

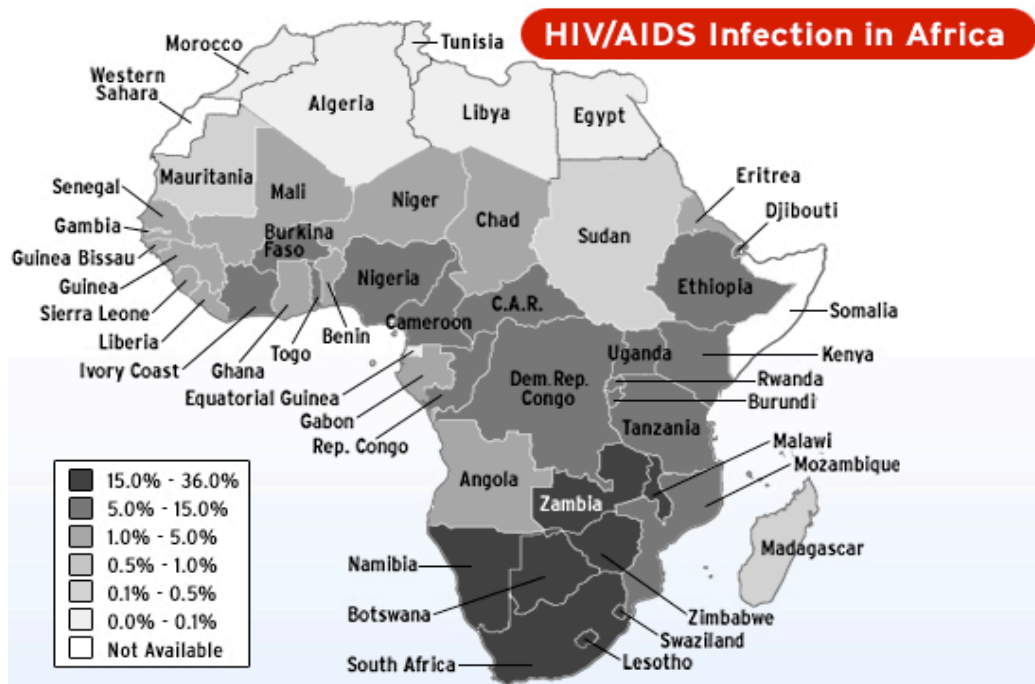
Sida: ¿Eldorado africano?

Por Fanny Chabrol

El continente africano se convirtió muy pronto en el más afectado por el VIH (Virus de inmunodeficiencia humana). Allí, el virus se desarrolló a partir de los años 1950 (mucho antes que se identificaran como tales los primeros casos en el continente africano a principios de los años 1980) y fue transmitiéndose silenciosamente, pero de forma muy eficaz, en el seno de los sistemas de salud que vehicularon su extensión permitiendo que el virus se transformara y se difundiera entre la población. A comienzos de los años 1980, en los hospitales africanos se constató la rápida progresión del Sida.

En Uganda, por ejemplo, el 12% de donantes de sangre en 1982 eran seropositivos y en el Congo el 7,8% de las mujeres embarazadas en 1985 eran seropositivas¹. Cada año, un número creciente de adultos se infectaban del VIH: en 1993, fueron 9 millones, entre los cuales 1,7 millones con Sida eran personas que desarrollaron infecciones vinculadas con el debilitamiento de su sistema inmunitario. En 1998, en el África subsahariana se contabilizó el 70% de infecciones de VIH en el mundo, una proporción que continúa estable e incluso aumenta.

Cuando la triterapia antiretroviral desarrollada en 1996 se muestra eficaz para ralentizar el progreso del virus, estos tratamientos estuvieron fuera del alcance de las personas enfermas africanas. Por dos razones fundamentales: la primera, el exorbitante precio de las moléculas protegidas por las patentes no permitía a los Estados financiar directamente su compra; en 2001, un protocolo de triterapia costaba 15 000 dólares por paciente y año. En segundo lugar, por razones políticas e ideológicas relacionadas con la reticencia de la comunidad internacional a ocuparse del problema dados los deficientes sistemas de salud en términos de infraestructura, laboratorios y recursos humanos.



La generalización del acceso a los antiretrovirales en los años 2000

Los últimos años de la década de 1990 y los primeros de los años 2000, representaron un cambio en relación al acceso a los tratamientos, con una importante movilización tanto en el Norte como en el Sur. Grandes ONG como Act Up, Médecins Sans Frontières (MSF) y Treatment Action Campaign (África del Sur) o las ONG de India desde fin de los años 1990, organizaron grandes movilizaciones. Las acusaciones vertidas por estos colectivos contra los laboratorios farmacéuticos contribuyeron a empañar su imagen y a influir en su estrategia. La desigualdad radical se hizo insoportable en el mundo occidental en un momento en que "la razón humanitaria" dictaba la política a nivel internacional: los enfermos están en el Sur, los medicamentos en el Norte, se lamentaba el ministro de sanidad [francés] Bernard Koucher, haciéndose eco del compromiso mostrado por el presidente Jacques Chirac en su discurso durante la

conferencia sobre el Sida que tuvo lugar en Abiyán, África, en diciembre de 1997. Algunos Estados, como Francia comenzaron a implicarse más activamente a favor del acceso a los medicamentos en África proponiendo Fondos de Solidaridad terapéutica.

En Estados Unidos, donde la administración Clinton vio el Sida más como una amenaza para la seguridad del país/**2**, es esta perspectiva la que gana terreno y favorece la movilización para combatir el Sida. En el año 2000, en una reunión del Consejo de Seguridad de la ONU, se presentó al Sida como el "problema nº 1 para la seguridad en África", posición que se reafirmó en la sesión especial de la Asamblea General de la ONU en 2001/**3**. Este impulso internacional fue el preludio de la puesta a disposición de recursos financieros y humanos sin precedentes a través del Fondo mundial para luchar contra el Sida, el paludismo y la tuberculosis en 2002.

Poco tiempo después, se puso en marcha el plan del presidente George W. Bush para el Sida (President Emergency Plan for AIDS Relief -PEPFAR-). El PEPFAR estaba destinado a ayudar a 15 países en la lucha contra el Sida a través de programas de tratamiento y, también, a través de la promoción de un enfoque de prevención basado en la abstinencia y la fidelidad más que en la utilización del preservativo.

Esta movilización logró catalizar nuevas fuentes de financiación, agentes y dispositivos para los cuidados que, con diversas modalidades, permitieron poner en pie los primeros programas nacionales de acceso a los antiretrovirales (ARV). A modo de ejemplo, en Senegal, la iniciativa senegalesa de acceso a los ARV (ISAARV) funciona gracias a la negociación de sus precios con los laboratorios, al igual que la iniciativa Onusida en Costa de Marfil. En Botsuana, la implicación del gobierno está basada en una colaboración publico-privado con la fundación Bill&Melinda Gattes y la compañía farmacéutica Merck.

En unos años, la mayoría de los Estados del África subsahariana han podido poner en pie el acceso, gratuito, o a bajo coste, a los ARV. Mientras que a finales de 2003 sólo 300 000 personas pudieron acceder a dichas terapias, a finales de 2005 ya eran 810 000, a finales de 2008, 2,92 millones y en 2010 3,9 millones de los 10 millones que lo necesitaban. En algunos años la atención médica a los pacientes con Sida se ha convertido en una prioridad mundial.

Para los sectores biomédicos (laboratorios, científicos, agencias de financiación), favorecer el acceso a los medicamentos se convirtió en una prioridad ética y objeto de estudio multidisciplinar. En particular, el acceso a los ARV fue objeto de numerosos estudios clínicos destinados tanto a probar la eficacia de los tratamientos como a hacer el seguimiento de los pacientes, evaluar su toxicidad y vigilar la eventual aparición de resistencias a las moléculas. Este cambio radical corresponde al agotamiento de las innovaciones científicas sobre el VIH en el Norte. Como señalaba el periodista Jon Cohen, en los pasillos de la Conferencia Internacionales sobre los Retrovirales de San Francisco en febrero del año 2000: "los investigadores especializados en el sida miran hacia África a la hora de buscar de nuevas ideas"/>**4**; "África ofrece a los conferenciantes los resultados más interesantes".

Al mismo tiempo, Anthony Fauci, director del National Institute for Allergy and Infectious Disease (NIAID) confirmaba, por su parte, que: "Cuando las cosas cambian tan rápido, se pueden hacer muchas cosas". Dicho de otro modo, la explosión de la epidemia justifica la intervención biomédica sobre el Sida en África, una intervención llevada a cabo según las modalidades del ensayo clínico. Consideradas hasta ese momento como obstáculos, las condiciones singulares de los sistemas de salud en África legitimaron la demanda de nuevos conocimientos, poniendo de manifiesto los nuevos retos de la salud pública en lo que respecta a la generalización de los ARV.

La avalancha científica hacia África y la creciente rentabilidad de los seres vivos (biología) en las estrategias de acumulación capitalista

En unos cuantos años, el tratamiento médico de la gente enferma en África se ha convertido en una prioridad mundial y un sector científico cada vez más competitivo, incluso fascinante, para una miríada de agentes biomédicos que buscan poner en pie programas de colaboración con las clínicas y hospitales del continente. Comprometerse en programas de tratamiento se ha superpuesto al reclutamiento de pacientes para ensayos clínicos, y la contabilización de los pacientes sometidos a tratamiento y de las vidas salvadas forma parte de los discursos triunfalistas en lo que se refiere a los avances terapéuticos y el éxito de los pacientes africanos/**5**.

Las colaboraciones que combinan investigación viral y biomédica sobre el virus se han realizados sobre miles de pacientes y ha movilizado a los gobiernos africanos, a las grandes universidades americanas, a los científicos africanos, europeos y estadounidenses en torno al objetivo del cuidado y de la investigación. En Senegal, los científicos senegaleses (Hôpital le Dantec à Dakar), franceses (CHU Tours et de Limoges) y americanos (Harvard School of Public Health) han colaborado para identificar el VIH-2/6 entre las prostitutas de Dakar inscritas en un programa de seguimiento médico y transformadas en grupo en observación. Con el apoyo del ANRS, el Senegal puso en pie un programa gubernamental de acceso al tratamiento (ISAARV). Fruto de la colaboración en Dakar, el mismo equipo de investigadores de Boston se trasladó después a Botsuana donde contando con un gobierno muy comprometido con la salud pública, propusieron la construcción de un laboratorio de alto nivel. Se trataba de realizar investigaciones virales sobre el VIH1-C y de convencer a los laboratorios farmacéuticos para que se implicaran en la donación de medicamento y en la formación de los médicos en lo que respecta a la prescripción de antiretrovirales.

El cuidado de la gente enferma en África está directamente vinculada a la competitividad científica del Sida a nivel internacional, un nuevo humanitarismo médico orientado hacia las enfermedades infecciosas. El Sida se muestra así como la enfermedad paradigmática de un nuevo régimen de administración de la salud a nivel mundial; mas en concreto, en los países pobres que reivindican un estándar de salud global (*global health*). Generalmente, éste designa la diversificación de los sectores (en particular de los agentes privados), las ayudas otorgadas a la OMS por el Banco Mundial y las fundaciones filantrópicas, así como la tecnificación de las intervenciones y de las políticas de salud orientadas al acceso a los medicamentos.

El doble régimen de la salud global -humanitario y de seguridad- está relacionado con este nexo (King 2002) entre seguridad nacional e intereses comerciales formalizada desde 1997 en el informe del Instituto de Medicina titulado: "America's Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests". Los autores del informe señalaron entonces que "Estados Unidos es el líder mundial en el campo de la investigación médica (...). La incapacidad a comprometerse en la resolución de los problemas de salud globales disminuiría la importancia de América en el campo de la salud y pondría en peligro su propio sistema sanitario, su economía y su seguridad nacional".

Estas nuevas geografías de la investigación y del cuidado se explican en función de las transformaciones históricas globales. En primer lugar, el incremento de los ensayos clínicos sobre las persona que se impone en la segunda mitad del siglo XX como método para confirmar la eficacia de los medicamentos, en función de la necesidad de controlar el desarrollo de la industria farmacéutico/7. En segundo lugar, el ensayo aleatorio (en el que un grupo placebo asegura el control creciente de la eficacia) es el estándar absoluto de estas investigaciones. El incremento considerable del número de ensayos clínicos va acompañado de la necesidad, cada vez mayor, de elementos para la investigación.

La aparición del VIH aceleró esta tendencia en la medida en que nuevas moléculas y protocolos deberían ser evaluados antes de ser lanzados al mercado y que era preciso comprobarlo a gran escala, entre centenares o millares de pacientes seropositivos sin tratamiento previo, para una mayor eficacia. La "migración al sur"/8 de estos ensayos clínicos fue motivada por la búsqueda de un "valor añadido"; un término que designa la rentabilidad creciente de los seres vivos (biología) en las estrategias de acumulación capitalista/9.

Estas reconfiguraciones globales del capitalismo en torno a la bio-economía o al bio-capital explican el impulso de una nueva filantropía de la salud global a cuya cabeza se encuentra la fundación Bill&Melinda Gates. De ella se derivan cantidad de colaboraciones biomédicas con los países africanos que se han convertido en empresas muy rentables en el terreno moral, científico, económico y financiero; de ahí la expresión de filantrocapitalismo reivindicado por los propios agentes filantrópicos/10. Los objetivos de innovación tecnológica y biomédica y de rentabilidad financiera inciden de forma directa en las políticas públicas en África y derivan en una "farmacoutilización" de la sanidad pública, es decir de políticas orientadas hacia los medicamentos/11.

Esta nueva economía, que ha transformado radicalmente el campo del tratamiento del Sida, parece volver a un escenario histórico bien conocido. Las intervenciones que mezclan humanitarismo, filantropía e investigación médica, se hacen eco en momentos de la historia en la que la medicina fue un

vehículo de intensos experimentos biomédicos y biopolíticos por parte de los poderes coloniales. Las metáforas del laboratorio y de la experimentación merecen, ciertamente, ser reservadas a determinados episodios específicos de la medicina en África/**12**, pero se puede reconocer con la historiadora Helen Tilley que "África no ha sido más que un laboratorio metafórico"**13**. La concordancia entre los recientes trabajos sobre la historia y la antropología en lo que se refiere a las prácticas lujuriosas sobre muestras sanguíneas y "datos de gran calidad" en relación al Sida es particularmente chocante y habla a su favor. La concentración de la intervención en torno a las capitales africanas como Gaborone, Kampala y Dar-Es-Salaam ofreciendo infraestructuras médicas y laboratorio de "alta gama", y una reserva cada vez mayor de pacientes en tratamiento que permita la observación de la exposición del virus a las moléculas antiretrovirales a gran escala, recuerdan la división del continente en zonas de intervención, sobre todo en territorios médicos y plataformas de investigación/**14**.

La competencia en torno a la investigación sobre los antiretrovirales, sobre todo entre distintas universidades en Estados Unidos, justifica sin duda el empleo de la expresión "avalancha hacia África" o "fuga hacia África" que hacía referencia al período de la conquista y la repartición de África entre las potencias coloniales entre el fin del siglo XIX y principios del XX. El lenguaje de las oportunidades de investigación, de la facilidad y de la tranquilidad (conveniencia) utilizada por los sectores afectados, así como los objetivos de desarrollo de las poblaciones, el registro de las vidas salvadas gracias a la medicina, las promesas de tratamiento e incluso de la erradicación [de la enfermedad] nos recuerdan que África ha sido siempre un terreno privilegiado para la experimentación y la aplicación de las teorías desarrolladas del Norte.

África en el mundo: un continente siempre atractivo

Para el antropólogo Jean-Pierre Dozon/**15**, África -y la biomedicina en África- oscila, históricamente, entre fases de atracción y de rechazo. Mientras que la conquista colonial se hizo en un movimiento pendular de rechazo del "tombeau de l'homme blanc" [nombre dado a África al principio de la era colonial], sinónimo de enfermedades y muerte, la instalación colonial y la dominación ejercida básicamente gracias a las revoluciones científicas y a una biomedicina muy poderosa en las colonias hizo bascular el doble compromiso en el seno de la atracción o la domesticación. La descolonización continuó esta fase de esperanza, de creencia en la modernidad del desarrollo y en el progreso científico y, a pesar de las primeras crisis de la post-independencia, "África seguía siendo atractiva para los occidentales". Pero la amplitud que adquirió el Sida en África, considerada como su cuna y tierra de elección, con su grado de temores demográficos y de imágenes de muerte, para J-P Dozon, el sida redefinió el doble movimiento de atracción/repulsa haciéndola bascular de nuevo del lado de la repulsa.

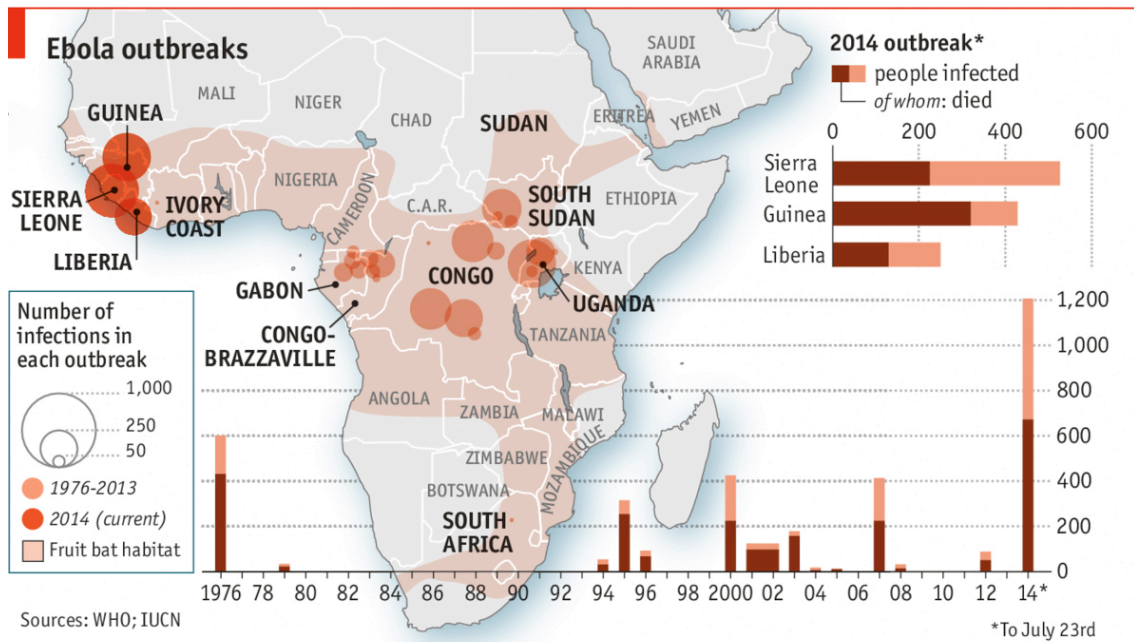
Seguramente, la "masificación" de los antiretrovirales y la renovación de la investigación biomédica han marcado un cambio brusco hacia una nueva fase de atracción. Más aún, el sida ha contribuido a redefinir la presencia en el mundo del continente africano. La expresión propuesta por el antropólogo James Ferguson/**16** de África como un "lugar en el mundo" no designa solo un territorio geográfico sino, sobre todo, una categoría sobre la que se ha construido el mundo. El continente africano está conectado al resto del mundo en el ámbito de la economía política y de lo imaginario por una reciprocidad permanente. La persistencia en el imaginario de un continente sinónimo de fracaso, de pobreza, a la deriva e incapaz de insertarse en la globalización existe al lado de la de África como Eldorado, vista como un gran mercado en plena expansión, que las gabinetes de las consultoras consideran lleno de oportunidades económicas y comerciales/**17**.

La salud, en tanto que sector económico, ocupa un lugar en este imaginario de potencialidad económica, de transformación socio-económica en vías de adaptarse y ponerse a disposición de los inversores extranjeros. Sin embargo, como lo recuerda James Ferguson: "todo esfuerzo para analizar el lugar de África en el mundo debe tener en cuenta tanto la deteriorada situación política como sus implicaciones más a largo plazo en relación a status en un mundo "imaginado" y bien real".

El Sida ha vuelto a plantear globalmente el lugar del continente africano en el mundo, en el sentido de la repulsa y de la atracción/**18**, lo que ha generado numerosas tensiones e inquietudes. Los Estados -los sistemas de salud, el sector de cuidados, los pacientes- han sido obligados a conformarse a las exigencias de este tipo de intervención: construir infraestructuras de laboratorios de alta gama, disponer de recursos humanos, de políticas de salud y poner sus pacientes a disposición, como forma de lograr que los flujos de capitales converjan en la innovación biotecnológica. La capacidad del Estado de definir los

derechos y los deberes se encuentra o bien fragilizada o bien reforzada por el control e incluso la coerción ejercidos en el marco de estos programas de salud global. Trabajos de tipo etnográfico continúan mostrando que existen cosas que no se dicen, la ignorancia e, incluso, los secretos/19 y olvidos que constituyen los programas verticales que responden a las prioridades científicas y estratégicas de los donantes bilaterales, de las compañías farmacéuticas o de nuevos filántropos. Estos olvidos, esas promesas no cumplidas o, también, esos "restos del pasado" continúan rondando el presente y produciendo enfermedades epidémicas producidas por esos medicamentos y desigualdades/20.

Tantos recuerdo del pasado que no faltaran para resituarse de nuevo África en el mundo.



Economist.com/graphicdetail

La epidemia del Ébola -fruto de esos numerosos olvidos, catástrofe bien preparada/21- lo muestra actualmente en África Occidental por su virulencia y su capacidad a resituarse ante los ojos del mundo el continente de la pobreza, la ignorancia y la desesperación a la espera de la intervención de los soldados americanos

1/12/2014

<http://alencontre.org/societe/sida-leldorado-africain.html>

Traducción: VIENTO SUR

Notas

- 1/ Iliffe, J. 2006. The African AIDS epidemic. A history. Athens, OH : Ohio University Press.
- 2/ Institute of Medicine. 1997. America's Vital Interest in Global Health : Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests. Washington, D.C.
- 3/ Chabrol, F., 2002. « Le sida en Afrique subsaharienne : Perceptions d'un enjeu de sécurité internationale », La Revue Internationale et Stratégique 46 : 129-136.
- 4/ Cohen, J. « AIDS researchers look to Africa for New insights », Science, 287, 5455 : 942.
- 5/ Nguyen, V.-K., 2009. « Government-by-exception : Enrolment and Experimentality in Mass HIV Treatment Programmes in Africa ». Social Theory & Health 7(3) : 196-217.
- 6/ Le VIH 2 identificado en Dakar en 1985 proviene de un virus simio diferente del VIH 1 y afecta sobre todo a África Occidental. Se caracteriza por una menor infectividad y una evolución más lenta. La terapia

es que exige es la misma. La mayoría de las infecciones en el mundo son infecciones VIH 1 que contiene numerosos sub-grupos: el sub-grupo B es el mayoritario en Europa y en Estados Unidos y el sub-tipo C, identificado en África Oriental a finales de los años 1980 se ha convertido en dominante en el África Austral a partir de los años 1990

7/ Marks, H. 2000. *La médecine des preuves. Histoire et anthropologie des essais cliniques (1900-1990)*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond.

8/ Petryna, A. 2009. *When experiments travel : clinical trials and the global search for human subjects*. Princeton Univ Pr.

9/ Sunder Rajan, K. 2006. *Biocapital: the constitution of postgenomic life*. Duke University Press.
Cooper, M. 2008. *Life as surplus: Biotechnology and capitalism in the neoliberal era*. Univ of Washington Pr.

10/ McGoey, L., 2012, *Philanthrocapitalism and Its Critics*. *Poetics* 40(2) : 185–199.

11/ Biehl, J., 2007, "Pharmaceuticalization : AIDS Treatment and Global Health Politics". *Anthropological Quarterly* 80(4) : 1083–1126.
Chabrol, Fanny, 2013, "Les antirétroviraux au Botswana. Observatoire des mutations de l'intervention internationale sur la santé en Afrique". *Revue Tiers Monde* (3) : 17–34.

12/ Lachenal, G. 2010. "Le médecin qui voulut être roi". *Annales. Histoire, Sciences Sociales* 65:121 56.

13/ Tilley, H. 2011. *Africa as a 'living laboratory. Empire, Development, and the Problem of Scientific knowledge, 1870-1950*. Chicago : University of Chicago Press.

14/ Crane, J., 2013, *Scrambling for Africa : AIDS, Expertise, and the Rise of American Global Health Science*. Cornell University Press.

15/ Dozon, J. P. 1991. « D'un tombeau l'autre ». *Cahiers d'études africaines* 31(121):135 157.

16/ Ferguson, J. *Global Shadows. Africa and the Neoliberal Order*, Duke University Press, 2006.

17/ Le cabinet Ernest & Young a ainsi publié une étude intitulée en 2011 puis en 2012 une étude intitulée **18/** Chabrol, F., 2014, *Prendre soin de sa population. L'exception botswanaise face au sida*, éditions de la FMSH.

19/ Geissler, P. W. 2013. "Public Secrets in Public Health : Knowing Not to Know While Making Scientific Knowledge". *American Ethnologist* 40(1):13 34.

20/ Lachenal, G. 2013. "Le stade Dubaï de la santé publique : la santé globale entre passé et futur", *Revue Tiers Monde*, n°215 : 53-71.

21/ Lachenal, G. 2014. "Chronique d'un film catastrophe bien préparé ", *Libération*, 19 septembre.