

Freno a los asesinatos en masa: medidas contra el SIDA

ONUSIDA calcula que serán necesarios USD 10.500 millones hasta 2005 sólo para respaldar una ofensiva “mínima” contra el SIDA. Esta enorme suma adquiere perspectiva al compararla con lo que es capaz de hacer un solo país cuando se trata de la guerra. A fines de 2003, el costo de la guerra en Iraq ascendía para los contribuyentes estadounidenses a más de USD 200.000 millones. Una vaca “loca” en América del Norte acapara los titulares en la tierra de los ricos y los poderosos, mientras millones de seres humanos mueren en silencio en el resto del mundo.

North-South Institute

John W. Foster¹

“Es asesinato en masa por autocomplacencia... ya pasó la hora para las súplicas educadas, e incluso agitadas. No se puede permitir que continúe esta pandemia, y aquellos que la observan mientras se desarrolla con una especie de ecuanimidad patológica deben rendir cuentas. Quizá llegue el día en que tengamos tribunales en tiempos de paz para abordar esta versión particular de crímenes contra la humanidad.”

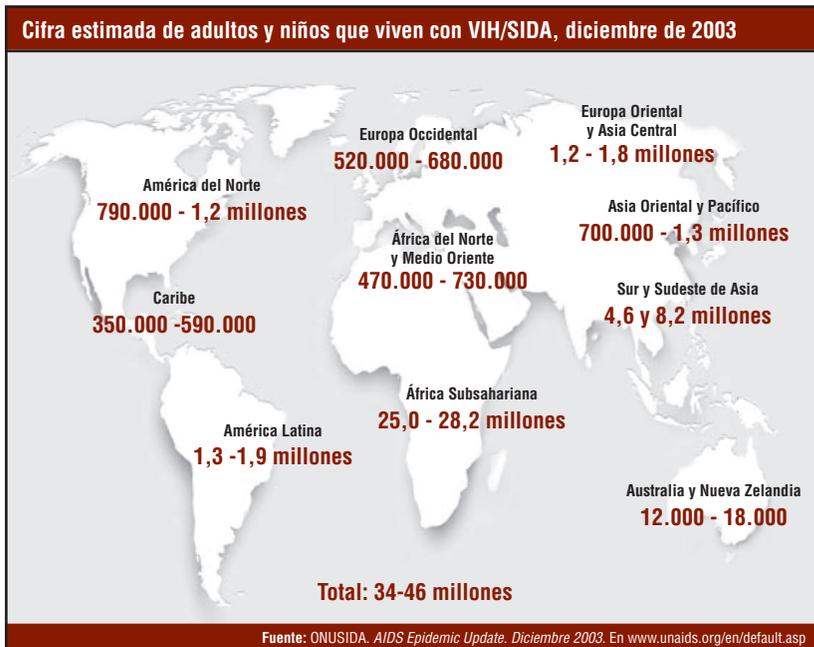
Stephen Lewis, Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en África²

La seguridad humana no significa mucho si los seres humanos en cuestión no están vivos para disfrutarla. Preocupados por la “amenaza del terrorismo”, los ciudadanos de los países ricos son cada vez más conscientes de su vulnerabilidad ante las enfermedades, así como los de lugares más pobres han sido vulnerables en mayor grado. El flagelo de la gripe aviar (“gripe del pollo”) amenaza el sustento de millones de asiáticos. La aparición de un pequeño número de casos de SARS causó el desplome de la economía de las metrópolis de Canadá. Una o dos vacas “locas” en América del Norte provocan importantes trastornos en el comercio internacional de la carne vacuna. No es sólo que “ningún hombre es una isla”, sino que ninguna región, nacionalidad o especie es invulnerable en nuestra biosfera (aunque para algunos la excepción serían las cucarachas).

Con respecto al SIDA, el Consejo de Seguridad de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) rompió con los precedentes cuando analizó la necesidad de tomar medidas, la Asamblea General celebró una Sesión Especial que comprometió a los gobernantes del mundo a adoptar una respuesta drástica, el Secretario General dio el puntapié inicial para la creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, mientras los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) incluyen una modesta promesa para detener y comenzar a reducir la propagación de la enfermedad para 2015.

1 John W. Foster es Investigador Principal de The North-South Institute (Instituto Norte-Sur), Ottawa, Canadá, y presidente del Comité Coordinador de Social Watch.

2 Lewis, Stephen. “AIDS, Gender & Poverty: A United Front Against the Pandemic”, *Social Development Review*, 7:1. Londres: International Council on Social Welfare (ICSW), 2003. Tomado de un comunicado de prensa de ONU, Nueva York, 8 de enero de 2003.



El presente

- Tres millones de muertos en 2003, un total aproximado de 30 millones hasta la fecha en el mundo.
- Cinco millones de infecciones nuevas en 2003, a un ritmo aproximado de 14.000 por día.
- Cuarenta millones viven con VIH/SIDA.³

La enorme mayoría (95%) de las personas que viven con VIH/SIDA están en el mundo en desarrollo. La mayoría de ellas son mujeres y niñas, más vulnerables aun por la feminización en curso de la pobreza. Las mujeres representan entre el 50% y el 58% de los adultos seropositivos en África Subsahariana, África del Norte, Medio Oriente y el Caribe. La esperanza de vida descendió dramáticamente en África Subsahariana: en Zimbabwe cayó 35 años, y en Botswana y Swazilandia, 28 años.

La incidencia aumentó dramáticamente en algunos países subsaharianos: a 38,8% en Botswana, 31% en Lesotho, 33% en Swazilandia y Zimbabwe. En 24 países africanos la incidencia en la población adulta supera el 5%. En los lugares donde la incidencia supera el 1% de la población existe la posi-

bilidad de una epidemia más generalizada. Una tasa del 5% amenaza con crecer exponencialmente en la población en general.

El futuro

El Informe sobre Desarrollo Humano del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) para 2003 señala que “La situación en China, India y en la Federación de Rusia - todas densamente pobladas y con el riesgo de ver un aumento vertiginoso en sus índices de infección por VIH - resulta particularmente inquietante. En estos países hay aproximadamente 7 millones de infectados y, en el África Subsahariana, 7 millones de casos pasaron a 25 millones en una década. ...incluso en un escenario moderado, para el año 2025 casi 200 millones de personas podrían estar infectadas sólo en estos tres países.”⁴

Existen zonas donde incluso ahora se sabe muy poco sobre el alcance de la infección. La negación y el estigma retardan el control y el tratamiento efectivos. Existe la posibilidad de un incremento considerable en las infecciones en Medio Oriente y África del

3 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). *AIDS Epidemic Update*. Ginebra, diciembre de 2003. Estas cifras son estimadas. El número asciende a entre 2,5 millones y 3,5 millones de muertes, por ejemplo.

4 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Informe sobre Desarrollo Humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Capítulo 2: Retos prioritarios para la consecución de los Objetivos. Nueva York: PNUD/Ediciones Mundi-Prensa, 2003, p. 43.

Norte, pero en numerosos países la información es escasa. ONUSIDA declara que hacen falta urgentes medidas de prevención, especialmente en los grupos que podrían quedar incluidos en la próxima etapa de expansión de la enfermedad. La falta de interés por abordar a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, a los trabajadores sexuales y a los usuarios de drogas intravenosas obstaculizó la respuesta. En la región prácticamente no se promociona el uso del condón, pero algunos países están desarrollando programas de prevención más sólidos. Estos programas deben ampliarse para incluir a los trabajadores migratorios, los jóvenes, los refugiados y las personas desplazadas, y los trabajadores del transporte carretero, entre otros.⁵

VIH/SIDA, desarrollo y seguridad humana

En los lugares de alta incidencia de SIDA, el impacto trasciende por lejos el sufrimiento y la pérdida de vidas, de por sí increíbles, y menoscaba la seguridad humana en muchas dimensiones. En estos países, la perspectiva de alcanzar los ODM es escasa. De hecho, la esperanza de vida y la seguridad económica y social están en retroceso.

- Seguridad económica: el Informe sobre Desarrollo Humano 2003 del PNUD señala que el SIDA “puede desviar el ritmo del desarrollo”.⁶ Un estudio del Banco Mundial indica que una incidencia de VIH entre adultos del 10% puede reducir el crecimiento del ingreso nacional hasta en un tercio.⁷ El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calcula que para 2010, la economía sudafricana será 20% menor de lo que habría sido sin el VIH/SIDA.⁸
- Seguridad alimentaria: A fines de 2002 había 14,4 millones de personas en seis países de África austral en peligro de morir de hambre. La producción agrícola y el suministro de alimentos son escasos. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) calcula que 7 millones de trabajadores agrícolas murieron de SIDA en 25 países africanos gravemente afectados por la enfermedad. Unos 16 millones más podrían morir en los próximos 20 años de no frenarse el impacto de la enfermedad.⁹
- Familia y estructura social: El VIH/SIDA no sólo destruye el “capital humano”, sino que amenaza con provocar el colapso de la sociedad porque la función de la familia, por medio de la cual los conocimientos y capacidades son transmitidos

de una generación a otra, es interrumpida o destruida. Los niños quedan sin uno o ambos padres para brindarles amor, criarlos y educarlos. El ODM de reducir la mortalidad infantil en dos tercios para 2015 es virtualmente imposible en los países con altas incidencias de infección.

- Seguridad nacional: Numerosas fuerzas militares en África tienen tasas de infección cinco veces superiores a la de la población civil, en algunos casos de hasta el 50% o 60%. Al reducir la capacidad operativa de muchas Fuerzas Armadas africanas, el VIH/SIDA agrava la vulnerabilidad frente a los conflictos internos e internacionales.
- Gobernanza: La incidencia de VIH/SIDA pone a los gobiernos de los países afectados bajo una presión enorme. Debilitados por décadas de ajustes estructurales y con medidas cada vez más rigurosas administradas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial del Comercio (OMC), las capacidades de los gobiernos para atender las necesidades de sus ciudadanos deberán fortalecerse radicalmente. Pero los persigue la amenaza del “fracaso del Estado”. Por ejemplo, un estudio reciente de los Ministerios de Finanzas, Planificación Económica y Desarrollo y Servicios Públicos e Información de Swazilandia documentó que “sólo como consecuencia del VIH/SIDA los tres ministerios perderán el 32% de su personal” en un lapso de 20 años. Para sustituir a los maestros perdidos por la pandemia, Swazilandia deberá capacitar a 13.000 personas entre 1999 y 2016, en lugar de los 5.093 que se necesitarían en circunstancias normales.¹⁰

Prevención, tratamiento y atención para salvar vidas

La labor de prevención, tratamiento y atención exige educación, participación de la comunidad y sistemas de atención médica que funcionen. Como señala ONUSIDA, “en África, donde viven dos tercios de las personas seropositivas del mundo, los sistemas de atención médica ya estaban débiles y subfinanciados antes del advenimiento del SIDA. Ahora soportan la presión adicional de millones de pacientes nuevos. En muchos lugares, los centros de diagnóstico son insuficientes y las existencias de medicamentos son irregulares, incluso para las dolencias derivadas del VIH, que son fáciles de diagnosticar y de un tratamiento económico.”¹¹ Una aproximación integral a la salud para poblaciones sanas exige la rehabilitación y en algunos casos la reformulación de los sistemas de salud públicos. Para mantener una población sana se requieren, por supuesto, otros elementos básicos: buena nutrición, agua potable y vivienda digna. Una respuesta de

éxito a la pandemia sólo será sostenible si es parte de una estrategia de desarrollo más general.

La posibilidad de acceso al tratamiento se hizo realidad hace una década en los países ricos, pero esa realidad permanece en el futuro lejano para los demás países. Con frecuencia se argumentó que era imposible administrar con éxito y de manera sostenible los tratamientos antirretrovirales nuevos en los países más pobres, porque los mismos requerían una sofisticación y un desarrollo económico inexistentes en ellos. Otro obstáculo evidente era el costo prohibitivo de la llamada terapia triple. El precio de la terapia para un paciente a principios de 2000 ascendía a USD 10.000-12.000 por año.

Pero a fines de 2000, el precio del tratamiento antirretroviral había descendido a USD 500-800 por persona por primera vez en los países de bajos ingresos. En 2003, el precio de la combinación genérica de menor costo recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) era inferior a los USD 300 por persona por año.¹²

Quizá el paso concreto más importante fue dado por el gobierno de Brasil, sumamente presionado por las organizaciones de la sociedad civil. Desde 1996, Brasil brindó acceso gratuito y universal al tratamiento antirretroviral triple. Incluso en el primer año el tratamiento extendió la supervivencia de un promedio de 5 meses en la década de 1980 a un promedio de 58 meses. “Es la primera vez que un estudio demostró que el acceso gratuito universal al tratamiento antirretroviral triple en un país en desarrollo puede producir beneficios en la misma escala que en los países ricos.”¹³ Pero el estudio también indicó que quizá sólo el 40% de las 600.000 personas seropositivas de Brasil estaban al tanto de su infección. “El resto sencillamente teme las consecuencias sociales y físicas de esta enfermedad y prefieren no someterse al análisis.”

Otros países no tuvieron esa suerte. En Sudáfrica, la resistencia del gobierno al tratamiento antirretroviral y la obstinación de las compañías farmacéuticas en proteger sus patentes retrasaron durante años la respuesta ante el rápido crecimiento de las infecciones. La persistencia de organizaciones de la sociedad civil como la Treatment Action Campaign, con el apoyo de redes internacionales de ONG, logró avances importantes, pero las demoras tuvieron consecuencias trágicas a escala masiva.¹⁴

12 *Ibid.*

13 Pio Marins, Jose Ricardo. Universidad de Campinas. Citado en “Free HIV Drugs in Brazil Have Boosted AIDS Survival”, Reuters (25 de julio de 2003), en CDC HIV/STD/TB Prevention News Update, 30 de julio de 2003.

14 Las organizaciones de la sociedad civil demostraron que el tratamiento se puede realizar. En el poblado de Khyelitsha, cerca de Ciudad del Cabo, clínicas de Médicos sin Fronteras ayudaron a la gente a estabilizar su enfermedad, desarrollando formas sencillas de asegurar el uso habitual de dosis complejas y capacitando a enfermeras comunitarias para supervisar y apoyar a los pacientes. En Soweto, la transmisión de madre a hijo se redujo con la ayuda de OXFAM, con el uso del medicamento Nevirapine, la entrega de leche en polvo y un sistema de atención comunitaria supervisado. Estas iniciativas deben ampliarse masivamente. También deben contar con la provisión de elementos básicos, agua potable, nutrición suficiente y vivienda estable.

5 ONUSIDA, *op cit.*, “The Middle East and North Africa”.

6 PNUD, *op cit.*, p. 41.

7 Bell, Clive, Shantayanan Devarajan y Hans Gersbach. *The Long-Run Economic Costs of AIDS: Theory and an Application to South Africa*. Junio de 2003. Informe de Investigación del Banco Mundial.

8 Citado del Comité Permanente de Relaciones Exteriores y Comercio Internacional, Cámara de los Comunes, Canadá. *HIV/AIDS and the Humanitarian Catastrophe in Sub-Saharan Africa*. Junio de 2003, p. 16.

9 Citado en International Crisis Group. *HIV/AIDS as a Security Issue*. Washington/Bruselas: International Crisis Group, 29 de junio de 2001, p. 11.

10 Whitside, Alan, et al. *What is driving the HIV/AIDS epidemic in Swaziland, and what more can we do about it?* National Emergency Response Committee on HIV/AIDS (NERCHA) y ONUSIDA, abril de 2003.

11 ONUSIDA. *Access to HIV Treatment and Care*, Folleto informativo. Ginebra, julio de 2003.

Medicamentos

"Hoy mueren de SIDA al menos 400 personas por día en Kenya. (...) Esta es la acción genocida del cartel de empresas farmacéuticas que se niegan a brindar medicinas a precios razonables en África, al mismo tiempo que declararon USD 517.000 millones de ganancias en 2002."¹⁵

La lucha por permitir el acceso a los medicamentos que salvan vidas ha sido constante prácticamente desde que se anunciara su existencia. La creación de la OMC a mediados de la década de 1990 vino acompañada de una extensión fenomenal en la protección de las patentes privadas - en gran medida pertenecientes a grandes corporaciones - a través del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (TRIPS). El acuerdo compromete a los países participantes a otorgar 20 años de protección a los propietarios de patentes de medicamentos, lo cual es una victoria tremenda para las grandes empresas farmacéuticas titulares de muchas de las patentes del mundo y que financian o controlan gran parte de la investigación actual.

Las disposiciones del Acuerdo sobre TRIPS deberían, en teoría, otorgarles flexibilidad a los países para equilibrar estas protecciones con medidas de salud pública, por ejemplo a través de la emisión de licencias obligatorias que permitan la elaboración de copias genéricas de bajo costo de los productos patentados. En la práctica, sin embargo, algunos países, presionados por las corporaciones o por países productores más poderosos, prohibieron la licencia obligatoria o sencillamente no aprovecharon esa posibilidad.¹⁶

Un enfrentamiento de intereses tuvo lugar en la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha, Qatar. El 14 de noviembre de 2001, una declaración sobre el Acuerdo sobre TRIPS y la Salud Pública afirmó que dicho acuerdo "no impide ni debería impedir que los miembros tomen medidas para proteger la salud pública" y, "en particular, promover el acceso a las medicinas para todos".

La declaración dejó sin resolver la situación de los países sin capacidad propia de producción de medicamentos genéricos. Comprometió a los países a hallar una solución "expeditiva" para este problema. Las negociaciones se extendieron durante casi dos años y los negociadores sólo llegaron a un acuerdo cuando la falta del mismo amenazó con trastornar la siguiente Conferencia Ministerial de la OMC prevista en Cancún, México, en septiembre de 2003. El acuerdo permite a los países con capacidad productora exportar, mediante una licencia obligatoria,

a un país importador. Por supuesto, el Consejo sobre TRIPS de la OMC mantiene el derecho de ser avisado de las intenciones de los países y de controlar y supervisar numerosas condiciones. Sólo se tiene acceso a los medicamentos - en definitiva, al derecho a la salud - con la autoridad del Consejo sobre TRIPS. Los derechos a la propiedad privada tienen prioridad sobre los de la gente.

El acuerdo constituye sólo una "excepción provisional" a las disposiciones del Acuerdo sobre TRIPS, pendiente de un entendimiento para modificar el propio Acuerdo sobre TRIPS. Entre tanto, en negociaciones como las de la proyectada Área de Libre Comercio de las Américas, las grandes corporaciones farmacéuticas pretenden el TRIPS +, o sea algo más que 20 años de protección.

Los defensores del tratamiento creen que el acuerdo tiene "serias fallas" que otorga a los organismos de la OMC un papel potencialmente invasor y obstructivo que podría retrasar o impedir el progreso. Los países importadores siguen siendo rehenes de las decisiones de los ricos.¹⁷

El SIDA no viaja solo

La malaria mata más de un millón de personas por año, de las cuales 700.000 son niños y niñas africanos. Los tratamientos nuevos - la terapia combinatoria de dos medicamentos en tres días - cuestan USD 0,40 por un niño, o USD 1,50 por un adulto. Pero muchas familias no pueden pagar ni siquiera esa cifra, y el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo sigue necesitando dinero. La OMS calcula que costaría USD 1.000 millones reducir a la mitad la cifra de 1,1 millones de muertes anuales debidas a la malaria. Eso es más o menos lo que ganó la empresa farmacéutica Pfizer con la venta de un solo medicamento, Viagra, en 1999.

El desequilibrio entre las prioridades y los gastos de investigación sigue complicando el progreso contra las enfermedades que atacan a las personas pobres. El World Watch Institute señala que entre 1975 y 1997 se desarrollaron 1.223 medicinas nuevas, en gran medida para combatir enfermedades derivadas de la riqueza y el exceso de consumo. En el mismo lapso, sólo 13 de las medicinas nuevas apuntaban al tratamiento de la malaria, la esquistosomiasis y otras "enfermedades tropicales" que afectan a los países en desarrollo. Germán Velásquez, Coordinador del Programa de Acción de Medicamentos Esenciales de la OMS, sostiene que "luego de Doha, es evidente que si consideramos los medicamentos como simples mercancías, la salud seguirá siendo una extensión del mercado, donde los medicamentos y tratamientos serán accesibles sólo para aquellos con suficiente poder adquisitivo."¹⁸ La Comisión sobre Derechos de Pro-

iedad Intelectual del Reino Unido preguntó si un medicamento que posibilita que las personas ejerciten un derecho humano fundamental - el derecho a la salud - puede estar limitado por reglas que impiden el acceso durante 20 años. Los medicamentos fundamentales, podría decirse, son un bien público global, con beneficios que se extienden a todos los países, personas y generaciones.¹⁹

"El asunto de las medicinas contra el SIDA es sencillo. Es la posibilidad de meter nuestros bien nutridos pies en el agua, para utilizar nuestros descubrimientos e invenciones colectivas en beneficio de la humanidad. Quizá descubramos que no es tan peligroso y que nuestro sistema económico no se derrumba. Y los beneficios sanitarios serán inmediatos y espectaculares."²⁰

Escala

"Entre otras cosas, la guerra en Iraq y sus secuelas le costarán a este mundo más de USD 100.000 millones y yo quiero que alguien me explique por qué siempre hay tanto dinero para los conflictos y sólo centavos para las enfermedades humanas."²¹

La enorme cifra de infectados y moribundos quizá adormezca nuestras sensibilidades y nos amance con una sensación de futilidad. En 2001, la Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la OMS calculó que el costo de la respuesta al VIH/SIDA podría ascender a USD 14.000 millones para 2007 y a USD 22.000 millones para 2015. Un tercio de esos fondos se dedicaría respectivamente a la prevención, al tratamiento de las infecciones oportunistas y a la terapia antirretroviral. Estas cifras se basan en cálculos muy conservadores.²² ONUSIDA calcula que harán falta USD 10.500 millones para 2005 sólo para respaldar una ofensiva "mínima" contra la enfermedad.²³ Estas cifras parecerán elevadas, pero adquieren perspectiva al compararlas con lo que es capaz de hacer un solo país cuando se trata de la guerra. Hasta diciembre de 2003, se calculaba que el costo de la guerra en Iraq para los contribuyentes estadounidenses ascendía a más de USD 200.000 millones, la mayor parte asignado en un año.²⁴

19 Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual. *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy. Report of the Commission on Intellectual Property Rights*. Londres: Comisión sobre Derechos de Propiedad Intelectual, septiembre de 2002, p. 48.

20 Sulston, John (Premio Nobel de Medicina (compartido) 2002). "The Rich World's patents abandon the poor to die", *Social Development Review*, 7:1. Londres: ICSW, 2003. Publicado originalmente en *The Guardian*, 18 de febrero de 2003.

21 Lewis, Stephen, ver nota 2.

22 La Comisión supuso, por ejemplo, que sólo el 5% de los africanos afectados están al tanto de su situación y, por tanto, capaces de saber si el tratamiento es apropiado o no. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Macroeconomics and Health*. Ginebra: OMS, 20 de diciembre de 2001, p. 53.

23 ONUSIDA. "Despite substantial increases, AIDS funding is still only half of what will be needed by 2005." Comunicado de prensa. 26 de junio de 2003.

24 Esta cifra supera el gasto habitual del Departamento de Defensa de Estados Unidos de aproximadamente USD 400.000 millones. Estas cifras dejan en evidencia lo poco que hace falta para el VIH/SIDA e indican que la financiación efectiva no es cuestión de capacidad sino de opción política.

15 Declaración del jesuita estadounidense Angelo D'Agostino, en una conferencia de prensa celebrada por el arzobispo Paul Joseph Cordes, presidente de la agencia humanitaria del Vaticano Cor Unam. De "Le Vatican part en guerre contre les companies pharmaceutiques", *Le Soleil*, Quebec, 30 de enero de 2004.

16 Organizaciones de desarrollo y de derechos humanos, organizaciones de personas que viven con SIDA y sus aliados realizaron una campaña persistente y mundial para ampliar las ventanas legales de acceso y contrarrestar la presión de las empresas y las potencias.

17 No obstante, los defensores del tratamiento buscan diversos medios para asegurar que cualquier apertura creada por el acuerdo se utilice en beneficio del acceso para aquellos que necesitan tratamiento.

18 Velásquez, Germán. "Drugs Should be a Common Good: Unhealthy Profits", *Le Monde Diplomatique*. Edición inglesa, julio de 2003.

Fondos adicionales

Se calcula que 40 millones de personas viven con hoy VIH/SIDA. La OMS intentó generar apoyo y recursos internacionales para brindar tratamiento a tres millones de ellos para 2005: un comienzo modesto, pero que hasta el momento parece fuera de todo alcance posible.

En África Subsahariana se calcula que apenas 50.000 personas recibían tratamiento en 2002, y sólo 43.000 en Asia y el Pacífico. En América Latina y el Caribe el panorama es un poco mejor, en gran medida gracias al ejemplo de Brasil, ya que había unas 200.000 personas en tratamiento a fines de 2002.

El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y el Paludismo fue creado con grandes expectativas en 2001, con el propósito de recaudar fondos adicionales. En sus primeras dos rondas de financiación gastó USD 1.500 millones, de los cuales el 65% se destinó al VIH/SIDA. Para el período 2003-2005, el Fondo solicitó un presupuesto de USD 9.700 millones, pero a mediados de 2003 solo había recibido promesas de donaciones por USD 1.500 millones.

La Asistencia Oficial al Desarrollo (AOD) debería desempeñar un papel destacado. La Conferencia de Financiación para el Desarrollo, celebrada en Monterrey en 2002, fue tomada como señal de que la caída en el monto de los compromisos asumidos por los países ricos había llegado a su fin. Irlanda, Bélgica, los Países Bajos y Suecia se comprometieron a aumentar significativamente sus donaciones en los siguientes dos a seis años. Canadá confirmó un aumento anual del 8%, pero le llevará cinco años alcanzar el nivel de gasto de 1991.

Cancelación de la deuda

La cancelación de la deuda externa también podría ser una fuente importante de alivio. Las condiciones de los préstamos, sean éstas evidentes o sutiles, siguen fomentando la restricción del gasto público, presionan a los gobiernos para que privaticen servicios públicos - entre ellos los servicios de salud - y se adaptan a los acuerdos de la OMC como el Acuerdo sobre TRIPS. El Fondo de Población de las Naciones Unidas examinó hasta qué punto fue utilizado el proceso de Documentos de Estrategia de Reducción de la Pobreza (PRSP) del Banco Mundial para optimizar oportunidades de respuesta al VIH/SIDA como parte de una respuesta integral a la pobreza. El informe concluye que "en general, gran parte de los PRSP concluidos dejaron pasar la oportunidad de evaluar efectivamente los vínculos entre la pobreza, la población y el VIH/SIDA".²⁵ El informe proporciona una lista de elementos para integrar al VIH/SIDA en las estrategias de reducción de la pobreza.

La brecha que existe entre la necesidad de salvar vidas ya, a través del tratamiento y el respaldo suficiente, y el liderazgo y el compromiso necesarios de parte de quienes controlan los recursos, y los precios del tratamiento sigue siendo inmensa. Los compromisos de gasto de algunos países ricos para

la "reconstrucción" de Iraq fueron asumidos meses después de la derrota de Saddam Hussein. Los esfuerzos para engatusar o avergonzar a los gobiernos hasta el punto de que aumenten los recursos para combatir la pandemia mundial avanzan lentamente. Algunos sueñan con algo similar al Plan Marshall que ayudó a Europa tras la Segunda Guerra Mundial.

Punto de inflexión

Stephen Lewis, Enviado Especial del Secretario General de la ONU sobre el VIH/SIDA en África, se refirió a principios de 2003 a las señales de "decisión y esperanza" que había descubierto en África. "Lo que cambió es la madurez, vehemencia y confianza de las organizaciones de personas que viven con VIH/SIDA (...) saben el costo de los medicamentos genéricos; saben acerca de los regímenes de tratamiento; saben que la OMS se propone otorgar tratamiento a tres millones de personas para 2005; saben que los miembros ricos de la sociedad corren a Sudáfrica para recibir tratamiento, mientras los pobres se quedan atrás impotentes; saben acerca de Doha y los derechos de propiedad intelectual y la OMC; saben, por amarga experiencia, acerca de las promesas políticas falsas. Cada vez más, experimentamos sofisticación y decisión por igual."²⁶

¿Estamos, en realidad, ante un punto de inflexión en la lucha contra la pandemia? Hace apenas unos años sólo uno o dos gobiernos africanos había desarrollado estrategias para enfrentar la enfermedad. Hoy, finalmente, muchos comenzaron a implementar esas estrategias, mientras la Declaración de Maputo (julio de 2003) de la Unión Africana compromete a los gobiernos africanos a adoptar un enfoque integral y busca el apoyo internacional.²⁷ Algunos países, como Uganda, y algunos distritos dentro de los países muestran un avance notable en la prevención y la reducción de las infecciones. Los fabricantes de medicamentos genéricos de países de bajos y medianos ingresos, como Brasil, India y Tailandia, producen algunos medicamentos antirretrovirales a costos razonables. El acuerdo previo a Cancún sobre exportación de medicamentos genéricos a países sin capacidad productora ofrece tardíamente la posibilidad de cumplir los compromisos asumidos dos años antes en la Conferencia Ministerial de la OMC en Doha. Canadá, entre los países ricos, tomó una iniciativa que permitiría a las empresas producir y exportar esos mismos medicamentos.

No obstante, los elementos fundamentales necesarios para alcanzar a millones de personas - sistemas sanitarios de países en desarrollo fortalecidos con personal entrenado y con el respaldo necesario, existencias suficientes de medicinas para el acceso universalizado, seguridad sostenida en necesidades básicas - siguen trágicamente fuera de alcance. Igual de importante es la falta de liderazgo de los ricos - ya sean del Norte, los enriquecidos por el

26 Lewis, Stephen, ver nota 2.

27 Unión Africana. *Maputo Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis, Malaria and other related infections diseases*. Declaraciones de la UA. Assembly/AU/Decl. 1-5. Adis Abeba: Unión Africana, julio de 2002.

Medidas

¿Qué tipo de medidas hacen falta?

- Acceso a medicamentos esenciales de bajo costo.
- El reconocimiento y el fortalecimiento de los derechos humanos, especialmente del "nivel más alto posible de salud física y mental" (CESCR).
- El incremento radical de recursos a través del Fondo Mundial, otras vías multilaterales y bilaterales, la AOD, la cancelación y reducción de la deuda, para apoyar los servicios de salud pública y otros elementos esenciales de la capacidad inmune, como el agua potable, alimentos y vivienda adecuados.
- Mejores servicios de salud pública y apoyo, como capacitación, educación pública, apoyo para la prevención e iniciativas de atención comunitarias.
- Investigación para vacunas contra el VIH/SIDA, y medicamentos y tratamientos adaptados para otras enfermedades a gran escala que afectan a las mayorías pobres del mundo.
- Y sobre todo, una alianza vigilante, persistente y creativa de las organizaciones de la sociedad civil, sin la cual es poco probable que se realicen otras medidas.

petróleo o las clases adineradas emergentes de los países de medianos ingresos - para reforzar los recursos y la organización necesarios para la tarea. Lo que hace falta es la multiplicación de dólares, euros, libras o yenes. Con suerte, lo que se ofrece habitualmente es un pequeño incremento porcentual.

Stephen Lewis planteó la posibilidad de que algún día, quienes impiden la entrega de medicamentos que puedan salvar vidas y los sistemas sanitarios y elementos básicos que les otorgarían eficacia y sostenibilidad deban comparecer ante un tribunal, como los responsables del Holocausto en Nuremberg tras la Segunda Guerra Mundial o los autores de genocidios más recientes en Arusha o La Haya. ¿Quiénes se sentarían en el banquillo de los acusados? ¿Aquellos que impulsaron una guerra innecesaria y costosa contra Iraq? ¿Aquellos que hacen todo lo posible para proteger el privilegio de las patentes? ¿O aquellos que permiten mediante la autocomplacencia o cosas peores la continuación de este derroche humano y la mala distribución de los recursos del planeta?

El acceso universalizado al tratamiento en Brasil, el cambio hacia la provisión del tratamiento en Sudáfrica, la Declaración de Doha y el compromiso previo a Cancún de la provisión de medicamentos genéricos se deben, en buena parte, a la movilización de las redes de activistas, de las personas que viven con VIH/SIDA, de los médicos y demás personal de la salud y de unos pocos - demasiado pocos - políticos que son conscientes de la urgencia.

Es hora de que un frenesí de acción libere los recursos y el ingenio para salvar millones de vidas y corregir el grotesco error que los condena a ellos y a millones más en el futuro al sufrimiento y la muerte. ■

25 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). *The impact 2003*. pp. 85-92.