

Una serie de ocho artículos, publicada originalmente en The Village Voice y
galardonada con el premio Pulitzer 2000 al mejor reportaje internacional

SIDA

la agonía de Africa

por MARK SCHOOFS



sida

la agonía de África

[una serie del premio pulitzer Mark Schoofs]

parte 1 introducción
el virus alumbra una generación de huérfanos

parte 2 historia de dos hermanos
parte 3 África responde

parte 4 el virus: pasado y futuro
parte 5 muerte y segundo sexo

parte 6 el final de la epidemia
parte 7 Suráfrica actúa

parte 8 usa lo que tienes

[Una serie de ocho artículos, publicada originalmente en The Village Voice y galardonada con el premio Pulitzer 2000 al mejor reportaje internacional]

un espacio patrocinado por Merck Sharp & Dohme

[sida la agonía de África]

introducción

mientras que la cifra de muertes por sida descende en la mayoría de los países desarrollados, como ocurre en el caso de España, África sufre por esta enfermedad una epidemia de dimensiones bíblicas. Al sur del Sáhara, el sida es peor que cualquier otra cosa en el mundo. La catástrofe está transformando el continente africano para siempre.

Esta serie, galardonada con el premio Pulitzer 2000 al mejor reportaje internacional, explora el sida en África. Para ello, Mark Schoofs realizó cientos de entrevistas en nueve países distintos. Durante los seis meses que duró el trabajo (tres de los cuales estuvo enfermo de Malaria), Schoofs analizó las diferentes caras de la epidemia del sida en África, tanto la social, con sus ramificaciones humanas, como la científica. Aspectos como la respuesta heroica 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 se reflejan en los distintos capítulos de la serie.

En esta pandemia ninguna nación se puede considerar aislada. Por el momento, el sida ya ha hecho que resurgiera la tuberculosis y, con el debilitamiento que provoca en el sistema inmune, está ofreciendo a los microorganismos una oportunidad de oro para adaptarse al ser humano. El sida, realmente, todavía no ha comenzado a actuar.

el virus alumbra una generación de huérfanos

Penhalonga (Zimbabue). **no sacaron** de clase a Arthur Chinaka. El director y Simon, tío de Arthur, esperaron a que terminaran los exámenes del día antes de darle la noticia: el padre de Arthur, cuyo cuerpo era ya una ruina por culpa de la neumonía, había muerto finalmente a causa del SIDA. Se temían que Arthur, a sus 17 años, se dejara vencer por el pánico, pero no. Le quedaban todavía dos días de exámenes así que, mientras su padre reposaba en el depósito de cadáveres, Arthur terminó sus exámenes. Eso ocurrió en 1990. Posteriormente, en 1992, un tío de Arthur, Edward, murió de SIDA. En 1994, su tío Richard murió de SIDA. En 1996, su tío Alex murió de SIDA. Todos ellos fueron enterrados en la misma aldea en la que habían crecido y en la que todavía viven sus padres y el propio Arthur, un conjunto de chozas de techo de paja en las montañas cercanas a Mutare, junto a la frontera de Zimbabue con Mozambique. Pero el VIH (virus de inmunodeficiencia humana) aún no ha terminado con su familia. En abril, el cuarto de sus tíos estaba postrado en su cabaña, entre toses, y el virus había vuelto ciega a Eunice, una tía de Arthur, a la que había dejado tan escuálida y débil que era incapaz de andar sin ayuda. Para septiembre, ambos estaban muertos.

Lo más horripilante de esta historia es que no se trata de algo excepcional.

En Uganda, un directivo de una empresa, de nombre Tonny, que pidió que no se usara su apellido, perdió a dos hermanos y una hermana a causa del SIDA, en tanto que su mujer perdió por culpa del virus a un hermano. En la zona rural de las serranías de la región autónoma de Kwazulu, en la provincia de Natal, en Sudáfrica, Bonisile Ngema perdió a su hijo y a su nuera, por lo que se esfuerza en sacar adelante a su nieta y a su propia madre, ya anciana, con la venta de patatas. El hijo fallecido era el que traía el pan a casa para toda su amplia familia y ahora ella se siente como si se hubiera quedado huérfana. En el depósito de cadáveres del Hospital Parirenyatwa, de Zimbabue, el principal responsable de la cámara mortuoria, Paul Tabvemhiri, abre la puerta de la gran sala frigorífica donde se guardan los cadáveres. Resulta imposible abrirse paso por ella de tantos cuerpos como yacen en el suelo, amortajados con las sábanas de la cama en que murieron o vestidos todavía con las ropas con las que fallecieron. Todo alrededor de las paredes se amontonan los cadáveres, dos en cada nicho. En una segunda cámara frigorífica, los nichos son más estrechos, por lo que Tabvemhiri no tiene más que una espeluznante alternativa: o la de apilar los cuerpos unos encima de otros, con lo que las caras se quedan aplastadas y, para los familiares, resulta penosa la identificación de los cadáveres, o dejar los cuerpos fuera, en el vestíbulo, donde la refrigeración es inexistente. Él se resiste a que los cuerpos se deformen, y ésa es la razón por la que un par de cadáveres yacen afuera, en

[sida la agonía de África] parte 1

camillas detrás de una cortina. El olor a descomposición no es muy fuerte, pero sí nítido. ¿Siempre tienen que dejar cadáveres en el vestíbulo? «No, no, no», asegura Tabvemhiri, que lleva trabajando en el depósito desde 1976. «Sólo en los últimos cinco o seis años», que es cuando las muertes por SIDA empezaron a aumentar por aquí. Los registros del depósito de cadáveres demuestran que el número de defunciones se ha triplicado, prácticamente, desde que empezó la epidemia en Zimbabue, y que ha habido un cambio en la naturaleza de las muertes. «Nos llegan jóvenes -afirma Tabvemhiri- a granel». Ese gran arco del África oriental y meridional que se extiende desde el monte Kenya hasta el cabo de Buena Esperanza es la zona más duramente castigada por el SIDA en todo el mundo. Es ahí donde el virus está diezmando cada vez más a la población más activa y productiva de África, adultos de entre 15 y 49 años.

También el comercio de esclavos se cebó en estas gentes en la flor de la vida, al matar o condenar al cautiverio quizás a unos 25 millones de personas. Pero eso sucedió a lo largo de más de cuatro siglos. Sólo 17 años han transcurrido desde que el SIDA fue detectado por vez primera en África, a orillas del lago Victoria, pero, según el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), el virus ha matado ya a más de 11 millones de africanos subsaharianos. Más de otros 22 millones se encuentran infectados. Sólo el 10 % de la población mundial vive al sur del Sáhara, pero esa zona es el lugar en el que viven las dos terceras partes de los seropositivos del mundo y ha sufrido más del 80 % de todas las muertes de SIDA. El año pasado, todas las guerras de África acabaron en conjunto con la vida de 200.000 personas. El SIDA mató diez veces ese número. De hecho, el año pasado murieron más personas por culpa del VIH que por cualquier otra causa de muerte en ese continente, incluida la malaria. Y esta mortandad no ha hecho más que empezar. A diferencia del ébola o de la gripe, el SIDA es una infección de desarrollo lento, que se incuba en las personas durante un plazo de entre cinco a diez años antes de matarlas. A todo lo largo y ancho del África oriental y meridional, más de un 13 % de los adultos se encuentran infectados por el VIH, según UNAIDS. Y en tres países, Zimbabue entre ellos, más de una cuarta parte de los adultos es portadora del virus.

En determinadas zonas, los índices son todavía más elevados: según un estudio, nada menos que un 59 % de las mujeres que acudieron a clínicas prenatales en la zona rural de Beitbridge, en Zimbabue, dieron positivo en la prueba del VIH. La esperanza de vida en más de una docena de países africanos «será pronto 17 años más corta por culpa del SIDA, de 47 años en lugar de 64», afirma Callisto Madavo, vicepresidente a cargo de África en el Banco Mundial. El VIH «está literalmente arrebatándonos en África la cuarta parte de nuestras vidas». Entretanto, la tasa de mortalidad a causa del VIH ha caído radicalmente en occidente gracias a poderosas combinaciones de fármacos que impiden que progrese la enfermedad. Estos tratamientos deben seguirse durante años, probablemente durante toda la vida, y pueden llegar a costar al año más de 10.000 dólares por paciente. Sin embargo, en muchos de los países africanos más castigados el presupuesto total de asistencia sanitaria *per cápita* no llega a los diez dólares. Muchas personas -en África como en occidente- no conceden mayor importancia a esta brutal disparidad, con el argumento de que es igualmente cierta en el caso de otras enfermedades. Pero no es así. Los

[sida la agonía de África] parte 1

medicamentos para atajar las enfermedades infecciosas mortales más importantes del mundo -la tuberculosis, la malaria y los trastornos diarreicos- llevan muchos años subvencionados por la comunidad internacional, al igual que lo son las vacunas contra enfermedades infantiles como la polio y el sarampión. No obstante, incluso a precios rebajados, el coste anual de administrar a cada africano con VIH una terapia de triple combinación superaría los 150.000 millones de dólares, con lo que el mundo permite que siegue millones de vidas una enfermedad infecciosa mortal, la principal, para la que existe tratamiento. Todo esto sería quizá más digerible si hubiera un Plan Marshall para la prevención del SIDA que retardara la propagación del virus. Sin embargo, un estudio reciente de UNAIDS y la universidad de Harvard demuestra que, en 1997, los países donantes destinaron 150 millones de dólares a medidas preventivas del SIDA en África. Esa suma es menor que el coste de la película *Wild Wild West*.

Entretanto, la epidemia va impregnando el África central y occidental. Más de una décima parte de los adultos de Costa de Marfil se encuentran infectados. Se han documentado incrementos alarmantes de la enfermedad en Yaundé y Duala, las ciudades más grandes de Camerún. Además, en Nigeria -el país más populoso del continente-, las anteriores dictaduras militares dejaron que cayera en el olvido el programa de control del SIDA, incluso a pesar de que la prevalencia del VIH ha subido hasta afectar a casi uno de cada 20 adultos. Para decirlo sin rodeos, el SIDA está en camino de dejar pequeña a cualquier otra catástrofe de la que se tenga constancia en África. Está cercenando las posibilidades de desarrollo, amenazando la actividad económica y transformando las tradiciones culturales. Las epidemias nunca son tan sólo una cuestión meramente biológica. Es más, al mismo tiempo que el VIH modifica la sociedad africana, se expande merced a la explotación de las actuales condiciones culturales y económicas. «La epidemia se convierte en realidad sólo en un determinado contexto», afirma Elhadj Sy, jefe del Grupo de África Oriental y Meridional de UNAID. «En África, la gente se levanta por la mañana y sale a buscarse la vida, pero la manera en que lo hacen les somete a menudo al riesgo de una infección». Los hombres, por ejemplo, emigran a las ciudades en busca de trabajo; alejados de sus mujeres y de sus familias durante interminables meses, buscan satisfacción sexual con mujeres que, carentes de medios y de cualificación para el trabajo, ponen sus cuerpos a la venta para el sostenimiento de sus hijos y el suyo propio. De vuelta al hogar, las mujeres que instan a sus maridos a ponerse condones corren el riesgo de que se las acuse de acostarse con cualquiera; en las culturas africanas, habitualmente es el hombre el que dicta cuándo y cómo se mantienen relaciones sexuales.

Hacer frente a fuerzas culturales y económicas de esta naturaleza requiere voluntad política, pero la mayor parte de los gobiernos africanos se han mostrado escandalosamente negligentes al respecto. Ante la falta de liderazgo, el africano corriente ha reaccionado tardíamente a la hora de enfrentarse a la enfermedad. Pocas empresas, por ejemplo, disponen de programas anti-SIDA de amplio alcance. Además, muchas familias se niegan todavía a reconocer que el VIH está matando a sus parientes y prefieren decir que esa persona ha muerto de tuberculosis o de cualquier otra enfermedad ocasional. Con frecuencia, los médicos colaboran en esta negación de la realidad. «Precisamente, el otro día -declara un médico zimbabueño, de gran categoría, que hablaba a condición de que se preservara su anonimato- hice constar «SIDA» en un certificado de defunción y, luego, lo taché.

[sida la agonía de África] parte 1

Pensé que lo único que iba a hacer era estigmatizar a esa persona, porque no hay nadie más que ponga «SIDA» como causa de fallecimiento, ni siquiera cuando efectivamente es así». ¿Por qué el SIDA es peor en el África sub-sahariana que en cualquier otro lugar del mundo? En parte, por culpa de esta negación de la realidad; en parte, por culpa de que el virus, casi con plena seguridad, tuvo aquí su origen, lo que le ha dado más tiempo para propagarse; pero, sobre todo, por culpa de que África había quedado debilitada por 500 años de esclavitud y colonialismo. De hecho, los historiadores achacan al colonialismo la mayor parte de la responsabilidad sobre los muchos gobiernos corruptos y autocráticos de África, que se apropian de recursos con los que se podría combatir la epidemia. A África, conquistada y denigrada, nunca se le ha permitido incorporar las innovaciones a escala internacional adaptadas a su propio contexto, como, por ejemplo, ha hecho Japón.

Esta herencia colonial emponzoña algo más que la política. Algunos observadores atribuyen la propagación del VIH a la poligamia, una tradición de muchas culturas africanas. Sin embargo, las migraciones por razones de empleo, la urbanización y los desplazamientos de la población han generado una caricatura de la poligamia tradicional. Los hombres disponen de muchas compañeras, pero no mediante el matrimonio sino mediante la prostitución o mediante el mantenimiento de queridas, lo cual no aporta la vertebración social de la antigua poligamia. Por supuesto, la peor herencia de los blancos en África es la pobreza, que alimenta la epidemia por innumerables procedimientos. El padecer una enfermedad de transmisión sexual multiplica las ocasiones de propagar y contraer el VIH, pero pocos africanos reciben un tratamiento eficaz debido a que los centros médicos son demasiado caros o están demasiado lejos. La riqueza de África o bien se ha desviado hacia occidente o bien ha quedado restringida en favor de los colonizadores blancos, que han apartado a los negros de una plena participación en la economía. En la Sudáfrica del segregacionismo, a los negros o bien no se les daba ninguna clase de educación en absoluto o bien se les enseñaba sólo lo justo para que fueran criados.

En la actualidad, cuando el país sufre una de las más explosivas epidemias de SIDA del mundo, la falta de educación arruina los esfuerzos de prevención. De hecho, el SIDA ha transformado a África en algo todavía más vulnerable a cualquier catástrofe futura, lo que perpetúa el círculo vicioso de la historia. Con todo, el SIDA no es simplemente un relato de la desesperanza. Cada vez más, los africanos unen sus esfuerzos -por lo común, con recursos más bien exiguos- para atender a sus enfermos, erigir orfanatos e impedir que el virus se lleve a los que más quieren. Sus esfuerzos ofrecen una cierta esperanza pues, en tanto que una crisis de esta magnitud es capaz de desintegrar la sociedad, también puede llegar a unirla. «Para resolver el problema del VIH -afirma Sy-, hay que empezar por implicarse uno mismo: las actitudes, el comportamiento y los principios. Es algo que afecta a los fundamentos más esenciales de la sociedad y la cultura: la procreación y la muerte». El SIDA está impulsando una franqueza desconocida en las relaciones sexuales, así como unos esfuerzos, también desconocidos, por controlarlas mediante pruebas de virginidad y campañas en favor del mantenimiento de una única pareja. Además, poco a poco, por momentos, está concediendo a las mujeres un mayor poder. Las muertes que se cobra empujan a las mujeres a decir no a las relaciones sexuales o a insistir en el uso del preservativo. Además, a medida que aumenta el número de viudas, la gente está empezando a considerar los perjuicios de que se les niegue el derecho a heredar bienes. La epidemia está asimismo modificando las relaciones de parentesco, que han representado la esencia de la mayoría de las culturas africanas. Los huérfanos, por ejemplo, siempre han sido acogidos en el seno de la familia

[sida la agonía de África] parte 1

tradicional. Sin embargo, más de siete millones de niños del África sub-sahariana han perdido a uno de sus progenitores, o a ambos, y el virus está matando también a sus tías y tíos, lo que les priva de unos padres adoptivos y les lleva a vivir con unos abuelos que, con frecuencia, están ya en su declive. En respuesta a esta situación, comunidades de toda África se ofrecen voluntariamente a ayudar a los huérfanos mediante visitas a sus hogares e, increíblemente, a compartir con ellos lo poquísimo que tienen. Este voluntarismo constituye tanto una recuperación de las tradiciones comunales como su readaptación a unas nuevas formas de sociedad civil. No obstante, ni siquiera estos heroicos esfuerzos pueden atajar los males que ya se han manifestado aquí, en las colinas en las que Arthur Chinaka ha perdido a su padre y a sus tíos.

Los muertos no son la peor de las consecuencias de esta epidemia sino la forma de vida que dejan tras de sí. Rusina Kasongo vive en unas colinas más allá de Chinaka. Como tantas de estas personas del campo, ya mayores, que nunca fueron a la escuela, Kasongo no es capaz de calcular la edad que tiene, pero sí que es capaz de contar todo lo que ha perdido: dos de sus hijos, una de sus hijas y todos los maridos de éstas han muerto de SIDA, y además su marido falleció en un accidente. En su soledad, ella está al cuidado de diez huérfanos. «Algunas veces, los niños se van por ahí y vuelven muy tarde a casa -declara Kasongo-, y tengo miedo de que vayan a terminar lo mismo que Tanyaradzwa». Esta era la hija que murió de SIDA; se había casado dos veces, la primera de ellas, porque ya estaba embarazada. Ahora, la mayor de los huérfanos, Fortunata, de 17 años, es ya madre de un niño, pero no tiene marido. Pocas personas hay que hayan realizado más investigaciones sobre los huérfanos del SIDA que el pediatra Geoff Foster, que fundó la organización FACT (Family AIDS Caring Trust, o Familias Comprometidas en la Atención al SIDA). Fue Foster el que documentó que más de la mitad de los huérfanos de Zimbabue están al cuidado de sus abuelos, por lo común, abuelas que han tenido que ocuparse de atender a sus propios hijos hasta la tumba. Pero incluso esta frágil red de seguridad va a dejar de existir para muchos de la próxima generación de huérfanos. «Es posible que un tercio de los niños de Zimbabue vayan a perder a su padre, a su madre o a ambos», afirma Foster. Van a tener más probabilidades de ser pobres, explica él, más probabilidades de verse privados de educación, más probabilidades de ser maltratados, abandonados o estigmatizados, más probabilidades de padecer todas las carencias que hacen más probable que una persona vaya a mantener relaciones sexuales de riesgo. «El caso es que, cuando contraigan el VIH y mueran, ¿quién se va a ocupar de sus hijos? Nadie, porque ellos ya son huérfanos así que, por definición, sus hijos no van a tener abuelos. Es exactamente igual que el propio virus. Dentro del cuerpo, el VIH se introduce en el sistema de defensas y lo deja fuera de combate. Es lo que hace también desde el punto de vista sociológico. Se introduce en el sistema de socorro mutuo de la familia tradicional y lo diezma».

La escalofriante comprobación de Foster está calando en otras personas que trabajan en campos que muy remotamente tienen relación con el VIH. Este año, el sudafricano experto en criminalidad Martin Schönreich, ha publicado un documento que se abre con la advertencia de que «en el plazo de una década, uno de cada cuatro sudafricanos tendrá entre 15 y 24 años. Es en este grupo de edad en el que es más alta la propensión de la población a la comisión de delitos. Aproximadamente en ese mismo período, se registrará un aumento de la población huérfana de Sudáfrica sin precedentes, a medida que la epidemia de SIDA se cobre sus abundantes víctimas». Así como determinadas causas de criminalidad pueden ser combatidas, escribe Schönreich, «otras, tales como el enorme número de jóvenes respecto de la población total y una elevada proporción de muchachos criados sin la adecuada super-

[sida la agonía de África] parte 1

visión de unos padres, quedan más allá del control del estado». Su conclusión es que «no existe presupuesto, dentro del gasto del estado destinado al sistema judicial penal, que sea capaz de contrarrestar esta cruda realidad». Más SIDA y más delitos figuran entre las consecuencias más dramáticas del explosivo aumento del número de huérfanos. Nengomasha Willard, sin embargo, ve que hay daños más difíciles de evaluar. Willard es profesor de niños de 11 y 12 años de edad en la escuela primaria Saint George, sita cerca de donde viven los Chinaka y los Kasongo. Quince de los 42 alumnos de Willard han perdido a uno de sus progenitores o a los dos, pero lo que le preocupa muy en particular es uno de sus alumnos que primero perdió a su padre y que, luego, en el funeral de su madre, lloraba desconsoladamente. «No quiere participar -declara Willard-, lo único que quiere es estar solo». «Veo miles de niños sentados en un rincón -añade Foster-. Han interiorizado el impacto: eso es depresión, el ensimismarse en uno mismo».

En África, el haberse centrado en la pobreza ha eclipsado la investigación acerca de las cuestiones psicológicas, afirma Foster, aunque él haya publicado inquietantes pruebas de maltratos, emocionales, físicos y sexuales. Entretanto, siguen engrosándose las filas de los huérfanos. «Estamos hablando de un 10 %, quizá de un 15 %, que ha perdido a ambos progenitores y de un 25 % que habrá perdido a su madre. ¿Qué efecto produce esto en una sociedad, muy en especial, en una sociedad empobrecida?». Willard se ha dado cuenta de que, de entre sus estudiantes, algunos de los huérfanos acuden a la escuela descalzos, o sin siquiera un jersey, en los fríos inviernos de Zimbabue. A veces se debe a que sus familias adoptivas los relegan al último puesto de la lista, pero con frecuencia la causa es que las abuelas apenas pueden rebañar el dinero suficiente. Entre los economistas, se ha mantenido un callado debate sobre si el VIH va a tener consecuencias perjudiciales para la economía. Algunos creen que no. Con las tasas de desempleo del África subsahariana, de entre el 30 y el 70 %, argumentan que hay gente de sobra para reponer las bajas laborales. Una de las situaciones posibles consiste en que el crecimiento económico pueda ser más moderado, pero el crecimiento demográfico también va a disminuir, por lo que el PIB (Producto Interior Bruto) *per cápita* puede que se mantenga en los mismos términos, e incluso que aumente. En ese caso, añade Helen Jackson, directora ejecutiva del SAFAIDS (Southern África AIDS Information Dissemination Service, o Servicio de Difusión de la Información sobre el SIDA en África Meridional), África se enfrentaría a la grotesca ironía de «una mejora de determinados índices macroeconómicos, pero justamente lo contrario al nivel de los hogares y del sufrimiento humano». No obstante, va en aumento la evidencia de que la economía va a verse dañada.

Entre el 20 y el 30 % de los trabajadores del sector de la minería de oro de Sudáfrica -el pilar de la economía de este país- se estima que son seropositivos y la sustitución de estos trabajadores repercutirá a la baja en la productividad del sector. En Kenia, un nuevo informe gubernamental predice que la renta *per cápita* podía reducirse en un 10 % en el curso de los próximos cinco años. En Costa de Marfil, cada día lectivo muere un maestro. Luego están también las consecuencias que no pueden cuantificarse. «¿Que aporta el SIDA a la imagen de África?», pregunta Tony Barnett, un veterano investigador del impacto económico del SIDA. Para atraer inversores, el continente tiene ya que hacer frente al subdesarrollo y al racismo, pero, en la actualidad, afirma él, muchas personas consideran a África como «una sociedad enferma, sexualmente enferma. Eso está en la línea de tantos

[sida la agonía de África] parte 1

y tantos estereotipos». Rechazados por la economía empresarial, millones de africanos subsisten con el cultivo de la pequeña parcela de terreno que poseen. Cuando alguien de la familia cae enfermo de SIDA, los miembros restantes tienen que emplear su tiempo en cuidar de esa persona, lo que implica menos tiempo para atender sus cosechas. Además, cuando llega la muerte, la familia pierde un trabajador esencial. Los estudios han documentado que, entre las familias campesinas que han sido golpeadas por el SIDA, cae la producción de alimentos, merman los ahorros y los niños corren un mayor riesgo de padecer desnutrición. Para Kasongo y sus diez huérfanos, la comida es un problema permanente, pero ahora se ha transformado en uno aún más arduo. Cuando volvía del campo, con una cesta de maíz en la cabeza, Kasongo tropezó y se cayó. Se le ha inflamado la rodilla, le duele la espalda y cultivar los campos se le ha hecho casi imposible. He aquí cómo, bajo el radar de los indicadores macroeconómicos, la penosa experiencia de Kasongo muestra hasta qué punto el SIDA está devastando África.

Este es el contexto en el que se celebra uno de los más angustiosos debates de África: ¿deberían los médicos administrar a las embarazadas fármacos que reduzcan drásticamente las probabilidades de que nazca un niño con el VIH? Hasta ahora, el debate se ha centrado en el coste de estos fármacos, pero un nuevo y barato tratamiento ha sacado a la superficie razonamientos más espinosos. La «vacuna contra niños», como en algunas ocasiones se la ha denominado, no trata a la madre y, en consecuencia, no contribuye en absoluto a reducir las probabilidades de que el niño termine por convertirse en huérfano. Esa es la razón por la que se opone a ella Rubaramira Ruranga, un famoso activista de Uganda que está, también él, infectado por el VIH. «Muchos niños mueren por desnutrición en nuestros países, incluso con los dos progenitores -argumenta-. Faltos de padres, es prácticamente seguro que van a morir». ¿No resulta imposible conocer el destino de un niño cualquiera y no es una presunción el decidirlo por adelantado? «Eso es sentimentalismo», responde con brusquedad. Hasta Foster, que cree que «todo niño tiene derecho a nacer sin VIH», se pregunta si el dinero no estará mejor empleado en esta «solución técnica» que consiste en administrar fármacos a las embarazadas. El medicamento es sólo una parte del coste, puesto que las mujeres pueden infectar a sus hijos durante la lactancia, lo que suscita problemas de mayor coste, tales como el de proporcionar la fórmula y enseñar a las mujeres a usarla de manera segura en lugares en los que es posible que no exista agua potable. ¿No estaría mejor invertido todo ese dinero, se pregunta Foster, en atacar las causas profundas por las que las mujeres contraen la infección en primera instancia? «Resulta muy complicado llevar la contraria y plantear una argumentación en este sentido porque automáticamente quedas catalogado como un salvaje», afirma. En realidad, ese tipo de argumentos constituye la prueba de hasta qué punto la epidemia está obligando a los africanos a enfrentarse a alternativas imposibles.

Weston Tizora es uno de los miles de africanos que se esfuerza en proporcionar una vida decente a los huérfanos. Con tan sólo 25 años, Tizora empezó a trabajar de jardinero en la misión de Saint Augustine y se apuntó como voluntario en el programa de SIDA de la misión, denominado Kubatana, una palabra shona que significa «juntos». El año que viene, sucederá en la dirección del programa a su fundadora, la enfermera británica Sarah Hinton. Los 37 voluntarios de Kubatana se ocupan de pacientes sin hogar y colaboran en el mantenimiento de huérfanos, por ejemplo, con la aportación de alimentos a la prole de Rusina Kasongo. Muy poco más lejos de los Kasongo viven Cloud y Joseph Tineti. Tienen 14 y 11

[sida la agonía de África] parte 1

años, respectivamente, y la persona de más edad de su casa es su hermano de 15 años. Constituyen, en el lenguaje de los trabajadores contra el SIDA, un hogar con cabeza de familia infantil. ¿Quién está a vuestro cargo? «Nadie», contesta Joseph, y ya se nota. Su choza, una única habitación, presenta un suelo perdido de ropas sucias, platos sin lavar, sillas rotas. Sobre la mesa, un frenético montón de hormigas se da el gran banquete con una semilla de calabaza y una especie de hojas secas. Las desgracias nunca vienen solas. Su padre, que se había divorciado de su madre antes de que ésta muriera, vive en la cercana Mutare. ¿Les trae de comer? «Sí -afirma Joseph-, todas las semanas. No es verdad, sostiene Tizora. Los miembros de Kubatana han llegado incluso a hablar con la policía en su esfuerzo por convencer al padre de que se lleve con él a sus hijos o, al menos, les procure el sostén. Pero la policía no ha hecho nada, explica Tizora, porque el padre está sin empleo y se las ve y se las desea para sostener a la familia de su segunda esposa. Una vez al mes -en ocasiones, ni siquiera con esa periodicidad-, les lleva pequeñas cantidades de comida, así que los huérfanos dependen de los donativos de los voluntarios de Kubatana. Pero, aunque la versión del pequeño Joseph no sea cierta, con eso es con lo que sueña un huérfano: con un padre que, al menos, les lleva algo de comer, se pasa por allí con frecuencia y actúa un poco como un padre. Y su madre, ¿qué recuerdos tiene Joseph de su madre? La pregunta es demasiado fuerte y el niño rompe a llorar.

Se supone que los voluntarios de Kubatana se ocupan de los huérfanos Tineti. ¿Por qué tienen, pues, la casa tan descuidada? Había dos voluntarios en esta zona, explica Tizora. A uno se le ha encomendado que trabaje en una cercana aldea minera, devastada por el SIDA. La otra lleva dos meses lejos, en casa de sus padres, para asistir a un funeral y para cuidar su embarazo, ya en las últimas semanas. Además, todo el mundo está hasta arriba de trabajo por estos pueblos. Desde aquí, en el valle, Tizora señala las laderas de los montes alrededor y añade: «Tenemos huérfanos en esa casa de ahí, y en la otra un poco más allá, y allí, por donde los eucaliptos. ¿Ve esa casa, la blanca? Ahí tienen unos huérfanos a su cuidado, también». Cuando termina, ha señalado con el dedo prácticamente la mitad de las casas. Cuando el programa Kubatana se puso en marcha, en 1992, los voluntarios censaron 20 huérfanos.

En la actualidad, tienen registrados 3.000. En muchos lugares de África, indica Jackson, de SFAIDS, «prácticamente se ha convertido en la norma, en lugar de la excepción, el tener huérfanos en los hogares». Foster hace algunos rápidos cálculos: dado el número de voluntarios del programa Kubatana, no hay manera de que puedan atender a todos sus huérfanos. Por tanto, cuando uno o una de los voluntarios se queda embarazada, o tiene un problema familiar, o cae enfermo, niños como Cloud y Joseph se les pierden por el agujero. Foster añade que «no puede desaparecer una cuarta parte de la población adulta en diez años sin que se produzcan consecuencias catastróficas». En su oficina, Tizora tiene toda una pared con las fotografías de los primeros 20 huérfanos. Una es la de una niña que aparenta tener unos doce años. Perdió a sus padres y, luego, perdió a la abuela que se ocupaba de ella. En ese momento, la niña empezó a negarse a ir a la escuela, y se escondía por el camino. Ahora, se ha escapado y, añade Tizora, «no sabemos donde está».

historia de dos hermanos

Fela no se creyó que el SIDA existía. Pero, con el tiempo, murió de esta enfermedad. Su hermano anda aún tratando de convencer a los seguidores de Fela de que el VIH es una realidad.

Penhalonga (Zimbabue). **no es éste** un país fácil, pero Lagos, la atestada megápolis de Nigeria, tiene algo de fantástico en medio de sus dificultades. Raro es que transcurran 24 horas sin un apagón y son corrientes los cortes de energía eléctrica que duran semanas. Oficialmente, NEPA refiere las siglas de la National Electric Power Authority, Comisión Nacional de Energía Eléctrica, pero el mundo hace la broma de que significa Never Expect Power Anytime (no cuentas nunca con la electricidad), así que los que pueden permitírselo se han hecho con su propio generador diesel. Pero eso tampoco es ninguna garantía, porque, por mucho que Nigeria sea uno de los principales productores de crudo del mundo, la incuria de sus administradores provoca con frecuencia escasez de petróleo: un investigador del SIDA perdió 3.000 muestras refrigeradas de sangre cuando coincidieron un corte de electricidad y una falta de suministro de petróleo.

¿Agua corriente? Hasta los lagosianos ricos se ven privados de ella con frecuencia; pagan camiones para que les llenen grandes depósitos. Los médicos se lavan las manos con agua de cubos. Llamar a la policía es prácticamente imposible porque, en el dudoso caso de que funcione el teléfono de uno, no lo hará el de la comisaría. Las dictaduras militares han esquilado Nigeria durante la mayor parte de los 39 años transcurridos desde que el país le arrancó la independencia a Gran Bretaña. Una de las trapacerías preferidas de «los chicos del ejército», como se les conoce, consistía en transferir dinero de los contratos del gobierno a cuentas privadas en bancos suizos y pagar comisiones a sus compinches para que firmaran formularios oficiales en los que confirmaban que sí, que el trabajo se había terminado, incluso aunque cualquiera que tuviera un par de ojos pudiera comprobar que no se había hecho lo más mínimo. Los directores de empresas privadas suelen adjudicar contratos al que más soborno pague y muchos edificios de Lagos exhiben carteles que advierten de que «este edificio no está en venta» porque hay timadores que venden casas que no son de su propiedad.

¿Qué es lo que nunca falla en Lagos? El calor, la contaminación, los épicos atascos de tráfico que llaman «marcha lenta» y que atrapan a millones de viajeros durante horas, la mayor parte de ellos sudando la gota gorda dentro de unos taxis-furgoneta llenos hasta los topes. Y Fela.

Fela Anikulapo-Kuti, la estrella del panorama musical internacional, que se casó con 27 mujeres en un solo día y que, normalmente, salía a escena con nada más que su saxo, sus minúsculos calzoncillos y un porro que, tal y como lo describió un escritor, tenía el tamaño de

[sida la agonía de África] parte 2

una pequeña nación africana, un Fela que defendió la cultura africana por encima de todo lo que fuera blanco y que, con una enorme audacia, despellejó con sus mordaces críticas a los gobiernos militares que desvalijaban Nigeria. En su estupidez, el estado aumentó su reputación al otorgarle el definitivo sello de credibilidad del disidente: lo metió en la cárcel. Durante las elecciones democráticas del año pasado, que volvieron a otorgar el poder al antiguo gobernante militar Olusegun Obasanjo, se oía por todas partes la canción de Fela Soldier Go, *Soldier Come* (*Soldado va, soldado viene*), en la que se acusa a Obasanjo y a los demás «chicos del ejército» de manejar una puerta giratoria que lleva al poder.

Pero esa canción no llegó a oírse jamás en directo durante las elecciones, porque Fela murió en 1997 de una enfermedad que él sostenía que no existía, y que desde luego no existía en África: SIDA. No importaba que el hermano mayor de Fela, el profesor Olikoye Ransome-Kuti, hubiera ocupado el puesto de ministro de Sanidad de la nación y lanzado el primer y muy elogiado programa contra el SIDA en Nigeria. Prácticamente la única concesión que Fela hizo a la medicina de los blancos fue la de dejar que Olikoye le pusiera unos puntos de sutura en la cabeza después de que la policía se la abriera. No había enfermedad, prácticamente, que las hierbas africanas no pudieran curar, sostenía Fela, y rechazaba los preservativos porque no eran nada naturales ni placenteros sino una conspiración de los blancos para reducir la tasa de natalidad de los negros. Él estaba convencido, asegura Olikoye, de que «todos los médicos se dedicaban a fabricar el SIDA, incluido yo mismo». Para cuando Fela autorizó que le trasladaran a un hospital, estaba ya tan perdido que nunca llegó a enterarse de los resultados de las pruebas que confirmaban que estaba infectado por el VIH. A los pocos días, ya en coma profundo, se ahogó en sus propios vómitos y murió. Empezó entonces la polémica en torno a la muerte de Fela y, en cierto sentido, en torno a la vida de Nigeria. Increíblemente popular, Fela tenía la capacidad de hacer por el SIDA en Nigeria lo que Rock Hudson, Magic Johnson y Arthur Ashe hicieron en Estados Unidos. Los más apasionados seguidores de Fela -como esas legiones de *chicos de la calle*, sin escolarizar, desempleados, que trapichean, roban y, de vez en cuando, organizan disturbios callejeros para sacar un poco de dinero-constituyen habitualmente los grupos más vulnerables al VIH. Se trata también de los que peor se llevan con la sociedad y con la autoridad, médicos incluidos. Muchos de esos *chicos de la calle* se resisten a creer que Fela muriera de SIDA y su respuesta pone de relieve las complejas formas que la negación del SIDA adopta en el África urbana.

También ilustra el holocausto que está a punto de sobrevenir. Las estadísticas nacionales más recientes de Nigeria, difundidas en 1996, estiman que está infectado casi uno de cada 20 adultos. Ese es ya un porcentaje peligrosamente alto, especialmente porque Nigeria es la nación más populosa de África, el hogar de uno de cada siete africanos. ¿Qué ocurriría si la prevalencia del VIH en Nigeria alcanzara el nivel de algunas naciones del África oriental y meridional, donde más de una cuarta parte de los adultos son seropositivos? Pues que entonces, advierte un nigeriano, (el veterano activista contra el SIDA Pearl Nwashili), «lo que hemos visto en el resto de África sería un juego de niños». Aún así, los esfuerzos de Nigeria en la lucha contra el SIDA siguen empantanados en lo que Nwashili califica de «apatía y negación». Ni siquiera las disponibilidades de sangre son seguras, porque muchas de las numerosas clínicas privadas del país realizan transfusiones de sangre sin analizar. Controlarlas resulta prácticamente imposible, sobre todo porque el entonces vigoroso Programa Nacional de Control del SIDA y de las STD (Sexual Transmitted Diseases, o enfermedades de transmisión sexual) va saliendo adelante

[sida la agonía de África] parte 2

a duras penas con 40 millones de nairas al año, que no llegan ni a medio millón de dólares. Además, se tiene la convicción generalizada de que la tasa oficial de VIH del país se ha subestimado, debido en parte a que se calculó sin dato alguno de Lagos, la mayor metrópoli del África subsahariana, una caldera de al menos ocho millones de habitantes que engorda a razón de casi mil nuevos pobladores al día. Como tantas otras de las megápolis de África, Lagos está unida al resto del país por las familias, en sentido lato, de estos inmigrantes y mediante carreteras, ferrocarriles y rutas marítimas y aéreas que convergen aquí. El control del SIDA en Lagos resulta, en consecuencia, de capital importancia para controlar el SIDA en el conjunto de Nigeria. Sin embargo, mientras que sólo un esfuerzo unánime y supremo sería capaz de contener la epidemia en Nigeria, el país sigue atenazado por una actitud esquizofrénica hacia el SIDA, simbolizada por los hermanos Olikoye y Fela: de un lado, un pragmático afrontemos-los-hechos; del otro, una negación de la realidad que está enraizada en una panafricana ideología antiblancos. La resistencia a la realidad de la muerte de Fela se puso de relieve prácticamente con su cadáver todavía caliente. «La médico de Fela se dirigió a mí y me preguntó que qué era lo que debía hacer constar como causa de su fallecimiento», recuerda Olikoye. «Yo le dije: ¿de qué cree usted que ha muerto?. Ella dijo que sería terrible que figurara eso, que el SIDA es una vergüenza. Así que le pregunté si estaba dispuesta a falsificar un certificado de defunción». La doctora cedió.

Al día siguiente, rodeado de la mayor parte de la familia de Fela, Olikoye dio una rueda de prensa en la que anunció que el SIDA había matado a su hermano y facilitó lo que la hija de Fela, Yeni, calificó de «una seria disertación», en la que indicó que casi dos millones de nigerianos eran ya portadores del virus del SIDA y que era preciso que la gente se enfrentara a esta crisis. Para algunas personas, el anuncio supuso ciertamente un golpe. Hay prostitutas que dicen que muchos de sus clientes empezaron a ponerse preservativos a raíz de la declaración de Olikoye. Pero son millones -entre ellos, el hijo menor de Fela, Seun, de 16 años de edad- que no creen que el VIH derrumbara a su héroe. Un *chico de la calle* incondicional seguidor de Fela, Bob *Marlboro* Kuforiji, que vive en una calleja a tope de gente, dice, en un comentario típico, que «no es más que propaganda eso de que Fela murió de SIDA». Según su lógica, «Fela es un gran hombre, uno de los más grandes, así que cómo iba a morir de SIDA». ¿Preservativos? 'Marlboro' no los usa.

Prácticamente toda gran ciudad cuenta con bandas de tipos duros en sus calles, pero los *chicos de la calle* son un fenómeno exclusivo de Lagos, donde han alcanzado una condición casi mítica en cuanto que incordio urbano y amenaza criminal. Organizan disturbios con los que intimidan a barrios enteros a que les paguen o simplemente para saquearlos. Los políticos los contratan para que ataquen a sus rivales o para maniobras de distracción, pero, a la larga, los 'chicos de la calle' no se casan con nadie. El verano pasado, en lo que los periódicos calificaron de «justicia de la selva», *chico de la calle* se enzarzaron en batallas territoriales contra bandas rivales y contra piquetes de ciudadanos, fomentados por sus crímenes y por la impotencia de la policía. Más de 50 personas resultaron muertas, en muchos casos, quemadas vivas.

[sida la agonía de África] parte 2

Victor Inem, un médico del Hospital Clínico de la Universidad de Lagos, estudió a 113 *chico de la calle* y, aunque pocos lagosianos utilizan la expresión, *chicas de la calle*. El 28 por ciento dió positivo en las pruebas del VIH, un índice de infección sólo superado por las profesionales del sexo. Y eso fue hace seis años. No ha habido prácticamente ninguna otra investigación sobre los *chico de la calle*, pero el índice de infección sería hoy más alto, casi con plena seguridad, debido en parte a que los *chico de la calle* se comportan de manera que se exponen a sí mismos y a otros a situaciones de riesgo. Más de la mitad de las mujeres del estudio de Inem se habían prostituido. Uno y otro sexo intervenían en sesiones, auténticos festines de drogas que con frecuencia incluían orgías. Además, una de las formas con las que sacan dinero para drogas y comida es la de vender sangre a clínicas privadas, una práctica que, de creer tanto a los trabajadores antiSIDA como a los propios *chicos de la calle*, todavía se mantiene.

«Hemos salvado a millones de niños mediante la inmunización y el tratamiento de las diarreas infantiles - afirma Olikoye-, pero no hicimos mucho por ofrecerles un futuro. No tienen trabajo, no están escolarizados. Venden chatarra por las calles y están fuera del control de cualquiera». Excepto de Fela. Sacó del arroyo a decenas de prostitutas y *chico de la calle* y les dio un hogar en su comuna, la llamada República Kalakuta, y se granjeó una credibilidad sin parangón en las calles. Pero, por encima de eso, convirtió en arte -su arte- la frustración que tan fuera de sí les sacaba y su sensación de sentirse traicionados. El primo de Fela, Wole Soyinka, habrá ganado el premio Nobel, pero Fela, con sólo cantar en Pidgin, se ganó la devoción de la gente que iba en el furgón de cola de la trágica historia de Nigeria.

La música de Fela conectaba el alto grado de corrupción con las penalidades diarias de la vida en Lagos, desde las condiciones de vida en los barrios bajos de la ciudad -donde, como cantaba él, «ahí viven diez - diez en una habitación» y «duermen en el cubo de la basura»- a los tormentos casi alegóricos de los *molue*, los sofocantes, atiborrados autobuses urbanos de Lagos ->«día tras día, mi gente sube al autobús, 49 sentados, 99 de pie, se aprietan ahí dentro como sardinas en lata hasta que se desmayan». Estos versos evocan «imágenes del comercio de esclavos», indica Babatope Babalobi, miembro de Periodistas contra el SIDA, que escribió su tesis de graduación sobre Fela. Los *chicos de la calle* se limitan a decir que «Fela decía la verdad».

Es pues una cruel ironía que lo que le llevó a la ruina fuera que se engañaba a sí mismo. El humor con que rechazaba los preservativos ->«Una vez que me quito los pantalones -le encantaba decir-, ¿por qué voy a tener que ponerle un pantalón al pito?»- se ha transformado en algo grotesco en la medida en que la epidemia de SIDA ha crecido hasta convertirse en una de las peores tragedias de la historia de Africa. Fela ponía en peligro su propia vida, pero también ponía en peligro las vidas de sus compañeras, muchas de las cuales eran las chicas de la calle que se había llevado a su casa. Con frecuencia, Fela fue objeto de críticas por sus puntos de vista acerca de las mujeres ->«la mujer no tenía otro papel que el de hacer feliz al hombre», declaró en cierta ocasión-, pero el VIH cargó sus actitudes con un arma que tenía poder para matar.

De hecho, la vida de Fela en la República de Kalakuta sería la pesadilla de cualquier educador sexual. En el aire flotaba como una neblina del humo de la marihuana y el *hot*-la ginebra de las calles de Nigeria- fluía sin restricciones. El hijo mayor de Fela, Femi, recuerda que «todo estaba hecho un asco» y que ni uno solo de los *chicos de la calle* que se habían refugiado allí «se dedicaba a hacer algo constructivo».

Femi, que, al igual que su padre, toca el saxo y tiene su propio grupo, Positive Force, que va

[sida la agonía de África] parte 2

estupendamente, dejó la *maría* porque, como explica él, «no voy a hacer lo que hacía mi padre. Yo tengo que trabajar, más que tocar». Esa ética del trabajo, por no hablar de no más *maría*, le ha vuelto impopular entre los tipos duros de la ciudad. Además, Femi llega todo lo lejos que puede llegar un hijo en responsabilizar a su padre de connivencia con la tragedia colectiva de los *chicos de la calle*: «Quieren que me comporte como mi padre y que colabore con la vía por la que están arruinando sus vidas».

Fela respaldó la manera de comportarse que contribuye a propagar el VIH. Pero quizás lo más dañino es que él dio su conformidad a una actitud que hace extremadamente difícil que cambien estas formas de comportarse.

Dominando el callejón Ojuelegbao, en el barrio de Surulere, en Lagos, existe una manzana de pisos de cemento, en los que la colada cuelga de los balcones y varias ventanas aparecen rotas. Bajo él se apiñan pequeñas chabolas de cemento con techos de metal corrugado. El agua estancada se remansa en las alcantarillas al aire libre y los pollos picotean entre las basuras, mientras pían y agitan las alas para escapar de los niños prácticamente desnudos que corretean alrededor. Con su despacioso andar por una calleja, descamisado, *el chico de la calle* Thomas *Boy-O-Boy* Edem, que vivía en la comuna de Fela, insiste en que él no es un ladrón. «Por eso ando trapicheando con esto», dice, mientras sostiene una bolsa de plástico que está a reventar de marihuana. Su otra fuente de ingresos le viene de la cercana parada de autobús. Durante la hora punta de la anochecida, *Boy-O-Boy* se afana rápidamente por entre el caos para recoger su *dash* (su poquito), una palabra de jerga para designar un chantaje. Como el dinero que la mafia cobra por su protección, el pago garantiza que los *chicos de la calle* no ataquen los autobuses.

Nadie está exento de esta extorsión, ciertamente tampoco los trabajadores antiSIDA, a los que se tiene por ricos porque reciben financiación de agencias internacionales donantes. Onemtein Amadi, del NYAP (Nigerian Youth AIDS Programme, o Programa de la Juventud Nigeriana contra el SIDA), recuerda un campeonato de fútbol, organizado por su agencia, en el que el requisito para participar era el realizar un curso sobre el SIDA y responder en el descanso de los partidos a un concurso de preguntas sobre el SIDA. Se apuntaron dieciséis equipos, que sumaban más de 400 jugadores, pero el NYAP no llegó a un acuerdo con los *chicos de la calle*. «Iban a irrumpir en el campo y a interrumpir los partidos -recuerda-. Aseguraron que si no se les daba dinero y ginebra, los partidos no se jugarían». NYAP acabó por contratar a los *chicos de la calle* como guardas de seguridad, un trabajo que les encanta.

Esta es la forma más simple de lo que Amadi llama «el síndrome del dinero», una combinación corrosiva de cinismo y desconfianza que procede de una cultura en la que la corrupción es el rey y la pobreza obliga a tomar decisiones difíciles. Elvira Obike, funcionaria del programa del sector de Lagos de The Society of Women against AIDS in Africa (Sociedad Femenina contra el SIDA en Africa), calcula que «más del 70 % de las estudiantes femeninas de la universidad mantienen relaciones sexuales por dinero para pagarse las tasas de matrícula», casi siempre con viejos verdes. En una cultura donde tantas mujeres se prostituyen y donde los dirigentes políticos roban millones y, en ocasiones, hasta miles de millones de dólares, todo el mundo tiene que formarse una opinión. Y Fela alimentaba su cinismo.

Si siempre quedó claro contra qué estaba Fela, nadie podría decir con precisión a favor de qué. Era un disidente, sin más. Su hermano Olikoye llevó la asistencia primaria a

[sida la agonía de África] parte 2

los pobres de Nigeria, pero Fela le criticaba por colaborar con un gobierno militar. El rechazo de Fela de prácticamente todo lo blanco -incluida la medicina occidental- tenía un carácter fundamentalmente reaccionario, de reacción sin fisuras contra la dominación blanca. Quizá tuviera para él fatales consecuencias, pero en el Africa urbana es una reacción muy corriente. En realidad, es una de las herencias del colonialismo.

Fela se adhirió a las ideas de libertad e igualdad y de unidad africana, pero eran unas ideas nebulosas, poco más que consignas. Entretanto, él gobernaba su comuna como un rey, repartiendo fuertes palizas a *chicos de la calle* que no estaban con él y satisfaciendo su legendario apetito por la marihuana y el sexo. Fela hizo que pareciera que todo lo que hacía falta para ser un revolucionario era perseguir la propia gratificación personal y despotricar contra el poder establecido.

Ese cinismo socava la educación contra el SIDA. Como explica Edem Effiong, del NYAP, «es posible que la gente no se crea la información veraz sobre el SIDA porque a lo mejor no cree a la fuente de la información». La verdad es que resulta difícil imaginar una fuente más creíble que Olikoye, uno de los escasísimos ministros del gobierno que ha conservado una buena reputación. No importa. *Marlboro* no es más que uno de los muchos que piensan que Olikoye mintió acerca de la causa del fallecimiento de Fela. Preguntado por qué Olikoye iba a afirmar que su hermano había muerto de SIDA de no haber sido así, responde *Marlboro* que «los nigerianos son capaces de hacer cualquier cosa por dinero: incluso venderían a su madre y a su padre». A Olikoye le pagó, se dice entre la gente, el Banco Mundial de los americanos.

También es corriente oír descalificaciones generalizadas de la medicina occidental. Un conductor de autobús, que se confiesa admirador de la música de Fela y que asistió a su funeral, tiene el convencimiento de que Fela no murió de SIDA «porque ese tío sabía cuidarse, con los métodos tradicionales, los tribales». ¿Cree que el SIDA es algo de verdad? «Algo he oído, pero no me lo creo». Un adolescente, vestido con el uniforme del colegio, interviene para decir que él ha leído una octavilla en la que se afirmaba que el SIDA lo habían inventado los americanos porque quieren dominar el mundo.

Algunas personas, la hija de Fela entre ellas, creen que el gobierno debería haber utilizado la muerte de su padre para poner en marcha un programa anti-SIDA. Sin embargo, otros creen que habría sido contraproducente. «Si el gobierno hubiera tratado de utilizar la figura de Fela, habríamos tenido algún disgusto», afirma Effiong, del NYAP. En su opinión, con eso no se habría sino reforzado la negativa a creer que el SIDA va en serio.

El SIDA se introdujo tardíamente en Nigeria. El primer caso se comunicó en 1986, cuatro años después de que se identificara la enfermedad por vez primera en Africa, e incluso entonces, estudio tras estudio, quedó demostrado que el virus no estaba muy extendido. Si bien Nigeria ganó tiempo con ello, también jugó a favor de aquellos que negaban la existencia o la gravedad del SIDA, porque apenas se registraban muertes. Incluso ahora, aquellos que se encuentran en las últimas fases de la enfermedad contrajeron la infección hace entre seis y diez años, por lo que se trata de poca gente, en términos relativos, a diferencia de la malaria, una enfermedad mortal, definida y muy presente. De ahí que activistas como Nwashili, de STOPAIDS, se han estrellado «en el esfuerzo de conseguir que la gente crea que existe el SIDA cuando no existe el SIDA».

[sida la agonía de África] parte 2

Hay signos de esperanza. Es posible que el nuevo presidente de Nigeria tenga un pasado con sus más y sus menos, pero ha multiplicado casi por tres el presupuesto del Programa contra el SIDA, ha comprometido a su gobierno en la tarea de hacer frente a la epidemia - algo que sus corruptores predecesores ni siquiera se plantearon- y ha solicitado ayuda internacional. Olikoye apoyó la elección del nuevo presidente (y eso que su policía asaltó la casa de Fela en 1977 e infligió a su madre heridas que le provocaron la muerte) porque Obasanjo «tiene un punto de perversidad, que es lo que necesitamos en Nigeria». Olikoye dirige además un enérgico movimiento en favor de la seguridad jurídica. Y en el área de aparcamiento de Iddo, un enorme, atestado y bullicioso lugar en el que paran camiones, el educador de STOPAIDS Robert Eselojor se muestra optimista: «Los conductores ya no contratan mujeres o, en todo caso, usan preservativo».

Pero no es eso lo que dicen los tipos más jóvenes que deambulan por el aparcamiento. Entre las francas risotadas de todos los que andan cerca, un fornido camionero proclama que él no se pone condón porque «no se me levanta el pito si me lo pongo». Otro hombre del grupo echa la culpa del SIDA a «esas tías irresponsables» y agita el brazo en dirección a los burdeles. «El único peligro está con ellas -insiste-. Una mujer responsable no va a pillar nunca el SIDA».

Al pie del puente Carter, en la populosa zona de Idumota, castigada por la criminalidad, un grupo de mujeres vocea las menudencias que vende: cigarrillos, jabón, fruta. ¿Usan preservativo sus compañeros? Se echan a reír. «Mi marido -dice uno- no tiene por qué usar un condón, no es un eunuco». ¿Tienen sus maridos amiguitas por su cuenta? «Dos, que yo sepa», responde la primera. «Mi marido es muy religioso y no tiene ninguna», asegura una tercera, que lleva un pañuelo de cabeza, «pero -añade- mi amigo sí que se ha acostado hasta con treinta tías».

En el hotel Royal Crown, pintado de rosa, una profesional del sexo, que dice que se llama Tina, asegura que muchos de sus clientes le ofrecen más dinero si lo hacen sin protección. Con su formación de educadora recibida del sector de Lagos de The Society of Women against AIDS in Africa, Tina insiste en que ella no acepta esa clase de ofertas. Pero, añade, «soy incapaz de mentir: algunas de las chicas, sobre todo las más jóvenes, si ven mil nairas, no se resisten». Entonces, ¿cuántas profesionales del sexo utilizan condón cada vez? Entre las más mayores, unas seis de cada diez, calcula Tina, pero, entre las más jóvenes, sólo dos o tres de cada diez.

Fela no habría resuelto el problema de SIDA de Nigeria. Sin embargo, al igual que músicos como el enormemente popular Franco Luambo, del Congo, o Philly Lutaya, de Uganda, que grabaron discos contra el SIDA poco antes de que la enfermedad acabara con ellos, Fela podía haber hecho que todos y cada uno de los nigerianos sintieran que conocían a una persona que tenía el VIH, con que hubiera aprovechado el plazo de espera a que la muerte se lo llevara a conminar a la gente a que tomara precauciones. Tal y como lo ve, Olikoye cree que su hermano simboliza la negación de Nigeria ante la realidad y, añade, «no sé cómo vamos a superar la barrera de convencer a la gente de que el VIH va en serio». Más allá, en la barriada de Makoko, de Lagos, donde los pescadores han construido un poblado de chabolas lacustres, Frank Ogbonnaya, de 21 años, dice que, el año pasado, se acostó con cuatro mujeres y que, aunque normalmente se pone preservativo con sus parejas ocasionales, no lo usa con su novia fija. El SIDA, afirma, no figura entre sus mayores preocupaciones. ¿Conoce a alguien que tenga la enfermedad? «No conozco a nadie -responde-, salvo si cuentas a Fela, y no creo que Fela muriera de SIDA».

parte 3

África responde

A falta de medicinas y de dinero, las culturas tradicionales se movilizan de forma diferente.

Provincia de Insiza (Zimbabue). **wilson** fue el caso más difícil. Era un hombre tan encantador, tan seductor, incluso, y sin embargo el SIDA apagó toda aquella viveza suya y le confinó en una cama. Fue entonces cuando Sibongile Ndlovu empezó a visitarle algo más cada día, a llevarle comida y a curarle las heridas ulcerosas que le provocaba estar tendido en cama, todo lo cual le había sumido en una congoja digna del santo Job. «Se le estaba cayendo toda la piel», dice ella, y eso impregnaba toda la cabaña de un olor a enfermedad. Ndlovu convenció al dispensario de que le dieran a ella la medicina y se encargó de aplicarle el ungüento sobre aquellas llagas despellejadas, todos y cada uno de los días, durante los dos meses que transcurrieron hasta su muerte. Han pasado ya cuatro años pero, a pesar de aquella penosa experiencia, Ndlovu todavía se dedica a cuidar enfermos. ¿A cuántos ha atendido? «A cuarenta y dos», responde, después de mirar unas notas manuscritas con letra clara en un libro que se cae a pedazos. ¿Cuántos han muerto? «Dieciséis».

Ndlovu no es una enfermera ni una profesional de ninguna rama de la asistencia sanitaria. Es una agricultora campesina que colabora con el IGAC (Insiza Godlwayo AIDS Council, o Consejo del SIDA de Insiza en Godlwayo). Los ingresos de su familia son de unos 300 dólares zimbabueños al mes, menos de 10 dólares norteamericanos. Tres días a la semana -o más en el caso de que alguno de los pacientes se encuentre gravemente enfermo-, se pasa por las casas de los enfermos, lava la ropa de las camas, les lleva agua, cuida las pequeñas parcelas de tierra de las que estos campesinos dependen totalmente para vivir, e incluso cede algo de sus míseros ingresos para comprar cosas que sus enfermos necesitan. Wilson tenía capricho por las naranjas, que aquí son un artículo de lujo. Ella se las compraba.

Con frecuencia, se ha dicho de la respuesta de África al SIDA que resultaba tan poco apropiada como su economía, otro ejemplo, nada más, de lo que algunos trabajadores antiSIDA denominan «afropesimismo»: de África sólo salen malas noticias. Es verdad que sólo un pequeño número de gobiernos africanos han puesto en marcha una respuesta remotamente proporcional a la magnitud de la epidemia, que ya ha reducido la esperanza de vida en algunos países nada menos que en 20 años. El estigma del SIDA ha hecho también que muchas personas normales y corrientes

[sida la agonía de África] parte 3

hayan renunciado a plantar cara a la epidemia. «Me he encontrado en África con un no querer ver la realidad y una apatía absolutamente inaceptables», afirma Elhadj Sy, que es el jefe del equipo del África meridional y oriental de UNAIDS. «Sin embargo, por otra parte, aquí han surgido las respuestas más increíbles ante el VIH. Vivimos en la contradicción entre los extremos».

En ningún otro lugar están esos extremos más alejados entre sí que en Zimbabwe, la antigua Rodesia, en la que los blancos gobernaron hasta 1980. Cuando obtuvo por fin su independencia, Zimbabwe era la Sudáfrica del momento: un país relativamente próspero, sin deuda externa y con una moneda más fuerte que el dólar norteamericano. En la actualidad, la economía se encuentra en caída libre y una cuarta parte de los adultos en la flor de la vida, es decir, entre 15 y 49 años, están infectados con el VIH. El virus mata a más de 65.000 personas al año.

A pesar de ello, el director del Programa de Coordinación Nacional de Zimbabwe contra el SIDA, Everisto Marowa, afirma que el gasto del gobierno en la prevención del SIDA «desde luego no ha aumentado y lo más probable es que se haya reducido» en términos reales en el curso de los últimos cinco años. El mes pasado, el gobierno anunció un nuevo impuesto contra el SIDA, pero hasta los trabajadores antiSIDA mostraron su disconformidad con la idea porque el gobierno no ha revelado plan alguno sobre cómo se va a gastar ese dinero. La corrupción y la administración fraudulenta están en Zimbabwe a la orden del día y otras tasas especiales que se impusieron anteriormente han desaparecido sin dejar rastro contable. Entretanto, el gobierno reconoce que gasta más de 70 veces el presupuesto del Programa contra el SIDA en su intervención militar en la República Democrática del Congo, altamente impopular, aunque observadores independientes calculan que los costes de la guerra superan varias veces esa cantidad. Pocos ciudadanos alcanzan a entender las razones por las que se ha decidido el despliegue de un tercio del ejército en una guerra civil de un país que ni siquiera tiene fronteras con el suyo, especialmente cuando tanto la inflación como el desempleo superan en Zimbabwe el 50 %. No obstante, muchos sospechan que algunos tienen que estar sacando algún beneficio: el jefe del ejército de Zimbabwe es consejero de una empresa que ostenta derechos de explotación minera en el Congo rico en minerales y de otra que es titular de derechos de transporte por carretera.

No obstante, fuera del alcance del radar del gobierno, en comunidades determinadas se han registrado respuestas asombrosamente vigorosas contra el SIDA. «Tenemos organizaciones participantes en cada provincia», afirma Thembeni Mahlangu, director de la Zimbabwe AIDS Network (Red de Zimbabwe contra el SIDA). «Por lo común, las pusieron en marcha alguna iglesia o una ONG (organización no gubernamental) y, en algunos casos, simplemente individuos». Por ejemplo, Auxilia Chimusoro fundó el primer grupo de apoyo contra el SIDA en Zimbabwe y luego recorrió incansable todo el país para fundar más. A su muerte, en 1998, Chimusoro había puesto en marcha más de cincuenta grupos de apoyo, la mayoría de ellas en comunidades campesinas pobres. En la capital, Harare, el Proyecto Musasa trabaja con mujeres maltratadas a las que ayuda a liberarse de sus parejas que, por lo común, las obligan a mantener relaciones sexuales, casi siempre sin preservativo. IGAC, el grupo que ayudó a Wilson, está especializado en la atención domiciliaria y en el cuidado de huérfanos y recientemente ha puesto en marcha una

[sida la agonía de África] parte 3

campana de prevención de la juventud. La dirección de la mayoría de los programas contra el SIDA «está integrada por profesionales», comenta Lucia Malemane, una enfermera del Consejo de Matabeleland contra el SIDA, de Zimbabue, que instruyó al de Insiza acerca del SIDA. «Pero en el IGAC todos son simplemente agricultores campesinos normales y corrientes».

Con todo lo heroicos que puedan ser estos esfuerzos, no dejan de estar teñidos de un cierto patetismo, y no sólo porque el gobierno, que podría vertebrar todos los esfuerzos aislados en una vigorosa respuesta a escala nacional, haya faltado a su deber. La gran mayoría de los programas comunitarios carece prácticamente de todo salvo de las medicinas más básicas. La verdad es que no pueden pagar los costosos tratamientos que han reducido la tasa de mortalidad del SIDA en los países ricos. Sin fármacos eficaces, es posible que la asistencia domiciliaria parezca poco más que la muerte a domicilio. Con una enfermedad que siega las vidas de tanta gente y con un grado de pobreza que hace tan penoso el voluntariado, está por ver que estos esfuerzos caseros vayan a durar las décadas que pueden llegar a transcurrir antes de que se invente una vacuna contra el SIDA.

No obstante, de momento, miles de Áfricanos corrientes desafían todos los imponderables para atender a sus enfermos, criar a sus huérfanos y tratar de ralentizar la propagación del virus. Si los gobiernos llegan a movilizarse algún día en contra de la enfermedad, se van a encontrar con algunas de las más eficaces y más enérgicas estrategias contra el SIDA justo delante de sus narices.

Podrían encontrarse también con algo más. Tradicionalmente, los Áfricanos se han apoyado en una concepción amplia de la familia y en comunidades estrechamente unidas para capear las adversidades pero, incluso antes del SIDA, el colonialismo, la urbanización y la atomización social habían debilitado el nervio de la sociedad Africana. La epidemia amenaza con romperlo, pero muy bien podría tener también el efecto contrario. «El SIDA es horrible pero, en tiempos de grandes presiones, las sociedades o bien pueden desmoronarse o bien son capaces de unirse», afirma Alan Whiteside, que estudia el impacto demográfico del SIDA en la universidad sud Africana de Natal. A la vista de cómo la comunidad homosexual de Estados Unidos levantó poderosas instituciones y una cultura más fuerte, afirma él que «el IGAC, con algo de ayuda, representaría un ejemplo de cómo construir la sociedad civil en África».

Pocos lugares hay en los que las dificultades en dar una respuesta al SIDA sean más desalentadoras que aquí, en Insiza, una provincia plana y seca del sur de Zimbabue, caracterizada por espectaculares formaciones rocosas y salpicada de *imizi*, caseríos rurales integrados por chozas redondas escrupulosamente ordenadas. Los habitantes de esta zona son tan pobres que la mayoría no entierra a sus muertos en ataúdes, sino que se limita a amortajarlos con su propia manta. En un funeral, cerca ya de la entrada del invierno en Zimbabue, la acongojada familia estaba tan necesitada que, después de depositar el cadáver en su tumba, empezaron a despojarlo de la manta para que sus hijos no pasaran frío. Impresionado ante tanta miseria y tanto horror, el coordinador del IGAC, Japhet Gwebu, le proporcionó una manta a la familia.

[sida la agonía de África] parte 3

Más o menos sólo la mitad de la población de Insiza es capaz de leer y escribir y las escuelas que hay carecen a menudo de mobiliario, lo que obliga a que los estudiantes trabajen sobre el suelo. Se supone que el hospital provincial tiene cinco médicos pero, en una visita reciente, sólo había uno y el quirófano estaba cerrado porque el hospital se había quedado sin anestésicos. Las enfermeras también escasean, pero no así los pacientes, que llegan a raudales y desbordan con creces la capacidad del hospital. Las frecuentes sequías provocan grandes hambrunas. La sequía de 1992 acabó con la mayor parte del ganado vacuno, lo que implica que, incluso aunque las lluvias fueran ese año las adecuadas, muchos campos se iban a quedar sin labrar porque no había bestias de carga para tirar del arado. De más está decir que nadie tiene tractor ni automóvil. ¿Cuántos de los habitantes tienen electricidad o agua corriente? Fidres Manombe, máximo responsable ejecutivo del consejo provincial, se echa a reír ante esta pregunta. «Bueno, el número es insignificante», añade.

Tiempo atrás, a finales de los años ochenta, cuando una nueva enfermedad empezaba a provocar que la gente se quedara consumida, como esqueletos con nada más que la piel, la mayoría de la gente de Insiza creyó que esta desgracia era cosa de brujería. No fue sino hasta 1994 cuando empezaron a conocer los datos médicos e, inmediatamente, un grupo de personas mayores decidió que tenían que hacer algo por la multitud de enfermos y el creciente número de huérfanos. Pero, ¿cómo organizar a los campesinos?

Los caseríos se encuentran absolutamente dispersos, lejos unos de otros, pero, a lo largo y ancho de los 7.500 kilómetros cuadrados de la provincia -un área mayor que la del Estado de Delaware-, sólo hay una única carretera pavimentada. Nadie tiene teléfono. Isaiah Ndlovu, uno de los fundadores y de los más activos dirigentes del IGAC, nunca ha oído hablar del correo electrónico, pero a veces envía mensajes mediante repetidores, es decir, campesinos que se van pasando el mensaje hasta que, al cabo del día, ha viajado a través del vasto territorio agrícola hasta su destinatario, eso siempre que alguien no haya tergiversado el mensaje o lo haya olvidado por completo. Así pues, para movilizar a su comunidad, Ndlovu tiene que visitar los caseríos uno a uno y así es como mantiene el programa en marcha, comprobando a los voluntarios y a los enfermos agonizantes de los que se ocupan.

A cualquier destino que esté en un radio de 10 millas (16 kilómetros), Ndlovu simplemente va andando. Cuando tiene que tomar el único autobús que pasa por su pueblo, este hombre de 56 años se levanta a las cuatro menos cuarto de la noche y se atiza una caminata de 45 minutos en plena oscuridad hasta la parada del autobús, un trozo de hierba, sin ninguna señal especial, junto a la carretera principal, sin asfaltar. Los retrasos de ocho horas no son algo extraordinario, «pero -afirma Ndlovu, mientras aguanta a pie firme, en una lluviosa mañana de invierno, a que llegue el autobús que debería haber pasado hace mucho tiempo- es mejor que sea el autobús el que se retrasa que ser uno el que llega tarde al autobús».

Hoy, a los cinco años de su fundación, el IGAC cuenta con 500 voluntarios activos y, como mínimo, otros 500 que echan una mano cuando se les necesita. Para situar estas cifras en un contexto, téngase en cuenta que la mayor organización antiSIDA de Nueva York, la GMHC (Gay Men's Health Crisis, o Crisis Sanitaria de los Homosexuales Masculinos), contaba con 500 voluntarios de asistencia domiciliaria

[sida la agonía de África] parte 3

en 1994, justo antes de que los nuevos fármacos redujeran la tasa de mortalidad. Con un presupuesto anual superior a los 24 millones de dólares, GMHC recompensaba a sus voluntarios con fiestas y otros beneficios. El IGAC tiene un presupuesto anual inferior a los 17.000 dólares y a sus voluntarios, aunque ya son miserablemente pobres, se les pide que paguen las deudas. Los voluntarios también realizan donativos directos a sus enfermos, a los que les llevan tomates, o jabón, o velas, o maíz, que es lo que los zimbabueños toman prácticamente en cada comida. «No es que les llevemos algo cada vez que podamos - explica Kelina Ncube, una de las voluntarias-, sino que simplemente les damos algo de lo que nosotros tengamos ese día para comer».

Todos estos donativos tienen un coste. «Cuando empezamos, todo marchaba estupendamente -afirma Ndlovu- pero, a medida que esto va hacia adelante, algunos están empezando a decir que si contribuyen mucho». La verdad es que, en una de sus reuniones, una mujer preguntó si ella y los demás voluntarios iban a ser compensados. Es posible que todo esto suene un poco a quejicas -«tenemos diferentes caracteres», dice Ndlovu, secamente-, pero la mayor parte de las quejas se producen por culpa de la tremenda pobreza. «Tenemos que ocuparnos de personas enfermas y darles la comida, así que tenemos que lavarnos bien, con jabón -explica-, pero el jabón es caro, muy caro». En Zimbabue, una pastilla de jabón cuesta el equivalente a 20 centavos de dólar.

«En los Estados Unidos tienen muchos voluntarios pero nunca tienen que preocuparse de poner la comida en la mesa», declara Noerine Kaleeba, que puso en marcha el primer grupo de apoyo a los seropositivos en África, el ASOU (AIDS Support Organisation of Uganda, u Organización de Apoyo contra el SIDA en Uganda). Para mantener activos a los voluntarios, dice Kaleeba, algunas comunidades Africanas han plantado un huerto especial cuyos frutos sólo pueden cosechar los voluntarios o financiado un fondo que paga los gastos de escolarización de sus hijos (Zimbabue, como la mayoría de las naciones Africanas, no proporciona educación gratuita).

Con frecuencia se afirma que los Africanos se muestran pasivos ante la muerte o el sufrimiento y que la vida aquí es barata. La verdad es que la vida es dura. La gente es tan pobre que, hasta cuando dan una gran proporción de sus ingresos, como lo hacen la mayor parte de los voluntarios del IGAC, el total no representa más que una pequeña suma, tan pequeña que hasta las iniciativas más modestas resultan difíciles de poner en marcha y de mantener. Grupos como el IGAC son «brotes aislados y dispersos», tal y como Kaleeba los califica, y añade que «me gustaría que esos brotes pudieran convertirse en un auténtico jardín lleno de flores».

Fue la madre de Sikhangele Ndiweni la que puso en marcha el primer intento del IGAC por sacar dinero: un jardín comunitario para cultivar vegetales y luego venderlos. Sin embargo, la parcela de terreno era pequeña, así que los ingresos también lo fueron. La madre de Ndiweni ya no llegó a ver las ideas que el IGAC puso en marcha a continuación: el SIDA la mató en marzo de 1997 y su marido murió tres meses después. Como ella era la hija mayor, Ndiweni dejó de asistir a la escuela para cuidar de ellos -«yo tenía que lavar a mi madre y recibir a la gente que venía a verla», declara- y ahora, a sus veinte años, está al cargo de su hermana y sus cuatro hermanos. Ella depende del IGAC por lo que se refiere a la comida y a los gastos de escolarización, pero no se limita a recibir el dinero, sin más. Al igual que su madre, ella colabora con el IGAC en la colecta de dinero.

[sida la agonía de África] parte 3

Además de las faenas domésticas, Ndiweni cuida de un rebaño de cabras, parte de un donativo que el IGAC recibió de HelpAge, una organización que ayuda a las personas de edad. Las cabras, repartidas en varios pequeños rebaños a cuyo cuidado están principalmente huérfanos, representan uno de los dos principales proyectos del IGAC para procurarse fondos. El otro es un molino de maíz. Los beneficios se dividen y se entregan a los comités existentes por toda la provincia, que proceden entonces a su reparto bajo el criterio de qué familias, en sus respectivas localidades, más necesitan mantas, las tasas de escolaridad o raciones extra de comida.

Margaret Nkomo, miembro de uno de los comités locales del IGAC, asegura que en la parte de Insiza en la que ella vive hay 46 niños que han perdido a uno de sus progenitores, como mínimo. Aproximadamente una tercera parte de estos huérfanos no recibe más ayuda que la del IGAC, aunque con las cabras y el molino de maíz no se llega más que para pagar parte de las tasas de la escuela primaria infantil. Nkomo y otros voluntarios cubrían la diferencia a base de rascarse sus propios bolsillos, no muy profundos. Pero la escuela secundaria cuesta más, por lo que algunos de los huérfanos mayores ya no pueden permitirse el asistir.

A Ndiweni le gustaría terminar la escuela secundaria; le gustaba estudiar y era una buena alumna. Pero no hay dinero y ella se ha visto catapultada a la edad adulta. Ahora ha empezado a hacer visitas de asistencia domiciliaria, con lo que presta ayuda a otros una persona que, como ella, recibe ayuda a su vez. «No puedo llevarles comida -comenta-, pero puedo hacerles la comida, y la colada, y ayudarles de muchas maneras».

Eliot Magunje, un activista de Harare, no se deja impresionar. «Eso no es asistencia a domicilio; eso es abandono a domicilio», acusa. Magunje es seropositivo y una parte considerable de su enfado nace de la cruda realidad de que los fármacos que podrían alargarle la vida son aquí prohibitivamente caros. No obstante, pone el dedo en la llaga del punto débil de prácticamente cualquier programa de asistencia domiciliaria en África: no ofrecen tratamiento médico alguno, o casi ninguno. La pomada para las llagas de Wilson es una excepción. Normalmente, dice Isaiah Ndlovu, «nuestra medicina es la oración».

El coste emocional se sigue acumulando. La voluntaria Moddie Nkomo cuidó del hijo de su hermana hasta la muerte de éste y le limpiaba después de cada una de sus frecuentes diarreas. Llegó entonces «aquel terrible día» de noviembre en el que Nkomo «miraba a aquellas tres personas y todas estaban muertas. Y hoy hemos enterrado a otro», un hombre de 35 años. Su mujer ya murió el año pasado y también Nkomo la había tenido a su cuidado. Muchos trabajadores antiSIDA son de la opinión de que programas como el del IGAC tienen los días contados, en especial por la ausencia de apoyo gubernamental. A fin de cuentas, el SIDA no hace sino castigar duramente un continente maltratado ya por una terrible historia. Privados de sus tierras más fértiles, que siguen en manos de agricultores blancos en su mayoría, los campesinos Áfricanos tienen que habérselas permanentemente con escasez de alimentos. Muchos hombres se ven obligados a ir de aquí para allá entre las ciudades, donde está el trabajo, y sus aldeas de origen, donde vive toda su familia. Estos cambios son psicológicos, además de geográficos, porque muchos Áfricanos viven en una especie de limbo entre unas culturas tradicionales que ya no pueden resucitar y un materialismo occidental que da la sensación de estar vacío. Una catástrofe de la escala del SIDA puede llegar a desintegrar estas frágiles comunidades.

[sida la agonía de África] parte 3

A pesar de todo, lo que ocurre en Insiza es lo contrario. El SIDA exige sin duda un esfuerzo tremendo a la comunidad, pero ésa es precisamente la razón por la que tantos campesinos se ofrecen para ayudar como voluntarios. Especialmente en las zonas rurales, muchos voluntarios antiSIDA «se han comprometido no tanto a luchar contra la enfermedad sino más bien a fortalecer el sentido comunitario -explica Sy, de UNAIDS-, así que el éxito o el fracaso no deberían juzgarse necesariamente en función del número de personas que mueran sino por su contribución a que la comunidad permanezca unida».

Esta es la razón por la que la ayuda extranjera parece tan cargada de tensiones. Si bien la pobreza puede arrastrar a la incapacidad, con demasiada frecuencia los donantes imponen sus propias prioridades o socavan el espíritu de independencia. El IGAC ha tenido éxito porque son los campesinos los que se han movilizadopor sí solos.

Alto, bien derecho, Ezekiel Sibanda es el «sobuku» o jefe de una de las aldeas de Insiza y afirma que el IGAC ha sentado un precedente. Las mujeres se han juntado para trenzar esteras de fibras vegetales y venderlas, cuyos beneficios se reparten después y dejan algo para los necesitados. Otro grupo hace lo mismo con la cría de pollos, otro más ha plantado una huerta y un grupo de jóvenes fabrica ladrillos. Estas iniciativas comunitarias no se producían antes del IGAC, afirma Sibanda: «La gente no estaba por la labor. El IGAC ha hecho que nos unamos».

Lo ha hecho, además, de una forma que remite a «lo que solían ser nuestras comunidades tradicionales», comenta Marowa, del programa nacional contra el SIDA. Las civilizaciones precoloniales Áfricanas se organizaban frecuentemente en unidades más pequeñas, más comunitarias que los estados-nación europeos. «A decir verdad, la contribución más clara de África a la historia de la humanidad -escribe John Reader en su muy aclamado libro *África: una biografía del continente*- ha consistido precisamente en el civilizado arte de vivir conjuntamente de una forma más bien pacífica sin llegar a constituir estados». Tal y como explica Kaleeba, «mientras exista el estado, la responsabilidad prioritaria se tiene con la familia, con los vecinos y con la comunidad. Nadie ha escrito esa ley, pero todo el mundo la tiene por aprobada y la comprende».

Las sociedades tradicionales Áfricanas tendían a articularse como redes flexibles en las que el beneficio individual a expensas de la comunidad era inconcebible, prácticamente lo opuesto al capitalismo. No se trataba de ninguna utopía, sino más bien de una adaptación a las crudas realidades Áfricanas. El continente siempre ha estado poco poblado, por lo que las comunidades necesitaban todos los individuos hábiles, y los necesitaban para prestar su contribución a una sociedad más amplia. Las civilizaciones comunitarias de África, sostiene Reader, evolucionaron para garantizar «la supervivencia en un medio hostil de suelos empobrecidos, clima voluble, innumerables plagas y una diversidad de parásitos portadores de enfermedades mucho más numerosa que en cualquier otro lugar de la tierra».

La respuesta del IGAC al SIDA, por tanto, constituye una recuperación de las fórmulas de tiempos pasados que capacitaron a las comunidades Áfricanas para resistir anteriores reveses. El desinterés de los voluntarios emana de papeles profundamente arraigados que habían quedado debilitados por el colonialismo, pero no completamente rotos. Los proyectos dirigidos a conseguir dinero son una adaptación de aquellas tradiciones a la crisis actual, como lo es el hablar con franqueza sobre las relaciones sexuales en el nuevo programa del IGAC para la juventud, que reparte preservativos y previene a las chicas contra los «protectores indeseables».

[sida la agonía de África] parte 3

Con todo, la pobreza persigue demasiado de cerca a estos pueblos como para considerar que el IGAC tiene el futuro asegurado. Muchas de las cabras de la organización, por ejemplo, murieron de una epidemia que contrajeron; por supuesto, el IGAC no pudo pagar los medicamentos necesarios para tratarlas. Una nueva sequía podría acabar con todo el rebaño, agostar las huertas comunitarias y socavar el espíritu de comunidad. Por supuesto, ahí está además la implacable marea del SIDA.

Isaiah Ndlovu se echa de nuevo al camino, junto con sus voluntarios, para visitar a otra de las familias golpeadas por el SIDA. ¿Han hecho de él todas estas muertes un hombre lleno de frustraciones y de cólera? «No -afirma-, nada de eso. Lo hemos asumido y, cuando lo asumes, todo eso entra a formar parte de la vida diaria. Vale, la muerte está ahí, pero vamos a ocuparnos de los enfermos y de los huérfanos. Para mí, es así de sencillo».

Arropada entre mantas en su choza, Tabeth Nkomo es perfectamente consciente de que ella y su marido van a morir, es perfectamente consciente de que su anciana madre está ya muy débil para cultivar los campos y es perfectamente consciente de que sus cuatro hijos van a quedarse huérfanos pronto. «El que me preocupa es el último que nació -confiesa-, es demasiado pequeño para ir a por agua y a por leña». Por tanto, el mayor alivio que el IGAC puede proporcionarle consiste no en que le lleven comida ni en que le laven el ya escuálido cuerpo sino en cómo cuidarán de sus hijos, si cocinarán para ellos y si les corregirán cuando ellos, sus padres, no sean más que cenizas. «Me ayudan ahora que estoy viva -dice-, así que confío en que seguirán ayudándoles cuando yo desaparezca».

el virus, pasado y futuro

Hay dos epidemias de SIDA y es posible que haya otras más en el futuro

Franceville (Gabón). **la experta** en primates Caroline Tutin iba a tomar el avión en su lugar de residencia, en África, cuando atrajo su atención un niño de andares aún inseguros y tocado con un gorro para el sol. Un instante después se quedó pasmada ante su horrible confusión. El niño era un chimpancé. Los dueños del animal, unos franceses que vivían en el ecuatorial Gabón, no tenían niños y trataban al animal como si fuera su hijo, incluso le habían puesto su propia habitación, decorada como el de una niña pequeña. Hace aproximadamente diez años, Amandine, que es como habían bautizado al chimpancé, se puso enferma. Sus dueños -que insistían en que se les llamara padres de la criatura- llevaron al animal al CIRM (Centre International de Recherches Medicales, o Centro Internacional de Investigación Médica) de Franceville, en Gabón, un centro de prestigio mundial en el campo de los primates. Los científicos nunca llegaron a descubrir qué era lo que aquejaba a la mona pero, además de los vestidos de Amandine y de más del 98 % de ADN (ácido desoxirribonucleico) que chimpancés y personas tienen en común, encontraron en ella otro punto de contacto con los seres humanos.

Amadine fue el primer chimpancé que se descubrió que estaba infectado por el SIV (virus de inmunodeficiencia simia), el equivalente al VIH (virus de inmunodeficiencia humana) en los simios. Debido a la similitud genética entre los virus del chimpancé y del hombre, parecía que el VIH había tenido su origen en los chimpancés, una teoría sólo confirmada en febrero de este año por la investigadora de la Universidad de Alabama Beatrice Hahn, que parece haber identificado la subespecie exacta de chimpancé (*Pan troglodytes troglodytes*) que alberga el virus primigenio del VIH. Este descubrimiento no supone tan sólo una mera anomalía histórica. Existen pruebas contundentes de que el virus ha pasado de los animales a los seres humanos en al menos siete ocasiones. Desgraciadamente, la forma en que se ha dado a conocer este descubrimiento científico, de capital importancia, está arruinando su credibilidad en África, el lugar en el que se producen la mayor parte de las nuevas variedades de VIH. Cuando Hahn presentó sus descubrimientos en Chicago, ante aproximadamente unos 5.000 investigadores sobre el SIDA, ella puso cierto énfasis en que el virus podía haber pasado de los monos a los seres humanos en el curso de la caza y descuartizamiento de chimpancés, una costumbre

[sida la agonía de África] parte 4

habitual que ha proporcionado proteínas a los africanos de la selva tropical durante cientos de años. La caza de la «carne de las ramas» se ha comercializado, sin embargo, lo que lleva a la extinción de los monos. Para reforzar su versión, Hahn proyectó diapositivas de chimpancés sacrificados. Murmullos de desaprobación se levantaron entre la normalmente circunspecta audiencia de científicos y no pasó mucho tiempo sin que, en *The New York Times Magazine*, se comparara comer chimpancés con el canibalismo. Para muchos africanos, aquello fue un signo más de que no podía darse crédito ni a lo más mínimo del pensamiento occidental, incluida la ciencia.

A partir de las informaciones de los medios de comunicación, muchos africanos descalificaron la investigación científica como simplemente otro instrumento más de denigración de su cultura. «En Francia comen ranas y ostras, lo cual a nosotros nos parece francamente insólito», afirma Léopold Zekeng, director del programa nacional de investigación del VIH de Camerún. Comer monos y antropoides, asegura él, «es parte de nuestra cultura». Presentarlo como una costumbre bárbara podría tener un efecto contrario al pretendido, advierte Zekeng: «Los políticos podrían cerrar filas y decir que no quieren que se hagan más investigaciones porque podría llegarse a descubrimientos que conducen a una mayor discriminación». De hecho, la investigación sobre los orígenes del SIDA podría contribuir a salvar africanos y a cualquiera, debido a que el virus está todavía en sus primeras fases: todavía en mutación y en el paso de antropoides y monos a los seres humanos. Zekeng recuerda como si fuera hoy a aquella paciente de 26 años de edad a la que él llama la señorita A. En 1991 se presentó en su laboratorio de Yaundé, la capital del Camerún, con «todos y cada uno de los síntomas del SIDA: diarrea, fiebre, pérdida de peso, hinchazón de nódulos linfáticos... Yo estaba seguro al 200% de que daría positivo en el análisis del VIH». Pero no fue así. Zekeng envió la muestra de sangre a un sofisticado laboratorio alemán y se descubrió que la mujer estaba infectada por una nueva variante del VIH, hasta entonces no documentada, denominada Grupo O. Es tan diferente, desde el punto de vista genético, que los científicos no creen que sea una evolución de las principales especies del VIH sino que implica una transmisión diferente de los chimpancés a los seres humanos.

Dieciocho meses después de que la señorita A se presentara en el despacho de Zekeng, el virus acabó con ella. Precisamente el año pasado, otro equipo de investigadores encontró una variedad del VIH, el Grupo N, que se encuentra más estrechamente relacionado con los virus de los chimpancés que cualquier otro encontrado hasta ahora en seres humanos. Al igual que en el caso del Grupo O, los científicos afirman que ha llegado a los seres humanos mediante su propia y particular migración de una especie a otra. Además, tampoco aparece en los análisis convencionales de sangre. «Todavía veo pacientes con los síntomas clínicos del SIDA que, sin embargo, dan seronegativo en todos los tipos de análisis», dice Zekeng. «Los virus del SIDA no se han acabado -coincide en señalar Preston A. Marx, otro experto en la evolución del VIH, que trabaja en el centro de investigación del SIDA Aaron Diamond-. Existe la posibilidad de que aparezcan más. Es posible que lleguemos a desarrollar una vacuna contra el SIDA y que haya virus contra los que la vacuna no sea eficaz. No se trata de ciencia ficción. Todavía aparecen nuevos virus, virus que pue-

[sida la agonía de África] parte 4

den causar el SIDA». En el apacible anochecer de la selva tropical, a la vera de una carretera de polvillo rojo por la que pasan camiones que transportan troncos, al sur del Camerún, el vino de palma fluye generosamente mientras un grupo de gente del lugar charla alrededor de una hoguera. Todos los hombres son cazadores y aprovechan todo lo que den de sí los bosques, desde unos pequeños antílopes llamados *duikers* hasta los grandes antropoides.

«Nuestros padres eran cazadores, y los padres de nuestros padres», dice Gerard Ampoh Mentislé. Pero la manera de cazar ha cambiado. Además de lanzas y trampas, los cazadores emplean ahora armas de fuego, algunas, de fabricación casera, hechas a partir de ejes de camión. La munición sale cara, así que la obtienen de cazadores furtivos que venden en las ciudades la carne que sacan. En ocasiones, la munición constituye la única remuneración de los cazadores. Cuando logran que se les pague en efectivo, emplean el dinero para comprar jabón o combustible con el que alimentar sus farolas de gas. Aquí, nadie tiene electricidad. Carecen además de la protección higiénica más elemental, como podrían ser unos guantes. Cuando se procede al descuartizamiento y la preparación de los animales, la sangre salpica la piel de los cazadores. Los científicos especulan con que el virus podría penetrar en ellos a través de cortes y pequeñas heridas. Sin embargo, estos cazadores y bebedores de vino de palma no están tan convencidos.

«Llevamos años comiendo chimpancés y monos y nunca se ha puesto nadie enfermo de SIDA -afirma Lazare Ampomadjimi-, así que eso no es verdad». Por todas partes hay gente que tiene teorías sobre cómo empezó el SIDA. «El camerunés medio le dirá que todo empezó en Los Angeles, con la comunidad homosexual -afirma Zekeng-, o que se trata de un virus que han producido los americanos para la guerra biológica». En Senegal, Sara Sagne, que dirige una cooperativa de medicina tradicional, ofrece la teoría probablemente más poética. Según él, cuando orinan perros contagiados por la enfermedad, se levanta una llamarada que chamusca la tierra y produce un hedor nauseabundo. Una persona que aspire ese olor puede contraer el SIDA. Sin embargo, no es una explicación más fantasiosa que la del profesor Peter Duesberg, de la Universidad de California, en el sentido de que el SIDA no está causado por el VIH sino por el abuso de fármacos, incluso por el AZT, el fármaco antiSIDA. De hecho, la misma metodología que ayudó a los científicos a determinar que el virus de la gripe proviene de los cerdos y los patos ha convencido a la mayor parte de ellos de que el VIH proviene de los chimpancés. Dice Zekeng: «Cuando me fijo en los análisis filogenéticos -un método de comparación del ADN que revela hasta qué punto están relacionados entre sí unos organismos cualesquiera-, no me cabe duda de ello».

Los virus del SIDA de los seres humanos y de los chimpancés, añade, «es verdad que están enormemente próximos». Otra razón para creer que el virus tuvo su origen en África es la de que en el continente se registra una mayor variedad de especies del VIH que en cualquier otra parte del mundo. La mayor diversidad genética de un organismo se da en su zona de origen, puesto que las especies que emigran de esa zona de origen representan sólo una parte del total, no más de uno o dos grupos. Es más, efectivamente, los chimpancés viven en la región del África central en que se detectaron los primeros casos de SIDA. Por último, parece que los chimpancés no caen enfermos de su propia variante de VIS, lo que da a entender que ellos y sus virus han evolucionado en

[sida la agonía de África] parte 4

paralelo (Hahn está tratando de resolver el misterio de por qué los chimpancés infectados se mantienen sanos, lo que podría dar paso a tratamientos médicos en las personas). Con todo, susceptibles durante siglos a los estereotipos de los blancos, muchos africanos consideran que la teoría de que el VIH proviene de los antropoides no es más que otra calumnia contra «el continente negro». El presidente keniano Daniel Arap Moi denunció la teoría de la procedencia Africana como «una nueva forma de la campaña de animadversión» en contra de África, de acuerdo con el libro de Laurie Garrett *The Coming Plague (La plaga inminente)*. A principios de este año, Zekeng se negó a que un periódico de Nueva York le hiciera una foto porque «veía que iban a llenar de monos la primera página». El tiene otro miedo, «esos periodistas que apuntan su cámara y dicen «estos africanos negros son los causantes del VIH». Ahora, imagínese que usted y yo somos vecinos. ¿Cuál será su reacción a la vista de este espectáculo? ¿Qué va a pasar si mi hijo se pone a jugar con el de usted? ¿Cómo le va tratar usted? Todo eso alimenta el racismo».

Muchos africanos corrientes subrayan que la enfermedad se detectó por vez primera en varones homosexuales blancos a medio mundo de distancia; por tanto, ¿cómo es posible que sea África su origen? No obstante, dado el largo período que transcurre entre la infección por el VIH y la enfermedad, las facilidades para viajar entre unos países y otros y el sistema de control médico del mundo industrializado, resulta perfectamente plausible que el VIH pueda haberse detectado por vez primera lejos de su lugar de origen.

Edward Mbidde, un destacado investigador ugandés sobre el SIDA, asegura de modo terminante que «no es cuestión de fanatismo el afirmar que el virus tuvo su origen en África». A pesar de todo, la forma en que se difunde la teoría puede resultar escandalosamente racista. Peter Piot, en estos momentos director del UNAIDS (el programa de las Naciones Unidas contra el SIDA), recuerda la primera conferencia mundial sobre el SIDA en 1985. Sólo había tres científicos africanos, todos ellos procedentes del Zaire, de habla francesa, y Piot actuó de traductor para ellos. En la conferencia se dió a conocer la teoría de que el VIH había surgido de simios y un periodista americano se lanzó hacia los científicos africanos para preguntarles: «¿Es verdad que los africanos mantienen relaciones sexuales con monos?». Sin ocultar su regocijo, Piot tradujo la respuesta: «No, pero yo tengo oído que los americanos las tienen con perros». En la actualidad, es la insinuación de canibalismo la que contamina la Ciencia. En la reciente revitalización del debate en los medios de comunicación sobre el origen del VIH, uno de los principales actores ha sido el fotógrafo y ecologista suizo Karl Ammann. Hace once años, Ammann compró una cría de chimpancé a un cazador que acababa de dar muerte a la madre del animal. Ammann, que no tiene hijos, dice que el chimpancé le despertó su «instinto paternal» y el animal duerme hoy con él y con su mujer, todos juntos. Ammann, que era director de marketing hotelero, ha intentado llamar la atención de la opinión pública sobre el hecho de que el negocio de la «carne de las ramas» va a hacer que desaparezcan los grandes primates. Tiempo después, oyó hablar de las investigaciones de Hahn. Tuvo la sensación de que aquella era una oportunidad de oro y le facilitó las fotografías, deliberadamente espantosas, que le hicieron arrancar en su audiencia murmullos de desaprobación. Desde su casa de Kenia, una finca de 15 acres (unas seis hectáreas) en la que tiene empleados a sirvientes negros, Ammann no culpa a los africanos de ser el

[sida la agonía de África] parte 4

origen del SIDA. «El occidental medio oye hablar tanto de los problema de África que está hasta las narices, harto de todo: «¿que una pandilla de africanos se ha comido una pandilla de monos? Bueno y, a mí, ¿qué?». Pero, si esa costumbre en particular le ha traído el SIDA, resulta que tiene que cambiar su forma de vida. Por culpa de la forma de vida de unos individuos que comen monos en África, resulta que que tiene ponerse un condón».

La científica camerunesa Judith Torimiro estudiaba en la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Academia de Higiene y Medicina Tropical de Londres) cuando las investigaciones de Hahn saltaron a los medios de comunicación, y recuerda una discusión entre sus compañeros de estudios: «Estaban hablando de la posibilidad de transmisión de la enfermedad cuando los cazadores descuartizan la carne y, entonces, preguntó alguien: «¿qué pasa si se la comen?». Y la siguiente pregunta fue: «¿cocinan esa carne de alguna forma?». «Claro que sí», dije yo, «y yo me la como. Mi madre solía preparármola». Hace una pausa y, con un tono en el que se advierte su aflicción, añade: «¿Cómo eran capaces de preguntar que si cocinábamos la carne?». Los italianos comen *carpaccio* y los japoneses, *sushi*, así que la pregunta no tenía necesariamente tintes racistas. Sin embargo, dada la historia del continente, la pregunta despierta los recelos de los africanos, los mismos que afloran cuando Ammann hace afirmaciones como la de que «las potencias coloniales y los misioneros se las habían arreglado para acabar con el canibalismo. ¿Cuando vamos a abordar el canibalismo del otro 98,4 %?». A ojos de muchos africanos, esta retórica inflamatoria desacredita los avances científicos sobre el SIDA. A fin de cuentas, si los blancos creen que comer animales equivale a canibalismo y que los africanos tienen relaciones sexuales con monos, ¿cómo va a ser verdad lo que digan?».

Roy Mugerwa es el principal investigador del primer ensayo de una vacuna contra el SIDA en África. Aunque la vacuna ya había sido probada en Europa y en Estados Unidos, Mugerwa tuvo que insistir durante más de tres años en que se iniciaran las pruebas, y hasta tuvo que comparecer ante el parlamento. Recuerda él que una de las argumentaciones más habituales era que «los blancos dicen que el SIDA tuvo aquí su origen y ahora resulta que traen una vacuna, lo que va a hacer que empeoren las cosas». Mientras se empezaba a abrir el debate sobre la vacuna contra el SIDA, el gobierno dió a conocer una iniciativa para erradicar la poliomielitis de Uganda. En pleno cuadro de recelos y miedos, un locutor de radio anunció que la vacuna de la polio podía estar contaminada con un VIH activo. A consecuencia de ello, se dejó sin vacunar a miles de niños, lo que les convertía en susceptibles de quedarse paralíticos. «¿Por qué -pregunta Murgewa- los bulbos tienden a creerse con más facilidad que las verdades?». ¿Nadie sabe con qué frecuencia los virus del SIDA saltan la barrera de las especies pero, cuando lo hacen, lo que suele ocurrir es lo que le sucedió al Individuo 11.008, tal y como se le conoce en la literatura científica. El Individuo 11.008, una mujer de 52 años, residente en Sierra Leona, que se ganaba la vida con la agricultura, fue una de las 9.300 personas a las que Marx examinó en busca de un virus denominado VIH-2. Un hecho poco conocido es el de que existen dos diferentes epidemias de SIDA. La principal -que ha acabado con la vida de más de 16 millones de per-

[sida la agonía de África] parte 4

sonas, según estadísticas dadas a conocer esta semana- está provocada por el VIH-1. Pero hay otra epidemia de SIDA, de mucha menor extensión y concentrada en África occidental, causada por el VIH-2, un virus de menor virulencia y de transmisión más difícil que, sin embargo, es capaz de matar. Mientras que el VIH-1 proviene de los chimpancés, casi con toda certeza, el VIH-2 proviene del mangabey, un mono de pelaje negrísimo. El Individuo 11008 dio positivo a los anticuerpos del VIH-2. Sin embargo, cuando Marx examinó el virus del que era portadora, se encontró con que era muy diferente de cualquier otro VIH-2 conocido, aunque estuviera claramente dentro de la familia. Aquello era lo que los virólogos denominan un «subtipo» diferente o «clade», que en griego quiere decir *rama*. Un «grupo» indica, por lo general, una pequeña variación en el código genético de los virus -normalmente, un individuo seropositivo tendrá varios grupos en su cuerpo- mientras que un subtipo o clade es mucho más diferente desde el punto de vista genético.

Los científicos han identificado 11 subtipos dentro del grupo principal del VIH-1 y seis subtipos dentro del VIH-2. El virus del Individuo 11008 fue clasificado como subtipo F. Hasta hoy, no se ha encontrado en ninguna otra persona. Es más, el subtipo F es tan distinto, genéticamente hablando, que lo más probable es que no evolucionara a partir de uno de los subtipos comunes sino que se introdujera en los seres humanos, muy posiblemente en el Individuo 11008, que declaró que había comido mangabeys negros. «Es un caso de virus híbrido que no ha conseguido los apoyos necesarios para transformarse en una epidemia», añade Marx. El origen de un virus y el origen de una epidemia son diferentes. El primero es puramente biológico; el segundo es tanto biológico como social. Los virus son parásitos; se reproducen exclusivamente a base de parasitar la maquinaria de las células. Así pues, un virus que pase de una especie a otra debe ser capaz de actuar sobre células que sean diferentes, biológicamente, de aquellas que le sirvieron de huésped original.

Si el virus no es capaz de reproducirse de manera eficaz, no será capaz de pasarse de una persona a otra. Muchos virus son incapaces de hacerlo. Hahn y el conocido investigador del SIDA David Ho examinaron el caso de otra persona infectada con un subtipo único de VIH-2. El paciente nunca mostró síntomas externos; de hecho, los investigadores sólo consiguieron extraer fragmentos del virus, huellas de su fracasado intento de sobrevivir en seres humanos. Pero es posible que, incluso aunque un virus pueda reproducirse de manera eficaz, no llegue a desencadenar una epidemia. En 1976 murió a causa de una misteriosa enfermedad, un marinero noruego que había estado en África occidental. Su mujer y uno de sus tres hijos también fallecieron, ambos con sus sistemas inmunes completamente aniquilados. «Ahora bien, los noruegos están muy bien organizados -declara François Simon, un investigador francés que estudia la diversidad de VIH-, de modo que conservaron muestras de los tejidos». Esas muestras dieron positivo al VIH-1; el marinero noruego constituye el primer caso de SIDA conocido en Europa. Sin embargo, a pesar del hecho de que su virus fue capaz de propagarse, obviamente, desapareció con

[sida la agonía de África] parte 4

su mujer y su hijo. Los subtipos víricos que han aterrorizado al mundo son genéticamente muy diferentes del virus del marinero pero, sin embargo, su VIH era de la misma y rarísima variedad que iba a aparecer más de un cuarto de siglo después en la camerunesa de 26 años de Zekeng: Grupo O. En otras palabras, constituía una minúscula epidemia en sus primeros pasos. En ciertas zonas del Camerún, representa en la actualidad el 5% de todas las infecciones del VIH-1. Los virus del SIDA han existido probablemente en muchos animales diferentes durante miles de años, quizás aún por más tiempo.

Se ha descubierto en las vacas un virus de inmunodeficiencia bovina (VIB), mientras que el virus de inmunodeficiencia felina (VIF) infecta a gatos domésticos, leones, leopardos y a los pumas norteamericanos. Ahora se ha descubierto que muchas especies de monos son portadoras del VIS (el hecho de que el virus se encuentre en tantas especies de monos abona la opinión de que ha circulado entre ellas durante mucho tiempo, mientras que el VIH sólo se ha introducido en amplias capas de población humana a partir de los años setenta; esta es una de las razones por las que los científicos están convencidos de que el virus pasó de los simios a los seres humanos, y no al revés). El «depósito» de virus animales del SIDA, asegura Simon, «es infinito». Entonces, si durante tanto tiempo ha existido un océano tan vasto de virus de inmunodeficiencia, ¿por qué ahora, exclusivamente, se ha producido una epidemia?

¿Por qué no en la época del comercio de esclavos, cuando millones de africanos fueron arrebatados de las zonas en las que se han originado tanto el VIH-1 como el VIH-2? Hubo ahí una enorme mezcla de poblaciones y, con frecuencia, las esclavas eran violadas, lo que daba a los virus grandes oportunidades para propagarse. Sin embargo, no estalló epidemia alguna o, si es que la hubo, fue de corto alcance y se extinguió como el virus en la familia del marinero noruego. Por el contrario, en los últimos setenta años se han declarado dos grandes epidemias de SIDA, y eso sin tomar en cuenta la micro-epidemia del Grupo O. Esto es lo que tiene obsesionado a Marx: «Algo que tiene que ver con el siglo XX ha modificado la ecología entre el VIS y el VIH y ha dado lugar a que se declaren estas epidemias. Y no sabemos qué puede ser». Un nuevo libro, *The River (El río)*, de Edward Hooper, sostiene que la vacuna oral de la poliomielitis ha introducido el VIS en los seres humanos, debido a que es posible que determinadas partidas de la vacuna se hayan cultivado en los riñones de chimpancés infectados del VIS. «Plausible, pero improbable», afirma Ho. Los chimpancés son subespecies que no se utilizan en este campo y la investigadora Bette Korber, del Laboratorio Nacional de Los Alamos, está lista para presentar en breve sus descubrimientos en el sentido de que el VIH evolucionó a su forma actual, con toda probabilidad, décadas antes de que se inventara la vacuna de la poliomielitis (no obstante, en breve se procederá a analizar las existencias que todavía quedan de los lotes de vacuna a los que Hooper alude). Una idea más plausible es que transfusiones de sangre y jeringuillas hipodérmicas -que en África suelen reutilizarse sin esterilización previa- aceleraran la evolución y la propagación de nuevos tipos de VIH, al proporcionar a dichos virus más oportunidades de adaptación a la biología humana. Además, como es natural, una vez que los virus se hubieran adaptado, las jeringuillas facilitarían que se propagasen, como lo han hecho entre los drogadictos seropositivos a lo largo y ancho de los Estados Unidos. Aún así, jeringuillas y transfusiones no son, probablemente, toda la historia. A fin de cuentas, los curanderos africanos tradicionales reutilizan chuchillas para realizar incisiones medicinales en sus pacientes y los más viejos reutilizan cuchillos para las escarificaciones rituales. Lo que ha hecho que un virus

[sida la agonía de África] parte 4

viajero estalle en una epidemia es, casi con plena seguridad, la convulsión cultural que ha sacudido África. Camerún, un país más pequeño que España, tiene más de doscientas lenguas indígenas. Al término de la Primera Guerra Mundial, la dominación colonial impuso tan sólo dos lenguas nacionales -inglés y francés-, lo que permitió que pueblos entre los que jamás habría habido matrimonios, y ni siquiera relación, los tuvieran. Carreteras, ferrocarriles y viajes en avión han dado lugar a que las personas vayan de un lugar a otro y se entremezclen con mucha mayor facilidad que antes.

Además, el fenómeno de urbanización ha concentrado a enormes masas de población en un único lugar, en el que la pobreza y la quiebra de las culturas tradicionales han llevado a una prostitución a escala industrial. En los primeros tiempos de la epidemia, se observó que los casos de VIH se concentraban en las ciudades a lo largo de las rutas Africanas de transporte por carretera, debido a que los camioneros frecuentaban prostitutas. Marx aspira a entender todo lo que le sea posible sobre la aparición del VIH, tanto desde el punto de vista biológico como desde el social, con la esperanza de prevenir la aparición de nuevos virus. De hecho, ya han surgido nuevos microbios. «Ahí está la hepatitis C. No hay una explicación satisfactoria para el surgimiento de este virus -afirma Marx-. ¿De dónde procede?». ¿De dónde provienen los virus? El VIH es un retrovirus, que copia su código genético en el ADN de su huésped. Así que, quizás, añade Robert Gallo, codescubridor del VIH, el virus empezó como una especie de mensajero genético, que transportaba segmentos clave de ADN entre los primitivos organismos vivos.

«¿Tuvieron los virus algún papel en la evolución, quizá un papel en la definición de las especies o en la vida embrionaria? ¿O surgieron directamente como ADN inútil, sin propósito alguno? ¿Qué puto papel representaban? No tenemos ni idea». ¿Si bien la historia de los VIH resulta fascinante, la pregunta más urgente tiene que ver con sus futuro. El escenario *hollywoodiense* consiste en que podría surgir un *supervirus* del SIDA todavía más mortal o de más fácil transmisión. «No es probable», asegura Simon. Muchos científicos creen que lo que más interesa a un virus es no matar a su huésped, de modo que el virus podría evolucionar hacia formas más benignas. Sin embargo, lo que más le interesa a un virus es también hacerse más fácilmente transmisible, en cuyo caso es igual que el virus mate a su huésped porque seguirá viviendo si se propaga a otros nuevos pacientes. Es más, Simon tuvo que examinar muchos miles de muestras de sangre para encontrar nada más que cinco casos de la variedad más reciente del VIH-1, el Grupo N. Está claro que los nuevos virus son raros. Pero se dan e incluso aunque no sean más virulentos, todavía plantean problemas. Por una parte, podrían escapar a la detección en los análisis y, de esta forma, pasar a la corriente sanguínea. Podrían también ser capaces de resistir los fármacos o una vacuna. Simon y sus colegas han descubierto que una variedad del VIH, el subtipo G, ya es resistente a dos, por lo menos, de los potentes inhibidores de la proteasa que han dado a los pacientes occidentales una nueva oportunidad de vivir. De hecho una *signatura* de este subtipo es una mutación que convierte a los fármacos en menos eficaces. El VIH es extraordinariamente proteico, con un promedio de una alteración de su código genético cada vez que infecta una nueva célula, operación que realiza millones de veces cada día en cada paciente. El cálculo es de vértigo. Con decenas de millones de personas infectadas en

[sida la agonía de África] parte 4

todo el mundo, el VIH probablemente llegue a cambiar cada letra de su código genético varias veces al día. Pero el VIH puede saltar por encima, incluso, de su ya rápido ritmo de mutación mediante la recombinación. Si una persona cae infectada por dos diferentes grupos, dichos grupos pueden mezclar a continuación su material genético, mediante una especie de relaciones sexuales víricas, para formar un grupo híbrido. Mediante la recombinación, un virus es capaz de transformarse a sí mismo de manera instantánea y radical. A lo largo de este proceso, se forman a su vez varios subtipos de VIH. Esta es una de las razones para estudiar el origen del VIH.

Algunos investigadores sueñan con el avance científico de unos nuevos microbios que podrían cortocircuitar la evolución de los virus y proteger a los seres humanos. De momento, sin embargo, la recombinación proporciona motivos más que suficientes para temer que nuevos tipos de VIH se introduzcan en los seres humanos: cuanto mayor sea la variedad de grupos, mayores serán las posibilidades de que recombinen sus partes en un subtipo aún más peligroso. «Hay una ingeniería genética en permanente avance en la naturaleza -afirma Piot, de UNAIDS-. El virus experimenta consigo mismo». «El caso más sorprendente que he visto en los últimos seis meses -cuenta Zekeng- ha sido el de un hombre que me remitieron desde la unidad de tuberculosos. Tenía una enfermedad del pecho, pero no era tuberculosis. Había perdido peso. Tenía un cáncer relacionado con el VIH en el tobillo. Y tenía una fiebre persistente». En resumen, un caso típico de SIDA. «Y sin embargo, dio negativo una y otra vez en seis análisis diferentes, como mínimo». Zekeng ha enviado ya en dos ocasiones sangre de este hombre a uno de los laboratorios más avanzados de Alemania, pero no le han detectado ningún virus. «¿A ver si va a ser esto el VIH-3? -pregunta Zekeng-. No lo sé».

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?» -advierde-, 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

[sida la agonía de África] parte 5

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 sociedades 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

[sida la agonía de África] parte 5

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 acarrear 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

[sida la agonía de África] parte 5

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; ella 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 relaciones 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 contraído 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 hinchados empujan 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-

[sida la agonía de África] parte 5

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

[sida la agonía de África] parte 5

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 lúu, 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 descende 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 gratuita 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 cuarteo. 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

[sida la agonía de África] parte 5

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 cuece 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.

[sida la agonía de África] parte 5

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). **el 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-

[sida la agonía de África] parte 6

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.

[sida la agonía de África] parte 6

¿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 epítomos (determinantes antigénicos). Los linfocitos T que reconocen estos epítomos destruyen la célula infectada. Es más, una vez detectados, el sistema inmune clona millones de células T correspondientes a estos epítomos, 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

[sida la agonía de África] parte 6

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 epítomos que reconocen las células asesinas. Los científicos se han asegurado de obtener estos fragmentos de

[sida la agonía de África] parte 6

aquellas partes del HIV que son incapaces de mutar y eludir el ataque de las células T. Algunos de los epítomos 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-

[sida la agonía de África] parte 6

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 inmunidad 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 epítomos 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 Africanos.

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 epítomos 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 Africanos 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,

[sida la agonía de África] parte 6

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

efectuarán 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?

[sida la agonía de África] parte 6

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 empujó contra la cocina, donde se quemó un brazo al volcar una olla de agua 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

[sida la agonía de África] parte 7

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, sustancias 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.

[sida la agonía de África] parte 7

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.

[sida la agonía de África] parte 7

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 Johannesburgo 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.

[sida la agonía de África] parte 7

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 transmisión 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 Carletonville, 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"»?

[sida la agonía de África] parte 7

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

[sida la agonía de África] parte 7

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 Johannesburgo. La oficina de Mbeki lo niega, pero las declaraciones de Carrim parecen verdaderas. «El presidente se conecta con frecuencia a Internet», declaró Carrim 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 apartheid 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».

[sida la agonía de África] parte 7

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 comprometiendo 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 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 cuele 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

[sida la agonía de África] parte 8

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

[sida la agonía de África] parte 8

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 Mugenyi, 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, Mugenyi 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,

[sida la agonía de África] parte 8

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

[sida la agonía de África] parte 8

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 Infections) 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.

[sida la agonía de África] parte 8

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, establecieron 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 precio 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.

[sida la agonía de África] parte 8

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 África, 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 África 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 las zonas rurales de África.

«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?».