

KAN ONVER- SCHILLIGHEID DODELIJK ZIJN?

Essentiële medicijnen en zieke Afrikanen



Forum for African Investigative Reporters
(Vertaling en samenvatting: Emiel Vervliet)

MO* PAPER

nummer 19 – mei 2008

www.mo.be



MO*papers is een serie analyses die uitgegeven wordt door Wereldmediahuis vzw. Elke paper brengt fundamentele informatie over een tendens die de globaliserende wereld bepaalt. MO*papers worden toegankelijk en diepgaand uitgewerkt.

MO*papers worden niet in gedrukte vorm verspreid. Ze zijn gratis downloadbaar op www.mo.be. Bij het verschijnen van een nieuwe paper wordt een korte aankondiging gestuurd naar iedereen die zijn of haar e-mailadres bezorgt aan mopaper@mo.be (onderwerp: alert)

Redactieraad MO*papers: Bart Bode (Broederlijk Delen), Gerrit De Vylder (Lessius Hogeschool Antwerpen), Ann Cassiman (Departement Sociale en Culturele Antropologie, KU Leuven), Nathalie Holvoet (Instituut voor Ontwikkelingsbeleid en -beheer Universiteit Antwerpen), Jan Vannoppen (Velt), Rudy De Meyer (11.11.11), Bart Horemans (11.11.11), Catherine Vuylsteke (De Morgen), Gie Goris (MO*), Lieve De Meyer (eindredactie), Emiel Vervliet (hoofdredacteur).

Het **Forum for African Investigative Reporters (FAIR)** is een groep Afrikaanse onderzoeksjournalisten met meer dan vijftig leden uit zestien landen. *The indifferent industry – Big Pharma, essential medicines and Africa's sick* is hun eerste rapport. Het werd gepubliceerd in januari 2008 en is te vinden via www.fairreporters.org.

Emiel Vervliet is hoofdredacteur van de MO* papers en docent aan de Sociale Hogeschool van Heverlee.

Informatie: mopaper@mo.be of MO*paper, Vlasfabriekstraat 11, 1060 Brussel

Suggesties: emiel.vervliet@mo.be

Wereldmediahuis is ook uitgever van het maandblad MO* en van de mondiale nieuwssite www.mo.be (i.s.m. het nieuwsagentschap IPS-Vlaanderen).

Overname van de teksten is toegestaan mits toestemming van auteur en uitgever.

[inleiding]

In de eerste jaren na de oprichting van de Wereldhandelsorganisatie (*World Trade Organisation* – WTO) in 1994 woedde een hevig debat over de verplichting voor alle landen om een wettelijk regime voor de bescherming van het intellectueel eigendomsrecht in te voeren, beter bekend als het TRIPS-akkoord. De armste landen kregen weliswaar een aantal jaren uitstel, maar van bij het begin werd gevreesd dat essentiële medicijnen (bijvoorbeeld voor aidslijders) duurder zouden worden. Onder invloed van een campagne van o.a. Zuid-Afrika en Thailand en van ngo's kwam in 2003 een compromis tot stand. Landen kunnen het intellectueel eigendomsrecht op geneesmiddelen (tijdelijk) buiten werking stellen in een noodsituatie voor de volksgezondheid. Zij moeten hiertoe een officiële verklaring bij de WTO indienen en onderhandelingen met de geneesmiddelenfabrikanten beginnen. Als die ondernemingen geen geneesmiddelen aan lagere prijzen kunnen of willen leveren, kan een regering maatregelen nemen. Als het gaat om een land dat binnen zijn grenzen vestigingen van geneesmiddelenbedrijven heeft, kan de regering dwanglicenties afleveren. De bedrijven zijn dan verplicht om gepatenteerde geneesmiddelen van andere bedrijven te produceren en te leveren tegen lagere prijzen. Dat is vooral van toepassing voor grotere ontwikkelingslanden als Brazilië en India. Ontwikkelingslanden die geen geneesmiddelenbedrijven op hun grondgebied hebben, mogen parallelle invoer organiseren. Dat wil zeggen dat ze goedkope geneesmiddelen uit landen als Brazilië en India mogen invoeren.

De controverse over intellectuele eigendomsrechten en betaalbare medicijnen lijkt de jongste jaren wat geluwd, maar het probleem is niet echt opgelost. De onderzoeksjournalisten van het *Forum for African Investigative Reporters* (FAIR) bestudeerden de gezondheidssituatie en de beschikbaarheid van essentiële geneesmiddelen in enkele landen. Hun rapport draagt de titel *The indifferent industry – Big Pharma, essential medicines and Africa's sick*. Het werd gepubliceerd in januari 2008 en is te vinden via www.fairreporters.org.





EEN ONVERSCHILLIGE INDUSTRIE

De grote geneesmiddelenbedrijven – in het FAIR-rapport en in deze samenvatting *Big Pharma* genoemd – houden vast aan hun beleid van bescherming van patenten, hoge prijzen en vette winsten. Deze houding staat in tegenstelling tot hun zelfverklaarde bereidwilligheid om aids in Afrika te bestrijden en belet de verspreiding van levensnoodzakelijke geneesmiddelen op ruime schaal. Dat is des te tragischer omdat veel van deze medicijnen zijn getest op Afrikaanse vrijwilligers en precies de Afrikanen dus nooit de geneesmiddelen zullen zien die zij mee hebben helpen ontwikkelen. Bijgevolg nemen miljoenen Afrikanen hun toevlucht tot kwakzalverpraktijken zoals het inspuiten van pesticiden, Chinese vitamines die nierkwalen veroorzaken en een hele reeks middelen die geacht worden immuniteit tegen een ziekte te leveren.

Public relations

De beloften van sommige bedrijven om te helpen bij de lokale productie van antiretrovirale medicijnen (ARV's) hebben tot nu toe geen resultaten opgeleverd. Lokale bedrijven zijn niet en zullen in de nabije toekomst wellicht nooit in staat zijn voldoende hoeveelheden van deze medicijnen te produceren, die voldoen aan de kwaliteitseisen van de Wereldgezondheidsorganisatie (*World Health Organisation* - WHO). De hoge kosten van de ingevoerde grondstoffen, die zelf ook dikwijls gepatenteerd zijn, en het gebrek aan infrastructuur zijn niet de enige oorzaken. Het idee van lokale productie, tot voor kort een aantrekkelijk alternatief in de ogen van veel actievoerders, is nu gedevalueerd door de massale groei van de geneesmiddelenindustrie in Azië. Met name China, India en Thailand zijn nu in staat om grote hoeveelheden goedkope (generische) ARV's aan Afrika te leveren.

Recente praktijken van de Big Pharma bewijzen dat de industrie niet is veranderd. Met de steun van de Amerikaanse regering en haar vertegenwoordigers gaat de sector gewoon door met het beschermen van patenten op essentiële geneesmiddelen. Kleine toegevingen in de vorm van lagere prijzen voor sommige medicijnen volstaan niet om mensen nu of in de nabije toekomst van de dood te redden.

Het werkt, maar het is niet beschikbaar: Tenofovir

Verscheidene Afrikaanse landen hebben meegewerkt aan tests met nieuwe ARV's in de hoop dat ze zo ook als eersten het geneesmiddel zouden kunnen inzetten. Malawi

was een van die landen. Er werden tests uitgevoerd om na te gaan of Tenofovir kan beletten dat pasgeborenen aids krijgen, wanneer het middel wordt toegediend tijdens de bevalling of gedurende enkele dagen na de geboorte. Tenofovir Disoproxil Fumarate wordt op de markt gebracht onder de naam Viread door Gilead Sciences, een van de leidende geneesmiddelenbedrijven. Het wordt vaak toegediend in Europa en Noord-Amerika en de WHO beveelt het gebruik ervan in ontwikkelingslanden aan. Maar in Malawi is het niet beschikbaar. De Zuid-Afrikaanse generische versie van Aspen is volgens de Zuid-Afrikaanse actiegroep *Treatment Action Campaign (TAC)* nog altijd veel te duur.

In de zomer van 2006 beloofde Gilead goedkope ARV's ter beschikking te stellen. Het bedrijf contacteerde elf Indiase producenten om generische versies van Tenofovir te maken. De bedoeling was om door meer concurrentie de prijs van Tenofovir te laten dalen. Gilead zegde toe alle nodige informatie ter beschikking te stellen. Maar volgens de internationale ngo *Knowledge Ecology International* beschermt het bedrijf nog altijd het patent op sommige stoffen waarmee het geneesmiddel wordt gemaakt en heeft het hiervoor patenten aangevraagd in de VS. De toezeggingen van Gilead blijken niet veel meer te zijn dan PR-praatjes.

De beloften die in de WTO zijn gedaan om de patentbescherming te versoepelen, blijven dus nog altijd dode letter. Amerikaanse bedrijven blijven Afrikaanse regeringen onder druk zetten om gepatenteerde medicijnen te kopen. Daardoor moet Zambia nog altijd zijn bescheiden middelen uitgeven aan merkgeneesmiddelen. In Zuid-Afrika blijven Merck en Abott de markt domineren met hun exclusieve middelen Atripla en Kaletra. *Médécins sans Frontières* blijft aandringen op meer soepelheid in de patentregels.

Geneesmiddelen en religieus rechts

In Zambia en Zuid-Afrika leidt het *Presidential Emergency Plan for Aids Relief* of PEPFAR, het plan van president Bush voor aidsbestrijding, tot bedenkelijke toestanden. Een grote hoeveelheid geld uit dit fonds wordt uitgegeven om ARV's te kopen bij de vijf grote Amerikaanse farmabedrijven, die een belangrijk deel van de presidentiële verkiezingscampagne financierden. Voorrang geven aan gevestigde bedrijven bij de aankoop van geneesmiddelen, betekent generische middelen discrimineren.

In een richtlijn uit 2006 blijkt de band tussen PEPFAR en religieus rechts in de VS. Die bepaalt dat dertig procent van het fonds moet gereserveerd worden voor campagnes voor seksuele onthouding in Afrika. Het geld van PEPFAR mag niet dienen voor de verspreiding van condooms. Het staat wel vast dat die benadering de preventie van aids in de weg staat... In Zambia financiert PEPFAR campagnes van de katholieke kerk waarin geen sprake is van veilig vrijen of condooms. Vormingssessies moeten er minstens één dag voorbehouden voor onthouding. Lokale ngo's moeten veel boekhoudkundige creativiteit aan de dag leggen om te kunnen voldoen aan de eisen van PEPFAR. "We zoeken andere middelen voor condooms, dus het hindert ons niet echt", aldus Shumba Nkonde van een lokale groep in Lusaka. Andere organisaties ondervinden wel nadelige gevolgen. In Zuid-Afrika verloor *loveLife* in 2006 een derde van zijn middelen toen het *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* van de VN zijn financiering stopzette. De groep staat bekend om haar creativiteit en efficiëntie in het bevorderen van veilig vrijen en seksuele opvoeding. Maar lokale groepen durven niet meer met *loveLife* in zee te gaan, uit vrees hun buitenlandse steun kwijt te spelen. Bij *loveLife* zijn ze ervan overtuigd dat de politieke wind in de VS invloed heeft op de

programma's van het Global Fund. Rechtse groepen in de VS oefenen druk uit op parlementsleden om de financiering van het fonds te verminderen omdat het condooms promoot.

In Zambia worden grote delen van de gezondheidszorg de facto geleid door de regering van Bush. Volgens de minister is PEPFAR een miniversie van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid. Het heeft zijn eigen parallelle structuren opgezet en weigert zijn acties met andere donoren te coördineren. De Zambiaanse regering heeft geen controle over het geld van PEPFAR dat trouwens voor negentig procent besteed wordt aan de betaling van Amerikaanse experts die Zambiaanse ngo's leiden.

Vrije toegang tot geneesmiddelen is niet altijd vrij

Een bijkomend probleem is de zwakke infrastructuur. Want ook als ARV's al vrij beschikbaar zijn, blijken de noodzakelijke laboratoriumtests die een essentieel onderdeel van de behandeling vormen, te duur. In plattelandsgebieden zijn de gezondheidscentra niet bereikbaar. Veel zieken kunnen de reiskosten voor zichzelf en een begeleider niet betalen. Zij kunnen het ook niet opbrengen om uren of zelfs dagen in een wachtrij door te brengen. En niet iedereen kan zich behoorlijk voedsel kopen of beschikt over betrouwbaar drinkwater, zaken die nodig zijn om een ARV-therapie kans op slagen te geven. "De regering zou niet over vrije toegang tot gezondheidszorg mogen spreken, wanneer zij alleen maar de geneesmiddelen kan aanbieden." Die sloppen dikwijls het geld op dat families nodig hebben om te overleven. In veel families is de zieke, of de persoon die hem of haar verzorgt, in normale omstandigheden de kostwinnaar. De bevindingen van FAIR bevestigen wat ook al bleek uit ander onderzoek: de besmetting met het hiv-virus en leven met aids is niet enkel een gezondheidsprobleem, het is een sociaal-economisch drama.

Nagemaakte pillen en schertsremedies

Wanneer doeltreffende medicijnen voor de meeste mensen buiten bereik blijven, komen kwakzalvers en namaakproducten op de proppen. Die komen in alle landen uit het FAIR-onderzoek voor. Een Canadese zakenman prijst in Zambia de vitamine selenium aan als aidsmiddel. Een Amerikaanse 'gezondheidswerker' en een lokale krant promoten een injecteerbare aidskuur die na onderzoek pesticiden blijkt te bevatten. In Kenia wordt reclame gemaakt voor het kruidenpreparaat Canova onder de misleidende slogan dat het zou zijn getest in Brazilië. In Zuid-Afrika en Congo krijgen zieken niet-werkzame vitaminen aangeprezen. Op zichzelf doen die geen kwaad, maar



gewetenloze lieden als Dr. Matthias Rath moedigen mensen actief aan om deze vitaminen te gebruiken in plaats van aidsmedicijnen.

Wonderpillen hebben een grote aantrekkingskracht. Natuurgeneesmiddelen worden niet aan dezelfde controles onderworpen als gewone geneesmiddelen. Pillen en siroopjes worden in kleurrijke verpakkingen verkocht. De verkopers spiegelen een grotere immuniteit en weerstand voor, maar voor mensen met hiv of aids kunnen die wondermiddelen dodelijk zijn. Middelen die beloven de immuniteit te verhogen, zijn een surrogaat voor een echte behandeling geworden. Zelfs Dischem, een gerespecteerde keten van apotheken in Zuid-Afrika, verkoopt zijn eigen middel om het ‘immuniteitsdeficiëntiesyndroom’ te bestrijden.

Regeringen of farmaceutische bedrijven ondernemen weinig om kwakzalverij tegen te gaan en daardoor gaan zelfs hoger opgeleide mensen in wondermiddelen geloven. Journalisten, advocaten, parlementsleden en zelfs dokters maken er promotie voor en versterken zo het populaire geloof dat deze middelen doeltreffend zijn. In Kenia zijn de verkopers van deze nepmiddelen zo populair geworden, dat ze zelfs radioprogramma's over de behandeling van aids sponsoren.

De vriendenfamilie van Tianshi

Naast normale voedingsbestanddelen bevatten Chinese kruiden ook schadelijke chemische substanties zoals diethyleenglycol, die schade aan lever en nieren veroorzaakt. Dr. Nazaire Nseka Mangani van het universitaire ziekenhuis in Kinshasa meldt dat hij al veel gebruikers van Chinese kruiden voor die problemen heeft moeten behandelen. Omdat de overheid niets onderneemt, zijn gezondheidswerkers met een eigen actie begonnen. Ze onderzoeken gratis patiënten met nierproblemen om de omvang van het probleem te kennen.

De regering in de Democratische Republiek Congo (DRC) schijnt bijzonder goede maatjes te zijn met Tianshi, een Chinese producent van vitaminepreparaten. Tianshi werkt in verschillende Afrikaanse landen met een piramidiaal systeem: gebruikers worden aangeworven als verkopers en verplicht grote sommen geld te betalen voor het voorrecht om deel uit te maken van de ‘Tianshi-familie van liefde’. De contacten tussen de regering en Tianshi zijn zelfs zo goed dat recentelijk een Congolese regeringsdelegatie uit China terugkwam met een contingent Tianshi-preparaten, om de verkoop in de DRC een nieuwe impuls te geven. De Congolese minister van Volksgezondheid wilde niet ingaan op de vele vragen van FAIR naar een verklaring waarom de regering precies deze producten aanprijst en geen andere. Bronnen uit de omgeving van het ministerie konden wel bevestigen dat er geen informatie over deze kwestie wordt gegeven, omdat “farmaceutische bedrijven goudmijnen zijn voor de regering”. Gelijkaardige situaties, waarin bedrijven erg nauwe relaties onderhouden met regeringsverantwoordelijken, zijn ook in andere landen aangetroffen.

De zwarte markt

Volgens de directeur van het *Kenya Laboratory Supply Center* is een deel van de verkochte geneesmiddelen nagemaakt. Tussen twintig en dertig procent van de invoer uit Azië, vooral uit India, China en Pakistan, zijn namaakproducten of wordt illegaal ingevoerd; een klein deel daarvan komt het land binnen via Europese tussenhandelaars. De bijsluiters zijn soms in andere talen opgesteld dan het Engels, zodat de Kenianen de gebruiksaanwijzing niet kunnen volgen. Sommige geneesmiddelen zijn wel echt maar

zijn dan weer gestolen, met het risico dat ze niet in veilige omstandigheden zijn opgeslagen en vervoerd. Dat alles kan resistentie veroorzaken. Ook een onderbreking in de levering door straathandelaars van gestolen of gesmokkelde geneesmiddelen kan tot resistentie leiden.

Corruptie speelt ook een belangrijke rol: volgens de diensten voor geneesmiddelen toezicht in Malawi en Kenia zijn de wetten en het optreden van de politie veel te zacht voor overtreders van de reglementering op geneesmiddelen. Maar het is onwaarschijnlijk dat strengere wetten en beter politiewerk een einde zullen stellen aan de wanpraktijken, omdat die in de hand worden gewerkt door de schaarste aan geneesmiddelen en de grote vraag bij een wanhopige bevolking.

Conclusie

Door een gebrek aan essentiële geneesmiddelen en voldoende informatie nemen miljoenen Afrikanen hun toevlucht tot voedingssupplementen en vitamines of tot nagemaakte medicijnen in de strijd tegen ziekten. Dat gebeurt op een ogenblik dat ziekten als tbc, malaria en aids te behandelen zijn. Alleen de verzekerde en ononderbroken beschikbaarheid van geneesmiddelen die in veilige omstandigheden worden bewaard en toegediend, in combinatie met gezamenlijke inspanningen van regeringen en bedrijven om betrouwbare informatie te geven, kunnen de situatie keren. Tot nu toe hebben het wetenschappelijk onderzoek en de gezondheidsprogramma's te veel verantwoordelijkheid in de schoenen van de zieken geschoven. Gemeenschappen en enkelingen zijn ondervraagd en getest, hun culturele praktijken, eetgewoonten, seksueel gedrag, discipline in het volgen van een therapie en hun aidsbewustzijn werden onder een vergrootglas gelegd. Maar er is weinig onderzoek gedaan naar de plaatsen waar beslissingen worden genomen die het leven van hulpeloze enkelingen werkelijk beïnvloeden: Washington, waar de machtige farmalobby zijn hoofdkwartier heeft, en de kantoren van Europese regeringen en internationale donoren. Verder onderzoek naar (het gebrek aan) politieke wil is meer dan nodig. Er is ook nood aan meer druk vanuit de civiele samenleving. De enige toegevingen van Big Pharma tot nu toe zijn er gekomen onder druk van actievoerders en ngo's. Maar in de hopeloze situatie die we vandaag kennen, moeten regeringen, de WTO en de Verenigde Naties in actie komen om een ommekeer te bewerkstelligen.





KENIA: HOE DE OVERHEID MISLEIDEN?

In Kenia bestaat weinig precieze informatie over de aidsepidemie en over de invloed van de beschikbaarheid van antiretrovirale geneesmiddelen. “Maar er is zeker een effect, want mensen die deze middelen gebruiken, leven langer. Ze zijn langer economisch actief en dragen dus langer bij tot de nationale economie,” aldus de leider van het nationale aidsprogramma. “De regering heeft gewacht om onderzoek uit te voeren tot minstens tien procent van de bevolking met ARV’s is bereikt, maar nu kunnen we de invloed van onze programma’s beginnen onderzoeken.” Hij is optimistisch over de resultaten, maar verwijst onrechtstreeks naar de Amerikaanse voorkeur voor dure gepatenteerde geneesmiddelen. “Als we meer geld zouden krijgen .. (uit PEPFAR, het fonds van president Bush)... zouden we dubbel zoveel mensen die een behandeling nodig hebben ook echt de geneesmiddelen kunnen geven. ”

De meerderheid van de in Kenia verdeelde ARV’s worden gekocht bij door PEPFAR aanbevolen producenten als GlaxoSmithKline. Onlangs is PEPFAR ook begonnen met invoer uit India. Omdat het gaat om overheidsmiddelen en geld van donoren, mag de regering generische middelen aankopen. Net zoals ngo’s en bedrijven is ze begonnen met invoer uit India. ARV’s zijn gratis in openbare ziekenhuizen en dispensaria, bij ngo’s als Artsen Zonder Grenzen en bij bedrijven die hun personeel geneesmiddelen ter beschikking stellen. Ook aidstests zijn gratis in de adviescentra, maar in de openbare ziekenhuizen kosten ze 3 tot 10 dollar. Een telling van het aantal bloedcellen is nodig om uit te maken of een patiënt ARV’s nodig heeft of niet. Die test kost tussen 1,5 en 18 dollar in privé- en openbare ziekenhuizen. Voor kinderen zijn de tests gratis in openbare ziekenhuizen, in privéhospitalen moet tot 90 dollar betaald worden. Voor veel mensen zijn de tests die bij een ARV-behandeling nodig zijn dus nog altijd veel te duur. Veel patiënten hebben het gebruik van ARV’s stopgezet omdat ze de labo-onderzoeken niet meer kunnen betalen.

Namaak en niet-geteste geneesmiddelen

De hoge kost van essentiële geneesmiddelen effent het pad voor de massale verkoop van namaakproducten. De *Pharmacy and Poisons Board* van de Keniaanse overheid ontkent het probleem en houdt vol dat alle geneesmiddelen die nu in het land verkrijgbaar zijn, getest en goedgekeurd werden. Maar dokters van deze overheidsorganisatie geven off the record toe dat sommige geneesmiddelen zonder

voorafgaande goedkeuring op de markt komen. Zij wijzen echter elke verantwoordelijkheid af, “omdat we te weinig controlemogelijkheden hebben en dus niets kunnen doen.” Volgens geïnterviewde artsen is twintig tot dertig procent van de geneesmiddelen in Kenia nagemaakt of op illegale wijze ingevoerd door niet-geregistreerde personen en bedrijven, de zogenaamde ‘postbushandelaars’. De meeste namaakproducten komt uit China, India en Pakistan, maar soms ook uit Europa. De bijsluiters zijn vaak niet eens in het Engels opgesteld, zodat de patiënten ze helemaal niet kunnen lezen.

James Alai, apotheker in het Nanak-Hospitaal in Guru, pleit voor het toelaten van particuliere apothekers in alle openbare ziekenhuizen, om toegelaten geneesmiddelen aan redelijke prijzen te verkopen. De twee grootste beroepsorganisaties uit de geneesmiddelensector, de *Pharmaceutical Society of Kenia* en de *Kenya Association of Pharmaceutical Industry*, moeten nu al hun energie en middelen richten op de bestrijding van nepmedicijnen voor wijdverspreide aandoeningen als malaria, hiv en aids en tbc, en op het waarschuwen van het publiek voor deze gevaren. Zij zouden zich liever toeleggen op informatiecampaagnes over voeding en vrij verkrijgbare geneesmiddelen in betrouwbare apotheken.

Wondertherapieën

Tot 2004 liet de Keniaanse regering oogluikend toe dat traditionele genezers beweerden dat zij aids konden genezen. In dat jaar werden enkele van die genezers, waaronder een ‘westerse dokter’ en een Chinese ‘therapeut’ aangemaand om hun publiciteit stop te zetten. De genezers spreken nu over ‘het beheersen van aids’ en niet langer over ‘genezen’. Maar natuurlijke kuren voor aids behouden voor veel Kenianen hun aantrekkingskracht. Een van die kuren is Canova, gebaseerd op plantenextracten, slangengif en ingevoerde bestanddelen uit Brazilië. De verkopers beweren dat de kuur wetenschappelijk is getest en dat is bewezen dat ze de immuniteit verhoogt. Het *Kenya Medical Research Institute* heeft deze beweringen aanvaard en deelde aan FAIR mee dat “klinische tests in Brazilië, Zuid-Afrika en Argentinië” hebben aangetoond dat “het geneesmiddel zeer doeltreffend is.”

Een internetonderzoek in medische tijdschriften levert geen enkele ernstige informatie over Canova op. Er werden geen sporen van klinische tests in Zuid-Afrika gevonden. De enige referentie was de vermelding in het *Journal of Genetic and Molecular Research* dat Canova niet toxisch is. Er is geen bewijs voor de werkzaamheid van het middel bij de bestrijding van aids of verwante aandoeningen.

Vertegenwoordigers van Canova in Brazilië hebben hard hun best gedaan om het middel op de Keniaanse markt te laten doordringen. *Best Bet*, de producent van Canova in Afrika, heeft bij de regering gelobbyd om het middel vrij te laten verkopen zonder het onderzoek door de Keniaanse gezondheidsdiensten af te wachten. Verantwoordelijken voor wetenschappelijk onderzoek in die diensten zeggen “geen redenen te zien om het middel in Kenia te testen, als het in andere landen is toegelaten.” Zij geven ook toe dat Canova het land wordt binnengesmokkeld en dat de regering daar machteloos tegenover staat door het gebrek aan politiemiddelen en corruptie.

Natuurgeneesmiddelen

Njoroge James van het Keniaanse *Institute of Herbal Medicine* wil het onderzoek naar deze geneesmiddelen een stevige academische basis geven. Hij stelt voor dat

natuurgenezers, dokters, apothekers en onderzoekers van de nationale universiteiten meer informatie zouden uitwisselen. Het feit dat de WHO natuurgeneesmiddelen heeft aanvaard voor de behandeling van malaria, is volgens hem een grote stap voorwaarts. James denkt dat het mogelijk is om natuurgenezers meer kennis over aids en wetenschappelijke tests en hun interpretatie bij te brengen. De WHO heeft in 2004 inderdaad het Chinese natuurlijke geneesmiddel Artemisinin aanvaard als behandeling voor malaria. Maar de WHO waarschuwt wel voor belangrijke neveneffecten indien de therapie alleen op Artemisinin berust en beveelt combinaties met bijvoorbeeld het nieuwe Asaq aan. Dat middel is door het niet-gouvernementele netwerk *Drugs for Neglected Diseases Initiative* ontwikkeld als een generisch middel, in samenwerking met Artsen zonder Grenzen en het (Franse) bedrijf Sanofi.

Mensen als N. James dromen ervan een natuurlijk geneesmiddel voor aids te vinden. Zijn instituut heeft planten geïdentificeerd die de immuniteit zouden verhogen. Een plant met de naam 'muarubaini' zou doeltreffend zijn voor wel veertig aandoeningen. "Dat heeft geleid tot de ontwikkeling van Virakil, een natuurlijk middel waardoor patiënten zich duidelijk beter voelen", zegt James. Ook hier zijn de verwachtingen hooggespannen, maar zijn er nooit wetenschappelijke bewijzen geleverd.

Het valt te begrijpen dat de Kenianen hoge verwachtingen stellen in wondermiddelen. Er is weinig correcte informatie beschikbaar over de werking van ARV's. Via de radio worden verschillende wondermiddelen aangeprezen (door hun promotoren, uiteraard). Die radiozenders zullen hun inkomstenbronnen niet droogleggen door informatie te verspreiden over geneesmiddelen die gebaseerd zijn op wetenschappelijke kennis. Mensen ervaren dat natuurgeneesmiddelen helpen bij bepaalde aandoeningen en trekken daaruit de verkeerde conclusie dat die middelen ook wel bij aids zullen helpen. Dokters proberen hun patiënten te overtuigen van een combinatie van geneesmiddelen: levensverlengende ARV's als basistherapie en natuurgeneesmiddelen als supplement bij andere aandoeningen.

Soms zijn de conventionele dokters zelf verantwoordelijk voor het afhaken van hun patiënten: zij nemen niet genoeg tijd om te luisteren naar de zieken, die in detail willen vertellen hoe zij zich voelen. Een sjamaan of traditionele genezer neemt die tijd wel. In andere gevallen leidt het tekort aan geschoold medisch personeel tot de verzwakking of het mislukken van ARV-programma's. In dergelijke situaties worden objectief bedenkelijke therapieën of middelen wel aantrekkelijk. Maatschappelijk werkers menen dat de oplossing moet komen van een uitgebreide informatiecampagne die alle mythen en angsten weerlegt.





CONGO: BEDENKELIJKE LABORATORIA, GENEESMIDDELEN ALS GOUDMIJN EN AMBTENAREN DIE EEN OOGJE DICHTKNIJPEN

De man die zichzelf 'Docteur François' laat noemen, is in werkelijkheid afgestudeerd aan de Hogere Handelsschool in Kinshasa. Zijn kantoor is smetteloos hospitaalwit geschilderd. In zijn witte doktersjas en met een stethoscoop om de hals behandelt hij tot dertig patiënten per dag. "Ik heb dat instrument niet nodig," zegt hij, "maar het verzekert mijn bezoekers dat ze in een medisch centrum zijn beland." Voor zijn onderzoeken heeft François Kacingu een instrument uitgevonden dat hij de 'tefal' heet. "Het laat toe alle mogelijke ziekten in het speeksel van de patiënt op te sporen. Maar voor we het speeksel kunnen onderzoeken, moet het in een 'droogkast' worden gedroogd." De tefal is een vierkante doos met spiegels aan de zijkanten. Die spiegels maken het mogelijk om bacteriën op te sporen. Dr. François beweert ook de beste medicijnen te hebben om hernia's en cysten te genezen zonder operatie en hij heeft naar eigen zeggen gelijkaardige mogelijkheden om vruchtbaarheidsproblemen en hormonale afwijkingen op te lossen. Een gesprek met genezen patiënten blijkt evenwel niet mogelijk. "Ze verdwijnen na de behandeling en ik zie ze zelden terug", legt de dokter uit.

Het *Office Congolais de Controle* (OCC) moet toezicht houden op de geneesmiddelensector in Congo. Zou Dr. François zijn huisgemaakte medicijnen door het OCC laten testen? "Ik laat die dieven niet toe in mijn lab en ik laat hen evenmin mijn producten testen. Ze zouden mijn formule stelen en profiteren van mijn uitvinding. Ze willen alleen geld verdienen." Daarin heeft hij wellicht gelijk. FAIR kon ondervinden dat de OCC niet bepaald actief is in de controle op de farmaceutische bedrijven. Het heeft geen laboratoria om geneesmiddelen te testen en het weigert te zeggen wat het dan wel doet. Verzoeken om een interview blijven onbeantwoord. Volgens een personeelslid dat anoniem wenst te blijven, "is de vraag nutteloos. Kijk naar de rijkdom van veel inspecteurs van de dienst. Onderminister Aziz Kumbi stelde

alles in het werk om de bedrijven ‘persoonlijk’ te controleren. Hij zei altijd dat daar een boel geld te vinden is en hij kreeg dat ook.”

De minister van Volksgezondheid verbiedt zijn ambtenaren om zonder zijn toelating contact te hebben met de pers. FAIR kon dus ook niet vragen waarom het ministerie het Belgische malariamedicijn Arsucam, een product van Dafrapharma, verkiesst boven alle andere geneesmiddelen. Saba Mashine, de hoogste ambtenaar van het ministerie, verklaarde op 2 juni 2007 op de radio dat Arsucam zonder twijfel het beste malariamedicijn is. Arsucam is in elk geval veel duurder dan andere beschikbare en door de WHO aanvaarde alternatieven, die soms ook lokaal geproduceerd worden.

Een Far-Westmarkt

Als gevolg van de onbegrensde vrijheid op de Congolese geneesmiddelmarkt, produceren westerse, Aziatische, Nigeriaanse en lokale bedrijven er medicijnen zonder vergunning. Veel bedrijven werken vanuit huizen of magazijnen waar het gebrek aan hygiëne zelfs van op de straat zichtbaar is. Sommige doen niets anders dan medicijnen invoeren en opnieuw verpakken. Dikwijls komt dat heel dicht in de buurt van fraude. Vava Wasimbu, vroeger vertegenwoordiger van Bis Pharmaceuticals, legt uit dat er nooit onderzoek gebeurde in het bedrijf: “De actieve bestanddelen van onze producten verschilden in niets van middelen die al op de markt waren. De kunst bestaat erin iets te maken wat er goed uitziet en nog van aanvaardbare kwaliteit is.” Een andere formule kan de smaak en de vastheid van een product veranderen. Opnieuw Wasimbu: “We hebben eens een volledige nacht gewerkt om een oogzalfje te maken. We zochten naar de juiste kleur en structuur. In die ene nacht evolueerden we van een irriterend product naar iets wat aanvaardbaar was.”

Een ander voorbeeld dat Wasimbu vermeldt, is Ferdrop, een voedingssupplement voor zwangere vrouwen. Een eerste versie leverde veel klachten op: het middel irriteerde de mond en had een zure bijmaak. In plaats van het middel van de markt te halen, werd aan het volgende lot een andere smaak gegeven. Een vertegenwoordiger van Christi Pharma is brutaal duidelijk: “Ik zie niet in waarom we proeven op dieren zouden doen. We gebruiken alleen stoffen waarvan de werking gekend is. Er zijn soms problemen met de dosering, maar dat is onvermijdelijk in deze sector.”

Het volledige gebrek aan controle op de laboratoria brengt ook de veiligheid van de werknemers in gevaar. Vava Wasimbu: “We werkten met chemische stoffen zonder handschoenen. In sommige stadia van de productie was er verhoogde radioactiviteit. Toen ik daartegen protesteerde, werd ik ontslagen.” FAIR sprak nog met andere mensen die gelijkaardige klachten hebben. De laboratoria kunnen er bijna zeker van zijn dat hun praktijken ongestraft blijven. Duduline Ndandu, voorzitter van de artsenvereniging, is niet verwonderd: “Toen ik op het ministerie van Volksgezondheid werkte, wilde ik controles uitvoeren in bedrijven die geneesmiddelen maken of invoeren. De meeste bedrijven hielden hun deuren op de dag van de controle gesloten.”

Slechts twee bedrijven lieten journalisten van FAIR in hun gebouwen toe: Pharmakina, een filiaal van het Duitse Boehringer Ingelheim en Quinine. Ze produceren allebei antimalariamiddelen op basis van kinine. Tondele Diazolo, directeur van Quinine, is niet te spreken over het gebrek aan steun voor deze lokale bedrijven. De voorkeur van de regering voor buitenlandse bedrijven remt hun ontwikkeling af. Pharmakina heeft een lange traditie in Congo en werkt voor zeven internationale bedrijven. In Zuid-Kivu is het met zijn 1.900 werknemers een van de grootste

werkgevers. Het produceert een malariamedicijn dat de gebruiker 1 tot 2 dollar per dag kost. Nsansiphos en Manalaria, twee andere lokale medicijnen, vallen in dezelfde prijsklasse. De drie medicijnen zijn in Congo geregistreerd en door de WHO aanvaard. Maar toch blijft de regering Arsucam van Dafrapharma promoten, dat 5 tot 7 dollar per dag kost.

Er is veel kritiek op de producten van Dafrapharma. Het bedrijf maakt ook medicijnen tegen wormen die door de WHO niet aanvaard worden omdat ze resistentie opwekken. Het blijft ook een mysterie waarom Asaq, een nieuw, goedkoop en doeltreffend middel tegen malaria dat speciaal ontwikkeld is door het Drugs for Neglected Diseases Initiative en in 2007 in Congo geregistreerd werd, nergens te verkrijgen is.

FAIR sprak in Congo (en in andere landen) met mensen die zware gezondheidsproblemen opliepen door hun vertrouwen in kwakzalvers als Dr. François. Toto Mangala legt uit: "Ik verloor bijna mijn ogen door die charlatans. Ik leed aan cataract en ik consulteerde vier genezers: Moman Kola, Kumu Kanga, Papa Bonheur en Dr. François. Maar mijn ogen gingen steeds verder achteruit. Gelukkig liet ik me nog op tijd opereren en dat heeft me gered." Georges Kadima bevestigt: "Mijn zus Kathi was seropositief. Ze kreeg ARV's en stelde het redelijk goed. Maar toen ze een toespraak hoorde van Djalala, een Nigeriaan in het Vévé-centrum, zette ze de behandeling stop. Nu is ze al dood."





ZUID-AFRIKA: ONTKENNING DOOR DE REGERING HELPT OOK NIET VEEL

Moeizaam wandelend met behulp van een stok komt Mavhuto Tshivate om 5 uur 's ochtends het Helen Joseph-hospitaal in Johannesburg binnen. Het is nog koud. Er staat al een rij tot in de gang voor de zaal *Themba Lethu*, Zoeloe voor 'onze hoop'. Wie zelf geen medicijnen kan betalen, moet lang kunnen wachten. In Zuid-Afrika zijn 5 miljoen mensen besmet met hiv en aids, waarvan een kwart zwangere vrouwen. Enkel 300.000 daarvan krijgen ARV's in openbare ziekenhuizen. Er staan 500.000 zieken op een wachtlijst. "Met mijn loon van 3.000 rand per maand (ongeveer 300 €) kan ik in de apotheken geen medicijnen kopen", zegt Mavhuto, een alleenstaande moeder uit de township Alexandra. Omdat de rij niet korter wordt, geeft ze het op en gaat ze weg.

Geduldiger en sterkere zieken staan soms tot zestien uur in de rij en komen dan enkel 's avonds laat aan de beurt. Sinds de opening van de behandelingseenheid voor aids in het Helen Joseph-ziekenhuis in 2004 is het aantal patiënten verdrievoudigd. Het aantal bezoekers is overweldigend, zelfs voor de vrij nieuwe infrastructuur, waaronder acht gespreksruimten en negen spreekkamers voor dokters, een leszaaltje, een apotheek en een ruimte wachtzaal voor de zieken. Er werd gestart met een ARV-behandeling voor 3.700 personen en dat aantal is elke week gestegen. Bij duizenden mensen is de diagnose al gesteld, maar zij wachten nu op een behandeling. De wachtlijsten worden langer.

In de Western Cape provincie is de situatie niet veel anders. Er is te weinig personeel en patiënten moeten om 4 uur 's ochtends in het hospitaal aankomen om rond 5 uur in de namiddag behandeld te worden. Veel zieken die niet regelmatig naar het hospitaal kunnen komen, bezwijken aan 'gelegenheidsinfecties' (organismen die gebruik maken van het verzwakte immuunsysteem van de gastheer om een ziekte te veroorzaken – EV).

Stigma, ontkenning en invaliditeitsvergoedingen

In het meer rurale Limpopo gaat het er heel rustig aan toe in de aidskliniek. Dr. Marga Vinthes zegt dat ze veel inspanningen moet doen om mensen zover te krijgen dat ze zich wil laten testen. Stigmatisering en ontkenning zijn hier nog heel sterk met aids verbonden. In het dorp waar zij werkt, zijn er geen wachtlijsten in de hospitalen. De patiënten krijgen heel snel en gemakkelijk hun medicijnen. Maar dat zal veranderen als de mensen van dit gebied niet langer in stilte dood gaan maar massaal een

behandeling komen vragen. Dat zal sneller gebeuren als het initiatief meer uitgaat van de zorgverleners. Verpleegsters of dokters zouden moeten zeggen: “Kijk, jij hebt tbc en ik denk dat je seropositief bent. Ik raad je aan om een test te ondergaan, het kan je leven redden.”

Maar de trieste waarheid is dat de jonge Zuid-Afrikaanse gezondheidszorg onder die toegenomen vraag zou bezwijken. Er is een groot tekort aan medisch personeel en veel hospitalen zijn nu al niet in staat alle mensen met hiv en aids of andere aandoeningen als tbc, longontsteking of meningitis te behandelen. AZG denkt dat één miljoen mensen in Zuid-Afrika niet de nodige medische aandacht krijgen door het tekort aan verzorgenden. De actiegroep Treatment Action Campaign (TAC) heeft herhaaldelijk gewaarschuwd voor de overbevraging van dokters en verpleegkundigen – Zuid-Afrika moet meer gezondheidswerkers opleiden en ervoor zorgen dat zij een professionele toekomst in het land zelf hebben. Nu vertrekken duizenden verpleegkundigen naar Australië, Groot-Brittannië of andere landen. De verzorgingscapaciteit in Zuid-Afrika daalt. Een ARV-therapie wordt uitgesteld omdat er te weinig dokters zijn en verpleegsters de therapie niet mogen beginnen. Dat kan dodelijke gevolgen hebben.

Het land telt nu naar schatting 600.000 aidswezen en dat cijfer kan de volgende jaren nog dramatisch stijgen. Een onderzoek van het departement Volksgezondheid uit 2006 heeft uitgewezen dat 29 procent van de zwangere vrouwen besmet is met hiv. “Zelfs met een snelle en aanzienlijke uitbreiding van preventie en behandeling, zal Zuid-Afrika in 2010 toch één miljoen doden tellen”, aldus Kevin De Cock van de afdeling bij de WHO.

Intussen leidt armoede tot een nieuw en zo mogelijk nog tragischer verschijnsel: patiënten beëindigen hun ARV-kuur om van Sociale Zaken een maandelijkse uitkering van 70 dollar te krijgen. Ngo's en buurtorganisaties bevestigden op een vergadering dat patiënten hun therapie stopzetten uit angst dat hun gezondheidssituatie zodanig zou verbeteren dat zij de kans lopen hun ziekte-uitkering te verliezen. In een land met een grote inkomensongelijkheid als Zuid-Afrika is die uitkering dikwijls het enige inkomen van een familie. Mensen worden gedwongen te kiezen tussen de voortzetting van een uitkering of de voortzetting van een levensreddende therapie.

Actievoerders, Big Pharma en de regering

In 2001 behaalde de Zuid-Afrikaanse regering, gesteund door actievoerders van Treatment Action Campaign, een historische juridische overwinning op geneesmiddelenbedrijven die probeerden de invoering te verhinderen van een wet die de import van goedkope generische geneesmiddelen mogelijk zou maken. Massale weerstand, zorgvuldige juridische argumenten en publieke acties deden de bedrijven in het zand bijten. 2001 was ook het jaar van de Verklaring van Doha in de WTO: westerse regeringen beloofden de stroom van goedkope geneesmiddelen naar arme landen te vergroten en farmaceutische bedrijven te ontraden om gebruik te maken van hun patentrechten.

Maar zes jaar later blijven generische geneesmiddelen, vooral tegen aids, nog altijd buiten het bereik van veel Zuid-Afrikanten. Dat is deels te verklaren door de tegenwerking van de bedrijven en ook deels door de ‘negationistische’ opvattingen aan de top van de Zuid-Afrikaanse regering. President Thabo Mbeki heeft al bij herhaling gesteld dat hij geen vertrouwen heeft in ARV's.

Actievoerders hebben sindsdien wel successen behaald. TAC won in 2003 een proces tegen GlaxoSmithKline en Boehringer Ingelheim wegens overdreven hoge prijzen en het afsluiten van de markt voor goedkope concurrenten. De twee bedrijven werden verplicht hun patenten vrij te geven aan drie andere bedrijven. De prijzen van de eerste generaties van ARV's daalden spectaculair, in sommige gevallen met tachtig procent. Maar daarna werden betere en gemakkelijker toe te dienen medicijnen ontwikkeld en sommige bedrijven gebruiken oneerlijke middelen om de prijs van die nieuwe producten hoog te houden. Merck Sharp & Dome (MSD) is een van die bedrijven. Het verkoopt zijn Atripla, met de belangrijke Efavirenz-component, aan 613 dollar per persoon en per jaar. Als het patent zou worden opgebroken, kan de prijs met 65 procent dalen. TAC probeert ook Abbott voor de concurrentieautoriteiten te brengen, omdat het bedrijf het generische Fluconazole blokkeert om zijn eigen Kaletra te beschermen. Het generische middel zou volgens TAC de jaarkost per patiënt doen dalen van 297 tot 104 dollar. Maar Abbott wil integendeel de prijs van het duurdere Atripla de volgende twee jaar nog eens met 32 procent verhogen.

De Zuid-Afrikaanse wetten op het intellectueel eigendomsrecht zijn nog altijd veel strenger dan nodig. Ze zijn soms nog strenger dan in hoogontwikkelde landen en daardoor wordt de invoer van goedkope producten uit bijvoorbeeld Thailand beperkt. De WTO laat dwanglicenties en parallelle invoer toe, maar de Zuid-Afrikaanse wet niet. TAC denkt dat er sprake is van tegenwerking op het hoogste regeeringsniveau. Volksgezondheid is voor generische medicijnen, maar Internationale Handel heeft meer oor naar de argumenten van de farmaceutische bedrijven. Het resultaat van dit conflict is een regering die pro patentrecht is. Zij schijnt te denken dat je vriendelijk moet zijn tegen bedrijven en dat ze dan de productie van generische middelen wel zullen toestaan. "Maar dat is niet de realiteit," zeggen de mensen van TAC, "vriendelijkheid en goodwill volstaan niet, wij hebben gevochten voor onze rechten."

Nationale producenten van generische geneesmiddelen als Aspen zijn de voornaamste verdedigers van de 'vriendelijk vragenstrategie'. "Zij zijn de lievelingen van de multinationals en aanvaarden de voorwaarden van deze bedrijven. Zij zien zichzelf niet als bondgenoten in de strijd voor goedkopere geneesmiddelen en hun eigen producten zitten in de middelste prijsklasse." Ironisch genoeg dankt Aspen zijn huidige marktpositie aan de acties van TAC en van de ngo's. "De eerste licenties die zij kregen, lieten niet toe hun producten ook uit te voeren. Wij hebben ervoor gezorgd dat daar verandering in kwam en dat zij konden exporteren."

TAC krijgt dus weinig steun van Aspen of van het ministerie van Internationale Handel in zijn strijd voor meer soepelheid bij het toekennen van dwanglicenties of bij parallelle invoer. Maar daarin schijnt langzaam verandering te komen. Zestien Afrikaanse landen hebben binnen de WTO een werkgroep gevormd en gaan nu meer uit van het principe: "Sorry, maar wij hebben vooral goedkope geneesmiddelen nodig." TAC hoopt dat nieuwe overeenkomsten de Afrikaanse markt nog verder zullen openstellen voor generische producten uit India en Thailand en dat de regeringen hun patentwetgeving zullen versoepelen.

Kwakzalvers en hun bondgenoten

De vele Zuid-Afrikanen die hun toevlucht nemen tot de wondermiddelen van kwakzalvers en straatgenezers worden daartoe aangemoedigd door hun regering. Zij weten dat hun president niet gelooft dat aids werkelijk bestaat. In de biografie van

Thabo Mbeki uit juni 2007 schrijft Mark Gevisser dat de president denkt dat de theorie dat hiv aids veroorzaakt een leugen is van racistische westerse wetenschappers. De honderdduizenden doden in Zuid-Afrika (in 2007 staat de teller op 800 per dag) zijn volgens Mbeki alleen te verklaren door de armoede. Het feit dat Mbeki ervan overtuigd is dat aids niet bestaat, dat antiretrovirale geneesmiddelen zelf toxisch en gevaarlijk zijn en daardoor hét werkelijke probleem en niet de oplossing vormen, heeft een grote impact op de zorg voor aidspatiënten in Zuid-Afrika. Mbeki heeft Manto Tshabalala Msimang, een incompetent maar (aan de president) loyale dronkeman benoemd tot minister van Volksgezondheid. Manto is daardoor van gedachten veranderd: hij steunde eerst de wetenschappelijke consensus over hiv en aids maar na zijn benoeming is hij Mbeki gaan steunen bij het ontkennen van het aidsprobleem. Manto propageert nu vitamines en voedingssupplementen als oplossing en verwijst voortdurend naar het 'toxische' karakter van ARV's. De toepassing van ARV's in Zuid-Afrika heeft dus te kampen met een gebrek aan politieke steun en krijgt te weinig overheidsmiddelen toegewezen. De situatie kan in één woord worden omschreven als een ramp.

De ministeriële houding is ook een impliciete aanmoediging voor de Duitse vitamineproducent Mathias Rath. Die leurt in alle openheid maar zonder officiële goedkeuring met zijn 'aidskuur.' Tal van Europese landen hebben zijn producten en campagnes verboden, maar in Zuid-Afrika heeft hij filialen opgericht in Khayelitsha, Nyanga en Mandela Park (Hout Baai). Mensen die zich als dokters voordoen, verdelen daar vrij zijn multivitamines. Sommige mensen zijn gestorven nadat ze op aanraden van Rath met ARV's waren gestopt. "Mijn moeder was aan de beterhand nadat ze met ARV's was begonnen, maar ze is daar plotseling mee gestopt en overgeschakeld op de therapie van Rath. Toen veranderde alles. Haar gezondheid ging achteruit en vorig jaar in november is ze gestorven aan longontsteking", zegt Molly Tracey uit Khayelitsha. Zij is nu de enige kostwinnaar in een familie met nog zes broers en een zuster. In Khayelitsha heeft Rath heel wat bekeerlingen gemaakt. Pogingen om een einde te stellen aan zijn optreden bleven tot nu toe zonder succes. Treatment Action Campaign gaat het ministerie van Volksgezondheid juridisch vervolgen wegens 'het niet nemen van maatregelen tegen een duidelijke overtreding van de geneesmiddelenwet door Rath'. TAC zegt dat de juridische dienst van het ministerie deze stappen al heeft voorbereid, maar dat de medewerkers die aan het dossier hebben gewerkt plotseling van de zaak zijn gehaald. Het havenbestuur van Kaapstad heeft de invoer van Rath's producten geblokkeerd, maar die maatregel werd korte tijd later op mysterieuze wijze ongedaan gemaakt.

Een andere succesvolle aidsgenezer is Tianshi uit China. Zoals in Congo en andere Afrikaanse landen werkt dit bedrijf met een netwerk van agenten die een commissie op de verkoop krijgen en die daarenboven zieke mensen rekruteren als verkopers in een klassiek piramidaal schema. Tianshi beweert dat zijn producten gebaseerd zijn op Chinese behandelingswijzen. Een verkoper uit Zimbabwe is in de wolken: "Wij maken formidabele winsten. De mensen verkiezen onze producten omdat ze zo goedkoop zijn."

Er is maar één lokaal middel dat wetenschappelijk is getest: Ubhejane wordt in KwaZulu-Natal geproduceerd door Zebulon Gwane, een traditionele genezer. Zijn product faalde jammerlijk in de tests! De Medische Universiteit van Zuid-Afrika concludeerde dat het geen enkel effect heeft op aids. Niettemin verkopen de promotoren het nog altijd als een werkzame aidskuur.



DE ONTKENNING VAN AIDS IN AFRIKA

De eerste 'negationisten' van aids vinden we in kringen rond Peter Duesburg, een lector aan de Berkeley Universiteit in Californië. Zij beschouwden zichzelf als progressieven en verwierpen de racistische connotaties die volgens hen ontstonden door de aandacht te vestigen op de snelle verspreiding van aids onder heteroseksuelen in Afrika. Hoe kon een ziekte die in het Westen vooral mannelijke homoseksuelen trof, zoveel Afrikanen treffen? Betekende dit niet dat Afrikanen meer buitenechtelijke seks hebben dan Europeanen? Die opvattingen werden nog versterkt door de moeilijkheid om exacte wetenschappelijke kennis over hiv te verkrijgen. Het aidsnegationisme was geboren: mensen sterven niet door aids maar door tbc of malaria!

De dissidente mening dat de aanvaarding van een 'racistisch' virus op zichzelf al racistisch is, trok de aandacht van Thabo Mbeki. Vanaf 2001 begon de Zuid-Afrikaanse president openlijk het bestaan van aids te ontkennen. Zijn belangrijkste argument was dat de aanvaarding van het seksueel overdraagbare hiv-virus gelijkstond met het aanvaarden van de stelling dat Afrikanen 'promiscue virusdragers' zijn en dat het Afrikaanse continent 'gedoemd is tot moreel verval door onze ontembare drang om onze lust te bevredigen.' Mbeki was wellicht niet de enige die zo dacht. De (impliciete) beschuldigingen van promiscuïteit maakten de Afrikaanse leiders en hun bevolking zeker niet ontvankelijk voor de boodschap van westerse wetenschappers. Latere verklaringen van donoren en de Wereldbank, die de verspreiding van aids in verband brachten met het gedrag van vrachtwagenchauffeurs en prostitutie, hielpen ook al niet veel. Want als aidslijders prostituees of bezoekers van prostituees zijn, wie zal dan nog toegeven aan aids te lijden? Veel Afrikanen reageerden dus met een mix van ontkenning en samenzweringstheorieën. Misschien had de CIA het virus wel verspreid tijdens de Koude Oorlog, mogelijk tijdens vaccinatiecampagnes? Of misschien had het apartheidsbewind wel geprobeerd de zwarte bevolking te decimeren met behulp van het hiv-virus? Die laatste veronderstelling was overigens nog niet zo vergezocht of krankzinnig: tijdens de apartheid was 'poison doctor' Wouter Basson gevraagd kiemen te ontwikkelen die alleen zwarten zouden treffen en zo mogelijk konden doden.

De prestaties van de westerse farmaceutische bedrijven in Afrika gaven ook al weinig vertrouwen. Medische experimenten met Afrikaanse vrijwilligers werden onzorgvuldig uitgevoerd, beloften van toegang tot geneesmiddelen voor vrijwillige medewerkers aan experimenten of tests werden niet altijd nagekomen. Westerse dokters worden beschouwd als duur en afstandelijk, terwijl lokale genezers aandacht

hebben voor wat de zieke bezighoudt. Negationisten als Mbeki konden dus ageren tegen twee vormen van racisme tegelijk: ze konden niet aanvaarden dat zwarte mensen werden beledigd en ze verzetten zich tegen de verspreiding van verdachte, mogelijk toxische ‘blanke’ medicijnen.

De wetenschappelijke bewijzen voor hiv en aids zijn nochtans overtuigend: het virus wordt overgedragen via bloed of sperma, via seksueel verkeer of bloedtransfusies en de ziekte richt in Afrika veel meer ravage aan dan in andere delen van de wereld. Is het dan toch waar dat de Afrikanen hun seksuele driften minder kunnen beheersen dan anderen? Hebben de adviseurs van Mbeki dan ongelijk als ze de dorpen van KwaZulu-Natal beschrijven als ‘idyllische plaatsen, bewoond door brave kerkgangers die helemaal niet ontrouw zijn en dus geen aids kunnen hebben’? Dat laatste klopt misschien wel, maar de adviseurs kwamen tot de verkeerde conclusie omdat ze het volledige beeld niet zagen.

De kerkgangers in de dorpen waren allemaal vrouwen, kinderen en oude mensen. De mannen waren afwezig: ze leefden in de *hostels* van verre steden. Elf maanden lang werkten ze in mijnen of fabrieken – ze hadden een triestig leven, alleen opgefleurd door alcohol en vrouwen die in de buurt van de hostels rondzwerven. Dat is het verhaal van de mannen. Het verhaal van de vrouwen gaat als volgt: ze zijn arm en ze hebben kinderen te voeden – het enige wat ze te bieden hebben, is seks tegen betaling. Ze kunnen geen ‘neen’ zeggen of de mannen vragen om een condoom te gebruiken. Waar armoede overheerst, is er weinig ruimte voor romantiek en kaarslicht. Miljoenen mannen werkten en leefden ver van hun vrouwen en miljoenen vrouwen moesten zwoegen om te overleven.

Voeg daarbij de massale verkrachtingen en plunderingen door bandeloze militaire bendes tijdens burgeroorlogen en het scenario voor seksueel overdraagbare epidemieën is rond. Vergeet niet dat de syfilisepidemie in Europa in de achttiende eeuw het gevolg was van de Napoleontische oorlogen: de legers werden door de ziekte gedecimeerd en Napoleon zelf zou er ook aan overleden zijn.

Bij dat alles komt ook nog de terughoudendheid om over seks te spreken en de soms Victoriaanse houding bij vrouwen tegenover seks, best samengevat in de zin ‘lig neer en wacht tot het gedaan is’. Gebrek aan opwinding of angst tijdens het vrijen leidt tot droogte van de vagina en dat bevordert kleine kwetsuren. En niets is zo bevorderlijk voor de verspreiding van het hiv-virus als kleine wondjes. Dat verklaart ook waarom de kans op de overdracht van het virus zoveel groter is bij verkrachting dan bij gewenste seks. De Victoriaanse houding tegenover seks brengt ook met zich mee dat veel vrouwen hun geslachtsorganen vies vinden. Ze wassen zich overdadig, soms met sterke en prikkelende zepen die kleine wondjes veroorzaken. In West-Europa worden vrouwen gewaarschuwd tegen het gebruik van vaginale zepen en deodorants, omdat die het bacteriële evenwicht verstoren en tot infecties kunnen leiden. In Afrika zijn die waarschuwingen nog niet doorgedrongen, al zou dat in de huidige context beter wel gebeuren.

Dokters weten maar al te goed dat de levensomstandigheden ziekten kunnen veroorzaken. Gebrek aan zuiver water leidt tot cholera, plaatsgebrek en slechte hygiëne openen de deur voor tbc, (burger)oorlog en de vernietiging of verplaatsing van dorpsgemeenschappen vormden in de geschiedenis een goede voedingsbodem voor seksueel overdraagbare aandoeningen. De Californische politiek correcte dissidenten zaten misschien te ver met hun hoofd in de wolken met hun dromen over gelukkige,

zingende en kerkgetrouwe Afrikaanse dorpingen om de gevolgen van armoede, mensensmokkel en oorlog te kunnen zien. Maar kunnen Thabo Mbeki, de vader van de Afrikaanse Renaissance, en initiatieven als het *New Partnership for Africa's Development* (NEPAD) en de Afrikaanse Unie zich beroepen op dezelfde schuldeloze onwetendheid?

