

Las bases de una política racional contra el sida: un análisis comparativo a escala internacional

BOB SUTCLIFFE.

Profesor Asociado U.P.V./E.H.U.
y especialista en problemática
Económica Internacional

páginas abiertas

LA EDAD DEL SIDA

Un comentarista sobre el SIDA ha dicho que si existiera un diablo con deseo de maximizar el daño al mundo, hubiera creado una enfermedad con las características epidemiológicas del SIDA, es decir, una enfermedad que empezó concentrando su ataque en personas que se encuentran en el lado discriminado de muchas de las brechas sociales y económicas de la sociedad humana: hombres gay, personas negras, pobres, habitantes del tercer mundo y personas que se inyectan drogas.

Este hecho, ha determinado en parte, reacciones no apropiadas con las que la mayoría de las autoridades responsables han enfrentado el SIDA. La sociedad, a nivel oficial, no ha reaccionado como debiera haberlo hecho frente a una nueva enfermedad sino como ha dicho un investigador, con reacciones más apropiadas a un crimen (1). Así, en muchos aspectos, las políticas han contribuido y siguen contribuyendo a extender la enfermedad y no a frenarla.

El ya mencionado diablo también hubiera lanzado su enfermedad alrededor del año 1980, porque la edad del SIDA ha sido también la edad de otros sucesos sociales, políticos y económicos que han impedido una reacción eficaz. No se puede entender el impacto económico de la epidemia sin verla en este contexto. La edad del SIDA ha sido también la edad de la oleada de ideología y política económica neoliberal, iniciada en los Estados Unidos de Reagan y en la Gran Bretaña de Thatcher, y extendiéndose rápidamente a otros estados, a instituciones internacionales como son el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional y llegando a casi todos los países del Tercer Mundo. Esta contrarrevolución en las políticas económicas ha tenido graves consecuencias para el combate frente al SIDA. Ha producido mucha presión para que se produjeran recortes en los gastos públicos, no excluyéndose los relativos al bienestar y a la salud pública. También ha difundido el dogma de que ninguna actividad humana es válida si no produce beneficios en términos financieros.

«La sociedad, a nivel oficial, no ha reaccionado como debiera haberlo hecho frente a una nueva enfermedad, sino con reacciones más apropiadas a un crimen»

La contrarrevolución económica ha coincidido frecuentemente con políticas sociales reaccionarias y ataques ideológicos dirigidos precisamente contra los grupos más afectados por el SIDA en su primera fase: contra homosexuales, inmigrantes de color, personas que utilizan drogas, las madres solteras, y otros.

Debido en parte a las políticas neoliberales, la edad del SIDA ha sido también una época de gran polarización económica: entre naciones ricas y pobres, y entre los ricos y pobres en la mayoría de las naciones individuales.

Estos factores han contribuido de manera negativa a las posibilidades de una reacción frente al SIDA. Con este contexto, la historia no puede ser una historia alegre. Por una parte contiene algunos éxitos y elementos de progreso, pero por otra es una historia vergonzosa que contiene mucho sufrimiento que hubiera sido posible evitar.

LOS DATOS SOBRE LA EPIDEMIA

La fuente de la gran mayoría de los datos internacionales sobre la epidemia del

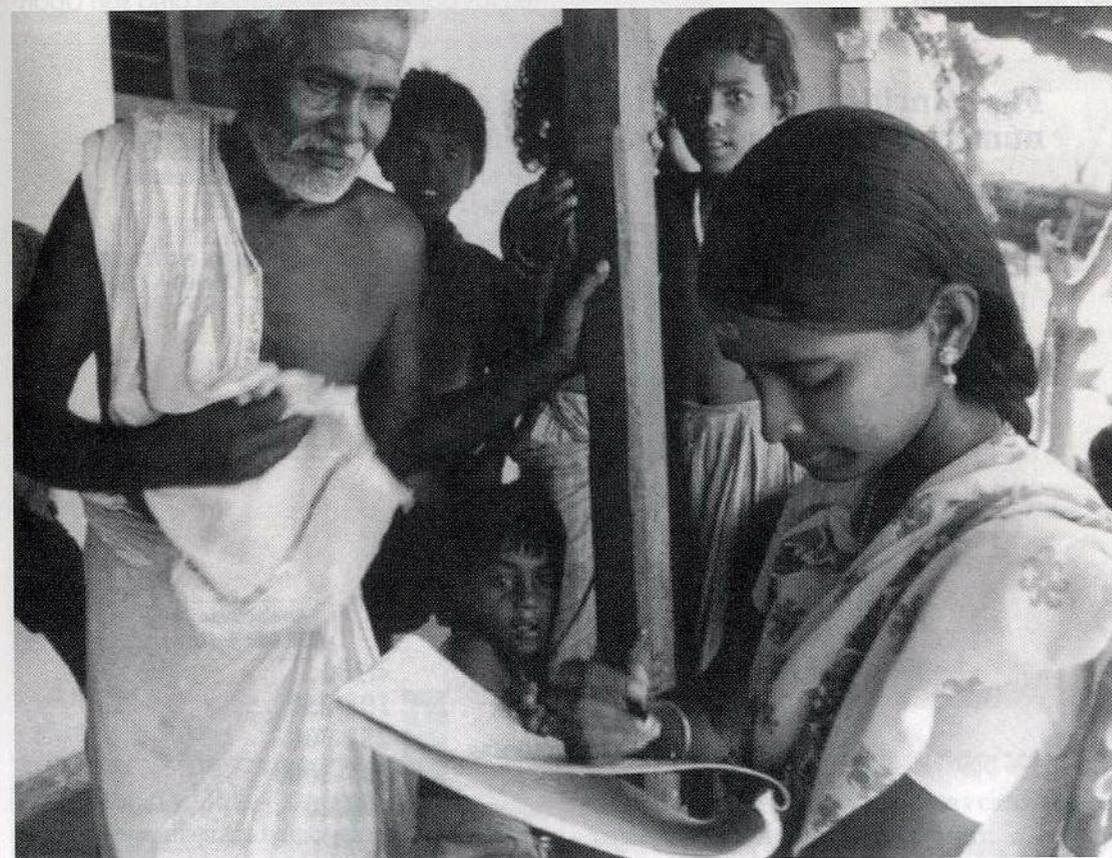


FOTO: Mark Edwards

páginas abiertas

SIDA es el Programa Mundial sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estos datos, como bien sabe el personal de la OMS, son todavía muy deficientes. Se basan sobre los casos notificados por las autoridades nacionales de sanidad, fortalecidos con estudios concretos de poblaciones específicas. Los casos notificados son muy infraestimados por falta de información médica y atribución falsa de la causa de muerte, debida especialmente a prejuicios sociales. Por eso, la OMS hace estimaciones del número real de casos basándose en los estudios concretos mencionados. Además, hace estimaciones del número de personas con infección VIH de manera parecida, y produce así proyecciones del posible número de casos de SIDA en años futuros. Siempre enfatiza que existe grandes márgenes de error en todas estas cifras. Teniendo todo esto en cuenta, los principales datos proporcionados por la OMS son los siguientes:

* Hasta enero de 1993 se habían notificado 611.589 casos del SIDA en el mundo.

* Esto puede ser equivalente a un total acumulativo de más de 2,2 millones de casos reales hasta junio de 1993.

* Se calcula que para la misma fecha más de 13 millones de personas adultas y más de un millón de niños/as se habrán infectado con VIH. Aproximadamente 60% de los adultos son hombres y 49% mujeres.

* La distribución geográfica de estas infecciones es aún muy variable (ver gráfico 1) La incidencia de la infección VIH, según grandes regiones, oscila entre 10 por 100.000 de la población en Europa del este y Asia central a 1.630 por 100.000 (1,6%) en Africa Subsahariana. En Africa también la incidencia es muy desigual entre países, como se ve en las cifras de casos del SIDA (no de infección VIH) resumidas en la figura 2. Por otra parte, en los países más afectados como son Ugan-

Fig.1: Incidencia de infección VIH por grandes regiones: número estimado de adultos/as, 1993 (con % de mujeres)

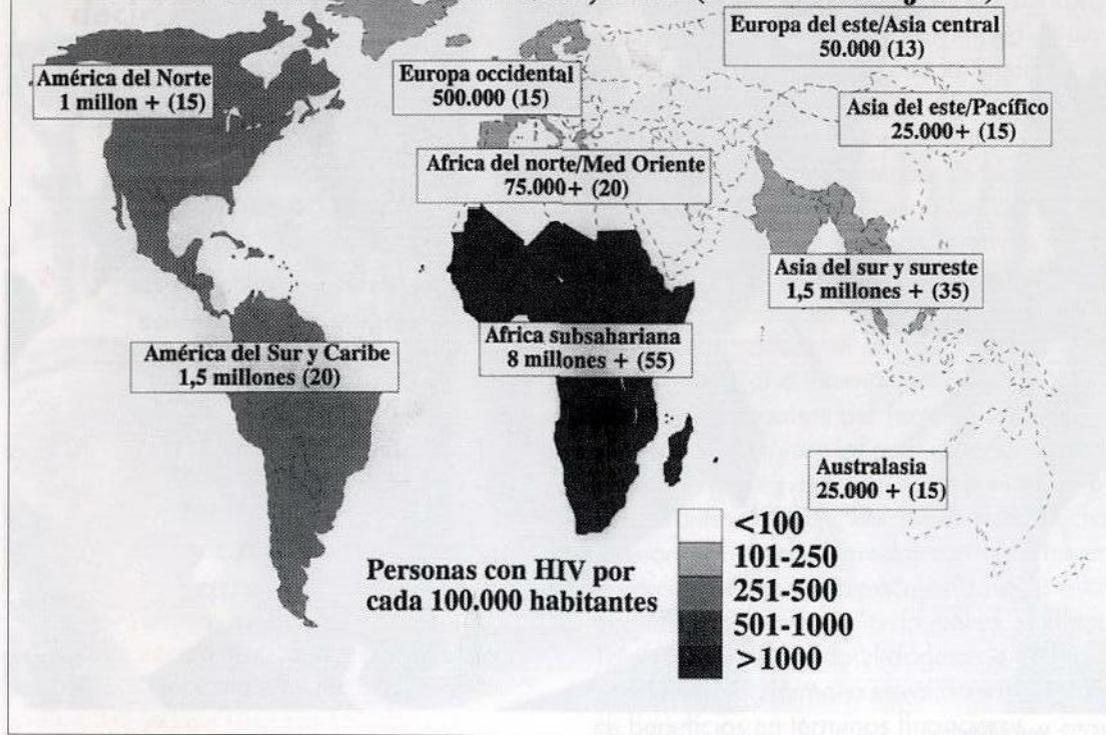
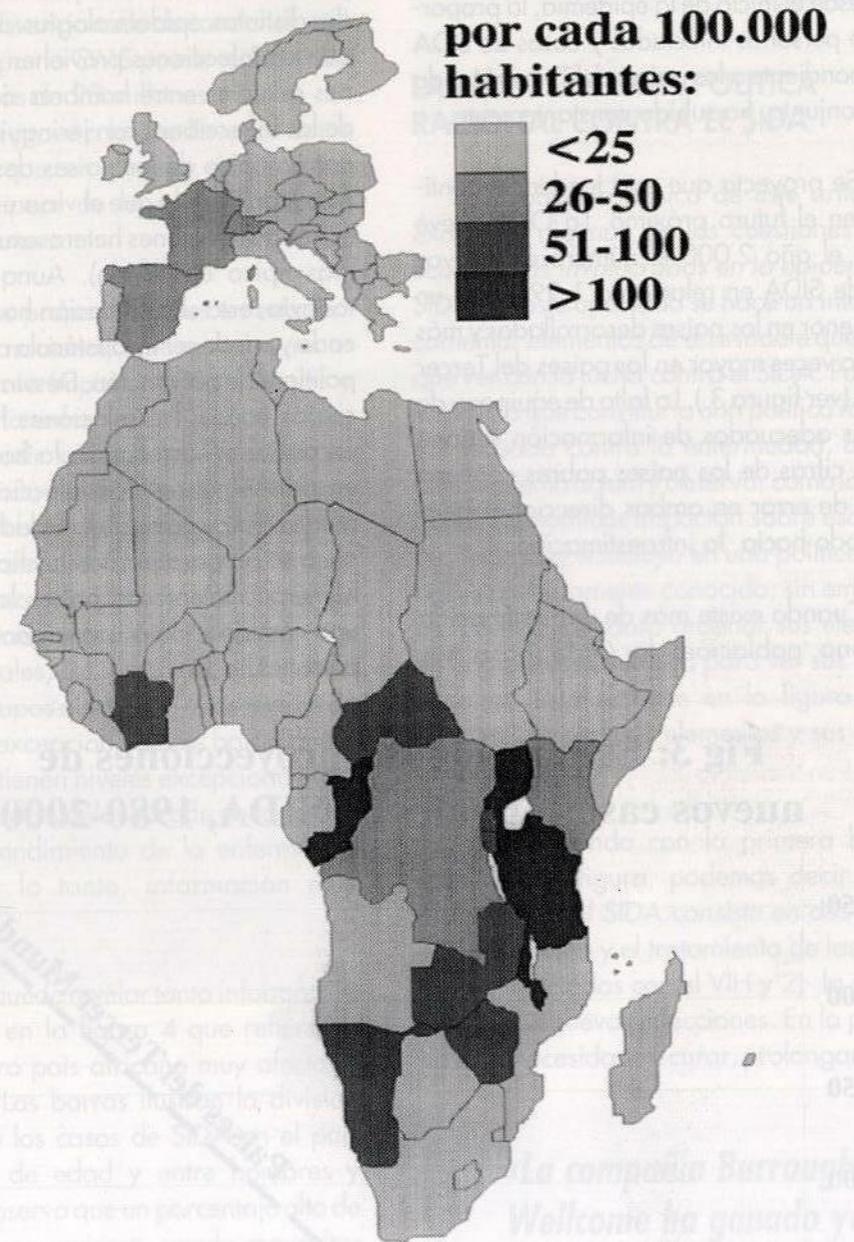


Fig.2: Casos notificados de SIDA por país, Africa y Europa occidental, 1990



da, Tanzania y Malawi, existen muchas diferencias entre distintas regiones, lo cual quiere decir que la incidencia de la infección es más

elevada que lo que indican estas cifras en las regiones especialmente afectadas.

* El porcentaje de mujeres dentro del

total de las personas infectadas también oscila mucho; desde el 13-15% para los países desarrollados y la ex-URSS al 55% en África Subsahariana (ver las cifras entre paréntesis en la figura 1).

* Desde el inicio de la epidemia, la proporción de personas infectadas y casos de SIDA correspondiente a los países del Tercer Mundo en su conjunto, ha subido constantemente.

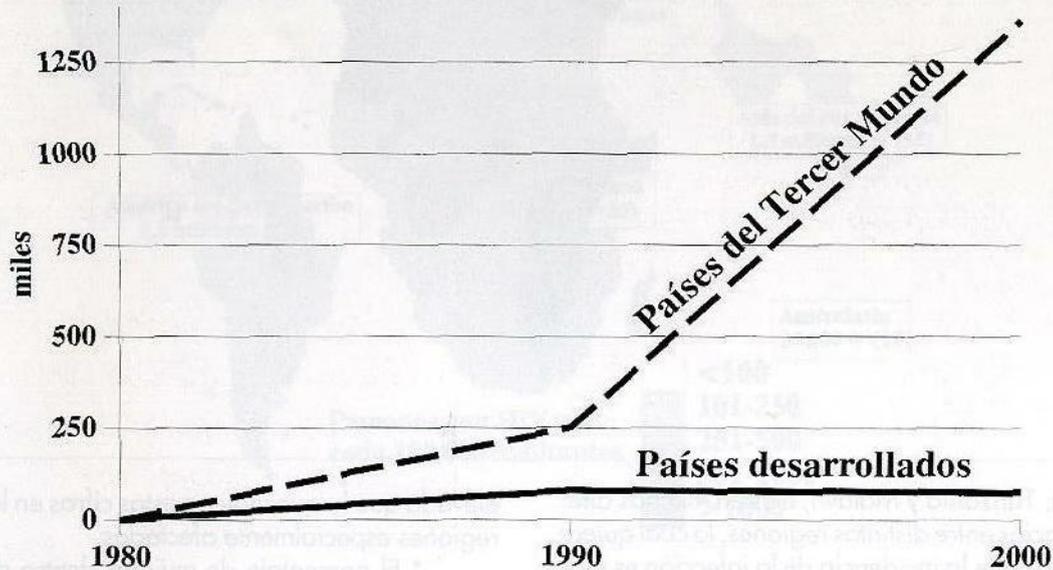
Se proyecta que esta tendencia continuará en el futuro próximo. La OMS prevé que en el año 2.000 el número de nuevos casos de SIDA en relación a 1.990 será un poco menor en los países desarrollados y más de cinco veces mayor en los países del Tercer Mundo (ver figura 3.). La falta de equipos y de sistemas adecuados de información supone que las cifras de los países pobres contiene fuentes de error en ambas direcciones pero sobre todo hacia la infraestimación.

Cuando existe más de una estimación para una población, la OMS basa sus

cálculos en la cifra menor. Sus cifras globales, por lo tanto, pueden ser infraestimadas (2).

* A veces, las diferencias entre los patrones se resumen con la idea de que hay dos distintas epidemiologías: uno (tipo I) en la que las infecciones provienen de las relaciones sexuales entre hombres sin protección o de las inyecciones con jeringuillas infectas (el patrón típico de los países desarrollados). Y otra (tipo II) en la que el virus es transmitido a través de relaciones heterosexuales (el patrón más típico de África). Aunque se emplea todavía, esta simplificación ha sido muy criticada y puede ser un obstáculo al desarrollo de políticas de prevención. Desvía la atención de ciertas causa: las relaciones heterosexuales en países desarrollados, la homoxesualidad en países pobres, las infecciones causadas por las deficiencias de la Salud Pública. Tampoco se prepara para el hecho de que en un número creciente de países la epidemia es una combinación o convergencia de los dos patrones.

Fig 3: Estimaciones y proyecciones de nuevos casos anuales de SIDA, 1980-2000



* La proyección de la OMS sugiere que puede haber unos 26 millones de personas infectas por el VIH para el año 2.000. Sin embargo, la adopción generalizada de una serie de medidas de prevención (educación, distribución subvencionada de condones, etc) recomendada por la OMS puede reducir este número a menos de 20 millones.

* La conclusión grave a la que lleva los datos de la OMS es que, en el mejor de los casos previsible, lo peor de la epidemia queda todavía en el futuro.

Los datos proporcionados en esta forma agregada nacional, continental, y mundial son un arma importante de entender y luchar contra la enfermedad. Pero también, pueden confundir seriamente. Para dar un ejemplo, Uganda es el país con incidencia mayor del SIDA hasta la fecha, pero es un país de 20 millones de personas que son heterogeneas en términos de clase social, lugar de residencia, estado económico, orientación y prácticas sexuales, etc. Y aún así, en Uganda hay áreas y grupos que tienen unos niveles de infección VIH excepcionalmente bajos, mientras que otros tienen niveles excepcionalmente altos. De modo similar sucede en todos los países. El entendimiento de la enfermedad necesita, por lo tanto, información muy desagregada.

Lo que puede revelar tanta información se puede ver en la figura 4 que refiere en Zimbabue, otro país africano muy afectado por el SIDA. Las barras ilustran la división porcentual de los casos de SIDA en el país entre grupos de edad y entre hombres y mujeres. Se observa que un porcentaje alto de las personas son mujeres, siendo mayoritarias en las edades entre 15 y 30; en edades superiores predominan cada vez más los hombres. Se puede ver también que de cada cinco casos uno es de un niño o una niña. Esta desagregación pone en relieve la importan-

cia de medidas dirigidas hacia mujeres jóvenes y posibles maneras de evitar la transmisión madre-hijo/a; detalles que no se apreciarían observando solamente cifras más agregadas.

LAS BASES DE UNA POLITICA RACIONAL CONTRA EL SIDA

El objetivo básico de este artículo es examinar algunas de las cuestiones socio-económicas involucradas en la epidemia del SIDA. En este apartado se hace un intento de comentar elementos de esta índole que tienen que ver con la lucha contra el SIDA. Podemos sugerir lo que constituiría una política racional y adecuada contra la enfermedad, dado el conocimiento actual y observar como las cuestiones económicas impactan sobre esa política. Todo lo que incluyo en una política racional es perfectamente conocido; sin embargo, me parece novedoso ordenar sus elementos en una estructura lógica para ver sus interrelaciones. Esto se hace en la figura 5 que expone una serie de elementos y sus interrelaciones lógicas.

Empezando con la primera bifurcación de esa figura, podemos decir que la lucha contra el SIDA consiste en dos partes: 1)- la situación y el tratamiento de las personas ya infectadas con el VIH y 2)- la prevención de las nuevas infecciones. En la primera hay tres necesidades: curar, prolongar la vida

«La compañía Burroughs Wellcome ha ganado ya varios centenares de millones de dólares con el AZT»

después de la infección y aliviar de los problemas de los/as enfermos/as. En este caso el aliviar tiene dos aspectos: el médico y el social.

La segunda rama de la bifurcación lleva una serie de problemas bien distintos. En teoría, existe la posibilidad de desarrollar una vacuna para inmunizar contra la infección. En ausencia de ésta el único enfoque lógico es poner fin a la transmisión del virus. Aquí hay tres cuestiones distintas: el *screening* (pruebas rutinarias) de la sangre utilizadas en transfusiones o de los productos de la sangre utilizados por hemofílicos; segundo, la necesidad del uso de jeringuillas limpias, tanto en medicina como por parte de las personas que se inyectan; y tercero la necesidad de relaciones sexuales libres del peligro de infección, el sexo seguro o protegido.

Antes de entrar más detalladamente en la cuestión del sexo, habrá que explicar los símbolos que aparecen en la figura 5 juntos a ciertos conceptos. Cada símbolo representa un área de la estructura o política económica y social que influye en la enfermedad. Los tres conceptos señalados con «*» son aquellos que en gran medida, están bajo el control de las grandes compañías farmacéuticas. Los avances en estas áreas por lo tanto, dependen mucho de la política de gastos sobre la investigación de estas com-

pañías. El motivo principal de estas políticas es, por supuesto, ganar beneficios y no mejorar la salud. Los defensores del sistema de mercado libre reclaman que no van a ganar beneficios si no mejoran la salud; así el incentivo de lucro es una ruta apropiada hacia el desarrollo de los fármacos necesarios.

No cabe duda de que estas compañías pueden ganar mucho dinero si producen productos eficaces contra el SIDA (vacunas o tratamientos). Una, Burroughs Wellcome, ya

ha ganado varios centares de millones de dólares con el AZT. La experiencia con esta medicina, sin embargo, ha revelado uno de los problemas de encargar el tratamiento de la enfermedad al mercado. Burroughs Wellcome ha ganado dinero al mantener un precio muy elevado del fármaco, al defender la patente para que otras compañías no puedan competir, y posiblemente, si aceptamos los resultados de varias recientes investigaciones independientes, al exagerar la eficacia del producto. Y estas tendencias son consecuencias casi inevitables del motivo de lucro. La alternativa, que sería promover la investigación en centros públicos, ha sido víctima en los últimos años de las políticas neoliberales que han reducido el financiamiento de la investigación pública y producido una dependencia cada vez más fuerte de la investigación pública del financiamiento de las propias compañías farmacéuticas.

El símbolo «+» en la figura 5 indica áreas donde lo que más influye son los gastos sobre la salud pública. Estos van a determinar en gran parte la calidad de tratamiento para los enfermos, el nivel de peligro de transmisión a través de productos de la sangre y transfusiones y el uso de jeringuillas nuevas en la medicina. Aquí, también las políticas generalizadas de recortes de gastos públicos que han coincidido con la edad del SIDA han dificultado un tratamiento adecuado en países desarrollados, mientras que en países pobres los recursos dedicados a la salud han sido totalmente inadecuados. Además, se han revelado varios ejemplos de la mala administración y la corrupción, aún en países con

sistemas avanzados de salud pública, que han llevado a muchas infecciones innecesarias, especialmente de personas con hemofilia.

El símbolo «#» en la figura 5 indica áreas donde lo que importa son las políticas y actitudes sociales, sobre todo frente a la homosexualidad y las drogodependencias.

En este aspecto, actitudes negativas, expresadas por políticos, la prensa, la televisión u otras instituciones públicas, han hecho muchísimo daño durante la edad del SIDA. Se han producido muchas situaciones en las que los/as enfermos/as han recibido rechazo social cuando lo que necesitan es apoyo.

El rechazo oficial al reconocimiento del uso de la droga o del sexo en las cárceles es uno de los más escandalosos ejemplos de como los gobiernos han fomentado la epidemia. Además, los múltiples prejuicios contra la homosexualidad, especialmente de los gobiernos y los medios masivos de comunicación, han sido un obstáculo gigantesco a la divulgación de información útil sobre como evitar la infección. A continuación trataré este área con mayor detalle.

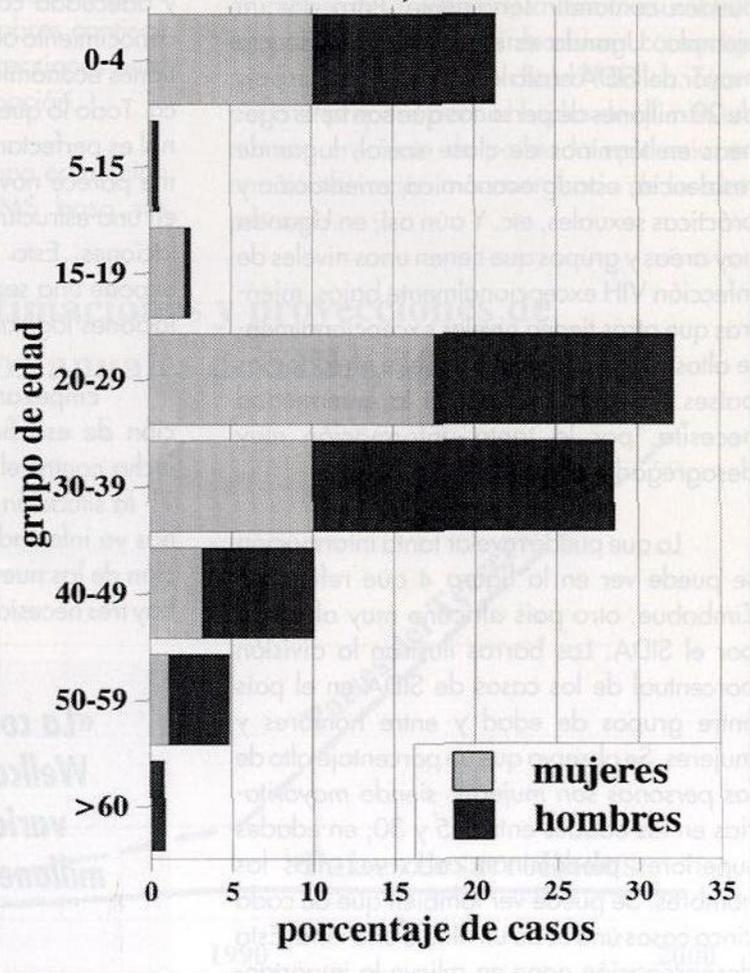
LA ECONOMIA POLITICA DEL SEXO SEGURO

Según los datos disponibles, la mayoría de las infecciones VIH resultan de las relaciones sexuales, tanto homosexual como heterosexual. Por eso, la mayoría de las infecciones pueden evitarse eliminando los com-

«El rechazo oficial al reconocimiento del uso de la droga o del sexo en las cárceles es uno de los más escandalosos ejemplos de como los gobiernos han fomentado la epidemia»

Fig.4: Incidencia del SIDA por edad y sexo

Zimbabwe, 1990



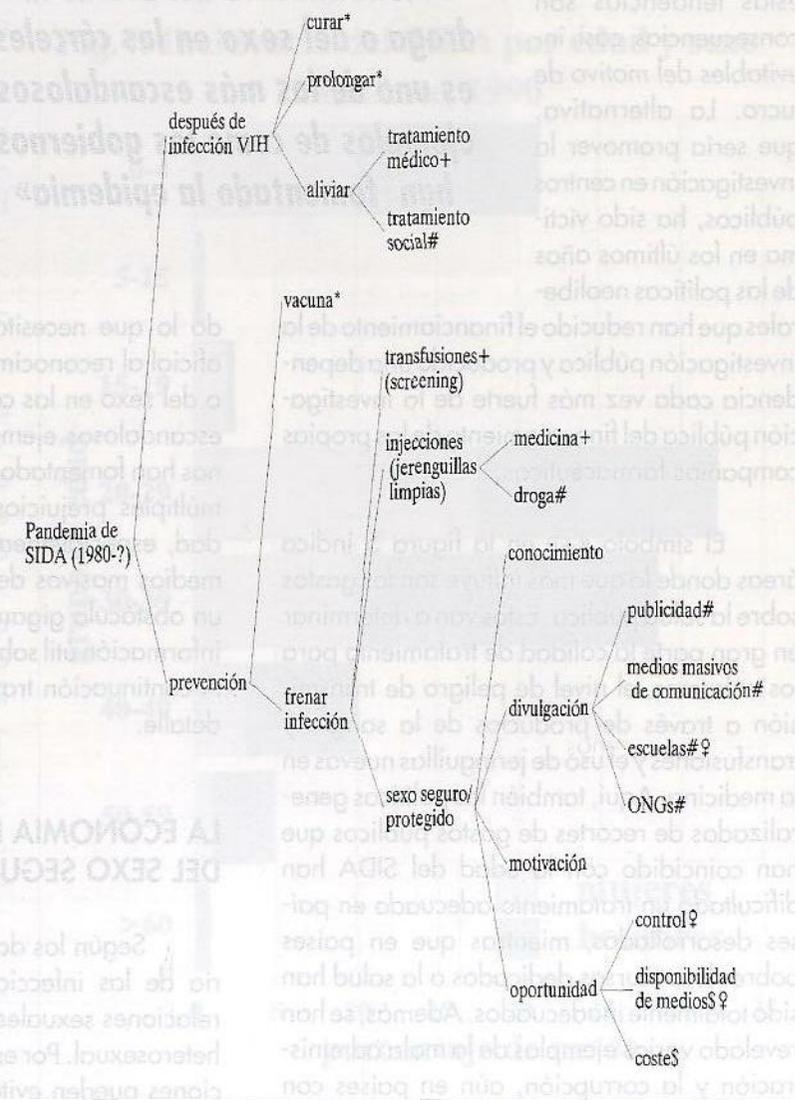
portamientos capaces del transmitir el virus, es decir, a través del sexo seguro o protegido. A nivel técnico, esta respuesta a la enfermedad parece totalmente sencilla, sin embargo, a nivel económico, social, político y psicológico es enormemente compleja. La parte de la figura 5 sobre el sexo seguro intenta ilustrar el amplio abanico de factores que están involucrados. En primer lugar se necesita conocimiento pleno de las prácticas sexuales capaces de transmitir el virus (ahora, con ciertas ambigüedades, es sabido lo que puede y lo que no puede transmitir el virus). El conocimiento no es un gran problema, aunque durante los primeros años de la epidemia hubo muchísima demora en establecer las reglas adecuadas del sexo seguro, por falta de investigación apropiada. ¿Puede ser la razón que el sexo seguro no vaya a producir grandes beneficios para las grandes compañías farmacéuticas?

Pero, si el conocimiento adecuado ahora existe, su divulgación sigue siendo un problema gigantesco. En la parte de la figura 5 que corresponde a este apartado se ha añadido dos símbolos más a los ya anteriormente mencionados. El símbolo « ♀ » indica un área donde la situación de la mujer en la socie-

dad tiene mucha importancia en los problemas de generalizar las prácticas sexuales. Y el símbolo « \$ » indica un área muy afectado por la disponibilidad o no de dinero (o subvenciones) en manos de las personas sexualmente activas. Cada uno de los principales métodos de divulgación producen problemas:

* La publicidad masiva (televisión, radio, periódicos, grandes carteles) ha sido

Fig.5: Elementos de una política anti-SIDA



insuficientemente empleada por varias razones. Es muy cara porque está dominada por la publicidad comercial. En Gran Bretaña, en un año reciente, los gastos totales sobre la publicidad para promover el sexo seguro alcanzaron 10 millones de libras, mientras que las compañías tabacaleras gastaron trece veces más sobre sus productos nocivos. Aquí entra otra vez los problemas de los insuficientes gastos públicos y de los efectos de la economía de lucro.

* Los medios masivos de comunicación como la televisión y la prensa, que en los países más desarrollados lógicamente tendrían un papel central en la lucha para una mayor información, en la práctica han jugado un papel negativo. En gran medida no han divulgado información correcta. Por el contrario han divulgado muchas historias falsas y escandalosas porque es eso lo que se vende mejor, una política que suelen justificar con una moralidad totalmente hipócrita. La divulgación de información correcta sobre el SIDA ha sido en gran parte una lucha en contra de la malinformación proporcionada por los llamados medios de comunicación comerciales (Hay un número honorable de excepciones a eso en países africanos donde la prensa y la televisión son menos degeneradas).

* Las escuelas tienen que ser un centro de educación sobre el sexo seguro. Sin embargo, esta posibilidad se ha realizado muy poco en la práctica debido a la moralidad hipócrita de muchas autoridades educativas. Dada la necesidad de la divulgación de información necesaria a la mujeres y las altas tasas de infección de mujeres jóvenes en partes de Africa, el hecho de que éstas encuentren

discriminación, casi universalmente, en el acceso a la educación pública constituye un problema clave.

* El sexo seguro, por supuesto, no es solamente una cuestión de la existencia y divulgación de la información adecuada. También necesita la motivación para actuar de una manera racional sobre la base de esta información. Hay muchos elementos del comportamiento humano que son irracionales. Se sabe bien que fumar causa cáncer, o que conducir mal produce accidentes, aún así seguimos fumando y conduciendo. Sin duda el problema de psicología tiene muchas causas; pero una tiene que ser el bombardeo con falsa información que producen diariamente

« La debilidad social de la mujer es así una fuente importante de extensión de la epidemia »

la industria publicitaria y los medios masivos de comunicación. No cabe duda que eso induce a la infravaloración de la información verdadera por la dificultad de distinguir entre la una y la otra.

El elemento final del sexo seguro es la oportunidad. Se pueden conocer las medidas necesarias para practicar el sexo seguro, pero de nada vale si no hay oportunidad de ponerlas en práctica. Aquí también influyen varios elementos:

El control de los/as participantes en una relación sexual es un elemento clave en la posibilidad de practicar el sexo seguro. Concretamente, la falta de poder de las mujeres en muchas relaciones heterosexuales reduce o elimina sus oportunidades de practicar el sexo seguro a pesar de tener toda la información adecuada. La debilidad social de la mujer es así una fuente importante de extensión de la epidemia.

* La disponibilidad de los medios materiales es necesaria para el sexo seguro. Esto afecta especialmente a los condones. Hay solamente cuatro países del mundo que actualmente produzcan condones. Para el resto la disponibilidad de condones supone gastar divisas, algo que tendrá grandes implicaciones económicas en la mayoría de los países africanos, por ejemplo. La disponibilidad también se limita por razones de moralidad pública. El nuevo «condón femenino» es todavía muy difícil de conseguir; además de su elevado coste, ha sido criticado por su incomodidad.

Finalmente, la información que puede protegerte contra la infección VIH utilizando un condón no es muy útil si no tienes el dinero para comprarlo. Si el condón parece un gasto menor en un país desarrollado, puede implicar una parte considerable de la renta en un país pobre.

El número de factores mencionado en este apartado es suficiente para indicar que la generalización de la práctica del sexo seguro no es una simple decisión personal. Supone grandes cambios en las actitudes sociales, las direcciones de las políticas de los estados, en la distribución del poder social y sexual, y de los medios económicos. El sexo seguro es una forma de revolución social.

LA MALDICION DE LA DESIGUALDAD

Si los recursos materiales disponibles para la raza humana fueran asignados de una manera racional, diseñada entre otras cosas para frenar la enfermedad SIDA y aminorar sus consecuencias, se podría conseguir mucho más rápidamente. Aún en el mejor de los casos posibles, no se puede eliminar el SIDA a corto plazo, pero se puede reducir mucho su impacto negativo.

«Si el condón parece un gasto mayor en un país desarrollado, puede implicar una parte considerable de la renta en un país pobre»

Desgraciadamente, nuestro diablo ha intervenido. En lugar de ese mundo utópico, tenemos un mundo en el que la asignación de recursos está muy mal diseñada para hacer frente a una epidemia tan fuerte y generalizada. Hemos visto como muchos factores políticos e ideológicos obstaculizan las soluciones racionales aún en países donde existen los recursos materiales en abundancia. Pero la situación internacional es más complicada por el hecho de que en muchos de los países donde la enfermedad es más amenazante, existe una trágica escasez de recursos económicos. En el cuadro siguiente se ve una comparación económica entre dos países donde el SIDA ha sido importante (Estados Unidos y Uganda). Estos datos son suficientes para indicar la imposibilidad para un país en la situación económica de Uganda de introducir las medidas racionales necesarias para hacer frente al SIDA.

¿Con qué recursos cuenta Uganda para comprar condones, equipos para realizar pruebas de sangre o financiar campañas informativas? Las exportaciones de Uganda del último año que tenemos, alcanzaron cifras de 200 millones de dólares. De esa cantidad Uganda tenía que pagar nada menos que 130 millones en servicio de su deuda internacional (ver perfil económico. Línea 25). El tratamiento recientemente recomendado para una persona enferma de SIDA (el AZT) costaría el equivalente de la renta anual de 15 ciudadanos de Uganda. Pero también el con-

UN PERFIL ECONOMICO DE DOS PAISES CON ALTO INDICE DE INFECCION VIH.

CONCEPTO	UGANDA	EE.UU
1. Renta por persona, 1.991 (\$)	170	22.240
2. % crecimiento anual de 1, 1965-80	-2,2	1,80
3. % crecimiento anual de 1, 1980-90	-0,8	2,2
4. Esperanza de vida 1960	43	70
5. Esperanza de vida 1.990	52	76
6. Alfabetismo adulto 1.970 (%)	41	99
7. Alfabetismo adulto 1.990 (%)	48	99
8. Alfabetismo femenino 1990 (%)	35	99
9. Gastos sobre la salud (% de PNB), 1960	0,7	5,2
10. Gastos sobre la salud (% de PNB), 1987	0,3	11,2
11. Personas por médico	21.830	419
12. % de población con acceso a salud pública	71	95
13. % de población con acceso a agua potable	15	99
14. % de población con acceso a saneamiento	13	99
15. Calorías por persona (% de lo necesario)	93	150
16. Producción de alimentos por persona 1990 (1979=100)	95	95
17. % en escuela secundaria	13	100
18. % mujeres en escuela secundaria	5	100
19. Mujeres como % de la fuerza laboral	41	46
20. Radios por 1.000 personas	101	2.123
21. Televisores por 1.000 personas	10	815
22. Periódicos por 1.000 personas	2	250
23. Relaciones de intercambio (1991 como % 1985)	33	102
24. Deuda como % de PNB	109	(10)
25. Servicio de la deuda como % de exportaciones	70	-
26. Ayuda por persona (\$)	31,1	-
27. Ayuda como % de PNB	19,5	-

Fuentes: Banco Mundial, Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Desarrollo Humano Informe 1993.

dón resulta caro: comprar una cantidad suficiente de condones para asegurar la práctica universal del sexo seguro en Uganda costaría probablemente el valor de todas sus exportaciones después del pago del servicio de la deuda. Esta situación va empeorando, Uganda como muchos países en el continente más afectado por el SIDA, exporta productos como el café o el algodón cuyos precios están cayendo en el mercado mundial, mientras que los precios de los condones o de los equipos médicos no bajan. Si en el año 1985 Uganda podía cambiar cada kilogramo de café por 10 condones, hoy con el mismo café sólo compraría tres. Este fenómeno, conocido técnicamente como el deterioro de las relacio-

nes de intercambio (ver línea 23 del cuadro), es una de las causas de la creciente pobreza de la mayoría de los países africanos (ver líneas 2 y 3).

Esta pobreza tiene una interrelación diabólica con las enfermedades, y especialmente con el SIDA. La pobreza impide las medidas necesarias para frenar la enfermedad. Esto no se debe sólo a la falta de gastos gubernamentales sino también a que los síntomas del subdesarrollo excluyen remedios. No se puede utilizar las escuelas como lugares de educación sobre el SIDA cuando tan poca gente, y especialmente tan pocas mujeres, pueden escolarizarse. (líneas 17 y

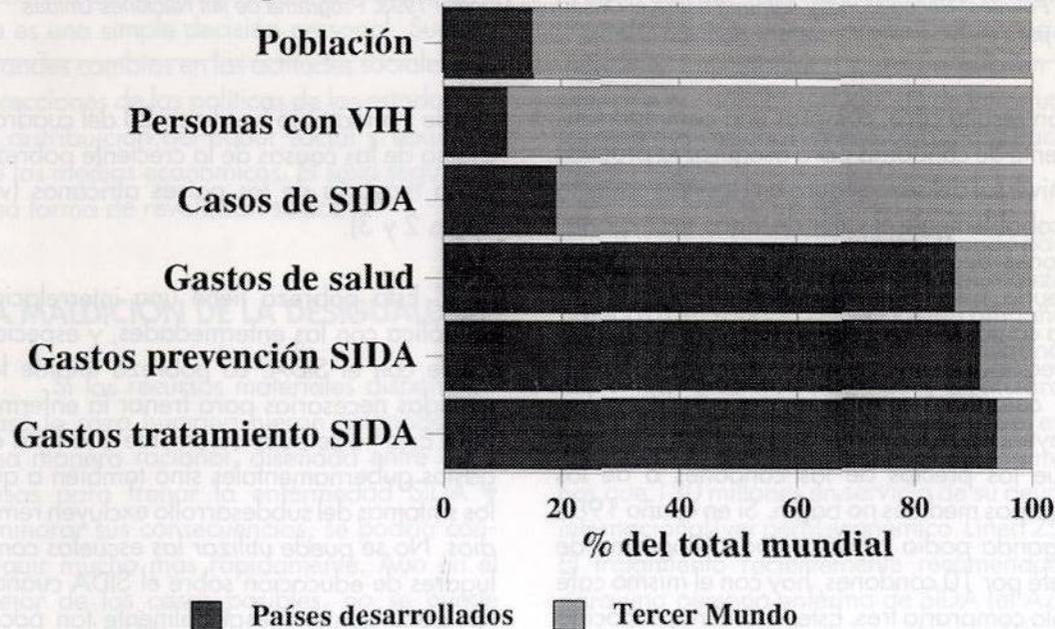
18). En principio no se pueden utilizar la televisión y la prensa como medios importantes de información porque llegan a una parte muy reducida de la población (líneas 20-22). Tampoco se puede utilizar la propaganda escrita puesto que la mayoría de la población (y especialmente mujeres) no saben leer (líneas 7 y 8). Mientras que la pobreza complica la enfermedad, la enfermedad hace aumentar la pobreza: el aumento de la enfermedad y la mortalidad de adultos reduce la fuerza de trabajo y la producción, especialmente en la agricultura (ver línea 16).

Sería falso dibujar una imagen totalmente negativa de la situación. Hay abundantes ejemplos en países africanos y otros del Tercer Mundo de políticas innovadoras de educación y tratamiento que comprueban que la falta de recursos materiales no es un obstáculo absoluto. A veces, la relativa falta de recursos está compensada en parte por uso más racional de los mismos. Hay ejemplos en

Africa de una cooperación entre ONGs, divulgando información sobre el sexo seguro, y la prensa y otros medios de comunicación que no se ha visto en países más desarrollados. Además, hay casos de gobiernos en el Tercer Mundo que, después de una resistencia inicial, han abandonado la moralidad hipócrita que ha caracterizado los países desarrollados y han lanzado políticas y propaganda más racional.

Sin embargo, las desigualdades internacionales tienen una influencia enorme sobre las posibilidades de lograr más avances. En la figura 6 se ve de una forma muy sencilla la división entre los países desarrollados y los del Tercer Mundo según 6 variables: población, personas con VIH y SIDA, gastos sobre la salud en general, la prevención y el tratamiento del SIDA en concreto. Lo que aquí se observa es un desfase casi total entre lo que se hace y lo que realmente hace falta.

Fig.6: Desigualdad, salud y SIDA



¿Cómo se puede contemplar un cambio hacia una equiparación mayor entre realidad y necesidad? A largo plazo, tendrá que pasar por unas transformaciones profundas en la distribución de poder y recursos en el mundo. Hoy día existe muy pocas indicaciones sobre esto. Sin embargo, hay remedios parciales, más de corto plazo y más modestos, que son contemplados y pueden aminorar la situación, en parte a través de un aumento en la cantidad y una mejora en la calidad de la ayuda internacional. La OMS ha propuesto recientemente un programa internacional de ataque, enfanzando la educación y la prevención. Se estima que las medidas propuestas tienen grandes posibilidades de reducir a la mitad las nuevas infecciones VIH entre su puesta en marcha y el fin de siglo, lo que supone poder evitar 10 millones de infecciones. Su costo estimado es de 2 mil millones de dólares al año. Esta cantidad es muchísimo más de lo que la OMS gasta en el SIDA en este momento, pero en otro sentido es poquísimo dinero. Es equivalente a los gastos militares en el mundo durante 24 horas, o al 5% de los beneficios anuales de las 10 mayores compañías privadas del mundo. La OMS, sin embargo, aún no ha recibido los fondos para financiar este programa. Todavía parece que en la escala de valores mundiales 24 horas de actividad dedicado a fomentar la muerte es más importante que preservar la vida de 10 millones de personas. Como preguntó Goya para dar título a uno de sus dibujos sobre los desastres de la guerra, debemos preguntar ¿por qué?

En el discurso convencional sobre SIDA ha figurado mucho el concepto de la culpabilidad. Yo también creo que hay culpables. Pero no son aquellos que han sido identificados por lo general por los políticos y la prensa; los culpables son los gobiernos que han preferido mantener su moralidad reaccionaria e hipócrita antes que salvar vidas; los controla-

dores de periódicos que han preferido vender más ejemplares a través de los escándalos que suministrar información útil, y los demás agentes de un sistema socio-económico que produce más beneficios no resolviendo que resolviendo problemas humanos reales, en el que el SIDA es un ejemplo. La batalla contra un virus necesita victorias en la lucha social contra todos estos culpables. El diablo no es tan imaginario.

FUENTES DE LAS FIGURAS:

1. WHO (OMS) Global Programme on AIDS, The HIV/AIDS Pandemic: 1993 Overview Ginebra: OMS, 1993 (WHO/GPA/CNP/EVA/93.1).
2. D.W. FitzSimons, «The global pandemic of AIDS», en Sholto Cross y Alan Whiteside, *Facing up to AIDS: The socio-economic impact in Southern Africa*, Basingstoke, Macmillan, 1993.
3. Ver 1.
4. Richard Hore, «The medical costs of AIDS in Zimbabwe», in Cross y Whiteside, *op. cit.* (ver 2).
5. Elaboración propia.
6. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, *Desarrollo Humano informe 1993*; OMS, *Global Aids News* (varios números); OMS, 1993 Overview (ver 1).

NOTAS AL TEXTO:

1. N. Samll, «Aids and Social Policy», *Critical Social Policy*, Spring 1988, vol. No 21.
2. Angus Nicoll y Phyllida Brown, «Beyond reasonable doubt», *New Scientist*, 15.1.1994
3. Ver Tony Barnett y Piers Blakie, *Aids in Africa: its present and future impact*, London, Belhaven Press, 1992.