

POLÍTICAS DE LA UNIÓN AFRICANA SOBRE EL VIH/SIDA

African Union policies on HIV/AIDS

Politiques de l'Union Africaine sur le VIH/SIDA

ALBA SEBASTIÁN MARTÍN
Universidad de Alcalá, España

alba.sebastian@uah.es

orcid.org/0000-0001-7354-8964

Recibido/Received: julio 2022

Aceptado/Accepted: diciembre 2022

Cómo citar: Sebastián Martín, Alba (2022). Políticas de la Unión Africana sobre el vih/sida, *Revista de Estudios Africanos*, pp. 169-204 doi: <http://doi.org/10.15366/reauam2022.3.0008>

Resumen: Este ensayo pretende ahondar en las políticas surgidas desde la Unión Africana para hacer frente a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el continente, junto con sus consecuencias sociales y económicas. El artículo pone de relevancia que las actuaciones políticas en materia de VIH/SIDA, junto con las declaraciones correspondientes (que a menudo hacen también referencia a la malaria y la tuberculosis), constituyen la semilla para el surgimiento de incipientes estructuras supranacionales en el campo de la salud en África. Entre estas grandes iniciativas, dirigidas a dotar de soberanía sanitaria al continente, se encuentran la creación del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de África, el Plan para la Fabricación de Productos Farmacéuticos en África y la Agencia Africana del Medicamento.

Palabras clave: VIH/SIDA; Unión Africana; declaraciones; África CDC; Agencia Africana del Medicamento.

Abstract: This essay aims to delve into the policies that emerged from the African Union to deal with the infection by human immunodeficiency virus (HIV) in the continent, including its social and economic consequences. The article emphasizes that political actions in the field of HIV/AIDS, along with the corresponding declarations (which often refer to malaria and tuberculosis too), constitute the seed for the appearance of incipient supranational structures on health in Africa. Within these great initiatives, driven to provide health sovereignty to the continent, we can find the creation of the African Center

for Disease Control and Prevention, the Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa and the African Medicines Agency.

Key Words: HIV/AIDS; African Union; statements; Africa CDC; African Medicines Agency.

Résumé: Cet article vise à étudier les politiques qui ont été formulées dans le cadre de l'Union Africaine pour faire face à l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sur le continent, y compris ses conséquences sociales et économiques. L'article souligne que les actions politiques dans le domaine du VIH/SIDA, ainsi que les déclarations correspondantes (qui se réfèrent souvent aussi au paludisme et à la tuberculose), constituent le germe de l'apparition de structures supranationales naissantes sur la santé en Afrique. Parmi ces grandes initiatives, motivées pour assurer la souveraineté sanitaire du continent, on peut trouver la création du Centre Africain de contrôle et de prévention des maladies, du Plan pour la fabrication de produits pharmaceutiques pour l'Afrique et de l'Agence Africaine des médicaments.

Mots clés: VIH/SIDA; Union Africaine; déclarations; Africa CDC; Agence Africaine du Médicament.

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ha originado una de las pandemias más mortíferas de la historia, a nivel mundial, junto con la viruela, el sarampión, la peste bubónica o el cólera (Sampath, 2021: 4; Rodríguez, 2021: 4-5). Se calcula que, en 2020, unos 37.7 ± 7.5 millones de personas vivían con VIH en el mundo, de las cuales casi el 70% se encontraban en África subsahariana (ONUSIDA, 2021: 1-2). El brote original se estima que tuvo lugar en Kinshasa (República Democrática del Congo) en torno a 1920 (Faria *et al.*, 2014). Esto explicaría –en parte– que África haya sido el continente más afectado desde el comienzo, ya que la expansión y diversificación genética del VIH se habría estado produciendo durante décadas, antes de las primeras evidencias del virus en Estados Unidos en 1981 (CDC, 1981).

Sin embargo, a pesar de las todavía altas tasas de prevalencia (*i.e.*, proporción de población afectada) y de incidencia (es decir, nuevos casos por población en un periodo de tiempo específico), las tendencias en el número de muertes relacionadas con el SIDA, así como de nuevas infecciones, están descendiendo tanto en África oriental y meridional, como en África occidental y central (UNAIDS, 2021: 34, 94). La peculiaridad del VIH/SIDA es que no sólo provoca el colapso de los sistemas sanitarios, sino que también ralentiza el crecimiento económico, al afectar fundamentalmente a la población en edad productiva (PNUD, 1990: 95). Además, existen numerosos factores que aumentan la vulnerabilidad al VIH, como pueden ser la marginación o exclusión social, la desigualdad de género o la pobreza, entre otros. En consecuencia, las soluciones a la pandemia del VIH/SIDA deberán de ser multidisciplinarias, abordándose de manera conjunta y coordinada entre los Estados y los actores no estatales.

En este ensayo, se pretende examinar el abordaje planteado *desde* África y *para* África. En concreto, dado que la información disponible sobreexcede el alcance de este ensayo, nos centraremos en el análisis sistemático de la evolución histórica de los tratados, protocolos y declaraciones sobre el VIH/SIDA realizados en los últimos veinte años, esencialmente en el marco de la Unión Africana (UA) y, en menor medida, en el de la Organización para la Unidad Africana (OUA). Posteriormente, presentaremos los hitos o medidas concretas más relevantes, como la creación del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades en África, el Plan para la Fabricación de Productos Farmacéuticos o la Agencia Africana del Medicamento. Por último, concluiremos con las perspectivas que se dibujan para la UA en la lucha contra el SIDA.

1. ACUERDOS Y DECLARACIONES DE LA UNIÓN AFRICANA SOBRE EL VIH/SIDA

La UA se constituyó oficialmente el 9 de julio de 2002 en una cumbre que tuvo lugar en Durban (AU, 2002), pero sus raíces se encuentran en la antigua Organización para la Unión Africana (OUA), que se remonta a mayo de 1963. Tradicionalmente, las iniciativas relativas al VIH/SIDA han procedido del Directorio de Mujeres, Género y Desarrollo, dada su preocupación por la mortalidad materna y el VIH (AU, 2019a: 94), del Departamento de Asuntos Sociales, con una división específica (junto con malaria y tuberculosis, entre otras) (*ibid*: 101), así como del Consejo Económico, Social y Cultural, que recoge la posibilidad de crear programas transversales (*ibid*: 121).

Sin embargo, en 2021, la estructura de la UA se ha visto reformada con el objetivo de adaptarse a los desafíos del futuro, culminando un proceso que se inició en 2016 (AU, 2016a: 6). Sobre la base de la reflexión y las recomendaciones internas en el sentido de reducir las áreas prioritarias de la UA con alcance continental, se han fijado nuevos temas clave: asuntos políticos, paz y seguridad, integración económica y refuerzo de la voz global de África. De este modo, las medidas contra el VIH/SIDA quedan ubicadas (o relegadas) al también reciente Centro de Control y Prevención de Enfermedades de África y al ‘AIDS Watch Africa’ (AU, 2021: 194), de los que hablaremos posteriormente. Serán necesarios análisis a medio y largo plazo para evaluar el impacto de esta reestructuración en la lucha contra el VIH/SIDA.

Mirando al futuro, la visión de la UA es la de «una África integrada, próspera y pacífica, impulsada por sus propios ciudadanos y que

representa una fuerza dinámica en el escenario mundial» (*ibid*: 15). La Agenda 2063, adoptada oficialmente por la Asamblea de la Unión Africana el 31 de enero de 2015, proporciona una hoja de ruta para dicho proyecto. En relación a la salud y, más específicamente, al VIH/SIDA, el objetivo para 2063 es ‘Towards zero incidence, zero deaths from HIV/AIDS’ (AUC, 2015a: 39).¹ Esta meta implica cero infecciones nuevas y cero muertes por SIDA para 2063, lo cual requeriría de un control estricto de la transmisión y del acceso al tratamiento con antirretrovirales para toda la población afectada.

A continuación, recorreremos los principales acuerdos que se han tomado en la UA para la consecución de dichos objetivos, comenzando por el propio marco legislativo acordado por los países africanos en su compromiso con los Derechos Humanos y el derecho a la salud.

1.1. Acto Constitutivo y Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos

El Acto Constitutivo de la Unión Africana fue adoptado el 11 de julio del año 2000 en la Cumbre de Lomé y entró en vigor en mayo de 2001. Uno de los objetivos de la UA, señalado en el artículo 3 de dicho Acto, es «trabajar con socios internacionales relevantes en la erradicación de enfermedades prevenibles y la promoción de buena salud en el continente», así como «promover y proteger los derechos humanos y de los pueblos de acuerdo a la Carta Africana [...] y otros instrumentos de derechos humanos relevantes» (AU, 2000: 6).

¹ Este objetivo puede observarse en el documento de trabajo, aunque no aparece en la versión popular de la Agenda 2063 (AUC, 2015b).

La Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos fue adoptada en Nairobi el 27 de junio de 1981, aunque su entrada en vigor se retrasó cinco años. En su artículo 16, se recoge que toda persona tendrá «derecho a disfrutar del mejor estado posible de salud física y mental» (OUA, 1981: 5). Y, en el caso de la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño (1990/1999), se pone el énfasis en asegurar la provisión de la atención primaria (OUA, 1990, artículo 14).

1.2. Protocolo a la Carta Africana sobre los Derechos de las Mujeres

Este Protocolo fue adoptado el 1 de julio de 2003 en Maputo y entró en vigor el 25 de noviembre de 2005 (AU, 2003). A 16 de octubre de 2019, sólo 42 de los 55 países que conforman la UA lo habían ratificado y depositado.² Este protocolo no sólo recoge los derechos de las mujeres africanas a la salud, sino que hace especial referencia a varios aspectos que están muy relacionados con la epidemia del VIH/SIDA.

En primer lugar, el artículo 6 de este Protocolo subraya que el matrimonio debe darse con la conformidad de ambas partes, a una edad mínima de 18 años y que la monogamia es alentada como la forma preferida de matrimonio. Aunque pueda parecer inconexo con la infección por VIH, este artículo constituye la semilla de un documento publicado en 2016 por la Comisión de la Unión Africana titulado '*Ending Child Marriage and Stopping the Spread of HIV*'. En este documento, se afirma que «el fin del matrimonio infantil debería ser inmediatamente incluido en los programas de VIH y probablemente pueda contribuir a prevenir, tratar,

² Los trece países que a 16 de octubre de 2019 todavía no habían ratificado el Protocolo son: Botswana, Burundi, República Centroafricana, Chad, Egipto, Eritrea, Madagascar, Marruecos, Níger, la República Democrática Árabe-Saharai, Somalia, Sudán y Sudán del Sur (AU, 2019b).

detener y erradicar el VIH/SIDA» (AUC, 2016: iv). Entre otros, se apunta a los siguientes factores de conexión: tracto reproductivo inmaduro, sexo intergeneracional sin protección y desigualdades de género.

Por otro lado, en el artículo 21 del Protocolo sobre los Derechos de las Mujeres se hace referencia al derecho de herencia de las viudas. Esto permite que las mujeres puedan acceder a la vivienda marital o recursos económicos para ser independientes tras la muerte de sus maridos. El Protocolo va más allá y hace alusiones específicas al VIH/SIDA, en relación a los derechos reproductivos y de salud, reconociendo «el derecho a la autoprotección y a estar protegido contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA» y «el derecho a ser informado [...] sobre el estado de salud de la pareja, particularmente si está afectado por infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, de conformidad con las normas reconocidas internacionalmente y las mejores prácticas» (AU, 2003, art. 14).³

³El derecho, aquí descrito, a ser informado sobre el estado de salud de la pareja entraría en conflicto con el derecho a la intimidad de esa persona. Las leyes y la jurisprudencia relativa al derecho a la no revelación del seroestatus han ido evolucionando a la luz de las evidencias científicas más actuales. El paradigma vigente lleva por lema «Indetectable = Intransmisible» (I=I) y considera que una persona con VIH, que se encuentra en tratamiento antirretroviral con buena adherencia desde hace al menos 6 meses y que tiene una carga viral en sangre indetectable (generalmente, <50 copias de ARN del VIH por mililitro de plasma) no puede transmitir la infección a otra persona por vía sexual. Este paradigma parece no ser extrapolable a la vía vertical, ya que se han descrito casos de madres con carga viral indetectable en los que la infección ha pasado al neonato a través de la lactancia. Sobre la base de estos datos, en España –por ejemplo– y según la Clínica Legal de la Universidad de Alcalá, «las personas con VIH [...] no tienen la obligación legal de revelar a sus parejas sexuales, ya sean esporádicas o estables, su condición de salud, pues la simple puesta en peligro no está, en principio, considerada ni como delito ni como falta administrativa» (CL-UAH, 2019: 2). Sí que estaría penado el intento deliberado de transmisión sexual del VIH o bien la transmisión involuntaria en caso de que la persona no haya sido informada previamente, no habiendo podido consentir la puesta en peligro. En cuanto al continente africano, el marco jurídico de cada Estado varía. En los últimos informes de ONUSIDA, se incluyen tablas relativas a las leyes y políticas

1.3. Declaraciones de la UA concernientes al VIH/SIDA

Más allá del marco general que acabamos de exponer, la UA ha realizado numerosas declaraciones e informes específicamente sobre el ámbito que nos atañe (Tabla 1). En este apartado, analizamos cuatro de las más relevantes o con mayor impacto a futuro.

Tabla 1 Recopilación de algunas declaraciones adoptadas por la UA sobre el VIH/SIDA

Año	Declaración o acuerdo
1994	Declaración de Túnez sobre el SIDA y los niños en África
1999	Decisión sobre la adopción de socios internacionales contra el VIH/SIDA (Algeria)
2000	Consenso africano y Plan de Acción: Liderazgo para superar el VIH/SIDA (adoptado en el II Foro de Desarrollo Africano, sobre “SIDA: El mayor reto de liderazgo”)
2000	Declaración de Lomé sobre VIH/SIDA en África
2001	Declaración de Abuja y Plan de Acción sobre VIH/SIDA, TB y otras enfermedades infecciosas relacionadas
2003	Declaración de Maputo sobre VIH/SIDA, TB, malaria y otras enfermedades infecciosas relacionadas
2004	Declaración solemne sobre la igualdad de género en África (Addis Abeba)
2005	Declaración de Gaborone sobre una hoja de ruta hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento y la atención
2005	Marco continental para la armonización de las aproximaciones entre los Estados Miembros y la integración de las políticas en

sobre el VIH/SIDA de cada país. No obstante, no aportan una información detallada ya que sólo se refleja si existen o no «leyes que penalizan la transmisión, la no revelación o la exposición al VIH» de manera conjunta, sin precisar demasiado (UNAIDS, 2021: 39, 99, 299). Los colectivos y entidades africanas que asumen el paradigma I=I pueden consultarse en la web *Prevention Access Campaign* (<https://preventionaccess.org/>). Este paradigma I=I se basa en los resultados de una serie de estudios con parejas serodiscordantes (*i.e.*, un miembro de la pareja es VIH positivo y el otro negativo), denominados HPTN052 (Cohen *et al.*, 2011), PARTNER I y II (Rodger *et al.*, 2016; 2019) y Opposites Attract (Bavinton *et al.*, 2018).

	Derechos Humanos y Personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA en África
2006	Compromiso Brazzaville en la ampliación hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento y cuidado en VIH y SIDA y apoyo en África para 2010
2006	Llamamiento de Abuja para una ‘Acción Acelerada hacia el Acceso Universal de Servicios de VIH y SIDA, TB y malaria en África’
2006	Posición común de África en la Sesión Especial sobre SIDA de la Asamblea General de la ONU
2006	Informes de progreso de la implementación de los Planes de Acción de las Declaraciones de Abuja sobre malaria (2000), VIH/SIDA y TB (2000/1 a 2005)
2010	Declaración de Kampala, Uganda
2012	Hoja de ruta sobre responsabilidad compartida y solidaridad global (respuesta al SIDA, TB y malaria en África): Roadmap 2012-2015
2013	Acciones de Abuja hacia la eliminación del VIH/SIDA, TB y malaria en África para 2030 (Declaración Abuja + 12)
2014	Declaración de Luanda emitida por la primera reunión de Ministros de Salud africanos convocada conjuntamente por la Comisión de la UA y la OMS
2015	Marco catalítico para acabar con el SIDA, TB y eliminar la malaria en África para 2030

Completado a partir de la compilación de UNDP (2008). TB (tuberculosis); OMS (Organización Mundial de la Salud).

1.3.1. Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas (2001)

Esta declaración de la OUA se produjo tras una reunión de los Jefes de Estado y Gobierno en Abuja (Nigeria) del 26 al 27 de abril del 2001, en una Cumbre Especial para abordar específicamente los desafíos del VIH/SIDA. El objetivo era analizar la situación en la que se encontraba el continente y determinar cuáles eran las medidas de control más efectivas y adecuadas. En la declaración, los líderes de los distintos Estados

africanos reconocen que «África está excepcionalmente afligida por la epidemia del VIH/SIDA» (OAU, 2001: 1) e indican que se está diezmando la población adulta, dejando millones de huérfanos y desvertebrando las estructuras familiares.

La declaración subraya la importancia de la educación como herramienta en la lucha contra el VIH/SIDA al aportar información, estrategias de desarrollo personal y cambios de comportamiento a largo plazo.⁴ Y afirma que «la entera y efectiva participación de la gente joven en la prevención y el control de los programas es esencial para su éxito» (*ibid*: 2). Además, aborda una serie de cuestiones significativas.

El primer punto relevante es que se declara el «SIDA como un Estado de Emergencia en el continente» (*ibid*: 4, artículo 22) y se resuelve utilizar una «legislación apropiada y la regulación del comercio internacional para garantizar la disponibilidad de medicamentos a precios asequibles» (*ibid*: 6, art. 31), sentando un precedente importante. A finales de ese mismo año, el 14 de noviembre de 2001, la Organización Mundial del Comercio (OMC) hacía pública la Declaración de Doha sobre el Acuerdo ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio) y la salud pública (WTO, 2001). En la citada declaración, se reconoce que el Acuerdo sobre los ADPIC puede y debe ser interpretado de tal forma que vele por el derecho de los Estados miembros a proteger la salud pública y a promover el acceso a los

⁴Intervenciones sociales donde las niñas permanecen escolarizadas durante la educación secundaria se han asociado con menores niveles de infección por VIH, de embarazos no deseados y de riesgo de sufrir violencia en la pareja (UNAIDS, 2017: 94). Asimismo, se ha visto que pequeñas dotaciones económicas a las niñas potencian la escolarización, al tiempo que las empodera, reduce la violencia íntima y contribuye a una salud sexual más segura, lo que lleva todo ello a una menor vulnerabilidad frente al VIH (*ibid*: 94; Pettifor *et al.*, 2013).

medicamentos para todos, haciendo uso de las flexibilidades que se proveen a tal efecto. Entre ellas, tal y como avala la declaración de Doha (punto 5c) (*ibid*: 1), se incluye que:

Cada [Estado] Miembro tiene derecho a determinar qué constituye una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia, entendiéndose que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional [...].

De la Declaración de Doha, aunque en la práctica se emplea en escasas ocasiones, se extraería que las patentes y los derechos de propiedad intelectual pueden ver los efectos de su aplicación limitados en casos de emergencia para asegurar la provisión de medicamentos a toda la población. Y, además, avalaría la declaración del estado de emergencia en el continente debido al SIDA (OAU, 2001).

En segundo lugar, esta declaración reconoce la necesidad de establecer una fuente sostenible de ingresos y apunta en tres direcciones. En el artículo 26, los líderes de cada Estado africano se comprometen a dedicar al menos un 15% del presupuesto anual nacional para la mejora del sector de la salud (*ibid*: 5). A día de hoy, sigue siendo uno de los índices para valorar el grado de implicación de cada país en la lucha contra el VIH/SIDA. En el artículo 28, se insta a los países donantes internacionales a lograr el objetivo de dedicar el 0.7% de su Producto Nacional Bruto como Ayuda Oficial al Desarrollo (*ibid*: 5-6), un acuerdo alcanzado en

1970 por la Asamblea General de Naciones Unidas (UN, 1970: 43).⁵ Y, por último, en el artículo 29, se apoya la creación de un Fondo Mundial contra el SIDA de unos 5-10 mil millones de dólares, capitalizado por la comunidad de donantes y accesible a todos los países afectados (OAU, 2001: 6). Aunque esta idea se gestó en la reunión del G8 de Okinawa (Japón), en julio de 2000, el verdadero compromiso para su consolidación se produjo en esta cumbre de la Unión Africana, tal y como se reconoce en la propia página del Fondo Mundial,⁶ hasta que finalmente se creara en enero de 2002. Además, en 2003, Estados Unidos establece el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, de sus siglas en inglés).⁷ Con todo ello, la declaración de Abuja supuso un impulso al compromiso contra el VIH/SIDA no sólo al nivel del continente, sino a nivel global.

En tercer lugar, esta declaración se compromete a explorar el potencial de la medicina tradicional y de los practicantes de salud tradicionales para la prevención, cuidado y manejo de la infección por VIH (*ibid*: 6, art. 32). Las medicinas tradicionales serán una constante en las declaraciones de la UA sobre el VIH/SIDA y muestran la importancia de respetar y apoyar el conocimiento ancestral africano. En paralelo, la declaración apoya «El Programa de Vacunas contra el SIDA en África»

⁵En 2018, tan sólo cinco países alcanzaron el 0,7%: Reino Unido (0,7%), Dinamarca (0,72%), Noruega (0,94%), Luxemburgo (0,98%) y Suecia (1,04%) (medicmundi y Médicos del Mundo, 2019: 85). Las perspectivas no son muy halagüeñas, teniendo en cuenta que en 2006 también fueron cinco los países que superaron el objetivo, en este caso incluyendo a Holanda en lugar de Reino Unido (Báez Melián, 2008: 30), por lo que no se observa una progresión.

⁶ Web del Fondo Mundial. Sección ‘History of the Global Fund’, en: <https://www.theglobalfund.org/en/overview/>

⁷ Web del U.S. President’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR): <https://www.state.gov/pepfar/>

(*ibid*: 6, art. 33), estableciendo un equilibrio adecuado entre la medicina tradicional africana y la ciencia más farmacológica (que ha permitido convertir al SIDA en una enfermedad crónica, en lugar de mortal).

Por último (y esto será una constante en las reivindicaciones asociadas al VIH/SIDA), se subraya la importancia de la condonación de la deuda externa a favor de un aumento de la inversión en el sector social (*ibid*: 7, art. 37-38).

De manera concomitante a esta cumbre especial, los Jefes de Estado y/o Gobierno de Botswana, Etiopía, Kenia, Mali, Nigeria, Ruanda, Sudáfrica y Uganda, junto con los secretarios generales de la Unión Africana y las Naciones Unidas, crearon ‘AIDS Watch Africa’ (AWA), una plataforma desde la que poder supervisar la respuesta africana al VIH/SIDA y movilizar recursos. Su secretaría se coordinó inicialmente desde Abuja (Nigeria), hasta el año 2004. En ese momento, se transfirió a la sede de la Unión Africana (en Addis Abeba), tras un informe del presidente nigeriano Olusegun Obasanjo argumentando la necesidad de institucionalizar esta iniciativa (Obasanjo, 2004). Actualmente, se trata de una «entidad estatutaria de la Unión Africana con el mandato específico de liderar los esfuerzos de promoción, rendición de cuentas y movilización de recursos para promover una respuesta africana sólida para acabar con el SIDA, la tuberculosis y la malaria para 2030». ⁸ Un análisis detallado del impacto y las funciones actuales de la AWA están fuera del alcance de este ensayo.

⁸Web de la AWA (sección ‘About’): <https://aidswatchafrica.net/about-us/>

1.3.2. Llamamiento de Abuja para una Acción Acelerada hacia el Acceso Universal a servicios de VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en África (2006)

Este documento fue fruto de una reunión que tuvo lugar entre el 2 y el 4 de mayo de 2006 en Abuja centrada en el «Acceso Universal a los servicios de VIH/SIDA, tuberculosis y malaria por una África Unida para 2010». La finalidad del encuentro era evaluar la implantación de la Declaración de Abuja de 2001 en sus cinco primeros años. Entre los obstáculos que dificultan la consecución del objetivo propuesto para 2010, se identifican los siguientes: (1) ausencia de una financiación predecible y sostenible, (2) acceso inadecuado a medicinas esenciales, (3) fracaso al poner de relevancia el nexo entre VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva, (4) falta de políticas y legislaciones relativas a la protección de los derechos humanos y (5) sistemas débiles de monitoreo y evaluación, entre otros aspectos.

Así, este informe intenta trasladar las declaraciones políticas a medidas concretas. Se insta a implementar el Plan Estratégico de VIH/SIDA 2005-2007 de la Comisión de la UA, en coordinación con el Marco Estratégico de la AWA. También se solicita que se atiendan las necesidades de estas tres enfermedades en la Estrategia de Salud de la Nueva Alianza para el Desarrollo en África (NEPAD, de las siglas en inglés) y se piden revisiones consultivas en 2008 y 2010. Entre los aspectos importantes de este llamamiento, destacan los siguientes.

En primer lugar, se comienza a supervisar el porcentaje del gasto público dedicado a la salud en cada Estado africano, como un criterio relevante en el compromiso y el esfuerzo por la lucha contra el VIH/SIDA. El objetivo fijado en la Declaración de Abuja (2001) fue el de alcanzar el 15% del presupuesto. En 2006, un 33% de los países africanos habían

destinado al menos un 10% y uno llegaba al 15% (AU, 2006: 3), lo cual era esperanzador porque mostraba la implicación de los líderes nacionales con el proyecto. Sin embargo, esta supervisión no se ha producido de manera constante ni sistemática. Hasta donde alcanza el conocimiento de la autora, los únicos datos publicados por la UA son de 2014, 2015 y 2016 (Tabla 2), que se hicieron públicos en 2016, 2018 y 2019, respectivamente.

Tabla 2 Financiación nacional en salud como % del gasto público

Datos	<5%	5-10%	>10%-15%	>15%	Sin datos	Referencia
2014	3	25	19	4	3	AU, 2016b
2015	18	21	11	2	3	AU, 2018a
2016	14	26	9	2	4	AU, 2019c

En 2014, veintitrés países superaban el 10% de inversión y, de ellos, cuatro alcanzaban el 15% (*i.e.*, Etiopía, Gambia, Malawi y el Reino de Eswatini). Al año siguiente, en 2015, los países que invierten >10% caen a trece y tan sólo dos, Madagascar y Sudán, llegan al 15%. Y, por último, en 2016, dos países más se alejan del objetivo (es decir, sólo once países alcanzan una inversión del 10%) y son Madagascar y Eswatini los países que superan el 15% del gasto público en salud. A pesar de las limitaciones en los datos disponibles, se puede observar un descenso en el número de Estados africanos que alcanzan el objetivo propuesto en la Declaración de Abuja (2001).

En segundo lugar, empiezan a aparecer tímidas menciones a la «producción local de medicamentos genéricos» (AU, 2006: 8) o la «integración regional y la colaboración en las áreas de control de enfermedades» (*ibid*: 10), entre otros aspectos.

1.3.3. Roadmap 2012-2015: Hoja de ruta sobre responsabilidad Compartida y solidaridad global (respuesta al SIDA, tuberculosis y malaria en África) (2012)

Esta hoja de ruta surge de un requerimiento de la Asamblea de la UA en su decisión no. Assembly/AU/Dec.413 (XVIII), de enero de 2012, dirigido a la Comisión de la UA para acometer una «financiación viable de la salud con el apoyo de los socios tradicionales y emergentes para abordar la respuesta a la dependencia del sida» (AU, 2012: 2). En este sentido, se advierte de que más del 60% de la inversión continental en VIH/SIDA se moviliza externamente y más del 80% del tratamiento se basa en productos importados, lo cual supone una grave amenaza para el continente (*ibid*: 2). El documento propone tres pilares básicos para el cambio, que son la diversificación de la financiación, el acceso a las medicinas y una gobernanza en salud potenciada (*ibid*: 3-4). Este apartado se centrará exclusivamente en el segundo pilar.

En general, esta hoja de ruta pretende desarrollar nuevos modelos de inspiración más africana y sostenibles, basándose en la responsabilidad compartida del sector público y privado, de la sociedad civil y los gobiernos, de los actores nacionales e internacionales, estatales o no estatales. Se definen objetivos, resultados esperados y acciones prioritarias para alcanzarlos, al tiempo que se asignan roles y responsabilidades a cada uno de los actores implicados (es decir, Estados miembros, Consejo de la UA, agencia del NEPAD, Comunidades Económicas Regionales, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA –ONUSIDA–, Organización Mundial de la Salud –OMS–, sociedad civil, sector privado, socios tradicionales y emergentes e incluso la academia).

Quizás una de las aportaciones más relevantes de esta hoja de ruta para los años subsiguientes (y hasta la actualidad) es la relativa al Acuerdo sobre los ADPIC de la OMC, que regula los derechos de propiedad intelectual sobre una invención (en este caso, se aplicaría sobre productos farmacéuticos) y la posibilidad de patentarla. Las patentes conceden el derecho a explotar el producto en cuestión en exclusiva, pudiendo excluir a otros de su fabricación, utilización o introducción en el mercado. Esto supone un obstáculo a la provisión de medicamentos, máxime en situaciones de emergencia de salud pública; y, aunque se tienen en consideración algunas flexibilidades para circunstancias como las descritas, en la práctica los acuerdos comerciales tienden a ser incluso más beneficiosos para los titulares de las patentes, por considerarse que el Acuerdo sólo incluye estándares mínimos. En esta línea, se apunta a tres aspectos fundamentales.

En primer lugar, en esta hoja de ruta, se expone la necesidad de «resistir» la implementación de las disposiciones ADPIC «plus» en las patentes y acuerdos comerciales y de abogar por mecanismos alternativos para fomentar la innovación en el sector farmacéutico (*ibid*: 15-16). Los ADPIC «plus» hacen referencia a estándares más elevados que buscan «incrementar el nivel de protección de los titulares de derecho más allá del estipulado en el Acuerdo sobre los ADPIC» (Musungu y Dutfield, 2003: 2) y también incluyen medidas destinadas a reducir el alcance o la efectividad de la Declaración de Doha y de aquellas limitaciones o excepciones a los derechos de propiedad intelectual. Así, los ADPIC «plus» reducen la capacidad de proteger el interés público de todos los

países y afectan especialmente a los denominados «países menos adelantados» (PMA) en materia de propiedad intelectual.⁹

En segundo lugar, se apuesta por extender la exención del cumplimiento de los ADPIC para los PMA más allá de 2016 (AU, 2012: 16). El objetivo de este período de transición es dar más tiempo para crear una base tecnológica sólida y viable en el sector farmacéutico. En ese momento, estaba en vigor una decisión del Consejo de los ADPIC por la cual los PMA «no estarán obligados, con respecto a los productos farmacéuticos, a implementar o aplicar las secciones 5 y 7 de la Parte II del Acuerdo sobre los ADPIC ni a hacer respetar los derechos previstos en estas secciones hasta el 1º de enero de 2016» (WTO, 2002). Estas secciones versan sobre patentes y protección de información clasificada, respectivamente (WTO, 2017). Finalmente, el 6 de noviembre de 2015, se consiguió que el Consejo de los ADPIC lo prorrogara hasta el 1 de enero de 2033 (WTO, 2015: 1), ampliando el margen para desarrollar un sector competitivo, que pueda dar respuesta a las necesidades del continente.

En tercer lugar, se aboga por modificar el lenguaje legislativo para facilitar la importación de medicamentos genéricos, con el objetivo de que no haya interrupciones en el suministro mientras África construye su sector manufacturero (AU, 2012: 16). Dicha pretensión se materializó en la modificación del Acuerdo sobre los ADPIC, mediante la inserción de un nuevo Artículo (31bis), un Anexo y un Apéndice. Estos cambios entraron en vigor el 23 de enero de 2017 y proporcionan la base legal para que se «otorguen licencias obligatorias especiales exclusivamente para la

⁹ «Países menos adelantados» es la terminología empleada en la documentación de la OMC en castellano, relativa a los ADPIC. En inglés, least developed country members.

producción y exportación de medicamentos genéricos asequibles a otros miembros que no pueden producir internamente los medicamentos necesarios en cantidades suficientes para sus pacientes», tal y como se indica en la página web de la OMC.¹⁰

Estos avances muestran el esfuerzo de la UA por proveerse de las herramientas legales necesarias para posibilitar el acceso a medicamentos de calidad y asequibles, así como el desarrollo de un sistema farmacéutico propio, que permita a futuro su soberanía sanitaria. Por otro lado, se busca promover y facilitar la inversión en los principales centros africanos productores de medicamentos, en línea con el Plan de Fabricación de Productos Farmacéuticos. En ese sentido, se aboga por que los gobiernos africanos eliminen los impuestos a la importación de principios activos y a la exportación de productos finales a los países regionales, así como promover exenciones fiscales específicas para esta industria. También se aspira a dinamizar centros de investigación e innovación en ciencia y tecnología, que puedan servir como plataformas para desarrollar posiciones comunes para negociar en bloque sobre asuntos farmacéuticos (AU, 2012: 13-14).

Por último, se propone armonizar los distintos sistemas regionales de regulación de medicamentos para sentar las bases de una única agencia con tal fin. Esta agencia, denominada inicialmente «Agencia Africana de Regulación de Medicamentos», asumiría de manera más eficiente la evaluación centralizada de nuevos fármacos y la inspección de los centros de fabricación, mientras que las Comunidades Económicas

¹⁰ Página web de la OMC
https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/31bis_trips_01_e.htm

Regionales servirían como plataformas de intercambio de información en asuntos cooperativos transfronterizos como la vigilancia de la resistencia a fármacos.

1.3.4. Marco Catalítico para acabar con el SIDA, la tuberculosis y eliminar la malaria en África para 2030 (2015).

Este marco surge tras un encuentro de los Ministros de Salud africanos en Addis Abeba en 2014, con motivo de la primera reunión del Comité Técnico Especializado en Salud, Población y Control de Drogas, tras la cual se solicitó a la Comisión de la UA una hoja de ruta para acabar con las tres enfermedades. Así, este documento se presenta como el nuevo horizonte, actualmente en vigor en la UA y alineado con otros informes estratégicos como son la Estrategia de Salud Africana 2016-2030 y la Agenda 2063.

Este Marco Catalítico tiene como fin último un continente libre de SIDA, fijándose el objetivo de que deje de ser una amenaza para la salud pública para 2030 (AU, 2015a: 11). Cabe hacer una apreciación y es que el marco habla de SIDA, no de VIH. El SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia adquirida que se alcanza en una fase tardía de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en ausencia de tratamientos, por lo que acabar con el SIDA es un objetivo más viable y asequible que no implica necesariamente acabar con el virus, sino controlar la infección por VIH para que no progrese hasta provocar una inmunodeficiencia y/o la muerte. En el anexo 1 del Marco se detalla el plan de implementación, con los objetivos e hitos asociados para cumplir a medio (2020) y largo plazo (2030).

En el caso del VIH/SIDA, se proponen tres grandes objetivos. En primer lugar, reducir las muertes relacionadas con SIDA con respecto

a 2015. El hito a perseguir para 2020 es que haya menos de 375.000 muertes por año con una cobertura de tratamiento del 90-90-90. El objetivo 90-90-90, que nace de ONUSIDA, plantea que se consiga diagnosticar al 90% de las personas con VIH, que se provea de tratamiento al 90% de las personas diagnosticadas y que el 90% de éstas consigan tener una carga viral indetectable. Esto, sumado al nuevo paradigma indetectable = intransmisible, reduciría notablemente el riesgo poblacional de infección por VIH y reduciría las muertes relacionadas con el SIDA. Para 2030, el hito crece hasta menos de 150.000 muertes y una cobertura del 95-95-95. El segundo objetivo es reducir las nuevas infecciones con respecto a 2015 a menos de 375.000 en 2020 y menos de 150.000 en 2030; y el tercero es acabar con la discriminación, consiguiendo que el 90% de las personas que viven con VIH (en 2020) y el 100% en 2030 reporten no discriminación a nivel social, educativo, sanitario, etc. (AU, 2015a: 18).

2. MEDIDAS MATERIALIZADAS POR LA UA SOBRE VIH/SIDA

A lo largo del artículo, hemos ido exponiendo algunas de las iniciativas más importantes en la lucha de la UA contra el VIH/SIDA. Entre las inquietudes más recurrentes se encontraban el acceso a medicamentos esenciales, de calidad y asequibles; la armonización de los sistemas regulatorios; y la capacidad de controlar y supervisar el estado epidemiológico del continente. En esta línea, han surgido tres proyectos claves para la soberanía sanitaria, como son: el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de África, el Plan para la Fabricación de Productos Farmacéuticos en África y la Agencia Africana del Medicamento. La extensión del presente artículo no permite analizar en profundidad cada uno de estos proyectos, por lo que dejamos su estudio

pormenorizado para futuros trabajos, limitándonos aquí a presentar un simple bosquejo de cada iniciativa.

2.1. El Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de África

La primera mención expresa a la necesidad de un Centro africano para el Control y Prevención de Enfermedades (en inglés, Africa CDC) se produce en la Declaración de la Cumbre Especial de la UA sobre VIH/SIDA, tuberculosis y malaria que tuvo lugar en Nigeria los días 15 y 16 de julio de 2013. Esta reunión entre los Jefes de Estado se produce para evaluar el progreso de las declaraciones de Abuja anteriores y también se conoce como Abuja+12 o «Acciones de Abuja hacia la eliminación del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en África para 2030». En ella, se pide a la Comisión de la UA que valore las posibles modalidades para establecer el CDC (AU, 2013: 6). Después, en enero de 2014, la Asamblea de la UA acepta su creación y solicita un informe sobre el marco legal y estructural, así como sobre sus eventuales implicaciones financieras (AU, 2014). En abril de 2014, los Ministros africanos de Salud se reúnen en Luanda y acuerdan crear un grupo de trabajo multinacional para determinar la hoja de ruta con vistas a la creación del CDC africano (AU y WHO, 2014). El Centro queda formalmente establecido en enero de 2015, tras su aprobación por la Asamblea, mientras que su Estatuto deberá esperar hasta enero de 2016. Un año más tarde, el 1 de enero de 2017, se procedía a su inauguración.¹¹

La presencia de un CDC en África es de vital importancia para detectar, prevenir, controlar y responder rápida y eficazmente frente a las enfermedades que supongan una amenaza; en definitiva, para la vigilancia

¹¹ Africa CDC. About - Key milestones: <https://mail.africacdc.org/about/key-milestones>

epidemiológica. Además, es el responsable de supervisar la resistencia antimicrobiana, como ocurre en el caso del VIH (pero también del ébola, el cólera, la malaria, la tuberculosis, etc.). La resistencia a los fármacos tiene como principal consecuencia el fracaso del tratamiento y, por tanto, el progreso de la enfermedad. Según indica el marco de trabajo del Africa CDC para los años 2018-2023, el Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos (en inglés, GLASS) de la OMS predice un aumento de la resistencia en el continente africano, particularmente en el caso del VIH. A este respecto, la Unión Africana señala que:

Globalmente, la resistencia a los medicamentos causa una estimación de 700.000 muertes cada año y, si las tendencias actuales continúan, la resistencia antimicrobiana podría generar más de 10 millones de muertes por año y más de 100 trillones de dólares en pérdidas a nivel mundial para 2050 (AU, 2018b: 4).

Para llevar a cabo las tareas encomendadas, el CDC de África tiene pensado establecer, hasta 2023, una Red de Vigilancia de Resistencia Antimicrobiana (AMRSNET, en inglés), que integre a personal de los Institutos Nacionales de Salud Pública de África, epidemiólogos, expertos en políticas de laboratorio, etc. Las actividades a lo largo del continente serán implementadas por cinco Centros Colaboradores Regionales, situados en Egipto, Gabón, Kenia, Nigeria y Zambia, para cubrir las regiones de África del Norte, Central, Oriental, Occidental y Meridional, respectivamente. De esta forma, se pretende crear una Red de Laboratorios y Supervisión Integrada Regional (RISLNET, en inglés) para una comunicación y coordinación óptima. Un estudio detallado permitirá, en

próximos trabajos, evaluar el arranque y la logística de estas herramientas sanitarias que, sin duda, serán un gran paso hacia el control de la infección por VIH/SIDA y otras enfermedades.

2.2.El Plan para la Fabricación de Productos Farmacéuticos en África
Este Plan se adoptó en abril de 2007 en la Conferencia de Ministros africanos de Salud, celebrada en Johannesburgo; y fue aprobado en julio del mismo año por los Jefes de Estado y de Gobierno en Accra. Surge ante la necesidad de acceder a medicamentos esenciales y de calidad, a un coste asequible, tratando de reducir la dependencia respecto de las farmacéuticas extranjeras (principalmente, China e India). Así, siguiendo las directivas de la Conferencia de Ministros africanos de Salud celebrada en Namibia en 2011, la Comisión de la UA, junto con la Organización para el Desarrollo Industrial de las Naciones Unidas (UNIDO, de sus siglas en inglés), elaboró en 2012 un Plan de Negocios para agilizar la implantación de esta producción farmacéutica en África (AU y UNIDO, 2012: 22).

En él, se propone un paquete de soluciones genéricas, entre cuyos pilares se encuentran el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos necesarios para cubrir las funciones altamente cualificadas de esta industria; acceso a financiación e incentivos por tiempo limitado; y fortalecimiento de sistemas reguladores (*ibid*: 57). El mayor problema, tal y como indica el propio Plan de Negocios, es que hay muy pocos fabricantes de medicamentos contra el VIH y la malaria en África que cuenten con un certificado internacional, es decir, una pre-calificación de la OMS o la aprobación por un regulador riguroso (*ibid*: 54). En consecuencia, la implementación de este Plan llevará tiempo y, posiblemente, vaya en paralelo a las iniciativas para la armonización

regulatoria de medicamentos africanos. Se estima un presupuesto inicial de 54 millones de dólares durante cinco años (*íbid*: 103), así como la creación de un consorcio. En caso de éxito, este Plan no sólo permitiría un suministro sostenible de medicamentos, mejorando el sector sanitario, sino que también tendría un impacto en el ámbito económico.

2.3. La Agencia Africana del Medicamento

En la primera reunión de Ministros africanos de Sanidad convocada conjuntamente por la Comisión de la UA y la OMS (en abril de 2014), mencionada en el apartado 2.1., se dieron también los primeros pasos hacia el establecimiento de la Agencia Africana del Medicamento (AMA, de sus siglas en inglés) y se reconoció su importancia en la mejora del acceso a productos médicos de calidad. Además, se subrayó la importancia de determinar el alcance de los medicamentos o productos médicos que la AMA iba a abarcar y se sugirió extenderlo a la medicina tradicional, enfatizándose también la necesidad de desarrollar una aproximación multisectorial y multiestatal para controlar y monitorizar la circulación de los fármacos (AU y WHO, 2014: 6-7).

Tal y como se estableció en 2015, en la primera reunión del Comité Técnico Especializado en Salud, Población y Control de fármacos, el objetivo de establecer la AMA es favorecer las iniciativas que buscan armonizar los distintos sistemas de regulación de fármacos y fortalecer el trabajo en red para aprovechar al máximo los pocos recursos disponibles (AU, 2015b: 1). En este sentido, esta propuesta está muy relacionada con el Plan de Fabricación de Productos Farmacéuticos para África, que permite agrupar a profesionales con talento para fomentar su desarrollo en el campo de la innovación, la investigación y la producción de

medicamentos. Una de las funciones que se le asignaron al grupo de trabajo sobre la AMA es que diseñara un Plan de Acción de cuatro años para su implementación (inicialmente, de 2015 a 2018). Actualmente, sólo existe un documento de trabajo que propone una hoja de ruta a largo plazo desde el 2015 al 2022 (AU, 2016c). Todo indica que el establecimiento de esta Agencia será un proceso lento.

CONCLUSIONES

En este ensayo, hemos realizado un recorrido por las Declaraciones más importantes adoptadas por la Unión Africana en torno a la infección por VIH/SIDA. Desde los marcos generales del Acto Constitutivo de la UA y de la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos (junto con el Protocolo por los Derechos de las Mujeres), hasta resoluciones relativas al ámbito de la salud y, en concreto, de la epidemia del SIDA. De este modo, hemos visto las políticas adoptadas por la UA en consonancia con la visión del África unida, próspera y saludable de la Agenda 2063.

La UA está intentando implementar medidas concretas, como las relativas al Centro de Control y Prevención de Enfermedades de África, el Plan de Fabricación de Productos Farmacéuticos para África (PMPA, de sus siglas en inglés) y la Agencia Africana del Medicamento. El Africa CDC es un proyecto que muestra pequeños avances sostenidos a lo largo del tiempo y que tiene muchas posibilidades de constituirse, con financiación y apoyo institucional, en un polo de interconexión que pueda ganar experiencia del análisis de los aciertos y errores en la gestión de coyunturas sanitarias precedentes, asentándose como un referente a nivel epidemiológico en el continente africano. En apenas cinco años de existencia, ya ha podido actuar en brotes de meningitis y fiebre de Lassa

en Nigeria, en marzo de 2017; así como en el brote de ébola de la República Democrática del Congo, de julio a septiembre de 2017, aparte de la reciente pandemia por SARS-CoV-2. No obstante, las estrategias del PMPA y la AMA parecen estar bastante más paralizadas. El fracaso parcial de estas dos iniciativas se debe a que la UA está intentando implementar tres proyectos mastodónticos en paralelo y, en este contexto, la escasez de recursos se agudiza.

Es necesario seguir trabajando en el establecimiento de un CDC sólido en África, que pueda ser líder en el sector de la salud mediante estrategias de control y prevención de múltiples enfermedades y que se guíe por el conocimiento local y la propia idiosincrasia africana, sin seguir a pies juntillas modelos occidentales de escasa eficacia en según qué contextos. Además, un CDC bien asentado fomentaría la economía de todo el continente africano porque, aunque la sede se encuentre en Adís Abeba y sólo haya cinco Centros Colaboradores Regionales más, esta estrategia se basa en el establecimiento de contactos con laboratorios y centros distribuidos por toda África para alcanzar una vigilancia epidemiológica eficaz. Una vez consolidado ese proyecto, posiblemente sería más fácil implantar el PMPA, idealmente de forma acompañada con el establecimiento de la AMA. En resumen, África está dando pequeños pasos en la dirección correcta hacia el establecimiento de medidas que puedan favorecer el control de la epidemia del VIH/SIDA en el continente. Queda mucho trabajo por hacer y muchos recursos que movilizar, pero el avance, aunque lento, es constante.

Cabe destacar que todas estas políticas de la Unión Africana siempre tienen lugar en un escenario de lucha global contra el VIH/SIDA, que afecta a muchos otros actores fuera del continente. En ese sentido, hay

que subrayar la enorme colaboración que la UA tiene con ONUSIDA y con otras agencias de la ONU. Dada la envergadura de las políticas de la Unión Africana, no hemos podido abordar otros aspectos relacionados con la incipiente colaboración Sur-Sur en relación con el VIH/SIDA y con el modo en que las políticas de la UA se plasman o se manifiestan en la política nacional de los distintos Estados africanos. Todas estas cuestiones son enormemente interesantes y abren la puerta a futuros estudios en este campo.

Bibliografía

AU, African Union (2000) *Constitutive Act*, en <https://au.int/en/constitutive-act> (última consulta: 14/11/2021).

AU, African Union (2002) *First Ordinary Session. Assembly of the African Union, Declaration, Ass/AU/Dec. 1-5(I) & Ass/AU/Dec1. 1-3(I), Durban, South Africa, 9–10 July*, en <https://au.int/en/decisions/assembly-heads-state-and-government-first-ordinary-session>

AU, African Union (2003) *Protocol to the African Charter on Human and Peoples' Rights on the Rights of Women in Africa*, pp. 24, en <https://au.int/en/treaties/protocol-african-charter-human-and-peoples-rights-rights-women-africa>

AU, African Union (2006) *Abuja Call for Accelerated Action towards Universal Access to HIV and AIDS, Tuberculosis and Malaria Services in Africa*, en: https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2006_abuja_call.pdf

- AU, African Union (2012) *Roadmap on Shared Responsibility and Global Solidarity for AIDS, TB and Malaria Response in Africa*, 3 July, en https://apf.francophonie.org/IMG/pdf/5c-annexe_2_rapport_sur_le_vih_c_levrat_suisse_feuille_de_route_d_e_l_union_africaine_anglais.pdf
- AU, African Union (2013) *Abuja actions toward the elimination of HIV and AIDS, tuberculosis and malaria in Africa by 2030*. Declaration of the Special Summit of AU on HIV/AIDS, TB and Malaria (ATM), Abuja, Nigeria, 12–16 July, en https://au.int/sites/default/files/documents/30729-doc-abuja_declaration_on_hiv_etc_special_summit_-_english.pdf
- AU, African Union (2014) *Decisions and Declarations of the Twenty-Second Ordinary Session on the Assembly of the African Union*, Assembly/AU/Dec.499(XXII), en https://au.int/sites/default/files/decisions/9659-assembly_au_dec_490-516_xxii_e.pdf
- AU, African Union (2015a) *Catalytic Framework to End AIDS, TB and Eliminate Malaria in Africa by 2030. Stride towards sustainable health in Africa*, en https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-catalytic_framework.pdf
- AU, African Union (2015b) *Briefing note on the African Medicine Agency*. First Meeting of the Specialised Technical Committee on Health, Population and Drug Control (STC-HPDC-1), Addis Ababa, Ethiopia, 13-17 April, en https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/28074-wd-stc-briefing_notes_on_african_medicines_agency_ama_-_english.pdf

- AU, African Union (2016a) *Assembly of the Union. Twenty-Seventh Ordinary Session, 17-18 July, Kigali, Rwanda*, en https://au.int/sites/default/files/decisions/31274-assembly_au_dec_605-620_xxvii_e.pdf
- AU, African Union (2016b) *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health*, en https://au.int/sites/default/files/documents/31331-doc-au_scorecard_-_final_english.pdf
- AU, African Union (2016c) *African Medicines Agency. Business Plan*, en https://au.int/sites/default/files/newsevents/workingdocuments/30386-wd-ama_business_plan_draft_10_feb_2016.pdf
- AU, African Union (2018a) *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health, 2018*, en http://www.afmeurope.org/wp-content/uploads/2018/07/A3_Africa-Scorecard_2018_en_hires.pdf
- AU, African Union (2018b) *Africa CDC Framework for Antimicrobial Resistance 2018-2023*, en <https://africacdc.org/download/africa-cdc-framework-for-antimicrobial-resistance/>
- AU, African Union (2019a) *African Union Handbook 2019. A guide for those working with and within the African Union*, en https://au.int/sites/default/files/pages/31829-file-au_handbook_2019_english.pdf
- AU, African Union (2019b) *List of countries which have signed, ratified/acceded to the Protocol to the African Charter on Human and People's rights on the Rights of Women in Africa*, en <https://au.int/sites/default/files/treaties/37077-sl-PROTOCOL%20TO%20THE%20AFRICAN%20CHARTER%20ON%20HUMAN%20AND%20PEOPLE%27S%20RIGHTS%20O>

[N%20THE%20RIGHTS%20OF%20WOMEN%20IN%20AFRICA.pdf](#) (última consulta: 14/11/2021).

AU, African Union (2019c) *Africa Scorecard on Domestic Financing for Health, 2019*, en <https://scorecard.africa/table>

AU, African Union (2021) *African Union Handbook 2021. Arts, culture and heritage: Levers for building the Africa we want*, pp. 270, en https://au.int/sites/default/files/documents/31829-doc-AU_HBK_2021_-_ENGLISH_web.pdf

AU & UNIDO, African Union and United Nations Industrial Development Organization (2012) *Pharmaceutical Manufacturing Plan for Africa. Business Plan*, pp. 104, en https://au.int/sites/default/files/pages/32895-file-pmpa_business_plan.pdf

AU & WHO, African Union and World Health Organization (2014) *First meeting of African Ministers of Health jointly convened by the AUC and WHO*, Luanda, Angola, 16–17 April, pp. 57, en <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-07/volume-1-ministerial-meeting-final-en.pdf>

AUC, African Union Commission (2015a) *Agenda 2063. Framework Document. The Africa We Want*, en https://uclgafrica-alga.org/wp-content/uploads/2019/06/INL_Agenda-2063-Technical-Document.pdf (última consulta: 14/11/2021)

AUC, African Union Commission (2015b) *Agenda 2063. The Africa we want. Popular version*, en https://au.int/sites/default/files/documents/36204-doc-agenda2063_popular_version_en.pdf (última consulta: 14/11/2021).

AUC, African Union Commission (2016) *Ending Child Marriage and Stopping the Spread of HIV... Opportunities and challenges for action*, pp. 40, en https://au.int/sites/default/files/documents/31788-doc-desk_review_on_the_linkages_of_child_marriage_and_hiv.pdf

BÁEZ MELIÁN, J. M. (2008). “Un análisis crítico del actual sistema internacional de cooperación al desarrollo”, en *Estudios Económicos de Desarrollo Internacional*, 8, 2, pp. 21–40.

BAVINTON, Benjamin; Pinto, Angie; Phanuphak, Nittaya, *et al.* (2018) “Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study”, *The Lancet HIV*, 5, 8, pp. e438-47 ([https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(18\)30132-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(18)30132-2/fulltext))

doi: 10.1016/S2352-3018(18)30132-2.

CDC, Centers for Disease Control (1981) “Pneumocystis Pneumonia --- Los Angeles”, *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 30 (21), pp. 250-252 (https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/june_5.htm) (última consulta: 12/11/2021)

CL-UAH, Clínica Legal de la Universidad de Alcalá (2019) «La responsabilidad penal por la transmisión del VIH», en https://pactosocialvih.es/wp-content/uploads/11_UAlcala_responsabilidad_penal_baja.pdf (última consulta: 16/06/2022).

COHEN, Myron; Chen, Ying; McCauley, Marybeth, *et al*; HPTN 052 Study Team (2011) “Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy”, en *The New England journal of medicine*,

365 (6), pp. 493-505

(<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1105243?articleTools=true>)

doi:10.1056/NEJMoa1105243.

FARIA, Nuno; Rambaut, Andrew; Suchard, Marc, *et. al.* (2014) “HIV epidemiology. The early spread and epidemic ignition of HIV-1 in human populations”, en *Science*, 346, pp. 56–61.

MEDICUSMUNDI & MÉDICOS DEL MUNDO (2019) “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2019”, en http://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5e00a24a56d6f_informe-2019-medicusmundi-con-indice.pdf

MUSUNGU Y DUTFIELD (2003) *Acuerdos Multilaterales y un mundo ADPIC plus: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI)*, en <https://quno.org/sites/default/files/resources/Multilateral-Agreements-in-TRIPS-plus-Spanish.pdf>

OAU, Organization of African Unity (1981) *African (Banjul) Charter on Human and People’s Rights*, pp. 18, en <https://www.achpr.org/legalinstruments/detail?id=49> (última consulta: 14/11/2021)

OAU, Organization of African Unity (1990) *African Charter on the Rights and Welfare of the Child*, pp. 34, en <https://au.int/en/treaties/african-charter-rights-and-welfare-child>

OAU, Organization of African Unity (2001) *Abuja Declaration on HIV/AIDS, tuberculosis and other related infectious diseases, OAU/SPS/ABUJA/3*. African Summit, Abuja, Nigeria, 24–27 April

2001, pp. 8, en <https://au.int/sites/default/files/pages/32894-file-2001-abuja-declaration.pdf>

OBASANJO (2004) AIDS Watch Africa. An instrument for promoting AIDS responses in Africa, en https://data.unaids.org/una-docs/awa_brochure_en.pdf

ONUSIDA (2021) “Hoja informativa 2021”, en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf (última consulta: 12/11/2021)

PETTIFOR, Audrey; MacPhail, Catherine; Nguyen, Nadia; *et al.* (2013) “Can money prevent the spread of HIV? A review of cash payments for HIV prevention”, en *AIDS and Behaviour*, 16, 7, pp. 1729–38 doi: 10.1007/s10461-012-0240-z.

PNUD, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (1990) *Desarrollo Humano Informe 1990*, Tercer Mundo Editores, Colombia, Oxford University Press (ISBN 958-601-283-2), en http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf

RODGER, Alison; Cambiano, Valentina; Bruun, Tina, *et al*; PARTNER Study Group (2016) “Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy”, en *Journal of the American Medical Association*, 316 (2), pp. 171-81 (<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2533066>)

doi: 10.1001/jama.2016.5148.

RODGER, Alison; Cambiano, Valentina; Bruun, Tina, *et al*; PARTNER Study Group (2019) “Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking

suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study”, en *Lancet*, 393 (10189), pp. 2428-38

(<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2819%2930418-0>)

doi: 10.1016/S0140-6736(19)30418-0.

RODRÍGUEZ C., Marcelo (2021) “Las pandemias precedentes a la COVID-19: de la peste de Atenas a la peste rosa”, en *Ciencias Psicológicas* 15, 1: e-2555.

doi.org/10.22235/cp.v15i1.2555.

SAMPATH, Shrikanth; Khedr, Anwar; Qamar, Shahraz; *et al.* (2021). “Pandemics throughout the history”, en *Cureus*, 13, 9.

doi: 10.7759/cureus.18136.

UN (1970). General Assembly resolution A/RES/2626(XXV) of 24 October 1970: International Development Strategy for the Second United Nations Development Decade, en [https://undocs.org/en/A/RES/2626\(XXV\)](https://undocs.org/en/A/RES/2626(XXV))

UNAIDS (2017). *Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets*, en

http://www.unaids.org/en/resources/documents/2017/20170720_Global_AIDS_update_2017

UNAIDS (2021) “UNAIDS Data 2020”, pp. 436, en https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf (última consulta: 12/11/2021)

UNDP, United Nations Development Programme (2008) *Compendium of key documents relating to human rights and HIV in Eastern and Southern Africa*, en:

<https://www.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/hiv-aids/compendium-of-key-documents-re-human-rights-hiv-in-eastern-and-southern-africa/203.pdf>

WTO, World Trade Organization (2001). *Declaration on the TRIPS agreement and public health*. WT/MIN(01)/DEC/2. Adopted on 14 November 2001. Fourth session of the Ministerial Conference, en: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.pdf (última consulta 02/02/2022)

WTO, World Trade Organization (2002) Prórroga del período de transición previsto en el párrafo 1 del artículo 66 del Acuerdo sobre los ADPIC para los países menos adelantados Miembros con respecto a determinadas obligaciones relativas a los productos farmacéuticos, en <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=s:/IP/C/25.pdf&Open=True>

WTO, World Trade Organization (2015) *Extension of the transition period under article 66.1 of the TRIPS Agreement for least developed country members for certain obligations with respect to pharmaceutical products*, en <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=q:/IP/C/73.pdf&Open=True>

WTO, World Trade Organization (2017) *Agreement on trade-related aspects of intellectual property rights (as amended on 23 January 2017)*, en https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/31bis_trips_e.pdf