

Es hora de ir más allá del sexo. Reflexiones sobre tres décadas de reduccionismos con respecto al SIDA

Alison Rosamund Katz

Después de 12 años como jefe de ONUSIDA, el Dr. Peter Piot ha dejado el puesto, un nuevo director ejecutivo ha sido nombrado: el Dr. Michael Sidibe. A nivel mundial, el SIDA ha matado a 25 millones de personas, se ha estabilizado en un nivel alto en muchos de los países más afectados, en donde ha reducido la esperanza de vida a niveles no vistos desde los años 50s. Además, se propaga rápidamente en nuevas regiones vulnerables del mundo (ONUSIDA, 2008), la pandemia está lejos de ser erradicada y el Dr. Sidibe enfrenta un reto importante.

Durante 25 años, las políticas y las estrategias en relación al SIDA han estado basadas en supuestos sobre las diferencias en el comportamiento y en las prácticas sexuales en el mundo. Tales supuestos no nada más son inverosímiles, sino que se ha demostrado que son equivocados, además. Solamente ha sido ya sea explicada o trabajada una pequeña parte de la inmensa variación en la prevalencia del VIH entre regiones (la parte que puede ser razonablemente atribuida a la diferencia en el comportamiento sexual individual), al mismo tiempo que otras explicaciones plausibles a favor

de las cuales existen pruebas claras, han sido ignoradas.

A casi tres décadas dentro de la epidemia, es hora de que ONUSIDA, bajo un nuevo director ejecutivo, explore una perspectiva más amplia y busque explicaciones de lo que podríamos llamar "la variación restante" (Katz, 2002).

¿Explica la diversidad de comportamientos individuales la epidemia de VIH?

El programa sobre SIDA de la Organización de las Naciones Unidas (ONUSIDA) fue establecido en 1996 para encabezar una respuesta multi-sectorial y multidisciplinaria a la pandemia. Tal respuesta debía de enfatizar los determinantes sociales y económicos, mientras que la Organización Mundial de la Salud enfocaría sus actividades relacionadas al VIH/SIDA a temas de salud biomédicos y técnicos.

Desde el comienzo de la epidemia, a principios de la década de los años ochentas, implícita o explícitamente, el comportamiento individual se ha expuesto como el modelo explicativo principal para entender la epidemiología de la infección del VIH y, particularmente, para explicar su rápida propagación y alta prevalencia en África subsahariana, lo que ha reducido los esfuerzos de prevención a un nivel individual: la promoción del sexo seguro, el uso del condón y las campañas de información, educación y comunicación (IEC).

Alison Katz, Centro Europeo del Tercer Mundo (CETIM , *Centre Europe Tiers Monde*), Movimiento de Salud de los Pueblos y Organización Mundial de la Salud Independiente, residente en Ginebra, Suiza
Correo-e: katz.alison@gmail.com
Conflictos de intereses: ninguno

El supuesto de que el comportamiento individual es responsable de gran parte de la variación en la prevalencia del VIH (entre 15% y 28% en los países peor afectados y entre 0.1% y 0.5% en muchos países industrializados) (ONUSIDA 2007) no ha sido cuestionado a lo largo de casi tres décadas, a pesar de la evidencia proporcionada por la OMS² y por ONUSIDA,³ que muestra que el comportamiento sexual varía poco entre países y regiones (con grandes variaciones dentro de las comunidades) y que las prácticas sexuales no tienen una relación clara con la prevalencia del VIH. Lo que surge de la bibliografía de manera consistente es que el sexo múltiple, serial, casual y sin protección es común en África, Europa, los EEUU y partes de Asia, además que la mayoría de los hombres en todos estos sitios tiene más parejas que la mayoría de las mujeres (KIT/SafAIDS/OMS, 1995).

En una serie sobre la salud reproductiva del 2006 de la revista *Lancet*, un directivo de la OMS, Paul van Look (Director de Investigación sobre Salud Reproductiva), reconoció que "Existe una idea errónea de que hay una gran promiscuidad en África, lo que se cree una de las razones potenciales de la rápida propagación del VIH/SIDA... pero esta idea no está respaldada por la evidencia" (*Canadian Press*, 2006). El Dr. van Look hizo esta declaración en relación a un estudio en el que se mostró que las parejas múltiples y el sexo premarital, por ejemplo, eran más comúnmente reportados en países industrializados que en países en vías de desarrollo (Wellings, 2006).

Ésta es, quizá, la conclusión más importante y más retrasada referente a los 30 años de la epidemia de VIH/SIDA. Sin embargo, sus implicaciones parecen haber sido totalmente ignoradas, tal como la noción de que la infección de VIH (como todas las infecciones: bacteriales, virales o parasitarias) prospera en el terreno fértil de un sistema inmunológico débil, resultado inevitable de unas condiciones de vida miserables.

La vulnerabilidad al VIH, en términos de un sistema inmunológico deficiente como determinante de los altos niveles de infección, ha sido descuidada tanto por la OMS como por la ONUSIDA. Lo que contrasta con enfoques de salud pública bien aceptados de otras enfermedades infecciosas. ¿No se trata del "excepcionalismo del SIDA" más significativo? La mala nutrición y la co-infección, junto con la miríada de otras enfermedades de la pobreza, como la tuberculosis (Toossi, 2001), la malaria,⁴ la leishmaniasis,⁵ la esquistosomiasis y otras infecciones parasitarias,⁶ han sido desatendidas (a excepción de las infecciones de transmisión sexual, ver abajo) como causas de raíz de la susceptibilidad, la infectabilidad y las altas tasas de transmisión. Esta desatención no es debida a la falta de evidencia, existe una bibliografía extensa acerca de la inmunología de la co-infección y las correlaciones inmunológicas de las deficiencias de micronutrientes, muchas de las cuales tienen implicaciones significativas para la prevención de la infección con VIH (un resumen puede consultarse en Stillwaggon, 2006).

Por excelencia, una enfermedad de la pobreza

El noventa y nueve por ciento de todas las infecciones por VIH está en países en vías de desarrollo, el 70% de éstas en África subsahariana; en donde han ocurrido el 75% de las muertes (ONUSIDA, 2008), en los países industrializados, las comunidades pobres y marginadas son las más afectadas por la epidemia. Es importante tener estos datos en mente porque la afirmación de que el SIDA es una enfermedad de la pobreza ha sido a menudo calificada como simplista.

Los determinantes sociales y económicas de la pandemia del SIDA nunca han sido tratados en su totalidad ni por ONUSIDA ni por la OMS. Algunos protestarán arguyendo que las conexiones con la pobreza fueron reconocidas desde el principio, es cierto, pero por una curiosa inversión de la lógica, la atención se centró casi

exclusivamente en el impacto económico del SIDA en las comunidades (ONUSIDA, 2006) en lugar de en *la pobreza como un factor determinante de la susceptibilidad y la infectabilidad extremas*.

Tanto ONUSIDA como la OMS reconocen la importancia de factores sociales y económicos como: la migración laboral, las varias formas de intercambio de sexo para la sobrevivencia, los desigualdades de poder entre los géneros y los desplazamientos poblacionales causados por la guerra y la violencia (Wojcicki y Malala, 2001; Schoepf, 2004). Sin embargo, las soluciones propuestas para estos problemas están casi siempre *centradas en una acción residual preventiva, posible al nivel del comportamiento individual*, rara vez en el contexto macroeconómico y político más amplio que determina la vulnerabilidad social y económica, y prácticamente nunca en las intervenciones preventivas para *aumentar la resistencia amplia de la población a la infección*, lo que constituye la razón de ser de la salud pública.

ONUSIDA (2000) observó que "después de años de centrarse en las elecciones de estilos de vida personales, a principios de los 90s, los programas de prevención del SIDA estaban dando renovada atención a los contextos sociales y económicos de la vida diaria de las personas, *contextos que dan forma a los comportamientos sexuales y a los relacionados a las drogas*" (cursivas mías), este estrecho contexto todavía descuida las vulnerabilidades que son determinadas por el ambiente y que son vividas por poblaciones enteras.

Vulnerabilidad biológica independientemente del comportamiento sexual individual

La vulnerabilidad biológica sugiere que los individuos VIH-negativos cuyos sistemas inmunológicos estén debilitados por la mala alimentación y que sufran de co-infecciones crónicas son más vulnerables a una infección por

VIH y que los individuos VIH-positivos en la misma condición son más infecciosos. La *susceptibilidad aumentada* del primer grupo y la *infectabilidad aumentada* del segundo, tienen como consecuencia unas tasas altas de transmisión poblacional.

A excepción de las infecciones de transmisión sexual (ITS), no se han considerado los factores biológicos que pudieran aumentar la transmisión del VIH; desde el principio se estableció que con la presencia de ITS, el riesgo de infección con VIH es aumentado de manera significativa (Flemming y Wasserheit 1992), además, el control de ITS es una estrategia prioritaria. Existen pruebas importantes que señalan que la co-infección con infecciones que no son sexualmente transmisibles (como las mencionadas anteriormente) también aumenta la susceptibilidad a la infección por VIH en gente seronegativa y la infectabilidad en gente seropositiva (Bentwich et al, 2000).

Como un factor en la *evolución de la enfermedad*, la desnutrición ha sido reconocida siempre y se recomienda la suplementación nutricional como parte de la atención estándar de los pacientes con SIDA. No hay escasez de pruebas de los efectos desfavorables, incluso devastadores de la subnutrición, la desnutrición y de las deficiencias nutricionales específicas en la función inmunológica y en la susceptibilidad a la infección y, una vez infectado, en la capacidad para manejarla. Sin embargo, como un factor en la *susceptibilidad* del huésped de la infección del VIH, la nutrición inadecuada parecería ser una pregunta de investigación crítica con implicaciones enormes en el área de la prevención primaria. No obstante, ha recibido poca atención.

En relación a la co-infección y a la subnutrición y a la desnutrición, la atención se ha centrado en los problemas *después del evento*, en lugar de los de *antes del evento* (siendo éste la infección inicial de VIH). El mantener a la gente VIH-negativa no infectada es una estrategia prioritaria, la

prevención primaria no debería limitarse al uso del condón y al sexo seguro, debería incluir al tratamiento masivo (prevención, detección y control) de co-infecciones comunes (en particular parasitarias) y la producción local de alimentos y la soberanía alimenticia respectivamente, éstas son intervenciones valiosas en sí mismas. Son, además, mucho más fáciles y baratas que el tratamiento de la infección por VIH con antirretrovirales

Para la exploración de lo que podríamos llamar "la variación restante inexplicada", una pregunta de investigación crítica son las tasas de transmisión previas al acto sexual en poblaciones que sufren de co-infecciones múltiples y de desnutrición (una situación típica en muchas de las comunidades pobres del sur de África y otras regiones con prevalencia alta). En poblaciones saludables europeas, la tasa de transmisión previa al acto sexual parece ser baja (Downs y De Vicenzi, 1999). En otros lugares, algo está haciendo al virus altamente infeccioso.

Diferencias de género

La vulnerabilidad de las mujeres (y la vulnerabilidad extrema de las jóvenes) a la infección por VIH fue tempranamente reconocida, ahora se entiende que esta vulnerabilidad es tanto fisiológica como socioeconómica y cultural. En términos de esta última, la comunidad del SIDA se dio cuenta de que los mensajes de prevención que promueven la monogamia y el sexo seguro son irrelevantes para las mujeres, ya que éstas tienen poco o ningún control sobre el comportamiento sexual de su pareja, incluyendo el uso del condón.

Sin embargo, en un desarrollo de lo más desafortunado, se ha propuesto la desigualdad de género como la causa raíz de la pandemia (Rao Gupta, 2002, Lewis, 2004), las mujeres en el África subsahariana corren un riesgo de contracción del VIH 500-1000 veces más alto que el de las mujeres en el resto del mundo (Essex, 2001). Esta es una diferencia algo grande para

poder ser explicada en términos del comportamiento sexual masculino.

Una vez más, se trata de cuánto de la variación en la prevalencia entre regiones se debe al comportamiento, esta vez en términos de desigualdad de género. Sin embargo: ¿Qué tan distinto es el comportamiento sexual de los hombres africanos y el de los europeos?. De acuerdo a los estudios mencionados anteriormente, la respuesta es "casi no hay diferencias".

¿Cómo pudo escapar a la atención de los expertos que realizaron la afirmación de que los *hombres* del África subsahariana son cientos de veces más vulnerables y oprimidos que las *mujeres* europeas, americanas o australianas en éste y casi todos los demás aspectos? Este debate de género, apolítico (típico de lo se podría llamar "pseudofeminismo neoliberal"), ignora las desigualdades estructurales entre países y ha tenido como consecuencia el mero desplazamiento de la culpa de toda la gente africana a la culpa de todos los hombres africanos.

La desigualdad de género en sí misma está subsumida en las causas de raíz reales de las altas tasas de prevalencia de VIH, es decir: la pobreza y el desempoderamiento de ambos sexos en muchos países pobres. Los análisis feministas arraigados en la justicia social reconocen la opresión de las mujeres de los países pobres dentro del contexto de la opresión de las comunidades enteras, compuestas por hombres, mujeres y niños, *de los cuales ninguno tiene un control significativo sobre sus vidas*. Como Greer (1999 p.6) ha señalado, "Si la igualdad significa el derecho a una parte igual de las ganancias, la tiranía económica es irreconciliable con la liberación".

Los determinantes sociales y económicas de la salud

La tiranía económica, hoy en día, consiste en la imposición por las instituciones financieras internacionales de políticas económicas sobre

países en vías de desarrollo (sin realizar un proceso de consulta democrática), en nombre de los Estados miembro en control (EEUU, el Reino Unido y el resto del G8) y a favor de sus intereses y el de sus corporaciones transnacionales.

La liberalización, la desregulación y la privatización impuestas han tenido como consecuencia la destrucción de la producción agrícola local y de la autosuficiencia comunitaria, el desmantelamiento de los servicios públicos, la explotación neo-colonial de los recursos humanos y materiales, la migración laboral, la separación de familias y la destrucción rural y urbana. Tal como se muestra en el Reporte de la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud de la OMS, entre otros. El SIDA es el precio pagado por los campesinos, los trabajadores migrantes, los mineros, los trailers y sus esposas, sus novias, sus parejas ocasionales y los hijos de todos estos sujetos.

La respuesta de emergencia son los condones y la IEC. La respuesta a largo plazo para un impacto sostenible es la capacidad local y nacional de satisfacer ciertas necesidades, por lo menos en términos de seguridad alimentaria y de atención primaria de la salud, con Estados soberanos, en control de sus propias economías para que el pueblo y sus comunidades puedan ser autosuficientes.

Un enfoque del SIDA basado en la justicia social y en los derechos humanos

La alimentación, el agua, la salud, la educación y la atención sanitaria básicas, la seguridad física y un trabajo decente en un empleo no explotador, que sea útil para sus propias comunidades, es decir, el desarrollo emancipatorio, son gran parte de la solución del SIDA en África, tal como lo son en el resto del mundo para todas las enfermedades de la pobreza.

El hacer a la población resistente a la infección (que es lo que hicieron los países ricos) es prevención primaria, mucho más primaria, que el uso de condones o el más sexo seguro. Si el control de la pandemia requiere la reforma agraria, la protección de la producción y los recursos nacionales y el rechazo de tratados de libre comercio, para que los hombres y las mujeres puedan crear y mantener vidas decentes en sus propias comunidades, eso es lo que la comunidad de salud internacional y todas las organizaciones internacionales *cuyo interés principal es el mejoramiento de las condiciones humanas en el mundo* deben recomendar y apoyar.

Para aquéllos que alegan que tales asuntos quedan fuera de los mandatos de la OMS y de ONUSIDA, permítasenos recordar que lo arriba mencionado no es más que un retorno a los principios de la Declaración de Alma Ata en la que "Salud para Todos" fue predicada en un Nuevo Orden Económico Mundial.

Anticipándonos al argumento de que estos asuntos son complejos y casi utópicos, quisiéramos distinguir entre lo que es complejo y lo que *no es deseado por las minorías en el poder*. Las políticas actuales, señala Stillwaggon (2004:9) están dirigidas a los comportamientos que con menor probabilidad cambiaremos: "Hasta la reforma agraria es más fácil y más instrumentable que instrumentos que pretenden lograr que todos los "chicos inhaladores de pegamento" en San Pedro Sula usen condón con los turistas sexuales o que los policías practiquen sexo seguro cuando buscan un soborno sexual. Muchas de las reformas macroeconómicas como el control de los flujos financieros, el impuesto Tobin (Tobin tax) o hasta un régimen de comercio justo, son más sencillos y podrían ser implementados mañana con un impacto positivo inmediato", (PHM/CETIM, 2005)

Información, educación y comunicación liberadoras

1. A nivel individual, condones y sexo seguro son nuestra única protección. *Para protección individual, SIEMPRE usa condones y pasa el mensaje a todos los que conozcas!*
2. El comportamiento sexual es más o menos el mismo en todos lados, pero el VIH/SIDA toma ventaja y se diseña rápidamente en poblaciones que sufren deprivaciones múltiples, incluyendo subnutrición y desnutrición, coinfecciones crónicas (que, como resultado, comprometen el funcionamiento del sistema inmune) y cuidado a la salud no seguro. *Rechaza el culpabilizar a las víctimas como racista, acientífica y una salida tangencial para acciones realmente efectivas; confronta las nociones establecidas con su propia evidencia!*
3. A nivel de la población –el dominio de la salud pública– la prevención primaria es la provisión de condiciones de vida seguras y saludables que hacen mejor tales condiciones de vida logrando que los sistemas inmunológicos de la gente funcionen óptimamente, proveyendo protección contra la infección. *Lucha por justicia social y económica y reclama tus derechos, incluyendo el Derecho a la Salud (PHM/CETIM, 2007).*

Información, educación y comunicación

Una estrategia alternativa contra el SIDA empezaría con la información esencial para que el pueblo se movilice para exigir una solución que sea integral, racional y que esté basada en el conocimiento científico y en la experiencia en salud pública.

Un enfoque del SIDA genuinamente basado en los derechos humanos

La alta burocracia internacional del SIDA ha lanzado altos trompetazos para anunciar su compromiso con el respeto de los derechos humanos en la lucha en contra del SIDA, al punto de haber ensordecido a su público, quien no escucha las quedas protestas de los más afectados, es decir, aquéllos quienes son más o

menos acusados de "habérselo buscado" por "portarse mal".

La suposición de que el comportamiento individual es responsable de la mayoría (o de toda) la variación en la prevalencia del VIH/SIDA es altamente estigmatizante, por tanto, es en sí misma una afrenta a la dignidad humana. Además, el fracaso en el reconocer y enfrentar a la pobreza y el des empoderamiento como determinantes importantes de la pandemia revela un entendimiento extremadamente parcial de los derechos humanos (de corte estadounidense). Revela un entendimiento parcial de las cosas, que ignora firmemente los derechos sociales y económicos *colectivos* (a pesar de que se habla de cinco derechos "indivisibles") a favor de los derechos civiles, políticos y culturales *individuales*.

Comentario General No 14. (UNHCHR 2000)

Punto 4: . . . el derecho a la salud subsume una amplia variedad de factores socio-económicos que promueven condiciones en las que la gente puede alcanzar una vida saludable y se extiende a los determinantes de la salud, tales como comida y nutrición, habitación, acceso seguro a agua potable y condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y saludables y un ambiente saludable.

Punto 5: . . . El Comité reconoce los formidables obstáculos estructurales y otros, que resultan de factores internacionales, que se encuentran fuera de control de los Estados nacionales y que impiden la realización plena del Artículo 12 (*de la Convención Internacional de los Derechos Económicos y Sociales -International Covenant on Economic and Social Rights-*, Ed).

Por ejemplo, el derecho a un nivel de vida adecuado y el derecho a alimentos (proclamados en la Conferencia Mundial sobre los Derechos Humanos en Viena, 1993) prácticamente nunca son tratados. Hoy en día, la discusión se limita aún a la discriminación social y legal, al empleo, a la privacidad y a la confidencialidad, al derecho a la información y a la educación, a la libertad de expresión y de asociación, a la libertad de movimiento y al derecho a ser protegido en contra del tratamiento inhumano y degradante.

Una estrategia alternativa exigiría el logro del respeto del derecho a la salud a través de la aplicación de los principios claramente estipulados en el Comentario General No. 14.

La Estrategia Alternativa en Contra del SIDA (de acuerdo a los principios de los derechos humanos y al preámbulo de la Declaración para la Salud de los Pueblos) identificaría a la desigualdad, a la pobreza, a la explotación, a la violencia y a la injusticia como causas de raíz de las enfermedades de la pobreza (incluyendo al SIDA). Además haría responsables a los gobiernos nacionales y a las organizaciones internacionales del reto de los intereses poderosos en la lucha en contra de la pandemia del SIDA (incluyendo a las autoridades en salud).

Referencias

Abu-Raddad LJ, Patnaik P, Kublin JG. Dual infection with HIV and malaria fuels the spread of both diseases in sub-Saharan Africa. *Science* 2006; 314 (5805): 1603-1606.

Bentwich, Z et al. Concurrent infections and HIV pathogenesis. *AIDS* 2000, 14: 2071-2081.

Bentwich Z et al. The helminth HIV connection: time to act. *AIDS* 22(13) 1611-1614, August 20, 2008.

Canadian Press. Sexual behaviour myths challenged in new study. www.cbc.ca/health/story/2006/11/01sexbehaviour.html (June 30, 2007)

Carael M, Cleland J, Deheneffe JC, Ferry B, Ingham R. Sexual behaviour in developing countries: implications for HIV control. *AIDS* 1995, 9(10) pp. 1171-1175.

Carael M, Holmes KK. Dynamics of HIV epidemics in sub Saharan Africa: introduction. *AIDS* 2001; 15: (suppl.4).

Downs, A.M. and De Vicenzi, I. Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to the number of unprotected sexual contacts. European Study Group of Heterosexual Transmission of HIV. *Journal of Acquire Immune Deficiency Syndrome, Human Retrovirology*. 1996 April 1; 11 (4) 388-95.

Essex, M. (2001) *No news yet on a vaccine for Africa?* Paper presented plenary session, 12th ICASA Ouagadougou, December.

Fleming D.T. and Wasserheit, J.N. (1999) From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 75, pp 3-17.

Gisselquist D. Denialism undermines AIDS prevention in sub-Saharan Africa. *International Journal of STD and AIDS*. 2008;19: 649-655.

Greer, G. (1999). *The Whole Woman*. London. Transworld Publishers.

Harms G, Feldmeier H. Review: HIV infection and tropical parasitic diseases – deleterious interactions in both directions? *Tropical Medicine and International Health* 2002; 7 (6): 479-488.

Katz A. AIDS, individual behaviour and the unexplained remaining variation. *African Journal of AIDS Research* 2002; 1: 125-142.

KIT/SafAIDS/WHO. (1995) Facing the challenges of HIV/AIDS/STDs: a gender-based response. Geneva, WHO; Amsterdam, Royal Tropical Institute; Harare, Southern Africa AIDS Information Dissemination Service.

Lewis S. Gender inequality and AIDS. Plenary Address, 12th Retrovirus Conference, San Francisco, February 8, 2004. (www.thebody.com/content/art13364.html (accessed Jun 21, 2008))

People's Health Movement/Centre Europe Tiers Monde. *La Santé pour Tous: Se réappropriier Alma Ata*. Geneva PHM/CETIM, January 2007.

Rao Gupta, G. (2002) How men's power over women fuels the HIV epidemic. *British Medical Journal* 324, pp183-184.

Reiner SL, Locksley RM. The regulation of immunity to *leishmania major*. *Annu. Rev. Immunol.* 1995; 13: 151-177.

Schoepf, B. "AIDS in Africa: structure, agency and risk" in *HIV/AIDS in Africa. Beyond epidemiology* ed. Kalipeni, E. et al. Oxford, Blackwell, 2004 121-132

Stillwaggon E. *AIDS and the Ecology of Poverty*, Oxford University Press, Oxford, 2006.

Stillwaggon, E. *Critique of the behavioural paradigm: AIDS and the ecology of poverty*. International AIDS Economics Network Pre-Conference, Bangkok, July 2004.

Toossi et al. Increased replication of HIV 1 at sites of mycobacterium tuberculosis infection :potential mechanisms of viral activation. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome* 28(1) pp 1-8.

UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic: June 2000, UNAIDS, Geneva.

UNAIDS/World Health Organization. AIDS epidemic update: December 2006, UNAIDS/WHO, Geneva, 2006.

UNAIDS. Report on the global HIV/AIDS epidemic: June 2007, UNAIDS, Geneva.

UNAIDS. *2008 Report on the global AIDS epidemic*. UNAIDS, Geneva, 2008.

UNHCHR. Substantive issues arising in the implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. General Comment 14 (2000).[www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En)

Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006; 368: pp 1706-1728.

Wojcicki, M and Malala, J. Condom use, power and HIV/AIDS risk: sex workers bargain for survival in Hillbrow/Joubert Park/Berea, Johannesburg, *Social Science and Medicine* 2001; 53: 99-121.

World Health Organization/Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. WHO, Geneva 2008.



Medicina Social

Salud Para Todos