

Desigualdad social y SIDA: el contexto neoliberal de la epidemia

Bernardo Useche* y Amalia Cabezas**.

* Ph.D., University of Texas, Houston. School of Public Health.

** Ph.D., University of California, Riverside. Department of Women's Studies.

Las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas presentan la magnitud de la tragedia: aproximadamente 40 millones de personas viven actualmente con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) o padecen las enfermedades asociadas con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Únicamente en el año 2003, cinco millones de personas engrosaron la lista de quienes han resultado positivos para la prueba del VIH y cerca de tres millones murieron como consecuencia de complicaciones asociadas con el SIDA. Ante la gravedad de la situación, la OMS y ONUSIDA han lanzado un plan con el objetivo de ofrecer, en el término de dos años, tratamiento con medicamentos antiretrovirales a tres millones de pacientes con SIDA, aproximadamente la mitad de los enfermos que se calcula necesitarían este tipo de tratamiento. La estrategia de la OMS integra planes propuestos recientemente por el Banco Mundial y el gobierno de Washington.

A primera vista, esta estrategia global aparece como un gesto humanitario y una decisiva intervención de los organismos internacionales de salud y de la Casa Blanca orientada a controlar la epidemia. Sin embargo, para un cabal entendimiento de la verdadera dimensión de la pandemia y del real alcance que pueden tener los planes de la OMS, el Banco Mundial y la administración Bush, es imprescindible considerar el contexto socioeconómico mundial en que se ha gestado la epidemia del SIDA durante las últimas dos décadas y ubicar en ese contexto el debate en torno a las nuevas terapias antiretrovirales, uno de cuyos aspectos principales es el hecho de que hasta ahora han primado los intereses de las multinacionales farmacéuticas sobre los de los pacientes que se supone deben beneficiar con sus medicamentos.

Este artículo tiene el propósito de demostrar que la implementación de las políticas económicas neoliberales durante las últimas décadas ha creado las condiciones para que, no obstante el trabajo de miles de científicos, la inversión de miles de millones de dólares y dos décadas de esfuerzos de innumerables organizaciones trabajando en programas de prevención, no haya sido posible detener ni disminuir el número de infecciones.

El punto de vista de la Epidemiología Social

Definida inicialmente como “el estudio del papel de los factores sociales en la etiología de una enfermedad”, la Epidemiología Social tiene sus raíces en el estudio sobre las condiciones de vida de los trabajadores ingleses que Federico Engels realizara en el siglo XIX. Actualmente, ésta área de estudio en salud pública incluye diferentes teorías y enfoques que permiten abordar el problema presentado por la comprensión y el manejo de las enfermedades y, en particular, de

las epidemias o pandemias como la del SIDA. Dentro de este enfoque, la prevención, el tratamiento y la atención de una enfermedad no pueden reducirse al dominio de lo estrictamente biomédico o comportamental, sino que igualmente se requiere tener en cuenta la forma como las tendencias históricas, políticas y económicas influyen en la distribución de la enfermedad en diferentes poblaciones y la manera como las fuerzas y factores sociales terminan por afectar los cuerpos de los individuos y generan patologías.

Para el caso que nos ocupa, como lo plantea Nancy Krieger, “de particular preocupación son las políticas económicas neoliberales, tales como el Acuerdo de Libre Comercio de Norteamérica (NAFTA), los cuales han resultado en planes de austeridad económica, degradación ambiental y crecimiento de las desigualdades sociales relativas a la salud a nivel intra e interregional”. Importante también para la epidemiología y la medicina social es el estudio del efecto que producen sobre la población más vulnerable de una sociedad determinada, la organización y cobertura de los servicios de salud y los sistemas de producción y comercialización de medicamentos.

Mientras todos los estudios coinciden en revelar que la pandemia se concentra en los países más pobres y entre los sectores más empobrecidos de los países ricos, a tal punto que se pueden superponer los mapas de pobreza en el mundo con los de prevalencia del VIH/SIDA, son escasos los trabajos que analicen la estrecha relación entre las causas de la realidad socioeconómica de las naciones afectadas y el avance hasta ahora incontenible de la epidemia durante las últimas dos décadas, y con contadas pero muy valiosas excepciones se limitan a describir la situación sin señalar con claridad la responsabilidad fundamental que le corresponde al modelo de globalización de la economía que se ha impuesto a las naciones en estos tiempos del SIDA.

El epidemiólogo británico Thomas Mckeown demostró que el avance en el control de las enfermedades de una población no se podía atribuir únicamente a las vacunas, los antibióticos y a mejores tratamientos médicos, dado que las condiciones socioeconómicas generales y su efecto sobre la nutrición constituyen factor fundamental de la salud. Los casos de tuberculosis, por ejemplo, venían disminuyendo en Gran Bretaña desde 100 años antes de la introducción de la vacuna. Actualmente, sin negar la importancia vital de los progresos en biomedicina, los estudios epidemiológicos confirman que las expectativas de salud de una población están directamente asociadas con la calidad de vida. Ésta a su vez se encuentra determinada por la sanidad ambiental, el estado nutricional, la calidad del agua, la vivienda, la educación, las condiciones de trabajo y los factores emocionales y psicológicos que benefician el desarrollo humano a través de todo el ciclo de vida.

La salud en un país u área geográfica no depende sólo del ingreso de sus habitantes –aunque está demostrado que a menor ingreso de las personas, más presencia de enfermedades y menor expectativa de vida– sino también del grado de igualdad existente en una sociedad determinada. Hoy está comprobado que las expectativas de una mejor salud son mayores en los países que presentan una relativa menor desigualdad en los ingresos y una menor desigualdad social de su población. Por esta razón, se encuentran diferencias en la expectativa de vida y otros indicadores de salud entre los países industrializados. Por ejemplo, Suecia, Suiza y otros países

desarrollados presentan mejores índices de salud y una mayor expectativa de vida para sus habitantes que Estados Unidos, país que no obstante poseer la economía más poderosa del planeta presenta abismales desigualdades sociales y en el cual actualmente 46 millones de ciudadanos se encuentran desprotegidos al no poder pagar su afiliación a un seguro de salud.

En la medida en que se hace imposible aislar los problemas de la salud de las desigualdades sociales, se hace evidente un dilema ideológico: ¿son los enfermos los culpables de su enfermedad o son producto de la desigualdad social? En este sentido, Daphne Roe en su estudio sobre la historia social de la pelagra, una enfermedad nutricional que azota principalmente a los campesinos que a duras penas sobreviven limitados a consumir maíz, se encontró con que frente a esta patología sólo eran posibles dos posiciones: “Llegué a la conclusión de que hay dos tipos de observadores: quienes creen que la pelagra es una enfermedad producida por la sociedad y el resultado de la práctica inhumana de condenar a los pobres a una dieta que no puede mantener saludable a un perro; y quienes piensan que la enfermedad es culpa de los enfermos que la padecen”.

La historia social del SIDA ha sido en buena parte la historia de la culpabilización de las víctimas. En sus inicios incluso se alcanzó a definir al SIDA como la enfermedad de las cuatro haches: homosexuales, haitianos, hemofílicos y heroínómanos. Desde el punto de vista ideológico, culpabilizar a las víctimas cumple la función de ocultar el papel fundamental del contexto socioeconómico en la generación y propagación de las enfermedades y coloca la responsabilidad de la prevención y el tratamiento exclusivamente en los individuos, eludiendo así la obligación del Estado en el cuidado de salud de la población. “La pobreza también crea las condiciones de alienación que hacen posible la cultura del uso de drogas intravenosas”. En el caso concreto de Haití, Paul Farmer pudo establecer que, contrario al estigma ampliamente difundido que culpaba a los haitianos de introducir la epidemia del SIDA en Estados Unidos, fue el turismo sexual de los norteamericanos hacia ese país el responsable de que en las condiciones de pobreza de los haitianos el SIDA se hiciera endémico en esta nación.

Congruente con el énfasis en que la transmisión del virus del SIDA es básicamente un problema de los individuos, los esfuerzos de prevención se centraron durante los primeros 20 años de la pandemia en tratar de modificar las conductas y actitudes individuales de riesgo. Este enfoque unilateral del problema, que desconoce los determinantes socioeconómicos del SIDA, fracasó en la medida en que las personas más vulnerables continúan practicando conductas sexuales consideradas de riesgo y consumiendo e inyectándose drogas; pero triunfó, en cuanto ha impedido debatir a profundidad la responsabilidad del modelo económico neoliberal que se ha implementado globalmente durante este periodo histórico y cuyas consecuencias sociales se constituyen en el contexto que ha facilitado el avance de la epidemia.

Neoliberalismo y SIDA

El neoliberalismo no es otra cosa que un conjunto de teorías y políticas económicas desarrolladas por el capital monopolista contemporáneo con el objetivo de consolidar su expansión global y alcanzar el completo control de los mercados mundiales que necesita para sobrevivir. Luego del colapso del imperio soviético y como resultado de la estrategia

norteamericana para robustecer y expandir su poder económico, político y militar, se han agudizado las contradicciones de Estados Unidos con las demás potencias económicas y con el resto de naciones, y ha emergido un nuevo orden mundial caracterizado por la circunscripción de lo que puede llamarse el Primer Mundo a Estados Unidos, un Segundo Mundo conformado por Europa y otros países altamente industrializados –incluyendo a China, Japón y Rusia– y un pauperizado Tercer Mundo esparcido por toda África, Asia y Latinoamérica.

La distribución de la infección por VIH/SIDA concuerda plenamente con el actual orden socioeconómico mundial, confirmando la tesis de Paul Farmer según la cual la salud de los pobres del mundo es afectada primariamente por las infecciones y la violencia, mientras que los ricos padecen de enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento. No es extraño entonces que en la región del África subsahariana, donde la situación de miseria es dramática, producto de las medidas neoliberales impuestas por el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial a través de sus *Programas de Ajuste Estructural*, se encuentren las 21 naciones con mayor prevalencia de SIDA en el mundo.

En el continente africano las hambrunas y el SIDA van de la mano. Steven Lewis, un enviado de la Naciones Unidas lo explica de esta manera: “Todo el mundo entiende ahora que cuando el cuerpo no tiene comida para consumir, el virus consume el cuerpo... Y que lo que está ocurriendo, por supuesto, es que con sus sistemas inmunológicos debilitados por la falta de comida, el progreso de la enfermedad es mucho más rápido y las personas están muriendo en más corto tiempo.” La principal causa de las recientes hambrunas con su inevitable consecuencia de desnutrición y muerte no son las sequías y otros desastres naturales que con frecuencia azotan África sino la eliminación de los subsidios agrícolas, las privatizaciones de los servicios públicos y la completa apertura de la economía que han hecho parte integral de los Programas de Ajuste Estructurales exigidos a las naciones africanas por las agencias internacionales desde 1986. Utilizaremos aquí el caso de Zimbabwe a manera de ilustración.

Según un estudio del Centro para Investigación Política y Económica en Washington, el crecimiento económico real promedio de Zimbabwe durante la década de 1980 fue del 4% anual, la seguridad alimentaria alcanzó cierto nivel de desarrollo y se fortaleció el sector manufacturero que contribuyó a la diversificación de las exportaciones; al mismo tiempo, crecieron los servicios de salud y la expectativa de vida aumentó de 56 a 64 años, mientras que la mortalidad infantil disminuyó de 100 a 50 por cada 1000 nacimientos. En 1991 Zimbabwe recibió del FMI un préstamo de 484 millones de dólares condicionados a un Ajuste Estructural de su economía, cuyas exigencias incluían: la reducción del gasto público, la desregulación del mercado financiero, la eliminación de la protección a las manufacturas, una reforma laboral para liberar el mercado de trabajo, bajar el salario mínimo y eliminar la estabilidad laboral como garantía para disminuir el déficit fiscal. Un año después, la economía de Zimbabwe entró en recesión, el consumo privado per cápita cayó 37% entre 1991 y 1996 y en el mismo periodo los salarios disminuyeron 26% y el desempleo aumentó, mientras que los precios de los alimentos se dispararon.

La receta del FMI que exigía al gobierno de Zimbabwe disminuir el gasto 46% y en particular recortar los salarios de los trabajadores de la salud, tuvo efectos desastrosos sobre la salud

pública. La inmensa mayoría de la población quedó sin acceso a servicios de salud ni a medicamentos; la desnutrición y la incidencia de enfermedades como la tuberculosis aumentaron dramáticamente. Actualmente, la expectativa de vida se ha reducido a 38 años de edad. No es extraño entonces que 2.500 personas mueran de SIDA semanalmente y que durante los primeros tres meses de 2004 entre 5 y 8 millones de personas (alrededor del 70% de la población) necesiten de la ayuda internacional en alimentos para sobrevivir. Aun así, el FMI ha empezado los trámites para expulsar de su organización a Zimbabwe, por no haber aceptado de manera consistente todas las reformas económicas que se le han “recomendado”.

En las otras naciones africanas, la situación es similar: Zambia, por ejemplo, país donde para el año 2001 el SIDA había dejado 600.000 niños huérfanos, liberalizó su economía, incluyendo su agricultura en 1991 bajo las condiciones que le impusiera el Banco Mundial; hoy vive su cuarto año consecutivo de crisis alimentaria con más de 3 millones de habitantes sin nada que comer. Exactamente lo mismo ocurrió con Malawi y Mozambique, países que también sufren de inseguridad alimentaria crónica. En 1991, el gobierno de Malawi tenía depósitos de granos aún en los lugares más remotos del país y podía vender comida barata, salvando de la hambruna a gran parte de la población; el FMI “recomendó” la venta de parte de esas reservas de alimentos para garantizar el pago de la deuda y, de paso, enriquecer a los comerciantes privados; 10 años después, la comida valía diez veces más y con la eliminación de los subsidios agrícolas los precios del maíz subieron 400% entre octubre de 2001 y marzo de 2002. Los campesinos empezaron a comer el maíz aún verde, recurriendo de nuevo a la dieta responsable de la pelagra y en poco tiempo la hambruna generalizada no se hizo esperar: 7 de los 10 millones de habitantes de Malawi la padecieron en el año 2002. Se calcula que entre 2001 y 2005, en Malawi 125.000 niños menores de 5 años morirán de SIDA. La obligación impuesta por el FMI y el Banco Mundial de desproteger por completo el sector agrícola en Zimbabwe, Zambia, Malawi y Mozambique resultó catastrófica.

En el resto del mundo la situación es similar. En Estados Unidos, donde también las medidas neoliberales profundizan cada día las desigualdades sociales, las nuevas infecciones con el VIH se concentran entre los afroamericanos y latinos. En la neoliberalizada Rusia actual se calculan en 3 millones el número de consumidores de drogas intravenosas (uno de los factores importantes de riesgo para el SIDA) y en 1,5 millones las personas infectadas con el VIH. En China, aunque la prevalencia nacional es muy baja, hay en curso epidemias graves y concentradas en las regiones más empobrecidas, las mismas donde en noviembre de 2002 se originó la epidemia del Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS). En América Latina y el Caribe, “la falta de equidad social y económica constituye un contexto propicio para que la epidemia del SIDA alcance proporciones desastrosas en las próximas décadas”, según el concepto de Ricardo García, asesor de la ONU para Colombia. La situación más grave en la región se encuentra en los países más deprimidos económicamente: Haití y República Dominicana, y en países como Colombia se predice que para el año 2010 el 1,6% de la población estará infectada con el VIH.

Bush, el Banco Mundial y la lucha contra el SIDA

En los últimos años la correlación entre pobreza y prevalencia del SIDA se hizo irrefutable: el 95% de los casos se presentan en el pauperizado Tercer Mundo; el gobierno norteamericano y el Banco Mundial, principales responsables de las reformas neoliberales que han destruido las economías nacionales y hambreado vastos sectores de la población mundial, han lanzado una gran campaña mundial para combatir la pandemia.

En enero de 2003 el presidente Bush anunció en su discurso sobre el “Estado de la Unión” un programa de 15 mil millones de dólares para combatir el SIDA con el objetivo de: “Proveer drogas antiretrovirales a 2 millones de personas infectadas con el VIH en doce países africanos y dos del Caribe: Haití y Guyana”. El Banco Mundial, por su parte, desde 1986 empezó a financiar proyectos y a desarrollar una política con respecto a la epidemia; en el año 2000, conjuntamente con el FMI, decidió integrar sus planes de lucha contra el SIDA a sus programas de “ayuda para el desarrollo”, con base en el argumento de que el SIDA incide de manera creciente en la economía de los países pobres al disminuir la productividad y reducir la fuerza de trabajo, causando retraso en el crecimiento económico de los países afectados. En ese momento, el Banco ilustró su punto de vista con el caso de Zimbabwe, país cuya pérdida de un punto en su crecimiento económico, fue atribuida a una prevalencia de VIH del 25% entre los adultos.

Finalmente, en diciembre de 2003 la OMS planteó la urgencia de coordinar estos proyectos con el *Fondo Global de las Naciones Unidas contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria* establecido en 2001 y lanzó la iniciativa denominada “*Tres millones para 2005*”. Como su nombre lo indica, la campaña de la OMS se propone brindar tratamiento con medicamentos antiretrovirales a tres millones de pacientes de SIDA en los próximos dos años. Conviene entonces analizar el origen, la filosofía y el contenido económico y político de todas estas cruzadas contra el SIDA para poder evaluar si realmente se traducirán en el justo alivio de las personas y regiones azotadas por la epidemia.

El mundo al revés: el SIDA es la causa de la pobreza

Mamphela Rambphele, Directora General del Banco Mundial, expresó categóricamente en julio 1 de 2003 en la capital de Lesotho: “Nuestro sueño es un mundo libre de pobreza. Pero ahora sabemos que sólo hasta cuando el mundo se encuentre libre del SIDA, esa misión permanecerá siendo únicamente un sueño”. Parodiando el título del discurso de la doctora Rambphele: “VIH/SIDA: Convertir la adversidad en oportunidad”, se podría decir que las agencias del capital internacional han encontrado en la adversidad de la tragedia del SIDA, la oportunidad para culpar a la epidemia de la pobreza que sus políticas han causado. Y peor aún, pretenden condenar a las naciones empobrecidas a posponer cualquier esperanza de recuperación económica hasta cuando el SIDA desaparezca del planeta. La frase de la Directora General no es un pronunciamiento aislado. Por el contrario, en los documentos del Banco Mundial ésta es una idea en la que se venía insistiendo: “Todavía no es claro si la pobreza incrementa las probabilidades de infección con el VIH. Sin embargo, hay fuerte evidencia de que el VIH/SIDA causa y empeora la pobreza”. El SIDA como causa de la pobreza es también la posición defendida por el gobierno de Washington. El secretario de Salud de Estados Unidos Tommy

Thompson, afirmó recientemente: “Infortunadamente, la pobreza es un síntoma común del SIDA”.

No es de extrañar entonces que la introducción al documento con el cual la OMS promulga su estrategia para “Tratar a tres millones de personas para 2005” deje establecido en el primer párrafo: “El VIH/SIDA está destruyendo familias y comunidades y minando la vitalidad económica de los países. La reducción del personal docente por el SIDA contribuye al analfabetismo y la falta de habilidades, y la pérdida masiva de funcionarios debilita las principales funciones públicas y pone en peligro la seguridad. La carga que representa el VIH/SIDA, incluido el tributo de vidas entre los profesionales sanitarios, está arrastrando a los sistemas de salud al borde del colapso. En las regiones más afectadas, el impacto de la morbilidad y la mortalidad está destruyendo los logros económicos, sociales y políticos del último medio siglo y aniquilando la esperanza de un futuro mejor.”

Los abanderados del “libre comercio” quieren explicar la ruina de la economía, la pérdida de las conquistas políticas, el analfabetismo, la destrucción de los sistemas de salud y en general los problemas sociales, no por sus Ajustes Estructurales ni por las privatizaciones y demás reformas por ellos impuestas, sino por la acción de un agente biológico, de un virus.

Medicamentos antiretrovirales y el monopolio de sus patentes

Cientos de millones de pobres en el mundo padecen y mueren de enfermedades infecciosas para las cuales casi no existen medicinas baratas y efectivas, aunque se cuenta con el conocimiento científico y la tecnología necesarias para desarrollarlas. Igualmente, mientras Norteamérica, Europa y Japón consumen el 82,4% de los medicamentos que se producen en el mundo, Asia y África con dos tercios de la población mundial apenas consumen el 10,6 % de las medicinas disponibles en el mercado. La explicación de esta criminal inequidad reside, como muy bien ha sido documentado por Patrice Trouiller y sus colegas, en que en la economía neoliberal no son las necesidades de salud de la población sino los intereses financieros de la gran industria farmacéutica, los que orientan tanto la investigación para desarrollar nuevos fármacos como la producción y comercialización de las medicinas disponibles. En un mundo donde no existen pacientes sino clientes y donde el Estado abandona su responsabilidad con la salud pública, las transnacionales de las medicinas no invierten en medicamentos para tratar las enfermedades de los pobres que no tienen con qué pagarlas, y sus estrategias de producción y ventas van dirigidas al sector del mercado del que pueden obtener las mayores tasas de ganancia.

Aunque actualmente no existen medicamentos que curen el SIDA, se han desarrollado drogas anti-VIH que la inmensa mayoría de los científicos y de los miembros de la comunidad médica considera que tienen la capacidad de retardar la progresión del mal y de reducir su mortalidad hasta en un 80%. Las mismas políticas de “libre comercio” que han permitido hacer un fabuloso negocio a las corporaciones productoras de estos fármacos, han extremado la miseria de quienes los necesitan. Puede decirse entonces que en el caso de la pandemia del SIDA, el neoliberalismo se ha encargado de exacerbar hasta el límite una de las contradicciones básicas de la economía capitalista al crear un inmenso mercado potencial para las nuevas drogas antiretrovirales (42

millones de personas con VIH/SIDA), cuya casi totalidad no posee ninguna capacidad de comprarlas.

En la actualidad, únicamente el 8% de los 6 millones de pacientes con SIDA que requieren medicinas para mejorar sus condiciones de salud, tienen acceso a los medicamentos antiretrovirales, cifra que en países como Sudáfrica se reduce a menos del 1%. Hoy se calcula que en Estados Unidos los costos del tratamiento para una persona con VIH/SIDA suman alrededor de 20.000 dólares anuales, si se tiene en cuenta el valor de la terapia antiretroviral, las pruebas de laboratorio, las visitas médicas y las medicinas para prevenir o tratar enfermedades oportunistas. Para la OMS esta situación puede ser ahora superada: “Los precios de los antiretrovícicos, hasta hace poco inasequibles para los países de bajos ingresos, han descendido mucho. Una movilización política mundial y creciente, encabezada por las personas que viven con el VIH/SIDA, ha informado a comunidades y gobiernos y ha ratificado que el tratamiento es un derecho humano. El Banco Mundial ha canalizado más fondos para la lucha contra el VIH/SIDA. Se han creado nuevas instituciones, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), y ambiciosos programas bilaterales, como la Iniciativa Presidencial en VIH/SIDA de Estados Unidos de América, lo que refleja un nivel excepcional de voluntad política y recursos sin precedentes para la lucha contra el VIH/SIDA. Hay que aprovechar esta combinación única de oportunidad y voluntad política, emprendiendo medidas urgentes.”

Sin embargo, se debe analizar el contexto económico para evaluar si el sufrimiento de las personas afectadas por el SIDA puede ser aliviado y las muertes disminuidas con una campaña de la naturaleza de la que han emprendido la OMS, la ONU y el gobierno de Estados Unidos para brindar terapia antiretroviral a tres millones de personas con VIH/SIDA. Desde 1995, las patentes de los medicamentos contra el SIDA dependen básicamente de los *Aspectos relacionados con el Mercado de los Derechos de Propiedad Intelectual* (TRIPS, por sus iniciales en inglés) establecidos por la Organización Mundial del Comercio (OMC). En la práctica, estos TRIPS son el instrumento que respaldan las patentes de las empresas transnacionales que producen fármacos y le garantizan a estas compañías el monopolio del mercado y con él, la obtención de exorbitantes tasas de ganancia. Tal como es usual en las estrategias neoliberales orientadas a eliminar la competencia de productos nacionales en beneficio del gran capital, principalmente norteamericano, la OMC permitió inicialmente que durante los primeros años de vigencia de los derechos de propiedad intelectual, los países miembros de la organización pudieran producir medicinas genéricas. Unos pocos países, entre ellos Sudáfrica, India y Brasil, amparados en esa regulación, empezaron a producir versiones genéricas de las drogas para tratar el SIDA y demostraron que compañías estatales o de capital nacional podían reducir substancialmente los precios y obtener ganancias, a la vez que atienden las necesidades de salud creadas por la epidemia en sus países.

El gobierno de Estados Unidos y los representantes de las compañías farmacéuticas pronto empezaron a presionar que se “respetaran” los monopolios de las patentes. En el año 2000, treinta y nueve de estas empresas demandaron al gobierno de Sudáfrica. Las protestas masivas de la población no se hicieron esperar y el rechazo a las transnacionales que comercian con las medicinas mientras millones de pobres en el mundo mueren sin tener acceso a ellas se hizo

sentir en el curso de la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA, que tuvo lugar en Barcelona en el año 2002. El 30 de agosto de 2003, en una medida preventiva con miras a la reunión de la OMC en Cancún, México, la administración Bush y la gran industria farmacéutica aceptaron que temporalmente los países pobres continuaran comprando medicinas genéricas, aunque por supuesto se incluyó una cláusula que obliga a todos los países miembros a comprar en un futuro cercano únicamente medicinas patentadas por las transnacionales.

Actualmente, Estados Unidos, al mismo tiempo que promueve sus intereses comerciales en la OMC, continúa negociando tratados regionales como el NEPAD en África o el ALCA en Latinoamérica o acuerdos bilaterales, siempre en procura de imponer sus políticas neoliberales, entre ellas la de hacer respetar las patentes de los monopolios que producen y comercializan medicinas. La iniciativa contra el SIDA del presidente Bush se lanzó como un plan independiente del ya existente *Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria* con el evidente propósito de poder controlar de manera directa tanto la filosofía del proyecto como los dineros que el gobierno de Washington va a invertir en la campaña.

Para dirigir el programa en África, Bush nombró a Randall Tobias, persona sin experiencia de trabajo en esa región del mundo ni en el manejo de programas relacionados con el SIDA, pero que además de ser un gran contribuyente a los fondos del Partido Republicano, representa los intereses de la gran industria farmacéutica, toda vez que fue Gerente General de Eli Lilly, una poderosa empresa productora de medicamentos. En la práctica, el plan Bush va a funcionar a manera de subsidio para el gran capital que invierte en medicamentos contra el SIDA, pues el gobierno comprará las drogas que las compañías no pueden venderle a las empobrecidas naciones del África y del Caribe. Como lo expresara el ministro de Finanzas sudafricano Trevor Manuel, se corre el riesgo que la mayor parte de los 15 mil millones de dólares anunciados por el presidente Bush vayan a parar directamente a los cofres de las compañías farmacéuticas norteamericanas. No es extraño entonces que grandes laboratorios –por ejemplo Bristol-Myers Squibb, que controla la patente de la droga antiretroviral Stavudine (Zerit®)– apoyen la iniciativa y compitan por obtener su porción de los 15 mil millones presupuestados y que el lobby en el Congreso de Estados Unidos en apoyo al plan de la Casa Blanca contra el SIDA sea pagado por las gigantescas corporaciones que producen fármacos contra el VIH.

Para la administración Bush, la lucha contra el SIDA se rige por su política de globalización de los acuerdos de libre comercio que le benefician. Esto lo ha dejado claro el Representante Comercial de Estados Unidos Robert Zoellick, al expresar recientemente que no se piensan discutir nuevos modelos de desarrollo económico para los países africanos, sino simplemente se trata de encontrar la forma como el desarrollo basado en las leyes del mercado puede darse en regiones muy pobres. En ese contexto, la ayuda para el SIDA seguramente se verá condicionada a que las naciones acepten las medidas económicas del Banco Mundial y el FMI. No de otra manera se entiende el “altruismo” de los grandes consorcios que se han sumado a la campaña contra el SIDA, quienes ya han creado una Coalición Global contra la epidemia que agrupa a 130 empresas transnacionales.

Abstinencia sexual y control social

Los planes que se empiezan a poner en marcha para combatir el SIDA, y en particular la iniciativa del gobierno de Washington de llevar medicamentos antiretrovirales a países de África y el Caribe, no se encuentran exentos de un fuerte componente ideológico consistente en promover la abstinencia sexual como fundamento de la prevención contra el VIH. En mayo 1 de 2003, el Congreso de Estados Unidos introdujo a la iniciativa de Bush una norma que obliga a invertir la tercera parte de los millones de dólares destinados a prevenir nuevos casos en la implementación de proyectos que tienen como objetivo único la castidad. Y esta es otra de las paradojas neoliberales: los mismos promotores de las políticas económicas que dejan sin empleo y terminan por obligar a millones de personas a prostituirse para sobrevivir, ahora son los abanderados de una moral sexual imposible de cumplir en la vida real para la inmensa mayoría de la población, pero que proclaman como la manera más efectiva de combatir la pandemia del SIDA.

Para intentar resolver esta aparente contradicción es necesario aclarar en primer lugar algunos elementos sobre el papel que la vida sexual juega con respecto a la transmisión del VIH, para luego intentar dilucidar las poderosas razones detrás de promover la abstinencia como medio de prevención. Salvo contadas excepciones como la de Paul Duesberg, para quien el SIDA no es transmisible sino un conjunto de enfermedades causadas por la desnutrición, la adicción a las drogas y la toxicidad de los medicamentos que se administran contra el VIH, los científicos consideran que las actividades sexuales con una persona previamente infectada son la forma principal de transmisión del VIH. Desde el descubrimiento del virus, se ha insistido en que el coito rectal homosexual o heterosexual es la conducta de mayor riesgo y que, en el caso del coito vaginal, el virus se transmite más fácilmente si el infectado es el hombre. Igualmente, los investigadores consideran que variables como el número de parejas sexuales, la frecuencia con que se tiene actividad sexual con nuevas parejas y la concurrencia de parejas sexuales, aumentan de manera importante las probabilidades de transmisión.

La epidemia de SIDA en Norteamérica se identificó inicialmente entre hombres homosexuales que consumían drogas recreacionales. Para 2003 se calcula que en Estados Unidos y Canadá una tercera parte de las nuevas infecciones se produce por contacto heterosexual, mientras que 25% se presentan como consecuencia del consumo de drogas intravenosas en el que se comparten jeringas infectadas. En África, por el contrario, desde un comienzo la epidemia se definió como de transmisión heterosexual y en 2002 la OMS estimó que el 99% de los casos de VIH/SIDA en este continente son de transmisión sexual. Sin embargo, esta aseveración ha comenzado a refutarse al encontrar que no existen estudios que sustenten con rigor estos cálculos y que se han subestimado posibles medios de transmisión tales como el uso de jeringas y otros instrumentos y equipos médicos sin cumplir con normas básicas de bioseguridad, debido al continuo deterioro y las pésimas condiciones en que se prestan los servicios de salud. Un estudio de Gisselquist y Potterat calcula que únicamente en África se podrían atribuir a transmisión sexual entre el 25% y el 29% de los casos de hombres con VIH y entre el 30% y el 35% de los casos de mujeres.

Actualmente predominan en la educación sexual que se ofrece a los jóvenes en Estados Unidos los programas de prevención cuyo objetivo es promover únicamente la abstinencia, sin que se haya podido demostrar definitivamente su eficacia. Una evaluación sistemática de estos

programas realizada por Douglas Kirby, concluyó que: “El peso de la evidencia indica que los programas que promueven la abstinencia no aplazan el inicio de las relaciones sexuales”. Una de las observaciones clínicas que con frecuencia sorprende al personal de salud en el caso de parejas en las cuales sólo una de las personas es VIH positiva y que están informadas de la situación, es constatar que el temor a la infección no conduce necesariamente a la suspensión de las relaciones sexuales. Más sorprendente aún es encontrar que, en una especie de ruleta rusa, algunos grupos practican intencionalmente actividades sexuales sin protección, con una altísima probabilidad de infectarse; tal es el caso del fenómeno conocido como *barebacking*, el cual consiste en la práctica del coito rectal homosexual sin usar condón y con parejas VIH positivas o de status desconocido.

Dos mil años de promoción de la abstinencia sexual y la monogamia estricta en el matrimonio en la cultura occidental, han probado ser infructuosos. En las sociedades de mercado contemporáneas ese fracaso obedece no únicamente a que la pretensión de universalizar la abstinencia desconoce la necesidad humana del placer y la intimidad, que caracterizan al erotismo, sino porque al estar las expresiones de la sexualidad determinadas por las contradicciones de la vida social, la sociedad de corte neoliberal crea las condiciones para que se masifiquen y extiendan viejas y nuevas formas de prostitución, se comercialicen todas las expresiones de la sexualidad y se generen culturas y estilos de vida que giran en torno a la experimentación sexual. A manera de ejemplo, los estudios que buscan explicar el *barebacking* han encontrado que subyacente a este fenómeno, además de la satisfacción emocional y la gratificación erótica, se encuentran razones de índole sociológica relacionadas con lo que ahora se denomina “mercadeo de la salud”, tales como la percepción resultante del intenso mercadeo de los medicamentos antiretrovirales insistiendo en que el SIDA ya no es mortal y la fatiga causada por la continuidad y agresividad de los mensajes publicitarios de las casas productoras de condones. La explotación comercial de sitios en Internet para encontrar parejas sexuales, el incremento en el número de clubes y otros negocios que ofrecen el sitio y la oportunidad para actividad sexual en el anonimato y la omnipresencia del consumo de todo tipo de drogas “recreacionales”, son otros factores de la actual sociedad de mercado que hacen posible el *barebacking*.

¿Cuál es entonces la razón para que el gobierno de Estados Unidos se empeñe en una campaña para imponer una moral sexual represiva, cuando su política económica lleva al incremento acelerado de todas las formas de prostitución y a la comercialización de todas las expresiones y aspectos de la sexualidad? La respuesta debe buscarse en el terreno ideológico y político. El control de algo tan íntimo como la vida sexual de un individuo opera como una forma de control del comportamiento general del individuo y el control social de la vida sexual de una comunidad facilita el control del comportamiento general de esa comunidad. Los primeros siglos de la historia del pueblo cristiano fueron siglos de resistencia a las feroces persecuciones del Imperio Romano, incluida la más cruel de todas: la del emperador Diocleciano. Los cristianos, al igual que otras sociedades patriarcales de la antigüedad, no obstante discriminar a la mujer y condenar la homosexualidad, aceptaban con naturalidad la búsqueda del placer sexual. La moral sexual que preconiza la abstinencia hasta el matrimonio y, entre esposos, únicamente los coitos indispensables para reproducirse, fue establecida por San Agustín justamente en el momento histórico en que los romanos necesitaban someter de una vez por

todas a los cristianos y concentrar su poder en enfrentar la amenaza de los bárbaros. Es en este contexto que en una historia poco conocida pero bien documentada, el obispo Agustín decidió reinterpretar el *Libro del Génesis* y afirmar que el pecado de Adán en el Paraíso no sólo corrompió nuestra sexualidad sino que “nos hizo incapaces de genuina libertad política”. El Imperio, que con Constantino había entendido la importancia de una religión única en la consolidación del Estado, supo entonces combinar las campañas militares con la promoción de la nueva doctrina de sometimiento y abstinencia sexual. El resultado: pronto los cristianos fueron finalmente conquistados y sus creencias convertidas en la religión oficial del Imperio.

Conclusiones

El neoliberalismo expresa los intereses del gran capital concentrado en las gigantescas corporaciones monopolistas. Basado en el pensamiento de la economía neoclásica, propone que el Estado sea cada vez más “pequeño y avaro” y se empeña por tanto en eliminar los servicios públicos, los trabajadores al servicio del Estado y los programas estatales de vivienda, educación, nutrición y salud. En las últimas décadas, la globalización bajo principios neoliberales se ha venido promoviendo por los gobiernos de Washington y sus aliados más cercanos y se ha implementado a través principalmente de las agencias internacionales bajo su control como el FMI y el Banco Mundial, que imponen a las naciones del mundo políticas económicas de “libre comercio” como supuesto remedio universal para todos los problemas sociales.

La ideología neoliberal encontró su perfecta aplicación en los Programas de Ajuste Estructural del Banco Mundial y el FMI que han devastado a Latinoamérica, África, Asia y el Caribe durante los últimos 20 años. Caracterizados por el impulso a las privatizaciones, la austeridad fiscal, la desregulación, la liberación del mercado y el recorte del Estado, estos programas han incrementado y globalizado la pobreza, la migración, el desempleo y los contratos temporales de trabajo, y han producido una polarización extrema del ingreso y de las condiciones de vida en todo el mundo en beneficio exclusivo del gran capital.

El SIDA se incubó y se ha propagado en ese ecosistema de inequidad social y será imposible prevenirlo y combatirlo con efectividad sin apuntar a cambiar las condiciones que generan la pandemia y favorecen su continua expansión por el mundo entero. Las iniciativas contra el SIDA que han comenzado a poner en marcha la administración Bush y el Banco Mundial, se inscriben dentro de la estrategia de globalización neoliberal del gobierno de Estados Unidos; esta estrategia orienta también los proyectos de las Naciones Unidas y la OMS. Todos estos planes consisten básicamente en crear Fondos a través de los cuales canalizar los dineros donados por los gobiernos de los países desarrollados y las organizaciones filantrópicas de las grandes corporaciones a manera de ayuda humanitaria, dineros que se utilizarán principalmente en la compra y distribución de medicamentos antiretrovirales y en programas de prevención del SIDA que inculcan la abstinencia sexual. Los programas de esta naturaleza contra el SIDA también servirán para reforzar la implementación de políticas neoliberales en los países a los que se les ofrezca la “ayuda”.

Una propuesta alternativa para enfrentar con probabilidades de éxito la pandemia del SIDA debería incluir los siguientes puntos fundamentales:

1. Defender el trabajo y la producción, para de esta manera propender por el desarrollo económico independiente de las naciones y garantizar su seguridad alimentaria y, con ella, una adecuada nutrición de la población. Una población con cuadros severos de desnutrición es fácil presa de las enfermedades que caracterizan el SIDA.
2. Detener y revertir las privatizaciones, en particular las que han eliminado los servicios públicos y los Sistemas de Salud para que el Estado pueda cumplir con su responsabilidad de brindar servicios y atención a los afectados.
3. Permitir la producción de medicinas genéricas, eliminando los monopolios de las patentes que, con la excusa de respeto a la propiedad intelectual, la OMC le ha concedido a las transnacionales de los fármacos (TRIPS).
4. Hay suficiente evidencia científica para afirmar que la adicción a drogas recreacionales está directamente asociada con el SIDA. Por lo tanto, la prevención y el tratamiento del abuso de este tipo de drogas debe ser parte integral de la prevención y tratamiento del SIDA.
5. Garantizar el necesario debate científico sobre las causas del SIDA, su prevención y tratamiento. El reclamo de Duesberg y sus colegas acerca de que sus hipótesis no han sido refutadas empíricamente y que –por lo tanto– en beneficio de los pacientes deberían ponerse a prueba con estudios debidamente controlados, merece ser tenido en cuenta seriamente por la comunidad científica.
6. La investigación no puede estar limitada a los intereses comerciales de unas cuantas compañías que invierten muchísimo más dinero en publicidad de los pocos productos que le son inmensamente rentables que en investigación básica para desarrollar los medicamentos que se necesitan.
7. Los pacientes que lo requieran, incluidos por supuesto los de los países pobres –que son la inmensa mayoría–, deben tener acceso a los medicamentos más avanzados. Sin embargo, como lo indican los mismos defensores de la terapia antiretroviral, la severa toxicidad de estos agentes farmacológicos es un factor fundamental a considerar en el momento de prescribir su uso. El manejo del VIH es complejo. Aunque los beneficios han sido notorios, la población de personas tratadas está acumulando resistencia a las drogas y toxicidades debidas al tratamiento.
8. La resistencia a la discriminación y el estigma de las personas y comunidades afectadas por la epidemia debe hacer parte integral de los llamados y acciones orientadas al cambio social. Es necesario combatir la discriminación y el estigma de las personas con VIH/SIDA, pues dicho estigma alimenta, refuerza y reproduce las desigualdades existentes de clase social, raza, género y sexualidad.
9. Los programas de prevención deben basarse en el conocimiento científico sobre la epidemia del SIDA y no en prejuicios sobre la sexualidad o el comportamiento de las personas que sirven intereses recolonizadores. Como lo expresara la norteamericana Lorraine Cogan, quien ha educado profesionales de la salud en 11 países africanos en temas sobre el SIDA, al conocerse que la tercera parte de los dineros de la iniciativa Bush para la prevención se invertirán en programas que imponen la abstinencia sexual: “No es apropiado que los Estados Unidos establezcan los estándares que gobiernen la

vida del mundo entero. ¿No debe acaso cada país, cultura o sociedad tener sus propios estándares, reglas, normas, tabúes y estilos de vida?

En suma, tras 20 años de epidemia en que se abandonó la cuantificación y el análisis sistemático de la relación existente entre pobreza, modelos económicos y epidemia del SIDA, empieza a contarse con estudios empíricos que demuestran que la incidencia del SIDA se incrementa con la deprivación económica y que para disminuir la prevalencia del síndrome es esencial expandir y fortalecer los sistemas de salud pública. Es por esta razón que, como lo planteara Paul Farmer en su informe ante una comisión del senado norteamericano, la lucha contra el SIDA es la lucha contra la pobreza. Y dado que la pobreza en el mundo contemporáneo es de origen neoliberal, la derrota del SIDA no será posible sin la derrota del modelo neoliberal.

Referencias

Amaro, H; Raj, A; Vega, RR; Mngione TW; Norville Perez, L. 2001. Racial/Ethnic disparities in the HIV and substance abuse epidemics: communities responding to the need. *Public Health Reports*. September-October 2001. Vol. 116. pp.434-448.

Berger, A; Drosten, Ch; Doerr, HW; Stürmer, M; Preiser, W. 2004. Severe acute respiratory syndrome (SARS)—paradigm of an emerging viral infection. *Journal of Clinical Virology* 29 (2004) 13–22.

Diaz, R; Ayala, G; Bein, E; Henne, J; Marin, B. (2001). The impact of Homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual latino men : findings from 3 US cities. *American Journal of Public Health*, Vol. 91 (6), June 2001, pp 927-932.

Duesberg P, Koehnlein C, and D. Rasnick. 2003. “The chemical bases of the various AIDS epidemics: recreational drugs, anti-viral chemotherapy and malnutrition.” *Journal of Bioscience* Jun; 28 (4): 383-412.

Eltiempo.com/salud. Noviembre 25 de 2003 “Número de afectados en Colombia es alarmante: para el 2010 el 1,6 de los colombianos tendría SIDA”.

Farmer, Paul. 1992. *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. (Comparative Studies of Health Systems and Medical Care, No 33) Berkeley: University of California Press.

Farmer, P. 1996. Social inequalities and emerging infectious diseases. *Emerging Infectious Diseases*. Vol. 2, No 4 October-December 1996. pp.259-269.

Farmer, P. 2001. Infections and inequalities: the microbial burden of poverty. A Report presented to the House Subcommittee on Biomedical Research, United States Congress on 26 September 2001.

Grmek, Mirko. 1990. *History of AIDS. Emergence and origin of a modern pandemic*. Translated by Russell Maulitz and Jacalyn Duffin. New Jersey: Princenton University Press.

- Gisselquist, D., Potterat, JJ. 2003. Heterosexual transmission of HIV in Africa: an empiric estimate. *International Journal of STD & AIDS*. 2003; 14: 162-173.
- Gisselquist, D., Potterat, JJ, Brody, S., Vachon, F. 2003. Let it be sexual: how health care transmission of Africa was ignored. *International Journal of STD & AIDS*. 2003; 14:148-161.
- Halkitis, PN; Parsons, JT; Wilton, L. 2003. Barebacking among gay and bisexual men in New York City: Explanations for the emergence of intentional unsafe behavior. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 32, No 4, August 2003, pp331-357.
- Hertzman, C. 2001. "Health and Human Society." *American Scientist* 89 (6) November-December 2001.
- HRSA Press Office, 2003. "HHS Awards \$1 Billion to Help States Provide Health Care, Services and Prescription Drugs for People with HIV/AIDS." Washington D.C., April 10.
- Heubeck, Elizabeth, 2003. ADAP in Peril. *NUMEDX.com* Volume 5 No 1. pp 28-33. Spring – Summer 2003.
- Kirby, D. 2000. "School-Based Interventions to Prevent Unprotected Sex and HIV Among Adolescents." In Peterson, JL. And DiClemente, RJ. (Eds.) *Handbook of HIV Prevention*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Krieger, N. 2003. Latin American Social Medicine: the quest for social justice and public health. *American Journal of Public Health*. December 2003, Vol 93, No 12. pp. 1989-1991.
- Krieger N. 2001a Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol*. 2001 Aug;30(4):668-77.
- Krieger, N. 2001b. Historical roots of social epidemiology: socioeconomic gradients in health and contextual analysis. *International Journal of Epidemiology*. 2001;30:899-990.
- Mckeown, T. 1979. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis*. 2nd. edition. Princeton, N.J.: Princeton University Press.
- Mukjerjee, JS; Farmer, PE; Niyizonkiza, D; McCorkle, L; Vanderwarker, C; Texeira, P; Kim JY. 2003. Tackling HIV in resource poor countries. *BMJ* Volume 327 8 November 2003. pp 1104-1106.
- Naiman, R.; Watkins, N. 1999. A survey of the impacts of IFM Structural Adjustment in Africa: growth, social spending, and debt relief. Center for Economic and policy Research. Washington, DC. April 19, 1999.

- NPR 2003. National Public Radio. Profile: Malnutrition accelerating AIDS epidemic in Zimbabwe, February, 19, 2003. <http://www.cepr.net/IMFinAfrica.htm>
- OMS; ONUSIDA 2003a. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre de 2003. <http://www.unaids.org/>
- OMS; ONUSIDA. 2003b. Tratar a tres millones de personas para 2005: como hacerlo realidad. La estrategia de la OMS.
- O'Reilly, KR; Islam, M; Sittitrai, W. 1999. Sexual behavior and behavioral interventions in the developing world. En: Holmes, kk; Mardh, P; Sparling PF; Lemon, SM; Stamm, WE; Piot P; Wasserheit JN. (EDs). *Sexually Transmitted Diseases*. Third Edition. New York: McGraw-Hill. Pp. 1421-1429.
- Pagels, E. (1988). *Adam, Eve, and the Serpent*. New York: Vintage books.
- Parker, R; Agleton, P. 2003. HIV and AIDS-Related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*. 2003, 57, 1, July, 13-24.
- Ramphela, M. 2003. HIV/AIDS: Converting adversity into opportunity. Maseru, Lesoto. July 1, 2003. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/>
- Roe, D. 1973. *A Plague of Corn: The Social History of Pellagra*. Ithaca: Cornell University Press.
- Singer, Merrill. 1998. "Forging a Political Economy of AIDS." In *The Political Economy of AIDS*, Singer, M. (ed). NY: Baywood Publishing. pp. 3-31.
- Smith Fawzi, MC et al. 2003. Prevalence and risk factors of STDs in rural Haiti: implications for policing and programming in resource-poor settings. *International Journal of STD & AIDS* 2003; 14: 848-853.
- The Durban Declaration 2000. The Durban Declaration; *Nature* (London) 406 pp.15-16.
- Trouiller, P. et al. 2001. Drugs for neglected diseases: a failure of the market and a public health failure? *Tropical medicine and International Health*. Volume 6 No 11 pp 945-951 November 2001.
- VandeHei J. 2003. "Drug Firms Boost Bush's AIDS Plan: GOP Lobbying for Support of Africa Initiative" *Washington Post*, May 1: P. A25.
- Velasquez, G. (2003). Unhealthy Profits. Drugs should be a common good. *Le Monde Diplomatique*. July 2003. <http://mondediplo.com/2003/07/10velasquez>
- Velasquez G & Boulet P (1999) Globalization and Access to Drugs. Perspectives on the WTO/Trips Agreement. WHO/DAP/98.9. World Health Organization, Geneva.

Volberding, Paul. 2003. HIV therapy in 2003: consensus and controversy. *AIDS* 2003, 17 (suppl 1): S4-S11.

Way, PO; Schwartlander, B; Piot, P. 1999. The global epidemiology of HIV and AIDS. En: Holmes, kk; Mardh, P; Sparling PF; Lemon, SM; Stamm, WE; Piot P; Wasserheit JN. (EDs). *Sexually Transmitted Diseases*. Third Edition. New York: McGraw-Hill. pp. 77-91.

Weimberg, MS; Worth, H; Williams, C. 2001. Men sex workers and other men who have sex with men: How do their HIV risks compare in New Zeland? *Archives of Sexual Behavior*, Vol.30, No 3, 2001. pp. 273-286.

World Bank. 2003. [HIV/AIDS at a glance](http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/Document#section9). Lessons learned.

<http://wbln0018.worldbank.org/HDNet/Document#section9>. Accessed on

September 26, 2003.

Zierler, S; Krieger, N; Tang, Y; Coady, W; Siegfried E; DeMaria, A; y Auerbach, J. 2000. Economic Deprivation and AIDS Incidence in Massachussets. *American Journal of Public Health*. July 2000, Vol. 90, No 7, pp.1064-1073.

Esta posición que pretende explicar la realidad social, económica y política con base exclusiva en la biología no sólo niega los principios generales de la historia y deja traslucir ciertos visos de cinismo, sino que olvida que en los países de antaño más pobres el SIDA simplemente ha exacerbado enfermedades que ya existían como la tuberculosis.

Es importante insistir en que los medicamentos antiretrovirales no son una cura para el SIDA y que entre sus defensores no existe completa unanimidad, pues son muchos los interrogantes con respecto a la utilización de este tipo de terapia que la ciencia no ha podido resolver todavía. Más aún: todos estos agentes farmacológicos, de los cuales en Estados Unidos hasta ahora han sido aprobados un poco más de 20, presentan serios problemas relacionados con su alta toxicidad, la pérdida de efectividad debida a la resistencia que el organismo desarrolla después de un tiempo de estarlos recibiendo, y la dificultad que encuentran los pacientes para mantener una adecuada adherencia al tratamiento.