SIDA, LA AGONÍA DE AFRICA (y 2)

Mark Schoofs. Premio Pulitzer 2000. Mejor reportaje Internacional.

Continuamos publicando la segunda y última parte de la serie de ocho artículos/reportajes de Mark Schoofs, Premio Pulitzer 2000, referidos a la realidad del SIDA en África.

En toda esta serie de artículos, el autor analiza las diferentes caras de la epidemia, tanto la social como la humana y la científica. Aspectos como la respuesta heróica de la población africana; la escasez de medicamentos y sus consecuencias mortales; el origen y el futuro del SIDA; el efecto corrosivo del racismo y del colonialismo; el papel de las mujeres africanas en la expansión del VIH; las posibilidades de tratamiento y la esperanza de una vacuna eficaz...

la muerte y el segundo sexo

Harare (Zimbabue) y Nigeri Village (Kenia). Sipewe Mhakeni empleaba hierbas del árbol del Mugugudhu. Después de moler los pedúnculos y las hojas, mezclaba con agua nada más que un pellizco de ese polvo de color arena, lo envolvía en un jirón de una media de nylon y se lo introducía en la vagina por espacio de entre 10 a 15 minutos. Las hierbas hacen que se hinchen los suaves tejidos vaginales, la excitan y la resecan. Eso hace que mantener relaciones sexuales sea «muy doloroso», afirma Mhakeni, pero, añade, «a nuestros maridos africanos les gustan las relaciones sexuales con la vagina seca». Muchas mujeres están de acuerdo en que el «sexo en seco», que es como se conoce esta práctica, hace daño. Sin embargo, es corriente por toda la parte sur de África, allí donde la epidemia de SIDA es peor que en cualquier otro lugar del mundo. Investigadores que han realizado un estudio al respecto en Zimbabue, donde vive Mhakeni, han tenido dificultades para encontrar un grupo de seguimiento compuesto por mujeres que no llevaran a cabo ninguna de las variedades de esta práctica sexual.

Algunas mujeres se resecan la vagina con *mutendo wegudo* -tierra con orina de mandril-, que obtienen de los curanderos tradicionales; por su parte, otras usan detergentes, sal, algodón o un trozo de papel de periódico. Las investigaciones concluyen que el sexo en seco provoca heridas vaginales y elimina las bacterias naturales de la vagina, y que uno y otro efectos multiplican la probabilidad de infección por el VIH. Algunos de los que trabajan en el tema del SIDA creen además que la fricción extra hace que los preservativos se rasguen con mayor facilidad. El sexo en seco no es la única forma en que las africanas subordinan su seguridad sexual a la satisfacción masculina. En determinadas culturas, la vagina de la mujer se estrecha mediante el procedimiento de coserla hasta cerrarla casi por completo. No obstante, los métodos son más sutiles en la mayor parte de las sociedades africanas: a las chicas se les acostumbra a someterse a las iniciativas sexuales de los varones. Prisca Mhlolo se encarga del consultorio de The Centre (El centro), una gran organización de seropositivos zimbabueños. «Ni siquiera te permiten preguntar «oye, ¿vamos a mantener relaciones sexuales?» -advierte-, así que resulta impensable plantear el uso de preservativos». Mhlolo habla tanto desde su experiencia profesional como desde la personal. Ella es seropositiva, infectada por su marido, ya fallecido. Este, a medida que el SIDA destruía su sistema inmune, empezó a padecer herpes, que terminó por manifestársele en el pene con úlceras sangrantes. Mhlolo le propuso usar

preservativos, «pero él me respondió «ahora que estoy enfermo, te has buscado un amiguito». Resultó todo muy difícil». Mucha gente se resiste a hablar sobre las prácticas sexuales de determinadas culturas en particular porque se trata de un tema que levanta susceptibilidades y que, en África, está cargado de connotaciones raciales. Los blancos han caricaturizado la sexualidad africana durante siglos, al encasillar a los negros como unos animales en el terreno sexual, y algunos blancos todavía comentan en privado que ésa es la razón por la que el VIH está en plena expansión entre los africanos. Sin embargo, todos esos estereotipos yerran en el punto más importante, que no es la libido en sí misma sino la cultura en cuyo seno dicha libido se manifiesta.

El VIH se propagó en el seno de la comunidad homosexual norteamericana porque era habitual mantener relaciones sexuales anales con muchos compañeros y el virus se introdujo en el ejército tailandés porque los soldados eran clientes habituales de las prostitutas. En Bombay, donde el SIDA ha crecido de manera fulminante, los caseros se cobran en sexo el pago de los alquileres. Aparte del consumo de drogas, son los privilegios sexuales masculinos los que hacen que avance la epidemia. Estudios realizados en muchas culturas diferentes demuestran que los hombres tienen por término medio más compañeras y que mantienen más relaciones sexuales fuera del matrimonio que las mujeres. Puesto que el hombre eyacula dentro de la mujer, resulta más probable que los hombres transmitan el virus, mientras que las mujeres corren más riesgos de contraer el VIH sin transmitirlo. Hasta ahora, los hombres han superado a las mujeres en el número de casos de VIH, en parte porque tener más compañeros sexuales implica mayores oportunidades de encontrarse con el virus. Sin embargo, estadísticas recientes indican que, en el África subsahariana, el 55 % de todos los infectados son mujeres. Por supuesto, África alberga millares de culturas, algunas de las cuales se rigen por códigos sexuales estrictos.

No obstante, los papeles que el sexo en seco asigna a cada uno de los géneros son corrientes a muchas de las asociedades subsaharianas: las mujeres no están en condiciones de negociar las relaciones sexuales y, por lo tanto, deben correr los riesgos de una infección para complacer al hombre. De hecho, son muy escasos los frenos y equilibrios a disposición de las mujeres frente al comportamiento de los hombres. Esta brutal desigualdad «es parte de nuestra cultura puntualiza Mhlolo- y nuestra cultura es parte de los motivos por los que el VIH se está propagando». El África actual se encuentra muy lejos de sus comunidades tradicionales, herméticamente cohesionadas, que imponían obligaciones a los hombres, en su mayor parte, en favor de sus mujeres. África es también muy diferente de occidente, donde las mujeres gozan de un grado de poder relativamente amplio. Muchos lugares del África contemporánea están suspendidos en un limbo que combina lo peor de ambos mundos y el VIH se ha aprovechado de ello. Por ejemplo, los hombres siguen con su mentalidad acerca de la poligamia, pero ahora tienen muchas compañeras mediante el recurso al sexo pagado o a las relaciones con queridas, lo cual deja de aportar la cohesión social de los matrimonios tradicionales. Sin embargo, el SIDA está obligando a un cambio en la cultura africana y, puesto que el virus se propaga en África principalmente a través de las relaciones heterosexuales, la transformación social de mayor calado consecuencia de la epidemia bien podría ser la

de las relaciones entre mujeres y hombres. Las mujeres podrían salir de la epidemia con un mayor poder y hay fuerzas poderosas que empujan para que eso ocurra. Pero existe también una reacción, un llamamiento para imponer una vez más restricciones a las mujeres, en nombre de un reforzamiento de las tradicionales culturas africanas y de la lucha contra el SIDA. Las disputas no se libran sólo en torno a las prácticas sexuales, sino también sobre las fuerzas más amplias, económicas y sociales, que mantienen a las mujeres en una posición subordinada y facilitan la propagación del VIH. El Banco Mundial informa de que las tasas de analfabetismo entre las mujeres del sur del Sahara son casi un 50% más altas que las de los hombres. A muchas niñas africanas se les impide la asistencia a la escuela porque se les encargan quehaceres domésticos que les llevan mucho tiempo, como ir a buscar agua y leña. De hecho, las mujeres de África trabajan muchas más horas que los hombres, y mucho más.

Estudios realizados en Ghana y Tanzania demuestran que las mujeres de las zonas rurales, que por lo común acarrean pesos sobre la cabeza, transportan cuatro veces lo que los hombres y otros estudios indican que las mujeres realizan hasta el 90% de las labores de cava y arranque de malas hierbas. A pesar de ello, ganan mucho menos dinero que los hombres y raramente son dueñas de algo propio. En Camerún, por ejemplo, menos del 10% de los títulos de propiedad de tierras pertenecen a mujeres. Las mujeres de África se ven asimismo privadas de autoridad. Precisamente este año, el Tribunal Supremo de Zimbabue determinó en una sentencia que las mujeres no gozan, en el seno de la familia, de una condición o unos derechos superiores a los de un «varón joven», por lo común, un adolescente. Si una mujer desea emprender un viaje, explica Thoko Matshe, directora del Centro de Recursos de las Mujeres en la capital, Harare, «tiene que sentar a su marido, conseguir que el tipo se ponga de buen humor y pedirle permiso para partir. Si ni siquiera tienes capacidad de gestionar este tema, tampoco tienes capacidad de gestionar el de las relaciones sexuales». En la mayoría de las culturas tradicionales subsaharianas, los hombres pagan un precio por sus mujeres, lo que les autoriza a dominar la relación. El concepto mismo de violación en el seno del matrimonio no existe en la mayor parte de África y hasta las tías, las consejeras tradicionales de muchas jóvenes esposas africanas en materia de matrimonio, les inculcan a las mujeres que no pueden negarse a mantener relaciones sexuales con su marido.

Thoko Ngwenya, del Proyecto Musasa, de Zimbabue, que combate la violencia doméstica, explica cuál es la mentalidad: «Una vez que un hombre ha pagado la *lobola* -la palabra con que se designa la dote en varias lenguas del sur de África-, no es que fuercen a su mujer a mantener relaciones sexuales, es que simplemente están en su derecho». La subordinación sexual de las mujeres se inculca mucho antes de llegar a la edad adulta. Por ejemplo, de acuerdo con la tradición Shona, a las niñas se les enseña a estirarse los labios de la vulva para que se alarguen de manera que los hombres puedan jugar con ellos durante las caricias preliminares, aunque se da por hecho que las mujeres no tocan el pene de su

marido. De hecho, en determinadas culturas, la circuncisión femenina elimina la parte sexualmente más sensible del cuerpo femenino, el clítoris. «Para las mujeres - sostiene Caroline Maposhere, de la Women and AIDS Support Network (Red de Mujeres y Apoyo contra el SIDA), de Zimbabue-, la sexualidad no existe; sólo la fertilidad». Irónicamente, la prohibición en contra de que las mujeres participen de manera plena y activa en las relaciones sexuales es capaz por sí misma de fomentar la propagación del virus. Eliot Magunje dirige grupos de asesoramiento a hombres en The Centre. Oye quejarse a los hombres de que la pasividad de sus mujeres «destruye los placeres de las relaciones sexuales; ellá está ahí echada, como si fuera un palo. «¿Por qué vamos de putas?», preguntan los hombres. «Porque una prostituta es exactamente lo que ando buscando. Mi mujer no sirve más que para cocinar y fregar». Naturalmente, las relaciones entre hombres y mujeres son más complejas en la vida real. Jane, una zimbabueña que pidió que no se mencionara su apellido, dice que «si tu marido te exige relacieones sexuales, no te está permitido negarte pero, en la práctica, se establecen una comunicación y un entendimiento entre uno y otro».

El problema estriba en que esa comunicación se establece en un campo profundamente inclinado en favor del hombre. Jane, por ejemplo, se enteró de que su marido tenía por su cuenta una amiguita y se atrevió a dar el paso de pedirle que se pusiera preservativo. «Mi marido me contestó que él no usaba preservativo con su mujer -recuerda Jane-, así que creo que ése es el motivo por el que he contraido la infección». Ella no es la única.

Un estudio realizado en Zimbabue descubrió que más de la mitad de las mujeres con enfermedades de transmisión sexual habían contraído sus dolencias a través de sus maridos. El matrimonio, afirman muchos de los que trabajan en el tema del SIDA, es un factor de riesgo. Informes no sistemáticos indican que el sexo en seco es cada vez menos común entre la población joven urbana y educada. Pero también hay fuertes llamamientos a que se rechace el reparto de papeles entre los géneros a la manera occidental, del que se dice que resulta castrante para los hombres. Incluso en las ciudades, afirma Matshe, «la cosa anda al 50%». Por supuesto, los africanos todavía viven, en su gran mayoría, en zonas rurales o ciudades pequeñas. Además, los cambios de las costumbres sexuales no son nunca fáciles, en parte porque afectan a puntos fundamentales de la identidad personal y de los papeles sexuales. No resulta sorprendente que a los hombres les guste el sexo en seco: los tejidos henchidos empequeñecen la vagina y, en consecuencia, hacen que el hombre sienta que lo tiene de mayor tamaño. Además, algunos hombres (y mujeres) encuentran repugnantes las secreciones vaginales, en tanto que a otros les disgusta el ruido del sexo húmedo. Además, una vagina que esté demasiado húmeda y holgada puede ser interpretada por muchos hombres como signo de infidelidad. Con todo, algunas mujeres también prefieren el sexo en seco. Mhakeni dejó de hacerlo exclusivamente porque es seropositiva y quiere protegerse de con-

traer cualquier enfermedad de transmisión sexual que pueda debilitar su sistema inmune. A pesar del dolor del sexo en seco, ella se muestra a favor. «Es nuestra cultura», explica. Luego añade una razón que los investigadores y los que trabajan con el SIDA dicen que oyen sin cesar una y otra vez: «Si no uso hierbas, mi hombre se irá con cualquier otra». De hecho, Mhakeni vende esas hierbas y las mujeres las compran, por más que ella les advierta de los riesgos.

«Dicen que no importa si el VIH les es inoculado por el marido, porque, por lo menos, van a seguir casadas». Fanuel Adala Otuko tiene toda la pinta de ser el jefe del pueblo lúo de Kenia: ya mayor, anda más derecho que un palo y le faltan seis dientes de la parte de abajo, que le quitaron cuando tenía 12 años, como un rito de iniciación. «Duele -confiesa-, pero no puedes llorar». Los lúos ya no les extraen los dientes a sus hijos, pero Otuko y otros ancianos quieren restablecer algunas de las demás tradiciones lúas, en especial aquellas que creen que podrían retrasar la propagación del VIH, que se ha cebado en su pueblo. En Kenia, la tierra de los lúos es una de las zonas más castigadas del país, con una tasa de infección que se dispara hasta el 20% entre los adultos de Kisumu, la ciudad en la que vive Otuko. Los que trabajan con el SIDA por toda África están empezando a apuntar hacia el comportamiento masculino. En lo que se refiere a Kisumu, lo que más les preocupa son los pescadores de las riberas del Lago Victoria, que atraen a las jovencitas a base de dinero. Sin embargo, Otuko y otros ancianos lúos se centran en las mujeres.

> Los ancianos, por ejemplo, quieren restablecer el ideal de la virginidad femenina. De acuerdo con la tradición, una docena o más de mujeres casadas acudían a la casa de los recién casados en la tarde del día de la boda para comprobar que hubiera sangre, que pasa por ser un signo de la virginidad de la mujer. También examinaban al hombre, no su virginidad, sino su habilidad sexual. «Dan testimonio de que ella tiene un hombre normal -explica Otuko-, un hombre que puede tener relaciones sexuales con ella». Los ancianos quieren asimismo que se adopten medidas más agresivas. En contra de las recomendaciones de la mayoría de los trabajadores de la sanidad pública, quieren que se identifique a las seropositivas y que se les impongan determinadas restricciones. «Tendrían que estar controladas, mantenidas en cuarentena en unos lugares determinados», opina Otuko (sólo cuando se le pregunta, añade que esas restricciones podrían aplicarse igualmente a los hombres). «El SIDA es algo grave -declara-. No tiene cura. Así pues, la gente tendría que evitar el contacto con mujeres infectadas y, especialmente, el contacto sexual». Ahí está el problema, porque una de las más veneradas tradiciones lúas implica que se mantengan habitualmente relaciones sexuales con las viudas, y el SIDA ha provocado una proliferación de

viudas. Al igual que en muchas culturas del este y del sur de África, los lúos practican lo que, de uno u otro modo, se traduce por «protección del hogar" o, más corrientemente, por «herencia de las viudas». Cuando muere el marido, uno de sus hermanos o de sus primos ha de casarse con la viuda. Esta tradición garantizaba que los niños seguirían perteneciendo al clan del marido fallecido -a fin de cuentas, se había pagado una dote por la mujer- y aseguraba también que alguien se haría cargo de la viuda y sus hijos. Cuando el protector toma a la viuda, se cree que la relación sexual la «libera» a ella de los demonios de la muerte. Una mujer que se negara a aceptar un protector atraería la «chira» -la mala suerte- sobre todo el clan. Como es natural, si el marido ha muerto de SIDA, la viuda le va a transmitir el virus, a buen seguro, a su protector. Millicent Obaso, una trabajadora de la sanidad pública, de raza lúa, enrolada en la Cruz Roja, afirma que «nos encontramos con casas en las que han muerto todos los hombres a causa de esto de la herencia de las viudas».

El peligro que supone para los herederos no es más que una de las razones por las que el SIDA está poniendo en cuestión esta tradición. Se supone que los protectores van a proporcionar ayuda pero hasta los ancianos reconocen que los herederos toman a las viudas muchas veces sólo para satisfacer sus deseos sexuales o para quedarse con sus bienes. Según la tradición, el protector debe tener ya su propia esposa por lo que, con independencia de las intenciones que pueda tener, la pobreza suele llevar a que sea imposible mantener una segunda familia. Anna Adhiambo ha vuelto al lugar en el que vivieron ella y su marido: en la aldea de Ngeri, en una fértil ladera que desciende hacia la azul extensión del lago Victoria. Es la primera que regresa allí desde que la familia de su marido, ya fallecido, le obligó a abandonar aquellas tierras hace dos años. Su marido murió de SIDA en 1996 y ella fue adjudicada en herencia a uno de los primos. Ella tenía la esperanza de que el hombre le ayudara a mantener a sus tres hijos y pagara los gastos escolares (la educación, al igual que en la mayor parte de los países africanos, no es grauita en Kenia).

Pero él era un pescador que ya tenía su propia familia y «cada vez que volvía del lago -recuerda Anna-, decía que no tenía bastante para todos. Siempre la misma cantinela». Discutían con frecuencia y, cinco meses después de ser heredada, Anna decidió separarse de él. Las consecuencias fueron inmediatas y crueles. Un grupo de hombres del clan les conminó a ella y a sus hijos a irse de allí al día siguiente. Ella recuerda que la llamaron «ochot», que quiere decir puta que «anda de mano en mano». Cuando ella les pidió «iros, por favor, y dejadme en paz en mi casa», recuerda que uno de sus cuñados le contestó: «Esta casa es nuestra. No me contestes así de mal porque, si lo vuelves a hacer, te voy a atizar». Consolata Atieno es la suegra de Anna. Ha estado alisando las paredes de tierra de una choza nueva y, mientras habla, el barro, endurecido en sus manos, se seca y se cuartea. Anna «violó la tradición, rompió un tabú -afirma-, así que tuvimos que echarlos, a ella y a sus hijos. Para nosotros, los muebles y los enseres de la casa eran de mi hijo, así que nos los llevamos. Anna no

los había comprado. Además nos quedamos la tierra: parte se la dimos a mis otros hijos, parte la hemos vendido. En nuestra tradición, una mujer es propiedad de la familia de su marido. Él la compró al pagar la dote». Al no poder cultivar sus tierras, Anna se saca en la actualidad menos de diez dólares al mes a base de trabajos esporádicos en la ciudad vecina. El Akado Women's Group (Grupo de Mujeres de Akado), una organización local, le presta alguna ayuda pero, de momento, sólo uno de sus tres hijos va a la escuela.

¿Cómo se siente Atieno ante los padecimientos de sus nietos? «Cuando Anna decidió lo que decidió, tenía que haber pensado en las consecuencias». Pero, si Anna no puede mantenerlos, sus hijos van a correr mayores riesgos de continuar con el ciclo de la infección. Un estudio realizado en Zambia, por ejemplo, descubrió que la falta de educación multiplicaba por cuatro las posibilidades de que una mujer contrajera el VIH. Otuko y los ancianos creen que la «protección del hogar» podría reforzar la unidad de familias como la de Anna. Lo que los ancianos pretenden es despojar a esta tradición de su componente sexual y transformarla en lo que ellos denominan «herencia simbólica». Puntualizan que la limpieza sin connotaciones sexuales se practicaba también con las viudas de mayor edad, que habían pasado ya la menopausia.

En determinadas zonas de Zambia y Zimbabue, han ganado terreno ritos simbólicos de este tipo. Oriare Nyarwath, profesor de filosofía de la Universidad de Nairobi, cree que la herencia sin implicaciones sexuales podría contribuir a «una digna muerte de esta costumbre, sin que la gente se sintiera desamparada desde el punto de vista cultural». No obstante, advierte, hasta la protección simbólica implica que las mujeres están subordinadas al hombre y dependen de él. «La cultura es patrilineal y patriarcal -añade-. La mujer se traslada a vivir a la casa del hombre, la mujer se adapta a la cultura del hombre, así que, necesariamente, la mujer no está en pie de igualdad con el hombre». La desigualdad más perniciosa es la pobreza, que no es, bajo ningún concepto, un fenómeno exclusivamente africano. De los 1.300 millones de personas que, en el mundo, viven en la pobreza más abyecta, el 70% son mujeres y, en su gran mayoría, se encuentran con los mismos problemas básicos que las mujeres africanas. «En las sociedades preindustriales, las mujeres se quedan reducidas a su papel reproductor», afirma Geeta Rao Gupta, presidenta del ICRW (International Center for Research on Women, o Centro Internacional de Investigación sobre la Mujer). En los numerosos estudios realizados por el ICRW sobre el VIH, las mujeres de Latinoamérica, Asia y África manifiestan que no se atreven a insistir en unas relaciones sexuales más seguras o que no se oponen a las relaciones sexuales dolorosas por miedo a ser abandonadas por su maridos y a caer en la indigencia. No es, pues, de extrañar que, en un estudio sobre 19 países, el ICRW descubriera que la tasa de VIH era más alta cuanto más baja era la consideración de la mujer. Pocos lugares existen en los que la pobreza sea más terrible que en las barriadas de las afueras de Nairobi, inmensas colmenas de chabolas de hojalata, cloacas al aire libre y apestosas calles cubiertas de basuras. En Korogocho, uno de los barrios más pobres y humildes, un laberinto de estrechas callejuelas lleva hasta una choza de una sola habitación en la que el aroma de un potaje de verduras que se cuece lentamente en una fogata pugna por imponerse al hedor de aguas residuales que se cuela desde el exterior. Este es el hogar de Mary, que ha rogado que no se utilice su apellido. Dos niños muy pequeños -el séptimo hijo de Mary y su primer nieto- están acostados en una cama.

Hace tan sólo una semana, uno de los clientes de Mary -que le paga nada más que 75 centavos por servicio- le abofeteó en la cara cuando ella le pidió que se pusiera un condón. «No me puedo comer un caramelo con el papel de encima», repuso él. Al recordar que, ocho años atrás, su hombre le pegaba tales palizas que se quedaba imposibilitada de trabajar durante los dos días siguientes, ella le dejó hacer a aquel cliente tan violento. Es posible que éste termine pagando con SIDA su satisfacción sexual, porque Mary es seropositiva.

Mary no nació en estos suburbios, sino en el campo, a 100 kilómetros de Nairobi. Allí, la fértil tierra rojiza nutre las anchas hojas verdes de las plataneras, las ondulantes matas de los cafetales y las cañas de amarillentos penachos de los maizales. La madre de Mary, Beth, está sentada en una choza, cuya puerta se mantiene abierta sostenida por un machete, y explica por qué se marchó su hija. Su relato se corresponde punto por punto con el que dio su hija por separado. La historia que cuentan es como una alegoría de hasta qué punto la falta de poder de las mujeres fomenta la epidemia de SIDA. El marido de Mary «era un borracho», dice Beth. Le daba a Mary una paliza prácticamente cada semana, le quemaba la ropa y no le daba de comer. En cierta ocasión en que estaba vapuleando a Mary se puso por medio uno de los hijos, una niña. El marido apartó violentamente a la niña, de siete años, que fue a parar contra una roca, se produjo una lesión pulmonar y tuvo que ser hospitalizada durante dos semanas. Mary se fue con sus padres. Al principio, el padre de Mary, que murió hace ahora un año, la acogió de buen grado en la casa.

Sin embargo, a los pocos días se dio cuenta de que Mary y sus hijos eran unas nuevas bocas más que alimentar. Recuerda Mary que «mi padre me dijo que él ya tenía sus propios hijos, así que éramos una carga para él, que cogiera los bártulos y que me largara». Hay miles de mujeres como Mary en Nairobi, por no hablar de todo el resto de África, y, para que contribuyan a cambiar la tendencia de expansión del VIH, necesitan mucho más que estar informadas del SIDA. «Las mujeres con las que trabajo sostienen que prefieren morir de SIDA el día de mañana que de hambre hoy», declara Ann Waweru, directora del VWRC (Voluntary Women's Rehabilitation Centre, o Centro de Rehabilitación Voluntaria de Mujeres), una organización que ayuda a las profesionales del sexo, Mary entre ellas, a encontrar otro tipo de trabajo. No resulta fácil. «La mayoría no tiene ninguna cualificación ni un lugar al que acudir para obtener un préstamo con el que abrir un negocio. Un hombre no carga casi nunca con niños, por lo que puede hacer trabajos esporádicos, sacarse 20 chelines y vivir con eso. Pero la mayor parte de las mujeres con las que trabajamos tienen hijos. La miseria las lleva a dedicarse al sexo por dinero». De acuerdo con las costumbres del pueblo kikuyu, cada uno de los hermanos de Mary recibió una parcela de tierra para que la cultivaran. Pero, al ser niña, Mary no recibió nada. Al principio, ella trató de quedarse en el pueblo y de atender a sus necesidades y a las de sus hijos a base de aceptar trabajos de poca monta como el de sacar agua del pozo y el de ayudar a la gente a cultivar sus campos. Pero a su padre eso no le gustaba y amenazó a Mary y a su madre con pegarles. Al cabo de seis meses, Mary se marchó a Nairobi con sus hijos y prácticamente sin nada más. En la ciudad, pasó la primera noche en casa de un amigo, que le dijo: «Voy a enseñarte la forma en que puedes sacar dinero». Mary se encontró con que esa noche tuvo su primer cliente y, recuerda ella, «yo estaba feliz porque me saqué un dinero para dar de comer a mis hijos».

poner fin a la epidemia

Las prostitutas africanas podrían desempeñar un papel esencial en el desarrollo de una vacuna contra el HIV.

Nairobi (Kenia). **Cl barrio** de chabolas de Pumwani es el mundo al revés. Pumwani es una de las zonas de prostitución de la capital de Kenia, pero la animación sólo se ve en pleno día. Al anochecer, las calles se tornan demasiado peligrosas incluso para las prostitutas. Luego está la forma en que las mujeres anuncian sus servicios: no se las ve en minifalda o con descarados escotes. «Cualquier mujer con aspecto limpio que se coloque junto a su puerta puede ser una prostituta», afirma Joshua Kimani, un carismático joven médico que dirige una clínica de investigación para las trabajadoras del sexo. Pero los cambios más profundos de Pumwani se producen en la vida de mujeres como Joyce, cuya casa es una habitación donde apenas cabe su cama. Joyce, quien pidió mantenerse en el anonimato, llegó a Nairobi procedente de Tanzania. Al cabo de un año, y con tres hijos que alimentar, se dedicó a la prostitución. Esto ocurrió en 1983.

Nadie sabe con exactitud cuando llegó el HIV a Nairobi. Sólo se sabe que en 1985 el investigador canadiense Frank Plummer estaba investigando los casos de gonorrea y clamidia entre las trabajadoras del sexo de Pumwani y se le ocurrió someter a estas mujeres también a la prueba del HIV. Dos terceras partes dieron positivo. Entonces, decidió centrar sus investigaciones en el HIV.

Joyce era una de las afortunadas mujeres que no había contraído la infección, de hecho su caso era verdaderamente asombroso. Han transcurrido catorce años desde su primera prueba de HIV, y la mitad de este tiempo ha trabajado prestando servicios sexuales a una media de diez hombres al día. Sin embargo, sigue dando negativo en las pruebas, a pesar de que la incidencia de HIV entre las prostitutas ha ascendido al 90%. Joyce ha contraído otras ETS (enfermedades de transmisión sexual), prueba de que sus clientes no han utilizado preservativos y de que sin duda ha estado expuesta al HIV. Pero no ha contraído la enfermedad.

No cabe duda de que el caso de Joyce es insólito, pero no es el único. De hecho, Plummer ha realizado un curioso descubrimiento: si una trabajadora del sexo no contrae el virus en los primeros cinco años es poco probable que enferme de sida en el futuro. La explicación más simple era que las mujeres como Joyce presentaban una resistencia al HIV, que las hacía casi inmunes a la infección; de ahí que estas trabaja-

doras del sexo hayan electrizado a la comunidad científica. En la terminología eufemística de los expertos eran casos de «exposición múltiple sin infección». Las prostitutas han sido el chivo expiatorio del sida en África, ya que en este continente la enfermedad se ha propagado principalmente por contactos heterosexuales y los hombres culpan a las trabajadoras del sexo de la epidemia. Sin embargo, por una curiosa ironía, Joyce y otras prostitutas han proporcionado a los investigadores valiosa información sobre el intrincado funcionamiento del sistema inmunológico humano, y en particular sobre cómo podría combatir el virus. De hecho, los conocimientos obtenidos gracias a estas mujeres han permitido a los investigadores desarrollar una prometedora vacuna que pronto será ensayada en humanos. Es posible que de chivos expiatorios, culpables de la transmisión del sida en África, las prostitutas de Pumwani pasen a convertirse en salvadoras.

Sólo una vacuna podrá poner fin a la epidemia de sida. Los nuevos y potentes medicamentos contra el sida, aparte de ser demasiado costosos para países en desarrollo, no curan la enfermedad. En Estados Unidos y en Europa la resistencia a estos fármacos y sus graves efectos secundarios está reduciendo las posibilidades de obtener un tratamiento eficaz a un número cada vez mayor de pacientes, y se ha perdido la esperanza de llegar a eliminar el HIV del organismo. El virus, que se acopla al ADN del enfermo, parece perdurar en el organismo.

En teoría, los cambios en los hábitos sexuales podrían detener la epidemia y muchos Áfricanos centran sus esperanzas en el caso de Uganda. Yower Museveni, presidente de Uganda, ha emprendido una agresiva campaña contra la epidemia, y la incidencia de infección ha disminuido espectacularmente en algunas zonas urbanas desde principios de los años noventa; un centro de vigilancia ha descubierto que el número de casos se ha reducido a la mitad. Sin embargo, en este mismo centro un 13% de las mujeres embarazadas son seropositivas, lo que constituye una considerable fuente de infección. Aunque los programas educativos sin duda podrán salvar millones de vidas, el hecho es que los cambios de comportamiento no han sido capaces de poner freno a la epidemia, ni siquiera en países ricos.

Sin embargo, los programas de vacunación han logrado erradicar una enfermedad, la viruela, y están a punto de eliminar otra, la polio. Roy Mugerwa, científico de Uganda y director del equipo de investigadores que llevó a cabo los primeros ensayos clínicos en África de una vacuna contra el sida, dice: «La historia nos ha enseñado que sólo las vacunas pueden detener las epidemias». En lugar de combatir las infecciones, las vacunas enseñan al sistema inmunológico a reconocer y atacar los microbios. La primera vacuna, contra la viruela, era el virus de la vacuna, que sólo produce síntomas leves en humanos pero refuerza el sistema inmunológico contra la viruela. La vacuna contra la polio de Jonas Edward Salk era simplemente un virus de polio muerto. La tecnología ha avanzado, pero el principio de las vacunas sigue siendo el mismo desde la época antigua en que los chinos empleaban un tubo para introducir polvillo de costras de vacuna en la nariz de los enfermos: entrenar al sistema inmune con un virus inofensivo.

¿Pero se puede enseñar al organismo a combatir el HIV? Hubo una época en que la mayoría de los científicos estaban a punto de perder todas las esperanzas, y muchos aún albergan dudas. A fin de cuentas, el sida ataca el sistema inmune mismo, y mata a casi todas las personas que infecta. Se sabe que algunos enfermos lograban recuperarse de la viruela y muchos más ni siquiera presentaban síntomas, ya que lograban combatir la enfermedad muy rápidamente. Pero a medida que los científicos hacían más descubrimientos sobre la naturaleza del sida, cada vez parecía más patente que al final todos los infectados morían y que ninguno era capaz de repeler el virus. De aquí la gran importancia de las mujeres de Pumwani. Y de aquí también que «nadie lo creyera» al principio, según recuerda Omu Anzala, uno de los investigadores que ha estudiado a las prostitutas de Pumwani. ¿Realmente habían quedado expuestas al virus estas trabajadoras del sexo? No había duda de que no eran seropositivas, huella inequívoca de la infección. Por tanto, quizá nunca se habían topado con el virus, pese al gran número de hombres con los que habían tenido relaciones sexuales.

Sin embargo, el virus deja otro tipo de huellas. El sistema inmune tiene dos defensas importantes: los anticuerpos, que atacan a los virus que flotan libremente en el flujo sanguíneo, y los linfocitos T, o células T asesinas, que destruyen las células del organismo que han sido infectadas. Al igual que los anticuerpos, las células asesinas sólo se activan ante un tipo específico de microbios, de manera que ellas mismas también son una especie de huellas dactilares de los virus.

Sucede que las células infectadas presentan en la membrana exterior ciertos fragmentos de virus llamados epítopos (determinantes antigénicos). Los linfocitos T que reconocen estos epítopos destruyen la célula infectada. Es más, una vez detectados, el sistema inmune clona millones de células T correspondientes a estos epítopos, a fin de eliminar todas las células infectadas por el virus. Por tanto, un gran número de células T correspondientes al HIV delata la presencia de este virus en el organismo.

Andrew McMichael, investigador de Oxford, es uno de las más importantes expertos en células T de todo el mundo. McMichael y su colega Sarah Rowland-Jones han estudiado muchos casos de exposición múltiple sin infección entre trabajadoras del sexo de Gambia, país del África Occidental, y muchas de ellas presentan un alto número de células T del HIV. Pero en el terreno de la exposición múltiple, las trabajadoras del sexo de Gambia no le llegan ni a la suela del zapato de las prostitutas de Pimwani. Estas constituyen la verdadera prueba de fuego.

El equipo de Frank Plummer había descubierto pruebas de la presencia de células T del HIV, pero no había logrado convencer a muchos científicos. Los investigadores de Oxford, en colaboración con Plummer, confirmaron el hallazgo, despejando así

prácticamente todas las dudas de carácter científico. Las mujeres sí habían estado expuestas al HIV, y sus organismos habían levantado una defensa con células T asesinas.

¿Podrían ser estas células la clave de su inmunidad? A medida que los científicos iban comprendiendo mejor el mecanismo del asalto inicial del HIV contra el organismo, descubrieron que el sistema inmune siempre organiza un fuerte contraataque. De hecho, lo que ocurre durante las primeras semanas después de la infección es poco menos que extraordinario, y refuerza el actual consenso sobre el papel crítico desempeñado por las células asesinas en lo que concierne a la protección contra el HIV.

En esos días ocurre lo siguiente: la membrana externa de ciertas células humanas están salpicadas de dos tipos de moléculas llamadas CD4 y CCR5. Cuando un virus HIV se acopla a una de estas moléculas, entra en la célula como un ladrón que consigue abrir la cerradura de una puerta, asume el control del ADN y lo obliga a producir hasta 10.000 nuevos virus. A continuación la célula infectada expulsa los nuevos virus al exterior y el ciclo se repite.

Al cabo de 48 horas, un gran número de virus ya ha avanzado hasta los ganglios linfáticos, donde abunda el tipo de célula inmunológica predilecta del HIV. Muy pronto, después de sólo tres días, el virus ha conseguido infiltrarse en algunas células longevas donde puede permanecer escondido durante años, soportando el ataque feroz de los fármacos, para luego resurgir e iniciar nuevamente la infección. Al décimo día, el HIV ya se encuentra en el cerebro, el bazo y los intestinos. En esta fase de la invasión, la cantidad de HIV en el flujo sanguíneo se dispara hasta niveles casi increíbles: un solo mililitro de sangre, una mera gota, puede contener hasta 95 millones de virus.

A continuación, el sistema inmunológico se moviliza. El organismo comienza a producir millones de linfocitos T que atacan las células infectadas por el HIV y también segrega moléculas especiales que paralizan el virus. Los anticuerpos contra el HIV tardan en aparecer unas dos semanas, a veces hasta un par de meses, y todo indica que no surten mucho efecto. Al parecer, son las células T las que consiguen contener el virus, pero no lo eliminan. En realidad el virus y el sistema inmunológico quedan trabados en una lucha igualada que puede extenderse durante años. A la larga, por un mecanismo que aún no ha sido descubierto, el HIV supera las defensas del organismo y el paciente queda vulnerable a las llamadas enfermedades oportunistas.

Los primeros días de la infección, cuando el cuerpo está saturado de virus, encierran la clave para el desarrollo de una vacuna, opina McMichael. Las células T «no dejan de perseguir el virus», explica, «pero el virus siempre les lleva la delantera. Pero si se vacuna al enfermo, entonces su sistema inmunológico arranca con ventaja».

Por tanto, lo que han hecho McMichael y su equipo ha sido crear una vacuna a partir del ADN de los epítopos que reconocen las células asesinas. Los científicos se han asegurado de obtener estos fragmentos de

aquellas partes del HIV que son incapaces de mutar y eludir el ataque de las células T. Algunos de los epítopos de la vacuna son aquellos que desencadenan la respuesta de células asesinas en las prostitutas de Pumwani, expuestas al virus pero no infectadas. «La vacuna», afirma Plummer, «ha sido creada en parte con la colaboración de estas mujeres».

Una vez que se realicen los ensayos preliminares a principios del próximo año en Inglaterra, la vacuna será sometida a ensayos clínicos en Nairobi. Es posible que al reforzar el sistema inmune con la vacuna el organismo pueda eliminar el virus antes de que se asiente. Y, de no ser así, quizá la vacuna pueda ayudar al cuerpo a contener el virus y reducir sus niveles, de modo que no pueda transmitirse o provocar los síntomas de la enfermedad.

Pero habrá que confirmarlo. Selina (éste no es su verdadero nombre) intenta olvidar las épocas más difíciles de su vida. Afirma, por ejemplo, que no es capaz de recordar la primera vez que mantuvo relaciones sexuales por dinero. Pero en cambio se deleita en recordar los contados momentos de buena fortuna, como el hecho de no haber contraído el sida. Al igual que Joyce, formó parte del primer grupo de estudio que Plummer organizó en 1985, y tampoco dio positivo en las pruebas del HIV. Se jactaba de ser inmune. Pero ahora, cuando le preguntan sobre su inmunidad al sida contesta con incoherencias, y confiesa que debe tener cuidado, pues los hombres son «muy astutos» y se las arreglan para quitarse el preservativo. La vida de las prostitutas de Pumwani es muy dura. Cuando contraen el HIV desarrollan el sida en sólo cuatro años, mucho antes que las mujeres de Kenia que no se dedican a la prostitución, por no hablar de las mujeres de los países desarrollados. Las prostitutas, afirma Plummer, llevan una vida «increíblemente violenta».

> En 1996 Selina fue violada repetidas veces. Hasta ese momento llevaba once años dando negativo en las pruebas del HIV. Pero poco después de la violación dio positivo. Ya ha sufrido una serie de enfermedades relacionadas con el sida, y ha perdido el 10% de su peso. Tiene las venas salientes y brotadas, como gruesos verdugones que recorren sus extremidades. Sin embargo, se ha negado obstinadamente a conocer los resultados de las pruebas del sida, explica Kimani. «No es capaz de aceptar que, pese a creerse inmune, ha adquirido la enfermedad». Hay algunas otras mujeres como Selina, expuestas al virus en múltiples ocasiones sin haberse contagiado virus pero que repente han dado positivo en la prueba. Plummer y Kimani creen que en el caso de Selina el trauma de la violación pudo haber debilitado su sistema inmune. Sin embargo, el resto de las mujeres que a la larga también dieron positivo parecen compartir otro factor de riesgo: dejar la prostitución. Cuando se produce una infección, el organismo mantiene un alto nivel de células T durante un largo periodo de tiempo. Su número aumenta ante la presencia de un microbio invasor, y luego disminuye. Por tanto, es posible que estas mujeres conservan la inmunidad debido a su exposición cons-

tante, de bajo nivel, al HIV de sus clientes. Cuando las mujeres se toman unas vacaciones de la prostitución, las células asesinas declinan y aumenta la vulnerabilidad del organismo al virus.

¿Cómo ha afectado este descubrimiento a los planes para desarrollar una vacuna? «No ha sido una buena noticia», reconoce Plummer. A fin de cuentas, los investigadores tenían esperanzas de que la inmunidad durara toda la vida, o al menos durante muchos años. Si hace falta aplicar sucesivas dosis de recuerdo, la zona más necesitada, el mundo en desarrollo, no podrá permitirse la vacuna.

Pero McMichael interpreta de otra manera los casos de infección reciente entre las prostitutas. Kimani ha descubierto que la resistencia al virus es un rasgo hereditario, lo que sugiere un factor genético. El rasgo se ha detectado en otras personas; algunos caucásicos, por ejemplo, presentan una mutación que hace que sus células sean inexpugnables ante un ataque de las cepas más comunes del HIV. Pero el hecho de que las mujeres

de Pumwani pueden contraer la enfermedad a la larga es en realidad «una buena noticia», opina McMichael. «No para estas mujeres, por supuesto, pero es un buen dato para el desarrollo de la vacuna, porque esto significa que no tienen una imnunidad genética especial, algo que la vacuna obviamente no podría inducir». Sin duda el mayor obstáculo a la creación de una vacuna contra el sida es el virus mismo. Para empezar, hay muchas cepas del HIV, llamadas subtipos, y el principal subtipo presente en Estados Unidos y Europa, y por tanto el más empleado en las investigaciones sobre vacunas, es distinto a los subtipos dominantes en África. Nadie sabe si una vacuna desarrollada para combatir un subtipo específico podrá brindar protección contra otro. Además, el sistema inmune es distinto en cada persona, y está compuesto de diferentes «tipos HLA». Incluso las células de dos personas infectadas por la misma cepa presentan a menudo distintos epítopos virales en la membrana exterior. Estas diferencias suelen estar relacionadas con factores étnicos, de modo que una vacuna capaz de proteger a los blancos quizá no surta el mismo efecto en asiáticos o Áfricanos.

McMichael ha intentado resolver estos problemas creando una vacuna a partir de fragmentos de la cepa de HIV más común en Kenia, el subtipo A. Además, ha incluido suficientes subtipos para cubrir casi todas las cepas presentes en África Oriental. No obstante, la vacuna de McMichael sólo emplea 44 epítopos y un gen viral entero. ¿Será suficiente? ¿Son realmente las células asesinas la verdadera clave de la protección?

La mayoría de las prostitutas que no han contraído el sida, según parece, producen un anticuerpo especial en la zona donde se produce la invasión del virus, las mucosas de la vagina. Por tanto, ¿debería la vacuna inducir la creación de anticuerpos en una parte específica del cuerpo? Este es precisamente el objetivo de otras vacunas que actualmente están en fase experimental. Nadie sabe las respuestas a estas preguntas, pero los Áfricanos no están dispuestos a cruzarse brazos y esperar que Occidente resuelva estos problemas. «Mi hermano murió de sida hace cuatro años», dice Anzala, quien lleva muchos años estudiando a las trabajadoras del sexo de Pumwani. «Su muerte me destruyó,

pues a pesar de todos mis conocimientos..." Visiblemente emocionado, debe hacer un esfuerzo para continuar. «No podemos esperar a que nos llegue la solución de Estados Unidos. No. Tenemos que participar en la búsqueda». De hecho, los científicos Áfricanos participan activamente en la investigación del sida, aportando ideas y realizando un importante trabajo de laboratorio, e insisten en que se realicen en sus países los ensayos clínicos de las nuevas vacunas y que se desarrollen vacunas contra las cepas del virus que les afectan. Uganda será el primer país Áfricano que lleve a cabo ensayos clínicos de una vacuna de sida, y los mismos científicos ugandeses

efectuaran los sofisticados análisis de laboratorio necesarios para evaluar los resultados. Suráfrica, país donde se realizó el primer trasplante de corazón en el mundo, posee las instalaciones biomédicas más desarrolladas de todo el continente Áfricano. Su presidente, Thabo Mbeki, ha dado máximo grado de prioridad al desarrollo de una vacuna contra el sida, y ha proporcionado fondos para hacer una investigación exhaustiva. «Los Áfricanos no sólo aportamos la población para realizar los ensayos clínicos», sostiene Quarralsha Abdul Karim, científico surÁfricano experto en el sida. «Podemos hacer una contribución intelectual». Mientras los Áfricanos hacen el mayor esfuerzo posible, en el resto del mundo los expertos en sida también conceden prioridad al desarrollo de vacunas. Los Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos, una organización que por su tamaño y sus enormes recursos eclipsa a cualquier otra agencia sanitaria del mundo y que invierte más de mil millones de dólares (175.000 millones de pesetas) en la investigación del sida, solía destinar menos del 10% de su presupuesto a los proyectos de vacunas, la sección del sida que menos fondos recibía. Sin embargo, en los últimos tres años ha aumentado considerablemente la financiación de estudios de vacunas y ha contratado al premio Nobel David Bahimore para que dirija los esfuerzos. Si bien antes había mucho pesimismo con respecto a las vacunas contra el sida, la mayoría de los científicos piensa ahora que su desarrollo es viable.

Sin embargo, aunque estos obstáculos científicos logren superarse, aun queda otra dificultad. La República Democrática del Congo, un país extenso, empobrecido y devastado por la guerra civil, es el lugar del mundo donde resulta más difícil llevar a cabo una campaña de vacunación. Pero este año, en tres distintas ocasiones, miles de trabajadores sanitarios se internaron en las zonas rurales para derramar un milagroso brebaje rosado en la boca de millones de bebés congoleños. En una aldea situada a las afueras de la ciudad de Mbuji-Mai, las madres levantaban orgullosas a sus niños mientras la población entera celebraba la campaña de vacunación. Pese a la guerra, la Organización Mundial de la Salud prevé que dentro de un año habrá erradicado la polio del Congo. Este es el sueño de los científicos que trabajan en una vacuna contra el sida.

Pero es también su pesadilla, porque a pesar de que la vacuna contra la polio es barata y eficaz, ha habido que esperar hasta ahora para eliminar esta enfermedad, 40 años después de haber sido erradicada de Estados Unidos. ¿Tendrá África que esperar otros 40 años una vez que se desarrolle la vacuna contra el sida?

Si la vacuna basada en la inmunidad de las prostitutas de Pumwani funciona, África la obtendrá poco después. Esto se debe a que su desarrollo ha sido financiado por la *Iniciativa Internacional para Una vacuna contra el sida* (IAVI: International AIDS Vaccine Initiative), que ha allanado el camino para llevar a cabo algo que no ha ocurrido nunca antes: la entrega simultánea de una vacuna a los países desarrollados y al Tercer Mundo.

Seth Berkley, presidente de IAVI, que trabajó en Uganda durante los primeros años de la epidemia del sida, es un hombre que está en continuo movimiento. Ha llevado su campaña al Banco Mundial, a Estados Unidos, el G-7 y otras organizaciones con la bolsa bien llena y dispuestas a escucharlo para crear un fondo que permita la distribución de una vacuna del sida en el Tercer Mundo. Además, IAVI se ocupará de que toda vacuna que financie esté disponible a los países pobres. Berkley ha convencido a Bill Gates y al Gobierno británico de que donen a su organización 26,5 millones de dólares (4.600 millones de pesetas) y 23 millones de dólares (4.000 millones de pesetas) respectivamente. IAVI ha empleado este dinero para impulsar el desarrollo de vacunas prometedoras. «Somos como una empresa de capital riesgo», dice Berkley. «Pero en lugar de exigir el 50% de los beneficios, pedimos que los pobres tengan acceso al producto».

Fundamentalmente, IAVI negocia acuerdos que conceden al fabricante la alternativa de hacer la vacuna asequible a los países en desarrollo. Pero si estos se niegan, explica Berkley, «IAVI mantiene una serie de derechos que le permiten hacer llegar la vacuna a estos lugares».

De vuelta en la clínica de Pumwani, Kimani, nuestro joven médico, dice: «Les prometimos a las mujeres que los resultados de la investigación iban a beneficiarlas. Y ya nos están preguntando por la vacuna». Lo cierto es que pasarán varios años antes de que lleven a cabo los primeros ensayos clínicos a gran escala de una vacuna, y aún más hasta que los investigadores logren determinar si resulta eficaz o no. Incluso cuando el mundo los presiona, los científicos siempre avanzan a rastras.

Hasta que llegue ese momento, Kimani nos explica qué hacen en su clínica cuando la muerte comienza a acechar a alguna paciente. «Si comprobamos que su estado se ha deteriorado mucho, les pedimos que pasen por la consulta. Cuando nos preguntan si están muy enfermas les decimos que quizá es hora de pensar en volver a su aldea». Kimani se mantiene en silencio unos instantes antes de proseguir. «Les damos algo de dinero para que puedan volver con su familia». A lo que añade, casi a gritos: «¡Necesitamos con urgencia una vacuna!».

África no atiende a las víctimas del sida

Un movimiento construido sobre las ruinas del apartheid.

Kwamashu (Suráfrica). es un domingo de

marzo, caluroso y gris. La estación de trenes de Duraban está desierta a estas horas de la tarde; no cabe duda de que no es el escenario más idóneo para manifestarse contra el sida. Sin embargo, en el suelo hay una mujer menuda llamada Mercy Makhalemele, una de las primeras activistas del movimiento contra el sida en Suráfrica. Es su forma de protesta. Makhalemele descubrió en 1993 que era seropositiva. Cuando se lo dijo a su marido, éste la empujo contra la cocina, donde se quemó un brazo al volcar una olla de aguar hirviendo. Al otro día fue a la tienda de zapatos en la que trabajaba, «como si no hubiese pasado nada», pero su marido se presentó para decirle que regresara a casa, recogiera sus cosas y se marchara, pues él no era capaz de vivir con una persona portadora del HIV. Esto ocurría a las diez de la mañana; a las tres del mismo día fue despedida del trabajo. Su hija menor, Nkosikhona, que significa «Dios está ahí», nació seropositiva. Makhalemele recuerda el día que la llevó al hospital y las enfermeras le dijeron: «La niña es seropositiva, no podemos hacer nada». A lo que Makhalemele les contestó: «No vengo para que la traten del sida, sino de la bronquitis». La niña murió cuando tenía dos años y medio.

Durante todo este tiempo Makhalemele ejerció presión sobre el gobierno, el nuevo Gobierno de Nelson Mandela, el más progresista de África y quizá del mundo entero -, para que luchara contra el sida.

Parecía que iba a ser fácil. Quarralsha Abdul Karim es una de las principales expertas en sida de Suráfrica, y la primera persona que ha dirigido el programa de control de sida del país. Makhalemele recuerda un conferencia sobre el sida celebrada en 1992, en la que Mandela presentó el programa del Gobierno. Abdul Karim habló después del presidente, pero, según recuerda Makhalemele, «no había mucho más que añadir, puesto que Mandela conocía bien el tema y sabía muy bien lo que se debía hacer».

Pero tras la conferencia volvió el silencio. Hasta finales de 1996, cuando la incidencia del HIV entre las mujeres surafricanas que acudían a las clínicas de cuidado prenatal había superado el 20 por ciento, Mandela sólo había vuelto a tocar el tema del sida una vez, durante un foro económico celebrado en Suiza. El motivo por el que tardó tanto en enfrentarse al sida sigue siendo uno de los grandes enigmas de la epidemia. Mandela se negó a concederle al Voice una entrevista, pero incluso su amigo y médico de cabecera, Nihalo

Mollana no entiende la actitud del presidente.

«Me enojo cada vez que lo pienso», declaró Mollana a principios de año en una entrevista. «Cada vez que veo a Mandela - por cierto, hoy mismo he desayunado con él -, le echo la bronca». Y añadió, irritado: «La respuesta del anterior gobierno durante el apartheid fue una vergüenza nacional. La respuesta de mi gobierno - soy un fiel miembro del ANC desde que tengo 16 años -, también ha sido vergonzosa».

De hecho, la nueva Administración ha cometido enormes meteduras de pata. Primero, la testaruda ministra de Sanidad, Nkosazama Zuma, autorizó la inversión de 2,2 millones de dólares (unos 400 millones de pesetas) en una obra dedicada a la prevención del sida, titulada «Serafina», que se llevó buena parte del presupuesto destinado a la lucha contra esta enfermedad y que recibió duras críticas por haber resultado ineficaz. A continuación vino el Virodene, un tratamiento para el sida desarrollado en el país. En realidad el fármaco contenía disolventes industriales, substancias perjudiciales para los seres humanos. Pero Zuma, y Thabo Mbeki, entonces vicepresidente y ahora presidente de Suráfrica, salieron en defensa del medicamento. Cuando el Consejo de Control de Medicamentos, organismo surafricano equivalente a la «Food and Drug Administration» de Estados Unidos, se opuso al fármaco, Zuma restó importancia a estas objeciones, dando a entender que el Consejo estaba confabulado con unos laboratorios que pretendían eliminar el Virodene por ser producto de la competencia.

Por último, en octubre de 1998, el Gobierno presentó su Asociación contra el Sida, organización con fondos públicos y privados que ha adquirido gran renombre por su campaña contra esta enfermedad en las empresas, iglesias y organizaciones cívicas. Pero incluso mientras era lanzada la nueva asociación, Zulma anunciaba que el Gobierno iba a rechazar la llamada «vacuna para bebés», un tratamiento de AZT para las mujeres seropositivas embarazadas que reduce considerablemente el riesgo de bebés portadores de HIV. El plan era muy costoso, sostenía Zulma, pese a que el mismo Gobierno había financiado un estudio donde se llegaba a la conclusión de que administrar AZT a las mujeres embarazadas sería rentable a largo plazo, dado el elevado coste del tratamiento de bebés con sida.

Makhalemele, cuya hija había nacido seropositiva, se enfureció particularmente por la decisión gubernamental de anular el plan de AZT. Pero también se sentía abatida ante lo que consideraba un problema aún mayor. «¿Dónde encajamos los que ya estamos infectados dentro de los programas del Gobierno? Lo cierto es que no existe un lugar para nosotros, porque todos se basan en la prevención.» Por tanto, Makhalemele participó en la creación de «Treatment Action Campaign», un grupo de lucha contra el sida que en parte ha tomado como modelo a «Act UP», aunque también sigue la tradición de protesta política de Suráfrica, una tradición personificada, por supuesto, en Nelson Mandela.

Es posible que Mandela no haya contribuido mucho a la lucha contra el sida, pero lo cierto es que ha dado a su país un sistema político que atiende al ciudadano común. En este sentido hizo posible la creación de un movimiento contra el sida en Suráfrica.

Pero ni siquiera Mandela pudo facilitar esta iniciativa. Si bien los activistas de todas partes tienen que presionar a los políticos para lograr su cometido, en Suráfrica también han de asumir los problemas de una sociedad terriblemente dislocada por el anterior gobierno blanco, uno de los regímenes más autoritarios y explotadores en la historia moderna del continente. El legado del apartheid es el mayor obstáculo del movimiento contra el sida, incluso mayor que el desatino de los líderes políticos surafricanos. El apartheid envenenó a la gente, llenándola de odio, resentimiento y desesperanza, y ha creado una cultura de violencia y lacras morales que sigue acosando a los portadores del HIV. Esto es un grave problema pues, antes de organizarse como grupo de presión, los seropositivos deben reconocer que tienen sida. En cualquier parte del mundo es una decisión difícil, pero en Suráfrica lo es aún más, pues los seropositivos corren el peligro de sufrir agresiones físicas o incluso de ser asesinados.

La región natal de Makhalemele, KwaZulu-Natal, atravesó una de las peores épocas de terror en Suráfrica, pues fue escenario de una guerra entre tres partes, el régimen blanco, el Congreso Nacional Africano y el Partido de la Libertad Zulu Inkatha. Muse Njoko, activista de la campaña contra el sida, se crió en KwaMashu, un peligroso poblado de las afueras de Durban, el tipo de lugar donde al parecer la gente está tan machacada que se ensaña contra los más débiles. «Los chicos del barrio me trataban bastante mal», recuerda Njoko. «Nunca dejé de pensar que acabarían agrediendo a alguien por ser seropositivo». De aquí que, si bien quedó consternada, no le sorprendió que el pasado mes de diciembre una mujer llamada Gugu Diamini fuera asesinada a golpes tres días después de declarar que era seropositiva, porque, según uno de sus agresores, su honesta confesión suponía una vergüenza para el poblado.

Tres meses después del asesinato de Diamini se lanzó «Treatment Action Campaign» con una campaña nacional de peticiones. Makhalemele, que había trabajado con Diamini, decidió enfrentarse con el estigma que produce el sida enviando a representantes de la organización hasta KwaMashu. Unos 20 activistas se presentaron en el centro comercial del poblado, un lugar polvoriento con barrotes en las ventanas, llevando camisetas con una foto de Diamini estampada bajo el lema «Nunca más». Habían solicitado escolta policial, pero al no ver un solo agente en las inmediaciones huyeron rápidamente del poblado. Makhalemele nunca llegó a KwaMashu. Unos días antes le había pedido a la empresa ferroviaria que proporcionara transporte gratuito a los activistas desde Durban a KwaMashu. Volvió a hacer la misma petición al llegar a la estación y una vez más la respuesta fue negativa. Algo saltó en su interior: decidió permanecer en la estación, donde inició una huelga de hambre que duró siete días.

Sentada en el suelo de la estación, Makhalemele comienza a sollozar: «Me iré a una misión católica», dice. «Voy a quedarme ahí hasta sanar de la pena y de la rabia que he acumulado durante los siete años que llevo luchando contra el sida en este país». El apartheid era, además de un sistema político, un sistema económico que creó enormes fortunas. Hay zonas de Ciudad del Cabo y de Johanesburgo que parecen Londres o Nueva York. Las mansiones semejan palacios. Los teléfonos funcionan. Las calles están en buen estado. Esto trae consigo la formación de una masa crítica de habitantes urbanos, educados y prósperos - y no todos blancos -, convencidos de su derecho a vivir en una sociedad democrática que funcione tan bien como en cualquier otra nación. La relativamente favorable situación económica también supone que las personas seropositivas tengan esperanzas de obtener medicamentos que al menos puedan prolongar su vida. Por supuesto, la riqueza de Suráfrica es producto de una despiadada explotación, de modo que el país también sufre la plaga de unos niveles de pobreza pasmosos. El analfabetismo es galopante.

Millones de personas carecen de electricidad y de agua corriente. Esto es lo que quiere decir la gente cuando afirma que Suráfrica es un país de extremos o, como sostiene Mbeld, dos países dentro de una misma frontera. Pero esto es sólo un aspecto de los profundos males que asolan a la sociedad surafricana. Para entender el apartheid no hay que ir a KwaMashu ni a Soweto, sino descender en un ascensor hasta las vetas de las minas de la región de Witswatersrand, unas franjas de sedimento formadas hace millones de años por las lluvias prehistóricas. Es difícil ver el oro, pero ahí está, toneladas esparcidas por las vetas en partículas microscópicas. He aquí el simple hecho geológico que más ha influido para moldear la Suráfrica moderna. Cada tonelada de tierra de Witswatersrand sólo produce un par de onzas de oro, y los depósitos más ricos se encuentran enterrados bajo millones de toneladas de capas de tierra recientes.

Por tanto, las minas de Suráfrica, a diferencia de las de cualquier otra parte del mundo, se hunden hasta cinco kilómetros en las entrañas de la tierra, y los mineros han de enviar hacia arriba cantidades colosales de sedimento para obtener pequeñas cantidades del preciado metal. Si las minas no contaran con mano de obra extremadamente barata, sería imposible que produjeran beneficios. Pero hace mucho que el oro es la principal fuente de ingreso de Suráfrica. Por ejemplo, de la mina de West Driefontein, en Carlstonville, se han extraído más de 4,6 millones de libras de oro. La empresa ha proporcionado una vivienda espléndida al administrador de la mina; una mansión con cuidados jardines, rodeada de rejas. Los mineros también viven en casas que les proporciona la empresa. La típica residencia de mineros consta de una sola habitación de unos 35 metros cuadrados, donde se encuentran apretujadas unas pequeñas taquillas como las del gimnasio de un colegio y literas para 14 trabajadores. Los hombres que viven en esta habitación provienen del sur de África, y están casados. Pero sus esposas permanecen en las aldeas. Los mineros ven a su familia únicamente cada dos o tres meses y, por lo general, sólo unos días.

Este sistema fue creado hace casi un siglo en las minas de oro y diamantes. Los mineros africanos eran concentrados en reservas y forzados a trabajar bajo un duro régimen de contribuciones por vivienda. Las empresas pagaban a los caciques de las tribus para que les proporcionaran hombres, sólo hombres. Facilitar viviendas para toda la familia resultaba muy costoso, y si permitían que los trabajadores se asentaran en los pueblos mineros estos podían organizarse y presionar a la empresa. Por tanto, los trabajadores fueron alojados en barracones para hombres, llamados albergues, muy parecidos a los que aún hay en West Driefontein.

El apartheid, un entramado de alrededor de 100 leyes relacionadas entre sí, fundamentalmente llevó a todo el ámbito nacional el sistema creado por la industria minera, que en su época de mayor apogeo, empleaba a la quinta parte de la población adulta surafricana. Las aborrecidas leyes que restringían la libertad de movimiento de los negros surgieron de unas normas empresariales destinadas a limitar los desplazamientos de los trabajadores de sus viviendas a las minas. En los años ochenta el Gobierno forzó a unos 3 millones de surafricanos a asentarse en reservas de tierras estériles que llamaron Bantustans, un término orwelliano cuyo objetivo era apoyar la farsa de que se trataba de naciones independientes.

Los negros que tenían la fortuna de conseguir un empleo en las ciudades se veían obligados a vivir en los poblados del exterior. Al principio podían vivir con sus familias. Pero esto cambió en 1964 con la enmienda de las leyes bantu, en virtud de la cual todos los nuevos trabajadores debían alojarse en los poblados, pero en albergues sólo para hombres. El modelo de las empresas mineras se había convertido en política nacional, y los resultados fueron desastrosos.

«Yo vivía cerca de un albergue de Soweto y a menudo me llamaban para atender a algún herido de bala o a personas que habían sido apuñaladas», recuerda Nihalo Mollana. «Era horrible el hedor de esos lugares. Eran asquerosos. Los albergues generaban delincuencia, pero ahí no acababa la cosa. Los niños no tenían disciplina, porque sus padres estaban ausentes. Esto dio lugar a muchos abusos».

También dio lugar a la eclosión del sida. Suráfrica es uno de los países donde más rápido crece la epidemia del sida y muchos investigadores creen que el sistema de trabajo itinerante es uno de los factores que contribuyen al aumento del contagio. «Si uno quisiera propagar una enfermedad de trasmisión sexual, bastaría con separar a miles de hombres jóvenes de sus familias, concentrarlos en viviendas de varones, proporcionarles alcohol y prostitutas», sostiene Mark Lurie, investigador surafricano que ha estudiado el efecto del trabajo itinerante en la incidencia del sida. «Luego, a fin de propagar la enfermedad por todo el país, habría que enviarlos de vuelta a casa de vez en cuando para que vieran a sus mujeres y compañeras. Y éste es, en el fondo, el sistema de trabajo que hay en Suráfrica». En Carlentonville, Yodwa Mzaldume trabaja con los cientos de prostitutas que viven en improvisados campamentos de ocupas cerca de los albergues mineros. Mzaldume les enseña a utilizar preservativos, pero es difícil hacer más. «Por ejemplo, en Lesuport», dice, refiriéndose a uno de los campamentos de ocupas, «la gente no tiene retretes ni agua corriente. Si alguien se acerca para hablarles de activismo político lo primero que le preguntan es: «¿Qué gano yo con eso"?

En Estados Unidos el grito de batalla de los activistas era muy simple: «Más medicamentos». Pero en Suráfrica, los problemas son mucho más complejos. Mzaldume menciona algunos: «trabajo itinerante, falta de vivienda, desempleo, delincuencia. ¿Qué hacemos al respecto? ¿Qué podemos hacer?». El trabajo itinerante, explica, está tan arraigado en Suráfrica que incluso los mineros prefieren que sus familias no vivan con ellos. Dicen: ¿Quién cuidaría de mis vacas en mi pueblo?». Mzaldume no piensa demasiado en el pasado de Suráfrica porque lo que está propagando el sida, según dice en broma, «es el contacto sexual entre personas, no con el apartheid». Pero, al reflexionar sobre la tasa oficial de desempleo, superior al 30 por ciento aunque en realidad debe de ser mucho más alta, sostiene: «Los jóvenes tienen mucha rabia. Me dicen: «Sí, estamos en una Suráfrica democrática, pero aún vivimos en el apartheid».

Como consecuencia, la gente está furiosa. Njoko, la activista que se crió en KwaMashu, explica: «Me ven y se preguntan cómo es que siendo seropositiva tengo buena salud. Existe el peligro de que me hagan daño, o de que me maten. Pero si uno examina a fondo la situación del poblado, descubre que en él hay personas que llevan diez años sin empleo». Algunos hombres incluso descargan su furia infectando a otros. «Dicen que no quieren morir solos, que van a arrastrar a otra persona a la muerte con ellos. No lo apruebo, pero lo cierto es que no hay esperanzas en este lugar para un enfermo de sida. Están condenados a morir».

Zackle Achmat es uno de los artífices de «Treatment Action Campaign». También luchó contra el apartheid como organizador de manifestaciones estudiantiles, por lo que fue encarcelado. Aunque entre sus antepasados hay mezcla racial, él se considera negro, por solidaridad. Achmat es también líder del creciente movimiento gay y de lesbianas de Suráfrica y, gracias a sus contactos internacionales, podría obtener los medicamentos más avanzados para tratarse su enfermedad. Sin embargo, ha declarado públicamente que no tomará ningún fármaco al que no puedan acceder todos los surafricanos.

Por tanto, esta primavera, cuando habló durante una reunión en la que estaba presente Zuma, la entonces ministra de Sanidad, nadie dudó de su credibilidad. Achmat le mencionó su larga participación en el ANC, le señaló que el movimiento contra el sida apoyaba su oposición al elevado precio de los medicamentos, y le pidió una reunión. Para sorpresa de muchos activistas, Zulma se la concedió. Y tras la reunión anunció que cambiaría su política y apoyaría el plan de administrar AZT a las mujeres embarazadas.

Fue una victoria sorprendente, y allanó el camino para lograr mayores progresos, particularmente en materia de precios de medicamentos. Fue Zulma quien apoyó una ley que permitía al Gobierno surafricano evitar el pago de patentes farmacéuticas comerciales y así obtener medicinas de primera necesidad a bajo costo, como por ejemplo medicamentos genéricos. De esta manera Suráfrica se convirtió en modelo de una sonada batalla lanzada por los activistas y organizaciones occidentales contra el sida, como Médecins

San Frontiers, ganadora del Nobel, con el fin de hacer más flexibles las condiciones de las patentes y las restricciones comerciales, responsables del elevado precio de ciertos fármacos de vital importancia. Y en esta lucha los activistas contra el sida y el gobierno de Suráfrica pelearon en el mismo bando. Pero este otoño, el presidente Mbeki consternó a las organizaciones de lucha contra el sida al declarar: «Existe un gran número de estudios científicos que afirman, entre otras cosas, que, debido a su alta toxicidad, este fármaco es un peligro para la salud». Poco le importaba al presidente que el AZT hubiese sido examinado en docenas de ensayos clínicos realizados en varias partes del mundo, que sus beneficios superasen los efectos secundarios, y que países como Alemania y Estados Unidos, donde existe una legislación muy estricta en materia de medicamentos, hubieran autorizado el AZT para el tratamiento del sida. De hecho, en un estudio realizado en Suráfrica con mujeres embarazadas, la combinación de AZT con otros medicamentos no produjo más efectos secundarios que el placebo administrado al grupo de control. Luego, ¿de dónde sacó la persona más poderosa de África la idea de que el AZT es peligroso?

De la Red, aseguró una de sus portavoces, Tesneem Carrim, en unas declaraciones al «Sunday Independent» de Johanesburgo. La oficina de Mbeki lo niega, pero las declaraciones de Carrim parecen verdaderas. «El presidente se conecta con frecuencia a Internet», declaró Carrrim al periódico. Los activistas esperaban que Manto Tshabalala-Msimang, la nueva ministra de Sanidad, corrigiera a Mbeki, pero para sorpresa de todos, lo ha apoyado incondicionalmente.

En los poblados de Carletonville, la incidencia de HIV entre mujeres de 25 años asciende a un alarmante 60 por ciento. La mayoría de estas mujeres probablemente tendrán hijos. «¿Por qué no se va a hacer todo lo posible para que tengan bebés sin HIV?, se pregunta Mzaldume. A lo que contesta con amargura: «Por más presentaciones que hagan los médicos, si los políticos no quieren apoyar el programa, no saldrá adelante». Mbeki no contestó a las llamadas del Voice solicitándole una entrevista.

Dado que existen muy pocas pruebas médicas que apoyen las afirmaciones de Mbeki contra el AZT, muchos surafricanos se preguntan qué motivos pudo tener para hacer estas declaraciones. Quizá el haber luchado durante tantos años contra el apartheid le hace desconfiar de las poderosas compañías farmacéuticas, en manos de empresarios blancos; quizá también lo hayan convertido en una persona muy testaruda, incapaz de reconocer sus errores. Sin embargo, como Mbeki es experto en economía, ha habido muchas conjeturas sobre posibles motivaciones financieras.

La creencia popular de que el régimen del apartheid fue derrocado por el ANC es sólo parcialmente cierta. En el momento de la transición la economía de Suráfrica estaba en ruinas. Mientras la industria necesitaba únicamente mano de obra no cualificada, los trabajadores podían ser considerados personal totalmente prescindible. Pero conforme los avances tecnológicos comenzaron a exigir personal cualificado y estable, el sistema de trabajo itinerante del apertheid comenzó a pasar factura, así como la política de dar a los negros sólo una formación rudimentaria. «Si esos estúpidos hubiesen formado a tan sólo 100 ingenieros negros al año», decía Aggrey Klassie, editor del periódico Sowetan, «este país estaría ahora en una situación extraordinaria».

Pero Suráfrica estaba lejos de ser un país extraordinario cuando el ANC ascendió al poder. El PIB caía, la inflación era superior al 15 por ciento. El capital abandonaba el país. Y el gasto en policía y defensa, necesario para luchar contra la cada vez más intensa resistencia de los negros, había generado una gran deuda.

Mbeki, aunque de padres comunistas, ha establecido un agresivo programa capitalista. Pese a suponer una gran carga para el país, ha dado garantías a los inversores comprometiéndose estoicamente a pagar la deuda exterior heredada del apartheid., y ha impuesto una estricta disciplina fiscal para complacer a las instituciones financieras mundiales, como el Fondo Monetario Internacional. Si bien esta política podrá fomentar la economía de Suráfrica a largo plazo, ha dejado al Gobierno sin fondos, y los medicamentos contra el sida son costosos. «Tienen miedo de comenzar los tratamientos», dice Achmat, «porque creen que supondrá un gran gasto».

Esto sería sin duda cierto si el Gobierno subvencionara los costosos cócteles de medicamentos que han logrado reducir el número de muertes por sida en Estados Unidos. Pero existe un punto intermedio. Algunas de las enfermedades oportunistas que causan la muerte de muchos enfermos de sida pueden ser prevenidas con tratamientos profilácticos relativamente baratos. El Gobierno no está dispuesto a proporcionar estos medicamentos por el simple hecho de no sentirse presionado por «una población con conocimientos sobre la enfermedad y consciente de sus derechos», opina Achmat. «El nivel de concienciación sobre el sida en Suráfrica es menor que el de Europa o Estados Unidos». Al comienzo de «Treatment Action Campaign», recuerda, la gente pensaba que el AZT era un partido político.

Pero la situación ha comenzado a cambiar, en gran parte porque los activistas han llevado el debate a los medios informativos. Dos poderosos sindicatos han apoyado a «Treatment Action Campaign», y la comunidad científica también está presionando al Gobierno. Un nuevo fármaco, nevirapine, parece capaz de impedir la transmisión del HIV de madre a hijo con una eficacia similar al AZT, y su costo es mucho menor. Se está ensayando en Suráfrica, y los resultados de las pruebas serán presentados en la gran Conferencia Mundial sobre el Sida que se celebrará, el año próximo, en Durham. Cada vez le será más difícil al Gobierno surafricano negarse a actuar.

Ya se está produciendo un considerable cambio en la opinión pública. Las personas seropositivas son cada vez más visibles. Makhalemele, por ejemplo, ha vuelto de su retiro de cinco meses y ahora es una de las presentadoras de «Beat it!» un programa de televisión donde se habla de cómo vivir con el HIV. El día del sida, celebrado este mes, afirmo que esta enfermedad «ya tiene muchos rostros conocidos» en los medios informativos. Uno de ellos es Lucky Mazibuko, del Sowetan, el primer columnista que se ha declarado abiertamente portador del HIV. Mazibuko vive en el poblado y atrae a mucha gente necesitada de hablar con alguien. Hace poco recibió una carta que muestra un cambio de actitud.

«La carta es de una mujer mayor con un hijo seropositivo, a quien ella había rechazado y obligado a marcharse de casa. Ahora la mujer trabaja de sirvienta para una familia blanca, y la hija de sus jefes también es seropositiva. Como parte de su trabajo debe cuidar de la enferma, cuando a su hijo sólo volvió a verlo en su entierro.»

En un país donde hay al menos 3,6 millones de personas infectadas con el virus del sida un antiguo refrán africano ha adquirido especial relevancia: «No se puede esconder nada que tenga cuernos». Los enfermos y los muertos están obligando a los surafricanos a enfrentarse a esta enfermedad, a ellos mismos y a su brutal pasado.

tratar el sida sin dinero

Hay que usar lo que se tiene a mano.

Gulu (Uganda). SON las cuatro de la tarde y Rose Ayo aún no ha comido. Ayo, de 28 años y madre de cuatro niños, sólo come una vez al día, por lo general un plato de verduras con legumbres o maíz. No tiene trabajo. Su familia se alimenta de un pequeño

plato de verduras con legumbres o maíz. No tiene trabajo. Su familia se alimenta de un pequeño huerto y de las verduras que recolecta de la selva. Tomar carne es totalmente imposible. Los huevos y la leche son todo un lujo, que sólo pueden permitirse dos o tres veces al año. Sin embargo, uno de los principios de «llevar una vida sana» - el conjunto de hábitos que contribuyen a mejorar el estado de salud de los enfermos de sida -, es la dieta equilibrada. «Pero eso es muy difícil», confiesa Ayo, quien descubrió que estaba infectada por el virus cuando su esposo murió de sida hace tres años. Y la situación se agrava aun más cuando requiere tratamiento médico. «El año pasado enfermé de malaria y de vómitos. Llenaba cubos de vómito», recuerda. «En lugar de pagar el alquiler gasté el dinero en medicina, y al final el dueño de la casa nos echó». Ayo acudió a su tío, quien albergó a la familia de su sobrina en una tienda de campaña. Un año más tarde, la tienda, llena de agujeros por donde se cuela la lluvia, sigue siendo su hogar.

Ayo vive en Uganda, probablemente el país de África que mejor ha reaccionado a la epidemia del sida. Fue en Uganda donde primero se detectó el sida africano entre las poblaciones de pescadores del lago Victoria. Se calcula que el 9,5 de los adultos, de una población de 20 millones, son portadores del virus. Pero Uganda se jacta de tener la mayor parte de los mejores especialistas africanos en sida, un famoso programa de prevención, dinámicas organizaciones de ciudadanos seropositivos y un Gobierno que apoya la lucha contra esta enfermedad. En resumen, es un país que lo tiene todo, menos dinero.

Entonces, ¿en qué consisten los tratamientos contra el sida en esta privilegiado aunque empobrecido país?

En los países industrializados el uso de potentes medicamentos llamados antirretrovirales ha reducido considerablemente el índice de mortalidad del sida. En Estados Unidos, las residencias para enfermos terminales de sida han ido cerrando y hay seropositivos que participan en maratones o practican alpinismo en la cordillera de los Apalaches. Pero incluso con el descuento de los laboratorios, el coste del típico tratamiento que combina

tres fármacos antivirales superaría los 150.000 millones de dólares al año (alrededor de 26 billones de pesetas) si se proporcionara a los 23,3 millones de seropositivos que hay en África. En Uganda, según un estudio reciente, el coste de un programa sanitario de este tipo supondría el 60 por ciento del PIB. Sin dejarse intimidar por las cifras, el Programa Conjunto de Naciones Unidas Contra el HIV/sida (UNAIDS: Joint United Programme on HIV/AIDS), en colaboración con un grupo de empresas farmacéuticas, está dirigiendo un plan piloto en Uganda que consiste en comercializar medicamentos contra el HIV con un descuento de hasta el 56 por ciento. Sin embargo, este programa que proporciona antirretrovirales sólo llega al uno por ciento de los ugandeses enfermos de sida. Y, muchos de los afortunados pacientes deben endeudar a toda la familia para poder acceder incluso a los tratamientos menos costosos, que a menudo también son los menos eficaces.

La abrumadora mayoría de los enfermos de sida en Uganda deben atender necesidades mucho más básicas. Unas 96 personas seropositivas, incluida Ayo, están sentadas a la sombra de dos inmensos árboles en Gulu, ciudad del norte de Uganda. De este grupo 85 aseguran que en el último año han estado en ocasiones hasta cinco días sin comer. «Cada día estoy más delgado», afirma Morris Oplo, director de Waloko-Kwo, grupo de apoyo a enfermos de sida del hospital de Gulu. Fue en Uganda donde se llamó por primera vez al sida la «enfermedad de la delgadez», porque consume a los enfermos y los convierte en esqueletos cubiertos de piel. Oplo levanta sus delgados brazos y dice: «Tengo aspecto de enfermo, pero es porque no como».

A una hora en coche está la ciudad de Lira. «No tenemos zapatos ni botas, por tanto padecemos de sarpullidos, ampollas e infecciones en los pies a causa de la hierba», afirma Juliet Awany, miembro de la National Guidance and Endowment Network of People Living with HIV/AIDS (NGN+), organización que apoya a los enfermos de sida. También teme a las enfermedades parasitarias y a la disentería, que son poco frecuentes en países desarrollados.

Sin embargo, las peticiones de medicamentos básicos han captado menos atención de la comunidad internacional que la campaña a favor de los antirretrovirales, y prácticamente ninguna organización occidental de apoyo a enfermos de sida ha solicitado ayuda para paliar la falta de alimentos. Peter Plot, director de UNAIDS, que ha pasado varios años trabajando en África, confiesa haberse percatado «hace muy poco» de que la principal preocupación de los africanos seropositivos es el hambre. Efectivamente, la hambruna asola a las personas enfermas de sida a lo largo de todo el continente.

Los pacientes de sida, de acuerdo a sendos estudios realizados en Zambia y Malawi, a menudo consideran la comida su necesidad más importante. El estudio de Zambia también examinó los cuidados que recibían los pacientes en sus hogares, y descubrió que al morir un enfermo de sida sus familiares no sólo lamentan su muerte, sino la interrupción de la ayuda alimentaria. Incluso en la relativamente próspera capital de Uganda, Kampala, los enfermos aseguran que no siempre

pueden seguir una dieta equilibrada, pues se quejan de que la carne y las frutas son muy caras. En cuanto a los medicamentos, Vincent Wandena, que es portador del HIV, dice simplemente: «Nos recetan medicinas que no podemos comprar». Con razón Peter Mugyenyl, experto en sida, afirma que la asistencia médica en Uganda «es equivalente a frustración». Tras señalar que en los países desarrollados sólo hay una pequeña proporción de los enfermos de sida en el mundo, Mugyenyl afirma: «Las medicinas están donde no existe el problema, pero los lugares que tienen el problema carecen de medicinas. Los motivos que impiden solucionar esta situación son de carácter económico. No importa cuantas personas mueran. Es una cruel decisión empresarial. Mientras no tengamos dinero, seguirán ignorándonos".

Mientras los africanos luchan por establecer un orden de prioridades a la hora de proporcionar tratamiento contra el sida - comida, agua potable, medicamentos básicos -, también han de hacer frente al estado emocional producido por la infinita sucesión de muertes que podrían prevenirse. «Era más fácil cuando no existían tratamientos para el sida», dice Lillian Mworeko, maestra, portadora del HIV y miembro de NGEN+. «Ahora los hay, de modo que es como ver comida y no poder comerla, cuando una está muriéndose de hambre». Elly Katabira consigue sobrellevar las dificultades olvidándose de todo salvo «del paciente que está enfrente». Katabira fundó, en el Hospital Mulago de Kampala, la clínica para enfermos de sida, el centro más importante de atención a los seropositivos de Uganda, y es coautor del primer manual de tratamiento de sida publicado en África. En este libro Katabira explica su lema: «Hay que usar lo que se tiene a mano».

Tras muchos estudios y horas de observación, Katabira y sus colegas han modificado los métodos de atención sanitaria. La estomatitis aftosa, infección micótica de la boca y de la garganta que produce mucho dolor, afecta prácticamente a todos los enfermos de sida. Esta dolencia dificulta la ingestión de alimentos, ya que las úlceras son muy dolorosas. El tratamiento más barato es la nistatina: los médicos ugandeses han descubierto que al chupar el comprimido, en lugar de tragarlo, los tejidos afectados absorben mejor el compuesto y aumenta su eficacia. Las erupciones cutáneas también son muy comunes entre los enfermos de sida. «Antes existía la tendencia a tratar solamente la piel», explica Katabira. Pero el director de la clínica acostumbra recetar sedantes cuando los pacientes presentan erupciones graves. «Esto permite que el enfermo se relaje y duerma; tras descansar puede realizar actividades, por tanto, entretenerse y dejar de rascarse». «Para mí lo más importante es brindarles apoyo», continúa, «aconsejarles y tranquilizarlos, diciéndoles que,

efectivamente, están enfermos, pero que pueden hacer muchas cosas para mejorar su calidad de vida sin medicinas. Cosas sencillas, como reducir el consumo de alcohol y consultar con el médico al primer malestar. Y ocuparse de la familia. Una madre no podrá mejorar si está constantemente preocupada por sus hijos. Estos factores se consideran secundarios, pero yo creo que son muy importantes».

Esta es la prueba definitiva: «Nuestros pacientes viven más. Me siento orgulloso de ello. Sin tomar inhibidores de proteasa viven más tiempo».

Sin embargo, la dura realidad es que sin estos medicamentos avanzados el virus sigue replicándose y destruyendo lentamente el sistema inmunológico. Casi todas las infecciones oportunistas pueden ser tratadas, pero sólo en los países desarrollados. En Uganda, dice Katabira, «si un paciente contrae CMV (una infección viral que produce ceguera y puede ser mortal) no sobrevivirá. Los medicamentos son demasiado caros». Lo mismo ocurre en el caso de la meningitis. Es más, la CMV y la PCP, un tipo de neumonía relacionada con el sida, son enfermedades evitables, pero no con el presupuesto del Tercer Mundo. Las dolorosas úlceras genitales que produce el herpes simplex, que padecen casi todos los enfermos de sida en Uganda, se controlan fácilmente con acyclovir, pero según Katabira, «ni el uno por ciento» de sus pacientes puede costearse este fármaco.

«Muchas personas creen que trabajo en el campo del sida porque lo considero algo especial. No es cierto», afirma Katabira. «El problema es más amplio. En el pabellón de pediatría mueren niños por falta de amoxicilina» un antibiótico básico. «Podría marcharme en señal de protesta, pero debo hacer todo lo posible para que mis pacientes sobrevivan un día más. Uso lo que tengo a mano».

Patrick OKello, un hombre alto, enfermo de sida, que vive en Lira, se cura con su árbol de mango. Toma un brebaje a base de raíces hervidas para cortar la diarrea. Muchas personas enfermas acuden a los curanderos en busca de hierbas medicinales. De hecho, hasta el 85 por ciento de los africanos recurren a los curanderos, lo cual no es de extrañar pues hay muchos más que médicos y gozan de gran prestigio en la mayoría de las culturas africanas.

Los médicos occidentales suelen poner reparos a la intervención de los curanderos. Pero en Uganda han surgido pruebas de que algunas medicinas elaboradas a partir de hierbas pueden curar enfermedades relacionadas con el sida. Un estudio sobre pacientes con diarrea crónica y herpes zoster descubrió que las personas tratadas por curanderos mejoraban algo más que los enfermos que recibían medicamentos occidentales. Otros estudios realizados en Zimbabue y Senegal han confirmado que algunos tratamientos tradicionales son eficaces contra ciertas enfermedades, particularmente la diarrea. Y los curanderos también hacen que el paciente se sienta atendido, un importante refuerzo psicológico.

Lamentablemente, no hay forma de saber quien es un farsante, ni siquiera de determinar cuáles de estos remedios, administrados con la mejor intención, son verdaderamente eficaces. Awany, la mujer que desea zapatos para protegerse los pies de las infecciones, acudió a un curandero para que le curara la diarrea, pero las hierbas que le recetó agravaron el problema. «Le comenté que no funcionaba, me contestó que el brebaje aún estaba limpiando el estómago de gérmenes. Estaba a punto de morir cuando llegué al hospital». Sin embargo, Rose Aciro, que vive en un pueblo cercano, tiene una fe ciega en los remedios que le ha dado su curandero para la estomatitis.

Muchos curanderos ugandeses aseguran que pueden aliviar las enfermedades oportunistas, pero sólo unos cuantos se precian de saber curar el sida. Lo cierto es que ni siquiera los antirretrovirales eliminan el HIV, aunque pueden detener el virus. De aquí que David, un hombre elegante y culto, socio de una empresa de publicidad, intente adquirir estos medicamentos. David, quien ha preferido mantenerse en

el anonimato, comenzó en enero el tratamiento de tres fármacos a través del programa de UNAIDS. El coste total, incluidos los análisis de laboratorio, es de entre 8 y 9 nueve millones de chelines ugandeses (alrededor de un millón de pesetas). El año pasado pudo sufragar los gastos, pues su empresa obtuvo de forma imprevista un buen contrato y David ganó unos 20 millones de chelines, alrededor de 14.000 dólares (2,5 millones de pesetas). Pero este año, reconoce, no ganará «ni la mitad».

En septiembre David se vio obligado a dejar de tomar los medicamentos. Ahora debe dos meses de alquiler del apartamento de dos habitaciones en el que vive con su familia. Ha tenido que reducir en un 60 por ciento el consumo de carne en casa. Y también está retrasado en el pago del colegio de sus hijos. ¿Podrá hacer frente a estas deudas? David sonríe, arrepentido, y mueve la cabeza de un lado a otro. «Si tuviera dinero lo emplearía en medicamentos.

Estando en juego mi vida, no pienso en los pagos del colegio». De los 930.000 enfermos de sida en Uganda, según las cifras más recientes, sólo 852 reciben antirretrovirales a través del programa de UNAIDS. Alrededor de una tercera parte de los afortunados sólo toman dos medicamentos, el AZT y el 3TC, un tratamiento considerado poco eficaz en Estados Unidos. Rose Byarohanga (ilegible) es orientadora de la clínica donde David recibe tratamiento. De aspecto maternal, mantiene una relación muy cercana con sus pacientes. «Muchos emplean sus ahorros para pagar el tratamiento», dice, «Dentro de seis u ocho meses no se lo podrán permitir».

En cuanto a David, comenta: «Por las noches no puedo dormir. Pienso en la forma de obtener el dinero. Examino una alternativa, luego otra. Me acuesto a las diez de la noche, pero no consigo dormirme hasta las tres o las cuatro de la madrugada. No hago más que pensar».

Peter Nsumuga también se preocupa por el dinero. Es director del Proyecto de Infecciones de Transmisión Sexual (STI: Sexually Transmitted Infecciones) de Uganda, que proporciona fármacos no sólo para el tratamiento de las ETS, sino también para enfermedades oportunistas que afectan a los portadores del HIV. Pero el Gobierno de Uganda cubre sólo el 5 por ciento del coste, y está previsto que el programa finalice el año próximo. «Si no se crea nada en su lugar», afirma Nsumuga, «dejará un gran vacío». Presionado por el Fondo Monetario Internacional, el Gobierno de Uganda les exige a los enfermos que se costeen muchos de los servicios sanitarios, incluidos los medicamentos. ¿Podría este plan general de ahorro contribuir al pago del tratamiento del sida? «Es poco probable», dice Nsumuga. «Estos medicamentos son tremendamente caros».

Los africanos con sida no suelen ir al hospital hasta que sienten cerca la muerte por un motivo muy simple. Josca Laiaa vive en uno de los abarrotadas campos de desplazados que rodean Gulu, región en la que se han producido numerosas guerras civiles. Este tipo de campos abunda en África, donde hay 3,2 millones de refugiados. En diciembre de 1996 Laiaa comenzó a escupir sangre, pero dejó pasar seis meses antes de acudir al médico.

Laiia tenía tuberculosis, una de las enfermedades más comunes entre los pacientes de sida. Ahora bien, aunque vuelva a escupir sangre es probable que no consiga cama en el hospital de Gulu. El pabellón de tuberculosos solía tener un anexo, una enorme tienda de campaña donde se había instalado la mitad de las camas. Pero las hormigas se han comido la tela, las sogas e incluso los pilares de madera. El año pasado, cuando el hospital se resignó a lo inevitable y desmontó la tienda, los pacientes prácticamente dormían sobre la tierra. En los últimos ocho años, el número de casos de tuberculosis se ha multiplicado por cuatro en Gulu, principalmente a causa del HIV. Pero no hay dinero para adquirir una nueva tienda de campaña, de modo que el hospital sólo admite a los pacientes que llegan en estado grave. Está desbordado, funciona a un 150 ó 170 por ciento de su capacidad, y muchos enfermos tienen que dormir en el suelo.

Charles Odonga es el médico encargado de los enfermos de sida en el hospital de Gulu. Nos explica que, dado el elevado número de pacientes, el hospital se ve obligado a limitar la estancia de éstos a dos días. «Si permanecen más de dos días, están ocupando una cama que le corresponde a otro enfermo», dice. «De modo que los expulsamos». De hecho, muchos enfermos ni se molestan en ir al hospital, reconoce, «pues saben que no tiene mucho que ofrecerles». Y cuando los que permanecen en el pabellón presienten la muerte, ellos mismos o sus familiares piden que les den el alta. «Piensan que deben emplear el poco dinero que les queda en la vuelta a su aldea, porque es más barato el transporte de una persona viva que el de un cadáver». Odonga, quien vino a Gulu para trabajar con enfermos de sida, confiesa que en algunas ocasiones «se concede a los enfermos un par de días adicionales». No obstante, hay momentos en que duda del sentido de su trabajo. «Me pregunto si no debería renunciar y marcharme. ¿Estoy realmente contribuyendo en algo?»

Odonga lleva menos de un año en Gulu, de modo que aún no ha salido de su asombro ante «las limitaciones del centro». Pero no es así en el caso de la enfermera Florence Opoka, quien abrió la unidad de apoyo a enfermos de sida del hospital Gulu hace nueve años. Dos años más tarde, en 1992, quería renunciar. «No había medicinas», dice, «sólo podía acompañar a la gente hasta su tumba». Sin embargo, cuando los pacientes empeoraban, establecían una relación más cercana con Opoka. «Venían a mi casa, y cuando morían me mencionaban en su testamento. Algunos incluso me dejaron sus hijos». Hoy en día Opoka está a cargo de cuatro huérfanos, de distintos padres. ¿Ha visto Opoka alguna mejora en la atención sanitaria de los enfermos de sida en los últimos nueve años? «No», contesta, desviando la mirada. Y explica a continuación: En este momento el hospital ni siquiera tiene dinero para adquirir medicamentos contra la bilharzia (esquistosomiasis), un parásito común que vive en el agua, y también ha agotado todas las medicinas para combatir la malaria. Pero lo que más le duele a Opoka es que este año se han reducido en un 50 por ciento las donaciones de alimento que recibía su organización. Prácticamente ninguno de sus pacientes se alimenta lo suficiente.

Sin embargo, al igual que Elly Katabira, Opoka usa lo que tiene a mano. «Comparto lo poco que tengo en casa. Si hay pan o mijo lo traigo al hospital».

de patentes y medicinas

Si David Sekirevu no tuviera amigos con contactos que pueden conseguirle medicamentos, ya estaría muerto. David contrajo meningitis, una de las más temidas enfermedades relacionadas con el sida, y el fármaco que la cura, fluconazole, es muy caro para el bolsillo de Sekirevu y de la gran mayoría de los ugandeses. Pero, ¿no puede ser de otro modo? Es lo que piensan las organizaciones que luchan contra el sida, y para demostrarlo citan el caso de Tailandia. Cuando el gigante farmacéutico Pfizer tenía el monopolio del fluconazole en este país, el precio de una dosis diaria era de 14 dólares (2.500 pesetas). Pero en cuanto los laboratorios locales comenzaron a producir genéricos, el preció descendió hasta 70 centavos (125 pesetas), lo que supone una caída del 95 por ciento. Las farmacéuticas tailandesas también producen AZT genérico, y el precio de este medicamento también ha descendido considerablemente, cerca de un 75 por ciento.

Los activistas quieren que Estados Unidos y los organismos reguladores del comercio internacional permitan a los países pobres producir estos medicamentos o importarlos a un precio más bajo del actual. Cuando algunos países como Suráfrica intentaron hacerlo, Estados Unidos amenazó con imponerles sanciones comerciales. Pero gracias a la campaña de presión que llevó a cabo ACT UP sobre el vicepresidente Al Gore, el Gobierno norteamericano al final dio marcha atrás. La lucha en torno a los medicamentos llamados antirretrovirales, que atacan directamente el HIV, ha generado mucha publicidad. Una compañía farmacéutica que actualmente es objeto de numerosas críticas es Bristol-Myers Squibb, que produce un medicamento contra el sida llamado ddl (ilegible). Este laboratorio vende el fármaco a un programa piloto de Naciones Unidas en Uganda por 160 dólares al mes (28.000 pesetas), un precio bajo para cualquier país desarrollado aunque astronómico para la mayoría de los africanos. Los activistas sostienen que, dado que el Gobierno de Estados Unidos financió el desarrollo del ddl, el precio debería ser mucho más bajo. Bristol ha replicado que adquirió la patente del Gobierno e invirtió en ensayos clínicos, de modo que tiene derecho a controlar el precio. Y en términos más generales, la industria farmacéutica también alega que invierte sus beneficios en investigaciones.

Bristol también se defiende alegando que su programa de beneficencia para enfermos del sida, iniciado este año, donará 100 millones de dólares (17.500 millones de pesetas) a varios países africanos. Pero sus detractores señalan que el director ejecutivo del laboratorio, Charles Heimbold, ganó 56 millones de dólares (9.800 millones de pesetas) en 1996, más otros 200 millones (35.000 millones de pesetas) en opciones sobre acciones.

No obstante, flexibilizar las leyes de patentes no es la panacea. Muchas patentes de los principales fármacos que Naciones Unidas considera de primera necesidad ya han expirado, y sin embargo su distribución sigue siendo irregular. En gran parte de las zonas rurales de µfrica, sólo la mitad de los niños está vacunada, y apenas el 30 por ciento disponen de agua potable.

El caso de la tuberculosis nos puede servir de lección. Aunque la enfermedad puede curarse del todo con medicamentos relativamente baratos, los programas contra esta enfermedad en Africa han debido enfrentarse a obstáculos tan elementales como la falta de suministro eléctrico para realizar las pruebas de diagnóstico. La apabullante pobreza del continente da lugar a «el robo de medicamentos en todos los niveles del sistema de distribución», según escribió la experta investigadora Susan Allen. Por ejemplo, los pacientes venden sus medicinas en cuanto se encuentran mejor, aunque no estén curados del todo. El sida no se puede curar, y la medicación para combatir el HIV debe tomarse de por vida, lo que significa que el tratamiento de esta enfermedad será aún más difícil en el futuro.

Por último, muchos africanos seropositivos necesitan alimentos antes que medicina. Elhadj Sy, del programa contra el sida de Naciones Unidas, considera «encomiable» la presión que ejercen los activistas para conseguir el abaratamiento de los antirretrovirales, pero añade: «Para los occidentales, el hambre es algo abstracto. No saben lo que es». Y para explicarlo hace referencia a la campaña realizada por Naciones Unidas hace unos años para construir letrinas en la zonas rurales de µfrica.

- «Recuerdo que una de las aldeas un anciano me hizo una pregunta muy simple:
- «Hijos míos», nos dijo, ¿no pensáis que estáis intentando resolver el problema empezando por el extremo equivocado?».