



Het einde van aids is een gevaarlijke fata morgana

Sander Spanoghe



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)

Sander Spanoghe is beleidsmedewerker *Toegang tot gezondheid* in de afdeling *Mondiale Uitdagingen* van het Vlaams Departement voor Buitenlandse Zaken. In die hoedanigheid volgt hij sinds 2008 actief de bestuursraad van UNAIDS, het Speciale VN-programma voor de strijd tegen hiv en aids. Hij schrijft deze paper enkel in eigen naam. Geen enkel element uit deze paper kan worden toegeschreven aan het Vlaams Departement voor Buitenlandse Zaken of aan de Vlaamse Regering.

Redactieraad **MO*papers**: Lieve De Meyer (eindredactie), Rudy De Meyer (11.11.11), Gie Goris (MO*), Gijs Justaert (Wereldsolidariteit), Emiel Vervliet (hoofdreductie MO*papers).

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

Wereldmediahuis is ook uitgever van het printmagazine MO*, de mondiale nieuwssite www.MO.be, en van de nieuwsbrief eMO* (tweemaal per week). Verder organiseert de vzw MO* lezingen en mondiale cafés.

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

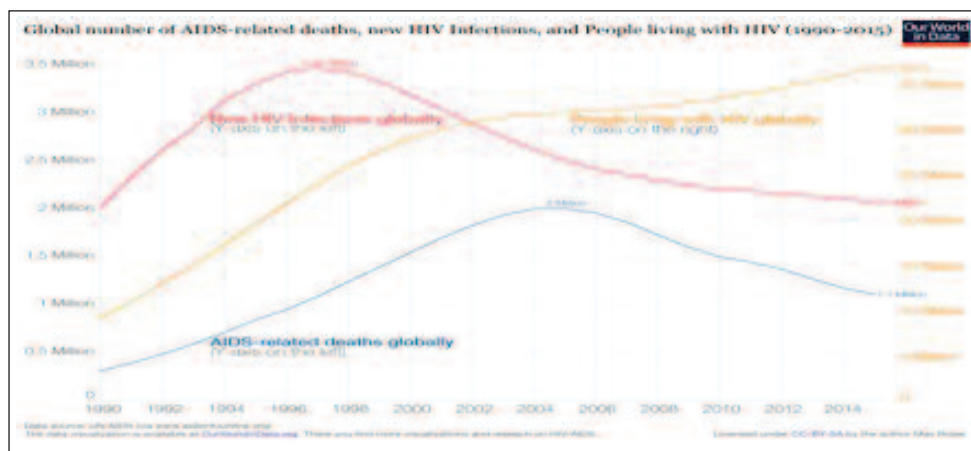


CONTEXT: DE NEFASTE NOOD AAN EEN POSITIEVE BOODSCHAP

De strijd tegen hiv en aids wordt terecht beschouwd als een van de meest geslaagde wereldwijde gezondheidscampagnes uit de geschiedenis. Pas rond 1980 werd in de VS het voorkomen van een vreemde nieuwe aandoening bij specifieke groepen vastgesteld. De ziekte stond toen bekend als ‘magerziekte’ of *slim disease*, op basis van een van haar meest opmerkelijke symptomen: de plotse en ongeziene gewichtsdeling bij de patiënt. Ze kwam opvallend veel voor in de zogenaamde 4-H bevolkingsgroepen - homoseksuele mannen, hemofiliepatiënten, heroïneverslaafden en Haïtianen.

In 1984 slaagden onderzoekers er al in om de eigenlijke ziekteverwekker te identificeren. Goed tien jaar na die identificatie bereikte het aantal nieuwe infecties zijn hoogtepunt met bijna 3,5 miljoen gevallen per jaar. In totaal leefden toen ongeveer 25 miljoen mensen met het virus. Dat betekende dat het totaal

aantal infecties na nauwelijks vijf jaar met een factor 25 was toegenomen! De snel om zich heen grijpende en voor de meesten nog dodelijke infectie dreigde de meest getroffen groepen in verschillende samenlevingen te decimeren. Door de lange incubatieperiode klom het aantal met aids gerelateerde doden pas in het midden van de jaren 2000 met meer dan 2 miljoen gevallen per jaar naar een verbijsterende recordhoogte. De angst voor een wereldwijde pandemie zat er goed in. Bewijze daarvan het feit dat de goedkeuringsprocedure voor de eerste op grote schaal toepasbare aidsremmer (AZT) al in 1987 en op het recordtempo van een twintigtal maanden in de VS volledig doorlopen werd. Het probleem was echter dat de producent het geneesmiddel aanbood tegen de voor de meeste zieken totaal onhaalbare prijs van 8.000 dollar, het equivalent van 17.000 dollar vandaag als we rekening houden met de inflatie.



Figuur 1: Hiv en aids, een maar net op tijd afgewende wereldwijde gezondheidscrisis

Toch telt de wereld vandaag ‘maar’ ongeveer 37 miljoen mensen die met het virus leven, is het aantal nieuwe infecties beperkt tot 1,8 miljoen per jaar, verloren we in 2017 ‘slechts’ ongeveer een miljoen patiënten aan met aids gerelateerde oorzaken en volgen nu ongeveer 22 miljoen mensen (hopelijk) levenslang een behandeling met aidsremmers. De kost van de goedkoopste generische behandeling van de eerste lijn is nu gedaald tot minder dan 100 dollar per persoon per jaar voor

midden- en lage-inkomenslanden.

De wereld had dus in het midden van de jaren 1990 al duidelijk besloten om de snelle opmars van dit intelligente en complexe virus met man en macht in de kiem te smoren. Alle betrokken actoren, van de patiënten over de verschillende overheden tot en met de privésector, namen net op tijd elk hun specifieke verantwoordelijkheid. De belangrijkste motor hierachter was de enorme druk die uitging van een razendsnel groei-

ende groep van rechtstreeks en onrechtstreeks door deze ongeheeslijke ziekte getroffen personen, die doorgaans worden uitgestoten door het gezondheidssysteem en de samenleving. De verontwaardiging van en over miljoenen mensen die voornamelijk in Zuidelijk Afrika uitgesloten dreigden te worden van de eerste vormen van behandeling en dus stilzwijgend een doodvonnis toebedeeld kregen, vormde de voornaamste motivatie. Daarnaast begonnen de tot dan toe zwaar gediscrimineerde en doorgaans verborgen levende gemeenschappen die het meest door de ziekte werden getroffen, onder wie mannen die seks hebben met mannen en andere seksuele minderheden, sekswerkers, gevangenen en intraveneuze druggebruikers, zich te verenigen in basisgroepen. Zij eisten luidkeels de erkenning van hun recht op identiteit en gezondheid.

ACTIE OP HET HOOGSTE INTERNATIONALE NIVEAU

Hun collectieve strijd aan de basis nam al snel een totaal nieuwe institutionele vorm aan op het hoogste niveau. De VN en hun lidstaten creëerden in 1996 het speciale VN-Programma voor de strijd tegen hiv en aids, UNAIDS. Het was veelzeggend dat die instelling geen aparte organisatie werd, maar de opdracht kreeg om op te treden als het secretariaat dat de inspanningen in de strijd tegen hiv en aids van elf bestaande co-sponsorende VN-instellingen moest coördineren.

Hiermee werd immers van bij het begin erkend dat, om effectief te kunnen zijn, het 'probleem' van hiv en aids nooit mag worden gereduceerd tot een louter gezondheidsprobleem. Zo is bijvoorbeeld de betrokkenheid van UNDOC, de VN-instelling voor drugs en misdaad, cruciaal om inzichten te kunnen verspreiden over de grote effectiviteit van een goed beleid voor het beperken van de schadelijke effecten van druggebruik via naaldenruil en opiumsubstitutie. UNDP, het Ontwikkelingsprogramma van de VN, helpt mee om de lidstaten te wijzen op de contraproductieve effecten van repressieve wetgeving die bepaalde types menselijk gedrag criminaliseert, zoals (klant zijn van) sekswerk, en die het testen en vermelden van de sero-status aan de sekspartner(s) verplicht. UNWOMEN verdedigt de belangen van de in sommige regio's uiterst disproportioneel getroffen vrouwelijke adolescenten en (jonge) vrouwen. De noodzaak tot het voeren van een multisectorale en dus veel-

eer systemische strijd tegen deze ziekte, in combinatie met de vaststelling dat zij voornamelijk de zwakste groepen in de samenleving treft, geven aan dat hiv en aids veeleer een sociaal dan een gezondheidsprobleem vormt. De strijd tegen hiv en aids zoals die door UNAIDS werd en wordt gecoördineerd, is dan ook een vroege voorloper van de manier waarop de wereldgemeenschap de verdere wereldwijde ontwikkeling wil organiseren, met name via de opmaak en uitvoering van de 2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling.

AIDSMOEHEID... EN DE VLUCHT VOORUIT

Bijna twintig jaar na de oprichting van UNAIDS en na evenveel jaren van bijna onafgebroken groei van de budgetten en vooruitgang op het vlak van de behandeling, begonnen de eerste tekenen van zogenaamde 'aidsmoeheid' de kop op te steken, vooral bij de internationale geldschietters. De reactie hierop vanwege de hoogste hiërarchie van UNAIDS was niet echt gelukkig. Om de appetijt voor het financieren van de verdere strijd tegen hiv en aids op korte termijn weer aan te zwengelen, werd gekozen voor de vlucht vooruit. De wereld kreeg te horen dat het einde van aids in zicht was. Daarvoor was dan weliswaar nog een laatste, zeer serieuze financiële en beleidsmatige inspanning nodig en de definitie van het einde van aids was wel bijzonder complex.

Om tegen 2030 aids te beëindigen als bedreiging voor de volksgezondheid, moest men er dan zowel mondiaal als lokaal voor zorgen dat 90% van de mensen met hiv zich bewust zou zijn van hun positieve status, dat van die 90% ook nog eens 90% een levenslange behandeling zou krijgen en dat opnieuw 90% van die mensen op chronische behandeling geen traceerbare sporen van het virus meer in het bloed zou hebben. De mensen uit die categorie kunnen het virus immers ook niet langer doorgeven: niet detecteerbaar = niet doorgeefbaar. Kortom, men speculeerde erop dat het verdere succes in detectie en behandeling uiteindelijk voldoende zou blijken te zijn om hiv tegen 2030 wereldwijd te herleiden tot een gemakkelijk beheersbaar gezondheidsprobleem.

Die redenering vormde de inspiratie voor het opnemen van doelstelling 3.3. over (onder andere) de strijd tegen hiv en aids onder hoofddoel 3 over gezondheid en welzijn in de nieuwe



2030 Agenda voor Duurzame Ontwikkeling van de VN¹. Ze vormde ook het belangrijkste vertrekpunt voor de politieke slotverklaring van de zogenaamde Speciale Zitting over Aids van de Algemene Vergadering van de VN, die plaats had in 2016 en de grootste internationale megafoon over dit thema was².

Die onmogelijk complexe boodschap werd daarenboven om communicatieve en strategische redenen al snel herleid tot de eenvoudige slogan met vier woorden over 'het einde van aids'. Daarbij werd zelfs de beoogde termijn - dus 'tegen 2030' - doorgaans weggelaten. Helaas bracht die boodschap geen nieuwe dynamiek voor een laatste grote meerjarige financiële inspanning op gang. Integendeel, bij de internationale donoren creëerde ze al gauw een nog groter gevoel van vroege overwinning en dus toegestane gelatenheid. Het werd zelfs een vrijgeleide om overhaast nieuwe en gemakkelijker te communiceren ontwikkelingsdoelen op te zoeken! Dat heeft ongetwijfeld een zware hypotheek gelegd op het noodzakelijk vervolg van de strijd tegen hiv en aids en wel op veel meer vlakken dan dat van de behandeling alleen.

Het zou duren tot de voorbereidingen en de bijeenkomst van de 22ste Internationale Aidsconferentie in Amsterdam van juli 2018 vooraleer de initiële kritiek tegen die boodschap van enkelen zou aanzwellen tot de centrale boodschap van velen. Het einde van aids werd eindelijk uitgeroepen tot *fake news*! Tijdens die conferentie stelde bijvoorbeeld Peter Piot onomwonden dat zelfs voor hem als epidemioloog en aidskenner het einde een werkelijk einde moet zijn, en dus zeker niet iets dat ergens vaag tussen teruggang en eindpunt zweeft. En er moet op zijn minst worden aangegeven dat het hier eigenlijk maar over 90-81-73% gaat.

Ook moet men durven toegeven dat de wereld voor een echt 'eindverhaal' minstens moet kunnen beschikken over een voldoende effectief aidsvaccin. Tegelijk signaleerde de aidsexperte van UNDP Mandeep Daliwal dat 47% van de besmettingen voorkomt in de al vernoemde en doorgaans zwaar gediscrimineerde sleutelgroepen van de aids-pandemie. Toch wordt slechts 2% van de beschikbare middelen op die groepen gericht³. Als we beide kritieken combineren, voelen we onmiddellijk aan dat het einde van aids minstens voor die groepen een verre illusie zal blijven. Het zijn immers precies die groepen die gemakkelijk zullen blijven behoren tot de 10% ongeteste, de 19% onbehandelde en de 27% niet viraal onderdrukte patiënten. Aan de vooravond van de Amsterdamse aidsconferentie zorgde Michel Sidibé, de tot dan toe optimistische Uitvoerend Directeur van UNAIDS, zelf al voor een volledige trendbreuk in de communicatie. Bij de voorstelling van de update voor 2018 over de situatie van hiv en aids in de wereld met de titel *Miles to go, closing gaps, breaking barriers, righting injustices*, deed hij plots de volgende, niet mis te verstane uitspraak: "We luiden de alarmbel. Volledige regio's raken achterop, terwijl de grote winsten die we boekten voor kinderen niet volgehouden konden worden, vrouwen nog altijd het meest getroffen zijn, de hoogte van de investeringen niet conform de politieke engagementen [van 2016] is en men de sleutelgroepen blijft negeren. Al die elementen verhinderen verdere vooruitgang en moeten dringend en frontaal worden aangepakt"⁴. In het vervolg van deze paper gaan we dieper in op de kritieke elementen die ontbreken om van de nog verre droom van het einde van aids op langere termijn misschien toch nog een echte realiteit te kunnen maken.

DE VELE SCHOTTEN TUSSEN DROOM EN WERKELIJKHEID

HET DRAAIT ALLEMAAL OM GELD

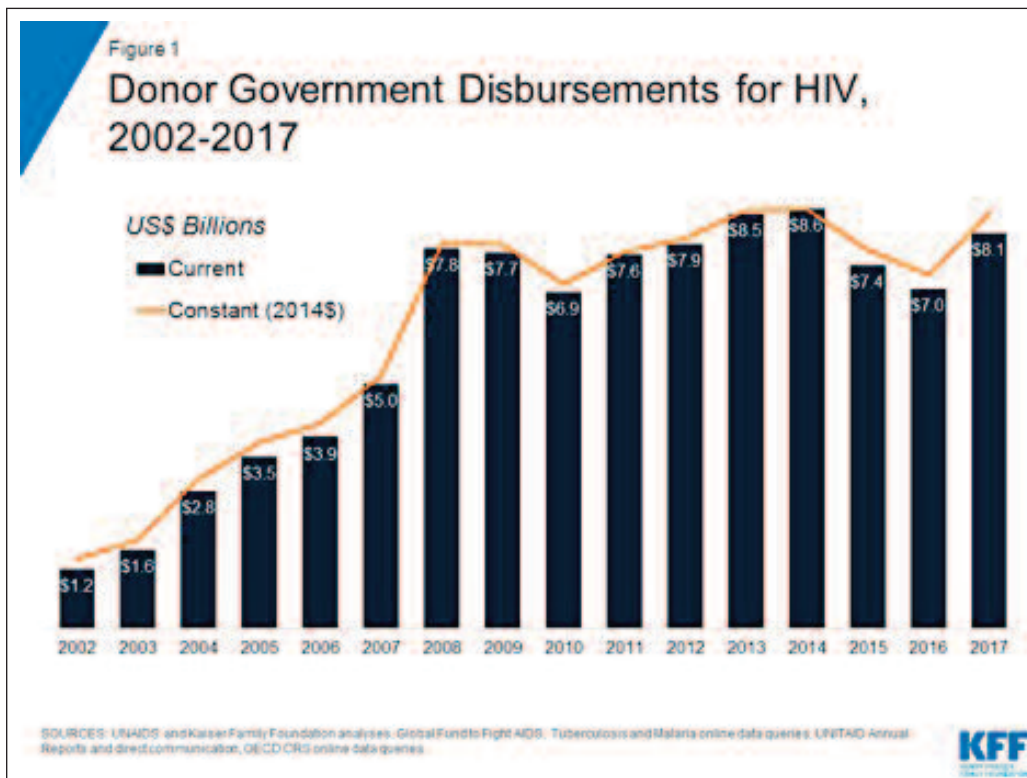
De internationale financiering en de bereidheid van een steeds grotere groep getroffen landen om voldoende eigen middelen te investeren in de strijd tegen hiv en aids, hebben al indrukwekkende resultaten mogelijk gemaakt. In figuur 2 kunnen we echter zien dat de belangrijke internationale financiering terugviel in de jaren 2015-2016. In 2017 veerde ze weliswaar

weer wat op, maar dat komt voornamelijk door een nieuwe timing van de grootste geldschieter, de Verenigde Staten. De VS keurde in 2017 een aantal grote programma's tegelijk goed. De stijging van de financiering zal dan ook beperkt blijven tot 2017. De voornemens van belangrijke personen uit de entourage van de huidige Amerikaanse president om minstens onderdelen van de strijd voor seksuele en reproductieve



gezondheid en rechten zonder (Amerikaanse) dollars te zetten, vormen daarenboven een grote onvoorspelbare factor. Het herinvoeren van de zogenaamde muilkorfregel in 2017 heeft nu al een aantoonbaar afkoelend effect op de inzet van internationale ngo's voor hiv en aids. De regel zou er in essentie enkel mogen toe leiden dat niet-Amerikaanse ngo's die abortus mogelijk maken of er zelfs maar informatie over verstrekken, niet langer Amerikaanse financiële steun kunnen ontvangen. Maar de onzekerheid over de interpretatie van de reikwijdte van de maatregel zet de ngo's er echter toe aan om nog veel meer onderdelen van hun werking op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten af te stoten. Verschillende analisten nemen daarenboven aan dat dit beleid uiteindelijk zelfs een impact kan hebben op de budgetten van het 'Presidentieel noodplan voor de strijd tegen hiv en aids'

(PEPFAR). Dat kan zeker het geval zijn als we ook te maken zouden krijgen met een op dit vlak minder actief Amerikaans Congres. PEPFAR alleen al voorzag in 2017 jaarlijks 5,5 miljard dollar uitgaven en is op zich dus verantwoordelijk voor ruwweg twee derde van de internationale aidsfinanciering! Tegelijk is de VS ook nog altijd de grootste geldschieter voor het Mondiaal Fonds voor de Strijd tegen Aids, TBC en Malaria (GFATM). De impact van het nieuwe Amerikaanse beleid op beide enorme fondsen lijkt voor de nabije toekomst weliswaar nog wat onzeker, maar zelfs een relatief bescheiden procentuele besparing zou hier al grote gevolgen kunnen hebben. De uitgezuiverde dalende trend op middellange termijn vormt de duidelijkste aanwijzing voor het fenomeen van de zogenaamde aidsmoetheid (aids fatigue) bij de internationale donoren.



Figuur 2: Overheidsuitgaven in donorlanden voor hiv, 2002-2017



De middelen die de getroffen landen zelf inzetten, blijven intussen stijgen. Zo zien we dat in 2016 meer dan de helft (57%) van de totale investeringen in de strijd tegen hiv en aids van de landen zelf kwam. Ook de bestedingen van stichtingen zoals de *Bill & Melinda Gates Foundation* blijven in stijgende lijn gaan. Alles bij elkaar was er in 2016 in totaal 19,1 miljard dollar beschikbaar voor de strijd tegen hiv en aids. Daarvan namen de internationale donoren slechts 36,5% voor hun rekening.

Maar indien het einde van aids in zicht moet zijn tegen 2030, zouden we volgens de berekeningen van UNAIDS nu al volop op weg moeten zijn naar een massieve en supersnelle toename van de investeringen. In 2020 zou 26 miljard dollar beschikbaar moeten zijn, een reuzenstijging met 37% tegenover 2016!

Na dat toppunt zouden de jaarlijkse investeringen dan geleidelijk aan mogen afnemen tot 22,3 miljard dollar per jaar tegen 2030. Epidemiologische inzichten geven immers aan dat het definitief beginnen terugdringen van een pandemie meer middelen vergt dan het onder controle brengen ervan. Vanaf dan moet het immers lukken om de moeilijker te bereiken patiënten(-groepen) levenslang te behandelen en moet men dus echt werk gaan maken van een niet-discriminerende en volledig op mensenrechten en effectiviteit gerichte aanpak.

De periode dat snelle en grote vooruitgang mogelijk was door het laaghangend fruit te oogsten bij niet-controversiële patiëntengroepen zoals zwangere vrouwen en heteroseksuele koppels, is definitief voorbij. Bij de goedkeuring van de laatste politieke verklaring over de strijd tegen hiv en aids in 2016 vormde die vaststelling nog de basis van het nieuwe wereldwijde, financiële engagement. In de werkelijkheid zien we dus echter een snelle afname van de appetijt bij de internationale donoren. Zelfs als de internationale gemeenschap ervan uitgaat dat de pandemie op haar terugweg is, vormt dit dus een absoluut te vermijden scenario.

ALS HET GELD TENMINSTE CORRECT WORDT INGEZET!

De preventiecrisis: sluit die kraan!

De allereerste schok die de mondiale aidsgemeenschap alarmeerde over de limieten van het huidige antwoord op hiv en aids kwam er al in 2015. Toen doken immers de eerste duidelijk-

ke tekenen op van wat later onomwonden de preventiecrisis werd genoemd. Door het grote succes van gerichte campagnes tegen de overdracht van het virus door de moeder op ongeborenen en zuigelingen leken veel landen jarenlang heel wat vooruitgang te boeken op het vlak van preventie. Toen er op dat gebied niet meer zoveel vordering te maken waren, begonnen de cijfers over nieuwe infecties op wereldschaal te stabiliseren, terwijl het aantal nieuwe infecties in meer dan vijftig landen toenam. In het Midden-Oosten en Noord-Afrika stegen de nieuwe hiv-infecties met een kwart en landen in Centraal-Azië en oostelijk Europa - met Rusland op kop - kenden zelfs een verdubbeling.

Die preventiecrisis wordt enerzijds veroorzaakt door een gebrek aan middelen die concreet worden toegewezen aan preventie. Vandaar dat men nu minstens een kwart voor preventie wil inzetten. Dat veronderstelt echter een revolutie in de nationale prioriteiten binnen de budgetten voor hiv en aids. Van alle landen rapporteerde enkel Georgië de laatste jaren een stijging van de uitgaven voor preventie - een toename met 28%. Maleisië hinkt daar ver achteraan met 15%. De zwaarst getroffen landen - in Afrika ten zuiden van de Sahara - geven slechts een fractie van de beschikbare middelen uit aan preventie: Malawi 9%, Zuid-Afrika 6% en Kenya zelfs minder dan 3%.

Anderzijds wordt de impact van het gebrek aan beschikbare middelen voor preventie enorm uitvergroot door een nog veel grotere barrière op het terrein. De meeste landen slagen er immers niet in om de vele taboes op te heffen die nog altijd bestaan over de verschillende activiteiten die nodig zijn om van de zogenaamde combinatiepreventie een succes te maken. Het gaat om het toepassen van een zorgvuldige combinatie van de volgens de lokale context benodigde verschillende preventie-instrumenten, zoals voorzien in degelijke en uitgebreide seksuele en relationele vorming en informatie aan jongeren vanaf jonge leeftijd.

Het is ook nodig om de specifieke identiteit en het gedrag van seksuele minderheden te erkennen. Bij de meeste beleidsmakers leven nog altijd de wildste vooroordelen die hun tijdens hun jeugd door een deel van de dominante heteroseksuele groep in de samenleving zijn opgedrongen. En verder moet men toegang tot preventiemiddelen en een veilige omgeving



garanderen voor specifieke maar doorgaans door de publieke opinie sterk veroordeelde doelgroepen, zoals intraveneuze druggebruikers en sekswerkers.

Dit zijn situaties en realiteiten waarvan beleidsmakers al te vaak en dikwijls onterecht denken dat het merendeel van hun kiezers een kordaat-repressieve maar helaas totaal contraproductieve aanpak verwachten. Het gevolg is dat geen enkele groep, of het nu adolescenten, mannen die seks hebben met mannen, sekswerkers, druggebruikers of gevangenen betreft, op tijd toegang krijgt tot correcte informatie en aangepaste preventie maatregelen. Hun seksueel gedrag en druggebruik wordt afgekeurd, gemakkelijks halve genegeerd of in de donkere zone van oncontroleerbare illegaliteit gedwongen.

De meest getroffen gemeenschappen: (in)conveniently lost in translation

Maar het is net binnen die dikwijls hechte gemeenschappen dat, onder meer door het falen van een aan hun noden aangepast preventie- en behandelingsbeleid, momenteel 47% van de nieuwe besmettingen plaatsvindt. En dat terwijl slechts 2% van de globale aidsfinanciering naar initiatieven gaat die specifiek gericht zijn op die gemeenschappen of, beter nog, in handen zijn van die gemeenschappen zelf. UNAIDS is er dus nog onvoldoende in geslaagd om het enorme stigma en de discriminatie te neutraliseren waar die doelgroepen in veel landen onder te lijden hebben. Bij om het even welke andere epidemie wordt onmiddellijk aanvaard dat de beperkt beschikbare middelen best worden gericht op de meest door de ziekte getroffen groepen in de samenleving, maar bij het vooral door seksueel contact overgedragen hiv-virus ligt dat volkomen anders.

Veel landen weigeren nog altijd zelfs maar te erkennen dat in hun land sommige groepen bestaan, zoals mannen die seks hebben met mannen, en doen dit af als een louter westerse uitvinding. Ze weigeren ook enige inspanning te doen om de gemeenschappen van sekswerkers en druggebruikers, die bij wet verboden handelingen stellen, de hand te reiken. Doordat ze pretenderen dat hun jongeren enkel seks hebben na het sluiten van een levenslange band met elkaar, kunnen enkel

gehuwde paren hun recht op informatie en diensten laten gelden. Op die manier negeren die landen het belang van een echt mensenrechtenbeleid, een *conditio sine qua non* om een effectief antwoord op hiv en aids te kunnen ontwikkelen. Elk individueel lid binnen de samenleving, ongeacht geslacht, seksuele voorkeur, ras, leeftijd, enzovoort heeft immers recht op informatie, op de hoogst mogelijke standaard van gezondheid, op bescherming van de fysieke (en mentale) integriteit, op voldoende scholing en een eerlijke procesvoering.

Maar zelfs voor een volledig onterechte en discriminerende houding is er een bewezen oplossing: vertrouw de (financiële) middelen voor een op die groepen gericht preventie-, behandelings- en zorgbeleid grotendeels toe aan de vertegenwoordigers van de groepen zelf. Zij kennen immers best de effectieve manier om de leden van hun gemeenschappen te benaderen en te verzorgen. Zoals een jongerenvertegenwoordiger het al in 2013 verwoordde tijdens een bestuursvergadering van UNAIDS: "Wij kennen de markt, want wij zijn de markt. Gebruik ons!" Helaas, in plaats van meer te investeren in die gemeenschappen, investeren we minder. Zelfs in de wereld van de aidsbestrijding, ooit zo succesvol gelanceerd door het maatschappelijk middenveld, geldt in steeds meer landen de huidige ijzeren wet van de inkrimpende ruimte voor dat middenveld.

Daarenboven zijn sommige andere groepen die niet standaard tot de sleutelgroepen worden gerekend, om allerlei heel specifieke redenen toch ook nog bijzonder kwetsbaar. Voor peuters en kinderen met hiv zijn er nog altijd te weinig aangepaste en betaalbare pediatrische behandelingsregimes en toepassingsmethodes. In combinatie met een gezondheidszorgsysteem dat vaak compleet onaangepast is voor hen, zijn dat belangrijke barrières om hen gezond en zelfs in leven te kunnen houden. Het zal ook niet verrassen dat (heteroseksuele) mannen, zelfs in een context met een hoge besmettingsgraad zoals in Zuid-Afrika, zich nog altijd maar uiterst moeizaam laten testen en indien nodig behandelen. Die zelfgezochte onwetendheid over hun serostatus geeft hun niet alleen een vals gevoel van veiligheid, maar verhindert hen doorgaans ook om hun sekspartner(s) op adequate manier te beschermen tegen besmetting en

hen op hun beurt te laten kiezen voor tests en behandeling. Er gaan nu zelfs stemmen op om die groep in sommige landen te laten uitroepen tot een nieuwe sleutelgroep. Mede daarom werd tijdens de internationale aidsconferentie onder inspiratie van popster Elton John en de naar hem genoemde stichting een nieuwe alliantie boven de doopvont gehouden⁶: de *Menstar Coalition*.

Ten slotte is er nog één uiterst belangrijke groep die vooral in één regio van primordiaal belang is: die van de meisjes en (jonge) vrouwen in Afrika ten zuiden van de Sahara. Driekwart van de besmettingen in de leeftijdsgroep van 15 tot 19 jaar vinden daar immers plaats bij vrouwelijke adolescenten, om vervolgens maar traag af te nemen tot 67% in de categorie van de 15- tot 24-jarigen. Bijna 60% van het totaal aantal mensen met hiv in Afrika ten zuiden van de Sahara zijn vrouwen. Mede daardoor is aids er nog altijd de voornaamste doodsoorzaak bij de 10- tot 24-jarigen. Dat alles duidt op het grote onvermogen van de meisjes in deze regio om, dikwijls tegen mannen van een hogere leeftijd in, zelfstandig, vrij van enige vorm van dwang en voldoende geïnformeerd beslissingen te nemen over hun eigen seksualiteit. Daarenboven hebben zij noch controle over, noch toegang tot preventiemethodes die zijn aangepast aan hun specifieke noden. Het vrouwencondoom is nooit goed gelanceerd geraakt en het mannencondoom is in verschillende (maar zeker niet alle!) lokale contexten en bij verschillende donoren onterecht uit de gratie geraakt. Tegelijk wachten we nog altijd hoopvol op de volgende testresultaten over de effectiviteit van een aidsremmers vrijgevendende vaginale ring die besmetting gedurende een langere periode kan voorkomen en waarvan het gebruik volledig onder controle van de (adolescente) vrouw zelf valt. Een multisectorale aanpak is ook bij uitstek voor deze groep belangrijk. Als je de meisjes op een goede school kunt houden, hen voorziet van voldoende en gevarieerde voeding, hun voldoende bescherming biedt via politiediensten en het gerecht, zullen zij ook veel minder risico lopen om met hiv besmet te raken.

De behandelingscascade: een te vaak verborgen probleem

De behandelingscascade, waarbij patiënten uitvallen tijdens de verschillende stadia van diagnose en levenslange behandeling,

is een ander fenomeen waardoor het aanzienlijk moeilijker is om een einde te maken aan aids. Door het (herhaaldelijk) onderbreken of zelfs volledig stopzetten van de behandelingen ontstaat bovendien het risico dat zich weerstand ontwikkelt tegen de meest gebruikte regimes van de eerste lijn op. Men stelt ten andere nu ook al meer en meer resistentie bij het virus tegen regimes uit de tweede lijn vast. Gezien de nog erg hoge kostprijs van de regimes uit de derde lijn, zal de noodzaak om op dergelijk derdelijnsregimes over te schakelen de totaalprijs van de strijd tegen hiv en aids op landenniveau nog aanzienlijk opdrijven." Het uiteindelijk verlies aan winst op het vlak van virale onderdrukking door wat soms te gemakkelijk wordt afgedaan als een gebrek aan "patiëntentrouw", is navenant indrukwekkend. Nog in 2016 was er bijvoorbeeld zelfs in de VS nog sprake van een cascade waarbij 86% van de mensen met hiv hun status wel kende, terwijl slechts 30% van hen tot de virale onderdrukking toe behandeld was geraakt⁷. Een deel van de oorzaken van dit uiterst contraproductieve fenomeen valt echter niet onder de verantwoordelijkheid van de patiënt. Zeker in Afrika ten zuiden van de Sahara ligt dit ook deels aan de grote afstand tot de gezondheidsposten, waar de mensen persoonlijk de medicatie moeten halen. Bovendien speelt ook nog altijd het stigma van de besmetting een rol en daarom proberen patiënten te vermijden dat ze gezien worden aan de gezondheidsposten. Ook het niet aanbieden van dienstverlening die is aangepast aan de specifieke noden van bepaalde groepen, zoals adolescenten, en de bijwerkingen en relatieve toxiciteit van bepaalde (oudere) behandelingen spelen mee⁸. Ten slotte mogen we zeker ook de hoge effectiviteit van de behandeling niet vergeten: de patiënten voelen zich ten onrechte al vlug beter en zelfs genezen en zetten hun medicatie stop.

Voor het eerste probleem – de weerstand tegen frequente bezoeken aan de gezondheidspost om medicijnen op te halen – heeft Artsen zonder Grenzen een volgens de context aan te passen succesvolle oplossing bedacht. Enkele patiënten verenigen zich en sturen een van hen om de medicijnen voor de hele groep op te halen⁹.



CONCLUSIES: OP HET KRUISPUNT TUSSEN HET EINDE EN EEN NIEUW BEGIN

Het is duidelijk dat het ‘einde van aids’, zelfs tegen het voor sommige beleidsmakers ver in de toekomst liggende jaar 2030, een luchtspiegeling is. Noch wetenschappelijk, noch door de harde realiteit op het terrein zal het mogelijk blijken om de wereld, en zeker niet de meest kwetsbare gemeenschappen, te bevrijden van dit uiterst gecompliceerde probleem. Hiv en aids zijn immers in eerste instantie een maatschappelijk en zeker geen exclusief gezondheidsprobleem dat wordt aangewakkerd door discriminatie en uitsluiting, machtsonevenwichten tussen mannen en vrouwen en tussen volwassenen en jongeren, geforceerde masculiniteit binnen verschillende seksuele identiteiten, enzovoort. Tegelijk lijkt de wereld, ondanks het ogenschijnlijk engagement voor een progressief beleid voor de laatste veldslag tegen hiv en aids uit 2016, een totaal ander pad te bewandelen. In een stijgend aantal landen wordt tegenover minstens een specifiek deel van de kwetsbare sleutelgroepen opnieuw een repressief en totaal contraproductief beleid gevoerd. Oproepen tot wetenschappelijke benadering van een gerichte en veel effectievere bestrijding van de pandemie worden stevast genegeerd. De getroffen landen willen liever een voor de publieke opinie gemakkelijker verteerbare aanpak volgen, gericht op de algemene bevolking. Het werk met de sleutelgroepen en hun gemeenschappen wordt gemakkelijks halve afgeschoven op de programma's van internationale donoren.

Die internationale donoren laten het echter financieel maar soms ook beleidsmatig afweten. Waarom zijn ze zo ver meegegaan in de eenzijdige strategie die bijna exclusief gericht was op behandeling in plaats van preventie? Waarom laten ze soms zelfs aan de eigen grenzen toe dat de gemeenschappen worden geconfronteerd met een krimp in plaats van het dringend noodzakelijke uitgebreide speelveld?

Het wordt steeds duidelijker wat de potentiële prijs is van inactiviteit of van het onvoldoende nakomen van de engagementen door alle betrokkenen. Als we toelaten dat de pandemie terugkeert met nog meer kracht en in nog meer landen dan nu al het geval is, zal de prijs aan mensenlevens, levenskwaliteit en de daarvan afgeleide economische kost snel enorm hoog worden.

Zo rekende UNAIDS voor dat een stagnering in het antwoord tegen 2030 zou leiden tot 10,6 miljoen meer aidsgerelateerde doden en 17,6 miljoen bijkomende infecties! De wereld zal dan zijn doelstelling om een eind te maken aan hiv en aids enkel nog kunnen behalen mits een veel hogere investering. Het rendement van de honderden miljarden die tot op heden in die strijd zijn geïnvesteerd zal pijlsnel afnemen, terwijl de tot op heden geboekte enorme resultaten zullen worden herleid tot een weinig betekenisvolle voetnoot in de gezondheidsgeschiedenis.

AANBEVELINGEN VOOR EEN EFFECTIEVER ANTWOORD TEGEN EN NA 2030

Tegen 2030 moet er nog heel wat gebeuren om het einde van hiv en aids ooit mogelijk te maken. Dat kan echter enkel gebeuren als de volgende aanbevelingen in realiteit worden omgezet.

Aan de landen en alle betrokken overheden:

- Ontwikkel en gebruik een ambitieus investeringsplan dat zich voornamelijk toespitst op alle groepen waar volgens objectieve epidemiologische inzichten de volgende honderd besmettingen zullen plaatsvinden
- Vermijd onproductieve discriminerende, stigmatiserende en/of repressieve benaderingen van menselijk gedrag en identiteit in alle vormen van dienstverlening en wetgeving
- Zet veel meer in op aan de lokale context aangepaste combinatie-preventie bij alle doelgroepen, inclusief jongeren op jonge leeftijd
- Integreer diensten voor gezondheidszorg voor hiv en aids op effectieve wijze binnen het bredere gezondheidssysteem of in minstens een veel omvangrijker relevant onderdeel daarvan
- Hou resoluut vast aan een multisectorale benadering en betrek en informeer daarbij alle relevante ministeries op basis van een beleid van bewezen effectiviteit en een consequente en alomvattende mensenrechtenbenadering
- Geef meer ruimte aan de civiele samenleving en haar verschillende rollen als drukingsgroep, dienstenleverancier, monitor, enzovoort en leg consequent verantwoording af aan parlement en samenleving



- Ontwikkel een effectief en alomvattend beleid dat het fenomeen van de behandelingscascade zoveel mogelijk beperkt.

Aan de internationale donoren:

- Promoot de hierboven aangehaalde aanbevelingen aan de landen via gerichte financiering en beleidsdialoog op nationaal, regionaal en mondiaal vlak
- Trek de eigen investeringen opnieuw op naar een niveau dat de engagementen uit 2016 voldoende reflecteert.

Aan de andere betrokken actoren:

- En vooral aan de farmaceutische industrie: promoot de verdere ontwikkeling en universele toegankelijkheid van robuuste en klantvriendelijke gezondheidstechnologie voor

het testen, voorkomen en behandelen van hiv die de specifieke noden van alle doelgroepen dekt

- Vooral aan de civiele samenleving en de gemeenschappen: speel uw rol als politieke drukkingsgroep verder op alle bestuursniveaus en hou vast aan uw bewezen meerwaarde als dienstenleverancier in moeilijke contexten
- Vooral gericht aan de kennisinstellingen: voer verder wetenschappelijk onderzoek naar nieuwe vormen van behandeling en preventie en naar de potentiële impact van het terugschalen tegenover het opschalen of gelijk houden van de globale en lokale inspanningen voor het bestrijden van hiv en aids.

Literatuur

- ¹ Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, para 26 en target 3,3 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>).
- ² Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast Track to Accelerating the Fight against HIV and to Ending the AIDS Epidemic by 2030 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf).
- ³ Ook aangehaald door Avert: <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/global-response/funding>.
- ⁴ Press release: UNAIDS warns that progress is slowing and time is running out to reach the 2020 HIV targets (<http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2018/july/miles-to-go>).
- ⁵ A. SALDINGER, An atmosphere of fear under 'global gag rule' shows comprehensive new report (<https://www.devex.com/news/an-atmosphere-of-fear-under-global-gag-rule-shows-comprehensive-new-report-92886>).
- ⁶ <http://www.menstarcoalition.org/> & http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2017/december/20171201_blind_spot.
- ⁷ E.S. KAY, D.S. BATEY, M.J. MUGAVERO, The HIV treatment cascade and care continuum: updates, goals, and recommendations for the future (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5100316/>).
- ⁸ Een heel recent geval dat de complexiteit hiervan goed aanduidt, is dat van de complicaties met medicijncocktails die de relatief nieuwe aidsremmer dolutegravir bevatten. Hoewel die door de meisjes en vrouwen beter verdragen en dus ook gemakkelijker volgehouden worden, doken er in 2018 testresultaten uit Botswana op die aangaven dat inname ervan mogelijk een toegenomen gevaar kon inhouden voor de ontwikkeling van de neurale buis bij het embryo. Na lang afwegen en het verzamelen van meer data voor andere zwangerschappen, oordeelden verschillende onderzoekers dat de voordelen van deze cocktail opwogen tegen het eventuele nadeel. Volgens hen moeten vrouwen met hiv die geen toegang hebben tot anticonceptie en/of zwanger willen worden of het al zijn, goed ingelicht worden om zelf hun beslissing te kunnen nemen. Dit voorval alleen al duidt erop dat sommige regimes wel degelijk nog altijd een belastende werking op de patiënt kunnen hebben, terwijl andere regimes op dat vlak echt superieur zijn. K. ALCORN, Dolutegravir: update on infant neural tube defects from Botswana (<http://www.aidsmap.com/Dolutegravir-update-on-infant-neural-tube-defects-from-Botswana/page/3312898/>).
- ⁹ T. DECROO, B. TELFER e.a., Effect of Community ART Groups on retention-in-care among patients on ART in Tete Province, Mozambique: A cohort study (https://www.researchgate.net/publication/319083298_Effect_of_Community_ART_Groups_on_retention-in-care_among_patients_on_ART_in_Tete_Province_Mozambique_A_cohort_study).



REEDS VERSCHENEN MO*PAPERS

2018

- dec 2018: Het einde van aids is een gevaarlijke fata morgana (*Sander Spanoghe*)
- sep 2018: Van simpele Millenniumdoelen naar warrige Duurzame Ontwikkelingsdoelen (*Jan Vandemoortele*)
- jun 2018: Is er een nieuwe schulden crisis op komst? (*Jan Van de Poel en Emiel Vervliet*)
- jun 2018: Seksmigratie als deel van de overlevingseconomie in Nigeria (*Sophie Samyn*)
- mei 2018: De rol van de privésector in de ontwikkeling: brandstof en motor tegelijk? (*Melanie Schellens*)

2017

- dec 2017: Saoedi-Arabië: revolutie van bovenaf (*Bart Peeters*)
- nov 2017: Als je geschoren wordt, moet je stilzitten - Hoe de financiële sector mobiliseert tegen een Europese transactietaks (*Lisa Kastner*)
- okt 2017: Besparingsbeleid vergroot ongelijkheid, ontwikkeling vereist echte investeringen (*UNCTAD*)
- mei 2017: Beschikt Rusland werkelijk over een gaswapen? (*James Henderson*)
- mei 2017: Armoede is de echte oorzaak van honger, agro-ecologie de oplossing (*Esmeralda Borgo*)
- jan 2017: Waarom is Oeganda militair zo actief in de regio van de Grote Meren? (*Martijn Engels*)

2016

- dec 2016: 25 jaar Belgische multilaterale samenwerking Kan een kleine speler groot worden in multilateraal verband? (*Kris Panneels*)
- dec 2016: De multilaterale ontwikkelingssamenwerking. Wat we samen doen, doen we beter? (*Kris Panneels*)
- okt 2016: De strijd om de Europese ontwikkelingsbudgetten (*Dirk Brems en Sarah Hulsmans*)
- jul 2016: Hervrederingssamenwerking (*Gorik Ooms*)
- mei 2016: Humanitaire hulp voor deze tijd? (*Overseas Development Institute*)
- apr 2016: Buen vivir: Komt het goede leven uit Zuid-Amerika? (*Eduardo Gudynas*)
- mar 2016: De EU als "ontwikkelingsland", De universele ontwikkelingsagenda van de Duurzame Ontwikkelingsdoelstellingen in het Europees beleid (*Dirk Brems en Julie Lamsens*)
- mar 2016: Europa redden door de democratie te herstellen (*Stephen Bouquin en Karin Verelst, Thomas Fazi*)
- feb 2016: Anno 2016 is ontwikkeling niet meer wat ze is geweest (*Emiel Vervliet*)
- jan 2016: De stille revolutie van sociaal ondernemers, Sociaal ondernemerschap als nieuwe benadering voor internationale solidariteit? (*Fons van der Velden en Pol De Greve*)

2015

- nov 2015: Het ei van Columbus voor ontwikkelingssamenwerking? (*Dirk Brems en Tina Tindemans*)
- okt 2015: Textielarbeidsters hebben sociale bescherming nodig (*Sarah Vandoorne*)
- okt 2015: De twijfelachtige kleuren van groen geld (*Gert Van Hecken en Kahlil Baker*)
- sep 2015: Zijn de opkomende landen nu gevestigde machten? (*Dries Lesage, Stijn Sintubin, Ng Sauw Tjhoi, Laurent Delcourt, Jef Van Hecken, Karin Debroey, Lien Verpoest*)
- apr 2015: Moeten kernwapens gewoon verboden worden? (*Tom Sauer*)
- apr 2015: Een TTIP van sluier: meer vrijhandel dient de winst, niet de mensen (*Emiel Vervliet*)
- jan 2015: De ontwikkelingssamenwerking voorbij? (*Marcus Leroy*)

2014

- december 2014: Wet breekt nood, Toekomst voor rondtrekkende veehouders in Afrika? (*Koen Van Troos*)
- november 2014: #LuxLeaks (*Kristof Clerix / ICIJ*)
- oktober 2014: Nog steeds gelukkig getrouwd? Een gouden bruiloft in de ontwikkelingssamenwerking (*Gijs Justaert*)
- juli 2014: Wordt de geopolitieke kaart van het Midden-Oosten hertekend? (*David Crikemans*)
- juni 2014: We zijn allemaal verschillend. U ook? (*Rachida Lamrabet*)
- mei 2014: Gouden tijden voor de rijken? (*Paul Krugman*)
- apr 2014: Kunnen voorbehoedmiddelen de wereld redden? (*Simon Calcoen*)
- mrt 2014: Gaan de groeilanden een diepe duik tegemoet? (*Pierre Salama*)
- feb 2014: Buitenlandse berichtgeving is dood, leve de mondiale journalistiek? (*Gie Goris*)
- feb 2014: Is Afghanistan klaar voor 2014? (*Thomas Ruttig*)
- jan 2014: Ligt Pakistan op het Arabisch schiereiland? (*Bruno De Cordier*)

2013

- dec 2013: Schept microkrediet slechts een illusie van ontwikkeling? (*Milford Bateman en Ha-Joon Chang*)
- sep 2013: Kan Afrika zijn ontwikkeling zelf financieren uit hogere belastingsopbrengsten? (*Mick Moore*)
- jun 2013: Is uw gsm goud waard?
- apr 2013: Wat weten we (niet) over het geweld in Oost-Congo? (*Koen Vlassenroot, Steven Spittaels, Kris Berwouts en Nadia Nsayi*)
- apr 2013: Bestaan de Zapatisten nog? (*François Hautart*)
- feb 2013: Kan rijk West-Afrika voeden? (*Saartje Boutsen en Jan Aertsen*)
- feb 2013: Hoe komt het dat Afrika de Millenniumdoelstellingen niet haalt? (*Dimetri Van den Meerssche*)



2012

- okt 2012: Genetisch gewijzigd voedsel als oplossing voor het hongereprobleem? (*Hielke Van Doorslaer*)
- sep 2012: Kan zwart-Afrika voedselzekerheid bereiken? (*UNDP*)
- sep 2012: What is the Rise of South-South relations about? (*Sanoussi Bilal*)
- apr 2012: Hoe inclusief is onze ontwikkelingssamenwerking? (*PHOS*)
- mar 2012: Brengen verkiezingen meer democratie in Congo? (*Mieke Berghmans en Nadia Nsai*)
- mar 2012: Wat na Busan? (*Bert Jacobs*)
- mar 2012: Kan de politiek de ontwikkelingssamenwerking redden? (*Alex Duncan en Gareth Williams*)
- feb 2012: Wordt het precariaat een nieuwe sociale klasse? (*Guy Standing*)
- feb 2012: Waarheen met de revoluties in Egypte en Syrië? (*Brigitte Herremans, Pieter Stockmans en Majd Khalifeh*)

2011

- nov 2011: Kan armoede overwonnen worden? (*Abhijit Vinayak Banerjee en Esther Duflo*)
- nov 2011: Is India goed bezig? (*Jean Drèze en Amartya Sen*)
- nov 2011: Een keerpunt voor sociale bescherming wereldwijd? (*Gijs Justaert en Bart Verstraeten*)
- okt 2011: Heeft ontwikkelingshulp zijn tijd gehad? (*Marcus Leroy*)
- okt 2011: 7 billion: development disaster or opportunity? (*Hania Zlotnik and Fred Pearce*)
- sep 2011: Erkenning van de Palestijnse staat: een game changer? (*Brigitte Herremans*)
- jun 2011: Een uitweg uit de nieuwe voedselcrisis? (*Saartje Boutsen*)
- mei 2011: Is het einde van de bevolkingsgroei werkelijk in zicht? (*Ronald C. Schoenmaeckers*)
- apr 2011: Waarom gelijkheid beter is voor iedereen (*Richard Wilkinson en Kate Pickett*)
- mar 2011: Welke toekomst voor de ontwikkelingssamenwerking? (*Nemat Shafik*)
- feb 2011: Realiteit of mythe? Minerale rijkdom als motor van het geweld in het oosten van Congo (*Rachel Perks en Koen Vlassenroot*)

2010

- dec 2010: Heeft Congo kans van slagen? (*Tom De Herdt, Kristof Titeca en Inge Wagemakers*)
- nov 2010: Heeft de crisis het draagvlak van ontwikkelingssamenwerking ondermijnd? (*Tom De Bruyn & Ignace Pollet*)
- nov 2010: De laatste energiecrisis? Betekent piekolie het einde van de homo Petroliensis? (*Elias Verbanck*)
- sep 2010: Wat doet China in Afrika en Latijns-Amerika? (*John Vandaele & Marc Vandepitte*)
- sep 2010: De millenniumdoelstellingen: wachten op de grote doorbraak? (*Lonne Poissonnier & Rudy De Meyer*)
- jun 2010: Hoe goed zijn Brazilië, China en India in armoedebestrijding? (*Emiel Vervliet*)
- mei 2010: Why is poverty a human right crisis? (*Irene Khan and Steven Vanackere*)
- mei 2010: Wat is nu eigenlijk goed bestuur? (*Emiel Vervliet*)
- apr 2010: Is er Apartheid in het Heilige land? (*Korneel De Rynck*)
- mar 2010: Water zonder grenzen? Het regionaal belang van het Afghaanse water (*Benjamin Sturtewagen*)
- feb 2010: Wat met de Cubaanse revolutie na Fidel Castro? (*Marc Vandepitte*)
- feb 2010: Leidt klimaatverandering tot oorlogen? (*Harald Welzer en Jamie Shea*)
- jan 2010: Mogen we nog dieren eten in tijden van klimaat- en voedselcrisis? (*Jonathan Safran Foer en Louise Fresco*)

2009

- nov 2009: Spionage in het hart van Europa? (*Kristof Clerix*)
- nov 2009: Hebben de ngo's hun ziel verkocht aan de minister van Ontwikkelingssamenwerking? (*Jean Reynaert en Patrick Develtere*)
- okt 2009: Chaos in Afghanistan en Pakistan? (*Ahmed Rashid en Jef Lambrecht*)
- sep 2009: De 'Gele Reus' in ademnood? (*Samia Suys*)
- sep 2009: Is ontwikkelingshulp verantwoordelijk voor de armoede in Afrika? (*Dambisa Moyo en Kumi Naidoo*)
- jul 2009: Is dit de nieuwe kolonisering? (*International Food Policy Research Institute, The Economist, vertaling Emiel Vervliet*)
- jun 2009: Kan de G20 de wereld redden? (*Emiel Vervliet*)
- apr 2009: Hoezo, vrije meningsuiting? (*Ruddy Doom en Sofie Van Bauwel*)
- mar 2009: Hebben financiële speculanten 120 miljoen mensen honger laten lijden? (*Peter Wahl, vertaling en samenvatting door Emiel Vervliet*)
- mar 2009: What is the status of human rights in Iran? (*Shirin Ebadi*)
- feb 2009: Hoe zien wij Gaza? (*Ruddy Doom en Simone Korkus*)



2008

- dec 2008: Wat is waardig werk? (*Emiel Vervliet*)
- nov 2008: Betalen de armen de prijs van een slecht beleid? (*Saar Van Hauwermeiren*)
- okt 2008: Hoeveel armen zijn er nu eigenlijk? (*Emiel Vervliet*)
- okt 2008: Blinkt alle goud? (*Catapa*)
- jul 2008: Door welke lens kijken wij naar China? (*Kristof Decoster*)
- jun 2008: Heeft Congo iets aan zijn mijnen? (*Raf Custers*)
- jun 2008: Wie zorgt er voor een échte groene revolutie? (*Jan Aertsen en Dirk Barrez*)
- mei 2008: Kan onverschilligheid dodelijk zijn? (*Forum for African Investigative Reporters, vertaling en samenvatting: Emiel Vervliet*)
- mar 2008: Levert de traditie de oplossing? (*Bert Ingelaere*)
- feb 2008: Kunnen boeren de wereld redden? (*Saartje Boutsen*)
- jan 2008: Neemt de inkomensongelijkheid in de wereld toe of af? (*Emiel Vervliet*)

2007

- dec 2007: Waar de kassa altijd rinkelt? (*Internationaal Vakverbond, vertaling: Emiel Vervliet*)
- dec 2007: Is er leven na Kyoto? (*Simon Calcoen, Peter Tom Jones, Edith Vanden Brande en Alma De Walsche*)
- okt 2007: Zijn de EPA's levensgevaarlijk? (*Marc Maes*)
- sep 2007: Ligt de Afrikaanse hemel in Barcelona? (*Roos Willems, vertaling: Emiel Vervliet*)
- jun 2007: Hoe erg is het klimaat eraan toe? (*IPCC, vertaling: Emiel Vervliet*)
- jun 2007: Redt de minister van Financiën het klimaat? (*Aviel Verbruggen, vertaling: Emiel Vervliet*)
- jun 2007: Viva el populismo? (*Emiel Vervliet en Alma De Walsche*)
- mar 2007: Veertig jaar bezetting - Hoe lang nog? (*Ludo De Brabander & Brigitte Herremans*)

Al deze MO*papers kunnen gratis
gedownload worden op www.MO.be/papers

