

Máster en Globalización y Desarrollo

Hegoa

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

Trabajo Fin de Máster

**Salud y desarrollo en África
Subsahariana:**

El caso de la pandemia del VIH/SIDA

Maite Iturri Romeo

(Curso 2020/2021)



Universidad del País Vasco
Euskal Herriko Unibertsitatea

Tutor/a

Eduardo Bidaurratzaga Aurre

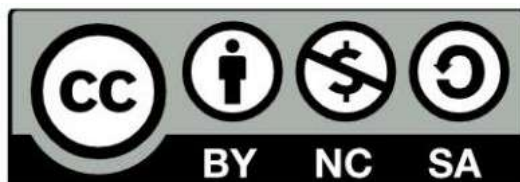
Hegoa. Trabajos Fin de Máster, n.º 54

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/)

SALUD Y DESARROLLO EN ÁFRICA SUBSAHARIANA: El caso de la pandemia del VIH/SIDA

Máster Universitario en Globalización y Desarrollo

Trabajo Fin de Máster

Curso 2020/2021

UPV/EHU-Instituto HEGOA



Alumna: Maite Iturri Romeo

Tutor: Eduardo Bidaurratzaga Aurre

Junio de 2021

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO CONCEPTUAL TEÓRICO	4
2.1. Salud.....	4
2.2. Desarrollo	7
2.3. Sinergias entre la salud y desarrollo	10
3. SALUD Y DESARROLLO EN ÁFRICA SUBSAHARIANA	15
3.1. Situación sanitaria general en África Subsahariana	15
3.2. Situación del VIH/SIDA en África Subsahariana.....	19
3.3. Determinantes socioeconómicos del VIH/SIDA en África Subsahariana. 27	
3.4. Impacto del VIH/SIDA sobre la salud y el desarrollo en África Subsahariana.....	29
3.5. Perspectiva de género en el análisis de las implicaciones del VIH/SIDA en África Subsahariana.....	31
4. POLÍTICAS DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA	32
4.1. Programas verticales vs horizontales	32
4.2. Las políticas de prevención	35
4.3. La problemática de las patentes	38
4.4. El papel de la cooperación en la lucha contra el VIH/SIDA en África Subsahariana.....	42
5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS	44
6. BIBLIOGRAFÍA	48

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Aplicación de las directrices de la OMS en el tratamiento contra el VIH/SIDA en 2017 (azul) y situación de los planes multisectoriales contra las ENT (naranja) en África Subsahariana.....	19
Figura 2. Incidencia de VIH/SIDA en mujeres entre 15 y 24 años en África en 2019.....	26
Figura 3. Nuevas infecciones por VIH en África del Sur y oriental y África central y occidental en 2019.....	27
Figura 4. Sinergias entre el tratamiento y la prevención de VIH/SIDA a diferentes niveles.....	36

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Representación gráfica de la trampa de la pobreza.....	12
Gráfico 2. Esperanza de vida (años) y tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacidos vivos) por regiones del mundo en 2018.....	16
Gráfico 3. Evolución de la incidencia/prevalencia de VIH/SIDA en África oriental y del sur y África central y occidental entre el año 2000 y 2019.....	22
Gráfico 4. Tasas de prevalencia de VIH/SIDA (entre 15 y 49 años) en porcentaje en los países de África Subsahariana en 1996 y 2019.....	23
Gráfico 5. Relación entre el IDH y la prevalencia de VIH en los países de África Subsahariana en 2019.....	24
Gráfico 6. Evolución de la prevalencia de VIH de hombres y mujeres entre 15 y 24 años en porcentaje en África Subsahariana (1990-2019).....	25

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de las tasas de prevalencia de VIH/SIDA (mayores de 15 años) en porcentaje en las diferentes regiones de África Subsahariana y a nivel global entre 2010 y 2019.....	20
Tabla 2. Precio mínimo anual de diferentes tipos de terapia antirretroviral (ARV) para el VIH/SIDA en 1999 en dólares estadounidenses (\$US).....	40
Tabla 3. Desembolso de los donantes como porcentaje del gasto sanitario público para combatir el VIH/SIDA y escasez de médicos en 12 países de África Subsahariana en 2003.....	43

1. INTRODUCCIÓN

La salud ha demostrado ser, además de su importancia en sí misma, por sus diversas interacciones tanto en el proceso educativo como en el posterior rendimiento del trabajo e inserción laboral, un determinante fundamental para la promoción del desarrollo. Una condición física y mental saludable, entre otros efectos, mejora las expectativas a medio y largo plazo, lo que impulsa la inversión en formación de más alto nivel a la par que aumenta la productividad de los trabajos realizados. De esta manera, una población sana se convierte en un potente motor de desarrollo en cualquier sociedad. Sin embargo, este factor resulta todavía más relevante en muchos países de África Subsahariana, donde la incidencia y la gravedad de diversas enfermedades infecciosas (malaria, tuberculosis, cólera, gastroenteritis...) son muy elevadas y puede tener como consecuencia la larga enfermedad o la muerte de gran parte de la población activa, así como el consiguiente uso de recursos en materia de cuidados de las personas afectadas y el impacto físico y psicológico de las cuidadoras, que en la mayoría de casos son mujeres. Además, desde la perspectiva del desarrollo humano el acceso a una educación y salud de calidad se considera un derecho fundamental, que incide directamente sobre el bienestar humano independientemente de la lógica productivista vinculada a concepciones más convencionales del desarrollo.

La mayor exposición a enfermedades de la región africana no se entendería sin identificar las condiciones en las que viven: la falta de acceso a agua potable, una alimentación inapropiada, un saneamiento inadecuado, climas extremos... crean el caldo de cultivo perfecto para la proliferación de diferentes microorganismos. Sin embargo, la gravedad y letalidad de las afecciones están intensamente relacionadas con la calidad y el acceso al sistema sanitario, y más concretamente a la principal puerta del mismo, la atención primaria. Por tanto, resulta fundamental poner el foco sobre las condiciones del servicio y la inversión realizada en las estructuras sanitarias, ya que son el pilar fundamental para conseguir una población sana y fuerte.

Aunque la relevancia de un sistema sanitario universal y gratuito se ha puesto sobre la palestra con la actual crisis sanitaria, no es algo novedoso. La década de los 80 estuvo marcada por otra gran pandemia, muy diferente en lo que respecta a la transmisión a la que estamos sufriendo en la actualidad por el COVID-19, pero que provocó altas tasas de morbilidad y mortalidad. El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se expandió rápidamente por todos los países del mundo. En un primer momento, y debido a los colectivos concretos a los que atacaba supuso la estigmatización y discriminación de los mismos en los países ricos. Posteriormente, se expandió a los países del Sur y golpeó especialmente a los de África Subsahariana. En la actualidad, la infección por VIH en estos países sigue estando sujeta a importantes prejuicios, que junto con las dificultades inmunológicas características del desarrollo de la enfermedad, han de añadirse considerables dolencias de alto coste social y psicológico. Además, si a este hecho se le incorpora la imposibilidad de recibir asistencia sanitaria adecuada, es probable que los efectos sean catastróficos.

El contexto de la región subsahariana del continente africano representa la eclosión del cóctel descrito, al ostentar varias particularidades que han propiciado que las tasas de prevalencia y letalidad por VIH/SIDA sean mucho más elevadas que en cualquier otra región del mundo. Por un lado, no existe un sistema sanitario adecuado y universal, lo que impide hacer efectivos los programas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Asimismo, la coexistencia del VIH/SIDA con otras enfermedades, como la malaria o la tuberculosis, acelera el ritmo al que avanza la enfermedad, desarrollando el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) mucho más rápido y por tanto, las personas infectadas mueren más prematuramente que en otras zonas del mundo (Francesconi, 2002).

La situación es grave, no solamente por los datos señalados, sino porque las implicaciones que acarrea la infección por VIH en África Subsahariana tienen un carácter multidisciplinar de igual trascendencia. Los grupos de población más afectados no son casuales, están sujetos a condiciones económicas, sociales y de género concretas que convierten ciertos colectivos más susceptibles a la infección y posterior agravamiento de la enfermedad. Por tanto, resulta fundamental analizar la problemática del VIH/SIDA desde una perspectiva holística para identificar los factores de riesgo y las consecuencias de los mismos a todos los niveles (económicos, sociales...).

Asimismo, merece una mención especial el impacto por razones de género. El VIH no ataca de la misma forma a hombres y mujeres, ni las repercusiones son las mismas para ambos. Desde esta perspectiva, es esencial entender las relaciones de dominación que se crean entre los dos sexos, más aun teniendo en cuenta que la principal vía de transmisión del virus en África Subsahariana es a través de relaciones heterosexuales. Por tanto, la exposición al contagio es mucho más elevada en las mujeres y en consecuencia, resulta fundamental incluir en los programas de acción contra el VIH/SIDA actuaciones concretas que aborden la situación específica de las mismas. Además, también existen otros factores socioeconómicos, como la etnia y la clase que inciden sobre el impacto y los efectos que tiene el VIH/SIDA en sus vidas. En este sentido, la incidencia y prevalencia se pueden desglosar para identificar aquellos factores que hacen más vulnerables a ciertos colectivos poblacionales desde una perspectiva interseccional.

A partir de este hecho, se deduce claramente el efecto que tiene la prevalencia de VIH/SIDA sobre el desarrollo. El impacto sobre la salud de la población es notorio debido a las altas tasas de mortalidad y morbilidad de la enfermedad, así como de las enfermedades oportunistas asociadas. Desde la teoría del desarrollo humano, esta situación conlleva un deterioro del desarrollo *per se*, ya que la salud es una de las variables analizadas por su indicador, es decir el IDH. Asimismo, el efecto del VIH/SIDA sobre la educación, el segundo componente del desarrollo humano es igualmente patente. Por un lado, las personas infectadas no tienen expectativas ni tiempo para invertir en su educación cuando la tasa de letalidad del virus es tan elevada y por otro lado, muchos de los niños que se quedan huérfanos se ven abocados a dejar de estudiar para empezar a obtener rentas y sobrevivir.

Sin embargo, la visión de la economía ortodoxa es totalmente diferente, ya que se sustenta sobre la base de una relación directa entre crecimiento económico y desarrollo (en este caso desarrollo económico, no humano). Por tanto, desde esta lógica el impacto sobre el desarrollo estará condicionado en la medida en que el Producto Interior Bruto (PIB) se vea afectado, es decir, si el PIB presenta una caída sustancial, el crecimiento económico al igual que el desarrollo se ve seriamente comprometido. Por ello, resulta esencial introducir el debate existente sobre que se debería considerar desarrollo y la interacción del mismo con la salud, así como la importancia que debería adquirir el acceso a una buena salud y educación como derechos fundamentales, y no como meros factores productivos dentro de la función de producción.

Un importante elemento limitante es que los recursos en África Subsahariana son escasos y es necesario abordar eficazmente el debate que recae sobre los programas tradicionalmente verticales frente a los horizontales. El debate se plantea sobre la elección de programas específicos que aborden únicamente una enfermedad en concreto (verticales) frente a abogar por un fortalecimiento de todo el sistema sanitario para que sea capaz de cubrir todas las enfermedades y necesidades (horizontales). El predominio de los programas verticales ha puesto de manifiesto el análisis ineficiente de los múltiples impactos de carácter multidisciplinar asociadas a la enfermedad, lo que ha conllevado el fracaso de muchos de estos proyectos o la obtención de resultados muy limitados. Sin embargo, la inversión necesaria para fortalecer y reestructurar todo el sistema sanitario no está al alcance de muchos gobiernos, ya que se encuentran con altos niveles de endeudamiento. Además, los programas de lucha contra determinadas enfermedades suelen recibir una financiación mayor debido a que plantea objetivos concretos a corto/medio plazo donde los resultados obtenidos son medibles, evaluables y más visibles.

Los objetivos de este trabajo consisten por un lado en analizar los factores generadores y las consecuencias socioeconómicas implicadas en la infección y transmisión del VIH, así como el efecto sobre el desarrollo de los países más afectados en África Subsahariana a diferentes niveles. Por otro lado, se aborda el debate existente entre los programas verticales y horizontales analizando las ventajas y los problemas asociados a cada uno de ellos, así como la posibilidad de crear sinergias entre ellos. El último de los objetivos del trabajo consiste en analizar la idoneidad de las estrategias y políticas de la cooperación internacional en el diseño e implementación de programas para combatir el VIH/SIDA. En este sentido en este trabajo, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Hasta qué punto los programas verticales de lucha contra el VIH/SIDA, centrandos todos los recursos en programas de lucha contra enfermedades concretas, han sido adecuados frente a la alternativa desde enfoques horizontales que apuestan por fortalecer el conjunto del sistema sanitario?
- ¿Cuál es el determinante socioeconómico o cultural más correlacionado con la prevalencia de VIH/SIDA, es decir, cuál es el factor de riesgo más relevante en África Subsahariana?

- ¿Cuál es la postura que han tomado las instituciones internacionales ante las disyuntivas prevención/tratamiento, así como en la defensa de las patentes en las políticas de lucha contra el VIH/SIDA en el contexto de países de rentas bajas?

La metodología que se ha empleado en el trabajo se ha basado principalmente en la formulación de estas tres preguntas de investigación y la búsqueda bibliográfica en relación a las mismas en fuentes institucionales, concretamente informes elaborados por ONUSIDA, Banco Mundial, Organización Mundial de la Salud (OMS), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), UNECA y CEPAL. También se han empleado informes de ONGDs, cuadernos de trabajo de Hegoa y libros de la biblioteca de la UPV/EHU y de la biblioteca digital del Instituto Hegoa. Asimismo, se han utilizado artículos científicos centrados en el análisis de la problemática del VIH/SIDA en el contexto de África Subsahariana y las políticas de lucha contra la misma. Estos artículos se han obtenido a través de Google Scholar y se ha comprobado la existencia de los mismos en bases de datos de referencia como Web Of Science (WOS) o Scopus. Por último, se han aplicado datos procedentes fundamentalmente de ONUSIDA, del Banco Mundial y del PNUD para analizar la evolución de la pandemia y la efectividad de los programas implantados.

La estructura del trabajo se divide en tres partes fundamentalmente. El primer apartado explora la relación entre los conceptos de salud y desarrollo, así como las sinergias o dinámicas que pueden presentarse entre ambos. Posteriormente, se analiza la situación sanitaria general en África Subsahariana para entender el contexto en el que irrumpe el VIH/SIDA, así como la identificación de determinantes socioeconómicos que hacen que grupos poblacionales concretos sean más vulnerables al contagio y los efectos derivados del mismo. El siguiente punto consiste en analizar las diferentes políticas de lucha contra el VIH/SIDA siendo una de las dicotomías más debatidas la implementación de programas verticales frente a los programas horizontales, así como el papel que juega tanto la prevención como las patentes asociadas a los tratamientos y como se ha visto involucrada la cooperación internacional dentro de este contexto. Por último, el trabajo finaliza con las conclusiones y lecciones principales aprendidas de la investigación realizada.

2. MARCO CONCEPTUAL TEÓRICO

La necesidad de definir correctamente conceptos tan abstractos y que han generado tanta literatura como “salud” y “desarrollo” resultan fundamentales para entender el uso que se hace de estos términos a lo largo de todo el trabajo. Por ello, el subapartado 2.1 y 2.2 introduce el debate sobre los mismos. Además, el subapartado 2.3 establece las posibles interconexiones entre ambos conceptos.

2.1. Salud

El primer concepto clave es la salud, ¿qué podemos entender por una persona sana? Lo cierto es que el término ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y en la actualidad no

existe un consenso claro sobre la definición del mismo. Sin embargo, en contraposición a la interpretación tradicional de la salud como una mera ausencia de enfermedad, la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace eco en su propia constitución de la complejidad del término y analiza el concepto desde una visión mucho más holística. “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2014, pág. 1). Incluso esta interpretación es susceptible de grandes críticas, dado que las personas con diversidad funcional, las cuales suelen padecer enfermedades crónicas pueden tener una buena calidad de vida y considerarse a sí mismas personas sanas. Aunque este ejemplo refleja la dificultad de encontrar una correcta definición del término debido a su inherente componente subjetivo, no es menos cierto que la capacidad del sector público para proporcionar servicios sanitarios y mecanismos de adaptación e integración posibilita la mejora en la percepción de la salud de la población en general y en las personas con diversidad funcional o las personas con enfermedades crónicas en particular.

Por otro lado, la definición de lo que entendemos por salud es crucial, ya que las actividades que se encaminan a la mejora de la misma están condicionadas por lo que se entiende por salud. De esta manera, si solamente se incluye la ausencia de enfermedad como indicativo de salud, todos los programas se dedicarán en exclusiva a erradicar diferentes enfermedades. Sin embargo, si la definición incluye aspectos como la salud mental y dolencias de carácter social (discriminación, estigma...), y las equipara en términos de relevancia a la lucha contra la enfermedad, las acciones encaminadas a conseguir un aumento del bienestar (en el sentido de mejora de la salud) deben ser necesariamente multidisciplinarias y transversales (OMS, 2014).

El segundo punto de gran trascendencia consiste en la elección del indicador más adecuado para la medición de la salud. Tanto desde la perspectiva económica como médica, las variables más utilizadas para analizar el estado de salud de la población son la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, aunque pueden servir para estudiar la letalidad de las diversas enfermedades, dejan de lado el componente subjetivo del concepto salud, la prevalencia de las enfermedades relacionadas con la salud mental y tampoco reflejan la calidad de vida de los individuos. Y por ende, quedan fuera de la medición elementos como la discriminación, que inciden directamente sobre la salud de la población. Asimismo, tampoco reflejan la calidad de los sistemas sanitarios, donde los ratios de profesionales sanitarios por 100.000 habitantes o los ratios de partos atendidos por personal especializado pueden ser indicadores fundamentales. En este sentido, la OCDE ha elaborado indicadores innovadores que intentan complementar las omisiones producidas por las variables tradicionales. Una de las más prometedoras es el índice para una vida mejor, el cual tiene la salud como uno de los elementos a analizar pero además de utilizar la esperanza de vida, se incluye la elaboración de una encuesta que recoge el componente subjetivo individual que no está reflejado en otros indicadores (OECD, 2021).

Sin embargo, es cierto que es necesario diferenciar la conveniencia de la utilización de la esperanza de vida cuando se comparan países de rentas altas frente a los de rentas

bajas. Cuando la tasa de mortalidad es tan elevada como en muchos países de rentas bajas, la esperanza de vida tiene una importancia sustancial, y la eficacia de muchos programas se puede observar rápidamente en las variaciones de la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil. Sin embargo, la diferencia de los indicadores tradicionales entre países de rentas altas es mínima y por ello sería más adecuado complementar estas variables con otras como la propuesta por la OCDE, que recojan el carácter complejo y subjetivo del término.

Asimismo, las principales causas de mortalidad (generales, no infantiles) también presentan diferencias sustanciales entre países con distintas rentas. Por un lado, la principal causa de mortalidad en 2019 en países de rentas bajas son las condiciones neonatales, seguido de las infecciones de vías respiratorias bajas, mientras que en los países de rentas altas la causa más común de muerte son las cardiopatías isquémicas, seguida del Alzheimer y otras demencias (WHO, 2020). Además, es necesario mencionar que el orden de las principales causas de muerte se ha mantenido relativamente constante desde el año 2000 entre ambos grupos, con las únicas excepciones entre los países de rentas bajas, donde en el año 2000 las diarreas representaban la tercera causa de muerte (la quinta en 2019) y el VIH/SIDA la cuarta (la novena en 2019) (WHO, 2020). Por tanto, resulta esencial identificar claramente las causas por las que la población muere para elaborar programas efectivos que tengan por objetivo mejorar la salud de las personas.

Las diferencias entre regiones, tanto por causas de mortalidad (en muchos casos evitables) como por los principales indicadores son el reflejo de una profunda desigualdad. Lo cierto es que aunque la OMS en su constitución determina la salud como un derecho fundamental, se observa que la realidad es muy distinta, se produce igualdad sanitaria *de jure* pero no *de facto* (OMS, 2014). De hecho, la OMS ha reconocido que el contexto socioeconómico tiene un impacto directo sobre la salud, el cual tiene como principal consecuencia la inequidad sanitaria (OMS, 2008). De esta manera, se han elaborado Determinantes Sociales de la Salud para identificar los factores esenciales que afectan a la misma y reducir a nivel mundial esa desigualdad (OMS, 2008). Los determinantes implicados tienen un componente institucional (distribución del poder) y otros de carácter puramente económico (distribución de la renta, bienes y servicios...) que inciden sobre el acceso al sistema sanitario, educación... y en última instancia se ve reflejado en el estado de salud de la población (OMS, 2008).

Por otro lado, la OMS no es la única institución internacional que ha manifestado su preocupación por las desigualdades en materia sanitaria, las Naciones Unidas a través de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) primero y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) después ha determinado como uno de los puntos clave actuaciones relacionadas con la salud. El quinto objetivo de los ODM está vinculado a “Mejorar la salud materna” (PNUD, 2015), mientras que el tercer objetivo de los ODS es mucho más amplio incluyendo en su propio título “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (Naciones Unidas, 2021).

En definitiva, tanto el concepto de salud como los indicadores utilizados para su medición son extremadamente complejos y es necesario tener claros los objetivos de la medición para utilizar las variables más adecuadas. Asimismo, la brecha entre las distintas regiones del mundo tanto en esperanza de vida como en tasas de mortalidad infantil son el reflejo de profundas desigualdades sanitarias por las que instituciones internacionales como las Naciones Unidas o la OMS han manifestado su preocupación.

2.2.Desarrollo

El concepto de desarrollo al igual que el de salud, ha evolucionado a lo largo de los años tras intensos debates sobre su definición y los elementos que deberían ser integrados en el mismo. De esta manera, desde el concepto tradicional de desarrollo económico, intrínsecamente ligado al crecimiento económico, ha progresado a una concepción mucho más holística del término, lo que desde los años 90 se conoce como desarrollo humano, siendo su principal impulsor Amartya Sen y consiguiendo que el PNUD incorpore el concepto y su análisis a las propias instituciones.

La desproporcionada relevancia concedida al crecimiento económico supone un intenso desequilibrio en términos de importancia, de otros indicadores vinculados a la salud o la educación, que tienen gran impacto en la calidad de vida de la población pero que no se reflejan necesariamente en el crecimiento económico. La principal limitación del enfoque tradicional está centrada justamente en este punto. Desde esta visión, el crecimiento económico *per se*, entendido como el incremento de su principal variable, el PIB, produce una mejora en la situación de bienestar de la población, independientemente de que solamente algunos sectores de la población se estén beneficiando de dicho crecimiento. En este sentido, la utilización de la renta per cápita es el reflejo de una visión profundamente utilitarista dentro del pensamiento económico hegemónico (Dubois, 2014). Desde esta visión no importa la situación de las personas con menos recursos, mientras la renta en términos agregados aumente se entiende que el bienestar de la población en su conjunto mejora (Stiglitz & Rosengard, 2016). Sin embargo, aunque es cierto que el incremento en la renta nacional facilita la posibilidad de mejorar los servicios públicos, incluidos los asistenciales, y por tanto el bienestar, esto no necesariamente se cumple siempre. Hay factores trascendentales que propician que el aumento de los recursos se traduzca en una mejora de las condiciones de vida de la población y que sin embargo, no se reflejan dentro del crecimiento económico. El ejemplo claro de este fenómeno se presenta en el ámbito privado, donde los cuidados son una actividad esencial para el bienestar humano y no obstante, no tienen un reflejo en el PIB. Asimismo, el autoconsumo, en especial el agrario en contextos rurales, también tienen un efecto meritorio sobre el bienestar humano pero al no mercantilizarlo no se observa tampoco en el PIB.

Aunque es cierto que esta última crítica tiene un componente normativo importante, en términos de medición también refleja puntos débiles. Por un lado, el PIB solamente tiene en cuenta aquellos bienes y servicios que pasan por el mercado. Por ello, los bienes dedicados al autoconsumo o los trabajos del hogar y de cuidados no remunerados mencionados en el párrafo anterior no se incluyen en la medición. Además, si bien estos

puntos son importantes en los países occidentales, en los países del Sur son todavía más relevantes, dado que la economía informal representa una parte muy importante de la economía. De hecho, una de las críticas más contundentes desde la economía feminista está ligada a este punto. Asimismo, tampoco refleja las externalidades asociadas en muchos casos al crecimiento del PIB, es decir, los costes que supone para la población el crecimiento económico y que tiene incidencia directa sobre su bienestar pero que sin embargo, no se reflejan en el indicador (Dubois, 2014).

La crisis del crecimiento económico ha abierto la puerta a una rama de la economía que llevaba mucho tiempo cerrada: la economía normativa (Dubois, 2014). Las últimas décadas han estado marcadas por una teoría económica mucho más positiva, es decir, que se centran en lo que sucede en la economía, porque sucede y cómo solucionarlo (Stiglitz & Rosengard, 2016). Sin embargo, este enfoque propicia necesariamente la propagación de falacias naturalistas, ya que la economía es una ciencia social y por tanto, pocas cuestiones se pueden plantear como verdades absolutas. En este sentido, cuando se afirma que el crecimiento económico es necesario para el desarrollo humano se está incurriendo necesariamente en una falacia de este tipo. ¿Por qué es necesario? ¿A costa de quién se está produciendo el crecimiento económico y el desarrollo? ¿Es tolerable como sociedad en términos éticos?

Desde la economía normativa se incluye de nuevo este debate como eje central de la teoría económica y redefine el concepto de desarrollo para incluir la dimensión de la justicia social (Dubois, 2014). El desarrollo en términos de justicia transforma radicalmente el estudio de la realidad desde una perspectiva económica, ya que incluye la necesidad de integrar en cualquier análisis componentes éticos y valores morales (Dubois, 2014). Por ello, es necesario repensar, desde una visión de justicia, el papel que juegan los mercados en el proceso de desarrollo, plantear nuevos objetivos y sobretodo llevar a cabo actuaciones contundentes contra el principal obstáculo del desarrollo: la pobreza (Dubois, 2014).

La reconsideración de los objetivos es esencial, ya que las actuaciones cambian completamente. El objetivo de crecimiento económico a toda costa ha llevado en muchos casos a programas de liberalización y privatización económica que perjudicaban y empobrecían a ciertos grupos poblacionales. Sin embargo, las acciones dedicadas al objetivo de reducción o erradicación de la pobreza tienen que ser intrínsecamente diferentes, ya que tienen el fin último de mejorar las situación de las personas que se encuentran en una mayor vulnerabilidad (Dubois, 2014). Este punto es sustancial, ya que los programas de ajuste estructural (PAE) tienen el objetivo de aumentar el crecimiento económico pero no tienen una propuesta dictada para los grupos poblacionales, en general los más vulnerables, que salen perdiendo debido a la aplicación de dichas políticas. A diferencia de la visión utilitarista asociada al objetivo de crecimiento económico, este nuevo enfoque se aproxima más a la visión del filósofo John Rawl. Según esta perspectiva, el bienestar de la sociedad aumenta únicamente si mejora la situación de los que se encuentran en una situación peor (Stiglitz & Rosengard, 2016). En este sentido, la redistribución se presenta como uno de los valores

morales más elevados y la aceptación de los casos en los que la poca o nula autorregulación de los mercados hace necesaria la intervención de las instituciones públicas para que gestionen correctamente los recursos y defiendan los valores morales socialmente aceptados (Dubois, 2014).

Por otro lado, es cierto que estos conceptos resultan sumamente abstractos, ya que la determinación de valores morales y la evaluación de las actuaciones llevadas a cabo en función de esos valores son muy complejas. Sin embargo, este primer esfuerzo en reconsiderar toda la teoría económica es necesario y prometedor si se pretende realmente tener una visión económica más cercana a la sociedad.

Uno de los autores más importantes en dar los primeros pasos en este sentido es Amartya Sen. Desde la visión de Sen el desarrollo no está relacionado con la justicia sino con la libertad del individuo, por tanto, a mayor expansión de la libertad mayor desarrollo (Sen, 2000). Aunque es cierto que no elimina el papel del PIB de su análisis, sí que supone un cambio radical al incorporarlo como una herramienta más, es decir tiene un papel instrumental, mientras que el objetivo principal es conseguir mayor libertad para la población, no un mayor crecimiento económico (Sen, 2000). Por tanto, al igual que la concepción de desarrollo anterior, los objetivos cambian radicalmente y se centran nuevamente en términos morales, en este caso el valor moral superior es la libertad. Asimismo, es necesario diferenciar claramente el planteamiento de Sen con la corriente liberal clásica, ya que ambas se centran en la libertad individual. Sin embargo, los valores que rigen ambos planteamientos son totalmente diferentes. Desde el liberalismo, la libertad del individuo es el derecho más esencial y por tanto, el estado no debe interferir de ninguna manera en la misma. Por otro lado, la visión de Sen de la libertad consiste en el aumento de las capacidades individuales, en las que el Estado puede intervenir para promover y ayudar a la expansión de estas capacidades (Sen, 2000). En relación a las mismas Sen diferencia 5 libertades instrumentales (Sen, 2000):

- “Libertades políticas”: Este tipo de libertad está relacionada con los derechos más fundamentales de un sistema democrático. Son los relacionados con el derecho a voto, libertad de expresión...
- “Servicios económicos”: Esta libertad está asociada a las capacidades que pueden desarrollar los individuos en relación con sus recursos económicos. Se tiene en cuenta tanto la capacidad de consumo como de producción. Además, se incorpora la distribución de la renta y la riqueza. Por tanto, la libertad del individuo se ve afectada no solamente por la renta que él mismo obtiene sino también por cómo está distribuida la renta agregada entre toda la población. En este caso, la desigualdad en la distribución de la renta se percibe como un freno para el desarrollo humano.
- “Oportunidades sociales”: Está relacionada con el desarrollo de la capacidad para interactuar en los sistemas económicos y políticos. Tienen gran importancia los sistemas educativos y sanitarios que permiten la buena condición de la persona para participar en la sociedad.

- “Garantías de transparencia”: Nivel de confianza tanto entre la población como con los representantes políticos. Para ello es necesario información veraz y clara y el propio acceso a la misma.
- “Seguridad protectora”: Muy relacionada con el gasto en protección social, es todo el conjunto de redes institucionales y sociales que proporcionan apoyo a las personas vulnerables y con riesgo de caer en la pobreza.

Por tanto, la concepción de desarrollo de Sen (2000) rompe totalmente con la teoría anterior e incorpora una nueva forma de entender la economía, a la par que desarrolla un nuevo indicador que mejore las mediciones y se aproxime más a las condiciones de vida de la población. El indicador mencionado es el IDH, el cual analiza tres aspectos básicos: salud, educación y renta (UNDP, 2020b). Concretamente emplea como proxy de la salud la esperanza de vida, de la educación los años esperados de escolarización y los años medios escolarizados y de la renta emplea la renta nacional bruta (RNB) per cápita en paridad de poder adquisitivo (dólares en PPP de 2017) (UNDP, 2020b). La combinación de los tres elementos crea el IDH.

Por otro lado, pese a que el IDH es un indicador ambicioso, que intenta aglutinar distintos aspectos que pueden afectar al desarrollo, está sujeto a profundas críticas. Una de ellas, es que los indicadores relacionados con la salud y la educación no son suficientes para determinar el bienestar de la población. Por ello, hay propuestas que abogan por la inclusión de factores clave que promueven el desarrollo, concretamente indicadores relacionados con el empleo y las libertades políticas propias de la democracia (Salas-Bourgoin, 2014). En este sentido, se entiende que para el desarrollo humano es fundamental tener un mínimo grado de libertad (expresión, prensa, representación política...) que fundamentalmente se obtiene en una democracia, así como buenas condiciones de empleo donde las personas se sientan realizadas (Salas-Bourgoin, 2014). La incorporación de esta modificación en el índice desencadenaría una caída en el valor obtenido por todos los países con respecto al IDH tradicional (Salas-Bourgoin, 2014). Por tanto, resulta esencial determinar qué factores afectan realmente al desarrollo humano, ya que de otra forma se realizan estimaciones y diagnósticos o se extraen conclusiones totalmente sesgadas.

2.3. Sinergias entre la salud y desarrollo

El apartado 2.2 identifica como factores clave la salud y la educación para el desarrollo humano. Sin embargo ¿Cómo interactúan entre ellas? ¿Hay una relación unidireccional entre la salud y el desarrollo o se condicionan mutuamente? Para determinar qué tipo de relación existe es necesario fraccionar los elementos que componen cada uno de los factores.

Una de las vías más directas en las que se observa interacción entre el desarrollo y la salud es el impacto derivado de la propia renta, cuando el conjunto de la población tiene unos ingresos superiores es de esperar que tengan un acceso mayor tanto al sistema sanitario (privado o público) como a los sistemas educativos (privados o públicos) (Bidaurratzaga, 2011). En principio, una condición física más saludable y un nivel

formativo superior aumentan la probabilidad de obtener un mejor puesto de trabajo y por tanto, obtener mayores ingresos (Rapaport, 2005-2006). Asimismo, el nivel educativo de los adultos, en especial el de la madre, tiene una incidencia directa sobre la calidad del cuidado de los menores y por tanto, tiene efecto sobre la salud y la educación del menor (Schultz, 2002). En este sentido, esta lógica también funciona a la inversa, el nivel educativo inferior de los adultos o un estado de salud más deteriorado dificulta la inserción en el mercado laboral y el cuidado de los menores a su cargo (Bidaurratzaga, 2011). En definitiva, la salud afecta al nivel educativo y a la capacidad de inserción laboral, a la par que el nivel educativo y la inserción laboral condicionan, a través de la renta generada, el acceso al sistema sanitario (Bidaurratzaga, 2011). Por tanto, la retroalimentación entre desarrollo y salud puede ser un círculo virtuoso o vicioso dependiendo de la situación de partida en la que se encuentre.

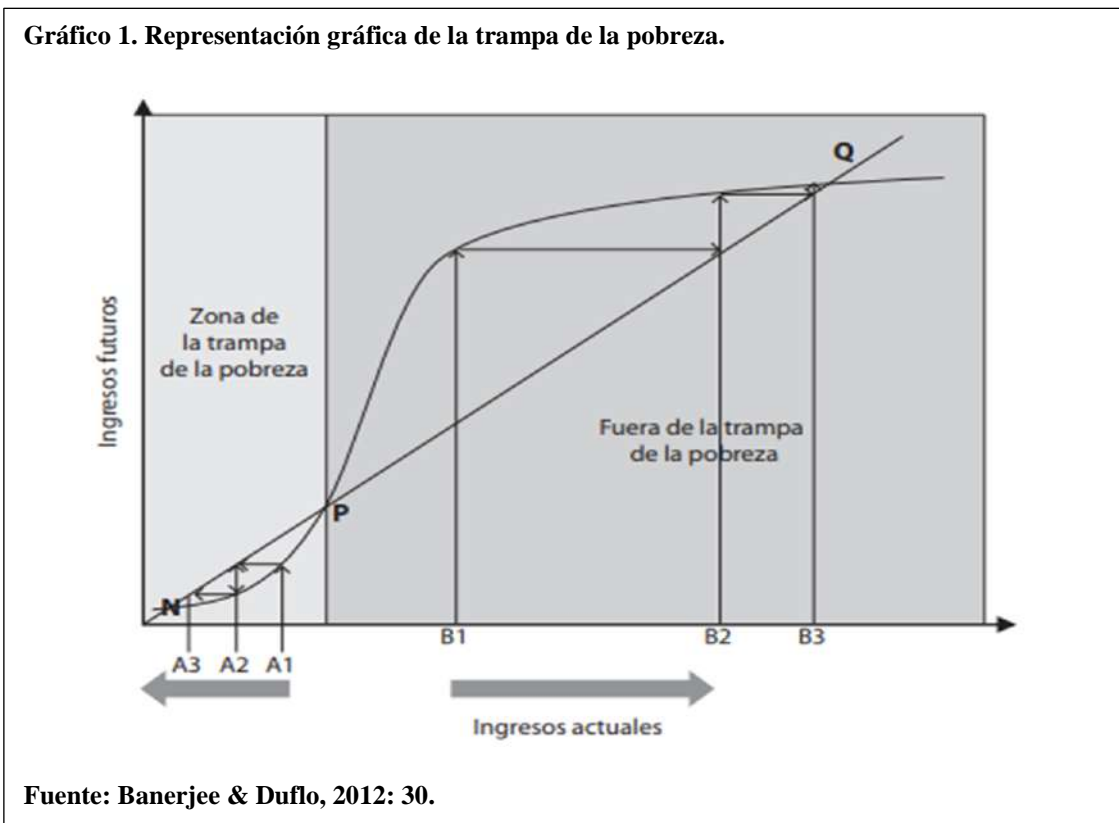
Por otro lado, también hay una relación directa e importante entre la salud de los niños y niñas y su nivel educativo, dado que un estado de salud deficiente aumenta el absentismo escolar y por ende, limitará su inserción laboral y su capacidad de obtener rentas (Bidaurratzaga, 2011). De esta forma, los efectos que se producen tienen impacto en el largo plazo, ya que entran las dinámicas retroalimentadoras mencionadas anteriormente.

Aunque es cierto que cuando se habla de educación generalmente se piensa en educación formal, es decir, colegios, institutos y universidades, lo cierto es que la educación trasciende este ámbito institucional. En este sentido, la educación informal (hogares, familia, amigos...) puede condicionar la salud a través de los hábitos y conductas que se van desarrollando. Muchas de las enfermedades están relacionadas con la incorrecta manipulación de alimentos, fundamentalmente con el lavado y cocinado de los productos, así como con hábitos de higiene más básicos, como la limpieza de manos (Bidaurratzaga, 2011). Se ha establecido una clara correlación positiva entre estos conocimientos básicos, en especial cuando es la mujer la que tiene un nivel educativo superior, y la tasa de mortalidad infantil (Dhrifi, 2018; Schultz, 2002). La causa de esta relación se sustenta sobre la base de que en términos generales es la mujer la que está a cargo del cuidado de los más pequeños y por tanto, el conocimiento de estos cuidados básicos por parte de estas mujeres son los que tienen una mayor incidencia directa sobre la tasa de mortalidad infantil (Bidaurratzaga, 2011; Schultz, 2002).

Estas interdependencias están estrechamente relacionadas con lo que en economía se conoce como la trampa de la pobreza y aunque se pueden aplicar a diferentes ámbitos e incluso está muy debatida la propia existencia de la misma, en términos de salud sí que parece haber cierto consenso sobre la presencia de la misma (Banerjee & Duflo, 2012).

El Gráfico 1 es la representación de la trampa de pobreza clásica. Según esta teoría aquellas personas que se encuentran en el primer tramo del gráfico (el lado izquierdo) están en una trampa de pobreza: los ingresos futuros del individuo que se sitúa en A1 son inferiores a los ingresos actuales, ya que se encuentra por debajo de la diagonal, hasta que se llega al punto N, y por tanto con el tiempo se va empobreciendo (Banerjee

& Duflo, 2012). Por otro lado, aquellos individuos que se encuentran en el lado derecho (están fuera de la trampa de la pobreza) presentan una trayectoria totalmente inversa, dado que la curva se encuentra por encima de la diagonal, si un individuo se sitúa en B1, se observa que sus ingresos futuros son superiores a los ingresos actuales, hasta alcanzar el punto Q (Banerjee & Duflo, 2012).



La teoría explica este suceso a través de la renta pero ¿Cómo funciona esta dinámica en la salud? Una de las posibilidades consiste en la transición de la zona que está fuera de la trampa de la pobreza a la zona de la izquierda: si uno de los adultos enferma la renta del hogar se reduce y puede dificultar la permanencia escolar de los niños, y especialmente de las niñas y por ende el riesgo de caer en la trampa de la pobreza a largo plazo aumenta (Bidaurratzaga, 2011; Banerjee & Duflo, 2012).

Otro de los mecanismos, que no consiste en la transición entre ambas zonas y por el que funciona esta trampa consiste en lo siguiente: la situación de pobreza implica en muchos casos unas condiciones habitacionales insalubres (saneamiento, falta de agua potable...) o un menor acceso al sistema sanitario y por ende, hay una propensión mayor a enfermar (Banerjee & Duflo, 2012). Las dinámicas que se desencadenan consisten en que las personas adultas enferman con mayor facilidad y esto dificulta la obtención de ingresos, mientras que si los niños y las niñas enferman ello obstaculiza un rendimiento académico máximo y por tanto, ambos tienen una menor probabilidad de obtener rentas superiores en el futuro (el riesgo de pobreza es mayor) (Banerjee & Duflo, 2012; Bidaurratzaga, 2011).

Otra de las sinergias más relevantes entre desarrollo y salud consiste en la relación entre la calidad de los sistemas sanitarios y la salud. Está claro que un sistema sanitario gratuito, universal y de buena calidad mejora el estado de salud de la población en general. Sin embargo, los sistemas sanitarios están condicionados claramente por el nivel de recursos del país.

En términos generales, es de esperar que aquellos países con un nivel de desarrollo humano bajo presenten sistemas educativos de secundaria y terciaria deficientes y por tanto, ello dificulta la correcta formación de profesionales de salud (médicos, enfermeras, auxiliares, celadores...), lo que ha venido a denominarse “crisis de recursos humanos” (Bidaurratzaga, 2011). Por otro lado, aquellos países con un nivel de desarrollo humano alto tienen en líneas generales una formación más amplia y específica y por ende, los profesionales sanitarios están mejor preparados y los servicios sanitarios son de mayor calidad. Este hecho, necesariamente repercute en el estado de salud de la población en general, tanto porque aquellas personas que necesitan asistencia sanitaria están mejor atendidas, como porque la población tiene un mayor grado de confianza hacia el sistema sanitario.

Por otro lado, es necesario diferenciar la interacción entre salud y desarrollo en el entorno rural y urbano, ya que hay diferencias sustanciales. En este sentido, el entorno urbano se ha visto mucho más beneficiado de la inversión realizada tanto en infraestructuras como en servicios sanitarios, dejando en muchos casos de lado el entorno rural y agravando la situación de pobreza y desatención de dichas zonas (OMS, 2008; Bidaurratzaga, 2011).

Otro de los aspectos clave es el gasto en salud (público y privado), ya que no es suficiente con tener buenos profesionales, los recursos materiales disponibles son cruciales para una buena atención sanitaria. Aunque desde una perspectiva racional se puede llegar a la conclusión de que un aumento del gasto en salud disminuye la tasa de mortalidad infantil (uno de los principales indicadores del estado de salud de la población) no siempre es así, ya que la cantidad de gasto no siempre se traduce en aumentos de la calidad en atención sanitaria (Dhrifi, 2018). De hecho, según una investigación que pretende analizar dicha relación, donde se estiman los posibles efectos del gasto sanitario sobre la tasa de mortalidad infantil a través de ecuaciones simultáneas, hay diferencias sustanciales en función del nivel de renta del país (Dhrifi, 2018).

El aumento en el gasto en salud, tanto público como privado, reduce la tasa de mortalidad infantil en los países de renta alta y media-alta, mientras que no tiene un efecto determinado sobre la tasa de mortalidad de los países de renta media-baja y baja (Dhrifi, 2018). La justificación de este efecto, en principio contra intuitivo, es que en los países de renta media-baja y baja no han conseguido todavía que su sistema sanitario funcione eficientemente, y por tanto, el aumento en los recursos no necesariamente se traduce en la reducción de la tasa de mortalidad infantil (Dhrifi, 2018). Sin embargo, estas conclusiones cambian radicalmente al diferenciar gasto sanitario público y

privado: el gasto sanitario público reduce la tasa de mortalidad infantil en los países de renta baja, media-baja y media-alta, mientras que el privado no tiene efecto significativo sobre estos países (Dhrifi, 2018).

Por otro lado, el impacto que puede tener el gasto sanitario sobre el IDH, en especial si es público, es que es necesario incorporar otro elemento fundamental en la interacción entre salud y desarrollo: las instituciones públicas y la eficacia de su gestión y funcionamiento (Dubois, 2014). La corrupción, el exceso de burocracia o el funcionamiento poco eficiente de las instituciones públicas suponen graves problemas en cualquier país, sin embargo, los países donde los recursos son escasos el problema es todavía más grave, ya que no se emplean eficientemente los escasos medios disponibles (Dhrifi, 2018). Uno de los indicadores más empleados para captar la incidencia de la corrupción es el “Índice de la Percepción de la Corrupción” elaborado por Transparency International. Según el último ranking elaborado por el mismo organismo, los países que mejor puntuación obtienen son Nueva Zelanda, Dinamarca, Finlandia y Suiza, mientras que los que obtienen peor puntuación son Yemen, Siria, Sudán del Sur y Somalia (Transparency International, 2020). Además, si se compara entre continentes, África aglutina las peores puntuaciones, mientras que Europa obtiene las mejores calificaciones (Transparency International, 2020). Por tanto, no es solamente que muchos países africanos tengan dificultades para mejorar en términos de desarrollo humano debido a recursos insuficientes, sino que muchos de estos recursos se pueden estar desviando debido a la alta tasa de incidencia de la corrupción.

De hecho, desde la OMS ya ha alertado de esta problemática al incorporar como un imperativo fundamental para conseguir la equidad sanitaria a nivel mundial la necesidad de la redistribución del poder (OMS, 2008). La excesiva concentración del poder en una pequeña élite promueve en muchos casos actos de corrupción y además, cuando los mismos se dan dentro del sector público afectan intrínsecamente a la gestión de los recursos públicos en materia sanitaria y educativa. Por ello, se aboga por una gobernanza a diferentes niveles, donde la sociedad civil, las instituciones públicas, los individuos y el sector privado tengan voz y voto en la toma de decisiones, pero al mismo tiempo se exige un mínimo grado de responsabilidad social en sus intervenciones (OMS, 2008).

En definitiva, el desarrollo y la salud tienen en líneas generales, relaciones bidireccionales, es decir, se condicionan mutuamente. Educación, salud y desarrollo reflejan los tres lados de un mismo triángulo y en gran medida, es el sector público el que tiene que articular las relaciones para que pueda suplir las carencias de cualquiera de los tres factores. Por tanto, la importancia de la corrupción, así como el funcionamiento ineficiente de las instituciones inciden sobre la gestión de los recursos públicos y condicionarán, en gran medida, la retroalimentación de los círculos virtuosos mencionados.

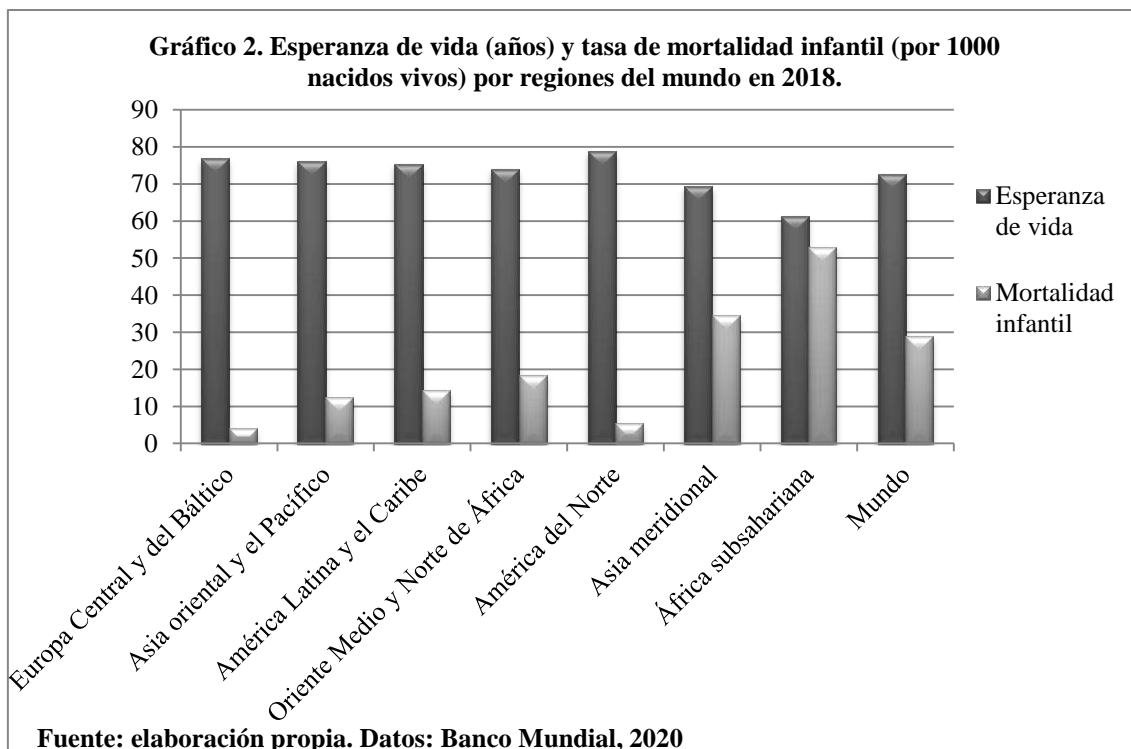
3. SALUD Y DESARROLLO EN ÁFRICA SUBSAHARIANA

Este apartado está centrado en proporcionar una aproximación sobre la situación sanitaria en África Subsahariana y el impacto en términos sanitarios, pero también el alcance socioeconómico que tiene la aparición del VIH/SIDA en tal contexto. Sin embargo, es necesario puntualizar que pese a que se emplea el concepto de África Subsahariana como unidad de referencia, es preciso destacar de antemano que los países y las regiones que forman parte de la misma difieren mucho entre sí en muchos aspectos. Por tanto, la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA también presentan grandes diferencias en función del territorio. En este sentido, cuando se habla de África Subsahariana en su conjunto se refiere solamente a factores compartidos pero en ningún caso se pretende simplificar la diversidad que presenta y las diferencias entre unos y otros países.

3.1. Situación sanitaria general en África Subsahariana

La situación sanitaria en África Subsahariana es variable y depende en gran medida del territorio concreto que se pretenda analizar. Además, en términos generales, Sudáfrica es una excepción al conjunto de África Subsahariana, ya que la economía sudafricana presenta niveles muy alejados del resto de países sobre indicadores socioeconómicos. Se podría considerar lo que en estadística se denomina “valor atípico” y por tanto, los datos correspondientes a dicho país no pueden ser extrapolados al conjunto de África Subsahariana.

Para tener una primera visión global de la situación sanitaria en África Subsahariana se analizan la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil, que son los dos indicadores más utilizados para analizar el estado de salud de una población concreta, en relación a las diferentes regiones del mundo. El Gráfico 2 refleja las disparidades por regiones del mundo de los dos principales indicadores: la esperanza de vida y la tasa de mortalidad infantil para el año 2018. Antes de comenzar a analizar el gráfico, es necesario mencionar la principal precaución de utilizar datos agregados geográficamente, ya que los valores están basados en medias y no recogen la heterogeneidad entre los países de la misma zona.



La primera gran diferencia se observa en los valores relativos a la esperanza de vida. América del Norte es la región con mayor esperanza de vida (78,89 años) frente a África Subsahariana (61,27 años) que obtiene el menor valor. Las distancias que separan África Subsahariana de América del Norte son muy relevantes, ya que muestran una brecha de casi 20 años. Asimismo, si se compara la misma región frente a la media mundial (72,56 años) la brecha sigue siendo grande, aproximadamente de 10 años. Por otro lado, aunque Asia meridional también presenta unos valores 10 años inferiores a América del Norte, se encuentra mucho más cerca de la media mundial que África Subsahariana (solamente le separan 3 años del dato mundial). Además, no hay diferencias sustanciales entre el resto de regiones, en este sentido se podría decir que son muy homogéneas.

La tasa de mortalidad infantil refleja la misma desigualdad, sin embargo la brecha es mucho más amplia. En este caso, la tasa de mortalidad infantil mínima está representada por Europa Central y del Báltico (4,17 por 1000 nacidos vivos) y la máxima está nuevamente recogida por África Subsahariana (53 por 1000 nacidos vivos). Respecto a la media mundial (29 por 1000 nacidos vivos), la diferencia es más amplia que en la variable anterior. Por tanto, la brecha que separa ambas regiones es mucho más acusada que en el caso de la esperanza de vida. Además, las diferencias entre el resto de regiones son pequeñas a excepción de Asia Meridional (34,5 por 1000 nacidos vivos), donde la tasa es superior. En definitiva, aunque se observa que ambas variables reflejan en términos generales la misma tendencia, es necesario identificar la causa de una esperanza de vida inferior, tanto en África Subsahariana como en Asia Meridional parece estar estrechamente relacionada con una tasa de mortalidad infantil muy elevada.

Por otro lado, las enfermedades a las que la OMS presta mayor atención en la región africana, debido a su incidencia y a su carácter contagioso son principalmente VIH/SIDA, tuberculosis y malaria, aunque desde 2016 ha comenzado una preocupación creciente por las hepatitis B y C (WHO, 2017). Los siguientes datos (año 2015) muestran la relevancia de dichas infecciones (WHO, 2017):

- VIH/SIDA: El 65% de las infecciones y el 70% de las muertes en el mundo se producen en África Subsahariana, que presenta unas tasas de prevalencia del 4,8%.
- Tuberculosis: La coinfección con VIH/SIDA presenta una retroalimentación negativa y está relacionada con mayores tasas de letalidad, de hecho, en el sur de África el porcentaje de personas que tienen VIH/SIDA entre los enfermos de tuberculosis es del 70%, mientras que solamente el 50% de la población infectada con tuberculosis recibe tratamiento.
- Malaria: Los niveles de prevalencia y letalidad máximos están presentes en África Subsahariana. El porcentaje de muertes y de contagios son 90% y 88% con respecto al total mundial.
- Hepatitis B y C: El 5-8% de la población de África Central y Oriental es positivo en hepatitis B (representan 100 millones de africanos), mientras que 19 millones de africanos son positivos en hepatitis C.

A diferencia del existente imaginario colectivo de que en África no hay un sistema sanitario propiamente dicho, muchos de los países africanos tienen programas preventivos y de lucha contra diferentes enfermedades. Sin embargo, la problemática ocurre debido a la falta de financiación y a la concentración de dichos fondos en enfermedades concretas, que suelen ser malaria, VIH/SIDA y tuberculosis. En algunos países se está promoviendo activamente la vacunación contra enfermedades que pueden suponer el desarrollo de una enfermedad grave o incluso la muerte. Por ejemplo, la vacuna antineumocócica conjugada y la del rotavirus se estima que han prevenido 135.000 hospitalizaciones y 21.000 muertes por rotavirus en niños menores de 5 años (WHO, 2018). Además, es necesario mencionar que la cobertura de las vacunas todavía son bajas, solamente el 65% de la población tiene la vacuna antineumocócica conjugada y el 43% la vacuna contra el rotavirus, por lo que si se llegara a una tasa de vacunación superior, es de esperar que los beneficios sean todavía mayores (WHO, 2018).

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles (ENT), donde se incluye un conjunto de enfermedades muy diferentes entre sí como las cardiovasculares, tropicales o las provocadas por el entorno, son las causantes de altas tasas de morbilidad y de una tasa de mortalidad creciente (WHO, 2018). Requieren especial atención las enfermedades tropicales desatendidas, ya que son indicativas de altos niveles de pobreza y su incidencia se concentra especialmente en comunidades aisladas (WHO, 2017). Sin embargo, pese a que pueden prevenirse, diagnosticarse y tratarse, la financiación de la que disponen es baja (WHO, 2017).

Dentro de las ENT, los factores ambientales o más concretamente, las condiciones del entorno, propician la aparición de ciertas enfermedades. El 28% de las muertes prematuras son provocadas por este tipo de enfermedades, las causas que explican esos datos son las siguientes (WHO, 2017; WHO, 2018):

- Solamente el 59% de la población tiene acceso a agua potable, con grandes diferencias entre el entorno rural (56%) y urbano (87%).
- El 31% de la población tiene acceso a saneamiento básico.
- El 18% tiene acceso a instalaciones básicas para el lavado de manos.

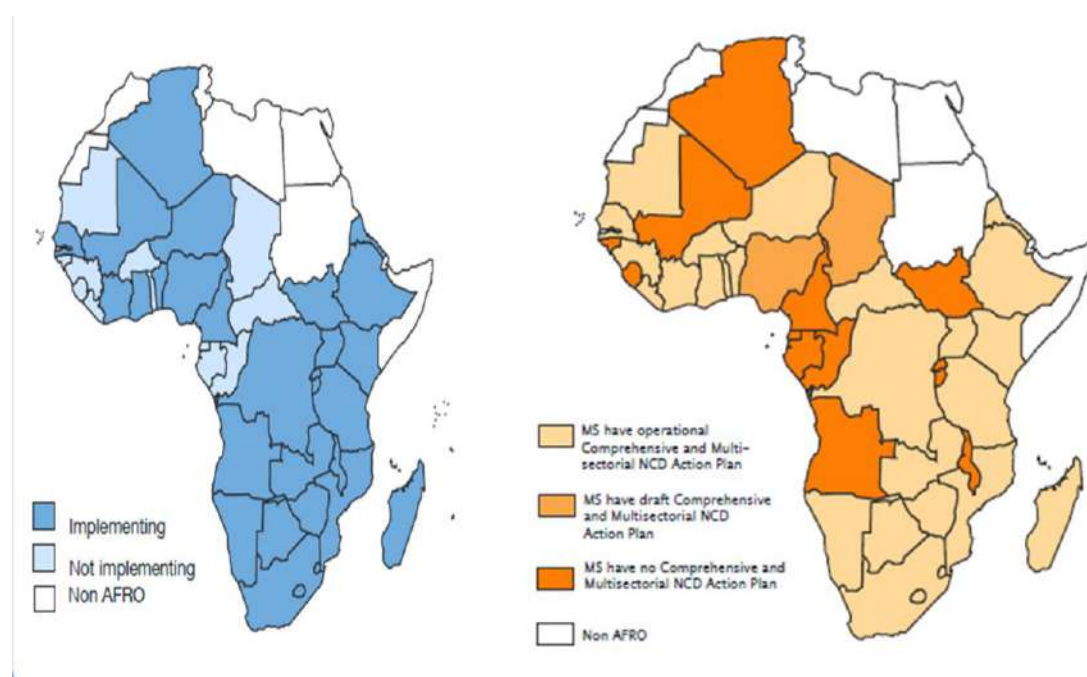
Por tanto, pese a que las enfermedades contagiosas tienen una incidencia importante, las ENT también deben ser consideradas dentro de los planes de prevención y mejora de los países de África Subsahariana. La aproximación a los datos a través de la comparación entre 1990 y 2010, permite cuantificar la relevancia de los diferentes trastornos. En este sentido, en 1990 las causas principales de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) eran la diarrea, las enfermedades de las vías respiratorias bajas y la malaria (ordenadas en función de la relevancia de cada una), mientras que en 2010, las tres causas principales eran la malaria, VIH/SIDA y las enfermedades respiratorias bajas (ordenadas por orden de relevancia) (IHME & World Bank, 2013). Además, si bien el crecimiento de la malaria en este intervalo de tiempo ha sido intenso (ha aumentado un 41%), el del VIH/SIDA ha presentado un crecimiento superior al 100%, concretamente del 328% (IHME & World Bank, 2013).

Por otro lado, aunque es cierto que las enfermedades que más preocupan en África (malaria, tuberculosis y VIH/SIDA) aparecen entre los 25 primeros e incluso han aumentado en el caso de la malaria y el VIH/SIDA, situándose como las dos causas principales, también ha aumentado la incidencia de otro tipo de enfermedades que en principio eran características de los países de rentas altas (IHME & World Bank, 2013). Ejemplo de ello, son la diabetes que ha aumentado un 88%, cardiopatía isquémica con un aumento del 37% y dolores de espalda con un 65% (IHME & World Bank, 2013).

Sin embargo, es necesario recalcar nuevamente que el análisis en términos agregados esconde en muchos casos las diferencias entre los distintos países. Por ejemplo, en Eritrea las infecciones en las vías respiratorias bajas y las diarreas están situadas en el puesto uno y dos respectivamente, mientras que el VIH/SIDA se encuentra en el puesto noveno (aunque es cierto que ha experimentado un crecimiento del 2068%) (IHME & World Bank, 2013).

Asimismo, pese a que las enfermedades infecciosas suponen un alto nivel de pérdidas de años de vida ajustados por discapacidad, hay otras enfermedades no infecciosas que suponen un problema de salud pública grave y que sin embargo, no reciben la misma atención ni financiación. La Figura 1 muestra estas asimetrías.

Figura 1. Aplicación de las directrices de la OMS en el tratamiento contra el VIH/SIDA en 2017 (azul) y situación de los planes multisectoriales contra las ENT (naranja) en África Subsahariana.



Fuente: WHO, 2018: 9 y 19

Por un lado, las directrices de la OMS para luchar contra el VIH/SIDA se han implantado de manera generalizada en todo África Subsahariana a excepción de unos pocos países, mientras que los planes multisectoriales contra las enfermedades no transmisibles han tenido una menor extensión. Si bien las diferencias entre ambos no son demasiado acusadas, lo cierto es que es un tanto ambiguo, ya que no especifica el nivel de desarrollo de los diferentes planes. Las enfermedades no infecciosas son cuantiosas y presentan características muy diferentes y por ende, cada plan debe ajustarse a cada enfermedad en concreto y debe llevar a cabo actuaciones específicas. Por ello, la elaboración de planes multisectoriales debería estar muy bien definida y el abordaje tendría que estar claro. En este sentido, la eficacia de los planes contra enfermedades no transmisibles se ve seriamente comprometida si no está bien planificada, elaborada y ejecutada. Además, también es necesario matizar y señalar las fuentes de financiación y el presupuesto del que se dispone para llevar a cabo estos planes, ya que como se ha señalado anteriormente, por lo general se obtiene menor financiación internacional para este tipo de enfermedades.

3.2. Situación del VIH/SIDA en África Subsahariana

La lucha contra el VIH/SIDA en la región de África Subsahariana ha tenido un avance significativo en los últimos años, especialmente con el acceso a la terapia antirretroviral. Aunque el número de nuevos infectados ha disminuido a nivel global, África Subsahariana sigue siendo, con un 59% de los nuevos infectados y un 84% de los niños infectados, la región más golpeada por el virus (UNAIDS, 2020). Asimismo, a pesar de que la terapia antirretroviral ha mejorado sustancialmente tanto la calidad de vida, como

los años de supervivencia de las personas que viven con VIH contribuyendo a cronificar la enfermedad, sigue suponiendo la novena causa de muerte en los países de rentas bajas (WHO, 2020). Sin embargo, todavía se mantienen grandes diferencias entre las distintas regiones.

En este sentido, la Tabla 1 muestra las diferentes tasas de prevalencia del VIH/SIDA entre las regiones de África Subsahariana, así como la evolución de la misma a nivel global para el periodo comprendido entre 2010 y 2019.

Tabla 1. Evolución de las tasas de prevalencia de VIH/SIDA (mayores de 15 años) en porcentaje en las diferentes regiones de África Subsahariana y a nivel global entre 2010 y 2019.										
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Sur de África y África oriental	6,9	6,9	7	7	7	7	7	6,9	6,9	6,8
África central y occidental	1,6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4
Global	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6

Fuente: UNAIDS, 2021.

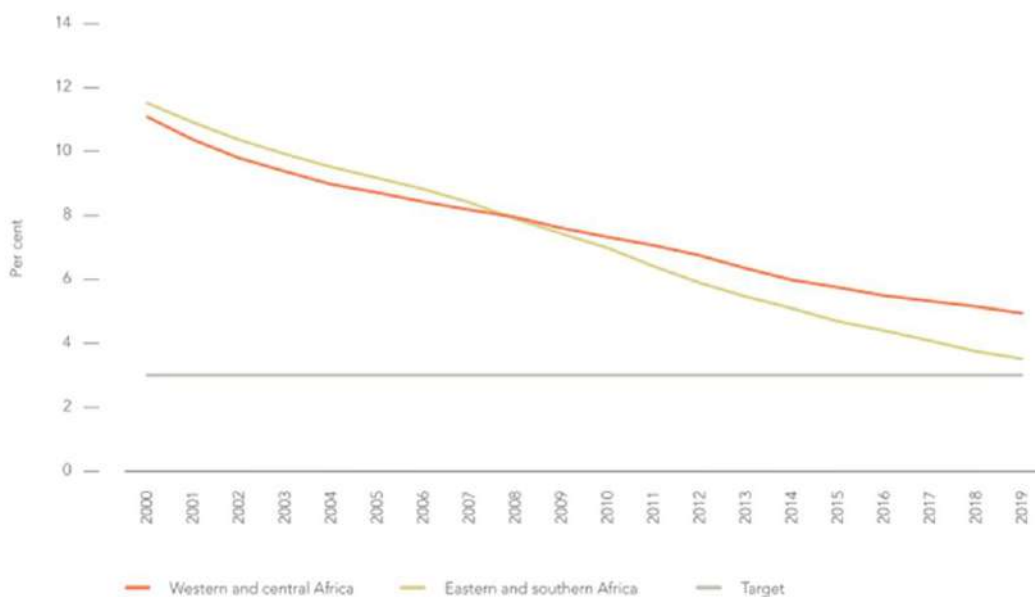
De la misma se obtiene una primera conclusión clara, las diferencias entre las dos regiones de África Subsahariana son sustanciales. Por un lado, el Sur de África y África oriental tiene, a lo largo de toda la serie histórica, tasas de prevalencia cercanas a 7% y mucho más elevadas que la media a nivel mundial que se mantiene constante en 0,6%. Por otro lado, las tasas de prevalencia de África central y occidental se mantienen en 1,5% y por tanto, mucho más cercanas a la media mundial. No obstante, incluso en este último caso la tasa de prevalencia duplica la media mundial y por tanto, la situación en África Subsahariana sigue siendo más grave que la media global. Asimismo, es necesario remarcar las diferencias regionales existentes en este territorio, ya que el Sur de África y África oriental casi quintuplica las tasas de prevalencia de África central y occidental. Por ende, se observa un mayor foco epidémico en esa región y además se observa que en ambos casos la tasa de prevalencia se ha mantenido prácticamente constante (no ha decrecido).

Por el contrario, en el Sur de África y África oriental la incidencia de VIH/SIDA ha caído desde 2010 un 38%, las muertes se han reducido un 49% y el 65% tienen supresión viral, mientras que en África central y occidental las caídas han sido de un 25%, 37% y 45% respectivamente (UNAIDS, 2020). Estos datos, aunque en principio son alentadores, se sitúan muy lejos de los objetivos 90-90-90 marcados por ONUSIDA (90% de las personas infectadas están diagnosticadas, tratadas y con supresión viral) (UNAIDS, 2020). En este sentido, las únicas regiones que han llegado a estas metas están en el sur de África y África oriental: Zambia, Zimbabwe, Uganda, Botswana, Eswatini, Namibia y Ruanda (UNAIDS, 2020).

El Gráfico 3 presenta la evolución entre los años 2000 y 2019 del ratio de incidencia/prevalencia en ambas regiones. El análisis a través de la prevalencia presenta una limitación importante que es necesario tener en cuenta. La prevalencia se calcula como un cociente entre las personas VIH positivas dividido por la población total y por tanto, la causa de un aumento se puede deber a un incremento de la tasa de contagios o porque la letalidad de la enfermedad haya caído (Sutcliffe, 2008). Por ello, el ratio de incidencia/prevalencia presenta una representación más aproximada de la evolución del VIH/SIDA, ya que la caída del cociente puede estar causado por una disminución en la incidencia (nuevos contagios) o por un aumento de la prevalencia (la letalidad de VIH/SIDA se ha reducido). En cualquier caso, la interpretación del ratio no es ambigua, la reducción del ratio implica un mayor control de la epidemia, mientras que un aumento del mismo supone la reducción del control sobre la misma.

En el Gráfico 3, se observa el ratio de incidencia/prevalencia, que se puede simplificar como el porcentaje de nuevos casos en relación al total de casos de VIH positivo. Entre los años 2000 y 2019 se observa una tendencia claramente decreciente en ambas regiones, aunque a partir de 2008 África central y occidental pasan a estar en un ratio superior a África oriental y del sur. Si bien es cierto que ambas regiones no han alcanzado el objetivo de un valor del 3%, es necesario mencionar la caída acusada producida en dicho ratio. En el año 2000 el porcentaje de nuevos casos con respecto al total se situaba en ambas regiones alrededor del 11%, mientras que en el año 2019 esta tasa se sitúa entre el 4 y 6%. Además, la lógica dicta que con la incorporación de la terapia antirretroviral la letalidad se haya visto reducida y por ende, esta reducción en el ratio se deba a una caída intensa de la tasa de contagios.

Gráfico 3. Evolución de la incidencia/prevalencia de VIH/SIDA en África oriental y del sur y África central y occidental entre el año 2000 y 2019.

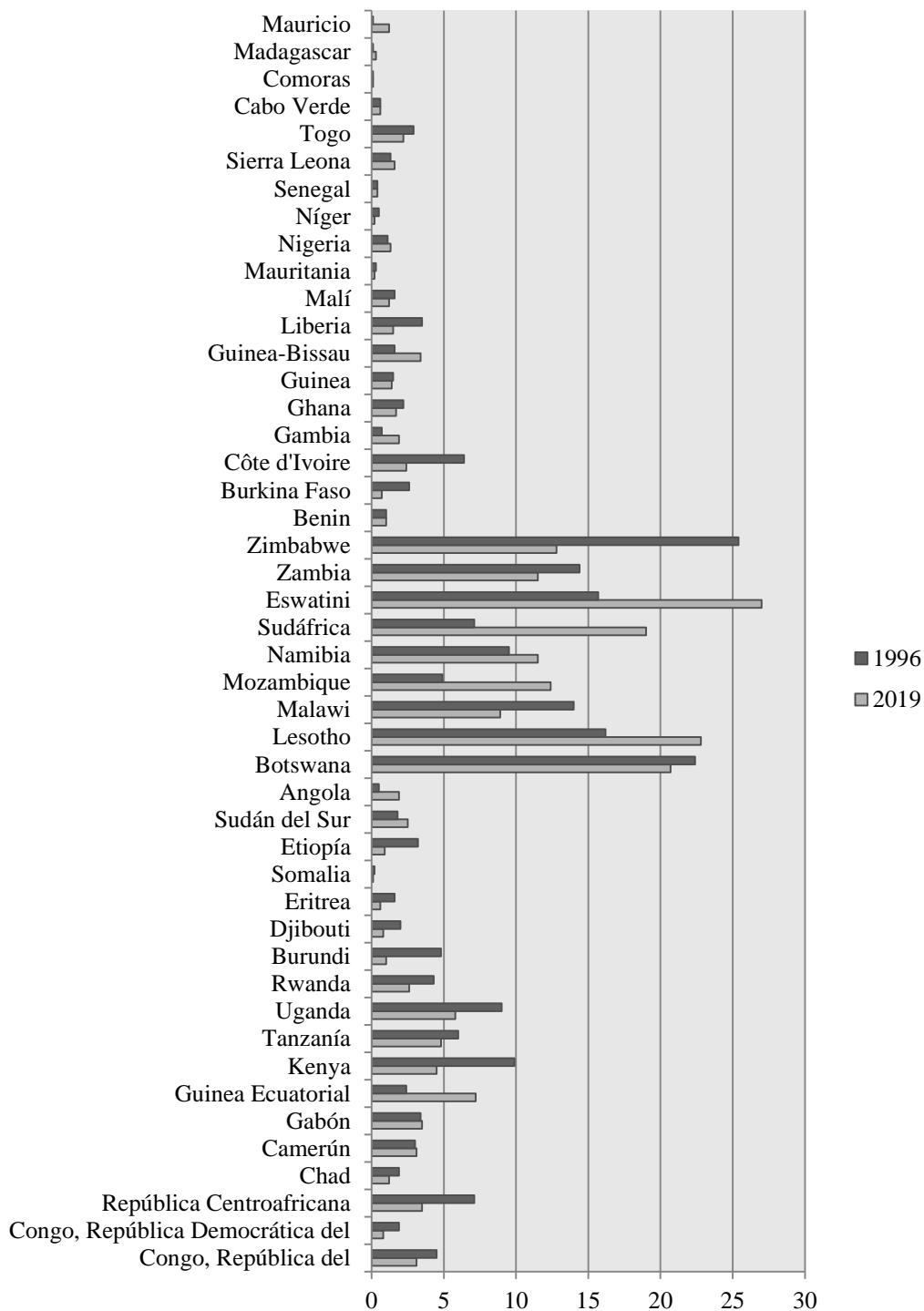


Fuente: UNAIDS, 2020: 24

Por otro lado, cuando se incorpora un nivel superior de desagregación, es decir por países, se observan tasas de prevalencia muy dispares entre sí. Para tener una aproximación más realista de la pandemia en África Subsahariana, el Gráfico 4 muestra las tasas de prevalencia de los diferentes países que la componen para el año 1996, momento en el que algunos países tienen tasas de prevalencia máximas, y 2019. Hay 5 países que tienen las tasas de prevalencia más elevadas en ambos momentos históricos y sobrepasan el 15% en la tasa de prevalencia: Zimbabwe, Eswatini, Sudáfrica, Lesotho y Botswana. Además, mientras que se ha reducido la tasa de prevalencia de manera considerable en Zimbabwe (12,6%), ha aumentado en el resto de los países mencionados.

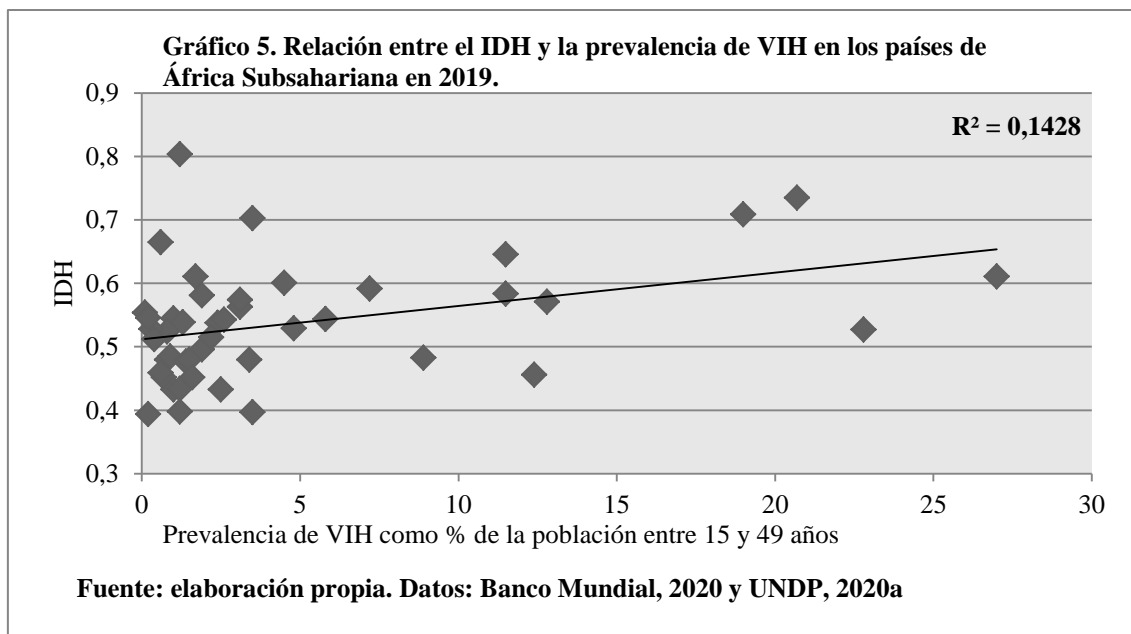
Por el contrario, las tasas de prevalencia de Comoras, Somalia, Mauritania, Níger, Madagascar y Senegal se han mantenido en ambos años dentro de las menores tasas de prevalencia en la región e inferiores al 1%. En definitiva, hay mucha dispersión en los datos y depende en gran medida, del país analizado. En 2019, Eswatini presentó una tasa de prevalencia del 27% frente al 0,1% de Somalia y Comoros.

Gráfico 4. Tasas de prevalencia de VIH/SIDA (entre 15 y 49 años) en porcentaje en los países de África Subsahariana en 1996 y 2019



Fuente: elaboración propia. Datos: Banco Mundial, 2020

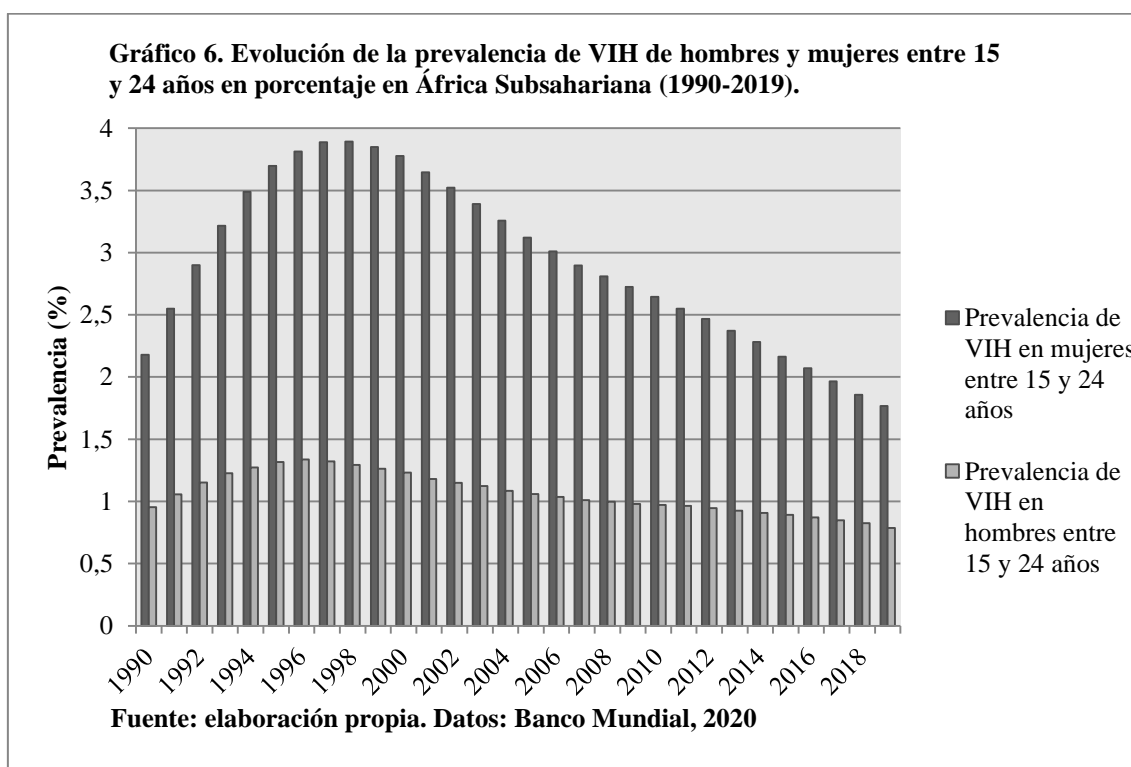
Una de las asunciones generales es que aquellos con un mayor nivel de desarrollo humano tienen unas tasas de prevalencia inferiores. Sin embargo, tal y como se observa en el Gráfico 5 no hay una correlación clara entre bajos niveles de IDH y altas tasas de prevalencia.



De hecho, como se observa en el Gráfico 5, de los datos expuestos se obtienen dos conclusiones principalmente. Por un lado, hay una gran cantidad de países de África Subsahariana que se encuentran con tasas de prevalencia entre el 0 y 5% y por otro lado, los países que tienen las tasas de prevalencia más altas se encuentran en niveles de IDH moderadamente elevados. Además, el R-cuadrado está próximo a 0. Por ende, no se puede establecer una correlación clara entre tasas de prevalencia de VIH/SIDA con niveles de desarrollo humano. Una de las causas podría ser que las altas tasas de prevalencia en países con IDH alto se deben a una cobertura superior de la terapia antirretroviral que reduce la tasa de letalidad y aumenta la prevalencia. De hecho, uno de los países que se encuentra en IDH y tasas de prevalencia altas es Botswana, uno de los pocos países que ha cumplido los objetivos de 90-90-90 (UNAIDS, 2020). Otro de los países que se encuentra en la misma situación es Sudáfrica aunque en este caso, no ha llegado a los objetivos 90-90-90 (UNAIDS, 2020). Además, ambos países se han caracterizado por haber estado especialmente azotados por la pandemia y por ende, es necesario más tiempo para la reducción hacia tasas de prevalencia inferiores.

Otro punto importante en el análisis de la evolución del VIH/SIDA es separar la población por rango de edad. En este sentido, se muestra un aumento de las muertes por VIH entre los adolescentes, alcanzando el segundo puesto a nivel mundial solamente por detrás de los accidentes de tráfico, cuyo origen principal es el aumento de las mismas en la región africana (WHO, 2014). Asimismo, si este dato se desagrega por sexo, se observa que una tasa importante de las nuevas infecciones (5/6) son mujeres en edades comprendidas entre los 15 y 19 años (ONUSIDA, 2020b). Además, esta brecha por cuestiones de sexo no disminuye con la edad, las mujeres entre 15 y 24 años tienen una mayor probabilidad de infectarse (el doble), lo que en última instancia se traduce en que el 59% de los nuevos contagios sean mujeres (ONUSIDA, 2020b).

El Gráfico 6 muestra la evolución en África Subsahariana de la tasa de prevalencia para las mujeres y los hombres teniendo en cuenta la población de ese sexo de las edades comprendidas entre 15 y 24 años para el periodo de tiempo entre 1990 y 2019.



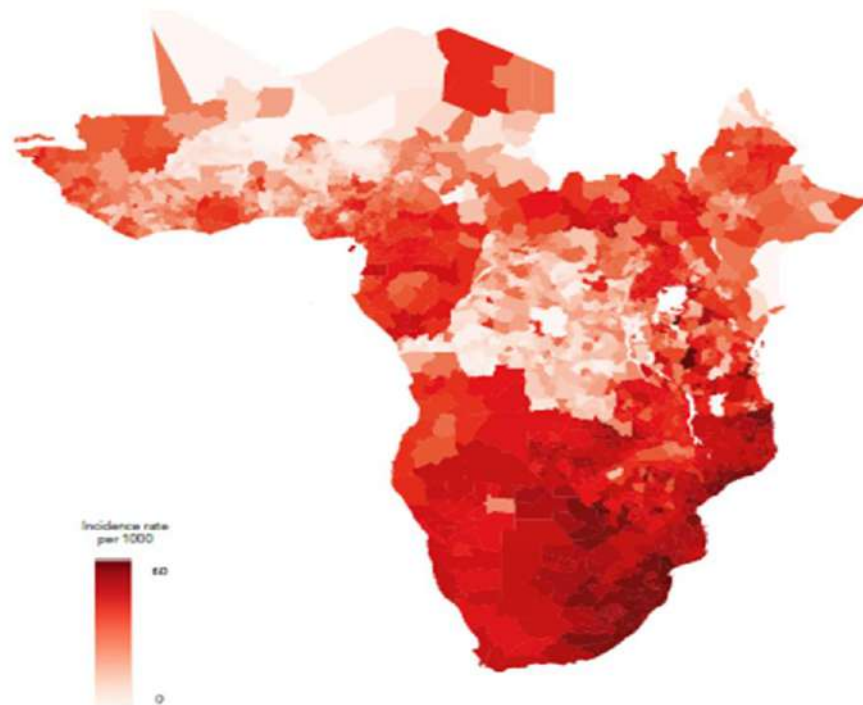
El Gráfico 6 muestra como la tasa de prevalencia femenina se encuentra en todo momento por encima de la tasa de prevalencia masculina. Asimismo, en el periodo comprendido entre 1990 y 1998 ambas tasas de prevalencia han sido crecientes, alcanzando la tasa de prevalencia femenina el máximo (3,89%) en 1998 hasta que empieza a decrecer a partir de 1999. Además, la diferencias entre ambas tasas también han sido crecientes en ese periodo histórico y la diferencia máxima se da también en 1998 (2,60 puntos porcentuales). Por otro lado, mientras que la tasa de prevalencia masculina se ha mantenido medianamente estable, en torno al 1%, la variación en el caso de la prevalencia femenina ha sido mucho más fluctuante. En 1998 la tasa rondaba el 4%, mientras que en 2019 está cercana al 1,5%. Aunque es cierto que el descenso ha sido notable, sobre todo teniendo en cuenta el crecimiento de la tasa entre 1990 y 1998, lo cierto es que en 2019 la tasa de prevalencia femenina sigue siendo más del doble de la masculina. Por ende, hay factores claramente relacionados entre el género y la prevalencia de VIH/SIDA, que están afectando intensamente a las mujeres más jóvenes de África Subsahariana.

Por tanto, analizando conjuntamente el Gráfico 5 y 6, se observa que la variable más correlacionada con la prevalencia de VIH/SIDA es el género en lugar de los niveles de renta. Además, la edad temprana en las que las mujeres se infectan (15-24 años) junto con la cronicación de la enfermedad tiene implicaciones a largo plazo, ya que van a tener que convivir con el virus y las posibles complicaciones derivadas de la misma durante varios años. En este sentido, con una tasa de prevalencia femenina que supera el

doble de la tasa de prevalencia masculina, entre la población joven parece adecuado hablar de un proceso de “feminización del VIH/SIDA”. Las estructuras de dominación de los hombres sobre las mujeres, tanto institucionales como no institucionales, han convertido el hecho de ser mujer en el factor de riesgo más relevante para la infección por VIH. Por el contrario, el nivel de pobreza tiene un efecto adicional sobre las mujeres pero no es el factor explicativo esencial para entender las altas tasas de prevalencia de VIH entre la población.

Sin embargo, al igual que se ha mencionado anteriormente, hay grandes diferencias por territorio. La Figura 2, refleja estas disparidades en el año 2019.

Figura 2. Incidencia de VIH/SIDA en mujeres entre 15 y 24 años en África en 2019.



Fuente: UNAIDS, 2020: 19

La Figura 2 permite observar que la gravedad de la incidencia de VIH/SIDA entre mujeres jóvenes es mucho más intensa en el sur y oriente de África que en África central y occidental. El análisis del impacto entre las mujeres es muy relevante, ya que la situación de mayor vulnerabilidad de las mismas por cuestiones fisiológicas (tienen más probabilidad de contagiarse ante la exposición) junto con un poder de negociación, en cuanto a las prácticas sexuales, mucho más limitado que los hombres y una situación económica más precaria las hace especialmente vulnerables al contagio (Sutcliffe, 2008). En este sentido, las variables que pueden estar afectando para que la incidencia sea tan elevada entre las mujeres jóvenes en esas zonas concretas de África merece

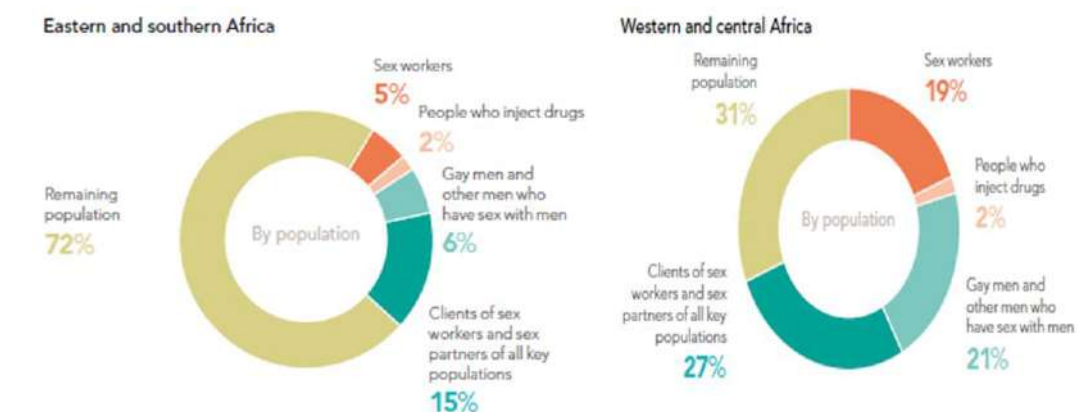
especial atención y una visión transversal que se aborda específicamente en el apartado 3.5.

3.3. Determinantes socioeconómicos del VIH/SIDA en África Subsahariana

La incidencia de las enfermedades en los diferentes grupos de población está condicionada en la mayoría de los casos a las características socioeconómicas de cada uno. Los denominados determinantes socioeconómicos juegan un papel crucial para identificar aquellos colectivos más vulnerables a una enfermedad. En este sentido, la importancia de identificar estos determinantes es mayor cuando se trata del VIH/SIDA, ya que están mucho más sujetos a la estigmatización y la exclusión que otro tipo de enfermedades.

Los colectivos que se han identificado de mayor riesgo son las mujeres y niñas, personas ancianas e indígenas, migrantes, discapacitados, minorías étnicas y LGTBI, así como los factores considerados de mayor riesgo son el uso del alcohol, desigualdad de género y violencia doméstica, trabajo sexual, normas sociales y estigma (UNDP, 2018). Además, el conjunto de personas que tienen un riesgo superior a la media de sufrir algún tipo de comportamiento estigmatizador se les denomina población clave, que en general está compuesto por grupos que no solamente se les discrimina por su condición de VIH positivo sino por cuestiones identitarias (trabajadoras sexuales, homosexuales, presos, drogadictos...) (ONUSIDA, 2020a). Sin embargo, a pesar de estos estigmas, el perfil de una persona VIH positivo es de lo más heterogéneo, tal y como muestra la Figura 3.

Figura 3. Nuevas infecciones por VIH en África del Sur y oriental y África central y occidental en 2019.



Fuente: UNAIDS, 2020: 10 y 11

La Figura 3 muestra como en la actualidad las personas infectadas por VIH/SIDA no se pueden clasificar en un grupo concreto. En África del sur y oriental, el 72% de los nuevos infectados corresponden a un conjunto de la población sin características comunes, mientras que en África central y occidental ese porcentaje es del 31%. En esta última región sí que se observa un mayor peso de los colectivos relacionados con la prostitución. Los clientes relacionados con la prostitución y sus parejas representan el

27% de los nuevos contagios, mientras que las trabajadoras sexuales corresponden al 19%. Las diferencias entre ambos territorios son notables, ya que la suma de las nuevas infecciones relacionadas con la prostitución en África central y occidental comprende el 46% (la suma entre clientes y trabajadoras), mientras que en África oriental y del sur este porcentaje es del 20%. En este sentido, la estigmatización relacionada con el trabajo sexual tiene un gran impacto negativo para el control del virus. En algunos países la prostitución es ilegal y una prueba de estar realizando esta actividad es el número de preservativos que puede llevar encima una mujer y por ende, éstas reducen el uso de los mismos y el riesgo de contagio por VIH/SIDA es superior (ONUSIDA, 2020a).

Otro de los grupos poblacionales que es susceptible de sufrir discriminación por estar claramente estigmatizado son los presos (ONUSIDA, 2020a). El primer hecho relevante es que las personas que están presas no tienen garantizado el tratamiento de VIH/SIDA y además, las condiciones de la prisión que en muchos casos son insalubres, puede llevar al empeoramiento de la enfermedad y desarrollar cuadros clínicos graves en un plazo menor de tiempo (ONUSIDA, 2020a).

Por otro lado, aunque es cierto que la pobreza o una situación económica más vulnerable se han identificado como claros factores de riesgo, el mayor condicionante es el género, tanto por tener una predisposición superior al contagio como por estar relacionado con otras particularidades económicas (Mabilla, 2002). Un número desproporcionado de personas que se encuentran en pobreza extrema son mujeres, muchas de las cuales se ven abocadas al trabajo sexual para sobrevivir incurriendo en una mayor exposición al contagio. Al mismo tiempo, los cuidados de las personas que enferman o de los niños que se quedan huérfanos recaen nuevamente sobre las mujeres dificultando más su inserción en el mercado de trabajo (Cohen, 2006). Por tanto, recuperando el concepto de trampa de la pobreza, las mujeres se ven mucho más expuestas al contagio y al mismo tiempo, el desarrollo de la enfermedad puede provocar un empeoramiento de su situación económica y de salud. En definitiva, existe una retroalimentación entre ambos factores que hace que las mujeres caigan más fácilmente en la trampa de la pobreza (Banerjee & Duflo, 2012). Además, solamente por el mero hecho de ser mujeres tienen mayor riesgo de infectarse de VIH al estar, en muchos casos, obligadas a contraer matrimonio en edades tempranas y por la probabilidad de ser violadas o de sufrir algún tipo de agresión sexual (ONUSIDA, 2020a).

Asimismo, también es necesario distinguir claramente las zonas urbanas y rurales, ya que muchas de las políticas públicas que se implantan están orientadas al entorno urbano olvidándose de la importancia del contexto de las zonas rurales (OMS, 2008). Lo cierto es que existen diferencias relacionadas con la incidencia entre ambas zonas. El entorno urbano pobre o informal tiene las tasas de incidencia más altas, mientras que el área urbana formal o con rentas más elevadas tiene las tasas de incidencia más bajas (Sutcliffe, 2008). En cambio, la zona rural se encuentra entre ambos extremos, ya que no tiene tasas de incidencia tan altas como las urbanas pobres, ni tan bajas como las urbanas de renta alta pero se enfrentan a la dificultad de una escasez superior en cuanto

a servicios públicos (Sutcliffe, 2008). Además, la confidencialidad en el ámbito sanitario relacionada con el área rural es mucho más difícil de mantener, ya que es más fácil que las comunidades sepan la condición serológica de una persona y lleven a cabo actuaciones discriminatorias (ONUSIDA, 2020a). Este hecho supone un problema grave, dado que se reducen los incentivos a ir a un centro sanitario para recibir un diagnóstico por el miedo a sufrir el rechazo de la comunidad a la que pertenecen (ONUSIDA, 2020a).

Por tanto, es esencial identificar claramente los diferentes factores socioeconómicos que inciden en una mayor o menor incidencia. La pobreza incide en el riesgo de contagio pero no parece haber una relación clara entre los niveles de renta y el contagio por VIH/SIDA (Sutcliffe, 2008). Por el contrario, la perspectiva de género juega un papel crucial, ya que la mayor vulnerabilidad de las mujeres tiene un impacto directo en la probabilidad de contagiarse y el posterior deterioro de su situación económica. Asimismo, es importante incorporar diferentes actuaciones adaptándolas al entorno urbano y rural y prestar mayor atención a este último.

3.4. Impacto del VIH/SIDA sobre la salud y el desarrollo en África Subsahariana

El análisis del impacto del VIH/SIDA tanto en la salud como en el desarrollo se debe abordar desde una perspectiva transversal, ya que incide en múltiples aspectos de la vida cotidiana de las personas, especialmente si no hay un acceso gratuito al tratamiento. La primera de ellas es que empeora la situación socioeconómica del hogar de la persona infectada incurriendo en mayores niveles de pobreza o agravando la situación de la pobreza previa, ya que las familias se ven abocadas a invertir todos sus recursos en los tratamientos para ralentizar la enfermedad o para hacer frente a las enfermedades oportunistas asociadas. Al mismo tiempo, la persona en una fase avanzada de la enfermedad deja de poder trabajar, lo que supone una sustancial reducción de los ingresos para el conjunto de la familia (Cohen, 2006). Como consecuencia directa de ello, se produce una caída en el capital físico de las familias, ya que se produce simultáneamente una caída en los ingresos, un aumento del gasto sanitario y una reducción de los ahorros de la familia (Gramaticopolo, 2002). Por tanto, las generaciones futuras quedan seriamente condicionadas, tanto por el agravamiento de la pobreza como por la transmisión vertical del virus, que en muchos casos se produce de madres a hijos (Cohen, 2006).

Por otro lado, la salud de la población se ve seriamente comprometida, provocando en muchos casos severas caídas en la esperanza de vida (Sutcliffe, 2008). Sin un tratamiento adecuado, las tasas de mortalidad entre los adultos aumentan, lo que deja un gran número de niños huérfanos y en última instancia, también aumenta la tasa de mortalidad infantil (Sutcliffe, 2008; Gracia, 2010). Asimismo, la interacción del VIH/SIDA con otras enfermedades que tienen altas tasas de incidencia en África Subsahariana agrava la situación. En este sentido, la combinación más peligrosa es la del VIH/SIDA con la tuberculosis, que hace aumentar la tasa de letalidad considerablemente (ONUSIDA, 2020b). No obstante, las infecciones por VIH también pueden desencadenar la infección por malaria y desarrollar paludismo crónico

(Francesconi, 2002). El aumento de la probabilidad de caer enfermo y de morir provoca una caída en el capital humano, tanto por la reducción de los trabajadores más productivos como por un aumento del trabajo no especializado en detrimento del especializado (Gramaticopolo, 2002). Además, los niveles de desigualdad y pobreza se ven intensamente acrecentados, al exprimir sus recursos para combatir la enfermedad y sus consecuencias (Cohen, 2006). La falta de perspectivas de futuro reduce los incentivos para educarse y para el diagnóstico temprano del contagio, lo que impide un tratamiento precoz y prevenir los posibles contagios que podrían no haberse producido si se hubiera tenido conocimiento de su propia situación de salud (Cohen, 2006).

Otro de los impactos directos sobre la salud del VIH/SIDA está relacionado con la estigmatización. Esta discriminación se da a diferentes niveles (estigmatización interseccional) y además de afectar psicológicamente a las personas que son seropositivas son un obstáculo claro al diagnóstico y tratamiento de estas personas (ONUSIDA, 2020a). La estigmatización tiene múltiples características (rechazo social, violencia verbal o física...) y el gran problema es que en muchos casos se puede ver reflejado en el sistema jurídico (ONUSIDA, 2020a). Un ejemplo claro es el de la prostitución mencionado en el apartado 3.3, la responsabilidad penal en países donde la prostitución es ilegal recae sobre la trabajadora sexual (ONUSIDA, 2020a). En este sentido, los sistemas jurídicos dejan desprotegidos a los grupos estigmatizados, culpándolos del propio contagio del virus (UNAIDS, 2020). Asimismo, uno de los hechos más graves es que esta discriminación se sufre también en los centros sanitarios, lo que obviamente supone una clara barrera para que las personas acudan al centro a recibir un diagnóstico y tratamiento (UNAIDS, 2020).

Ante esta situación, aunque parece lógico pensar que la situación epidemiológica se refleje en las variables macroeconómicas, no siempre es así. En este sentido, es importante separar el crecimiento económico y desarrollo, ya que en muchos casos la renta o la renta per cápita del país no se ve afectada e incluso puede llegar a aumentar por la epidemia (Sutcliffe, 2008). Una de las razones, es que la renta per cápita es un indicador que tiene en cuenta dos variables: la renta y la población. La epidemia de VIH/SIDA se ha visibilizado en muchos casos por las altas tasas de letalidad y por tanto, si la población disminuye a una tasa superior a la que disminuye la renta, la renta per cápita aumentará. De esta manera, si ya en el apartado 2.2 se alude a la importancia de definir correctamente el desarrollo, en una epidemia como la del VIH/SIDA, donde los datos pueden estar escondiendo una situación crítica, es todavía más relevante. El desarrollo humano debe disminuir *per se*, ya que independientemente de la disminución de la productividad de la población, tanto la esperanza de vida como la calidad y las condiciones de vida empeoran drásticamente sin un diagnóstico y tratamiento adecuado. Además, debido a las diversas interacciones del VIH/SIDA con otras enfermedades, el tratamiento debe ser integral. No se debe tratar solamente el virus concreto, sino todas las enfermedades relacionadas con la misma y las infecciones oportunistas que puedan desarrollarse aprovechando un sistema inmunitario debilitado.

3.5.Perspectiva de género en el análisis de las implicaciones del VIH/SIDA en África Subsahariana

El análisis desde la perspectiva de género es crucial en cualquier contexto pero la situación del VIH/SIDA está marcada por unas tasas de incidencia entre las mujeres jóvenes que no se entendería sin una interpretación de las relaciones de dominación subyacentes. Aunque los apartados anteriores han dado una primera aproximación, este apartado se centra exclusivamente en profundizar los aspectos más relevantes desde la perspectiva de género.

Uno de los problemas más importantes dentro de esta alta prevalencia es que las tasa de embarazos entre mujeres jóvenes es muy elevada, concretamente el 50% de este tipo de embarazos se da en África Subsahariana (Fernández & Ruiz, 2011). Este indicador es una aproximación al número de prácticas sin protección y por tanto, sexo no seguro, susceptibles de contagio por VIH, entre otras muchas enfermedades de transmisión sexual (Banerjee & Duflo, 2012). Una de las causas directas es el matrimonio en edades muy tempranas y la falta de acceso a los programas de planificación familiar (Fernández & Ruiz, 2011). Esta falta de acceso a dichos programas, se acrecienta todavía más cuando la mujer es seropositiva, ya que se presupone que una mujer con VIH no debe tener sexo ni ser madre, lo que en muchos casos ha acarreado esterilizaciones y abortos forzosos (ONUSIDA, 2020a).

Asimismo, la situación económica más vulnerable de las mujeres las aboca en muchos casos a casarse con hombres de mayor edad, y con más probabilidad de estar contagiados, en la búsqueda de una calidad de vida mejor (UNECA, 2008). Al mismo tiempo, los hombres más adultos prefieren contraer matrimonio con mujeres más jóvenes ante la percepción de que las mismas tienen menor probabilidad de estar contagiadas (Sutcliffe, 2008). Por ende, se produce el caldo de cultivo idóneo para que las jóvenes estén más expuestas al contagio y en definitiva, tengan unas tasas de prevalencia superiores.

Asimismo, existe una relación asimétrica de poder entre mujeres y hombres, dado que en muchos casos no son ellas las que toman la decisión de casarse ni de cuántos hijos tener (Sutcliffe, 2008). Además, el análisis de los diferentes métodos anticonceptivos empleados indica un mayor uso de pastillas anticonceptivas e inyecciones, en detrimento de los preservativos, lo que indica un poder de negociación inferior entre las mujeres (Fernández & Ruiz, 2011). Por tanto, una de las decisiones más cruciales que se deberían llevar a cabo es la prohibición del matrimonio en edades tan tempranas y una educación sexual-afectiva en los centros educativos (Fernández & Ruiz, 2011). Por otra parte, la reducción de la tasa de embarazos, además de reducir el riesgo de contagio por VIH, está correlacionada directamente con unos niveles educativos superiores y por ende, debido a las dinámicas retroalimentadoras mencionadas anteriormente un nivel socioeconómico superior (Banerjee & Duflo, 2012).

Otra de las cuestiones fundamentales es la violencia contra las mujeres, dado que parece presentar una relación directa con la probabilidad de contagio de VIH (ONUSIDA,

2020a). Además, la noticia de que una mujer es seropositiva acarrea en el ámbito privado una intensificación de la violencia por parte de su pareja, su familia o de la propia comunidad (ONUSIDA, 2020a). Aunque es cierto que un conjunto amplio de países tienen algún tipo de legislación relacionada con la violencia de género, pocos de ellos tienen una efectividad real en la práctica (Fernández & Ruiz, 2011). Por tanto, las mujeres quedan desamparadas ante cualquier abuso, sea de su pareja, marido o de un desconocido (que podría estar infectado) y si a este hecho se suma una legislación laxa y una estigmatización que provoca en muchos casos la culpabilización de la propia víctima, la infección por VIH es la punta del iceberg de toda una estructura basada en la subordinación de la mujer.

En definitiva, el abordaje de la pandemia de VIH/SIDA con perspectiva de género debe ser transversal, ya que implica componentes económicos, sociales, fisiológicos, educativos e institucionales. Por ello, desde el ámbito institucional se debe legislar para aumentar el empoderamiento de la mujer a través de un mayor control de sus recursos económicos (derechos de propiedad, acceso a recursos financieros...) y relacionados con la violencia de género (abuso, agresiones...), así como la promoción de una educación con perspectiva de género que proporcione conocimientos sobre su propia sexualidad y la relevancia de la utilización de preservativos (UNECA, 2008).

4. POLÍTICAS DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

Este apartado pretende analizar los diferentes tipos de políticas que se han implementado en la lucha contra el VIH/SIDA. Concretamente el debate de la adecuación de programas verticales frente a los horizontales ha tomado en las últimas décadas una nueva dimensión, así como la priorización, en un escenario donde los recursos son limitados, del tratamiento frente a la prevención. En este contexto, cabe destacar el papel que han jugado las grandes farmacéuticas a través de las patentes y la función que ha desempeñado la cooperación internacional en este contexto.

4.1. Programas verticales vs horizontales

La disyuntiva entre programas verticales y horizontales no es trivial. La elección de cómo se van a diseñar los programas de lucha contra el VIH/SIDA esconde las preferencias entre programas concretos de eliminación de una enfermedad frente al reforzamiento del sistema sanitario en su conjunto. Ante esto cabe preguntarse cuál es el procedimiento más adecuado para hacerle frente al VIH/SIDA. ¿Invertir en un reforzamiento del sistema sanitario (horizontal) o enfocar todos los recursos en una enfermedad concreta (vertical)?

Lo cierto es que la elección entre ambas alternativas para el caso concreto de VIH/SIDA ha estado dominada sin lugar a dudas por los programas verticales. De hecho, dentro del presupuesto de la OMS para la región africana, de las 6 categorías susceptibles de recibir financiación las enfermedades contagiosas recibieron para el año 2018-2019 el 31,30% de la financiación frente al 14,55% dedicado al sistema sanitario (WHO, 2018). Las preferencias están claras, se aboga notoriamente por la financiación de proyectos

que tengan el objetivo de luchar contra una enfermedad en concreto, en lugar de reforzar todo el sistema sanitario y capacitarlo para que se adapte y haga frente a diversas enfermedades. Las causas son múltiples, por un lado la inversión dedicada al fortalecimiento del sistema sanitario y la contratación y formación de personal cualificado se ha considerado muy costosa y por el contrario, los programas verticales permiten llegar a un número superior de población para atajar un problema de salud vinculado a una enfermedad de manera específica (De Maeseneer, Van Weel, Egilman, Mfenyana, Kaufman, & Sewankambo, 2008; Kawonga, Fonn, & Blaauw, 2013). Por otro lado, la captación de fondos para la lucha contra una enfermedad en concreto, y más aún en el caso del VIH/SIDA, es rápida y genera un alto volumen de fondos. Además, la mejora sustancial de la calidad de vida de las personas seropositivas mediante el tratamiento antirretroviral, provoca una intensa mejora en los datos de mortalidad, siendo un fuerte incentivo para los donantes, que ven como los fondos empleados han tenido un reflejo directo sobre los datos. Principalmente esta es la razón que sustenta la apuesta por los programas verticales, intervenciones coste-efectivas, donde los fondos utilizados tienen un impacto parcial, pero cuantificable y visible.

Sin embargo, las implicaciones del VIH/SIDA, en especial las múltiples interacciones con otras enfermedades, así como las enfermedades oportunistas asociadas, ha destapado la problemática de centrar todos los esfuerzos en el tratamiento farmacológico de la enfermedad. En este sentido, los datos no han presentado la mejora radical que era esperable ante la movilización de tantos fondos y por ende, se aboga por el reforzamiento paralelo de los sistemas sanitarios, para enfrentarse a los diferentes problemas de salud de forma más amplia e integral (Bidaurratzaga, 2011).

La declaración de Alma-Ata en 1978 permitió hacer hincapié en la relevancia de la atención primaria y de la salud enfocada desde una perspectiva integral y supuso que muchas instituciones internacionales fueran conscientes de la trascendencia del buen funcionamiento del conjunto del sistema sanitario (De Maeseneer, Van Weel, Egilman, Mfenyana, Kaufman, & Sewankambo, 2008). La OMS defiende la necesidad de una equidad sanitaria real a través de un sistema sanitario universal y de hecho, aboga por impuestos progresivos y programas de alivio de la deuda como fuente principal de financiación (OMS, 2008). Sin embargo, esta postura no es coherente si se tienen en cuenta las partidas presupuestarias, que permiten identificar las prioridades de cada actuación en función a la financiación recibida, donde los programas de lucha contra las enfermedades contagiosas son las principales receptoras de recursos económicos (WHO, 2018).

En contraposición a los programas verticales, los programas horizontales deberían ejecutarse replanteando el sistema impositivo de los países africanos y no solamente basados en el recurso de la ayuda internacional. No obstante, la implementación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE) ha incidido sobre la flexibilidad de los gobiernos para aumentar el gasto sanitario. Las críticas al aumento del gasto sanitario han sido diversas e incluso el término gasto tiene *per se* una connotación negativa (Dhrifi, 2018). Mientras que el gasto de las empresas destinado a la obtención futura de

una rentabilidad se considera inversión, el gasto sanitario se considera un gasto “perdido o desaprovechado”. ¿Por qué no se considera también una inversión en la salud de las personas? El acceso a un sistema sanitario es un derecho fundamental y además, una inversión en bienestar puede mejorar la productividad de la mano de obra en diferentes actividades productivas.

La apuesta por los programas horizontales debe ser clara y no puede estar basada en los pagos directos de los servicios, ya que genera una barrera en el acceso al sistema sanitario, sino que tiene que abogar por una cobertura sanitaria universal. En esta línea, otra de las apuestas claras es la participación de las comunidades y la sociedad civil en la gestión y organización de los recursos (ONUSIDA, 2019).

Asimismo, dentro de este marco de sistema sanitario universal, la prevalencia y letalidad del VIH/SIDA hace necesarios programas concretos para abordar esta enfermedad. No obstante, deben estar integrados dentro del propio sistema sanitario. Un ejemplo de ello está en el sistema sanitario de Osakidetza u Osasunbidea para afrontar el cáncer de mama o el de colón. La prevalencia de la enfermedad entre la población hace necesarios programas concretos de prevención y diagnóstico pero se implementan dentro de los propios sistemas de atención primaria. La segregación entre sistema sanitario y programas verticales genera duplicidades en los trámites burocráticos y aumenta el riesgo de cometer errores, en especial en aquellos pacientes con otras enfermedades (De Maeseneer, Van Weel, Egilman, Mfenyana, Kaufman, & Sewankambo, 2008). Por otro lado, aunque es cierto que la ejecución de estos programas dentro del sistema sanitario es más sencilla cuando este sistema es fuerte, no hay que olvidar los problemas que generan los programas verticales ni tampoco, el nulo intento de generar sinergias entre los mismos y el sistema sanitario.

Por tanto, la dicotomía no debe plantearse sobre la elección de programas verticales u horizontales, sino sobre la adecuada integración de los programas verticales dentro de los sistemas sanitarios y la generación de sinergias entre las diferentes intervenciones. En este sentido, la integración se puede dar a dos niveles: integración administrativa centrada en la gestión y en las políticas concretas o integración operativa, enfocada en la ejecución de los programas (Kawonga, Fonn, & Blaauw, 2013). En términos generales se aboga por el primer tipo de integración. De esta forma, se apuesta por la ejecución por parte de los sistemas sanitarios nacionales, mientras que el asesoramiento técnico está proporcionado por gestores de los programas verticales (Kawonga, Fonn, & Blaauw, 2013).

Las ventajas de este tipo de implementación son múltiples. Por un lado, permite a los profesionales sanitarios del sistema público aumentar los conocimientos y la formación sobre la lucha de enfermedades concretas. Además, no se descuidan otro tipo de enfermedades y permite un abordaje íntegro de las personas con VIH/SIDA. Al mismo tiempo, evita uno de los problemas más graves de la implantación de los programas verticales: el traspaso de profesionales sanitarios del sistema público a este tipo de

programas (De Maeseneer, Van Weel, Egilman, Mfenyana, Kaufman, & Sewankambo, 2008).

Por último, es necesario mencionar que el abordaje integral desde el ámbito sanitario debe tener en consideración los problemas de estigmatización y discriminación mencionados en el apartado 3 (ONUSIDA, 2020a). Por consiguiente, dentro de los programas verticales implantados en el sistema sanitario, deben abordarse actividades concretas de educación, concienciación y reducción/eliminación de los estigmas.

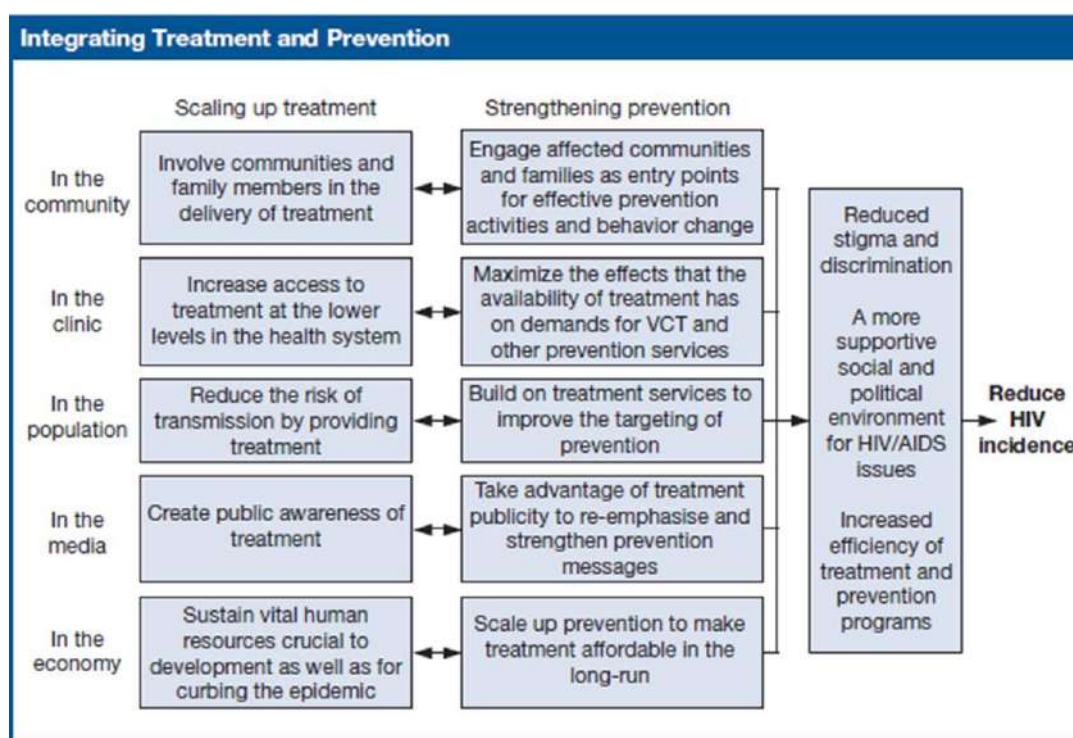
4.2.Las políticas de prevención

Las políticas de prevención han demostrado ser esenciales para el control de la pandemia de VIH/SIDA, ya que implican la reducción en la tasa de incidencia. Sin embargo, desde las organizaciones internacionales el peso dedicado a los programas de prevención ha sido mucho menor que el dedicado a los tratamientos de las personas ya infectadas. Lo cierto es que la disyuntiva subyacente es relevante, ya que el aumento en la financiación de los programas de prevención implica una reducción de la cobertura del tratamiento (terapia antirretroviral) dado que, en principio, los recursos se mantienen constantes y solamente cambia la asignación de los mismos (Sutcliffe, 2008). Por tanto, el debate reside en decidir a qué vida se le da más valor: las vidas de los que actualmente están infectados o la vida que se salvarán debido a unos programas de prevención que eviten el contagio (Sutcliffe, 2008).

Lo cierto es que no existe una dicotomía tan extremista dónde prevención y tratamiento son dos polos opuestos y no existe un punto intermedio que vincule ambas partes. De hecho, hay evidencia de que la combinación de prevención y tratamiento es más coste-efectiva, dado que se producen sinergias entre ambas (UNECA, 2008). Por tanto, tratamiento y prevención no serían actividades sustitutivas sino complementarias. La Figura 4 muestra los múltiples mecanismos a través de los que se retroalimentan tratamiento y prevención.

De la misma figura, se observa que las dinámicas funcionan a diferentes niveles, desde el nivel comunitario al económico. A nivel sanitario, el acceso al tratamiento incentiva la disposición de los individuos a hacerse la prueba y recibir un diagnóstico, ya que perciben la existencia de una solución factible a su enfermedad, en este caso la cronicidad de la misma (UNECA, 2008). Por otro lado, es necesario tener en consideración que la posibilidad de recibir un tratamiento efectivo, que convierte el VIH/SIDA en una enfermedad crónica y disminuye su tasa de letalidad también ha derivado, en muchos casos, en actitudes más relajadas respecto a las medidas de prevención. Por ello, es fundamental ejecutar simultáneamente las medidas de prevención y las actividades que promueven el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA. No obstante, la implementación de programas que incluyan ambas iniciativas (prevención y tratamiento) y que analicen las múltiples sinergias que se podrían generar no han tenido mucha trayectoria, en especial por el abandono de la prevención.

Figura 4. Sinergias entre el tratamiento y la prevención de VIH/SIDA a diferentes niveles.



Fuente: UNECA, 2008:117.

Por otro lado, entre las causas fundamentales de que en muchos casos no hayan tenido éxito los programas de prevención no está solamente la menor financiación, sino que todo ello está también contaminado por un claro componente ideológico (Sutcliffe, 2008). En este sentido, el ABC (abstinencia, monogamia y preservativos, ordenados en relación a su prioridad) promovido por el PEPFAR, uno de los mayores programas de los donantes (de EEUU en este caso) en las políticas de lucha contra el VIH/SIDA, muestra este claro componente ideológico al ser sumamente conservador y sin una visión de la compleja realidad social de las diversas sociedades africanas (Sutcliffe, 2008). Además, la priorización de la abstinencia y la monogamia frente a los preservativos es mucho más ineficaz, ya que se pretende implantar en un entorno en el que se considera el sexo una muestra de la virilidad del hombre, mientras que se mantiene a la mujer totalmente desinformada sobre estos aspectos (UNECA, 2008). El PEPFAR ha mostrado una patente reticencia a cualquier programa que se centre en trabajar los derechos sexuales y reproductivos de las jóvenes y que promuevan la utilización del preservativo como medio principal para evitar el contagio, pese a que son las medidas más efectivas para proteger a las jóvenes, el principal grupo poblacional con mayor tasa de incidencia (Garay, 2008).

En contraposición a las siglas ABC, una de las alternativas a estos planteamientos tradicionales de los programas de prevención está denominada por las siglas SAS (sangre no infectada, agujas limpias y sexo seguro) (Sutcliffe, 2008). Asimismo, el cambio en la jerarquía es importante. Mientras que el ABC está ordenado en relación a

la prioridad que tiene cada componente, el SAS aborda la prevención en los tres niveles, de forma horizontal y sin priorizar ni incorporar de manera directa ningún componente ideológico (Sutcliffe, 2008).

Por otra parte, las dimensiones de la prevención son múltiples y abarcan diferentes ámbitos en los que se pueden llevar a cabo actuaciones destinadas a evitar el contagio. Los tres principales tipos de prevención son: prevención conductual (utilización de preservativo), biomédica (diagnóstico y tratamiento, profilaxis, vacuna...) y estructural (educación) (UNAIDS, 2020). Además, pese a que no se le presta la misma atención a la transmisión vertical del virus, una de las actuaciones necesarias es la provisión de leche artificial a aquellas madres seropositivas y explicar adecuadamente la necesidad de evitar la lactancia materna en estos casos (Cohen, 2006).

Por otro lado, tampoco se han tenido en cuenta para la elaboración de los proyectos la cultura y costumbres de las comunidades locales, restringiendo las ceremonias de iniciación que en muchos casos actuaban como medidas preventivas y además, este desprecio a la cultura local generaba un rechazo creciente de las comunidades ante la imposición de políticas pensadas desde una lógica occidental (Mabilla, 2002). No obstante, las comunidades también pueden ser grupos de resistencia ante políticas que en principio son adecuadas y ayudan a reducir la transmisión del virus, como por ejemplo en los programas relacionados con la promoción de la utilización del preservativo (Gallant & Maticka-Tyndale, 2004). Sin embargo, al mismo tiempo se da la paradoja de que es mucho más difícil que los programas de prevención tengan éxito sin el apoyo de las comunidades. De hecho, los ejemplos de Senegal y Uganda son dos muestras claras de ello aunque se han implantado de forma muy diferente. Mientras que en Senegal se ha dado prioridad a la involucración de las comunidades, líderes religiosos y grupos políticos, en Uganda se han incorporado dentro de su programa a la sociedad civil, a las mujeres y se ha centrado en cambios en los comportamientos de las prácticas sexuales (UNECA, 2008).

Además, el entorno principal en el que se han ejecutado los programas preventivos son las instituciones educativas. Esta elección tiene una ventaja y una desventaja. La ventaja es que se pueden implementar los conocimientos para conductas sexuales seguras a edades más tempranas, cuando los comportamientos todavía no están desarrollados (Gallant & Maticka-Tyndale, 2004). Esta cuestión es trascendental, ya que se ha observado que hay una mayor probabilidad de que las personas de menor edad lleven a cabo y mantengan las recomendaciones de los programas, mientras que la transformación de conductas ya arraigadas es mucho más compleja y por ende, la probabilidad de que se mantengan las recomendaciones es mucho menor (Gallant & Maticka-Tyndale, 2004). Las desventajas asociadas a la implantación de los programas en escuelas es que el VIH/SIDA ha afectado directamente a la oferta y demanda educativa (Oya & Begué, 2006). La oferta se ha visto reducida debido a que el virus también ha aumentado la tasa de mortalidad del profesorado, lo que dificulta la formación de los educadores para llevar a cabo los programas de prevención (Gallant & Maticka-Tyndale, 2004). Por otro lado, la demanda también se ve reducida debido a que

la prevalencia de VIH/SIDA ha hecho que una proporción elevada de progenitores caigan enfermos y los hijos tengan que abandonar la escuela (Oya & Begué, 2006). En consecuencia, hay una dimensión de la población infantil y adolescente importante que no puede acceder a dichos programas. Otra de las desventajas evidenciadas está relacionada con las creencias individuales del propio profesorado, que al igual que sucede con las comunidades pueden ser reacios a enseñar ciertas prácticas, en especial la del uso del preservativo (Gallant & Maticka-Tyndale, 2004).

En definitiva, la prevención abarca múltiples actuaciones de diferentes ámbitos (sanitario, educativo...) y por ende, para conseguir que tengan éxito deben implantarse de manera simultánea. Por un lado, se debe invertir en una educación de mayor calidad, que incluya en sus programas proyectos de salud sexual y reproductiva (incluyendo la utilización del preservativo) y que incorporen a diferentes actores (comunidades, líderes religiosos, políticos...) (Oya & Begué, 2006; Gallant & Maticka-Tyndale, 2004; UNECA, 2008). Por otro lado, deben incentivarse políticas sanitarias que promueven la investigación de una vacuna contra el VIH, acceso a la profilaxis post exposición y el suministro gratuito de preservativos (UNECA, 2008).

4.3.La problemática de las patentes

La pandemia del COVID-19 ha reabierto el debate ya existente sobre la legitimidad y legalidad asociada a la propiedad intelectual y en especial, la relacionada con las patentes. Ante una pandemia mundial donde el tiempo es un factor fundamental para evitar la propagación del virus y el posterior posible desarrollo de la enfermedad, la descentralización de la producción y comercialización de las múltiples vacunas existentes agilizaría, sin lugar a dudas, el suministro de la misma y la consecución de la tan ansiada inmunidad de rebaño. Sin embargo, los países del Norte son nuevamente los principales oponentes a la liberalización de las patentes. La cuestión resulta paradójica por tres razones:

- Los países donde se encuentran las sedes de las empresas farmacéuticas, como Estados Unidos, Reino Unido o Alemania tienen una clara ventaja respecto al resto, ya que el tiempo dedicado al transporte y reparto es menor y además, en muchos casos se prioriza el suministro del país donde se producen las vacunas.
- La fuente principal de financiación para la obtención de una vacuna ha sido a través de dinero público. Por tanto, los estados están pagando dos veces, la primera a través de la financiación para la investigación y posteriormente, en la compra de cada dosis de la vacuna (Gray, 2012).
- Por último, resulta incoherente desde la ideología propia del neoliberalismo, donde en principio debería primar la libre competencia y la autorregulación del mercado. Las patentes implican el monopolio de un producto, todo lo contrario a la libre competencia y por ende, tienden a elevar el precio de ese bien. Además, el mercado de las vacunas de COVID-19 cuentan con un mercado cautivo y con una demanda mucho más elevada que la oferta, ya que todavía son pocas las empresas farmacéuticas que han conseguido desarrollar una

vacuna y la capacidad de producción está restringida a la infraestructura que tenga la empresa.

Las patentes están perjudicando a algunos países del Norte porque en un mercado donde la oferta no es suficiente para satisfacer la demanda (nos encontramos en una pandemia mundial y por tanto la demanda es mayor), las empresas farmacéuticas priorizan la venta de la vacuna a aquel país que ofrece una cantidad de dinero superior por cada una de ellas, como si nos encontráramos en una subasta mundial de las mismas. Esta es la razón principal de las tensiones existentes entre algunos países del Norte y las multinacionales farmacéuticas, y en esta razón reside también la explicación de porqué la Unión Europea ha decidido comprar las vacunas para su posterior distribución entre los países miembros. No obstante, mientras los países ricos se pelean entre ellos, la situación en los países del Sur es mucho más grave, ya que las vacunas no llegan o llegan a cuentagotas.

La priorización de los países del Norte no es nueva. Por lo general, los avances tecnológicos y médicos llegan primero a los países de renta alta y solo posteriormente se suministra a los países del Sur. Eso sí, tienen que tener recursos para pagarlos. Los fármacos para el tratamiento de Hepatitis B y C, que también están sujetos a patentes son un claro ejemplo de ello (WHO, 2017). Sin embargo, el arquetipo perfecto de cómo pueden influir las patentes en el abordaje de una pandemia y las desigualdades que generan, se puede observar en la gestión de la pandemia del VIH/SIDA.

Por un lado, la desigualdad principal que genera un fármaco patentado es que se vende a un precio superior pero además, las empresas ajustan el precio en cada país en función de la renta per cápita del mismo (Borrell, 2007). De esta forma, calculan y adaptan el precio para maximizar los beneficios, es decir, no marcan un precio tan alto como para que el país no pueda comprarlo, ni tan bajo como para no conseguir beneficios, pero en cualquier caso, no es un precio basado en los costes de producción de los medicamentos. La Tabla 2 muestra el precio mínimo de las diferentes terapias para combatir el VIH/SIDA para 19 países a finales de los años 90.

Tal y como se observa en la Tabla 2, el precio de la terapia individual era el más alto en Estados Unidos en ese año, mientras que en el resto de países, que son de renta media y baja, se reducía hasta alcanzar el mínimo en India con 634 US\$. Sin embargo, cuando se introducen terapias más complejas con combinaciones de fármacos esta lógica se rompe. En Uruguay la terapia doble alcanzaba los 7941 US\$, es decir, quintuplicaba la terapia individual y suponía casi la renta per cápita del país. Además, la mayor dispersión entre los precios se da en la terapia triple, mientras que en Estados Unidos se vendía a 6770 US\$, en México e India a 8149 US\$ y 7728 US\$ respectivamente. En ambos casos, el precio de la terapia superaba la renta per cápita del país, lo que suponía un claro obstáculo a la obtención de tratamientos con la máxima eficacia. Asimismo, se observa que las patentes permiten marcar el precio que determina la empresa y que dicha elección no se adopta en relación a los costes sino a la maximización de beneficios.

Tabla 2. Precio mínimo anual de diferentes tipos de terapia antirretroviral (ARV) para el VIH/SIDA en 1999 en dólares estadounidenses (\$US).

	Single therapy	Double therapy	Triple therapy (HAART)	Per capita income (PPPS)
USA	2533	5114	6770	31910
Argentina	1567	3845	6632	11324
Chile	1513	4825	6853	8370
South Africa	835	2023	4366	8318
R&H				
Uruguay	1533	7941	–	8280
Malaysia	1247	3153	–	7963
Mexico	1195	2589	8149	7719
Brazil	757	1982	3025	6317
Colombia	1431	2862	7824	5709
Thailand R&H	593	2029	4345	5599
Venezuela	1869	4432	6301	5268
Dominican Republic	1290	4161	–	4653
Peru	1476	4061	–	4387
Philippines R&H	1915	4770	6685	3815
Central America	1181	3019		3545
Equador	954	2692		2605
Indonesia R&H	1299	3408		2439
India	634	1319	7728	2149
French West Africa	1411	3363	6624	1092

HAART: highly active ARV therapy.

Fuente: Borrell, 2007: 511.

La década de los 90 estuvo marcada para muchos países de África Subsahariana por unas tasas de letalidad por VIH/SIDA muy elevadas, que supuso en algunas regiones reducciones de hasta 10 años en la esperanza de vida de la población. Al mismo tiempo, se había conseguido desarrollar y comercializar fármacos que permitían cronificar la enfermedad y reducir su letalidad. Sin embargo, los países del Sur no podían acceder a los mismos debido a un precio desorbitado que no podían asumir. Lo cierto es que la envergadura de las patentes tomó un impulso importante tras el Acuerdo sobre los aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) firmado en el marco de la Organización Mundial del Comercio (OMC) en 1994, donde se aumenta la protección de cualquier descubrimiento científico a través de la obligación de los países miembro a incorporar dentro de su legislación nacional una protección mínima para estos derechos (t Hoen, Berger, Calmy, & Moon, 2011). Este acuerdo protege de manera desproporcionada a las empresas y vulneran los derechos de la población que necesitan estos medicamentos. Un ejemplo de ello se encuentra en el fármaco AZT, el primero que se empezó a emplear para tratar el VIH/SIDA en 1985, que ya se producía desde 1963 pero el uso estaba destinado a otras dolencias, y cuya patente expiró en 2005 (Gray, 2012). Sin embargo, posteriormente se descubrió que el suministro de AZT con otro fármaco aumentaba la efectividad del mismo y se crea otra

patente hasta 2017 (Gray, 2012). Obviamente, esto supone un problema grave, ya que se está patentando un mismo fármaco varias veces y puede quedar protegido más del doble del tiempo estimado en condiciones de monopolio.

Posteriormente, las altas tasas de letalidad en África Subsahariana a finales de la década de los 90 hicieron insostenible el acuerdo y a través de movilizaciones de la sociedad civil, la creciente oferta de empresas farmacéuticas productoras de medicamentos genéricos y las negociaciones de ONUSIDA desencadenaron la Declaración Doha en 2001 (Gamazo, 2010; 't Hoen, Berger, Calmy, & Moon, 2011). Esta declaración supuso en ese momento un punto de inflexión, dado que abría la puerta a la eliminación de las patentes por razones de salud pública y permitía la producción de dichos fármacos por parte de empresas farmacéuticas locales, rebajando el precio y permitiendo que los países de renta baja pudieran acceder al tratamiento ('t Hoen, Berger, Calmy, & Moon, 2011).

No obstante, este éxito ha sido efímero teniendo en cuenta que la incorporación de nuevos fármacos y la combinación de los mismos, en principio más seguros y eficaces, están sujetos a patentes ('t Hoen, Berger, Calmy, & Moon, 2011). Una de las iniciativas que ha cogido impulso para solventar este problema es UNITAID. Esta propuesta pretende poner en contacto a las empresas farmacéuticas poseedoras de patentes y a las empresas productoras de fármacos genéricos, a través de la adhesión voluntaria al programa ('t Hoen & Bermudez, 2010). La lógica que sigue es la siguiente: la empresa de patentes cede a UNITAID el fármaco y la empresa de genéricos lo produce a cambio del pago de royalties a la empresa poseedora de la patente, de esta forma se reducen los costes de transacción y transporte y el precio de los medicamentos se reduce ('t Hoen & Bermudez, 2010).

Aunque es cierto que la iniciativa está siendo relativamente exitosa, está condicionada en gran medida por la cantidad de farmacéuticas con patentes y de genéricos que se adhieren a la misma, ya que uno de los objetivos es que las empresas de genéricos sean capaces de producir una combinación de dosis fija (CDF) para la cual es necesario que todas las empresas productoras de esos componentes estén dentro de la iniciativa ('t Hoen & Bermudez, 2010). Con todo, como se observa en la actualidad en el caso de la pandemia del COVID-19, la resistencia por parte de las empresas farmacéuticas, y de los gobiernos donde éstas tienen sus sedes, es amplia, y las trabas para la cesión de las licencias de producción a empresas del Sur productoras de genéricos sigue siendo la norma. Por tanto, parece claro que la UNITAID se presenta como un parche a un problema estructural, donde debería plantearse si realmente los fármacos deberían estar sujetos a patentes o en cambio, se consideran productos de primera necesidad. En este sentido, parece más lógico plantear un cambio en la legislación internacional y en los principios de la OMC.

4.4.El papel de la cooperación en la lucha contra el VIH/SIDA en África Subsahariana

La cooperación internacional ha tenido un papel fundamental en la lucha contra el VIH/SIDA en África Subsahariana, dado que las altas tasas de prevalencia y letalidad propiciaron la creación de organismos y fondos especialmente dedicados a ello. En este sentido, los tres grandes impulsores y financiadores para combatir el VIH/SIDA, junto con ONUSIDA son el PEPFAR del gobierno de los EEUU, el World Bank's Multi-Country HIV/AIDS Program y el Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis (GFATM), que tenían el objetivo de implantar actuaciones concretas para evitar la transmisión del virus y el tratamiento de las personas que enfermaban (UNECA, 2008).

Otro de los grandes agentes de la cooperación al desarrollo son las organizaciones no gubernamentales para el desarrollo (ONGD) que han servido como apoyo e impulsoras de diferentes programas de lucha contra el VIH/SIDA. No obstante, la presencia y la relevancia de las mismas en dichos programas son muy diferentes dependiendo del país. Por ejemplo, mientras que en Sudáfrica la presencia de las ONGDs ha sido muy baja, en Uganda han jugado un papel fundamental en la elaboración de proyectos y su puesta en marcha, especialmente en la implementación a nivel local de los mismos (Parkhurst & Lush, 2004).

Sin embargo, la cooperación internacional y la implantación de estos programas han recibido numerosas críticas. Una de las razones principales, ya mencionada en el apartado 4.2, está relacionada con el carácter ideológico y especialmente conservador de algunos de ellos, como el PEPFAR, que entorpece las prácticas de prevención necesarias para evitar la transmisión y se considera una vulneración de los derechos de las mujeres según los principios de la Conferencia de El Cairo (Sutcliffe, 2008; Garay, 2008). En esta misma línea, la ayuda internacional recibida se ejecuta a través de proveedores privados y organizaciones religiosas, en lugar de emplear y fomentar los servicios públicos nacionales de cada país (Garay, 2008). De esta forma, se pierde la oportunidad de poder fortalecer y financiar de manera indirecta un sistema sanitario público y de mejor calidad a la par que se fomenta la creación de estructuras paralelas y la multiplicidad de actores externos descoordinados. Por tanto, la cooperación internacional ha seguido mayormente la línea de programas verticales de lucha contra enfermedades frente a los programas horizontales para el fortalecimiento del conjunto del sistema de salud, y la atención primaria en particular.

Por otro lado, no se hace una valoración previa de la situación epidemiológica y de la fortaleza del sistema sanitario de cada país para hacerle frente y elaborar, en consecuencia, una jerarquía que refleje la urgencia de cada país para recibir dicha financiación (Garay, 2008). Asimismo, es necesario recalcar que la irrupción del VIH/SIDA se dio en un contexto donde se estaba expandiendo el pensamiento neoliberal, lo que tuvo un reflejo directo en el tipo de ayuda internacional que se ofrece a los países africanos y que supuso recortes sanitarios e introducción de tasas de pago de servicios, que verían sus consecuencias cuando no hubiera medios para hacer frente a la

pandemia (UNDP, 2003). La Tabla 3 refleja estas disparidades en relación a dos variables: escasez de médicos y médicas (necesidad de financiación) y porcentaje de compromisos de financiación internacional en relación al gasto público del país.

Tabla 3. Desembolso de los donantes como porcentaje del gasto sanitario público para combatir el VIH/SIDA y escasez de médicos en 12 países de África Subsahariana en 2003.

	Shortage of physicians a binding constraint?	Bilateral and multilateral commitments for AIDS as a share of government health expenditures, 2003 (%)
Botswana	Yes	14.8
Côte d'Ivoire	Yes	16.7
Ethiopia	Yes	55.7
Mozambique	Yes	55.3
Namibia	Yes	12.1
Rwanda	Yes	115.1
Tanzania	Yes	46.9
Uganda	Yes	66.9
Zambia	Yes	118.1
Kenya	No	41.9
Nigeria	No	18.1
South Africa	No	3.7

Fuente: UNECA, 2008:167.

De dicha tabla se observa que los primeros 9 países de la tabla tenían escasez de personal médico y que sin embargo, la ayuda recibida de organismos internacionales variaba mucho en relación al país. Mientras que Botswana y Namibia tenían escasez de médicos y la financiación internacional era baja, ya que no llegaban al 15% del gasto público, el caso de Kenia era justamente el ejemplo contrapuesto. No había escasez de médicos y no obstante, la financiación internacional suponía más del 40% del gasto público. Obviamente estas disparidades reflejan un problema en cuanto a homogeneización de criterios para determinar qué países reciben ayuda y de qué cuantía.

De igual manera, tampoco hay unas directrices claras para determinar cuánta financiación se destina a cada enfermedad concreta. De hecho, en lugar de planificar los recursos para mejorar el sistema sanitario y volverlo más resiliente, se invierten los recursos en función de dolencia que se quiere abordar, y como consecuencia de ello en 2017 la financiación dedicada al VIH/SIDA era 15 veces superior al destinado a la tuberculosis y 4 veces superior que el invertido en la malaria (UNDP, 2018). Una de las razones que puede estar provocando estas disparidades es que hay una falta generalizada de coordinación, tanto entre los organismos internacionales como entre las políticas

nacionales y los programas internacionales que provocan una pérdida de perspectiva de la problemática que se quiere abordar (OCDE, 2005; UNECA, 2008).

Por último, los programas y proyectos impulsados por las instituciones internacionales no plantean ni planifican una evaluación y supervisión de los mismos de forma sistemática. Este hecho supone un problema grave, ya que no se identifican los impactos indeseados e imprevistos que se hayan podido producir debido al proyecto y por tanto, no se pueden llevar a cabo actuaciones para paliarlos. Uno de los efectos que se ha detectado que han producido los programas internacionales contra el VIH/SIDA es la reducción de profesionales sanitarios en el servicio público, debido a las mejores condiciones laborales ofrecidas por estos programas (UNECA, 2008). Asimismo, la falta de supervisión ha provocado que muchos estados con bajos niveles de transparencia en la gestión de recursos públicos se lucren de los fondos asignados a diferentes enfermedades y en especial, se han detectado casos de corrupción relacionados con el Fondo Mundial contra el VIH, tuberculosis y la malaria (Gamazo, 2010).

En definitiva, pese a que la cooperación internacional ha supuesto una ayuda indudable en la recaudación de fondos y puesta en práctica de diferentes iniciativas e intervenciones dedicadas a paliar los efectos del VIH/SIDA, se deben abordar de forma urgente las diferentes limitaciones y problemas asociados a la misma. Para ello, es necesario coordinar y definir unas directrices claras para determinar cuánta ayuda se dedica a cada país y en qué formato. No obstante, dicha ayuda debe tener cierta flexibilidad que permita adaptar el tipo de ayuda a los diferentes imprevistos que puedan surgir y a los diferentes contextos de unos y otros países (UNECA, 2008). Asimismo, se debe fomentar la coordinación tanto entre las propias instituciones internacionales como entre las instituciones internacionales, nacionales y locales para abordar el problema de manera conjunta y coordinada (UNECA, 2008). Finalmente, los programas de cooperación internacional tienen que llevar integradas diferentes actuaciones para la supervisión y evaluación del programa, de forma que sean capaces de identificar los diferentes problemas y limitaciones que puede estar teniendo y hacerles frente.

5. CONCLUSIONES Y LECCIONES APRENDIDAS

Los conceptos de salud y desarrollo han dado un giro de 180 grados con la irrupción del VIH/SIDA, ya que al comienzo de la pandemia no se podía entender que una persona se considerara sana siendo VIH positivo ni tampoco que el nivel de desarrollo aumente ante una tasa de letalidad por el virus tan elevada. El carácter multidisciplinar de entender la salud y el desarrollo ha pasado a tomar una relevancia meridiana. Para ello, es necesario que la economía recupere su naturaleza normativa para incorporar al análisis del desarrollo términos como la justicia y en concreto, la legitimidad de entender la salud y el bienestar como un derecho esencial en cualquier sociedad (Dubois, 2014).

El análisis de las implicaciones y los efectos del VIH/SIDA necesita una visión global y transversal, dado que no se trata solamente de un problema de salud pública. El caso concreto de África Subsahariana, que parte de una situación de clara desventaja al ser la región con una esperanza de vida menor y una tasa de mortalidad infantil superior en comparación a otros territorios, muestra ciertos patrones que resultan interesantes para identificar los colectivos poblacionales más vulnerables al contagio. En este sentido, la alta incidencia de algunos grupos concretos muestra cierta correlación entre distintos factores. Sin embargo, no son la renta ni tampoco la orientación sexual los elementos determinantes de las tasas de prevalencia del VIH/SIDA, sino que el mero hecho de ser mujer supone un riesgo en sí mismo. La regresión lineal entre el IDH y la tasa de prevalencia del VIH ha mostrado una escasa relación y por tanto, no parece ser el factor determinante de la infección. Aunque también es cierto que los niveles de pobreza empeoran la situación, ya que no dispone de recursos para hacer frente a la enfermedad y sus posibles complicaciones. Sin embargo, las tasas de prevalencia femeninas (15-24 años) se mantienen en todo momento por encima de la masculina, llegando incluso a sobrepasar el doble de la misma para el caso de la población joven en algunos países.

Por otro lado, la división de África Subsahariana en dos regiones, Sur de África y África Oriental por un lado y África central y occidental por el otro, permite la comparación de las tasas de prevalencia de la población y la incidencia de VIH entre mujeres jóvenes. En este aspecto, resulta de suma relevancia el hecho de que se den altas tasas de prevalencia de VIH en la región del Sur de África y África Oriental, muy alejadas de África central y occidental, y sea en esta misma región donde se presentan la tasa de incidencia más alta de mujeres entre 15 y 24 años (UNAIDS, 2020; UNAIDS, 2021). Por tanto, se está produciendo un proceso de “feminización del VIH/SIDA”, donde el alto nivel de nuevos contagios entre mujeres jóvenes implica un aumento del peso de las mismas en las tasas de prevalencia a nivel global.

Asimismo, el impacto sobre las mujeres es doble. Por un lado, tienen un mayor riesgo de contagio y además, el mismo se produce en edades tempranas por lo que deberá hacerle frente a lo largo de toda su vida. Por otro lado, ellas son fundamentalmente las que se tienen que hacer cargo del trabajo de cuidados de aquellas personas que enferman y como consecuencia directa de ello, se dificulta su inserción en el mercado laboral (Cohen, 2006).

Por ende, ningún programa de lucha contra el VIH/SIDA, ya esté enfocado en el tratamiento o en la prevención puede tener éxito si no incluye la perspectiva de género como elemento transversal en todas las estrategias e intervenciones que se pretendan llevar a cabo. Al mismo tiempo, esta visión permite identificar claramente cuáles son los factores por los que las medidas implantadas pueden o no estar teniendo éxito. En este sentido, no parece ser suficiente con las campañas de concienciación en la utilización del preservativo si no se abordan de manera integral las relaciones de dominación patentes del hombre sobre la mujer o la capacidad de negociación de éstas últimas sobre las condiciones en las que se producen sus relaciones sexuales, y que impiden el empleo del mismo por la posible negativa del hombre. Desde el marco

institucional debería establecerse una legislación que favorezca el empoderamiento de la mujer a través de la prohibición de matrimonios de niñas, la penalización de la violencia de género y una educación sexual de calidad y con perspectiva de género (Fernández & Ruiz, 2011; UNECA, 2008).

En cuanto al papel de la cooperación internacional, se ha centrado en los programas enfocados en el tratamiento de la enfermedad dejando de lado los proyectos de prevención e ignorando los posibles efectos adversos derivados de los mismos. A este respecto, se puede producir una relajación en las conductas de prevención ante la perspectiva de una enfermedad que ya no presenta tasas de letalidad tan elevadas y por ende, la tasa de incidencia podría aumentar. Por ello, resulta fundamental abordar la pandemia de VIH/SIDA desde una perspectiva integral, que prevenga las infecciones y que al mismo tiempo sea capaz de tratar y paliar los efectos derivados de la enfermedad.

No obstante, el componente ideológico asociado a la prevención y en gran medida promovido por grandes fondos internacionales, como el PEPFAR, ha exacerbado la discusión sobre las actuaciones más adecuadas para evitar el contagio abogando por la abstinencia, en lugar de por los preservativos y por una educación sexual adecuada, que han demostrado ser más eficaces (Sutcliffe, 2008; UNECA, 2008). Asimismo, también ha faltado una verdadera coordinación y colaboración entre los estados y las instituciones internacionales para abordar de manera efectiva el problema de las patentes. En este sentido, la Declaración de Doha se puede considerar una victoria parcial, ya que ha supuesto una ligera relajación en la legislación para la producción de fármacos genéricos. Sin embargo, los medicamentos más complejos y más efectivos siguen sujetos a patentes, lo que ha fomentado un precio elevado y la imposibilidad de que sean adquiridos por parte de muchos de los países de África Subsahariana (t Hoen, Berger, Calmy, & Moon, 2011). Por ello, es necesario que la cooperación internacional abarque proyectos no solamente sobre el terreno sino con una perspectiva más global, con la capacidad de presionar en el marco de la OMC para que se modifiquen los acuerdos más perjudiciales a este respecto o al menos introducir el debate sobre la legitimidad de las patentes en el caso de los medicamentos.

Por último, es importante retomar el debate existente sobre los programas verticales frente a los horizontales en la lucha contra el VIH/SIDA. La cooperación internacional, así como la mayoría de instituciones a nivel nacional o local han abogado claramente por la implementación de programas verticales. Dentro de los programas internacionales, la razón principal de ello se sustenta sobre la base de que permite cuantificar rápidamente la efectividad del mismo, por ejemplo a través de la reducción en la tasa de letalidad, lo que permite obtener mayor visibilidad y financiación más rápidamente. Sin embargo, el impacto ha sido muy inferior al esperado teniendo en cuenta la cantidad de recursos movilizados y el número de proyectos llevados a cabo.

En este contexto, con frecuencia se ha planteado la posibilidad de redirigir los recursos hacia los programas horizontales. Sin embargo, parece que recientemente se ha optado por la combinación de ambas, entendiéndola como la decisión más adecuada. La

integración administrativa, que permite la ejecución por parte de los sistemas sanitarios nacionales, a la par que se recibe asesoramiento técnico por parte de las instituciones donantes es una buena elección (Kawonga, Fonn, & Blaauw, 2013). De esta forma, se fomenta la generación de sinergias entre ambos programas, permite el traspaso de conocimientos hacia los profesionales sanitarios locales y fortalece el sistema sanitario nacional. Sin embargo, no hay que olvidar la relevancia de la evaluación dentro de los diferentes programas para cuantificar su efectividad, así como para evitar las posibles complicaciones o efectos indeseados que puedan surgir del mismo.

En definitiva, la pandemia del VIH/SIDA en África Subsahariana plantea un contexto complejo donde no es suficiente el abordaje a través de programas dedicados solamente al tratamiento de las personas ya infectadas. Las dimensiones de la pandemia trascienden el problema sanitario y tiene impacto directo en cuestiones relacionadas con el género, con la economía y con la convivencia social. Por tanto, el planteamiento debe ser multidisciplinar y debe implicar otra forma de entender y aplicar la economía, así como la transformación de la cooperación internacional para que trascienda el ámbito territorial. Por otro lado, las implicaciones del VIH/SIDA hacen imperativo entender la salud como un elemento fundamental del bienestar humano y por ello, se debe considerar un derecho universal, libre de las restricciones propias de la mercantilización del mismo. En este sentido, desde el ámbito internacional y nacional debe abandonarse la visión de la salud como un mero servicio más para apostar realmente por el acceso universal a servicios sanitarios de calidad, que incluyan a la par programas de tratamiento y prevención. Solamente de esta forma se podrá hacer frente a la pandemia de VIH/SIDA y a las siguientes que vengan por detrás sin el coste de la gran magnitud de vidas humanas perdidas por el camino.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (2020). *Indicadores de Desarrollo Mundial*. Recuperado el 29 de enero de 2021, de Databank: <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>
- Banerjee, A. V., & Duflo, E. (2012). *Repensar la pobreza. Un giro radical en la lucha contra la desigualdad global*. (F. J. Mato Díaz, Trad.) Madrid: Taurus Ediciones, S.A.
- Bidaurratzaga, E. (2011). Progresos y desafíos para la salud en África Subsahariana: la importancia de los sistemas nacionales de salud para los ODMs. *Revista de Economía Mundial*(27), 39-70. Recuperado de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4875/progresos_desafios_salud_africa.pdf?sequence=2
- Borrell, J. R. (2007). Pricing and patents of HIV/AIDS drugs in developing countries. *Applied Economics*, 39(4), 505-518. doi: 10.1080/00036840500438954.
- Cohen, D. (2006). *Poverty and HIV/AIDS in sub-saharan africa*. Recuperado el 02 de enero de 2021, de United Nations Development Programme (UNDP): <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/poverty-and-hiv-aids-in-sub-saharan-africa.html>
- De Maeseneer, J., Van Weel, C., Egilman, D., Mfenyana, K., Kaufman, A., & Sewankambo, N. (2008). Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. *British Journal of General Practice*, 58(546), 3-4. Recuperado de: <https://doi.org/10.3399/bjgp08X263721>
- Dhrifi, A. (2018). Gastos en salud, crecimiento económico y mortalidad infantil: antecedentes de países desarrollados y en desarrollo. *Revista CEPAL*(125), 71-97. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43992/RVE125_Dhrifi.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dubois, A. (2014). *Marco teórico y metodológico del desarrollo humano local*. Bilbao: Hegoa.
- Fernández, A. L., & Ruiz, M. E. (2011). Claves para la incidencia política en derechos sexuales y reproductivos en África. *Red de mujeres africanas y españolas por un mundo mejor*.
- Francesconi, P. (noviembre de 2002). Paludismo y VIH/SIDA: ¿dos patologías independientes? *Salud y Desarrollo: SIDA*, 100-102. (medicusmundi, Ed.) Madrid.

- Gallant, M., & Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science & Medicine*, 58(7), 1337-1351. Recuperado de: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00331-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00331-9)
- Gamazo, C. (2010). Corrupción y SIDA en África. *La Salud en África: SIDA, cooperación al desarrollo y corrupción. Cuadernos de trabajo sobre el desarrollo Sodepaz*, 1(6), 11-34.
- Garay, J. (2008). La salud como derecho y el rol social de los estados y de la comunidad donante ante el VIH/SIDA: Un análisis crítico de la respuesta global a la pandemia. *HEGOA. Cuadernos de trabajo*(45), 9-16. Recuperado de: http://publicaciones.hegoa.ehu.es/uploads/pdfs/114/Cuadernos_de_trabajo_45.1.pdf?1488539264
- Gracia, J. M. (2010). La epidemia del VIH/SIDA en el África subsahariana: situación, impacto y progresos. *La Salud en África: SIDA, cooperación al desarrollo y corrupción. Cuadernos de trabajo sobre el desarrollo Sodepaz*, 1(6), 35-48.
- Gramaticopolo, S. (noviembre de 2002). SIDA en África Subsahariana: impacto Económico y esferas de influencia de los Actores internacionales. *Salud y desarrollo: SIDA*, 14-23. (medicumundi, Ed.) Madrid.
- Gray, D. M. (Dirección). (2012). *Fuego en la sangre* [Película].
- IHME & World Bank (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy- Sub-Saharan African Regional Edition*. Obtenido de Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) & Human Development Network (The World Bank): http://www.healthdata.org/sites/default/files/files/data_for_download/2013/WorldBank_SubSaharanAfrica/IHME_GBD_WorldBank_SubSaharanAfrica_FullReport.pdf
- Kawonga, M., Fonn, S., & Blaauw, D. (2013). Administrative integration of vertical HIV monitoring and evaluation into health systems: a case study from South Africa. *Global Health Action*, 6(1), 157-168. doi: 10.3402/gha.v6i0.19252.
- Mabilla, M. (noviembre de 2002). La perspectiva antropológica en la Difusión del VIH/SIDA en el África subsahariana. *Salud y Desarrollo: SIDA*, 24-32. (medicumundi, Ed.) Madrid.
- Naciones Unidas (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado el 30 de enero de 2021, de Naciones Unidas: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
- OCDE (2005). *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de accra*. Recuperado el 07 de enero de 2021, de

- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE): <https://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
- OECD (2021). *OECD Better Life Index*. Recuperado el 29 de enero de 2021, de Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD): <http://www.oecdbetterlifeindex.org/es/topics/health/>
- OMS (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (Resumen analítico del informe final)*. Obtenido de Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69830>
- OMS (2014). *Documentos básicos*. Recuperado el 29 de enero de 2021, de Organización Mundial de la Salud (OMS): <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
- ONUSIDA (30 de abril de 2019). *El VIH y la cobertura sanitaria universal. Una guía para la sociedad civil*. Recuperado el 05 de enero de 2021, de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-uhc-guide-civil-society_es.pdf
- ONUSIDA (2020a). *Datos empíricos para eliminar el estigma y la discriminación asociados al VIH*. Recuperado el 05 de enero de 2021, de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-guidance_es.pdf
- ONUSIDA (2020b). *Hoja informativa. Estadísticas mundiales sobre el VIH*. Recuperado el 05 de enero de 2021, de Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Oya, C., & Begué, A. (2006). *Los retos de la educación básica en África subsahariana. Documento de trabajo n° 6*. Madrid: Fundación Carolina CeALCI y Fundación Entreculturas.
- Parkhurst, J. O., & Lush, L. (2004). The political environment of HIV: lessons from a comparison of Uganda and South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(9), 1913-1924. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.02.026>
- PNUD (2015). *Objetivos de Desarrollo del Milenio*. Recuperado el 30 de enero de 2021, de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): https://www.undp.org/content/undp/es/home/sdgoverview/mdg_goals/mdg5/

- Rapaport, J. (2005-2006). *Salud y desarrollo*. Recuperado el 07 de marzo de 2021, de Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo de Hegoa: <https://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrat/197#:~:text=La%20salud%20de%20la%20poblaci%C3%B3n,del%20entorno%20de%20las%20personas>
- Salas-Bourgoin, M. A. (2014). Una propuesta para la modificación del índice de desarrollo humano. *Revista de la CEPAL*(112), 31-46. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/36642/RVE112SalasBourgoin_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Schultz, P. (2002). Why governments should invest more to educate girls. *World Development*, 30(2), 207-225.
- Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. (E. Rabasco, & L. Toharia, Trans.) Barcelona: Planeta.
- Stiglitz, J. E., & Rosengard, J. K. (2016). *La economía del sector público (4ª ed.)*. (M. E. Rabasco, Trad.) Barcelona: Antoni Bosch.
- Sutcliffe, B. (2008). El virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus colaboradores. *HEGOA. Cuadernos de trabajo*(45), 17-63. Bilbao.
- 't Hoen, E., & Bermudez, J. (2010). The UNITAID Patent Pool Initiative: Bringing Patents Together for the Common Good. *The Open AIDS Journal*, 4, 37-40. doi: 10.2174/1874613601004020037.
- 't Hoen, E., Berger, J., Calmy, A., & Moon, S. (2011). Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all. *Journal of the International AIDS Society*, 14(15), 1-12. Recuperado de: <https://doi.org/10.1186/1758-2652-14-15>
- Transparency International (2020). *Corruption Perception Index (CPI)*. Recuperado el 14 de febrero de 2021, de Transparency International: <https://www.transparency.org/en/cpi/2020/index/nzl>
- UNAIDS (06 de julio de 2020). *UNAIDS Data 2020*. Recuperado el 02 de enero de 2021, de The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf
- UNAIDS (2021). *AIDSinfo*. Recuperado el 24 de abril de 2021, de The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS): <https://aidsinfo.unaids.org/>
- UNDP (2003). *Understanding the link between Development Planning and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa*. Recuperado el 02 de enero de 2021, de United Nations Development Programme (UNDP): <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv->

aids/understanding-link-between-development-planning-and-hiv-aids--sub-saharan-africa.html

- UNDP (2018). *HIV, health and development. Annual Report 2017-2018*. Recuperado el 02 de enero de 2021, de United Nations Development Programme (UNDP): <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/hiv--health-and-development-annual-report-2017-2018.html>
- UNDP (2020a). *Human Development Index (HDI)*. Recuperado el 07 de febrero de 2021, de Human Development Reports. United Nations Development Programme (UNDP): <http://hdr.undp.org/en/indicators/137506#>
- UNDP (2020b). *Human Development Report 2020. Technical notes*. Recuperado el 07 de febrero de 2021, de United Nations Development Programme (UNDP): http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr2020_technical_notes.pdf
- UNECA (2008). *Securing our future: report of the commission on HIV/AIDS and governance in Africa*. Recuperado el 02 de enero de 2021, de Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa. United Nations Economic Commission for Africa (UNECA): <https://hdl.handle.net/10855/16782>
- WHO (14 de mayo de 2014). *WHO calls for stronger focus on adolescent health*. Recuperado el 05 de enero de 2021, de World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/news/item/14-05-2014-who-calls-for-stronger-focus-on-adolescent-health>
- WHO (2017). *Annual report. Communicable Disease Cluster: 2016*. Obtenido de Regional office for Africa. World Health Organization (WHO): https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-11/WHO%20AFRO%20CDS%20Annual%20Report%202016%20web%20version_1.pdf
- WHO (2018). *The Work of WHO in the african region. Report of the regional director(2017-2018)*. Obtenido de Regional Office for Africa. World Health Organization (WHO): <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2018-08/The%20Work%20of%20WHO%20in%20the%20African%20Region%20%20-%20Report%20of%20the%20Regional%20Director%20-%202017-2018%20-%20web%20version.pdf>
- WHO (09 de diciembre de 2020). *The Top 10 causes of death*. Recuperado el 05 de enero de 2021, de World Health Organization (WHO): <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>