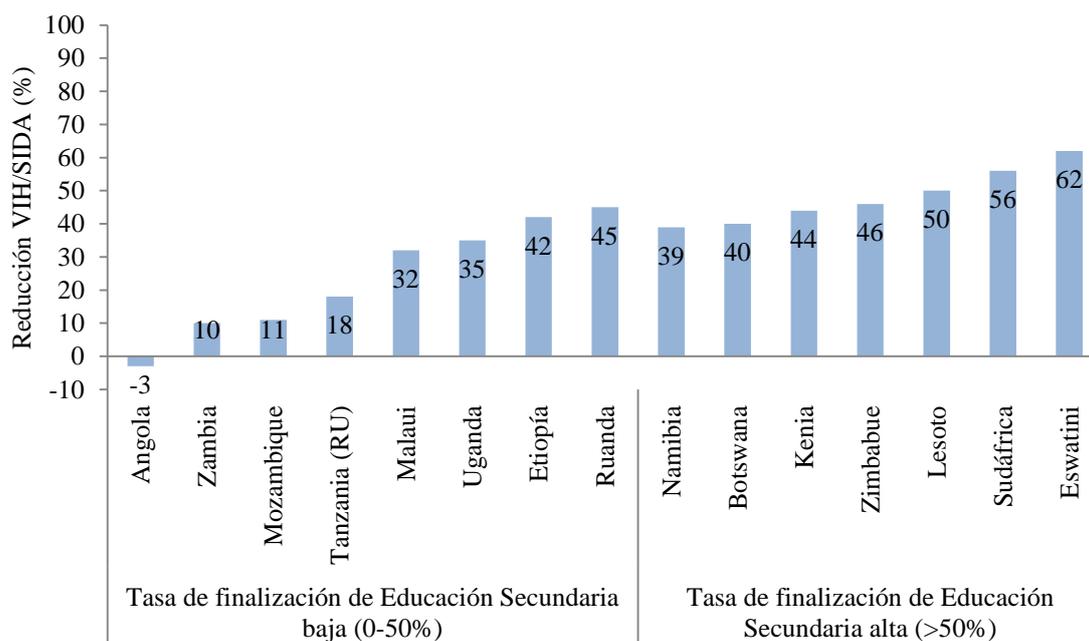
Entre los factores que facilitan la transmisión del virus, se ha encontrado que en AS la incidencia de la enfermedad aumenta en las relaciones sexuales entre personas con notable diferencia de edad, donde el uso de preservativos es significativamente menor (ONU, 2018). Estas relaciones se originan, principalmente, entre chicas adolescentes y hombres adultos y, en la literatura, se referencian habitualmente como el fenómeno “sugar daddy”, que deriva de las construcciones históricas, sociales y culturales de la masculinidad y la feminidad.

Este tipo de actos sexuales son frecuentes en contextos de declive económico y VIH/SIDA, donde las mujeres jóvenes ven limitadas sus oportunidades para acceder al

sistema educativo (Bajaj, 2015). En estas relaciones intergeneracionales, los “sugar daddy”-s obsequian a las jóvenes con retribuciones monetarias o en especie, proporcionándoles un atisbo de esperanza para costear sus estudios y salir de la pobreza. Estos hombres tienen alta probabilidad de ser portadores de alguna enfermedad de transmisión sexual como el VIH/SIDA (Bajaj, 2015; Lobo, 2015). Así, las relaciones de poder impulsan la propagación del VIH/SIDA (Bajaj, 2015).

En este aspecto, la evidencia ratifica que mantener a estas mujeres adolescentes y jóvenes en la escuela disminuye tanto los riesgos de VIH/SIDA como de nuevas infecciones. Según datos de ONUSIDA (2020a), existe una asociación positiva entre el uso de preservativos en las relaciones sexuales de riesgo y las tasas de finalización de estudios secundarios en esta población en la zona sur y este de AS. En prácticamente todos los países estudiados, se observa un claro descenso de la incidencia del VIH/SIDA entre mujeres adolescentes y jóvenes con tasas elevadas de finalización de Educación Secundaria en comparación con aquellas mujeres que registran tasas de finalización educativa bajas (Figura 4).

Figura 4. Descenso de la incidencia del VIH/SIDA desde 2010 entre mujeres adolescentes y jóvenes (15-24 años), en la zona sur y este de AS

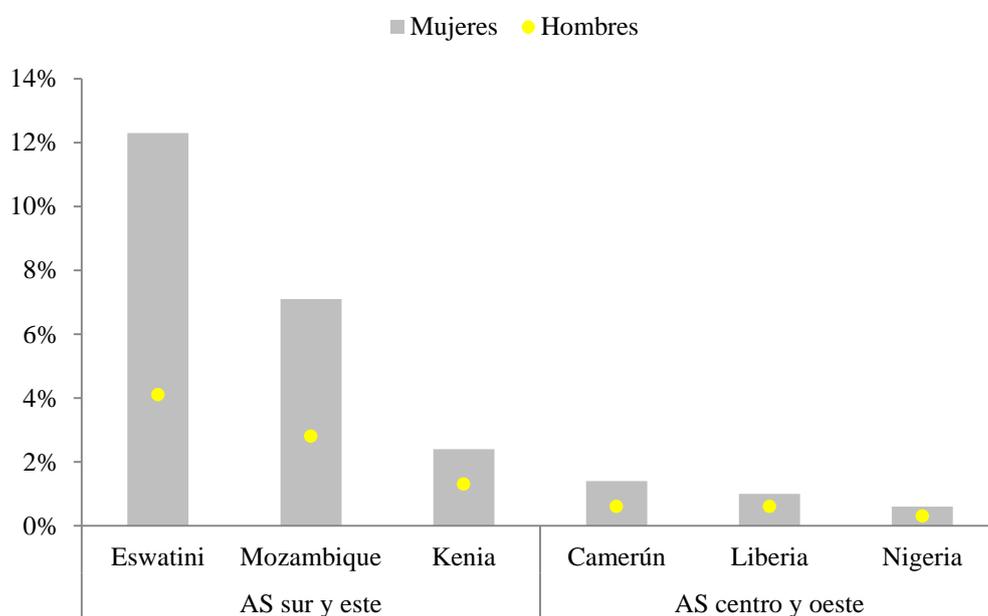


Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020a).

Debido a las relaciones sexuales intergeneracionales, entre otros importantes factores, las adolescentes y mujeres jóvenes en AS son quienes mayor riesgo tienen de contraer la enfermedad. Uno de cada cuatro nuevos casos de VIH/SIDA (24%) en AS entre la población de 15 a 24 años son chicas, lo que supone más del doble de la población a la que representan (10%). En la región más afectada por el VIH/SIDA, la zona sur y este de AS, las mujeres adolescentes y jóvenes representan el 30% de las nuevas infecciones (ONUSIDA, 2020d).

Asimismo, estas mujeres de entre 15 y 24 años tienen una probabilidad media de contraer el VIH/SIDA 2,4 veces mayor que los hombres en ese mismo intervalo (ONUSIDA, 2020a). A pesar de que la distribución de la prevalencia de VIH/SIDA entre AS sur y este y AS centro y oeste es heterogénea, en todos los países estudiados, las mujeres jóvenes (15-24 años) prácticamente duplicaron la prevalencia de los hombres en 2019 (ONUSIDA, 2020d). En Eswatini —antigua Suazilandia, y país con mayor prevalencia de VIH/SIDA de la región en términos relativos (Avert, 2020c)—, la prevalencia de VIH/SIDA en mujeres fue exactamente tres veces mayor que la de los hombres en ese mismo rango de edad (Figura 5). Sin embargo, solo un tercio de las jóvenes de 15 a 24 años en AS tienen amplio conocimiento sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020d).

Figura 5. Prevalencia de VIH/SIDA en mujeres y hombres jóvenes (15-24 años) sobre población total nacional en 6 países de AS, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020c).

En este contexto de relaciones intergeneracionales y pobreza como condicionante del VIH/SIDA en AS, existe una importante correlación entre la prevalencia de VIH/SIDA y la desigualdad de ingresos. Un estudio de ONUSIDA (2020d) utiliza el ratio 20:20 para evaluar esta correlación. Este ratio compara la renta per cápita del 20% de mayor renta con el 20% de menor renta entre la población de los 46 países subsaharianos estudiados. Así, se observa que el incremento de un punto en el ratio 20:20 de un país se corresponde con un incremento de dos puntos en la prevalencia del VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020d). Además de la desigualdad en la renta per cápita, el bajo nivel educativo ya citado y las desigualdades de género potencian la transmisión del virus.

Asimismo, la violencia ejercida sobre las mujeres acrecienta el impacto de la enfermedad en este colectivo especialmente vulnerable a las privaciones de la integridad física por desigualdad de género (ONUSIDA, 2019a; Ritchie y Roser, 2019; FLS, 2019;

PNUD, 2018; ONUSIDA, 2016). En mujeres víctimas de violencia de género la probabilidad de contraer el VIH/SIDA aumenta —en algunas regiones— en 1,5 veces (ONUSIDA, 2019a; OMS, 2013).

Según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para 2018, aproximadamente el 31,5% de mujeres en AS ha sufrido alguna vez violencia por parte de su pareja habitual (PNUD, 2018). Según varios estudios, alrededor del 30% de mujeres en Sudáfrica, Uganda y Tanzania afirmaron haber sufrido violencia física o sexual a manos de su pareja íntima en los doce meses previos a la investigación. En Angola, Kenia y Zambia la cifra se estimó en un 25% y en Etiopía, Malawi, Namibia, Ruanda y Zimbabue el 20% de las mujeres encuestadas (ONUSIDA, 2019a).

De acuerdo con el informe sobre violencia contra la mujer realizado por la OMS (2013), los factores que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres hacia el VIH/SIDA incluyen las infecciones directas por relaciones sexuales forzadas. Las mujeres en relaciones violentas o que viven con miedo a la violencia pueden tener un control limitado sobre las circunstancias del coito y/o verse limitadas para negociar el uso de preservativos. Asimismo, se ha evidenciado que los hombres que maltratan a mujeres tienen mayor probabilidad de tener actitudes de mayor riesgo para contraer el VIH/SIDA. Entre éstas, se incluyen parejas sexuales múltiples, abuso del alcohol, usuarios de sexo transaccional y tener alguna enfermedad de transmisión sexual, todo lo que puede aumentar el riesgo de que sus parejas estables y otras mujeres contraigan el VIH/SIDA (OMS, 2013). El miedo a la violencia, así como la violencia en sí misma, condiciona la capacidad de las mujeres para exigir prácticas sexuales seguras y para acceder a prevención y tratamientos de la enfermedad, o de servicios sexuales y reproductivos (ONU, 2018).

En el ámbito institucional, la violencia física y la obligación sexual dentro del matrimonio heterosexual están socialmente permitidas en diversos países africanos donde las mujeres se encuentran legalmente desprotegidas. En Uganda, más del 50% de las mujeres entienden que tienen una obligación sexual con sus maridos, aun sabiendo que éstos mantienen relaciones sexuales con otras mujeres y que, como consecuencia, han podido contraer el VIH/SIDA. De esta manera, muchas mujeres que no pertenecen a grupos clave ni incurrir en prácticas sexuales de riesgo quedan infectadas por el VIH/SIDA.

Ante la negativa de cumplir con dicha supuesta obligación sexual, la mitad de mujeres asumen con cierta normalidad ser maltratadas físicamente por sus esposos (Lobo, 2015). En Eswatini el 12% de las mujeres de entre 15 y 49 años se encuentran en matrimonios polígamos, bajo la subordinación del marido y sufriendo altos niveles de violencia basada en género (VBG). De esta manera, las mujeres casadas precisan del consentimiento de sus respectivos maridos para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que limita muy significativamente su nivel de acceso a los mismos (Avert, 2020c).

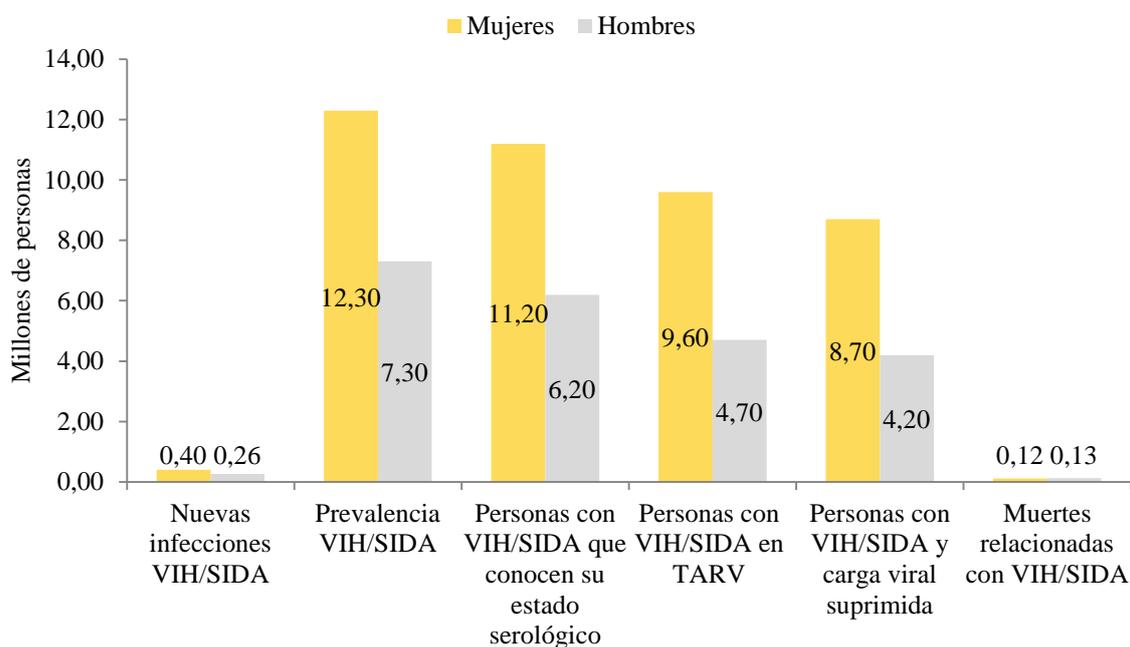
En suma, se observa que las normas de género que promueven la desigualdad impactan fuertemente en la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA. Dichas normas niegan a las mujeres adultas y adolescentes el poder en la toma de decisiones, les imponen una carga de trabajo doméstico y responsabilidad del cuidado familiar, les privan de libertad para acceder a educación, servicios de salud de calidad y al mercado laboral y les condiciona la independencia económica, la seguridad y el control sobre sí mismas (ONUSIDA, 2020d).

Pese a estos importantes obstáculos, las mujeres afectadas por la enfermedad tienen mayor probabilidad que los hombres de realizarse la prueba de detección del VIH, de comenzar el TARV y de adherirse al régimen terapéutico (ONUSIDA, 2020d; Ritchie y Roser, 2019; ONU, 2018). Esta mayor facilidad en el acceso a los servicios sanitarios se debe, en cierta medida, a una mejor actitud de las mujeres en la búsqueda por servicios sanitarios y a la existencia de servicios relacionados con el VIH/SIDA dirigidos exclusivamente a mujeres (i.e. programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH, considerada una iniciativa política costo-efectiva, entre otras) (ONUSIDA, 2020d).

En el siguiente gráfico (Figura 6), se observan las visibles disparidades en el impacto de la enfermedad y en el acceso a servicios sanitarios entre mujeres y hombres adultos en la zona sur y este de AS. Estas marcadas diferencias están relacionadas con las normas sociales de género, que impactan en las nociones sociales de masculinidad y feminidad (Naniche, 2017). Los hombres que sufren un alto grado de estigmatización relacionada con el VIH/SIDA por normas del género masculino tienen 2,4 veces más probabilidades de solicitar atención médica únicamente cuando están ya en una fase muy avanzada de la enfermedad (ONU, 2018).

Esta estigmatización hace que los hombres muestren una mayor reticencia —en comparación con las mujeres— a acudir a la detección precoz y prevención del VIH/SIDA (ONU, 2018; ONUSIDA, 2019b), así como a adherirse a su correspondiente tratamiento. Todo ello agrava la mortalidad en los hombres de AS, pese a que la prevalencia sea menor en esta población (Ritchie y Roser, 2019; ONU, 2018; Naniche, 2017). En 2016, en AS, los hombres supusieron el 41% de los afectados por el VIH/SIDA y, sin embargo, también el 53% de las muertes relacionadas con la enfermedad (ONU, 2018). Además de aumentar la tasa de mortalidad en hombres, el déficit de atención sanitaria contribuye a que los no diagnosticados y/o sin tratamiento propaguen la enfermedad a sus parejas y/o a otras mujeres (Naniche, 2017).

Figura 6. Disparidades de género en parámetros clave del VIH/SIDA en adultos (>15años) en la zona sur y este de AS, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020a).

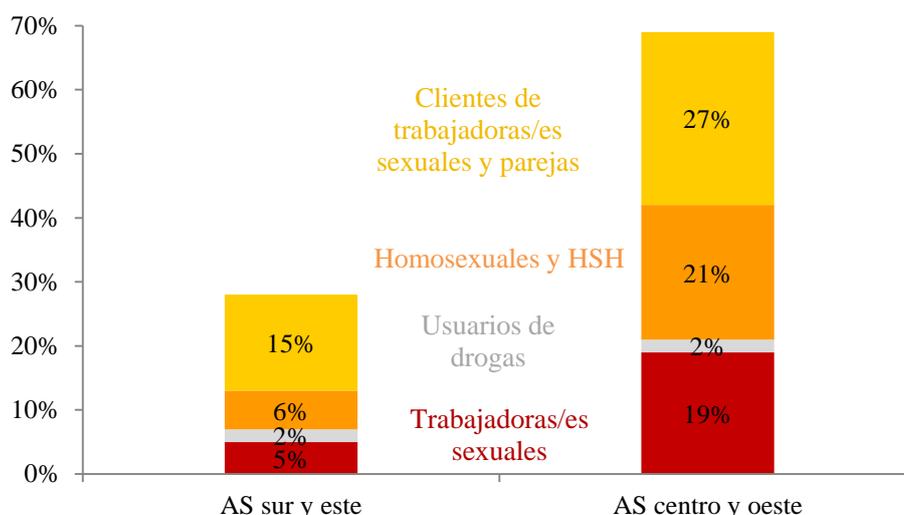
3.3. Grupos clave y barreras de acceso a servicios sanitarios

Además de la fuerte vulnerabilidad que sufren principalmente las mujeres en AS, en todos los países y subregiones de AS y del mundo se identifican grupos concretos, especialmente vulnerables a contraer el VIH/SIDA. Según la clasificación de ONUSIDA, los grupos poblacionales clave propensos a contraer la enfermedad incluyen a homosexuales y HSH⁴, trabajadoras/es sexuales, personas transgénero, personas que se inyectan drogas y personas en prisión.

La incidencia del VIH/SIDA entre estos grupos poblacionales de AS es cada vez mayor. En la zona centro y oeste de AS la incidencia del VIH/SIDA en estos colectivos es notablemente más elevada que en el resto de AS: en población adulta (15-49 años) casi 7 de cada 10 casos de VIH/SIDA acontecen entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales. En 2019, de las nuevas infecciones totales registradas entre adultos de esta zona, el 27% fueron entre clientes de trabajadoras/es sexuales y las parejas sexuales de toda la población clave, el 21% entre homosexuales y HSH, el 19% entre trabajadoras/es sexuales y el 2% entre usuarios de drogas inyectables. En el caso de la zona sur y este de AS, la incidencia de los grupos clave y de sus parejas sexuales representa aproximadamente un cuarto de los nuevos diagnósticos de VIH/SIDA en la zona (Figura 7).

⁴ La clasificación oficial de ONUSIDA no incluye a las mujeres que tienen relaciones sexuales (MSM) con mujeres.

Figura 7. Distribución de nuevos casos de VIH/SIDA en AS en grupos poblacionales clave y clientes/parejas sexuales sobre población total subregional de entre 15 y 49 años (%) en 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020a).

Cabe destacar que en estas últimas cifras no están incluidas las personas transgénero, las MSM ni las personas encarceladas, dado que los países de AS no proporcionaron datos suficientes referentes al tamaño estimado de estos grupos de población.

En el caso de las MSM, son realmente escasos los estudios que siquiera nombran a estas mujeres, que están excluidas de las prioridades globales a pesar de que se estima que son población de riesgo debido, en gran medida, a la violencia sexual derivada de actitudes homófobas y heterosexistas. Por ello, se precisan investigaciones exhaustivas de calidad que ayuden a reconocer las identidades de género y a superar el estigma para así poder obtener muestras representativas de las MSM (Evans, Cloete, Zungu y Simbayi, 2016).

En línea con la invisibilización de estos colectivos, de los 45 países de AS que recoge el *Informe UNAIDS Data 2020*, únicamente Mali y Sierra Leona presentaron datos acerca de la prevalencia de VIH/SIDA (%) en personas transgénero (11,7% y 15,3% respectivamente). Y, a excepción de otros cuatro países más (Benín, Malawi, Uganda y Zambia)⁵, ningún país presentó un solo dato referente a este grupo poblacional (ONUSIDA, 2020a).

Este hecho, entre otros, refleja la invisibilización de los grupos vulnerables al VIH/SIDA en la región africana. Las personas que pertenecen a estos grupos habitualmente se muestran reacias a mostrar su verdadera identidad, principalmente en entornos donde sus diversas identidades o acciones son consideradas socialmente o

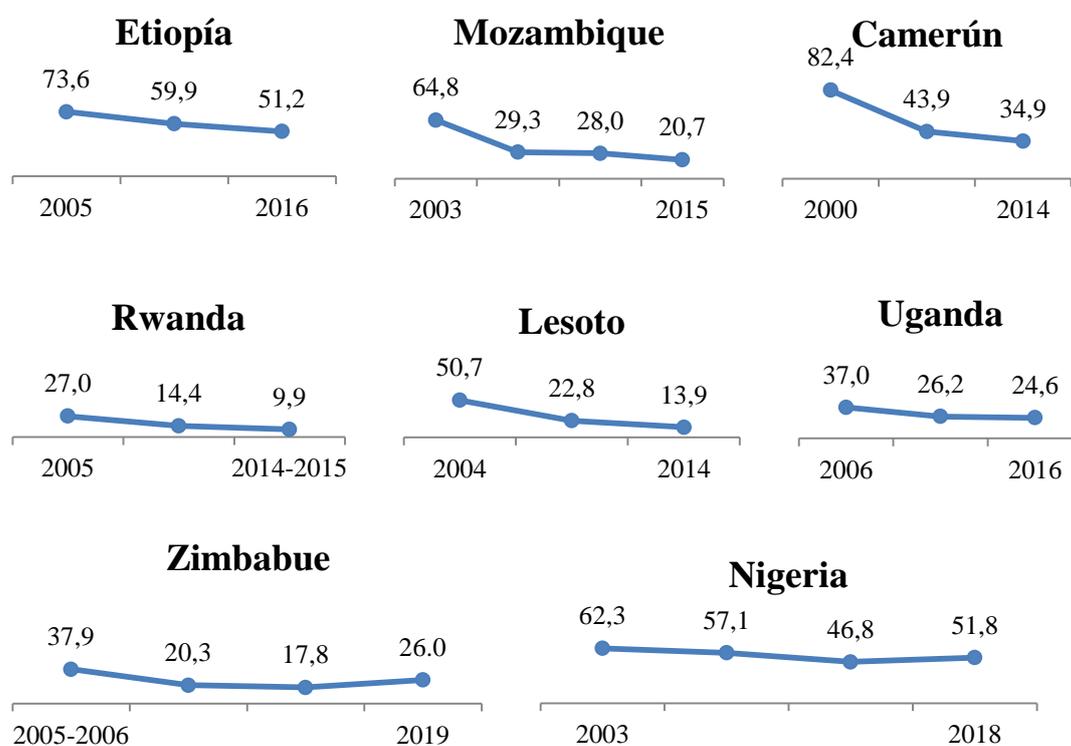
⁵ Los cuatro países presentaron datos sobre el grado de conocimiento del estado serológico y test de VIH en la población transgénero: Benín (88,5%), Malawi (80,8%*), Uganda (100%*) y Zambia (61,4%*). La cobertura de TARV se estimó en Malawi (91,5%) y Uganda (13,0%) y, por último, únicamente Benín proporcionó datos sobre el uso de preservativos en esta población (86,8%) (ONUSIDA, 2020a).

*Datos no representativos porque se incluyen a personas con resultado negativo.

religiosamente inaceptables, o son punibles por ley. Esto dificulta considerablemente la recogida de datos acerca del tamaño y localización exacta de estas poblaciones, así como la investigación de sus prácticas, su acceso a servicios de VIH/SIDA y a la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA entre estas poblaciones (ONUSIDA, 2018). De esta manera, una parte considerable de la población —que además es población de riesgo para contraer el VIH/SIDA— queda excluida del sistema no solo debido al estado serológico, sino también a las normas sociales, culturales y de género.

El miedo al propio VIH/SIDA nutre la marginación hacia las personas seropositivas, especialmente pertenecientes a estos grupos clave. Desde comienzos del siglo, las actitudes discriminatorias hacia personas seropositivas —medido por encuestas poblacionales de ONUSIDA (2020a) mediante la interrogativa de si las personas encuestadas estarían dispuestas a comprar verduras a un/a tendero/a con VIH/SIDA— han disminuido de manera constante en muchos de los países de AS que proporcionan datos al respecto. En este sentido destaca Lesoto, que de 2004 a 2014 redujo en casi un 37% las formas de discriminación descritas. Etiopía también registra datos positivos en el descenso de esta tendencia, si bien continúa siendo preocupante que en 2016 más de la mitad de las personas de 15 a 49 años mantuvieran actitudes discriminatorias hacia personas infectadas. Por otro lado, en países como Zimbabue y Nigeria, la línea descendente que se registró desde principios de los años 2000 hasta hace escasos años ha aumentado notablemente. No obstante, el grado de discriminación que registra Nigeria es casi el doble del de Zimbabue (Figura 8).

Figura 8. Porcentaje de personas de 15 a 49 años que no estarían dispuestas a comprar verduras a un/a tendero/a con VIH/SIDA en varios países de AS, 2000-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020a).

En el ámbito legislativo, las personas con VIH/SIDA también sufren un importante grado de exclusión. Las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el sexo transaccional y el consumo de drogas están criminalizadas en muchos países de AS, lo que conlleva violencia, discriminación y aislamiento de los grupos clave para acceder a los servicios básicos. La exposición o transmisión del virus también merma la posibilidad de las personas a acudir a centros sanitarios para conocer su estado serológico o acceder a los servicios de VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020a).

La denominada estigmatización interseccional provoca así la marginación basada en el estado seropositivo, en el género, en la orientación sexual y en el trabajo sexual, por lo que repercute en todos los grupos clave (ONU, 2018; Watkins-Hayes, 2014). Esta fuerte estigmatización, junto con actos sexuales desprotegidos, impacta en la elevada prevalencia de VIH/SIDA en los grupos vulnerables respecto a la prevalencia de la población general (Hessou et al., 2019; Kharsany y Karim, 2016).

En este aspecto, el trabajo sexual ha sido uno de los medios de transmisión clave en la región y la prevalencia de VIH/SIDA entre mujeres trabajadoras sexuales continúa siendo desproporcionadamente alta. Las probabilidades de contraer la enfermedad en esta población son el doble respecto a la población general. En 2012, en AS se alcanzó una prevalencia de VIH/SIDA del 30,7% entre mujeres trabajadoras sexuales (Kharsany y Karim, 2016). En el caso de Eswatini, Lesoto, Malawi, Sudáfrica y Zimbabue, más del 50% de las trabajadoras sexuales tiene VIH/SIDA (Avert, 2019a). En Lesoto en concreto, la prevalencia en 2017 llegó al 71,9% (Avert, 2020d) y el uso de preservativo con los clientes más recientes de las trabajadoras sexuales fue del 64,9% (Avert, 2019a).

La estigmatización del VIH/SIDA contribuye a la elevada prevalencia de VIH/SIDA entre estas mujeres, pero también lo agrava la violencia que se ejerce contra ellas. Una investigación realizada en Sudáfrica evidencia que más de la mitad (>50%) de las trabajadoras sexuales encuestadas afirmaron haber sufrido violencia física en el último año (ONU, 2018). Estos altos niveles de violencia, a menudo, suponen que las trabajadoras sexuales resten importancia a su estado de salud para priorizar su propia seguridad y supervivencia (OMS, 2011).

El ambiente violento también predomina en muchas de las prisiones y, junto con la alta ocupación de personas internas en centros penitenciarios, eleva la probabilidad de transmisión del VIH/SIDA. En AS, el 86% de las prisiones que proporcionan datos tienen una ocupación del 100%, lo que dificulta el acceso a servicios de VIH/SIDA y aumenta el riesgo de violencia y abuso.

En este contexto, el uso de drogas inyectables es común. De hecho, una de las formas de transmisión más habituales en prisión es mediante la inyección de drogas con equipos contaminados. Dado que la posesión de agujas suele ser motivo de sanción, es común compartir equipamiento que no ha sido previamente esterilizado. No obstante, AS parece ser una de las regiones con menor prevalencia de personas reclusas que se inyectan drogas.

Otro de los medios de transmisión en prisiones ocurre mediante relaciones sexuales. No obstante, la prevalencia de la actividad sexual se desconoce con exactitud, debido al miedo por el estigma, la homofobia y la criminalización de conductas entre personas del mismo sexo. En cualquier caso, se conoce que el encarcelamiento altera las parejas estables y puede derivar en la formación de nuevas o múltiples parejas en contextos en los que el acceso a preservativos o lubricantes están extremadamente limitados. Un importante número de revisiones bibliográficas sitúan la zona centro y oeste de AS como una de las regiones con mayores niveles de actividad sexual en prisión —prácticas consentidas y no consentidas—, con una prevalencia de alrededor del 14%. En lo referente a prácticas sexuales no consentidas, en 2018 se evidenció que las mujeres prisioneras en AS están bajo un riesgo extremo de sufrir abuso físico por otras mujeres prisioneras, así como por parte de la policía y oficiales de prisión. Diversos estudios centrados en Malawi, Zambia y Nigeria recogieron literatura acerca del abuso físico y sexual perpetrado por los citados trabajadores del estado. Además de en Zambia y Nigeria, en Sudáfrica también se observaron abusos sexuales y explotación sexual en este marco (Avert, 2019b).

En el caso de la población homosexual y HSH, la prevalencia del VIH/SIDA se estima en alrededor del 18% en AS, cifra significativamente mayor respecto a la de hombres adultos en la población general (Sandfort et al., 2019). En Sudáfrica y Kenia, diversos estudios muestran que la prevalencia del VIH/SIDA en HSH es tres veces mayor que en hombres que solo tienen relaciones sexuales con mujeres (Kharsany y Karim, 2016).

Sin embargo, AS es una de las regiones del mundo con menor tolerancia a las relaciones entre personas del mismo sexo (Sandfort et al., 2019). De entre todos los países del mundo que criminalizan las relaciones entre personas del mismo sexo, el 45% se encuentra en África. En el continente, la homofobia de Estado⁶ está institucionalizada en 32 Estados. De éstos, 27 son Estados de AS en concreto: Angola, Botswana, Burundi, Camerún, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea, Kenia, Liberia, Malawi, Mauricio, Mauritania, Namibia, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Eswatini, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabue. En contra, únicamente 22 países africanos no recogen leyes discriminatorias en lo que respecta a homosexualidad (Rubio, 2017).

En la región africana, la sexualidad y/o actos sexuales entre personas del mismo sexo pueden alcanzar hasta sentencias de pena de muerte (Sandfort et al., 2019; Rubio, 2017). Este es el caso de los Estados de Mauritania y Sudán, así como el de ciertas regiones de Nigeria y Somalia. Únicamente Sudáfrica recoge y protege, por constitución, los derechos de las minorías sexuales (Rubio, 2017). Sin embargo, las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo también continúan siendo estigmatizadas socialmente en el país (Sandfort et al., 2019; Rubio, 2017).

⁶ Países que criminalizan la orientación sexual mediante leyes y normas (Rubio, 2017).

En el camino hacia la inclusión de la diversidad sexual, desde 2010, Lesoto (2010) y Mozambique (2015), por ejemplo, han abolido las leyes que penaban la homosexualidad. No obstante, países como Sudán del Sur (2011) o Gambia (2014) han implementado nuevas leyes que agravan aún más las condenas a los colectivos de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transexuales, Transgénero e Intersexuales (LGBTI) (Rubio, 2017).

Este pensamiento conservador que se opone a la homosexualidad yace del prejuicio que determina que la homosexualidad y las relaciones entre personas del mismo sexo violan los principios de la identidad africana (Nyoni, 2020; Rubio, 2017). Esta idea choca con los abundantes estudios antropológicos y etnológicos que describen el África precolonial en un contexto de diversidad sexual institucionalizada. Este hecho hace ver que la actual homofobia y su consecuente violencia son actitudes sin fundamento en la cultura tradicional africana, ya que en la era precolonial las prácticas homoeróticas y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo eran frecuentes y conocidas (Rubio, 2017). Por ello, la homofobia actual es una práctica colonial inducida que se vincula a las leyes coloniales británicas implementadas por juristas británicos, que consideraron que los indígenas necesitaban ser re-educados en moralidad sexual (Nyoni, 2020; Rubio, 2017). Como consecuencia de ello, emerge una nueva sociedad africana normativamente masculina y heterosexual, con una marcada tendencia a estigmatizar y discriminar a las minorías sexuales (Rubio, 2017).

Este fuerte estigma que acompaña a la homosexualidad en AS se recoge en una vasta producción bibliográfica. Entre diversas referencias, destaca un estudio de Midoun et al. (2016) desarrollado en Malindi, ciudad costera de Kenia conocida por el turismo local e internacional. El turismo global promueve el intercambio de ideas sobre la sexualidad, lo que ha facilitado el desarrollo del mercado sexual y ha aumentado la incidencia de VIH/SIDA en esta región.

En el estudio citado, los participantes describieron la homosexualidad como una actitud importada al país; algunos con la creencia de que se introdujo por las interacciones históricas con comerciantes árabes y, otros, con la certeza de que se había infiltrado en la cultura keniana mediante la cultura occidental. De cualquier modo, con frecuencia, la homosexualidad se interpreta como incompatible con los valores indígenas africanos. Los participantes expresaron un conflicto interno entre su identidad masculina y el deseo por mantener relaciones sexuales con otros hombres, lo cual viola las creencias culturales relacionadas a las nociones de género y poder. Los constructos sociales en Kenia marcan la importancia de la figura patriarcal del hombre en la familia, lo cual se identifica con el alcance de la completa masculinidad. La autoridad masculina es una prioridad a escala local.

Asimismo, los participantes identificaron fuertes presiones para cumplir con los roles culturales de género y percibían sus actitudes sexuales no-normativas como barreras impuestas por las normas de género. Los roles de género estereotipados entre los HSH y otras identidades suponen un mayor riesgo de sufrir abuso físico, victimización y una

menor adhesión a los programas de salud. Estos hechos impiden que este colectivo tenga oportunidades para empoderarse como comunidad y tenga un mayor acceso a la prevención y al control en el manejo del VIH/SIDA y a otros servicios sanitarios (Midoun et al., 2016).

Los actos de discriminación, derivados del fuerte estigma, acontecen en todos los estratos de la sociedad —en comunidades, entre funcionarios públicos, autoridades, personal sanitario, etc.— y avivan la violencia y el miedo (ONU, 2018; Naniche, 2017). La violencia entre HSH tiende a ser alta. En Kampala (Uganda), la prevalencia de violencia física sufrida por HSH durante los últimos doce meses previos a la investigación de la ONU (2018) se cifró en un 61,7%, a diferencia del 2,6% registrado en Colombo (Sri Lanka). Este clima de violencia, en ocasiones, se ve reforzado por leyes penales, políticas discriminatorias y otras barreras estructurales de numerosos países de AS (ONU, 2018).

En definitiva, el VIH/SIDA es una epidemia de desigualdad interseccional⁷ que se nutre por desigualdades a nivel racial, de género, clase y sexo a nivel macro-estructural, meso-institucional y micro-interpersonal (Watkins-Hayes, 2014). Especialmente en mujeres y en los grupos vulnerables citados, las normas sociales y de género ejercen un fuerte poder en la propagación e impacto de la enfermedad, así como en el acceso a los servicios sanitarios de prevención, tratamiento y atención general (FLS, 2019; OMS, 2016). No obstante, estas normas también tienen gran influencia en los niños y hombres que quedan excluidos del acceso a la atención y al tratamiento debido a las reglas culturales y de género (OMS, 2016).

Como se observa a lo largo del documento, todas estas desigualdades determinan la probabilidad de exposición al virus, la calidad de vida de las personas ya infectadas y las respuestas médicas, políticas y socio-científicas a lo largo de los distintos países que conforman AS (Watkins-Hayes, 2014).

Es imprescindible, pues, abordar esta grave problemática desde un enfoque interseccional donde puedan analizarse, holísticamente, los colectivos descritos y las disparidades entre ellos para orientar así las políticas públicas hacia cada contexto específico (FLS, 2019).

4. Políticas de lucha contra el VIH/SIDA en AS: Progresos y limitaciones

En sus inicios, la expansión del VIH/SIDA creó una fuerte infraestructura de salud global para prevenir y tratar la enfermedad. Lo que, en última instancia, ha terminado llamándose “la industria del VIH/SIDA” refleja una racionalidad o gubernamentalidad

⁷ La interseccionalidad, paradigma de genealogía en feminismos antirracistas, se refiere a la interacción entre el género, la raza y otras categorías de diferenciación en las prácticas sociales, en las instituciones e ideologías culturales. Estas interacciones se visibilizan en términos de poder para tratar de comprender la interconexión de todas las formas de subordinación (Lázaro y Jubany, 2017).

política emergente, definida mediante estrategias y tácticas usadas para manejar y tratar epidemias infecciosas de salud global. Así, emergieron diferentes formas de gobernanza, donde destacaron organizaciones internacionales que usurparon los roles que tradicionalmente correspondían a cada estado africano; se crearon también nuevas formas de financiación, que condujeron a asimetrías en la distribución de recursos biomédicos; y surgieron diversas asociaciones entre agencias internacionales, naciones-estados, y ONGDs locales e internacionales, que se han citado con anterioridad (Van de Ruit, 2020; Mooketsane y Phirinyane, 2015).

Los actores de salud global, en su origen, intentaron definir y programar las políticas de lucha contra el VIH/SIDA como una intervención biomédica apolítica. No obstante, las dinámicas políticas fueron evidentes en las negociaciones entre donantes internacionales y las burocracias de los estados de África, donde se observaron importantes disparidades en temas como el precio de los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA y el acceso al propio tratamiento en el continente, que analizaremos más adelante.

En definitiva, la gobernanza de salud global es la presentación de la salud como un proyecto técnico, que oculta cómo los procesos políticos moldean el diseño de las políticas sanitarias y su implementación. Visibilizar las políticas supone centrar la atención en las formas en las que la red de actores internacionales ha diseñado intervenciones políticas estandarizadas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA (Van de Ruit, 2020). El VIH/SIDA es un problema de gobernanza, que debe ser prioritario tanto en los sectores gubernamentales como en los no gubernamentales (Paxton, 2012).

4.1. Primeras reacciones y transición de la prevención al tratamiento

Antes de la década de 1950, se observaron casos aislados de VIH/SIDA en la zona oeste de África ecuatorial. Sin embargo, un brote en Kinsasa, República Democrática del Congo, aconteció en la década de 1970 (Van de Ruit, 2020). A pesar de los esfuerzos de algunos gobiernos africanos para ocultar el estallido de la pandemia por miedo a ser estigmatizados, se evidenció rápidamente que una epidemia estaba afectando al continente entero. En 1985, varias autoridades sanitarias de AS confirmaron que el VIH/SIDA se había expandido por África (Weeks y Alcamo, 2009).

En las décadas de 1980 y 1990, la región de AS sufrió importantes conflictos bélicos, hambruna e inestabilidad política en diferentes países, lo que socavó la capacidad de respuesta de los estados a la creciente epidemia (Tadele y Kloos, 2013).

En la zona centro y este de AS —donde los epidemiólogos centraron su atención— la mayoría de los gobiernos de los países afectados, a excepción de Uganda, se abstuvieron de tomar liderazgo en la creciente crisis y perdieron oportunidades para implementar, de manera precoz, intervenciones de prevención que hubieran podido ayudar a paliar los efectos de la epidemia.

La OMS, el resto de organismos internacionales y la comunidad donante en términos generales también actuaron con escasa urgencia (Van de Ruit, 2020). En 1987, la OMS estableció el Programa Global de VIH/SIDA, que comenzó ganándose la confianza de líderes sanitarios a nivel mundial (Weeks y Alcamo, 2009). No obstante, el programa perdió impulso a mitad de la década de 1990 a causa de divisiones internas y falta de apoyo por parte de los gobiernos africanos.

Estos pasos en falso en la respuesta política al VIH/SIDA supusieron la expansión del virus por todo el continente, y la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA contribuyó al 50% de todas las muertes a mitad de la década de 1990 (Van de Ruit, 2020).

A finales de la década de los 90, el VIH/SIDA volvió a contemplarse como un asunto prioritario de salud, debido en cierta medida a la formación de ONUSIDA en 1996, que coordinó y programó la política de lucha contra el VIH/SIDA en representación de la ONU (Van de Ruit, 2020; Weeks y Alcamo, 2009).

Durante las dos primeras décadas de la epidemia del VIH/SIDA en África (1980-2005), se introdujeron intervenciones estandarizadas de prevención. Estas intervenciones sanitarias globales estandarizadas para prevenir la expansión del VIH/SIDA se enfocaron en la promoción y distribución de preservativos, asesoramiento y test voluntarios, así como en el tratamiento de otras enfermedades infecciosas. Sin embargo, estos programas se implementaron en AS sin tener suficiente rigor ni evidencia que demostrasen su verdadera eficacia en la región. Por ello, esta desalineación entre el consenso de salud global en la prevención de la enfermedad y las condiciones locales contribuyó, también, al rápido aumento de la mortalidad e incidencia del VIH/SIDA. Asimismo, la pobreza, endémica a lo largo de la región, dificultó el acceso a los servicios básicos, y la inversión pública en infraestructura así como la dotación de recursos humanos en los sistemas nacionales de salud y los sistemas educativos era, y aún es, escasa.

La incidencia y prevalencia de la enfermedad están determinadas por factores sociales, políticos, culturales y medioambientales. A pesar de las numerosas evidencias acerca de la relación entre los factores sociales y el VIH/SIDA, la respuesta política dominante se centró en intervenciones influenciadas por concepciones epidemiológicas y biomédicas de la enfermedad como una patología biológica. Estos mensajes de prevención estandarizada que adoptaron un enfoque de riesgo universal fueron expandidos a lo largo del continente a pesar de que había grandes diferencias en las tasas de infección de VIH/SIDA entre unos países y otros, así como diferentes contextos sociales y culturales. Este enfoque en grupos de riesgo es un enfoque epidemiológico y se usó como herramienta para prevenir y mitigar la enfermedad infecciosa mediante la atención a grupos con mayor probabilidad biológica de infectarse y de transmitir el virus dentro de la población (Van de Ruit, 2020).

Los movimientos sociales —locales e internacionales— y científicos presionaron a las instituciones de salud global y a los gobiernos para reformar el marcado enfoque vertical de la lucha contra el VIH/SIDA e introducir el TARV, que ya estaba vigente en

el Norte Global desde 1996 (Van de Ruit, 2020; Naniche, 2018; Paxton, 2012). Las iniciativas de los movimientos sociales estuvieron orientadas no sólo a promover el tratamiento del VIH/SIDA, sino también a acabar con la estigmatización en AS. Éstas fueron iniciativas pluralistas que estuvieron alentadas por movilizaciones colectivas entre organizaciones locales de personas seropositivas, ONGDs y coaliciones globales fundamentadas en organizaciones activistas y en ONGDs (Van de Ruit, 2020).

El punto de inflexión para generar movimientos sociales en AS surgió en Sudáfrica, ante la negación del gobierno por implementar programas de prevención para la transmisión del VIH/SIDA entre madre e hijos/as en 1998. Así, surgió el *Treatment Action Campaign* (TAC)⁸, para luchar por el acceso al TARV en la lógica de la reivindicación de los derechos humanos (Van de Ruit, 2020; Paxton, 2012). Los líderes del TAC fueron originariamente miembros del Frente Unido Democrático⁹ (UDF, por sus siglas en inglés) y usaron tácticas de lucha similares a las de sus predecesores en la lucha anti-apartheid (Van de Ruit, 2020). Esta resistencia inicial supuso el punto de partida en la respuesta global al tratamiento del VIH/SIDA en AS y ha impulsado análisis alternativos para definir políticas relacionadas con la identidad (Paxton, 2012).

Debido a la movilización social y al fuerte activismo en algunos países de AS, se logró que las personas afectadas por el VIH/SIDA tuvieran representación en ONUSIDA y en el GFTAM. Así, las personas seropositivas en AS consiguieron tener voz en el desarrollo de las políticas de salud global. Además, organizaciones internacionales de activistas, como Médicos Sin Fronteras, fueron organismos influyentes en las negociaciones del ADPIC de Doha 2001 para reducir el precio del TARV, tema que trataremos más adelante. Estas formas de resistencia fueron clave para cambiar el curso de la gobernanza en las políticas del VIH/SIDA.

La movilización social, los avances tecnológicos y la mejora en el acceso al tratamiento del VIH/SIDA conllevaron un importante cambio de enfoque en la salud global. Finalmente, con la entrada de la segunda década del siglo XXI, se introdujeron intervenciones de TARV, combinadas con la prevención del VIH/SIDA.

El TARV, a pesar de que se retrasó casi una década en AS a causa del escepticismo de los actores de salud global, rápidamente condujo a un drástico descenso de la morbilidad y mortalidad relacionada con el VIH/SIDA. El TARV —que combina tres o más medicamentos ARV— promueve la restauración inmunológica en un periodo de tiempo relativamente corto y, con una adherencia al tratamiento mantenida en el tiempo, los pacientes son capaces de resistir a infecciones víricas, bacterianas o fúngicas asociadas con la progresión del VIH/SIDA. Asimismo, disminuye la carga viral del individuo, con lo que se reduce también el riesgo de transmisión del virus. Por todo ello,

⁸ El TAC estaba formado por personas afectadas por el VIH/SIDA, profesionales del ámbito sanitario y legal, sindicalistas y activistas de derechos sexuales y de género (TAC, 2020).

⁹ El UDF —nacido en 1983 y formado por una coalición de iglesias, asociaciones civiles, sindicatos y organizaciones deportivas y estudiantiles— fue una de las organizaciones anti-apartheid más conocidas en Sudáfrica. Sus acciones se centraron en la promoción de boicots, protestas y huelgas para presionar al sistema del apartheid (Kurtz, 2010).

el TARV es una herramienta vital en la lucha contra el VIH/SIDA (Van de Ruit, 2020; Naniche, 2018).

No obstante, cabe puntualizar que el retraso en la implementación del TARV en AS contribuyó a la devastadora mortalidad que llegó a su máximo en 2005. Las decisiones políticas fueron factores críticos en el retraso del TARV. Las organizaciones internacionales argumentaban que el coste de las medicaciones para el VIH/SIDA, junto con los sistemas de salud débiles y la pobreza generalizada de los africanos, inhibiría la adherencia al TARV.

En la actualidad, y mediante la presión de movimientos sociales a las agencias sanitarias internacionales y a los estados, la provisión del TARV se ha institucionalizado en el enfoque global de prueba y tratamiento (“*test-and-treat approach*”) para la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Ello ha llevado a una fuerte mejora en el acceso al tratamiento, si bien porcentajes significativos de la población afectada en muchos países de AS continúa aún sin acceder a éste (Van de Ruit, 2020).

4.2. Gubernamentalidad como eje central de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA

El concepto de gubernamentalidad, creado por el filósofo e historiador Michel Foucault, ha sido fundamental en el ámbito académico de la salud y la globalización.

En su origen, este término se introdujo desde una perspectiva teórica para hacer referencia a un régimen de poder establecido en el siglo XVIII, que tuvo como objetivo principal regularizar a la población (Nkomo y Long, 2014). Es decir, el concepto referenciaba exclusivamente las prácticas derivadas de un tipo concreto de poder: el poder del Estado.

No obstante, a partir de 1979 la concreción en la definición de este término se difumina para referenciar la gubernamentalidad simplemente como la forma como se conduce la conducta de las personas (Van de Ruit, 2020; Nkomo y Long, 2014). Es decir, la gubernamentalidad recoge las formas de pensar o ideologías que instan a modificar o condicionar las acciones de la población (Nkomo y Long, 2014). Así, su acepción se amplía a distintos tipos de gobierno: el gobierno de los niños y niñas, el gobierno de las almas o conciencias, el gobierno de una casa, el gobierno del Estado o el gobierno de sí mismo (Vargas-Monroy y Pujal i Llombart, 2013).

En esta línea, el análisis de la gubernamentalidad visibiliza las diversas formas de racionalidad utilizadas para problematizar, dirigir y gobernar al sujeto, y ayuda a reconocer las formas de pensar y la racionalidad encapsulada en discursos y conocimientos que guían, aconsejan e informan acerca de nuestras actitudes (Nkomo y Long, 2014).

De esta manera, este concepto foucaultiano refleja las dinámicas políticas desarrolladas por los actores globales en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA en el continente africano. Las intervenciones de gestión del VIH/SIDA en AS, marcadas por la gubernamentalidad de Occidente, subrayan cómo las políticas de lucha contra el VIH/SIDA se desarrollaron en las intersecciones de modelos biomédicos de prevención individual y una política cultural de la moralidad sexual influenciada, en gran medida, por misiones cristianas y evangélicas de Estados Unidos, que se detallarán a lo largo de este apartado (Van de Ruit, 2020).

En las últimas dos décadas, la gobernanza de salud se ha reconfigurado. El manejo de la salud ha pasado de ser responsabilidad de los estados-nación a ser responsabilidad de una variedad de organizaciones sanitarias internacionales, financiadores internacionales públicos y privados y ONGDs. En un principio, la autoridad comenzó a centralizarse por grandes organizaciones internacionales; en particular, por la OMS, ONUSIDA y el BM. Sin embargo, la arquitectura de salud global en su totalidad está conformada por una red compleja de PPPs y otras entidades financiadoras. Este amplio número de organizaciones refleja la compleja forma de poder encapsulada en el concepto de gubernamentalidad (Van de Ruit, 2020; Storeng et al., 2018).

En sus inicios, la mayoría de estos actores globales percibían el continente africano como un escenario indiferenciado, homogéneo, y esta asunción fue exacerbada por concepciones coloniales en epidemiología que percibían África como un “reservorio de infección” y el VIH como un virus originado en África como enfermedad zoonótica (Van de Ruit, 2020, p.6). Esta concepción de África como reservorio infeccioso homogéneo justificó la implementación de los programas estandarizados de prevención del VIH/SIDA citados con anterioridad. Estas intervenciones se basaban en dos lógicas: (1) el enfoque de la reducción del riesgo individual y (2) la agenda moral para reformar las prácticas sexuales entre la población africana.

En referencia a la reducción del riesgo individual, el manejo global del VIH/SIDA fue dirigido por instituciones médicas y de salud pública. La lógica en la gobernanza del VIH/SIDA estaba basada en intervenciones técnicas biomédicas que invisibilizaban las dinámicas políticas. La medicalización del VIH/SIDA se centró en pacientes individuales en vez de anticiparse a determinantes sanitarios más amplios a nivel social y comunitario. El hecho de ignorar las características sociales y culturales de la transmisión del VIH/SIDA y ocultar así las diferencias entre grupos provocó que las intervenciones de salud pública no desarrollaran mensajes detallados y relevantes a grupos específicos. Al poner el foco en los grupos de riesgo individual, los programas de prevención del VIH/SIDA pasaron por alto cómo las relaciones de poder, y de género, el estigma y los intereses privados influyen los cambios en la actitud sexual a nivel local.

Ante el visible fracaso de estas intervenciones políticas, surgieron críticas que argumentaban que la respuesta global al VIH/SIDA importó programas estandarizados de prevención inadecuados para los contextos africanos locales.

Además, la lógica de la prevención del VIH/SIDA se moldeó en base a asunciones de las normas morales y culturales acerca de la transmisión y la contaminación moral del VIH/SIDA en los países del Norte. El mensaje de la prevención del VIH/SIDA acerca de prácticas sexuales seguras, incluyendo la monogamia y la abstinencia, se transmitieron por medio de comprensión biomédica al entender el VIH/SIDA como una enfermedad de transmisión sexual, y también por medio de asunciones occidentales acerca de las actitudes sexuales deseables, que quedaban reducidas a parejas heterosexuales casadas. Estas asunciones normativas tienen una larga historia colonial detrás, derivadas de la colonización de África por misioneros cristianos (Van de Ruit, 2020). En este sentido cabe puntualizar que estas misiones religiosas han tenido influencia directa en la gestión de los sistemas sanitarios de países como Zambia y Uganda, entre otros. La preferencia por los programas de prevención del VIH/SIDA basados en esta lógica encaja en el imperativo moral de salvar a los africanos de sus actitudes “pecaminosas” (Van de Ruit, 2020; Ochillo, Teijlingen y Hind, 2017).

Asimismo, el enfoque humanitario hacia los huérfanos y población infantil vulnerable relacionados con el VIH/SIDA revela cómo el aparato de salud global ha influido en la respuesta global.

Para muchas sociedades africanas, no existe palabra para referirse a orfandad, o hay comprensiones complejas del concepto que eluden la definición humanitaria derivada de la familia occidental estándar. Pese al problemático concepto de huérfano en distintos contextos africanos, los niños/as —percibidos/as como seres inocentes y puros— fueron considerados por las agencias humanitarias internacionales como víctimas críticas de la epidemia del VIH/SIDA en el continente (Van de Ruit, 2020). El enfoque en la palabra huérfano creó un grupo cuantificable medido por la distinción entre huérfanos maternos, paternos o ambos. Esta categorización ignoró la perspectiva holística de la población huérfana, ya que no tuvo en consideración aspectos sociales y demográficos como la edad, el género, los lazos comunitarios y familiares, los valores y prácticas locales, y la economía familiar de esta población infantil. Esta clasificación amplió la escala del problema con los huérfanos y sirvió como justificación para movilizar fondos de financiación y proceder a la acción humanitaria, priorizando así los intereses de agencias externas sobre las verdaderas necesidades locales de la población huérfana (Drah, 2012).

Estas intervenciones fundadas en la lógica biomédica y cultural —y encapsuladas en la hegemónica gubernamentalidad— se ejemplifican en el PEPFAR durante la administración de George W. Bush. Este organismo promovió el apoyo a los huérfanos y a la población infantil vulnerable, y suscitó la abstinencia sexual y la autonomía individual por encima de las actitudes sexuales. La influencia del *lobby* evangélico de la administración de Bush se evidencia en el diseño del programa bilateral de PEPFAR y en la insistencia en canalizar grandes cantidades de financiación para el VIH/SIDA a organizaciones locales basadas en la fe (Van de Ruit, 2020). Estas organizaciones promovieron mensajes conservadores y valores culturales y religiosos que dificultaron

el acceso universal a los programas de prevención del VIH/SIDA y a otros servicios como los de salud sexual y reproductiva (Altman y Buse, 2012).

A la hora de examinar cómo la “industria del VIH/SIDA” pudo mantener durante tanto tiempo estas intervenciones fallidas, hay diversas explicaciones. Para empezar, el poder de la lógica cultural acerca del pecado sexual y el cambio de actitud individual ganó apoyo por parte de un importante número de actores globales. Segundo, el hecho de limitar el VIH/SIDA a intervenciones técnicas biomédicas impedía que los procesos sociales y políticos fueran un componente central de la política y planificación para luchar contra el VIH/SIDA. Mediante la invisibilización del VIH/SIDA, las pertinentes campañas de prevención en los países de África resultaron inefectivas ya que fueron apropiadas por grupos políticos con intereses concretos.

Otra de las razones por las que la “industria del VIH/SIDA” persistió en mantener intervenciones inefectivas se basa en el argumento sobre el coste del tratamiento para el VIH/SIDA.

Las agencias internacionales denunciaron que los medicamentos eran demasiado costosos para proporcionarlos a una población tan amplia. Los acuerdos internacionales de comercio protegen los precios de las medicaciones farmacéuticas. Cada agencia internacional que financia el VIH/SIDA en AS tiene sus propias reglas y protocolos de gasto y contabilidad. Además, el precio de los medicamentos estaba establecido por el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Protección Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, en inglés), que protege la producción de medicamentos en condiciones de monopolio por medio de patentes. Todos los países miembros de la Organización Mundial del Comercio tenían que respetar los precios de los fármacos aprobados por el ADPIC. Mientras que los costes de la TARV fueron reducidos por la competencia en países del Sur Global como Brasil, India y Tailandia, los precios estaban limitados a los ciudadanos de aquellos países bajo la Declaración de Doha de 2001 en el ADPIC, por lo que los países de AS no pudieron introducir el tratamiento para el VIH/SIDA de manera uniforme.

Además, los sistemas de salud africanos se veían como sistemas débiles para mantener y sostener una intervención biomédica a la escala requerida para acabar con la epidemia (Van de Ruit, 2020). Asimismo, en el Norte Global, la población africana —siguiendo los estereotipos del conjunto de África y sus habitantes— se percibía como personas empobrecidas sin educación, corruptas, demasiado débiles o con actitudes sexuales “inadecuadas” para adherirse a los programas de tratamiento de VIH/SIDA, incluso si los obstáculos de los sistemas nacionales de salud eran superados (Paxton, 2012).

Así, el VIH/SIDA en África siguió un patrón de epidemia generalizada más que uno concentrado en poblaciones específicas, como ocurrió en Estados Unidos. Todo este retraso en la implementación del tratamiento pertinente en AS tuvo, y aún tiene, consecuencias catastróficas (Van de Ruit, 2020).

4.3. Progreso en los avances médicos y políticas del tratamiento del VIH/SIDA en AS

La innovación médica en la prevención y tratamiento de la enfermedad se han centrado en el TARV tanto en población infantil como en población adulta. Según estudios epidemiológicos, la administración de TARV a pacientes, niños/as y adultos con VIH/SIDA en el sur de África de manera sostenida en el tiempo incrementa la probabilidad de supervivencia. De hecho, las tasas de mortalidad de los pacientes que reciben tratamiento durante dos años pueden incluso equipararse con aquellas de la población general.

El TARV no solo es vital en la promoción de la salud de las personas seropositivas (p.e. el VIH/SIDA ha pasado a reconocerse como una enfermedad crónica y no terminal), sino que también supone una estrategia de prevención. Entre otros beneficios, el TARV reduce las probabilidades de la transmisión vertical de madres a hijos/as en las fases pre- y post-embarazo.

Un avance biomédico en la TARV es la función que desempeña la PrEP en las personas no infectadas, como técnica preventiva para evitar la transmisión del virus. La PrEP ha demostrado ser efectiva en todas las poblaciones si se cumple la adherencia al tratamiento de forma adecuada. Por ello, los epidemiólogos están a favor de introducir la PrEP como parte de la estrategia de prevención del VIH/SIDA en AS.

La circuncisión masculina, por su parte, es otro método de prevención, en este caso dirigido a hombres. Es una práctica costo-efectiva y basada en fuerte evidencia científica. La implementación de la TARV y la circuncisión masculina son intervenciones biomédicas de impacto que han derivado en reducciones drásticas en la incidencia del VIH/SIDA y de la mortalidad relacionada con la enfermedad. Sin embargo, las personas defensoras de estas medidas en un principio enfrentaron oposición por parte de agencias de salud global y burocracias gubernamentales, lo que evidencia de nuevo cómo las decisiones políticas influenciaron significativamente la gestión de la epidemia en AS (Van de Ruit, 2020).

En la actualidad, los avances en el tratamiento —provisión global de TARV, programas para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH/SIDA y circuncisión masculina voluntaria, en especial— continúan facilitando el descenso de la incidencia y mortalidad relacionada con el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020a; Van de Ruit, 2020). La evidencia sugiere que las muertes por VIH/SIDA en AS han descendido desde el pico en 2005 en un 45%, y se ha registrado un descenso del 41% en la incidencia del VIH/SIDA entre población infantil desde 2010, así como un 13% entre adultos.

A pesar de estos datos favorables en la lucha contra la epidemia en la región, los esfuerzos han sido insuficientes para erradicar o paliar la epidemia de forma consistente. El VIH/SIDA continúa siendo la principal causa de mortalidad en el subcontinente, concentrando la gran mayoría de las muertes y nuevas infecciones. De hecho, el 61% de

las muertes totales relacionadas con VIH/SIDA y el 63% de las nuevas infecciones en el mundo en 2018 se registraron en África (Van de Ruit, 2020).

En este aspecto, cabe puntualizar que el impacto del VIH/SIDA en AS se ha podido agravar por la pandemia de la COVID-19 que, en cierta medida, ha podido obstaculizar la gestión del VIH/SIDA debido a la interrupción de los tratamientos de la enfermedad infecciosa. Varios países de la región han registrado reducciones de hasta un 20% en el suministro de fármacos. Además, un importante número de personas seropositivas ha denunciado no tener antirretrovíricos para un confinamiento de más de 60 días. No obstante, los datos provenientes de estos países en el periodo de enero a junio de 2020 no señalan un descenso remarcable en el número de personas en tratamiento, por lo que es necesario valorar este posible impacto a más largo plazo.

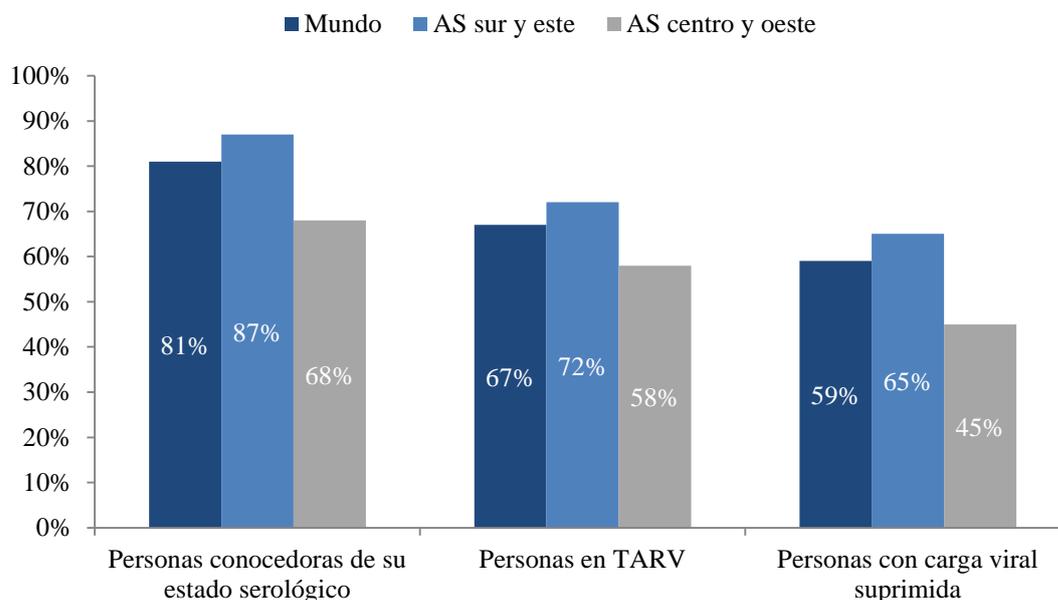
En lo referente a las políticas públicas concretas de lucha contra el VIH/SIDA, no se han llegado a cumplir los objetivos 90-90-90 establecidos por la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016, y que se enmarcan en la estrategia *Fast-Track*¹⁰. En esencia, estos objetivos —establecidos para ser alcanzados a finales de 2020, y en última instancia lograr el control de la epidemia para 2030— pretendían realizar pruebas diagnósticas de VIH e implementar el tratamiento a la mayoría de la población seropositiva del mundo, así como reducir la carga viral para mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y disminuir el riesgo de contagio.

A nivel mundial, se han logrado resultados importantes en el ámbito de pruebas y cascada de tratamiento del VIH. A finales del año 2019, el 81% de la población mundial con VIH/SIDA conocía su estado serológico y el 67% estaba en TARV. Este último dato equivale a alrededor de 25,4 millones de personas con VIH/SIDA, sobre las 38 millones de personas infectadas. Asimismo, casi un 59% de esta población mundial logró suprimir su carga viral en 2019. No obstante, para conseguir los objetivos 90-90-90 era fundamental que al menos un 73% lograra la supresión de su carga viral (ONUSIDA, 2020e).

En el caso de AS, existen diferencias regionales destacables —entre los países de la zona sur y este y los de la zona centro y oeste— que reflejan variaciones en países específicos en la respuesta a la epidemia (Van de Ruit, 2020). En términos generales, estas disparidades en la estrategia *Fast-Track* se observan en el siguiente gráfico (Figura 9) pero se recogen con mayor concreción a continuación.

¹⁰ *Fast-Track*: Estrategia para acelerar la implementación de servicios de prevención y tratamiento del VIH/SIDA adaptados a las personas (igualdad de género, cero discriminación, etc.) para, en última instancia, lograr erradicar el VIH/SIDA de cara a 2030. El *Fast-Track* integra los objetivos 90-90-90, ya citados, como parte de su estrategia (ONUSIDA, 2015).

Figura 9. Comparativa del impacto de la estrategia Fast-Track entre las dos principales zonas de AS y el mundo, 2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020a) y ONUSIDA (2020f).

En la zona sur y este de AS, la zona más afectada del mundo por esta enfermedad, la disminución de casos nuevos de VIH/SIDA desde 2010 ha sido la mayor del mundo. En 2019, el 87% de las personas seropositivas conocían su estado serológico, el 72% estaba recibiendo TARV y el 65% había logrado la supresión de la carga viral. Entre los países de esta zona, la supresión viral está por encima del 70% entre las personas seropositivas en ocho países (ONUSIDA, 2020a). Zimbabue, por ejemplo, ha alcanzado el objetivo global para la supresión viral, con el 73% de todas las personas viviendo con VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020f).

De este modo, esta subregión se ha acercado a los objetivos 90-90-90 de prueba y tratamiento, y siete países de la zona han alcanzado esta estrategia *Fast-Track* para 2020: Botsuana, Eswatini, Namibia, Ruanda, Uganda, Zambia y Zimbabue. Asimismo, Kenia, Malawi y la República Unida de Tanzania están próximos a conseguirlo. (ONUSIDA, 2020a). Eswatini incluso ha superado el parámetro 95-95-95 que establece el *Fast-Track* para 2030 (ONUSIDA, 2020f).

La implementación de programas de prueba y tratamiento en esta subregión se refleja también en el drástico descenso del 49% en las muertes relacionadas con el VIH/SIDA desde 2010 (ONUSIDA, 2020a). No obstante, la tasa de mortalidad continúa siendo muy alta e insatisfactoria, por lo que se estima necesario aumentar y reforzar la cobertura de prueba y tratamiento especialmente en países como Madagascar y Sudán del Sur, donde menos del 25% de las personas infectadas conoce su estado serológico (Avert, 2020a).

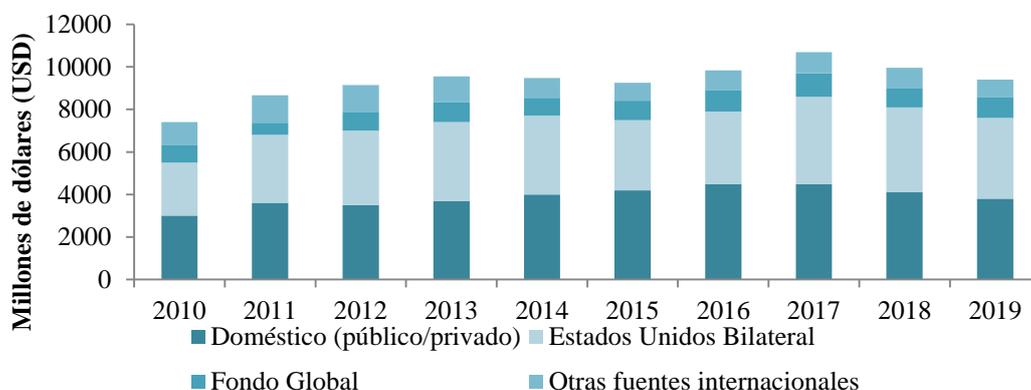
En lo referente a los fondos de financiación para la respuesta del VIH/SIDA, los gobiernos de la región y la comunidad internacional han hecho esfuerzos insuficientes

para reforzar los sistemas de salud y paliar la epidemia (ONUSIDA, 2020a). En 2010, AS destinó un 6,5% de su Producto Interior Bruto (PIB) a sanidad, a diferencia de la media mundial que se cifra en un 10,5% del PIB (Mooketsane y Phirinyane, 2015).

En la zona sur y este la financiación para las respuestas del VIH/SIDA se incrementó en un 25% en la región entre 2010 y 2019, incluyendo un 26% la financiación doméstica, un 50% la financiación bilateral del gobierno de Estados Unidos y un 18% las contribuciones del GFTAM. Sin embargo, la financiación del VIH/SIDA en esta subregión llegó a su máximo en 2017 y luego descendió en un 12% entre 2017 y 2019.

En 2019, las fuentes domésticas representaron el 41% de la financiación total del VIH/SIDA, la ayuda bilateral del gobierno de Estados Unidos el 40% y el GFTAM el 10%. Sudáfrica fue el responsable de la mayoría del gasto doméstico de la zona sur y este de AS (ONUSIDA, 2020a). En el caso de Botsuana, los recursos domésticos cubren casi dos tercios del gasto del VIH/SIDA; en concreto, el 63% del gasto de 2017 (último año en que hay registros al respecto). Zimbabue, por su parte, ha movilizado importantes recursos domésticos mediante fondos fiduciarios que ayudan a diseñar el programa de tratamiento de VIH/SIDA del país (ONUSIDA, 2020e). Sin embargo, otros países de la zona dependieron de recursos externos en un 80% de su financiación de la respuesta al VIH/SIDA. Así, pese a todos estos fondos de financiación, los esfuerzos no han sido suficientes para cumplir con los objetivos establecidos para 2020 (Figura 10) (ONUSIDA, 2020a).

Figura 10. Recursos disponibles para la respuesta al VIH/SIDA en la zona sur y este de AS, desagregada por las principales fuentes de financiación 2010-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020g).

A diferencia de la zona sur y este de AS, la zona centro y oeste ha recibido escasa atención por parte de organizaciones locales e internacionales. Por ello, el progreso ha sido menor. Los conflictos armados, los desplazamientos forzados y la inseguridad alimentaria continúan tensionando la resiliencia comunitaria y los sistemas nacionales de salud en diversos países de esta subregión.

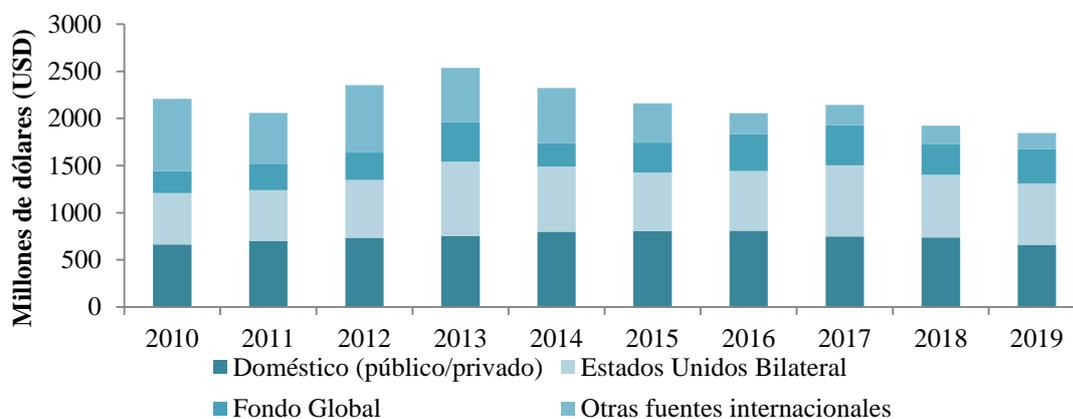
Esta zona ha estado lejos de lograr los objetivos *Fast-Track* para 2020. En contraste con los datos de la zona sur y este, en esta subregión el 68% de las personas seropositivas

conocía su estado serológico en 2019, lo que supone casi un 20% menos respecto a la zona sur y este. Entre esta población, solo el 37% de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años demuestra tener conocimientos sobre el VIH/SIDA.

En función de los datos ofrecidos por ONUSIDA (2020a), en 2019 únicamente el 58% de las personas seropositivas estaban recibiendo TARV. Asimismo, aproximadamente el 58% de las mujeres seropositivas embarazadas recibieron TARV en 2019 para prevenir la transmisión vertical del VIH y proteger su propia salud. Es una de las tasas de cobertura de TARV más bajas del mundo entre esta población. Las carencias de los servicios continuados de prevención materno-infantil dejan a la población infantil expuesta al virus. La mayor parte de la incidencia del VIH/SIDA entre niños/as deriva de la baja cobertura de TARV entre mujeres seropositivas embarazadas. En concreto, en 2019, el 42% de las nuevas infecciones por VIH/SIDA en niños/as fueron consecuencia de la ausencia de TARV de las madres durante el embarazo. Además, un 18% de los casos nuevos en población infantil tuvo origen en la ausencia de TARV durante la lactancia materna y otro 14% ocurrió debido a que las madres contrajeron el VIH/SIDA en el periodo de lactancia. Por último, la supresión viral en esta subregión únicamente se alcanzó en el 45% de la población, a diferencia del 65% en la zona sur y este y el 59% a nivel mundial.

En cuanto a los fondos de financiación para combatir el VIH/SIDA en la zona centro y oeste, los recursos disponibles para la respuesta al VIH/SIDA en 2019 supusieron sólo el 46% del objetivo para 2020. La financiación en la subregión llegó a su máximo en 2013 (Figura 11). Sin embargo, ésta cayó un 14% entre 2015 y 2019. En esta zona, las principales fuentes de financiación fueron las siguientes en 2019: gasto doméstico (36%), contribuciones bilaterales del gobierno de Estados Unidos (35%) y el GFTAM (20%). Estas dos últimas fuentes de financiación han aumentado sus aportaciones en un 20% y 55% respectivamente entre 2010 y 2019, mientras que el gasto público se redujo en un 1% y otras contribuciones internacionales cayeron en un 77% en ese mismo periodo (ONUSIDA, 2020a).

Figura 11. Recursos disponibles para la respuesta al VIH/SIDA en la zona centro y oeste de AS, desagregada por principales fuentes de financiación 2010-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA (2020g).

Como se puede observar, la dependencia de AS hacia donantes internacionales es evidente. Esta dependencia es la mayor del mundo: en 2010, los recursos externos destinados a AS supusieron el 10,5% del gasto sanitario, mientras que el resto de regiones mundiales recibieron menos de un 1% de recursos externos para el gasto sanitario (Mooketsane y Phirinyane, 2015).

A lo largo de AS, la financiación extranjera tiende a canalizarse por medio de los ministerios de salud, que distribuyen la ayuda entre las ONGDs de sus respectivos países, que proporcionan intervenciones a nivel local (Van de Ruit, 2020; Paxton, 2012). No obstante, frecuentemente, los donantes internacionales y otros agentes de financiación muestran una notable preferencia por las ONGDs antes que por la participación directa de los gobiernos. En este aspecto, las ONGDs son percibidas como más receptivas y flexibles y, por su parte, los gobiernos en ocasiones generan reticencias en lo que se refiere a capacidad y habilidad para gestionar los programas del VIH/SIDA o en términos de corrupción o uso adecuado de los recursos (Paxton, 2012).

Dado que la financiación está fragmentada y dispersa entre múltiples agencias, se produce un escenario sanitario “atomizado y proyectizado” donde distintas ONGDs financiadas por distintos donantes internacionales operan en un mismo contexto geográfico. Este contexto fragmentado socava la sostenibilidad de iniciativas de salud, y con frecuencia concentra proyectos en zonas urbanas de mejor acceso, dejando de lado las zonas rurales donde es más complicado trabajar (Van de Ruit, 2020).

Este modelo de enfoque vertical también genera problemas entre las instituciones internacionales que establecen prioridades políticas y los contextos locales que moldean las experiencias de los individuos y la comprensión que éstos tienen sobre la enfermedad (Paxton, 2012). De esta manera, este modelo contribuye a una respuesta poco coordinada y fragmentada que en ocasiones genera consecuencias negativas a causa de las diferentes prioridades que puedan tener los actores internacionales o locales (Van de Ruit, 2020). La presencia de las organizaciones internacionales en asuntos sanitarios de AS tiende a inhibir la capacidad de liderazgo de los estados.

Sin duda, cualquier epidemia debe ser abordada por la comunidad global. Sin embargo, según Mooketsane y Phirinyane (2015), los gobiernos nacionales deberían asumir la mayor responsabilidad para proporcionar servicios sanitarios adecuados a su población. Las organizaciones regionales como la Unión Africana (UA) deberían garantizar que los estados miembros estén capacitados para gestionar epidemias y otros desastres naturales como inundaciones, que pueden expandir enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA. Además, las políticas nacionales de salud deberían ratificar protocolos sanitarios en línea con los contextos nacionales (Mooketsane y Phirinyane, 2015). En este aspecto, se ha observado que los mecanismos consultivos que recogen las ideas y preocupaciones locales han mejorado el tratamiento y cuidado de las personas seropositivas, así como la aceptación y la adherencia a los programas de tratamiento del VIH/SIDA (Paxton, 2012).

Una parte de la literatura sugiere que la UA y otros organismos subregionales deberían adoptar un cambio de enfoque en la relación con los donantes. Así, Mooketsane y Phirinyane (2015) recogen la necesidad de que sean los organismos regionales quienes canalicen la ayuda extranjera para combatir la epidemia del VIH/SIDA. La decisión tomada en 2013 por la UA acerca de establecer un Centro Africano para el Control y la Prevención de Enfermedades, por ejemplo, parece ser una iniciativa adecuada en esta línea.

Una firme estrategia de cooperación entre los estados africanos, entidades regionales, organizaciones religiosas o sociedad civil, empresas del sector privado y donantes podría ser el camino para acabar con la epidemia del VIH/SIDA (Mooketsane y Phirinyane, 2015). Asimismo, se estima necesario que los estados africanos introduzcan nuevas formas de financiación sanitaria para fortalecer los sistemas nacionales de salud y que inviertan en capital humano y en industrias farmacéuticas locales para lograr una mayor autonomía. La lucha contra el VIH/SIDA en AS supone una transformación social que debería introducir objetivos coordinados más amplios e interseccionales para lograr programas que tengan una eficacia muy superior (Mooketsane y Phirinyane, 2015; Mohiddin y Johnston, 2006).

4.4. El enfoque transversal de género en las políticas públicas

La implementación de la TARV y las mejoras en los test de VIH/SIDA han derivado en la supervivencia de incontables personas. No obstante, las desigualdades sanitarias en el acceso a la prevención y al tratamiento del VIH/SIDA continúan estando presentes en los países de AS.

Las estructuras políticas, construidas sobre modelos de grupo de riesgo biomédico, dejan entrever la intersección de la visible marginación social con el riesgo de contraer VIH/SIDA. Las personas con identidades minoritarias múltiples sufren un mayor riesgo de sufrir VIH/SIDA y una menor probabilidad de acceder al tratamiento pertinente. Precisamente las desigualdades sanitarias en las tasas de VIH/SIDA y en el acceso al tratamiento por género, estado socioeconómico y sexualidad en AS señalan las consecuencias de la citada gubernamentalidad del VIH/SIDA en AS.

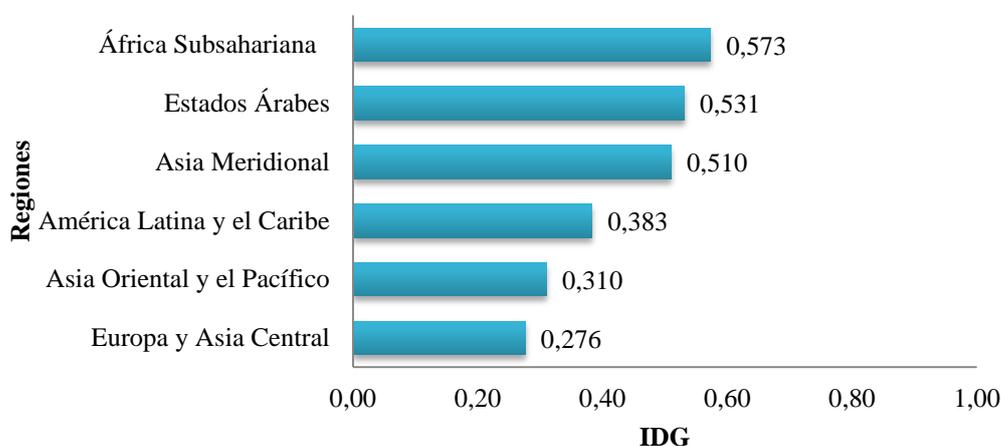
El estrecho enfoque en los grupos de riesgo, junto con la distribución desigual del tratamiento del VIH/SIDA, produce una brecha en las tasas de infección y mortalidad relacionadas con el VIH/SIDA entre hombres, mujeres y grupos vulnerables. Este patrón de desigualdad por género ocurre a lo largo de AS a pesar de que esta región cuenta con una enorme diversidad cultural y étnica. Esto sugiere que los factores socioestructurales conducen a estas disparidades en la infección por VIH/SIDA.

Las explicaciones biofísicas fundamentadas en las diferencias sexuales entre hombres y mujeres explican sólo parcialmente estas desigualdades. Los procesos sociales en la transición hacia la adultez (relaciones interpersonales, nivel académico y consumo de

bienes, entre otros) juegan un papel en el riesgo de las mujeres, mayoritariamente jóvenes, para contraer el VIH/SIDA. No obstante, los mensajes de prevención del VIH/SIDA se han enfocado tradicionalmente en causas proximales como las prácticas sexuales no seguras, que derivan de explicaciones biofísicas e ignoran las causas socio-estructurales (Van de Ruit, 2020).

Esta lógica promueve una marcada desigualdad no sólo entre hombres reconocidos como heterosexuales y mujeres, sino también entre los grupos poblacionales clave, como son los HSH o las trabajadoras sexuales. En este aspecto, AS registra el Índice de Desigualdad de Género (IDG)¹¹ más alto de todas las regiones mundiales, con 0,573 puntos sobre 1 (Figura 12). Esto contrasta con la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (0,186) o con Europa (0,270), donde la desigualdad es significativamente menor (PNUD, 2018).

Figura 12. Índice de Desigualdad de Género por regiones, 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del PNUD (2019).

Sin embargo, el IDG de AS es tan diverso como los países que la conforman. Dentro de la región, Nigeria es uno de los países que destaca como uno de los más desiguales (Avert, 2019c). En este país, a pesar de que existen políticas culturales sensibles al género y VIH/SIDA (UNESCO, 2017; Avert, 2019c), menos del 1% de los gastos destinados al VIH/SIDA se dedica a estrategias de género (Avert, 2019c). Asimismo, en un ranking de desigualdad de género, Eswatini se encuentra en el puesto 137 de 159 países (siendo el último país el más desigual en términos de género), según el *Informe de Naciones Unidas para el Desarrollo Humano* de 2018 (Avert, 2020c).

A nivel nacional dentro de cada país que conforma AS, las políticas dirigidas a la lucha contra el VIH/SIDA se recogen en los Planes Estratégicos Nacionales (NSPs, por sus siglas en inglés). Estos documentos de planificación nacional detallan una serie de prioridades para implementar programas y servicios en un periodo de 5 años de

¹¹ El IDG estima las pérdidas nacionales por desigualdad de género en términos de Desarrollo Humano. Para el cálculo del IDG, se incluyen aspectos de salud reproductiva (mortalidad materna y embarazo precoz), de empoderamiento y de mercado laboral (presencia de mujeres en la fuerza laboral nacional) (Lobo, 2015).

evaluación (2017-2022), incluyendo propósitos para cuantificar el progreso de cara a los objetivos nacionales teniendo también en cuenta el contexto internacional.

Los datos recogidos para medir el progreso de los objetivos del NSP en cada país son la base para alcanzar las prioridades internacionales como los ODS, donde se recoge el objetivo por la búsqueda por la igualdad de género, o la estrategia *Fast Track*, que en este caso trata de eliminar el estigma y la discriminación en personas infectadas por VIH/SIDA. La precisión en que los objetivos del NSP están desagregados por sexo y edad es una medida de calidad y es de gran importancia en la recogida de datos, planificación, intervención y evaluación (Sherwood, Sharp, Cooper, Roose-Snyder y Blumenthal, 2017).

En este contexto, además del sexo y la edad, se estima fundamental la integración del análisis interseccional, que identifica múltiples opresiones y desigualdades estructurales que aumentan la inequidad de poder en las relaciones entre personas pero también entre individuos e instituciones sociales (como el sistema sanitario o el legislativo).

Es importante reconocer que las desigualdades son probablemente interseccionales, lo que describe un marco aún más complejo donde el género, la pobreza, la etnia, el insuficiente acceso educativo, la residencia en el medio rural, la sexualidad y otras características sociales se superponen. Todo ello deriva en diversas desventajas a las que deben enfrentarse las poblaciones más vulnerables, y que deben ser estudiadas en detalle para dirigir intervenciones adaptadas (Jackson-Best y Edwards, 2018; Watkins-Hayes, 2014).

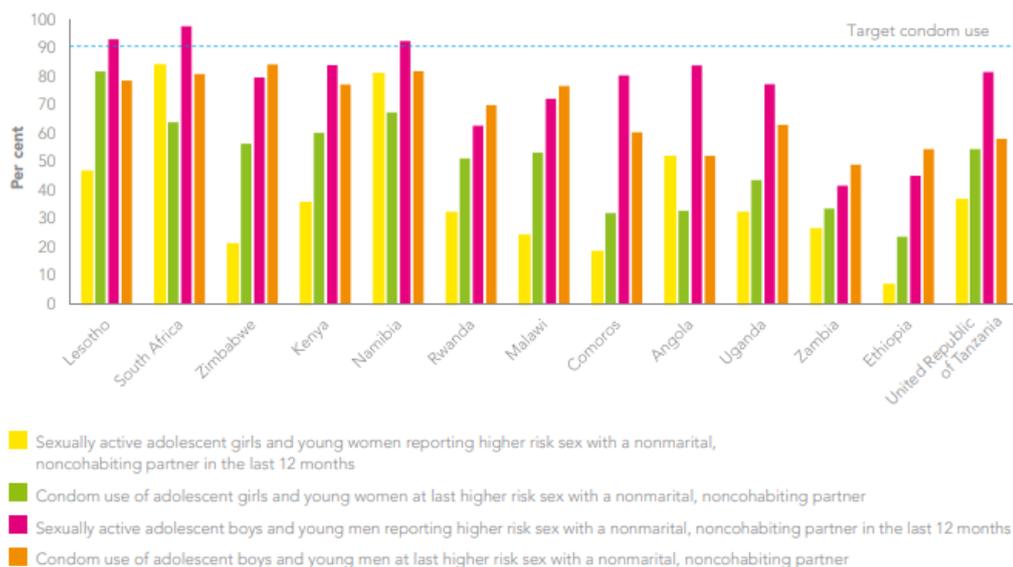
Por ello, es imprescindible desagregar adecuadamente los datos para valorar en qué medida afecta el VIH/SIDA a diferentes sectores de la población y si los programas responden a las necesidades de esa población diversa. Los NSPs, pues, deberían integrar la disparidad de género e incluir objetivos específicos dirigidos a reducir la desigualdad de género y otras desigualdades vinculantes en el acceso a educación o atención sanitaria. La guía de la OMS (2016) sugiere integrar objetivos para abordar los factores sociales y/o estructurales vinculados a la propagación del VIH/SIDA en mujeres: marginación económica, VBG y normas de género que desempoderan a las mujeres en las relaciones de pareja.

A pesar de la importancia de establecer NSPs sensibles al género y con objetivos de calidad ante el VIH/SIDA, son limitadas las investigaciones que se han llevado a cabo para monitorizar los objetivos establecidos por cada gobierno ante la enfermedad (Sherwood et al., 2017). Algo similar ocurre con el reducido número de revisiones sistemáticas que integran específicamente el marco del análisis interseccional. En los estudios de efectividad, se observa una clara tendencia a valorar si un resultado concreto responde a una intervención particular, centrándose más en poblaciones homogéneas (p.e. poblaciones con diagnóstico primario de VIH/SIDA) que en las heterogéneas. En la misma línea, existe una notable predominancia en la financiación de enfermedades específicas, omitiendo la dimensión interseccional de la problemática del VIH/SIDA en los distintos grupos poblacionales descritos (Jackson-Best y Edwards, 2018).

Un estudio realizado por Sherwood et al. (2017) en 18 países de AS refleja la escasa incorporación de objetivos desagregados por sexo para hacer frente al VIH/SIDA. De entre todos los países estudiados, la proporción de objetivos desagregados por sexo varía desde 0% (Botsuana, Camerún y Mozambique) a 92,3% (Zambia), con una media del 31% para el total de países estudiados (Sherwood et al., 2017). El caso de Camerún destaca especialmente, pues existe una nula incorporación de objetivos desagregados por sexo a pesar de que la incidencia de VIH/SIDA en mujeres fue casi el doble que en hombres en el año 2018: 12.000 mujeres frente a 6.700 hombres. En Mozambique, en lo relativo a los grupos poblacionales clave, únicamente se registran datos para la prevalencia de VIH/SIDA en prisioneros, invisibilizando así las desigualdades entre el resto de grupos vulnerables (ONUSIDA, 2019a). Únicamente los NSPs de Sudáfrica, Eswatini y Zambia desagregaron la mayoría (>50%) de sus datos por sexo (Sherwood et al., 2017). Cabe resaltar que Sudáfrica registró la mayor incidencia del VIH/SIDA de 2018 en mujeres en valores absolutos, con una cifra de 140.000 mujeres, en comparación con los 86.000 nuevos casos de VIH/SIDA en hombres (ONUSIDA, 2019a).

En las fases tempranas de la enfermedad, la desagregación de objetivos por sexo es más común en comparación con el avance de la patología, pues el 83% (15/18) de los países incluyen datos desagregados en la prevención del VIH/SIDA (i.e. uso de preservativo y reducción de actitudes sexuales de alto riesgo) (Sherwood et al., 2017). En el siguiente gráfico (Figura 13) se pueden observar las tasas de utilización de preservativo entre jóvenes (15-24 años) durante los años 2012 y 2018 en 13 de estos 15 países citados:

Figura 13. Uso de preservativos entre jóvenes (15-24 años), 2012-2018



Fuente: ONUSIDA (2019a).

En fases más avanzadas de la enfermedad, solo un 56% (10/18) de los países establecen objetivos relacionados al test del VIH y a la adherencia al tratamiento; un 22% (4/18) fijan metas para mejorar la cobertura del TARV; y un 11% (2/18) desagregan los

objetivos por sexo para incrementar el acceso y adherencia a los programas de TARV a largo plazo (Tabla 1).

Tabla 1. Objetivos/indicadores desagregados por sexo en NSPs de 18 países africanos

País	Objetivos desagregados por sexo (%)	Epidemiología	Prevención	Pruebas	Tratamiento	Adherencia al tratamiento
Botsuana	0,0					
Camerún	0,0					
República Centrafricana	9,7		✓	✓		
República del Congo	11,8		✓	✓		
Guinea-Bissau	16,7	✓	✓			
Kenia	22,2		✓			
Lesoto	36,8		✓	✓		
Malawi	38,1	✓	✓	✓		
Mozambique	0,0					
Namibia	30,4		✓	✓	✓	
Nigeria	31,3		✓			
Ruanda	42,3	✓	✓	✓		
Sudáfrica	82,6	✓	✓	✓	✓	✓
Eswatini	52,9	✓	✓	✓		
Tanzania	40,9		✓	✓	✓	
Uganda	37,5		✓			
Zambia	92,3	✓	✓	✓	✓	✓
Zimbabue	14,3		✓			

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Sherwood et al. (2017).

Asimismo, se ha evidenciado la falta de inclusión en lo referente a objetivos de igualdad de género para combatir las barreras sociales y estructurales del VIH/SIDA en las mujeres. En total, 15 de 18 países establecen al menos un objetivo para reducir la desigualdad de género. Sin embargo, se observan importantes lagunas. En los NSPs de Botsuana, Guinea-Bissau o Mozambique en 2017 no se recoge ningún objetivo para combatir la desigualdad de género ante el VIH/SIDA entre hombres y mujeres (Sherwood et al., 2017). No obstante, en el camino hacia la igualdad de género de la población vulnerable al VIH/SIDA en términos generales, cabe puntualizar que Botsuana despenalizó las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo dos años más tarde de este estudio, en junio de 2019 (ONUSIDA, 2019a). La categoría más incorporada en el ámbito de desigualdad de género es la VBG, presente en 9 NSPs de los 18 países (50%).

En la misma línea, el 39% (7/18) de países establece objetivos dirigidos a mejorar el proceso de embarazo y la cobertura anticonceptiva, y el 28% (5/18) integra al menos una meta para mejorar los derechos legales y el acceso a recursos económicos para mujeres y adolescentes. Por último, solo 2 países de los 18 (11%) incluyen propósitos desagregados por sexo para mejorar la asistencia a clase de niñas y mujeres adolescentes (Sherwood et al., 2017) (Tabla 2).

Tabla 2. Objetivos de desigualdad de género en NSPs de 18 países africanos

País	Inclusión de servicios de reproducción sexual y VIH	Mejora de resultados embarazo o cobertura anticonceptiva	VBG	Mejora de derechos o de acceso a recursos para mujeres y niñas	Acceso o asistencia educativa de mujeres adolescentes y jóvenes
Botsuana					
Camerún			✓		
República Centrafricana	✓	✓	✓		
República del Congo		✓			
Guinea-Bissau					
Kenia			✓	✓	
Lesoto	✓				
Malawi	✓	✓			
Mozambique					
Namibia	✓	✓	✓	✓	
Nigeria	✓			✓	✓
Ruanda				✓	✓
Sudáfrica		✓	✓		
Eswatini		✓	✓		
Tanzania			✓		
Uganda		✓	✓	✓	
Zambia			✓		
Zimbabue	✓				

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Sherwood et al. (2017).

A pesar de la notable falta de desagregación de datos en la mayoría de estos países, otros como Zambia reflejan avances en la inclusión de la perspectiva de género en sus políticas públicas y dan pasos más firmes hacia el análisis interseccional anteriormente citado. Zambia, en concreto, cuenta con programas dirigidos exclusivamente a mujeres jóvenes. De hecho, es uno de los 10 países miembros de DREAMS (Determined, Resilient, Empowered, AIDS free, Mentored and Safe, por sus siglas en inglés), iniciativa dirigida a disminuir el número de infecciones entre mujeres adolescentes y jóvenes mediante el análisis de las barreras sociales del VIH/SIDA, incluyendo la VBG y las normas de género. Asimismo, el programa integra intervenciones que incluyen la promoción y provisión del preservativo, tests y asesoramiento sobre VIH/SIDA, cuidados post-violencia e iniciativas de progenitores o tutores/as para transformar las normas de género. El gobierno ha permitido establecer programas de prevención del virus en las poblaciones vulnerables pero éstos no han tenido un impacto suficiente en la epidemia. Únicamente ONGDs y otras entidades internacionales impulsan realmente estos programas, lo que limita su sostenibilidad. Además, en algunos casos, estas organizaciones tienen problemas para traer recursos de prevención para las poblaciones vulnerables debido a las políticas restrictivas del país. Asimismo, la legislación continúa siendo punitiva también para las personas homosexuales y transgénero (Avert, 2020e).

A pesar de los retos que quedan por afrontar en términos de igualdad de género, muchos de los programas para hacer frente al VIH/SIDA en AS han supuesto grandes éxitos en

la detección de la enfermedad en mujeres en edad reproductiva y en la disminución de transmisión materno-infantil. El programa promovido por la OMS en 2013, denominado “Opción B+”, otorgó a las mujeres múltiples oportunidades de acceder al TARV especialmente en AS, donde la media de hijos/as es de 5 a 6.

Sin embargo, el apoyo institucional en la detección y atención sanitaria específicamente para hombres es todavía limitado (Naniche, 2017). A pesar de que los hombres registran tasas de mortalidad mayor, la salud pública global está silenciada en informar sobre los factores que aumentan la probabilidad de contagio y mortalidad entre hombres o a la hora de implementar programas de prevención y tratamiento entre esta población (Van de Ruit, 2020). Un importante número de instituciones a nivel global se rigen en función de las reglas tradicionales de género, que ejercen un poder determinante en los constructos de masculinidad y feminidad. En términos generales, la idea de masculinidad, la hegemonía, la autosuficiencia y la asunción de riesgos suponen obstáculos para que los hombres acudan a la realización de pruebas de detección del VIH y, en su caso, se adhieran al pertinente tratamiento.

La concienciación y promoción de la salud masculina se evidencia tan importante como los programas de salud del VIH/SIDA dirigidos a mujeres y población infantojuvenil. De esta manera, varios programas internacionales han empezado a impulsar el apoyo a los hombres para realizar pruebas de detección a nivel comunitario y de trabajo, así como a promover el acceso a la asistencia sanitaria y sesiones clínicas adaptadas a éstos (Naniche, 2017).

En lo que se refiere a minorías sexuales, las respuestas sanitarias globales hacia estas poblaciones en AS ejemplifican una transición radical en las políticas de lucha contra el VIH/SIDA. Desde sus inicios, la epidemia del VIH/SIDA ha alimentado la discriminación contra las minorías sexuales, a pesar de que el principal medio de transmisión sucede mediante relaciones heterosexuales. Desde finales de la década de 1990, muchos líderes africanos han puesto en marcha leyes antihomosexuales y han reproducido discursos públicos homófobos.

Estas minorías sexuales se han invisibilizado en las políticas y programación de lucha contra la epidemia. No obstante, la disponibilidad del TARV y las investigaciones que demuestran el aumento de casos de VIH/SIDA entre minorías sexuales a lo largo del mundo, junto con la presión de agencias internacionales que promueven los derechos LGBT, han guiado a una mayor atención en la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA en estos grupos. La inclusión de los grupos LGBT en la programación de la lucha contra el VIH/SIDA a lo largo de la última década hubiera sido impensable en las dos primeras décadas de la epidemia.

La gestión global de las poblaciones LGBT, sin embargo, refleja la inadecuada percepción o “conocimiento” que se tiene sobre estas poblaciones. El término HSH fue introducido en sanidad pública en 1992 para denominar a un grupo de prácticas sexuales de hombre-hombre sin caracterizar la orientación sexual e identidad de género de los hombres. Así, se ha criticado la invisibilización de las minorías sexuales en el lenguaje

y, por ello, también en las políticas que parecen sobreentender que las necesidades de una gran parte de estas minorías sexuales se cubren dentro del término HSH.

La programación de la lucha contra el VIH/SIDA dirigida a población LGBT expone estos retos gubernamentales en el cuidado del VIH/SIDA y produce consecuencias inintencionadas. Las organizaciones activistas LGBT en África han utilizado los programas del VIH/SIDA para lanzar proyectos antidiscriminación y de justicia social en los distintos contextos africanos. Sin embargo, la visibilidad de los trabajadores y personas voluntarias aumenta por medio de la afiliación a estos proyectos LGBT, lo que incrementa a su vez el riesgo de que estas personas sean víctimas de actos de violencia homofóbica. Otra consecuencia inintencionada de la “industria del VIH/SIDA” es que los proyectos sanitarios incentivan el voluntariado por medio de salarios; esto atrae a “falsos gays”, personas buscando oportunidades económicas más que teniendo un compromiso real hacia los derechos de los colectivos LGBT (Van de Ruit, 2020).

4.5. El futuro de las políticas de lucha contra el VIH/SIDA

La brecha de género en el ámbito del VIH/SIDA —que afecta a hombres, mujeres, otras identidades y colectivos— se acentúa por la implementación de una serie de políticas dictaminadas por diversas normas sociales, que elevan los riesgos sanitarios de las personas en AS (Lobo, 2015). Para reducir esta brecha y lograr la igualdad real, las políticas públicas deben incorporar la perspectiva de género de manera transversal y analizar cada situación desde la óptica de la interseccionalidad. Para ello, debemos saber cuán ancha es la brecha y adaptar las intervenciones a cada contexto social, evaluando las dinámicas de poder en su totalidad (Lobo, 2015; Watkins-Hayes, 2014).

Como esta igualdad de género aún no se ha alcanzado, las intervenciones a veces promueven la discriminación positiva hacia el género más desfavorecido. En este caso, varios programas anteriormente citados favorecen a las mujeres por ser el colectivo en situación de desventaja. Sin embargo, el trato igualitario en un contexto de desigualdad puede agravar o perpetuar la falta de equidad inicial (Lobo, 2015).

Por ello, se estima necesario abordar el género en su totalidad, trabajando también en la transformación del constructo de masculinidad y enfatizando en que la búsqueda de ayuda no vulnera la identidad masculina (Naniche, 2017). Las políticas que reconocen de forma explícita los derechos fundamentales del género y de las minorías sexuales pueden catalizar transformaciones sociales e impactar en las creencias hacia las poblaciones vulnerables (Midoun et al., 2016). La protección legal de estos colectivos marginados es crucial para disminuir la estigmatización social. Con todo, es necesario implementar leyes contra la discriminación por estado serológico, orientación sexual o identidad de género tanto en el ámbito sanitario como en otros sectores (ONU, 2018).

Asimismo, el acceso a la educación, incluyendo la educación sexual, y a los servicios sexuales y reproductivos sanitarios son medidas esenciales para impulsar la autonomía.

La emancipación de las mujeres y del resto de la población vulnerable al VIH/SIDA — haciéndoles partícipes en la toma de decisiones— impulsa la negociación por unas relaciones sexuales más seguras, mayor conocimiento del VIH/SIDA y el uso de métodos de prevención. Asimismo, la integración de los servicios de salud sexual y reproductiva en otros servicios sanitarios mejora el acceso a la prevención y el tratamiento de la enfermedad, además de mitigar el impacto de la VBG (UNESCO, 2019).

Para iniciar tal transformación hacia la igualdad, se deben valorar las desigualdades en las políticas públicas, en las condiciones económicas, en las normas culturales y en la red comunitaria para atender el riesgo multidimensional del VIH/SIDA. Esto significa que las investigaciones deben examinar todos los aspectos del comportamiento humano, incluyendo las actitudes que no tienen cabida en el marco normativo tradicional, si se quiere aspirar a realizar un diagnóstico veraz de la realidad a analizar.

Para integrar esta interseccionalidad, sería también conveniente que hubiera participación comunitaria en la formulación de preguntas de investigación del VIH/SIDA, mejorando la calidad en el análisis de datos y rompiendo la dinámica de poder entre investigador-investigado. Esta perspectiva incluye terminología alternativa que visibiliza las dinámicas de poder y las formas de desigualdad que el lenguaje, habitualmente, esconde. Por ejemplo, el uso del término “trabajadora sexual” en vez de “prostituta” se emplea para remarcar las dimensiones de la labor, el género y la clase social (Watkins-Hayes, 2014). Asimismo, se estima vital integrar una mayor participación y liderazgo africano en las producciones científicas para reducir la predominancia del modelo Norte-Sur en el continente africano y atender a las necesidades adaptadas a cada contexto local. Según un estudio dirigido por González-Alcaide, Menchi-Elanzi, Nacarapa y Ramos-Rincón (2020), la participación de ciertos países africanos en investigación está condicionada por una fuerte dependencia y subordinación hacia Estados Unidos y los países europeos, lo que limita el liderazgo de los países africanos. Los escasos estudios dirigidos por países africanos —donde Sudáfrica tiene la mayor participación científica de AS— muestran distintas áreas de interés donde se pone mayor énfasis en la salud pública, en epidemiología y en el tratamiento farmacológico del VIH/SIDA en comparación con los estudios globales de VIH/SIDA (González-Alcaide, Menchi-Elanzi, Nacarapa y Ramos-Rincón, 2020).

La cooperación internacional, por su parte, debería reforzar la participación de ONGDs y de actores de la sociedad civil afectados por el VIH/SIDA. En este sentido, sería necesario centrar la atención en las necesidades específicas de mujeres, de jóvenes y de los grupos vulnerables al VIH/SIDA, así como en los distintos contextos locales. De esta forma, las intervenciones futuras de la cooperación internacional tendrían que enfocarse en las desigualdades de género y en la feminización del VIH/SIDA, a través de la lucha a favor de los derechos de salud sexual y reproductiva. Junto con ello, se debería incidir en campañas de información en contra de la estigmatización y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA.

Por último, sería conveniente que los países subsaharianos invirtieran al menos un 15% del presupuesto de cada estado en sanidad para, en última instancia, fortalecer los sistemas nacionales de salud en todos los niveles asistenciales y, así, favorecer la sostenibilidad de los programas y lograr el acceso universal a los servicios sanitarios (UA, 2009).

5. Conclusiones

En los últimos años, los grandes avances en el tratamiento del VIH/SIDA han permitido una mejora en la calidad de vida de las personas seropositivas en AS. Como consecuencia de este progreso, las tasas de mortalidad han disminuido de manera muy considerable.

Sin embargo, el camino hacia la provisión universal del tratamiento del VIH/SIDA en AS ha sido lento debido a obstáculos políticos y burocráticos. El enfoque biomédico sostenido por una amplia red de actores ha tenido influencia directa en las políticas de los gobiernos subsaharianos. Esto ha disminuido la capacidad de liderazgo de gobiernos y organizaciones locales y/o regionales, y ha introducido políticas de salud que no están en línea con los diversos contextos africanos locales. De esta manera, el Norte Global ha impulsado políticas regidas por una marcada gubernamentalidad que homogeneiza al continente africano e invisibiliza las diferencias entre sociedades, etnias, grupos vulnerables al VIH/SIDA y género, entre otros.

Pese a los movimientos sociales de resistencia y lucha a lo largo de AS por la provisión universal en el acceso al tratamiento del VIH/SIDA, las desigualdades sanitarias regionales aún continúan. Las intervenciones de enfoque vertical —que no están integradas en los sistemas de salud locales y que fragmentan la financiación debido al enfoque en red— continúan creando importantes disparidades en el acceso al tratamiento antirretroviral, generando así ciudadanos terapéuticos cuyo acceso y adherencia al tratamiento queda condicionado por su identidad y por las normas sociales de género. Este hecho impacta en todos los estratos y afecta tanto a mujeres y hombres como a grupos vulnerables al VIH/SIDA.

Por ello, es necesario que los Planes Estratégicos Nacionales de cada país subsahariano y las agendas políticas desagreguen sus datos al menos por edad, contexto geográfico, sexo y género para programar intervenciones sostenibles que atiendan a factores estructurales, biológicos, socioculturales y de género. El VIH/SIDA es una enfermedad interseccional y debe tratarse como tal. Por ello, la respuesta al VIH/SIDA a nivel institucional, tanto por parte de los actores locales como de los internacionales, no debe limitarse al mero enfoque biomédico; también debe evaluar las dimensiones sociales de la enfermedad (i.e. la oportunidad y decisión de usar preservativo no es solo un acto para prevenir el VIH/SIDA, sino que es una negociación que puede estar basada en las dinámicas de poder entre la pareja sexual) y adaptarse a cada contexto específico.

Para lograr adaptar estas políticas, este análisis identifica la necesidad de aumentar la producción científica local sobre el VIH/SIDA en AS, ya que aún se observa una fuerte predominancia del Norte Global en la autoría de este tipo de bibliografía. Asimismo, es vital trabajar sobre la estigmatización de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas y obtener datos reales acerca de los grupos clave. Así, los sistemas de salud podrían dar respuestas adaptadas a las necesidades reales de cada

persona, rompiendo con la perspectiva homogeneizadora que aún impera en la gestión de la epidemia.

En definitiva, los aprendizajes del pasado en la gestión del VIH/SIDA en AS deben reflejarse en las políticas futuras, lo que requiere dejar atrás la lógica del enfoque vertical, que solo plantea intervenciones cortoplacistas y que no soluciona la situación de emergencia crónica en la que está sumida la región desde hace décadas. Para ello, es necesario aumentar los fondos propios por parte de los estados para romper con la dependencia Norte-Sur, promover la formación de los actores locales y visibilizar a la sociedad civil desde un enfoque interseccional. Así, todos estos actores de AS podrán liderar este complejo proceso a través de organismos e instituciones adaptadas a entornos locales y a grupos poblacionales concretos. Mediante estas sinergias se podrá impulsar el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud de AS para lograr el acceso universal, preventivo y equitativo a servicios de salud pública que sean capaces de enfrentar de manera eficaz esta epidemia del VIH/SIDA o cualquier otra epidemia del futuro.

Referencias bibliográficas

- Altman, Dennis y Buse, Kent (2012). "Thinking politically about HIV: political analysis and action in response to AIDS". *Contemporary Politics*, 18(2), 127-140. doi: 10.1080/13569775.2012.674334
- Anderson, Siwan (2018). "Legal Origins and Female HIV". *American Economic Review*, 108(6), 1407-1439. doi: 10.1257/aer.20151047.
- Avert (2019a). "Sex workers, HIV and AIDS". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/sex-workers>
- Avert (2019b). "Prisoners, HIV and AIDS". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-social-issues/key-affected-populations/prisoners>
- Avert (2019c). "HIV and AIDS in Nigeria". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/nigeria>
- Avert (2020a). "HIV and AIDS in East and Southern Africa regional overview". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/overview>
- Avert (2020b). "HIV and AIDS in West and Central Africa overview". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/hiv-and-aids-west-and-central-africa-overview>
- Avert (2020c). "HIV and AIDS in Eswatini". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/swaziland>
- Avert (2020d). "HIV and AIDS in Lesotho". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/lesotho>
- Avert (2020e). "HIV and AIDS in Zambia". *Avert.org* [En línea], disponible en: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/lesotho>
- Bajaj, Monisha (2015). "Sugar daddies and the danger of sugar: Cross-generational relationships, HIV/AIDS, and secondary schooling in Zambia", en David P. Baker y Alexander W. Wiseman (ed.) *Gender, Equality and Education from International and Comparative Perspectives. International Perspectives on Education and Society*, 10. Bingley: Emerald Group Publishing Limited. (123-143).

- BM (2019). “Población, total”. *Banco Mundial* [En línea], disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.POP.TOTL>.
- Chan, Margaret (2008). “Regreso a Alma-Ata”. *Organización Mundial de la Salud* [En línea], disponible en: <https://www.who.int/dg/20080915/es/>
- Drah, Bright (2012). “Orphans in Sub-Saharan Africa: The Crisis, the Interventions, and the Anthropologist”. *Africa Today*, 59(2), 3-21.
- Eldmendorf, A. Edward (s.f.). “Global Health: Then and Now”. *Naciones Unidas* [En línea], disponible en: <https://www.un.org/en/chronicle/article/global-health-then-and-now>
- Evans, Meredith G.B., Cloete, Allanise, Zungu, Nompumelelo y Simbayi, Leickness C. (2016). “HIV Risk Among Men Who Have Sex With Men, Women Who Have Sex With Women, Lesbian, Gay, Bisexual and Transgender Populations in South Africa: A Mini-Review”. *Open AIDS Journal*, 10, 49-64.
- Fajardo-Gutiérrez, Arturo (2017). “Medición en epidemiología: prevalencia, incidencia, riesgo, medidas de impacto”. *Revista Alergia México*, 64(1). doi: <https://doi.org/10.29262/ram.v64i1.252>
- Flint, Adrian (2011). *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Politics, Aid and Globalization*. Londres: Palgrave Macmillan. doi: 10.1057/9780230302051.
- FLS (2019). “La perspectiva de género en el VIH”. *Fundación Lucha contra el Sida* [En línea], Barcelona, disponible en: <https://www.flside.org/es/blog/perspectiva-genero-vih>
- González-Alcaide, Gregorio, Menchi-Elanzi, Marouane, Nacarapa, Edy y Ramos-Rincón, José-Manuel (2020). “HIV/AIDS research in Africa and the Middle East: participation and equity in North-South collaborations and relationships”. *Globalization and Health*, 16(83). doi: <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00609-9>
- Hessou, P.H. Septime et al. (2019). “Comparison of the prevalence rates of HIV infection between men who have sex with men (MSM) and men in the general population in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis”. *BMC Public Health*, 19(1634). doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-019-8000-x>
- Jackson-Best, Fatimah y Edwards, Nancy (2018). “Stigma and intersectionality: a systematic review of systematic reviews across HIV/AIDS, mental illness, and physical disability”. *BMC Public Health*, 18(919). doi: 10.1186/s12889-018-5861-3.
- Kalibala, Samuel (2013). “The Diagonal Approach: Programming to Combat HIV While Strengthening Primary Health Care Systems in Africa”, en Raymond A.

- Smith (Ed.), *Global HIV/AIDS Politics, Policy and Activism: Persistent Challenges and Emerging Issues*. Santa Bárbara: Praeger. (169-172).
- Kharshany, Ayesha B.M. y Karim, Quarraisha A. (2016). “HIV Infection and AIDS in Sub-Saharan Africa: Current Status, Challenges and Opportunities”. *The Open AIDS Journal*, 10, 34-48. doi: 10.2174/1874613601610010034
- Kurtz, Lester (2010). “The Anti-Apartheid Struggle in South Africa (1912-1992)”. *International Center on Nonviolent Conflict* [En línea], disponible en <https://www.nonviolent-conflict.org/about/our-work/>
- Lázaro, Rosa y Jubany, Olga (2017). “Interseccionalidad del género y mercado de trabajo postfordista”. *La Ventana*, 5(46).
- Lobo, Constanza (2015). *Aplicación del Enfoque de Género en Proyectos TFG y TFM. Cuaderno de Trabajo*. Edición de Ingeniería Sin Fronteras País Vasco y Grupo de Educación para el Desarrollo. Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.
- Midoun, Miriam et al. (2016). “How intersectional constructions of sexuality, culture, and masculinity shape identities and sexual decision-making among men who have sex with men in coastal Kenya”. *Culture, Health & Sexuality*, 18(6), 625-638. doi: 10.1080/13691058.2015.1102326.
- Ministerio de Salud de Kenia (2015). *Kenya National Health Accounts 2012/13*. Nairobi: Ministerio de Salud.
- Mohiddin, Abdu y Johnston, Deborah (2006). “HIV/AIDS mitigation strategies and the State in sub-Saharan Africa – the missing link?”. *Globalization and Health*, 2(1). doi: <https://doi.org/10.1186/1744-8603-2-1>
- Mooketsane, Keneilwe Sadie y Phirinyane, Molefe B. (2015). “Health governance in Sub-Saharan Africa”. *Global Social Policy*, 15(3), 345-348. doi: 10.1177/1468018115600123d
- Naniche, Denise Suzanne (2017). “La epidemia del sida en África subsahariana: poner el foco en la salud masculina para que hombres y mujeres salgan ganando”. *Instituto de Salud Global* [En línea], Barcelona.
- Naniche, Denise Suzanne (2018). “La respuesta mundial a la pandemia de sida desde el 1981. Lecciones aprendidas”. *Instituto de Salud Global* [En línea], Barcelona.
- Nkomo, Nkululeko y Long, Carol (2014). “Governmentality, subjectivity and AIDS”. *Subjectivity*, 7(4), 411-431. doi: 10.1057/sub.2014.16
- Nyoni, Zanele (2020). “The Struggle for Equality: LGBT Rights Activism in Sub-Saharan Africa”. *Human Rights Law Review*, 20(3), 582-601. doi: <https://doi.org/10.1093/hrlr/ngaa019>

- Ochillo, Marylyn A., Teijlingen, Edwin Van y Hind, Martin (2017). “Influence of faith-based organisations on HIV prevention strategies in Africa: a systematic review”. *African Health Sciences*, 17(3), 753–761. doi: 10.4314/ahs.v17i3.18
- OMS, ONUSIDA y UNICEF (2011). *Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Progress Report 2011*. Organización Mundial de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- OMS (2011). *Preventing HIV in sex work settings in sub-Saharan Africa*. Edición de Bandana Malhorta. Ginebra: Servicios de Producción Documental de la Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS y BM (2014). *Monitoreo del progreso hacia la cobertura universal de salud a nivel nacional y global. Marco de trabajo, medidas y metas*. Organización Mundial de la Salud y Banco Mundial.
- OMS (2016). “Partir de cero: reconstruir los sistemas de salud después del ébola”. *Organización Mundial de la Salud* [En línea], disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/from-the-ground-up-rebuilding-health-systems-in-the-wake-of-ebola>
- OMS (2020). “HIV/AIDS”. *The Global Health Observatory (GHO) Data de la Organización Mundial de la Salud* [En línea], disponible en: <https://www.who.int/gho/hiv/en/>
- ONU (2018). “Impulsar la lucha contra el sida en pro de la reforma de las Naciones Unidas y la salud mundial (A/72/815)”. *Organización de las Naciones Unidas. Aplicación de la Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/SIDA y las declaraciones políticas sobre el VIH/SIDA*. Septuagésimo segundo período de sesiones, 3 de abril de 2018, Nueva York: 1-23. Disponible en: <https://www.cedhnl.org.mx/bs/vih/secciones/resoluciones/A-72-815.pdf>
- ONUSIDA (2015). *Fast-Track. Ending the AIDS epidemic by 2030*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf
- ONUSIDA (2016). *Global AIDS Update*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.who.int/hiv/pub/arv/global-AIDS-update-2016_en.pdf?ua=1

- ONUSIDA (2018). *UNAIDS Data 2018*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaid-data-2018_en.pdf
- ONUSIDA (2019a). *UNAIDS Data 2019*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
- ONUSIDA (2019b). *Communities at the centre. Defending rights, breaking barriers, reaching people with HIV services. Global AIDS Update 2019*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf
- ONUSIDA (2020a). *Global and regional data. UNAIDS Data 2020*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- ONUSIDA (2020b). “Global HIV & AIDS statistics — 2020 fact sheet”. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida* [En línea], disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
- ONUSIDA (2020c). “HIV estimates with uncertainty bounds. 1990-2019”. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida* [Documento Excel].
- ONUSIDA (2020d). *Seizing the moment. Tackling entrenched inequalities to end pandemics. Global AIDS Update*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf
- ONUSIDA (2020e). “90-90-90: avanzamos, pero el mundo sigue lejos de conseguir los objetivos para 2020”. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida*, disponible en https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200921_90-90-90
- ONUSIDA (2020f). *Prevailing against pandemics by putting people at the centre*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.
- ONUSIDA (2020g). “Trends in resource availability for HIV by founding source. UNAIDS HIV Financial Dashboard”. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida* [En línea], disponible en: <https://hivfinancial.unaids.org/hivfinancialdashboards.html#>

- Paxton, Nathan A. (2012). "Political Science(s) and HIV: A Critical Analysis". *Contemporary Politics*, 18(2), 141-155. doi:10.1080/13569775.2012.674335
- PNUD (2018). *Índices e indicadores de desarrollo humano. Actualización estadística de 2018*. Washington D.C.: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2018_human_development_statistical_update_es.pdf
- PNUD (2019). *Más allá del ingreso, más allá de los promedios, más allá del presente: Desigualdades del desarrollo humano en el siglo XXI. Informe sobre Desarrollo Humano 2019*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [pdf], disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2019_es.pdf
- Ritchie, Hannah y Roser, Max (2019). "HIV/AIDS". *Our World in Data* [En línea], Oxford, disponible en: <https://ourworldindata.org/hiv-aids>
- Rubio, Aimar (2017). "Homofobia de Estado y diversidad sexual en África. Relato de una lucha". *Cuadernos de Trabajo/Lan-Koadernoak Hegoa*, 73. ISSN: 1130-9962.
- Sandfort, Theo G.M. et al. (2019). "HIV testing and the HIV care continuum among sub-Saharan African men who have sex with men and transgender women screened for participation in HPTN 075". *PLoS One*, 14(5). doi: 10.1371/journal.pone.0217501
- Sherwood, Jennifer, Sharp, Alana, Cooper, Bergen, Roose-Snyder, Beirne y Blumenthal, Susan (2017). "HIV/AIDS National Strategic Plans of Sub-Saharan African countries: an analysis for gender equality and sex-disaggregated HIV targets". *Health Policy and Planning*, 32(10), 1361-1367. doi: 10.1093/heapol/czx101.
- Storeng, Katerini T., Prince, Ruth J. y Mishra, Arima (2018). "The politics of health systems strengthening", en Richard Parker y Jonathan García (ed.) *Routledge Handbook on the Politics of Global Health*. Abingdon: Routledge. (114-119).
- Tadele, Getnet y Kloos, Helmut (2013). *Vulnerabilities, Impacts, and Responses to HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Londres: Palgrave Macmillan. (143-173).
- TAC (2020). "Our History – Timeline". *Treatment Action Campaign* [En línea], disponible en <https://www.tac.org.za/our-history/>.
- Tanser, Frank, Bärnighausen, Till, Grapsa, Erofilo, Zaidi, Jaffer y Newell, Marie-Louise (2013). "High Coverage of ART Associated with Decline in Risk of HIV Acquisition in Rural KwaZulu-Natal, South Africa". *Science*, 339(6122): 966-971. doi: 10.1126/science.1228160

- Tejada de Rivero, David A. (2018). “La historia de la Conferencia de Alma-Ata”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(3), 361-366. doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2098>
- UNESCO (2017). *UNESCO and gender equality in Sub-Saharan Africa: innovative programmes, visible results*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Francia: UNESCO Workshops. Recuperado de <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000259590>
- UNESCO (2019). “HIV and Sexuality Education”. *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* [En línea], disponible en: <https://en.unesco.org/themes/health-education/hiv-sexuality-education>
- UA (2009). “Reinforcing the response to AIDS in Africa”. *Unión Africana* [En línea], disponible en: <https://africa-eu-partnership.org/en/stay-informed/news/reinforcing-response-aids-africa>
- Van de Ruit, Catherine (2020). HIV/AIDS Politics and Policy in Sub-Saharan Africa. En *Oxford Research Encyclopedia of Politics*. doi: <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1317>
- Vargas-Monroy, Liliana y Pujal i Llombart, Margot (2013). Gubernamentalidad, dispositivos de género, raza y trabajo: la conducción de la conducta de las mujeres trabajadoras. *Universitas Psychologica*, 12(4): 1255-1267. doi: 10.11144/Javeriana.UPSY12-4.gdgt
- Watkins-Hayes, Celeste (2014). “Intersectionality and the Sociology of HIV/AIDS: Past, Present, and Future Research Directions”. *Annual Review of Sociology*, 40, 431-457. doi: 10.1146/annurev-soc-071312-145621
- Weeks, Benjamin S. y Alcamo, Ignazio Edward (2009). “The AIDS Epidemic”, en Caroline Perry (ed.) *AIDS: The biological basis*. Sudbury: Jones and Barlett’s Publications.