

SIDA

Tina Rosenberg es editorialista de The New York Times y fue premio Pulitzer en 1996 (Foreign Policy - Edición Española, ABR/05).

Tras dos décadas y miles de millones de euros empleados en la lucha contra el sida, el mundo aún está muy lejos de poner freno a la epidemia. El dinero que los gobiernos donantes desembolsan con tanto *bombo* no surtirá efecto mientras persista una imagen equivocada del combate contra la enfermedad.

"El mundo ya reconoce la gravedad de la crisis"

No. Por todo el planeta, los que militan en la lucha contra el sida llevan años clamando por un aumento de la ayuda económica de los países ricos que por fin ha empezado a llegar. En 2003 se gastó un total de 4.700 millones de dólares (unos 3.600 millones de euros al cambio actual) en combatir la epidemia en los países pobres. La ONU promovió la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que en 2005 distribuirá entre 1.400 y 2.000 millones de dólares. El Banco Mundial, por su parte, destina 1.000 millones de dólares a la contención de la epidemia en África. Y George W. Bush anunció en su discurso sobre el estado de la Unión de 2003 el lanzamiento de una iniciativa a cinco años, con un presupuesto de 15.000 millones de dólares, para reforzar la prevención y las ayudas a los huérfanos del sida, así como hacer llegar los antirretrovirales a 14 de los países más golpeados por la enfermedad.

Esa inversión hubiera bastado para contener la epidemia en 1996, pero no es suficiente hoy. Con 4.700 millones de dólares se habrían proporcionado los entonces novedosos antirretrovirales a la mayoría de los enfermos y financiado campañas eficaces de prevención. El sida podría ser ahora una enfermedad de escasa importancia y no una catástrofe mundial. Esa inyección de capital hubiera permitido ahorrar miles de millones de dólares y salvar decenas -tal vez centenares- de millones de vidas. Pero la epidemia no ha remitido y el gasto actual, aunque multiplica por 15 el de 1996, es insuficiente para revertir su curso. El programa de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) calcula que el mundo en desarrollo necesitará 12.000 millones de dólares sólo en 2005, sin contar los miles de millones necesarios para poner en pie sistemas sanitarios operativos en decenas de países pobres.

"La falta de dinero es el mayor obstáculo para vencer la epidemia"

Falso. En realidad, es la falta de personal. Actualmente, el principal obstáculo en la lucha contra el sida en África, la región del mundo en que los efectos de la epidemia han sido más devastadores, no es la escasez de dinero, sino de personal: médicos, enfermeras, farmacéuticos, orientadores o trabajadores formados. Sin ellos, África ni siquiera puede hacer pruebas del sida o dar apoyo a los afectados, no digamos ya terapia antirretroviral. No obstante, esa red de trabajadores sanitarios sólo se puede establecer invirtiendo grandes sumas. En el hospital de Addis Abeba (Etiopía), que atiende al grueso de los pacientes de sida con terapia antirretroviral, hay dos médicos y dos enfermeras para unas 2.000 personas. En EE UU, el mismo número de pacientes es atendido por unas quince

enfermeras. En Malawi hay una enfermera por cada 4.000 ciudadanos. En muchos países no hay médicos fuera de las grandes ciudades y capitales de distrito. Al acabar con las vidas del personal sanitario y llenar los hospitales, el sida ha intensificado la crisis sanitaria de África, debilitando aún más la atención a la salud.

Hay, no obstante, otra razón para la escasez de profesionales: la emigración de decenas de miles de ellos. Los países ricos, que no desean gastar mucho en hacer atractiva la práctica de la medicina en las zonas rurales o en resolver la escasez de enfermeras, prefieren *robar* médicos y enfermeras al África anglófona. Tres cuartas partes de los médicos de Ghana emigran a países desarrollados como Gran Bretaña, Canadá, Australia o EE UU en los 10 años siguientes a su licenciatura. Sólo 360 de los 1.200 facultativos formados en Zimbabue en los 90 seguían ejerciendo la medicina allí en 2001. Este saqueo por parte de los mismos países que afirman estar preocupados por el sida en los países en desarrollo denota su falta de escrúpulos. *The South African Medical Journal* debería incluir menos anuncios pregonando las delicias del ejercicio de la medicina en la Canadá rural. Los países africanos tienen que mejorar sustancialmente las condiciones de trabajo de sus profesionales de la salud: ofrecer notables mejoras salariales en todas las categorías, así como bonificaciones por el servicio en las áreas rurales, dar cursillos de formación profesional sobre el sida a miles de trabajadores del sector y contratar a decenas de miles de empleados para los puestos clínicos y de gestión. Esta mejora podría agotar por sí sola los recursos financieros que los países ricos reúnen.

"Los pobres no siguen los tratamientos médicos"

Mentira. El uso incorrecto de los medicamentos contra el sida es muy preocupante, ya que la aparición de cepas resistentes hace la enfermedad más peligrosa. Andrew Natsios, responsable de la Agencia de EE UU para el Desarrollo Internacional (USAID), declaró en 2001 a *The Boston Globe* que los africanos no eran capaces de seguir correctamente un tratamiento contra el sida porque carecían del concepto occidental del tiempo. Nada más lejos de la realidad. Los africanos han demostrado ser muy responsables al medicarse; de hecho, mucho más que los pacientes estadounidenses o europeos, de los cuales sólo el 70% sigue correctamente las pautas temporales de su tratamiento.

En una clínica en Malawi gestionada por Médicos Sin Fronteras (MSF), de 800 pacientes, sólo cuatro han abandonado el tratamiento. En las clínicas de MSF en los suburbios de Ciudad del Cabo (Sudáfrica), casi el 90% de los pacientes cumple el calendario prescrito. Los programas gubernamentales han mostrado resultados similares: estudios recientes sobre los comprimidos con combinaciones de fármacos a dosis fijas elaboradas por los fabricantes de genéricos mostraron índices de seguimiento en Camerún y Uganda del 99% y el 97%, respectivamente. Y no sólo en África: en los centros que la organización Partners in Health tiene en Haití, casi el 100% de los pacientes siguen las pautas prescritas para la toma de su medicación, ayudados por un sistema de acompañantes (trabajadores pagados por visitar a los pacientes para comprobar que toman sus medicamentos y detectar cualquier problema en su salud).

Uno de los motivos para el grado de cumplimiento del tratamiento que se alcanza en los países pobres tiene que ver con que la mayoría de la gente ha visto morir a familiares o amigos o se ha enfrentado a su propia muerte, mientras que es menos común que los jóvenes con sida en Europa o EE UU conozcan a alguien que haya muerto de la enfermedad. Los africanos también suelen contar con más apoyo de su entorno para mantener el tratamiento.

Otro motivo por el que los pacientes del mundo en desarrollo siguen más fielmente sus tratamientos es que muchos de ellos tienen la gran ventaja de tomar genéricos, esos que la Administración Bush no ha querido financiar. Las versiones comerciales que componen los cócteles antirretrovirales son fabricadas por empresas diferentes, por lo que quienes los consumen deben tomar al día seis píldoras diferentes. Los fabricantes de genéricos pueden combinar los medicamentos en una única dosis y crear así un tratamiento diario fácil de seguir (un comprimido al amanecer y otro al anochecer). Los comprimidos con dosis fijas combinadas también simplifican la gestión de la cadena de distribución de los medicamentos, con lo que contribuyen a garantizar la estabilidad de su suministro. Por último, dado que son más baratos, niveles de gasto equivalentes permiten salvar el cuádruple de vidas.

"La disponibilidad del tratamiento estimulará comportamientos de riesgo"

Es posible, pero es más probable lo contrario. Estados Unidos y Europa han experimentado un incremento en los comportamientos de riesgo desde que existe un tratamiento para la enfermedad. Los índices de infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual están aumentando en los grupos de alto riesgo, sobre todo en los gays jóvenes.

Pero es más significativo el hecho de que a quienes ha vuelto más despreocupados la existencia de tratamiento haya sido a los gobiernos. En los últimos cuatro años, el presupuesto de EE UU para prevención del sida se ha mantenido estable, a pesar de un aumento entre 1999 y 2002 del 5% en los índices de infección generales y del 17% entre los varones homosexuales. Una tendencia que no se da sólo en los países ricos. Tailandia, uno de los ejemplos modélicos en la prevención del sida, consiguió reducir el número de nuevas infecciones anuales a 21.000 en 2003 (143.000 en 1991), pero la incidencia del VIH está volviendo a aumentar. El porcentaje de usuarios de drogas intravenosas infectados aumentó del 30% al 50% en la última década; en el sur del país, una de cada 50 embarazadas es seropositiva, el doble que hace tres años. Aunque suministra tratamiento a un número creciente de enfermos, tras la crisis de 1997, Tailandia se relajó en la prevención, cuyo presupuesto recortó en dos terceras partes.

De hecho, lo más probable es que en los países pobres la prevención se vea estimulada por la disponibilidad del tratamiento. Quienes toman antirretrovirales son mucho menos contagiosos. Además, el clamor pidiendo estos medicamentos ha atraído nueva financiación a esos países, lo que les permitirá aumentar sustancialmente sus esfuerzos de prevención. Los expertos en medicina saben también que quienes se hacen la prueba del sida y reciben información reducen sus comportamientos sexuales de riesgo. El problema es que en los países en desarrollo son muy pocos quienes se han hecho esos análisis. Esto cambia con la existencia de un tratamiento que ofrece buenos motivos para averiguar si están infectados o no. En 1998, antes de que el tratamiento estuviera disponible, sólo llegaron 450 personas a las clínicas de MSF en las afueras de Ciudad del Cabo pidiendo hacerse el test. Ahora, allí se realizan 17.000 al año. De hecho, en casi todos los países se ha producido una demanda de análisis tras la disponibilidad de tratamiento. Por ejemplo, cuando las clínicas de Partners in Health en Haití ofrecieron tratamiento con antirretrovirales y aumentaron su personal, mucha más gente acudió a hacerse las pruebas.

El tratamiento también reduce el estigma. Uno de los principales motivos por los que la gente no cambia su comportamiento es lo terrible que resulta enfrentarse a la enfermedad. Donde siempre es mortal, el sida está envuelto en un velo de negación. Esto cambia cuando se convierte en una

enfermedad crónica. Los países, como Brasil, que dan importancia tanto a la prevención como al tratamiento tienen éxito en ambas. Según los brasileños, no habrían podido mantener su porcentaje de adultos infectados en el 0,7% sin un programa de distribución de antirretrovirales gratis y universal. Siempre que no se deje de lado la prevención, la existencia de tratamiento no empeorará la epidemia.

"Las sociedades conservadoras no tienen por qué preocuparse por el sida"

Deberían. Los dirigentes de los países donde la religión u otras tradiciones conservadoras dominan la sociedad suelen afirmar que disfrutan de una especie de inmunidad cultural contra el sida. Es probable que los índices de transmisión del virus sean más bajos en los países donde la promiscuidad es menor. Otros factores, como las restricciones al alcohol o la circuncisión masculina en los países islámicos, también ayudan.

Pero las sociedades tradicionales tienen desventajas que las hacen tan vulnerables como las menos conservadoras. Los desequilibrios de poder entre los sexos han contribuido a la difusión del sida en todo el mundo, por ejemplo, al dificultar que las mujeres convencan a sus maridos de usar el preservativo. Las mujeres tienden a estar especialmente desprotegidas en las sociedades tradicionales. La prohibición de las relaciones sexuales extraconyugales no es de gran ayuda: generalmente, afecta sólo a las mujeres. La prostitución, las drogas y la homosexualidad también existen en las sociedades tradicionales, pero, al ser clandestinas, los grupos de alto riesgo tienen poca información sobre el sida.

Los índices de infección por VIH son bajos en la mayoría de los países islámicos tradicionales, o al menos eso es lo que piensan los expertos, puesto que estos países no hacen un seguimiento de los grupos de riesgo. Sin embargo, los investigadores del Banco Mundial creen que Oriente Medio acumula varios factores de riesgo, como una población muy joven, un creciente consumo de drogas y una alta emigración. Hay señales de que en países como Argelia el sida crece rápidamente entre los colectivos de riesgo y se extiende a toda la población. El área está mal preparada para enfrentarse a la enfermedad: no hay promoción del uso del condón y muy pocos gobiernos plantean abiertamente la cuestión del sida.

Senegal es un modelo de país socialmente conservador y receptivo al tema. El 94% de su población es musulmana y tiene uno de los índices de infección más bajos de África, un 1,4%. Pero no es un típico país musulmán. La prostitución es legal desde 1966 y las prostitutas reciben preservativos y deben hacerse exámenes médicos. El clero musulmán promueve que se hable abiertamente sobre cuestiones sexuales y ha encabezado campañas de prevención del sida. El hecho de que Senegal se tomara el sida en serio desde la primera aparición allí de la enfermedad en 1986 es tan importante en el éxito obtenido por este país como sus costumbres tradicionales.

"Asia será la próxima África"

No. Existe la tendencia a considerar que el sur de África es el futuro de Asia. La conferencia sobre el sida del año pasado tuvo lugar en Bangkok para poner de relieve el peligro que representa la enfermedad en Asia, y abundaron las predicciones de que Asia al final empujaría la epidemia africana.

Es muy probable que Asia llegue a tener un gran número de infectados y muertes por sida cuando la epidemia salga de los grupos de riesgo. Pero los índices de infección del 30%-40% de los

adultos en el sur de África no son el futuro de Asia. Supondría asumir que los índices de infección se mantendrán al alza hasta alcanzar los niveles del continente negro, algo que no es cierto. Son muchos los lugares donde la epidemia del sida es más antigua que en el sur de África. Se calcula que, a finales de los 80, un 40% de los hombres homosexuales de Argentina era seropositivos, cuando en ese momento esa cifra era de casi cero en el sur de África. Sin embargo, ahora, en Argentina el índice total de infección en los adultos es inferior al 1%. También a finales de los 80, Bombay y las áreas urbanas de Botsuana tenían índices de infección por VIH similares entre hombres con enfermedades de transmisión sexual. Diez años después, sólo el 2,5% de las mujeres en los consultorios prenatales de Bombay eran seropositivas, mientras que en las dos principales ciudades de Botsuana, Gaborone y Francistown, el 45,6% y el 48,5%, respectivamente, de las mujeres estaban infectadas. Es evidente que en el sur de África el sida se ha disparado, en general, entre la población con una especial virulencia.

"La pobreza explica la crisis del sur de África"

Falso. Si la capacidad para costearse el tratamiento sigue determinando quién recibe antirretrovirales, sí que será cierto que mueren los pobres. Pero el sida en sí no es una enfermedad ligada a la pobreza. Curiosamente, la pobreza no hace que sea más probable que el sida se difunda en una población ni tampoco influye en el tiempo que se vivirá como seropositivo hasta desarrollar la enfermedad.

En comparación con el resto del África subsahariana, el sur de África es relativamente rico. ¿Por qué se ha convertido en un problema de esa gravedad? Los factores más importantes parecen ser lo poco extendida que está la circuncisión -una barrera contra la transmisión del VIH que apenas estamos empezando a entender- y los desplazamientos geográficos. Sí, se puede culpar de ello en parte al *apartheid*. Suráfrica alojaba a los negros en asentamientos dispersos, les obligaba a viajar grandes distancias para acudir a sus trabajos y a pasar largos periodos lejos de sus casas. Al igual que en Botsuana, el Estado construyó una red de transporte relativamente buena que permitía que las personas se movieran fácilmente entre las aldeas y las ciudades. De este modo, la enfermedad se desplaza a las aldeas con relativa facilidad.

Suráfrica y Botsuana dependen, asimismo, en gran medida, de la minería, una actividad que obliga a los hombres a vivir alejados de sus hogares. Cuando no viven con sus esposas, los hombres tienen mayor tendencia a tener relaciones sexuales pagadas. También es más probable que las mujeres que viven alejadas de sus maridos tengan un mayor número de parejas y que resuelvan sus problemas económicos manteniendo relaciones con hombres mayores de su zona. La infección de trabajadoras del sexo se difunde rápidamente al resto de la población y también es más probable que las mujeres infectadas por sus maridos trasmitan la enfermedad. Hay diversas combinaciones de factores que podrían llevar a otros países a sufrir ese tipo de explosión de la enfermedad en el conjunto de la sociedad, pero, por ahora, el porcentaje de adultos con sida en la mayoría de los países africanos no llega a ese casi 40% que se da en el sur de África, siendo la cifra típica del 5% o menor.

Claro, la cifra resulta terrible aún así. Que el 5% de los adultos en China e India contraigan el virus significa 65 millones de seropositivos. Pero la proyección más alarmante implica suponer que el mundo no es capaz de aprender. El éxito de la prevención en Tailandia, Uganda y Brasil, entre otros, muestra que la epidemia del sida la crean los humanos. De hecho, Rusia podría contener una epidemia nacional en ciernes si ofreciera a los consumidores de drogas un programa de intercambio

de jeringuillas. La suerte de China, India, Rusia y otros países que hoy están en el umbral de sufrir la epidemia es que el mundo se está dando cuenta de que prevenir millones de muertes está sólo en nuestras manos.

¿Algo más?

Para entender los peligros que el sida plantea en los países de Oriente Medio, véase el informe del Banco Mundial de 2002 *Risks and Macroeconomic Impacts of HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: Why Waiting to Intervene Can Be Costly* (BM, Washington, 2002). Catherine Campbell estudia una campaña de prevención en una ciudad minera de Suráfrica y analiza su fracaso en *Letting Them Die: Why HIV/AIDS Intervention Programmes Fail* (International African Institute, Oxford, 2003).

Un descorazonador relato del rechazo de Estados Unidos a plantar cara al sida se puede encontrar en la obra de Greg Behrman *The Invisible People: How the U.S. Has Slept Through the Global AIDS Pandemic, the Greatest Humanitarian Catastrophe of Our Time* (Free Press, Nueva York, 2004). En su informe de junio de 2004, presentado ante la XV Conferencia Internacional sobre el Sida, titulado *An Action Plan to Prevent Brain Drain: Building Equitable Health Systems in Africa* (Physicians for Human Rights, Cambridge, 2004), la organización internacional Médicos por los Derechos Humanos se centra en el saqueo de los médicos y enfermeras de África por parte de los países ricos.