

TOMANDO LAS RIENDAS

Lucha contra el sida: lecciones para la próxima década

© Laura McCullagh



CAMPAÑA PARA EL	
ACCESO	
A	
MEDICAMENTOS ESENCIALES	

Patongo, Distrito de Pader, Uganda.



CONTENIDOS

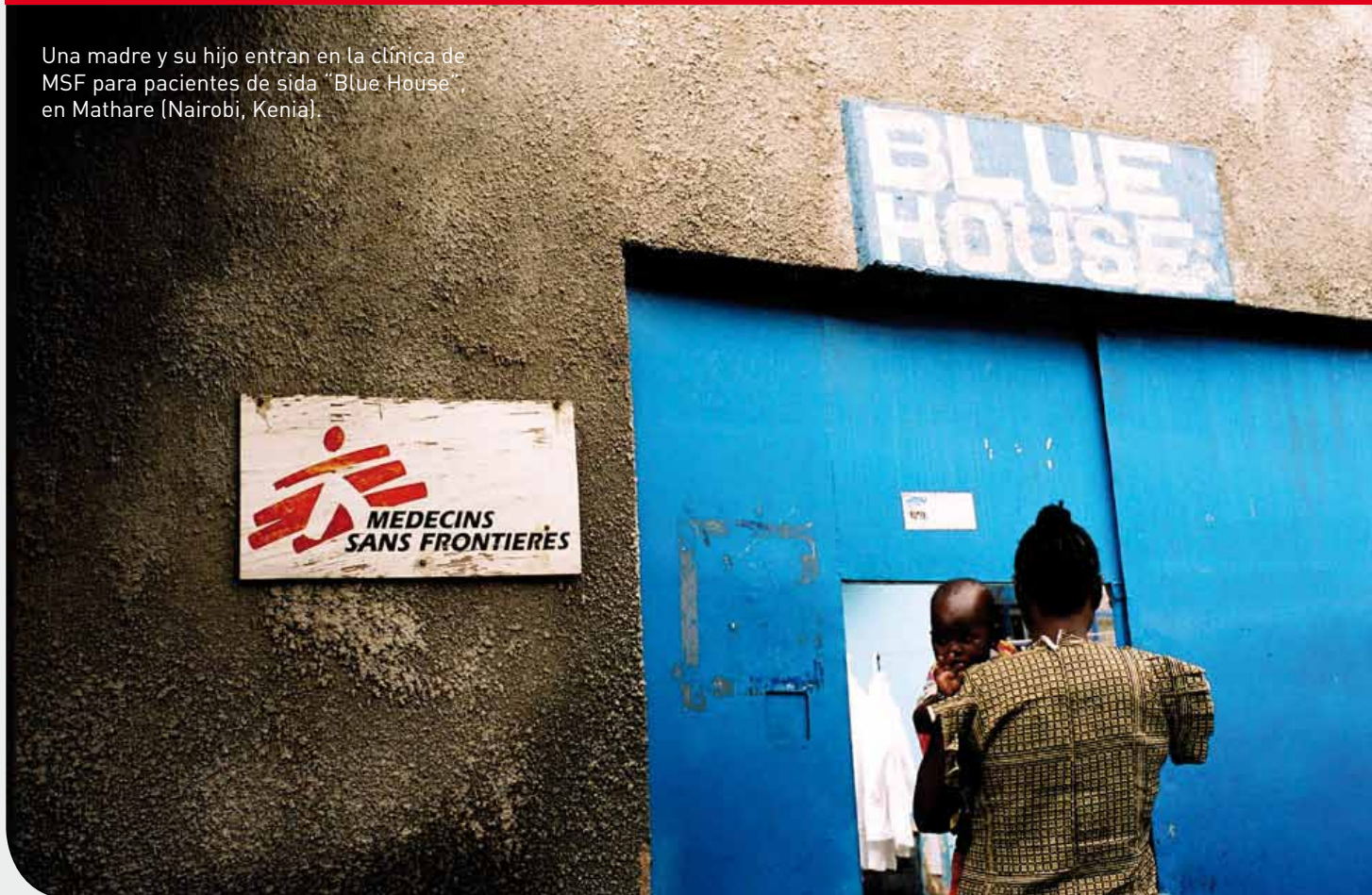


INTRODUCCIÓN	02
EL IMPACTO DE LA TAR	04
ADELANTÁNDONOS A LA OLA DE NUEVOS CONTAGIOS	06
LECCIONES DE LA PRIMERA DÉCADA	07
1. MEJOR TRATAMIENTO, Y ANTES	08
Tratar al paciente antes de que enferme	08
Administrar mejores medicamentos	08
Prevenir la transmisión del VIH a los recién nacidos	09
2. TRATAMIENTO DISPONIBLE EN CADA CLÍNICA	10
Descentralizar y proporcionar ARV en atención primaria	10
Integrar la atención al VIH y la TB	11
Traspaso de tareas sanitarias para apoyar la ampliación de la TAR	11
INNOVACIÓN: UNA MIRADA A LA CARTERA DE NUEVOS FÁRMACOS	14
Mejores medicamentos a precios más bajos	15
Una prometedora cartera de nuevos medicamentos que supondrán nuevas formas de administración	15
Pruebas diagnósticas y de seguimiento más simples en desarrollo	15
EL IMPACTO DE LA RETIRADA DE LOS FINANCIADORES INTERNACIONALES	18
Malawi: una historia de éxitos amenazada	19
Zimbabue: obligado a aflojar el paso	19
Uganda: retirada del tratamiento	19
RDC: reducción del tratamiento	19
IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS ADECUADAS	20
Apoyo a las metas globales de tratamiento y ampliación de la mejor asistencia posible	21
Incrementar los fondos para el tratamiento del VIH y explorar nuevos mecanismos de financiación	21
Mantener bajo control el coste de los medicamentos	22
Apoyo a la investigación y desarrollo de mejores herramientas	23
CONCLUSIÓN	24
ANEXOS	26
Resultados del estudio	26
Implementando las políticas adecuadas	28
Barreras derivadas de la propiedad intelectual	29

INTRODUCCIÓN

© William Martin/MSF

Una madre y su hijo entran en la clínica de MSF para pacientes de sida "Blue House", en Mathare (Nairobi, Kenia).



© Brendan Bannon

“
Los medicamentos antirretrovirales han cambiado mi vida por completo. Solía caer enfermo con frecuencia y perdí mucho peso. Sin estos medicamentos no estaría aquí. No he tenido ni un solo problema grave de salud desde que empecé a tomarlos. Me han salvado la vida.

”
Luis Júnior Mariquele, Mozambique.

Médicos Sin Fronteras (MSF) empezó a proporcionar terapia antirretroviral (TAR) para el VIH/sida en 2000 en Tailandia, Camerún, y Sudáfrica, a un número limitado de personas que lo necesitaban con urgencia. En aquella época, el personal sanitario tenía que hacer frente a pacientes muy enfermos en abarrotadas salas de espera. La organización, que empezó proporcionando tratamiento en proyectos específicos de VIH/sida, ha ido descentralizando estas actividades (incluyendo prevención, tratamiento y atención) a las estructuras de atención primaria de salud, y asociándose con los Ministerios de Salud para dispensar asistencia a estos pacientes.

En el transcurso de la última década, MSF ha sido testigo una y otra vez de cómo el tratamiento ayuda a reducir la carga de enfermedad y muerte en las comunidades en las que trabaja. Hoy, MSF trata a más de 170.000 personas en 19 países, y algunos de sus proyectos han podido alcanzar y mantener en sus distritos el denominado 'acceso universal' al tratamiento*.

Más allá de MSF, en los últimos años se han logrado avances considerables. El llamamiento, en 2001, del entonces secretario general de la ONU, Kofi Annan, a la movilización de los financiadores para un verdadero “esfuerzo de guerra” en la lucha contra el sida, condujo a un esfuerzo internacional sin precedentes a favor de la atención y el tratamiento en algunos de los países más pobres y afectados del mundo. En 2002 fue creado el Fondo Global para la Lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis, seguido al año siguiente por el Plan Presidencial de Emergencia de Respuesta al Sida del Gobierno estadounidense (PEPFAR). Ambas iniciativas financian actualmente el tratamiento del 81% de los más de seis millones de personas que siguen hoy con vida gracias a la terapia antirretroviral en el mundo.¹

Este es un avance importante, pero sigue habiendo una brecha en el tratamiento: diez millones de personas más lo necesitan con urgencia y no lo están recibiendo, y muchas de ellas morirán en los próximos años si no lo consiguen. Reconociendo esta laguna, el secretario general de la ONU, Ban Ki-Moon, realizó recientemente un nuevo llamamiento para alcanzar en 2015 el objetivo de al menos 13 millones de personas en tratamiento. Otros actores implicados en la lucha contra el sida consideran que el objetivo debe elevarse hasta los 15 millones.^{2,3}

MSF y otros agentes de salud han aprendido mucho en los últimos años sobre la forma de llegar a más pacientes sin comprometer la calidad de la atención. Ampliar el acceso a tratamiento de las personas con VIH puede reducir la carga de enfermedad y muerte, así como prevenir nuevos contagios. Y al hacerlo de forma inteligente, y con las políticas adecuadas, los costes asociados al VIH pueden reducirse, permitiendo por tanto que más personas accedan a tratamiento. Las últimas evidencias científicas demuestran que la terapia antirretroviral no sólo salva vidas, sino que también previene la transmisión del virus de una persona a otra. Por tanto, tratar el VIH también es prevenirlo, y puede frenar la propagación de la epidemia.

Este informe detalla la experiencia de MSF en la implementación de estrategias de tratamiento para mejorar la atención y reducir costes para los pacientes y para los sistemas de salud, y presenta los

resultados de un estudio realizado en 16 países en los que trabaja la organización**, tanto países endémicos como hiper-endémicos de renta baja y media, que suman el 52,5% de la carga mundial de VIH/sida.

Los avances conseguidos en la implementación de las guías de tratamiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como otras estrategias importantes de mejora del acceso en los países en desarrollo, dibujan el escenario de las fortalezas y debilidades actuales de la respuesta internacional al sida. La mayoría de los países cuentan ya con políticas para una mejor gestión de la coinfección con VIH y tuberculosis (TB); para la integración del VIH y los servicios de salud materna; y para el acercamiento de la atención a los lugares donde viven los pacientes, a través de las estructuras y trabajadores sanitarios locales ya existentes. Pero la mayor parte de los países con mayor incidencia de VIH aún siguen intentando llevar el tratamiento a más del 50% de las personas que lo necesitan con urgencia, o dispensar la terapia en más del 50% de las estructuras sanitarias.

Aunque el avance hasta la fecha no hubiera sido posible sin apoyo financiero externo, se requerirá una mayor movilización de recursos nacionales e internacionales para lograr el acceso a tratamiento, y reducir así de una vez por todas la carga de infección, enfermedad y muerte. Los más de seis millones de vidas salvadas en los últimos diez años son la prueba fehaciente de que los esfuerzos realizados han dado sus frutos. Y ahora, con las evidencias que demuestran los beneficios de la terapia como prevención, se podría conseguir mucho más en la próxima década.

Los gobiernos convocados a la próxima Reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre el Sida, que se celebrará entre el 8 y el 10 de junio de 2011 en Nueva York para diseñar el plan de respuesta a la pandemia para la próxima década, deberán renovar y confirmar su compromiso de llevar el tratamiento a todas las personas que lo necesiten, así como respaldar el establecimiento de metas globales de tratamiento ambiciosas y asegurar la puesta en marcha de políticas que mejoren la calidad de la asistencia, alivien la carga económica en pacientes y sistemas de salud, reduzcan el coste de los medicamentos y fomenten la muy necesaria innovación médica.

* Se considera alcanzado el acceso universal cuando el 80% de las personas que necesitan tratamiento lo reciben.

** Camerún, Etiopía, Guinea, India, Kenia, Lesoto, Malawi, Mozambique, Myanmar, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Suazilandia, Sudáfrica, Uganda, Zambia y Zimbabue.

EL IMPACTO DE LA TAR

“Recuerdo cuando empecé a tratar a pacientes con antirretrovirales en Mozambique: llegaban tan enfermos y débiles debido a la enfermedad que apenas pesaban unos pocos kilos y sus propias abuelas cargaban con ellos hasta la clínica. Pero pasado un año, tras iniciar la terapia, estas mismas personas eran capaces de llegar a la clínica por su propio pie en busca de su medicación. Era sorprendente.”

Dr. Gilles Van Cutsem, MSF, Sudáfrica.

- **Menos muertes.** Globalmente, las muertes por VIH disminuyeron en un 19% entre 2004 y 2009, a medida que el acceso a tratamiento aumentaba.⁴ En el distrito de Thyolo (Malawi), MSF estima que se salvaron más de 10.000 vidas entre 2000 y 2007 debido a la ampliación de la atención a pacientes de VIH/sida y su tratamiento con antirretrovirales.⁵
- **Menos enfermedad.** La TAR reduce el riesgo de contraer la TB en un 67%, y el riesgo de muerte por la misma hasta en un 95%.⁶ En Malawi, MSF documentó un descenso del 42% de nuevos casos de TB entre 2005 y 2010, periodo durante el cual el acceso a TAR se había ampliado y la cobertura se había mantenido en un nivel muy elevado.⁷ La disponibilidad de la TAR también reduce la incidencia de otras infecciones: en un estudio realizado en Uganda, la provisión de antirretrovirales y del antibiótico cotrimoxazol se asoció a un descenso de un 64% en la incidencia de malaria.⁸
- **Menos contagios por VIH.** Un estudio realizado en siete países africanos reveló que la TAR reducía la transmisión del virus en un 92% entre parejas en las que una de las partes era VIH-positiva y recibía tratamiento y la otra VIH-negativa.⁹ Según el Programa de la ONU contra el Sida (ONUSIDA), la ampliación del tratamiento y las estrategias de prevención podrían reducir el número de nuevas infecciones a la mitad, evitando así más de un millón de nuevos contagios cada año.¹⁰ En el programa apoyado por MSF en Khayelitsha (Sudáfrica), la TAR se asocia con la reducción de la tasa de mujeres embarazadas VIH-positivas, que pasó del 31% en 2008 a un 26% en 2010.
- **Menos mortalidad entre las mujeres embarazadas.** La TAR ayuda a impedir la mortalidad entre las mujeres embarazadas VIH-positivas.¹¹ El VIH es una de las principales causas de mortalidad materna en países con una elevada prevalencia, y el factor principal en cerca del 20% de todas las muertes maternas. En Lesoto, el tercer país con mayor prevalencia del VIH, se estima que un 58,9% de las muertes maternas están relacionadas con el sida.¹² De hecho, en este país, MSF se prepara para lanzar un nuevo proyecto para reducir la mortalidad materna proporcionando atención integral al VIH y la TB como parte de los controles prenatales.
- **Menos huérfanos del sida.** Según un estudio reciente, la TAR podría evitar que más de 4 millones de niños en diez países africanos quedasen huérfanos por culpa del sida para el año 2020.¹³
- **Menos mortalidad en bebés.** Proporcionar la TAR a madres embarazadas y profilaxis a los bebés reduce la mortalidad de estos últimos, al disminuirles la carga viral, y por tanto las infecciones asociadas al VIH. En Thyolo, Malawi, al ampliar las pruebas del VIH y proporcionar la TAR a mujeres embarazadas, la proporción de recién nacidos que dieron positivo al VIH disminuyó del 13,3 al 6,1% entre 2007 y 2010.
- **Menos coste.** Existen pruebas claras de los beneficios económicos de la TAR para las familias,¹⁴ y los modelos existentes sugieren que el acceso universal al tratamiento es rentable a medio y largo plazo.¹⁵ Varios estudios han puesto de manifiesto que la terapia precoz resulta rentable puesto que reduce la mortalidad, la enfermedad y el tiempo de hospitalización.¹⁶ Retrasar hoy la provisión de tratamiento para ahorrar gastos tendrá probablemente un coste adicional a medio plazo.¹⁷
- **Sistemas de salud más sólidos:** Los programas de VIH han demostrado que refuerzan los sistemas de salud, al fortalecer la prestación de servicios, los recursos humanos, los sistemas de información, la situación presupuestaria y el liderazgo.^{18,19} La TAR también reduce el tiempo de hospitalización y alivia unos sistemas de salud sobrecargados. Informes de los programas de MSF han revelado que la atención al VIH contribuye a mejorar la respuesta y la prestación de los servicios de atención primaria de salud.^{20,21,22}

Un niño coinfectado con VIH y TB, junto con su abuelo. Desde que comenzó el tratamiento con ARV, su salud ha mejorado significativamente. Myanmar.



Las últimas evidencias científicas demuestran que tratar a personas con VIH no sólo combate la enfermedad que padecen, sino que detiene el contagio del virus. De hecho, la evidencia dice que, en las personas en tratamiento antirretroviral, el contagio del virus se reduce en un 90% en relación con las personas que no están en tratamiento. Esto nos lleva a un mundo completamente nuevo, donde no sólo tratamos a los pacientes con antirretrovirales, sino que además podemos aspirar a reducir los nuevos contagios en la comunidad.



Dra. Isabelle Andrieux-Meyer,
asesora de VIH, Campaña de Acceso a
Medicamentos Esenciales de MSF.

Este niño de 10 años de Myanmar quedó huérfano cuando sus padres murieron de sida. Él, que también era VIH-positivo, fue abandonado en un mercado. Una mujer le encontró y cuidó de él, hasta que finalmente consiguió reunirlo con su abuelo, de 79 años. En 2008 empezó a recibir tratamiento antirretroviral.

“No podía dormir bien cuando estaba muy enfermo –explica el pequeño–. Me despertaba en plena noche. No podía comer nada. Sólo bebía agua pero siempre la vomitaba. Tenía diarrea todo el tiempo. Estoy más contento ahora que tomo antirretrovirales. Puedo comer y dormir bien, y quiero jugar y estar siempre contento”.

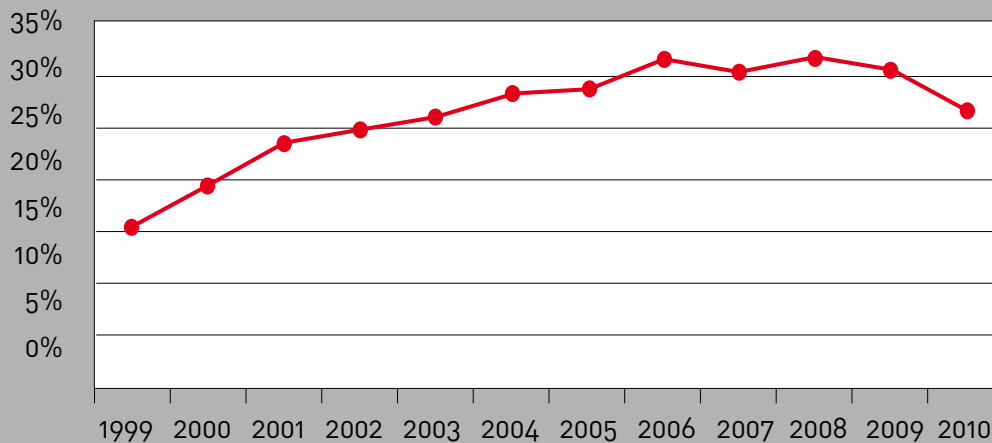
“Desde que está medicándose tiene mejor aspecto. Come más y juega mucho. Antes de tomar el tratamiento, siempre estaba tan triste... –recuerda su abuelo–. Pero ahora juega como un mono e incluso le regañamos porque juega demasiado. Lleva tres meses recibiendo tratamiento y su estado de salud ha mejorado significativamente.

Recuerdo a mi hija, su madre, que también estaba enferma con VIH, y pienso que si hubiese sabido que existía este tratamiento y hubiese acudido a la clínica, ahora no estaría muerta”.



ADELANTÁNDONOS A LA OLA DE NUEVOS CONTAGIOS

Reducción de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas en Khayelitsha.



Khayelitsha es un gran suburbio de Ciudad del Cabo (Sudáfrica), con una población superior a 500.000 habitantes, y una de las cargas más altas tanto de VIH como de TB del mundo. Se estima que un 16% de la población adulta es VIH-positiva. MSF empezó proporcionando la TAR en Khayelitsha en mayo de 2001, y hoy apoya el tratamiento de más de 17.000 personas.

Existen indicios de que, con la ampliación del tratamiento en Khayelitsha, el número de nuevas infecciones por VIH se ha reducido. Según un análisis de la prevalencia del VIH en mujeres embarazadas, la proporción de VIH-positivas que acudía a los controles prenatales aumentó del 15,4% en 1999 al 31,4% en 2008. Para 2010, ese porcentaje se redujo al 26,5%. Aunque otros factores como el cambio en los patrones de mortalidad, migratorios y de conducta pueden haber influido en esta reducción, la ampliación de la TAR se considera el factor que más ha contribuido a reducir el número de nuevas infecciones.

En 2011, MSF abrirá un programa piloto en Sudáfrica con la meta de reducir la nueva incidencia de VIH, es decir, el número de nuevas infecciones. El proyecto se situará en una zona rural y periurbana de la provincia de KwaZulu-Natal. Desde 1990, KwaZulu-Natal ha registrado las mayores tasas de VIH del país, con una alarmante prevalencia del 39,5% en mujeres embarazadas,²³ y del 25% en la población adulta general.²⁴ Basándose en la evidencia científica más reciente* de que la TAR puede reducir la incidencia del VIH, así como la de otras infecciones (en particular la tuberculosis) y su mortalidad asociada, MSF trabajará estrechamente con la comunidad y las autoridades de salud locales para demostrar los beneficios de aumentar masivamente la respuesta y cobertura de las pruebas del VIH, la cobertura de la TAR y la adherencia al tratamiento.

* La terapia antirretroviral reduce la transmisión del virus de madre a hijo (García et al., New England Journal of Medicine, 1999). Varios estudios han demostrado que la carga viral es el principal vaticinador de la transmisión del VIH (Quinn et al., NEJM, 2000) y que el tratamiento puede reducir el riesgo de contagio heterosexual en un 92%. En Taiwán, la ampliación del tratamiento con ARV condujo a una reducción del 53% en los nuevos contagios (Fang et al., Infect. Dis., 2004) y, más recientemente, otra investigación demostró la existencia de una fuerte asociación entre el incremento de la cobertura con ARV y la reducción de la carga viral, por un lado, y por otro la reducción del número anual de nuevos diagnósticos de VIH entre consumidores de droga por vía intravenosa en Vancouver, Canadá (Montaner et al., Lancet, 2010).

LECCIONES DE LA PRIMERA DÉCADA

Personal del proyecto de VIH/sida
de MSF en Arua, Uganda.



© Jean-Marc Giboux



Hace años, esperábamos hasta que el sistema inmunológico de los pacientes fuera muy débil para empezar el tratamiento. Y con mucha frecuencia, para ese momento el paciente ya estaba demasiado enfermo. Ahora sabemos que es mucho más seguro y tiene mucho más sentido adelantar el inicio del tratamiento y llegar al paciente antes de que caiga enfermo.



Nich Oucho, Responsable Clínico de MSF, Kenia.

En el transcurso de los últimos diez años, se han identificado varias estrategias clave para apoyar la ampliación de la cobertura del tratamiento, mejorar la calidad de la atención y reducir costes. Estas estrategias aparecen resumidas a continuación con un análisis del progreso en su implementación en los 16 países incluidos en el estudio.

1. MEJOR TRATAMIENTO, Y ANTES

Tratar al paciente antes de que enferme

Hasta hace poco, en los países en desarrollo, las personas con VIH tenían que esperar hasta que su recuento de linfocitos CD4 (indicador del sistema inmunológico) cayera hasta los 200 linfocitos/mm³ antes de considerarse elegibles para tratamiento. Esto significaba que antes de iniciar el tratamiento muchas personas ya estaban enfermas o corrían el riesgo de padecer infecciones oportunistas. Tras la evidencia proporcionada por investigaciones realizadas tanto en países en desarrollo como en los desarrollados, las últimas guías de la OMS para el tratamiento del VIH recomiendan que los pacientes inicien el tratamiento en la fase más temprana de la enfermedad, cuando su recuento de linfocitos CD4 se haya reducido a 350. La experiencia de MSF en Lesoto, donde los pacientes recibían tratamiento cuando su recuento CD4 se situaba entre 200 y 350, demuestra que tenían un 68% menos de probabilidades de morir, un 63% menos de probabilidades de ser hospitalizados y un 39% menos de probabilidades de abandonar el tratamiento, en comparación con quienes iniciaban el tratamiento con un recuento de linfocitos igual o inferior a 200.²⁵

“
Antes de que los pacientes pasasen a tomar la nueva medicación basada en el tenofovir, se quejaban de neuropatías periféricas (dolor agudo en las extremidades) y de la gran cantidad de grasa que se depositaba en su cuerpo y hacía cambiar por completo su complexión. Me gusta administrar la terapia antirretroviral con tenofovir porque tiene que tomarse solamente una vez al día. Los pacientes muestran una mejor adherencia al tratamiento.
”

Magerard Mochesane,
enfermera de MSF, Lesoto.

→ De los dieciséis países incluidos en este estudio, doce han adoptado protocolos para el tratamiento precoz conforme a las guías de la OMS, o están en vías de hacerlo. De los cuatro restantes, Uganda y Sudáfrica limitan el inicio temprano solamente a las mujeres embarazadas debido a problemas presupuestarios, y a las dudas que suscita ampliar el grupo de pacientes elegibles para tratamiento dado el limitado número de plazas que pueden financiarse con los fondos disponibles. En India, la Organización Nacional de Lucha contra el Sida recomienda un cambio de protocolo para que el tratamiento se inicie con un recuento de linfocitos de entre 250 y 300, pero el gobierno todavía está sopesando las implicaciones en materia de costes. Etiopía, por su parte, no ha adoptado la guía.

Los avances hacia el tratamiento precoz en los 16 países incluidos en el estudio resultan promedios en su conjunto. Sin embargo, a pesar de la clara reducción en la mortalidad y la incidencia de enfermedades oportunistas como la TB, resulta preocupante que varios países hayan tenido que aparcar sus planes de mejora.

Administrar mejores medicamentos

Los efectos secundarios son una de las principales razones por las que los pacientes sometidos a la TAR abandonan la medicación.²⁶ Actualmente, el régimen de primera línea más frecuente en los países en desarrollo contiene estavudina (d4T), cuyo uso prolongado puede causar efectos secundarios intolerables. Las últimas guías de la OMS recomiendan que los pacientes inicien la TAR con medicamentos más seguros, como la zidovudina (AZT) o el tenofovir (TDF). Datos de los programas de MSF demuestran que el TDF es la mejor opción: los pacientes en tratamiento con tenofovir tienen seis veces menos probabilidades de experimentar efectos secundarios que los pacientes tratados con d4T; y el riesgo de efectos secundarios del TDF también se reduce a la mitad en relación con la AZT.²⁷ Un estudio reciente realizado en India reveló que, dados los costes de gestionar los efectos secundarios de la d4T, el TDF resulta rentable.²⁸ El TDF también es más barato que la AZT, con un coste de 76 dólares por paciente y año el primero, frente a los 88 dólares de la segunda.²⁹

Administrar mejores medicamentos también significa simplificarlos: una píldora una vez al día. La adherencia del paciente al tratamiento es más probable si este es más fácil de tomar gracias a la combinación de varios medicamentos en una sola píldora, la llamada 'dosis fija combinada'.³⁰ La adherencia también mejora si el tratamiento se administra una vez al día en lugar de dos.³¹ De hecho, esta es una prueba más a favor del cambio a terapias basadas en el tenofovir, que está disponible en una dosis fija combinada de una toma única al día.



Sabemos cómo impedir que la mayoría de bebés contraigan el VIH. Es fácil, no tienen por qué infectarse, y resulta doloroso y frustrante ver a niños afectados de esta manera desde el principio de su vida cuando el problema es del todo prevenible.



Dra. Marianne Gale, MSF, pediatra.

→ De los 16 países del estudio, ocho han actualizado o están en vías de actualizar sus guías de tratamiento para incluir el TDF como régimen de tratamiento de primera línea. Otros seis países están utilizando un régimen a base de AZT. Malawi y Zimbabue habían cambiado sus protocolos o estaban en vías de hacerlo pero tuvieron que dar marcha atrás por falta de fondos. Malawi reserva el TDF únicamente a ciertos grupos de pacientes (los coinfectados con VIH/TB, las mujeres embarazadas y los pacientes que experimentan serios efectos secundarios con su medicación inicial). En Zimbabue, el tratamiento a base de TDF se reserva para las mujeres embarazadas, mientras que los demás adultos siguen tomando o iniciando el tratamiento a base de d4T; el Ministerio de Salud ha notificado a las estructuras que, en caso de mejorar la financiación, el TDF se irá introduciendo paulatinamente a lo largo de los próximos tres años.

La mayor parte de los países estudiados han abandonado la d4T. Sin embargo, resulta descorazonador que algunos hayan optado por la AZT como primera línea, en lugar del TDF que de hecho es más barato, presenta menos efectos secundarios y puede tomarse en una sola pastilla una vez al día.

Prevenir la transmisión del VIH a los recién nacidos

En los países ricos, la administración del tratamiento para prevenir la transmisión de madre a hijo (PMTCT, por sus siglas en inglés) la ha reducido por debajo del 2%. Pero en los países donde trabaja MSF, como Uganda y Mozambique, la transmisión de madres a hijos representa una parte significativa de las nuevas infecciones por VIH debido al escaso acceso a los servicios de PMTCT y a una profilaxis de PMTCT que deja mucho que desear.³² La OMS ha recomendado mejores protocolos de PMTCT, que tienen que ser implementados al tiempo que se mejora el acceso general a estos servicios médicos. Ofrecer una atención inte-



© Judy Waguma

“Decidí que iba a vivir y no a morir.”

Geoffrey Ochieng tiene 22 años y es de Mathare, un paupérrimo barrio de la capital de Kenia, Nairobi. Es el segundo de tres hermanos. Sus padres murieron cuando sólo tenía 7. Geoffrey descubrió que era VIH-positivo en 2005 y empezó a tomar la medicación en 2008. Vive solo y trabaja dando clases particulares a niños de primaria y secundaria.

“No sufrí un shock demasiado grande cuando supe que era VIH-positivo. Siempre estaba malo, y también cansado de que mis compañeros de clase se burlasen de mí cada vez que caía enfermo. Pero en un momento dado sí deseé con todas mis fuerzas que mis padres aún siguieran con vida.

Mis tías me echaron de casa cuando supieron mi condición. Sin nadie con quién hablar, decidí yo sólo empezar el tratamiento. Desde entonces, estoy tomando ARV. Tomar la medicación nunca ha sido fácil. Soy el único de mis hermanos que tiene el virus. Es un misterio, porque soy el mediano. A veces me pregunto: ¿por qué yo?

Había días en los que tenía ganas de que todo acabase. Yo no veo muy bien, tropiezo cuando ando y odio que la gente me trate como si fuese un cadáver. Así que algunos días no tomaba la medicación pero, tras un acalorado debate conmigo mismo, decidí que iba a vivir y no a morir. Hoy, tomo mi medicación religiosamente y tengo que admitir que adherirse al tratamiento del VIH trae muchas alegrías.

Mi recuento de linfocitos CD4 va en aumento y mi vista ha mejorado, lo que me alegra mucho. Trabajo muy duro también, quiero volver a la escuela. Ahora no hay quien me pare.

Sólo tengo 22 años, pero no voy a detenerme, tengo que ir más allá y asegurarme de que tengo la vida que siempre he querido. “Blue House”, la clínica de MSF en Mathare, me ha dado una familia y siempre voy allí para recibir asesoramiento cuando me fallan las fuerzas. No lo conseguiría sin ellos.”

gral a los pacientes con VIH en una estructura única, incluyendo controles prenatales y servicios de maternidad, es fundamental para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos y para llegar a más mujeres que necesitan la TAR por su propia salud.

→ De los países incluidos en el estudio, 11 han adoptado alguna de las opciones recomendadas por la OMS para prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos y tres se encuentran en vías de hacerlo. En Malawi, donde existe una elevada tasa de fertilidad, el Ministerio de Salud proporcionará TAR de por vida a todas las mujeres embarazadas y lactantes VIH-positivas, mientras que en Uganda, el proyecto de MSF, con el apoyo

del gobierno, servirá de proyecto piloto para administrar terapia de por vida a mujeres embarazadas VIH-positivas. Los 16 países al completo apoyan las políticas de integración de los servicios de atención y tratamiento del VIH en la atención a la salud materna, pero su implementación aún no se ha llevado a cabo.

Los avances en materia de adopción de mejores protocolos de PMTCT resultan prometedores, aunque la elección del protocolo dependerá probablemente de consideraciones relativas al coste. Es pues urgente apoyar a los gobiernos para que mejoren lo antes posible el acceso a una mejor PMTCT.

2. TRATAMIENTO DISPONIBLE EN CADA CLÍNICA

En países con alta incidencia del VIH, las siguientes estrategias han demostrado ser decisivas para conseguir que más personas reciban la TAR.

“
Tenemos que acercar la atención y los servicios allí donde viven las personas que lo necesitan. De esta forma, llegaremos a quienes normalmente no se someterían a tratamiento porque no podrían permitirse pagar el transporte hasta la clínica o no podrían pasar tanto tiempo fuera de casa y del trabajo. Aquí en Hlatikhulu (región de Shiselweni), hemos visto que más gente en el distrito conoce ahora los servicios a su disposición y han visto cómo familiares, amigos y colegas mejoran. Esto les motiva a acudir a las clínicas, hacerse las pruebas y empezar el tratamiento. Asimismo, también puede avanzarse el inicio del tratamiento cuando el sistema inmunológico de las personas afectadas todavía funciona relativamente bien, sin esperar por tanto a que enfermen.



Dra. Marcella Tomassi,
MSF, Suazilandia.

Descentralizar y proporcionar ARV en atención primaria

Particularmente en los países donde el VIH es endémico, trasladar la atención de los hospitales centrales a los centros de salud, y de estos a las clínicas y puestos de salud comunitarios, ha permitido a los equipos de MSF llegar a más personas que necesitan tratamiento y acercar la atención a los hogares de los pacientes.^{33,34} La descentralización de la atención reduce los costes de transporte, que han sido un factor limitante para el acceso de los pacientes a la asistencia.³⁵ Estudios comparativos de los resultados en hospitales y centros de salud han revelado que no hay diferencias en la calidad de la asistencia dispensada, y sí se dan mejoras en la adherencia.^{36,37,38} Para ampliar el tratamiento en entornos endémicos y hacer que este llegue incluso a más personas afectadas, las estructuras de atención primaria de salud deberían administrarlo siempre que sea viable.

Para hacer llegar la atención incluso a más gente y reducir así la carga para los pacientes y el sistema de salud, es necesario pasar de las clínicas de atención primaria a las propias comunidades. Hacer las pruebas del VIH y administrar ARV y otros medicamentos esenciales para el VIH a nivel comunitario puede ayudar a reducir los costes para los pacientes y descongestionar las estructuras de salud.^{39,40} Los programas de VIH/sida de MSF en Malawi, Mozambique y Sudáfrica han estado implementando estrategias para limi-

tar el número de veces que la gente acude a las clínicas, reaprovisionando a los pacientes estables con la medicación que toman en su propia comunidad.^{41,42}

Varios estudios han demostrado que la imposición de tarifas a usuarios del sistema de salud es una importante barrera para el acceso a la asistencia, y que proporcionar atención gratuita a los pacientes con VIH mejora su adherencia y su supervivencia,⁴³ mientras que las tarifas a usuarios y otros costes que deban salir del bolsillo de los pacientes obstaculizan el tratamiento y la adherencia.^{44,45} Esto no sólo se refiere a los ARV sino también al coste de las consultas, las pruebas de laboratorio y los medicamentos.

→ Sólo en seis de los 13 países con una epidemia generalizada y con datos disponibles se administra la TAR en más del 30% de las estructuras públicas. En Kenia,⁴⁶ Zimbabue⁴⁷ y Guinea,⁴⁸ la descentralización de la TAR a las clínicas comunitarias se está produciendo con gran lentitud, principalmente debido a que muchos se muestran reacios a que el personal de enfermería pueda iniciar la TAR sin la supervisión de un médico. Esto hace que menos estructuras de salud ofrezcan terapia y que menos personas tengan acceso a la misma.

Hay un gran margen de la mejora en los países de elevada incidencia del VIH incluidos en el estudio. El bajo nivel de cobertura de las estructuras en algunos países seguramente tiene que ver con la ausencia de estrategias de traspaso de tareas al personal no médico, o se debe a deficiencias en los sistemas de salud o a problemas de recursos.

Integrar la atención al VIH y la TB

Es crucial que la atención integral al VIH y la atención a la TB puedan integrarse*. En Khayelitsha (Sudáfrica), con esta estrategia, MSF ha podido reducir a la mitad el tiempo que tardan los pacientes coinfectados en recibir la TAR. También se ha incrementado el número de diagnósticos adecuados de TB.⁴⁹ En el programa de MSF en Shiselueni (sur de Suazilandia), la detección de la TB casi se duplicó en un año una vez que se integraron los servicios.⁵⁰ Y para países con un número cada vez mayor de casos de TB multirresistente a los medicamentos (MDR-TB), la integración es crucial. La integración de servicios es clave para responder a la meta global de reducir a la mitad el número de personas VIH-positivas que mueren de TB para 2015.⁵¹

* La atención a pacientes de TB integra: diagnóstico, prevención y tratamiento, que incluye acceso sistemático al proveedor de salud, diagnóstico y asesoramiento de VIH/sida, e iniciación del tratamiento con ARV para pacientes coinfectados; búsqueda activa de casos de TB y tratamiento preventivo con isoniazida (IPT) para pacientes con VIH; y medidas de control de la infección para TB en estructuras sanitarias y hogares.

→ Aunque los 16 países incluidos en el estudio cuentan con políticas nacionales que apuestan por la integración del VIH y la TB, en 10 de ellos todavía tienen que implementarse plenamente. Incluso en países donde la integración del VIH y la TB es la política oficial, como ocurre en Malawi, Kenia, Mozambique y Suazilandia, los pacientes bien son vistos por diferentes miembros del personal en la misma estructura de salud, bien los pacientes de TB tienen que ir a estructuras separadas para recibir la atención para el VIH que necesitan y aprovisionarse de la medicación correspondiente.

La integración de los servicios de TB y VIH es lenta y se ve obstaculizada allí donde hay un número limitado de estructuras que ofrecen atención y tratamiento a las personas VIH-positivas. Hasta que no se produzca una verdadera integración, los países no van a poder prevenir la TB y las muertes debidas a esta enfermedad.

Traspaso de tareas sanitarias para apoyar la ampliación de la TAR

El traspaso de tareas ('task-shifting' en inglés) ha sido recomendado por la OMS como una buena forma de responder a la falta de trabajadores sanitarios y acercar el tratamiento a los pacientes en entornos endémicos de VIH. En muchos programas de sida de MSF, y en un cada vez mayor número de programas nacionales, es el personal de enfermería quien asume la iniciación del tratamiento, mientras que los consejeros de salud se ocupan del asesoramiento a pacientes de VIH en diagnóstico y tratamiento en las clínicas de atención primaria de salud. Los resultados reportados en los programas de estos proyectos en Malawi, Lesoto y Sudáfrica son equivalentes a los de los programas gestionados por médicos.^{52,53,54,55}



© Sebastien Le Clezio



Una paciente con VIH recibe tratamiento para TB multirresistente en Mathare, Kenia.



Es fácil comprobar las ventajas que el tratamiento del VIH y de la TB tienen tanto para los pacientes como para el personal sanitario: los pacientes se ahorran tener que desplazarse entre diferentes servicios puesto que pueden conseguir su medicación para ambas enfermedades al mismo tiempo, y los sistemas sanitarios ahorran recursos ya que un solo profesional puede comprobar si el tratamiento para ambas enfermedades funciona o no, y hacer el seguimiento de los posibles efectos secundarios y otros problemas potenciales.



Dr. Eric Goemaere, MSF, Sudáfrica.

→ En solo cinco de los países incluidos en el estudio se permitía al personal de enfermería iniciar la TAR. Suazilandia, aunque es un país hiper-endémico, es, como Uganda, Camerún y Myanmar, un país en el que las enfermeras no inician el tratamiento ni gestionan a los pacientes ya sometidos a la TAR. De los 16 países estudiados, Uganda, República Democrática del Congo (RDC), Guinea y Mozambique no disponen de políticas que permitan a promotores de salud ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH.

El traspaso de tareas ha ayudado a muchos países a ampliar la cobertura de la TAR, pero la falta de políticas para traspasar al personal de enfermería la iniciación del tratamiento, sumada a la lenta implementación de estas estrategias en otros países prevalentes, están creando cuellos de botella que impiden extender la TAR a más estructuras.

¿Cómo reducir la carga para los pacientes y los sistemas de salud? Lecciones aprendidas en los programas de MSF

Respecto a las estrategias de tratamiento cuyo objetivo es llegar a más gente y reducir la carga para los sistemas de salud y para los pacientes, todavía queda mucho por hacer en aquellos países del estudio en los que la epidemia es generalizada. Debe urgirse a los gobiernos, y respaldarles en este esfuerzo, a que implementen políticas que no sólo reducen la carga de enfermedad, muerte y nuevas infecciones, sino que también disminuyen costes. He aquí algunas estrategias que han dado buenos resultados en los programas de MSF gestionados en colaboración con los Ministerios de Salud.

Margarida Smith fue diagnosticada con VIH en 2006 y ahora dirige dos grupos de pacientes.

“Vivo en una aldea a las afueras de la ciudad de Tete. Mi rol es recoger la medicación en el centro de salud y distribuirla a los demás miembros del grupo. Estas personas lo agradecen porque muchas no tienen bastante dinero para viajar a los centros de salud cada mes. Es estupendo poder ayudar a los demás a ocuparse de su enfermedad.”

En **Tete, Mozambique**, se ofrece TAR y se hace un seguimiento de la adherencia mediante grupos comunitarios de personas en tratamiento que son dirigidos y formados por los propios pacientes. Estos se turnan para reaprovisionar con medicamentos al resto de miembros del grupo, lo que les permite acudir a una visita médica cada seis meses.* Los resultados de los pacientes han mejorado, mientras que la carga en estructuras faltas de recursos se ha reducido en un 75%.⁵⁶ El Ministerio de Salud de Mozambique proyecta implantar esta estrategia a modo de prueba tres estructuras de salud en cada una de las 11 provincias del país.

En Khayelitsha (Sudáfrica), más de 17.000 personas reciben TAR, con 4.000 nuevos pacientes cada año. Los resultados del tratamiento son buenos, con un 80% de supervivientes siguiendo la terapia a los dos años de haberla iniciado y menos de un 14% de fracasos terapéuticos a los cinco. Para ayudar a los pacientes en el seguimiento de la terapia, MSF ha creado los denominados ‘clubs de la adherencia’ para adultos que responden bien a la TAR. Un promotor de salud visita estos clubs cada dos meses y, durante dos horas, dinamiza las discusiones de los grupos de apoyo, hace reconocimientos, comprueba la adherencia y dispensa ARV ya preparados de antemano. Los

miembros del grupo aseguran que estas estrategias, más cómodas, rápidas y cercanas, han contribuido a mejorar su “relación con el tratamiento”.

En el **distrito de Chiradzulu (Malawi)**, MSF ha puesto en tratamiento a más de 26.000 personas desde 2001. Para descongestionar los servicios, durante al menos un año, son los promotores de salud quienes hacen entrega a los pacientes de su medicación cada tres meses, y estos últimos sólo tienen que ver a un enfermero cada seis. Al cabo de un año, un 97% de los pacientes aún siguen el tratamiento.⁵⁷ De cara a 2012, MSF pretende ampliar esta estrategia a la mitad de los pacientes del programa. Y en el distrito vecino de **Thyolo**, los pacientes pueden aprovisionarse de su medicación y recibir asistencia de por vida en puestos de salud mejorados, en los que trabajan promotores que regularmente reciben la visita de personal de enfermería comunitario.

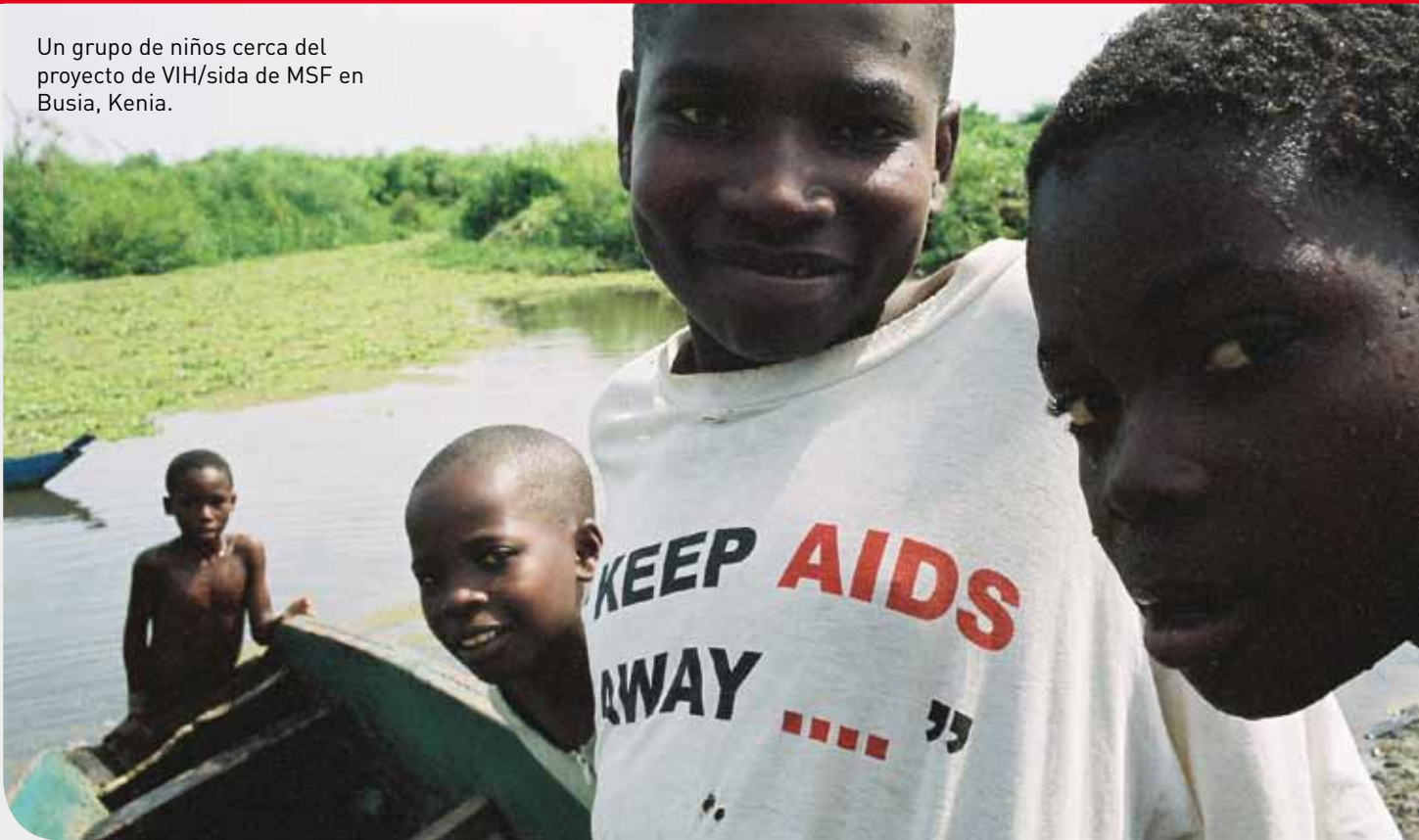


© Niklas Bergstrand

* Escucha a uno de los integrantes de un grupo comunitario de pacientes en tratamiento cómo funciona esta estrategia: <http://aids2010.msf.org/2010/a-new-model-for-decentralized-care-in-mozambique>

INNOVACIÓN: UNA MIRADA A LA CARTERA DE NUEVOS FÁRMACOS

Un grupo de niños cerca del proyecto de VIH/sida de MSF en Busia, Kenia.



© Brendan Bannon

“
Quiero poder llegar a toda la gente que necesita o que va a necesitar urgentemente tratamiento, pero que vive en zonas rurales muy remotas y que actualmente queda fuera del alcance de la atención médica. Para ello, necesitamos encontrar formas más sencillas y mejores de diagnosticar, tratar y hacer el seguimiento del paciente. Esto significa disponer de pruebas que puedan medir la carga viral ‘in situ’ sin depender de la corriente eléctrica, significa también medicamentos que puedan administrarse a intervalos más largos, por ejemplo mensualmente en lugar de a diario, y que tengan menos efectos secundarios para que los pacientes se adhieran a su tratamiento... y todo ello a un precio asequible para los lugares en los que trabajamos.

”
Dr. Ali Ouattara, MSF, Kenia.

Además de las estrategias descritas anteriormente, que ya suponen cambios importantes en muchos lugares, acaban de presentarse o están a punto de hacerlo una serie de innovaciones que podrían influir para bien en la trayectoria epidémica del VIH, agilizando el acceso a la atención, reduciendo la carga de enfermedad y muerte y disminuyendo los costes.

Mejores medicamentos a precios más bajos

En el transcurso de los últimos diez años, el precio de la combinación ARV utilizada con más frecuencia se redujo en un 99%, de los más de 10.000 dólares por paciente y año a 67 dólares en la actualidad. Y se están aplicando una serie de nuevos enfoques para reducir todavía más los costes de fabricación. Estos incluyen:

- Nuevos procesos más eficientes para producir ingredientes farmacéuticos activos (IFA). Los IFA pueden representar entre el 55 y el 99% de los costes directos de fabricación.⁵⁸ Las recientes reducciones de precios experimentadas por ejemplo por el efavirenz y el TDF se deben principalmente a la reducción de los costes de producción de los IFA.
- Reducción de la cantidad de IFA, lo que favorecerá una rebaja de precios y una disminución de los efectos secundarios. Están en marcha varios estudios para evaluar la eficacia de una serie de ARV clave administrados en dosis más bajas, incluyendo la AZT y el efavirenz. Según estimaciones, la dosis de efavirenz podría reducirse en una tercera parte (de 600 a 400 mg), con lo que también podría reducirse el precio por paciente y año en una proporción similar.⁵⁹
- Mejora de la absorción de los medicamentos a través de nuevas formulaciones, posibilidad que se está investigando con el tenofovir y con algunos inhibidores de la proteasa, y que constituye una forma más de reducir la cantidad necesaria de IFA y por tanto, de nuevo, los costes.

Se busca:

Medicamentos que puedan adaptarse a la ampliación y descentralización del tratamiento. Tienen que ser potentes, muy bien tolerados, fáciles de usar y resistentes, tener interacciones limitadas (especialmente con medicamentos para la TB), suponer la toma de dosis reducidas de píldoras, tener pocos efectos secundarios, ser compatibles para su uso por parte de poblaciones especiales, como niños y mujeres en edad fértil, y poder administrarse sin problemas durante el embarazo.

Una prometedora cartera de nuevos medicamentos que supondrán nuevas formas de administración

Actualmente, la cartera de nuevos antirretrovirales incluye varios medicamentos muy prometedores, incluyendo nuevas clases de fármacos para impedir la reproducción del virus. Algunos podrían administrarse en formulaciones de larga actuación, que permitirían la administración de dosis mensuales o semanales. Y otros podrían ser incluso más baratos que los ARV más frecuentes hoy, siempre y cuando se superen las barreras que suponen las patentes.

- La rilpivirina puede producirse por poco más de 10 dólares por paciente y año, y también tiene el potencial de ser utilizada en formulaciones de actuación prolongada: existe ya una nano-suspensión inyectable de rilpivirina que ha demostrado tener potencial para ser administrada en dosis mensuales.⁶⁰
- El dolutegravir, de la nueva clase de inhibidores de la integrasa, ha demostrado ser muy potente en dosis bajas, lo que indica que podría producirse a un precio reducido.⁶¹
- El S/GSK1265744, también inhibidor de la integrasa, ha sido desarrollado como una medicación inyectable de larga actuación. Otros medicamentos que comparten el mismo potencial para una formulación de larga actuación son la elvucitabina y el CMX157. Sin embargo, la elvucitabina sigue atascada en la cadena de desarrollo.

Deben crearse mecanismos para asegurar que los pacientes de los países en desarrollo puedan beneficiarse de estos avances terapéuticos, fijando un precio que les resulte asequible.

Pruebas diagnósticas y de seguimiento más simples en desarrollo

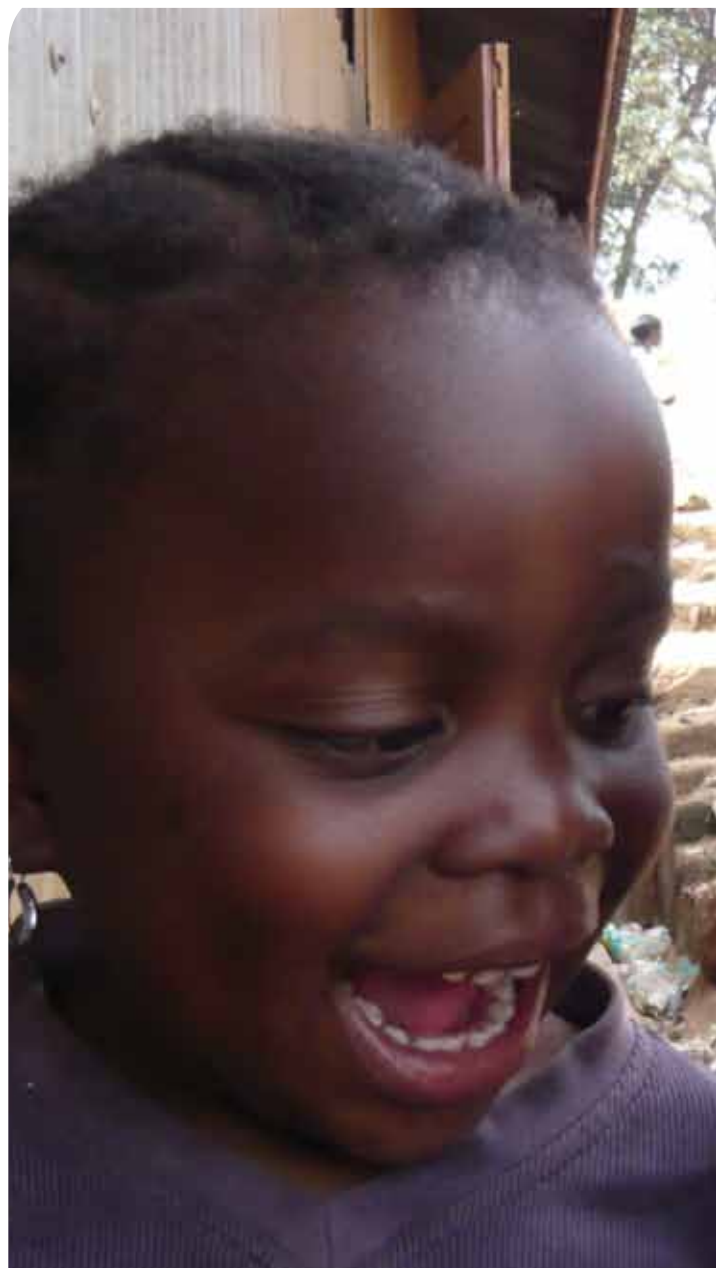
Para realizar el seguimiento de los pacientes tal como se recomienda, y para apoyar el tratamiento descentralizado y el traspaso de tareas, se requieren pruebas nuevas y simplificadas: deben poder hacerse sin depender del suministro eléctrico y ser manejables incluso por personal sanitario poco cualificado. Asimismo, también tienen que poder utilizarse con muestras que sean fáciles de obtener, como frotis bucales o muestras de sangre mediante pinchazo en un dedo.

Cadena de desarrollo actual:

- **Nivel de linfocitos CD4:** Las tecnologías ahora en desarrollo miden el nivel de linfocitos CD4 de una forma más asequible y simplificada. Está previsto que aparezcan en el mercado, en 2012, dispositivos más pequeños, del tamaño de un despertador, así como pruebas de recuento de linfocitos CD4 en forma de tiras reactivas desechables para 2013.*
- **Carga viral:** Las pruebas actuales son complejas y caras, lo que limita su disponibilidad. En 2012, estarán disponibles versiones más pequeñas y totalmente automatizadas de las pruebas celulares actuales, así como tecnologías incluso más simples, compactas y asequibles a partir de 2013.**
- **TB:** La OMS está respaldando una nueva prueba molecular de la TB que podría reducir el tiempo que se tarda en diagnosticar la TB resistente a los medicamentos, pasando de los hasta tres meses actuales a menos de dos horas. También puede detectar la TB más fácilmente en personas coinfectadas con el VIH, en quienes diagnosticar la TB es mucho más difícil. MSF va a utilizar esta nueva prueba en 16 países en 2011. Pero aún así se necesita una versión rápida, simple y asequible que pueda realizarse en el mismo punto donde se dispensa la asistencia.

Es esencial que se definan las disposiciones para que estas y otras prometedoras innovaciones sean accesibles y asequibles en los países en desarrollo. Los gobiernos deben apoyar una agenda innovadora cuyo objetivo prioritario sea simplificar más el tratamiento y reducir los costes para que la mejor terapia existente llegue al máximo de personas posible.

© Julie Demond



Los beneficios de las pruebas de carga viral

Las nuevas guías de tratamiento de la OMS recomiendan ampliar las pruebas de la carga viral para realizar el seguimiento de los pacientes sometidos a tratamiento. Los beneficios incluyen:

- **Detección temprana de los problemas de adherencia:** el acceso a las pruebas de carga viral puede ayudar a identificar a personas con problemas de adherencia para que reciban apoyo. Estudios realizados en el proyecto de MSF en Khayelitsha (Sudáfrica) demostraron que, en el 71% de los casos, pacientes con carga viral detectable a los seis meses de tratamiento pasaban a tener una carga indetectable tras recibir un apoyo a la adherencia que incluía pruebas de carga viral. De esta forma, las pruebas de la carga viral pueden detectar de una forma más temprana problemas de adherencia y evitar la necesidad de cambiar a una medicación de segunda línea mucho más cara.⁶²
- **Detección precoz del fracaso terapéutico:** las pruebas de la carga viral también son la mejor forma de determinar si un paciente es resistente a la combinación de medicamentos que recibe y si debe cambiarla. Cuando las personas empiezan a no responder a la terapia, o el fracaso terapéutico se detecta demasiado tarde, aumenta el riesgo de desarrollar todavía más resistencias y de propagar cepas resistentes.



Niños en Mathare, un depauperado barrio de Nairobi, Kenia, duramente golpeado por la epidemia del sida.

Niños con VIH: Todavía en segundo plano

En los países ricos, la prevención de la transmisión del VIH de madres a hijos (PMTCT) ha tenido tanto éxito que casi ya no nace ningún niño VIH-positivo. Sin un mercado en los países ricos, las compañías farmacéuticas ven pocos incentivos para el desarrollo adecuado y adaptado de antirretrovirales pediátricos. No obstante, en los países en desarrollo, cada día 1.000 nuevos niños se infectan con el VIH. Aunque se ha avanzado en la ampliación del tratamiento pediátrico del sida en los últimos diez años, los niños siguen siendo los grandes olvidados en lo que a tratamiento se refiere: sólo un 28% de quienes lo necesitan lo están recibiendo, frente al 37% de los adultos.

En particular, las opciones de tratamiento son escasas. De los 22 antirretrovirales aprobados por la Agencia Federal del Medicamento de Estados Unidos (FDA), cinco no están aprobados para el uso en niños, y seis no presentan formulaciones pediátricas. Aunque existen los medicamentos infantiles, a menudo se encuentran en formulaciones en forma de polvos o jarabes no adaptados para su uso en entornos con recursos limitados, puesto que resultan difíciles de almacenar y de administrar, requieren agua potable o refrigeración o implican dosis difíciles de calcular. Algunos además tienen un sabor muy desagradable.

El impacto sobre la calidad de la atención que reciben los niños es evidente. Datos recientes de un ensayo europeo demuestran que, a los cinco años de iniciado el tratamiento, un 12% de los niños han desarrollado resistencias a las tres principales clases de medicamentos que reciben, lo que ilustra la necesidad de opciones de tratamiento más resistentes.⁶³ No obstante, el olvido al que se ven relegados los niños con VIH amenaza con continuar, puesto que la mayoría de prometedores medicamentos en la cadena de desarrollo siguen probándose solamente en adultos.

* Entre los tests Benchtop, se incluyen Pima, Pointcare NOW y Partec CD4 miniPOC; otros dispositivos de menor tamaño incluyen Daktari y mBio; y entre las pruebas en tiras reactivas se encuentran Zyomyx y Burnet.

** Entre las pruebas disponibles en 2012 se encuentran Alere y Liat; y entre los previstos a partir de 2013 están SAMBA, NW Uni VL, Wave 80, GeneXpert VL, Micronics, ALL y Biohelix.

EL IMPACTO DE LA RETIRADA DE LOS FINANCIADORES INTERNACIONALES

© Sophia Apostolia



Proyecto de MSF en Luwingu, Zambia.

Por primera vez en una década, la financiación para el VIH/sida disminuyó en 2009.⁶⁴

El Fondo Global sufre un déficit de varios miles de millones de dólares debido a la falta de compromiso financiero demostrada por parte de los donantes en la Ronda de Reposición de Fondos de finales de 2010. Como resultado de ello, se han retrasado nuevas rondas de financiación y, por primera vez en la historia del Fondo, no se abrirá ninguna en 2011. En 2010, más de la mitad de las propuestas relativas al VIH fueron rechazadas. Ahora, los países implicados tendrán que esperar hasta 2012 para que sus propuestas sean votadas y seguramente no habrá fondos disponibles hasta 2013. En consecuencia, algunos países con elevada carga de VIH ya están revisando sus programas de ampliación del tratamiento, y aparcando planes para la implantación de las nuevas recomendaciones de la OMS. Asimismo, se multiplican las peticiones para que el Fondo Global asuma la carga de los programas que otros financiadores, como el Banco Mundial y UNITAID, van a abandonar.

PEPFAR también está haciendo frente a reducciones de fondos y cambios de política, que se traducen en una retirada de apoyo a la TAR en el terreno. A fecha de octubre de 2010, PEPFAR apoya el tratamiento de 3,2 millones de personas. Aunque sus fondos llevan tres años congelados, PEPFAR añadió 700.000 perso-

nas a la TAR en 2010, el mayor volumen en un solo año, gracias al uso de fondos no asignados hasta ese momento. Pero ahora, PEPFAR parece estar aflojando el paso, con vistas a reducir su presupuesto para programas de tratamiento. En algunos países, PEPFAR está traspasando sus proyectos y responsabilidades financieras antes de tiempo a gobiernos que todavía no pueden asumir tales cohortes de pacientes o a los costes. En Sudáfrica, donde PEPFAR está poniendo fin de forma abrupta a algunos programas, los pacientes sometidos a TAR han sido referidos a clínicas del gobierno que no pueden hacer frente a esta carga adicional de pacientes.

El recorte de fondos por parte de estas dos agencias, que juntas proporcionan tratamiento antirretroviral a ocho de cada diez personas que lo reciben en el mundo, se ha traducido en la reducción de la disponibilidad general de atención a pacientes de VIH en países de renta baja con elevada carga de sida. Estos países no podrán financiar solo con fondos nacionales las muy necesarias intervenciones para combatir el sida, ni siquiera si los presupuestos públicos destinan más fondos a estas partidas.⁶⁵

Los cuatro países siguientes, entre los 16 incluidos en el estudio, están experimentando las consecuen-

cias concretas de la reducción o estancamiento de la financiación:

Malauí: una historia de éxitos amenazada

MSF trabaja en Malauí desde hace más de diez años, apoyando los servicios integrales de atención al VIH/sida en colaboración con el Ministerio de Salud en dos distritos, con 36.910 pacientes en tratamiento actualmente. Malauí se cita como ejemplo de rápida ampliación de la TAR en un entorno muy pobre y con una importante escasez de personal sanitario, habiendo alcanzado una cobertura del 63% de las personas con VIH que la necesitan. Este país sufre una elevada dependencia del Fondo Global, que ha rechazado sus dos últimas propuestas de gran envergadura. La falta de fondos ha llevado a Malauí a reservar los mejores medicamentos, como el TDF, para ciertos grupos de pacientes; la escasez presupuestaria amenaza también sus planes de descentralización y los servicios de PMTCT en sus 760 estructuras públicas de salud para los próximos tres años.

Zimbabue: obligado a aflojar el paso

En el distrito de Murambina en Zimbabue, MSF proporciona la TAR a más de 13.000 pacientes, y en Bulawayo a unos 4.500 niños. Zimbabue se encuentra todavía en los primeros estadios del proceso de descentralización: únicamente un 8% de las estructuras públicas de salud pueden iniciar el tratamiento con antirretrovirales, y sólo un 21% pueden proporcionar servicios de seguimiento, incluyendo el reabastecimiento de medicamentos. Las nuevas recomendaciones de la OMS fueron adoptadas por Zimbabue en 2010 pero, debido a los problemas de financiación, su implementación se producirá por fases durante un periodo de tres años. Como su última propuesta al Fondo Global fue rechazada, tendrá que intentarlo de nuevo, y esperar que los fondos solicitados le sean aprobados en 2012, para poder recibirlos en 2013.

Uganda: retirada del tratamiento

MSF ofrece la TAR a 5.000 personas en Uganda, un país donde 300.000 personas necesitan tratamiento.



Si se reduce la financiación, significará que más gente morirá y tendremos más huérfanos. Los que son VIH positivos a menudo tienen que ocuparse de otros, como por ejemplo sus hijos. La gente perderá la esperanza y morirá. Será el fin. Sin medicamentos, no hay futuro.



Catherine Mango,
paciente con VIH/sida, Kenia.

PEPFAR limitó el número de plazas para el tratamiento del VIH en sus programas en Uganda en 2009, permitiendo la admisión de nuevos pacientes sólo en caso de baja por fallecimiento o pérdida del seguimiento.^{66,67} Esta medida causó una indignación generalizada tal que tuvo que cancelarse unos meses más tarde,⁶⁸ pero PEPFAR sigue sin aportar nuevos fondos en el marco de un nuevo Acuerdo Marco de Asociación, y tampoco el Gobierno ugandés ha hecho lo bastante para ampliar la TAR. Uganda pretende implementar las recomendaciones de la OMS pero en 2010 su propuesta al Fondo global fue rechazada. Ahora sólo las mujeres embarazadas pueden empezar la terapia dentro del umbral de tratamiento precoz recomendado por la OMS. La implantación de la TAR para todas las mujeres VIH-positivas ha quedado aparcada. En su lugar, Uganda tendrá que conformarse con un protocolo más barato pero más complicado, que requiere que las madres empiecen el tratamiento y lo interrumpan con cada embarazo.

RDC: reducción del tratamiento

MSF mantiene un proyecto de TAR en Kinshasa desde 2001. En un momento en el que el recorte de fondos está afectando el acceso al tratamiento, MSF está recibiendo cada vez más pacientes en sus clínicas, pacientes que a menudo llegan cuando ya están demasiado enfermos para poder hacer algo por ellos. Las tres principales fuentes de financiación se están secando y por tanto el futuro de la ampliación del tratamiento del VIH/sida en RDC resulta cada vez más desalentador. PEPFAR terminó su subvención para artículos médicos en 2010, mientras que el Banco Mundial y UNITAID retirarán su apoyo a la atención pediátrica en 2011. Las propuestas de RDC al Fondo Global fueron rechazadas tanto en 2009 como en 2010. RDC ya se encuentra por debajo de la media, con únicamente un 17% de las personas que lo necesitan recibiendo la TAR, y sólo un 2% de las mujeres embarazadas beneficiándose de servicios de PMTCT.⁶⁹ La tasa de inicio del tratamiento disminuyó un 18% entre 2009 y 2010⁷⁰, y ahora se han puesto toques al número de nuevos pacientes que pueden empezar. Las estructuras de salud que han alcanzado su cupo sólo pueden admitir a nuevos pacientes para tratamiento en caso de baja. Además, la TAR ya está racionada por su propio coste, ya que los pacientes tienen que pagar hasta 15 dólares por un recuento de leucocitos CD4 y 60 para una prueba de carga viral, costes a los que debe sumarse el precio de la consulta.

MSF y otros proveedores de salud están profundamente preocupados por el hecho que los pacientes con VIH/sida en estos países no vayan a poder beneficiarse de las últimas recomendaciones de la OMS en materia de tratamiento ni de las investigaciones sobre los beneficios de una mayor cobertura de la TAR. Además, la continuidad del suministro de medicamentos se ve amenazada, lo que supone el riesgo de una peligrosa interrupción del tratamiento para el paciente. En algunos casos, se le pide incluso que cubra de su bolsillo gastos añadidos a los que ya está pagando.

IMPLEMENTACIÓN DE LAS POLÍTICAS ADECUADA

© Lewis



“En los últimos años, hemos ido perdiendo cada vez más profesores por culpa del sida. Tomamos esta foto en la puerta de la escuela justo antes de que dos de los maestros murieran”.
Un profesor de Malawi.

“
Diez años después de empezar a tratar a las personas con sida en los países en desarrollo, los gobiernos tienen que renovar su compromiso de proporcionar tratamiento vital a todos los que lo necesitan. Hacerlo significará apoyar políticas que nos permitan ampliar el tratamiento, incluyendo la promoción de innovación médica para desarrollar mejores herramientas, haciendo que los medicamentos sean más asequibles y destinando fondos sostenibles a los programas de tratamiento. Es una cuestión de elección política, en la que millones de vidas penden de un hilo.

”

Dr. Tido von Schoen-Angerer, director ejecutivo de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF.

Para cumplir con el llamamiento del secretario general de la ONU, Ban Ki-Moon —que en 2015 un 80% de los 18 millones de personas que necesitarán tratamiento lo estén recibiendo—, los gobiernos tendrán que implementar políticas que creen un entorno político y económico que permita la ampliación del tratamiento; políticas que apoyen la reducción del precio de los medicamentos; y políticas que promuevan las innovaciones y que puedan ayudar a triplicar el número de personas bajo tratamiento sin triplicar los costes.

1. Apoyo a las metas globales de tratamiento y ampliación de la mejor asistencia posible

Los países financiadores y los países en desarrollo deberían apoyar objetivos concretos y globales de tratamiento y prevención del VIH/sida de los que pueda hacerse seguimiento. Se hace necesaria una ampliación continuada de la TAR para salvar vidas y capitalizar las nuevas evidencias de que el tratamiento en sí mismo es una herramienta de prevención que reduce el riesgo de transmisión del VIH.

Los países endémicos tienen que implementar las nuevas recomendaciones de la OMS para el inicio precoz del tratamiento, la utilización de mejores regímenes de fármacos, el seguimiento de pacientes y la PMTCT, y hacerlo con el apoyo de los financiadores y de la sociedad civil. De esta forma, se reduciría la carga de mortalidad y enfermedad para las personas con VIH, así como para los sistemas de salud, y se prevendrían nuevas infecciones. Más y mejores estrategias de tratamiento incluyen integrar la atención del VIH y la TB, el traspaso de tareas para permitir descentralizar la atención del VIH, y una mayor autonomía para los pacientes, como ocurre con la estrategia consistente en dispensar medicamentos en la misma comunidad.



Joseph Ramokoatsi, consejero de VIH/TB en Lesoto.

© Melissa Visser

2. Incrementar los fondos para el tratamiento del VIH y explorar nuevos mecanismos de financiación

Resulta fundamental incrementar la financiación de la respuesta al VIH/sida, y tanto los financiadores como los gobiernos deben compartir esta responsabilidad de acuerdo con sus respectivas capacidades. Los gobiernos donantes tienen que reafirmar los compromisos adquiridos en las cumbres del G8 en 2001 y 2006 para apoyar el acceso a la prevención, atención y tratamiento de aquellos que lo necesitan.⁷¹ En cuanto a los gobiernos de países en desarrollo, deben respetar los compromisos adquiridos en materia de financiación, como por ejemplo la Declaración de Abuja firmada por los países africanos en 2001, relativa a la asignación de al menos un 15% del Producto Nacional Bruto (PNB) a partidas de salud. También se necesitan financiadores adicionales.

Según ONUSIDA, existe una brecha de 10.000 millones de dólares, de un total de los 25.900 millones que se necesitan para cumplir con los compromisos adquiridos en materia de tratamiento y prevención.⁷² El Fondo Global estima que la aportación de 20.000 millones de dólares suplementarios permitiría que otros 7,5 millones de personas iniciasen el tratamiento de aquí al año 2015. Sin embargo, los compromisos se han estancado en los 11.700 millones de dólares para los próximos tres años y todavía tienen que materializarse en aportaciones concretas. PEPFAR también necesita ser refinanciado para poder responder al reto de proporcionar tratamiento a 15 millones de personas en el año 2015.

Además, deberían explorarse y promoverse fuentes innovadoras y adicionales de fondos, con el objetivo de afianzar ingresos regulares, predecibles y suficientes para financiar la salud mundial a largo plazo. Modelos como el de UNITAID, que depende de una pequeña tasa sobre los billetes de avión en los países miembros, ha demostrado ser un éxito a la hora de generar fondos predecibles. Hay propuestas para aplicar una tasa similar a las transacciones financieras del sector bancario, que podría aportar unos ingresos de millones con apenas un impuesto de un 0,05% sobre las transacciones bancarias internacionales. Mientras varios países están apoyando esta tasa, los gobiernos todavía tienen que dar el paso y hacer de sus discusiones una realidad.



3. Mantener bajo control el coste de los medicamentos

Más medicamentos asequibles significa que más personas pueden recibir tratamiento. La competencia entre los fabricantes de genéricos –en particular en países como Brasil, India y Tailandia, donde los medicamentos no estaban patentados y podían producirse versiones más asequibles– ayudó a que los precios se redujeran en un 99%, desde los más de 10.000 dólares por paciente y año en 2000, a 67 dólares en la actualidad. Según PEPFAR, el uso de genéricos en sus programas ha supuesto un ahorro de más de 300 millones de dólares en 4 años.⁷³

Los medicamentos asequibles, producidos principalmente en India, han sido decisivos para ampliar el tratamiento del VIH a más de seis millones de personas en los países en desarrollo, algo que fue posible porque ese país no patentó los productos farmacéuticos hasta el año 2005. De origen indio eran, de hecho, más de un 80% de los ARV comprados por los donantes para programas de sida en países en desarrollo en el periodo 2001-2008.⁷⁴ Pero los medicamentos más nuevos ya están protegidos por patentes en India, impidiendo la competencia que ayuda a romper precios. Aquí se incluyen medicamentos más resistentes potencialmente utilizables como regímenes de primera línea, así como fármacos que los pacientes que desarrollen resistencias necesitarán como opciones futuras de tratamiento.

El precio más bajo para la combinación de antirretrovirales basada en el tenofovir recomendada por la OMS, consistente en una píldora diaria, es de 155 dólares por paciente y año.⁷⁵ El precio para los medicamentos

de 'segunda línea', necesarios cuando el paciente no responde a la combinación de primera línea, prácticamente se triplica. Según las estimaciones, la necesidad de medicamentos de 'segunda línea' casi se habrá duplicado para 2012, sumando medio millón de personas.⁷⁶ Hoy, los regímenes de sustitución para los pacientes que experimentan resistencias cuestan hasta 3.200 dólares al año.⁷⁷

Apoyar las políticas necesarias para contener el coste de los medicamentos es una decisión política. Asegurar que los medicamentos más nuevos sean asequibles para los pacientes en los países en desarrollo depende de:

- que los países menos desarrollados hagan uso de su derecho a no patentar los productos farmacéuticos hasta 2016, y que los miembros de la

“ La disponibilidad de tratamientos asequibles a través de medicamentos genéricos ha significado que, para los pacientes en Sudáfrica y para millones de otras personas con VIH en países en desarrollo, el sida no supone una sentencia de muerte automática. ”

Dr. Eric Goemaere, MSF, Sudáfrica.

Organización Mundial del Comercio (OMC) extiendan este plazo;

- que los países en desarrollo ejerciten su derecho a emitir licencias obligatorias para permitir una producción de genéricos más asequibles, como en Tailandia en 2007 cuando se consiguió reducir el precio del lopinavir/ritonavir un 75%, o en Brasil, que rompió la patente del efavirenz para incrementar el número de personas con acceso al medicamento de 23.300 a 75.000;
- que los países en desarrollo elaboren leyes de patentes que sean flexibles. La Ley de Patentes india contiene salvaguardas de salud pública cruciales: reserva el estatus de monopolio sólo a los medicamentos que demuestren un beneficio terapéutico superior al de los existentes, limitando así la frivolidad a la hora de emitir patentes. La ley también permite que cualquier parte interesada impugne una patente antes o después de que se conceda (impugnaciones pre y post-concesión) si se considera que esa patente no se justifica;
- que los países desarrollados se abstengan de imponer en los acuerdos comerciales medidas que vayan más allá del ADPIC (Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual), tales como las actuales exigencias de la Unión Europea y los países de la Asociación Europea de Libre Comercio en favor de políticas ADPIC-Plus en los acuerdos de libre comercio con India, que perjudicarían al acceso a medicamentos asequibles. Al atacar a la 'farmacia del mundo en desarrollo', estas políticas también minan indirectamente cualquier esfuerzo por parte de los gobiernos financiadores de costear y apoyar la ampliación del tratamiento;
- que todos los países se abstengan de introducir medidas de propiedad intelectual que limiten la producción, la exportación, el tránsito y la importación de medicamentos genéricos;
- que las compañías farmacéuticas apuesten por estrategias voluntarias de respuesta a las necesi-



© Rico Gustav APN

dades de las personas en los países en desarrollo y mantengan precios bajos. El Pool de Patentes Farmacéuticas es un nuevo mecanismo por el cual se pide a los titulares de las patentes que, a cambio del pago de royalties previamente acordados, liberen sus patentes para permitir que las compañías genéricas puedan producir versiones más asequibles. El Pool de Patentes permitiría una producción mucho más fácil de unas muy necesarias dosis fijas combinadas (de tres píldoras en una), que de otra forma requerirían largas negociaciones con diferentes titulares de las patentes. El Pool de Patentes recibió su primera licencia en septiembre de 2010 de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de EEUU para el darunavir. No obstante, la licencia en sí no permite la producción del medicamento, ya que Johnson & Johnson es titular de las otras patentes existentes. La licencia del NIH incluye a países de rentas medias; muchos de ellos tienen amplias cohortes de pacientes en tratamiento, pero no son elegibles para los descuentos concedidos por las farmacéuticas, lo cual hace que el acceso a medicamentos patentados sea extremadamente complicado. Varias empresas están ya en negociaciones con el Pool, y MSF urge a todos los titulares de patentes de medicamentos para el VIH que las compartan con el Pool. Este mecanismo podría ayudar a superar los obstáculos que plantea la propiedad intelectual, pero sólo si las licencias cubren a todos los países en desarrollo.

4. Apoyo a la investigación y desarrollo de mejores herramientas

Las necesidades de las personas en los países en desarrollo tienen que tenerse sistemáticamente en cuenta en la investigación y desarrollo (I+D) en salud en el campo del VIH/sida. Los gobiernos deben apoyar las innovaciones en el campo del VIH que simplifiquen el tratamiento a través de medicamentos nuevos y mejor tolerados que supongan la administración de dosis menos frecuentes, así como pruebas cruciales en el punto de asistencia para medir el recuento de linfocitos CD4 y la carga viral, y pruebas diagnósticas rápidas de la TB.

Además, los frutos de la innovación en el campo del VIH/sida tienen que ser asequibles para las personas en los países en desarrollo. Tal como se está discutiendo en el seno de la OMS y en otros foros,⁷⁸ deben explorarse y promoverse nuevas normas mundiales para la I+D en salud, incluyendo modelos innovadores que desvinculen su coste del precio final de los productos, o tratados internacionales de I+D.

En marzo de 2011, casi 4.000 personas se manifestaron en Nueva Delhi para reclamar acceso a medicamentos asequibles.

CONCLUSIÓN

Hace diez años, los gobiernos se comprometieron a proporcionar tratamiento vital a las personas con VIH/sida. Este compromiso debe mantenerse, en particular ahora que sabemos que el tratamiento del VIH no sólo salva vidas y reduce la carga de enfermedad, sino que además también reduce considerablemente el número de nuevas infecciones.

Con diez años de experiencia en el tratamiento del VIH/sida, MSF siente sus esfuerzos recompensados por los éxitos conseguidos al llevar este tratamiento a algunas de las poblaciones más remotas, donde la organización ha sido testigo de resultados tan buenos como los que se obtienen en el mundo desarrollado. El tratamiento ha simplificado y aliviado la carga sobre los pacientes y los proveedores de salud, y se han desarrollado estrategias para llegar a las personas necesitadas. Los beneficios de apostar por el tratamiento precoz ya se reconocen ampliamente y, más allá de salvar vidas, el efecto preventivo del tratamiento supone un mayor incentivo para su ampliación inmediata.

Pero hay un límite a lo que puede hacerse con las estrategias y herramientas médicas actuales. Si nos fijamos en los retos que nos esperan en la próxima década, se hace necesaria una innovación más agresiva para desarrollar estrategias de tratamiento todavía más efectivas y medicamentos y herramientas todavía más simples y mejores, asegurándonos al mismo tiempo de que sean lo bastante asequibles para beneficiar a quien los necesita.

El estudio de MSF, realizado en 16 países, demuestra que se ha avanzado mucho y a muchos niveles, pero también que este avance es volátil. Muchas estrategias para hacer llegar el tratamiento a más personas todavía están en proceso de implementación a pesar de haberse aplicado ya con éxito en múltiples contextos.

Para que el trabajo de MSF y el de otros continúe, existe la necesidad de un compromiso político sostenido. Las políticas de ampliación del mejor tratamiento disponible para el VIH/sida tienen que ir de la mano de políticas que apoyen el desarrollo de medicamentos y herramientas médicas que respondan a las necesidades de las personas VIH-positivas en los países en desarrollo. Las políticas que apoyen la producción de medicamentos asequibles tienen que prevalecer por encima de agendas que empujen a la firma de acuerdos y otras reglamentaciones que la limiten. Y tienen que implementarse políticas que consideren mecanismos de financiación adecuados y sostenibles para garantizar recursos adicionales y predecibles para el VIH/sida y la salud mundial.

© Jean-Marc Giboux





Nondumiso tiene VIH y TB ultrarresistente. Trabaja como educadora en el suburbio de Khayelitsha, Ciudad del Cabo (Sudáfrica).

El VIH/sida se ha saldado con más de 25 millones de vidas en los últimos treinta años. Hoy, estamos en situación de impedir que muera más gente, pero sólo una tercera parte de las personas que necesitan tratamiento lo están recibiendo. La decisión de ampliar la cobertura de tratamiento antirretroviral es una

decisión política, pero una decisión con consecuencias humanas inmensas. Y a pesar de los retos que supone ampliar el tratamiento a nivel mundial, estos no son insalvables. Es hora de rechazar firmemente el doble rasero en el campo de la salud y la autocumplencia de hacer cada vez menos.

ANEXOS

RESULTADOS DEL ESTUDIO: PROGRESO EN 16 PAÍSES

Políticas nacionales	Camerún	Etiopía	Guinea	India	Kenia
¿Iniciación precoz de la TAR (CD4 \geq 350 y Estadios III y IV)?	Sí	No	Sí	No	Sí
¿Fármacos de mejor tolerancia (TDF en régimen de primera línea)	Sí	Sí	No ³	No ³	Sí
¿Se adecua el protocolo de PMTCT a las recomendaciones de la OMS? Opción A, B o B+?	Sí (A)	No	Pendiente (B) ¹	Sí ³ (A)	Sí (A)
¿Qué porcentaje de estructuras del sector público proporcionan ARV, según los últimos datos?	31%	59%	8%	⁵	14%
¿La integración TB/VIH se contempla en alguna política?	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	Sí
¿Respalda la política oficial la integración del VIH y la salud materna?	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Sí
¿Respalda la política oficial la iniciación de la TAR y el seguimiento de pacientes (SP) por parte del personal de enfermería o personal no médico?	No	Sí	Solo SP	Solo SP	Solo SP
¿El traspaso de tareas de diagnóstico del VIH y asesoría para adherencia las confía a los trabajadores de salud?	Sí	Sí	No	Sí	Sí
¿Porcentaje de personas que necesitan TAR y la están recibiendo (según recomendaciones de la OMS: CD4 \leq 350)?	35%	52,5%	40% ⁶	39%	52%
¿Endemicidad (hiper, generalizada, baja)?	Gen	Gen	Gen	Baja	Gen

LEYENDA:

(A): OPCIÓN A de profilaxis: la madre recibe AZT diariamente desde la semana 14 de embarazo, una dosis única de NVP al comienzo del parto, AZT+3TC durante el mismo, y AZT + 3TC durante 7 días para proteger contra resistencias a NVP. El bebé recibe una dosis única de NVP al nacer, y una dosis diaria de NVP desde ese momento hasta una semana después de finalizar la lactancia. Los niños no lactantes reciben una dosis única de NVP al nacer, y después dosis diaria de NVP o de AZT hasta la cuarta o sexta semana.

(B) OPCIÓN B de profilaxis: la madre recibe triple TAR a partir de la semana 14 de embarazo hasta una semana después de concluida la lactancia. El bebé recibe administración diaria de AZT o NVP desde el nacimiento hasta la cuarta o sexta semana.

(B+) OPCIÓN B+: todas las mujeres embarazadas reciben TAR de por vida. El bebé recibe el mismo tratamiento antes mencionado.

PARCIAL: existe una política, pero no se implementa de forma sistemática.

¹ Las guías no están actualizadas

² Solo para pacientes coinfectados con TB/VIH, mujeres embarazadas y pacientes con graves efectos secundarios.

SP Solo: Iniciación del tratamiento Solo por médicos, el personal de enfermería Solo realiza el seguimiento.

Lesoto	Malawi	Mozambique	Myanmar	RCA	RDC	Suazilandia	Sudáfrica	Uganda	Zambia	Zimbabwe
Sí	Sí	Sí	Pendiente ¹	Sí	Pendiente ¹	Sí	No	No	Sí	Sí
Sí	No ²	No ³	Pendiente ¹	No ³	No ³	Sí	Sí	No ³	Sí	No ²
Sí (A)	Sí (B+)	Sí (A)	Pendiente (A) ¹	Sí (A)	Pendiente (A) ¹	Sí (A)	Sí (A)	Sí (A)	Sí (A)	Sí (A)
69%	55%	18%	9,4% ⁴	13%	46,4%	31%	44%	7,4%	29%	21,4%
Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Sí	Parcial	Parcial	Parcial	Sí	Parcial
Parcial	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Sí	Parcial	Sí	Parcial
Sí	Sí	Sí	No	Solo SP	Solo SP	No	Sí	OC	OC	OC
Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	No	Sí	Parcial
48% ⁶	46% ⁶	32%	25%	30%	17%	70%	37% ⁶	44%	68%	43%
Hiper	Gen	Gen	Baja	Gen	Gen	Hiper	Hiper	Gen	Gen	Gen

OC: Iniciación del tratamiento solo por médicos y oficiales clínicos, el personal de enfermería realiza el seguimiento.

³ Utilización de AZT

⁴ Myanmar: 30 emplazamientos en 320 localidades (equivalente al 9,4%)

⁵ India cuenta con 293 centros de TAR y más de 300 centros "relacionados o satélite" (donde el tratamiento es seguido pero no iniciado), estructuras paralelas no conocidas al no ofrecer servicios integrados.

⁶ DESDE LA OMS: "Cobertura estimada de la terapia antirretroviral basada en las guías de 2010 de la OMS, 2009".

GEN: país de epidemia generalizada: prevalencia de VIH entre adultos de entre el 1 y el 15%, con el VIH "firmemente establecido en la población general".

Baja= país de nivel epidémico bajo: prevalencia del VIH en adultos <1%.

Hiper= país hiper-epidémico: prevalencia en adultos superior al 15%.

IMPLEMENTANDO LAS POLÍTICAS ADECUADAS

Países en desarrollo	Donantes y países desarrollados	Compañías farmacéuticas
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO		
Respaldar objetivos ambiciosos de cobertura de tratamiento para proporcionarlo a entre 13 y 15 millones de personas para 2015.		
GUÍAS DE TRATAMIENTO		
Implementar las guías de tratamiento de la OMS.	Respaldar la implantación de las guías de la OMS y estrategias óptimas de tratamiento.	
FINANCIACIÓN		
Destinar una financiación adecuada a la salud, incluyendo a programas de VIH/sida, y estudiar innovadores mecanismos de financiación adicionales.	Cubrir totalmente las necesidades presupuestarias del Fondo Global así como de los programas bilaterales de VIH, y estudiar innovadores mecanismos de financiación adicionales.	
ACCESO A MEDICAMENTOS		
<p>Utilizar las flexibilidades de los Acuerdos ADPIC, tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> derecho de los países menos desarrollados a no conceder o respetar patentes farmacéuticas hasta 2016; proponer a la OMC una extensión de este plazo más allá de 2016; utilizar la concesión de licencias obligatorias y otras disposiciones para sortear las barreras al acceso derivadas de las patentes; diseñar leyes de patentes que sean favorables al acceso a medicamentos, que incluyan criterios estrictos de patentabilidad y disposiciones para la impugnación pre y/o post-concesión de la patente. 	<p>Respetar la aplicación por parte de los países en desarrollo de la flexibilidades de los Acuerdos ADPIC, y evitar el uso de sanciones comerciales como amenaza contra países que utilicen tales flexibilidades de salud públicas.</p> <p>Evaluar la naturaleza y contenido de la asistencia técnica proporcionada a los países en desarrollo sobre cuestiones relacionadas con la propiedad intelectual.</p> <p>Evitar la imposición de las disposiciones ADPIC Plus (incluyendo la exclusividad de datos, los enlaces entre las patentes y los registros de comercialización, y las extensiones de patentes) en los países en desarrollo.</p>	<p>Respetar el derecho de los países en desarrollo a utilizar las flexibilidades incluidas en los ADPIC.</p> <p>Evitar el recurso a presiones legales, económicas o políticas contra países que utilicen las flexibilidades relativas a la salud pública.</p>
Revisar la Decisión de la OMC de 30 de agosto de 2003 con el fin de asegurar una solución expeditiva para aquellos países que cuenten con una capacidad de producción nula o insuficiente.		
		Implementar estrategias que garanticen el acceso a medicamentos patentados a precios asequibles para pacientes en países en desarrollo. Conceder licencias de propiedad intelectual de productos relevantes al Pool de Patentes de Medicamentos.
Evitar la introducción de medidas de refuerzo de la propiedad intelectual que limiten la producción, la exportación, el tránsito y la importación de medicamentos genéricos.		
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO (I+D)		
Respaldar la creación de normas para una investigación y desarrollo global dirigida por las necesidades de salud pública, que incluyan el establecimiento de mecanismos de incentivo que garanticen el acceso, desvinculando los costes de la I+D del precio final del producto. Estudiar además la posibilidad de establecer un tratado sobre I+D biomédica.		

¿SABÍAS QUE ...?

Barreras al acceso a ARV clave derivadas de la propiedad intelectual
Los efectos de los Acuerdos ADPIC empiezan a ser obvios

PRIMERA LÍNEA	PAÍSES EN LOS QUE CONSTA QUE EL PRODUCTO SERÁ PATENTADO*
Rilpivirina (TMC 278) (en desarrollo)	Benín, Botsuana, Burkina Faso, Camerún, Chad, China, Congo, Costa de Marfil, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, India, Kenia, Lesoto, Malauí, Mali, Mauritania, México, Mozambique, Namibia, Níger, República Centroafricana, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Suazilandia, Sudáfrica, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda, Zambia y Zimbabue. Pendiente de patente en Argentina, Brasil, Chile, Egipto, Filipinas, Jordania, Malasia, Panamá y Vietnam.

TRATAMIENTO DE SUSTITUCIÓN EN CASO DE FRACASO TERAPÉUTICO	
Raltegravir (RAL)	Colombia, Filipinas, India, México, Sudáfrica, Ucrania, Uzbekistán y Vietnam. Pendiente de patente en Argentina, Brasil, Chile, China, Malasia, Nicaragua y Tailandia.
Etravirina (ETV)	Argentina, Armenia, Azerbaiyán, Benín, Bielorrusia, Botsuana, Burkina Faso, Camerún, Chad, Chile, China, Congo, Costa de Marfil, Filipinas, Gabón, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, India, Gambia, Ghana, Kenia, Kazajistán, Kirguizistán, Lesoto, Malauí, Malasia, Mali, Mauritania, México, Moldavia, Mozambique, Namibia, Níger, República Centroafricana, Rusia, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Suazilandia, Sudáfrica, Sudán, Tanzania, Tayikistán, Togo, Turkmenistán, Ucrania, Uganda, Vietnam, Zambia y Zimbabue. Pendiente de patente en Brasil e Indonesia.

* Esta información refleja los datos disponibles en la "Base de datos sobre el estatus de las patentes para una selección de medicamentos para el VIH" proporcionados por el Pool de Patentes de Medicamentos a 30 de abril de 2011. Esta información puede estar sujeta a cambios, por lo que se recomienda su confirmación con las autoridades pertinentes de registro. Los casos indicados como 'pendiente de patente' indican que se ha presentado una solicitud de patente y que la decisión de concesión no ha sido comunicada aún por la oficina de patentes.

El Pool de Patentes de Medicamentos	
Propietario de la patente	Estatus de las negociaciones
Boehringer Ingelheim	Actualmente sin negociaciones
Bristol-Myers Squibb	Actualmente sin negociaciones
F. Hoffman-La Roche	Negociaciones en preparación
Gilead Sciences	En negociaciones
Institutos Nacionales de Salud de EEUU	Primera licencia concedida/en negociaciones
Laboratorios Abbott	Actualmente sin negociaciones
Merck & Co.	Actualmente sin negociaciones
Sequoia Pharmaceuticals	En negociaciones
Tibotec/Johnson & Johnson	Actualmente sin negociaciones
ViiV Healthcare	En negociaciones

“ En la actualidad, los antirretrovirales de segunda línea son mucho más caros que los de primera... hablamos de precios tres veces más caros, cuando tenemos ya en la clínica pacientes que han desarrollado resistencias a los fármacos más asequibles, así que nos encontramos de nuevo en la situación de tener que decir a algunos pacientes "hay medicamentos en el sector privado, o en los países ricos, con los que podríamos tratarte, pero no nos los podemos permitir. ”

Dr. Gilles van Cutsem, MSF, Sudáfrica.

REFERENCIAS

- 1 Kates J., Boortz K., Lief E., Avila C., Gobet B., Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009. [Online]. 2010 July [cited 2011 May 2]; disponible en <http://www.kff.org/hivaids/7347.cfm>.
- 2 Informe del Secretario General de la ONU. "Implementación de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/sida y la Declaración Política sobre el VIH/sida". Naciones Unidas, 65ª Sesión, Artículo 10 del orden del día. 28 de marzo de 2011.
- 3 Civil Society on the UNAIDS Programme Coordinating Board. "Zero Draft", Civil Society Declaration. [Online]. 2011 April 14. [consultada a 3 de mayo de 2011]; disponible en <http://unaidspcbngo.org/?p=13004>.
- 4 ONUSIDA, Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010; disponible en http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm.
- 5 Mwagomba B., Zachariah R., Massaquoi M., Misindi D., Manzi M. et al. (2010), Mortality Reduction Associated with HIV/AIDS. Care and Antiretroviral Treatment in Rural Malawi: Evidence from Registers, Coffin Sales and Funerals. PLoS ONE 5(5): e10452.
- 6 Lawn et al., Antiretroviral therapy and the control of HIV-associated tuberculosis. Will ART do it? INT J TUBERC LUNG DIS 15(5):571-581. doi:10.5588/ijtld.10.0483.
- 7 Zachariah R., Bemelmans M., Akesson A., Gomani P., Phiri K., Isake B. et al., Reduced tuberculosis case notification associated with scaling-up antiretroviral treatment in rural Malawi INT J TUBERC LUNG DIS 2011 [en imprenta].
- 8 Mermin J. et al., Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study. The Lancet 2008; 371:752-759.
- 9 Donnell D., Baeten J.M., Kiarie J. et al., Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. The Lancet. 2010;375(9731):2092-2098.
- 10 ONUSIDA. 2011-2015 Strategy: Getting to Zero. [Online]. 2010 December [consultado a 2 de mayo de 2011]; disponible en <http://www.unaids.org/en/strategygoalsby2015/>
- 11 Hargrove J., Humphrey J., para ZVITAMBO Study Group, Mortality among HIV-positive postpartum women with high CD4 cell counts in Zimbabwe. AIDS: 28 January 2010 - Volume 24 - Issue 3 - p F11-F14doi: 10.1097/QAD.
- 12 OMS, UNICEF, Fondo de la ONU para la Población (UNFPA) y Banco Mundial, Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. Trends in Maternal mortality 1990-2008: Lesotho Data. [Online]. Diciembre de 2010 [consultado a 3 de mayo de 2011]; disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241500265/en/index.html>
- 13 Anema et al., Estimating the impact of expanded access to antiretroviral therapy on maternal, paternal and double orphans in sub-Saharan Africa, 2009-2020. AIDS Research and Therapy 2011, 8:13.
- 14 Rosen S., Larson B., Brennan A., Long L., Fox M. et al., (2010) Economic Outcomes of Patients Receiving Antiretroviral Therapy for HIV/AIDS in South Africa Are Sustained through Three Years on Treatment. PLoS ONE 5(9): e12731. doi:10.1371/journal.pone.0012731.
- 15 Ventelou B. et al., Estimates of alternative scenarios of scaling-up of ART treatment in an agent- based micro-simulation model. IAEN, December 2009, Amsterdam.
- 16 Walensky R.P., Wood R., Ciaranello A.L., Paltiel A.D., Lorenzana S.B. et al., (2010) Scaling Up the 2010 World Health Organization HIV Treatment Guidelines in Resource-Limited Settings: A Model-Based Analysis. PLoS Med 7(12): e1000382.
- 17 Ventelou B. et al., Estimates of alternative scenarios of scaling-up of ART treatment in an agent- based micro-simulation model. IAEN, December 2009, Amsterdam.
- 18 Osler M., Schneider H., Smuts B., Stinson K., Groemaere E., Zweigenthal V. et al., Can resources allocated to HIV/AIDS strengthen the health system? Evidence from the Western Cape ART programme. 2009, 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment Abstract no. MOPED064.
- 19 International Center for AIDS Care and Treatment Programs. Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa: Bellagio conference report 2008. See also: Cohen R, J Intl AIDS Soc 2009.
- 20 Bemelmans M., Likaka A., Akesoon A., Diggle E., Namate D., Hermann K., Philips M., Metcalf C., Ford N., Van den Akker T. - Health system strengthening through HIV/AIDS-programming in Thyolo District, Malawi. Póster Internacional en la reunión de la Sociedad del Sida 2011 (aceptado).
- 21 Van den Akker T., Bemelmans M., Diggle E., Scheffer S., Akesson A., Jemu N., Ford N., Shea J: Constructive integration: changes in uptake and outcomes of general reproductive health services during the scaling up of ART and PMTCT in Thyolo district, Malawi. Póster Internacional en la reunión de la Sociedad del Sida 2011 (aceptado).
- 22 Van den Akker T., Radge G., Mateyu A., Mwagomba B., Bemelmans M. & Reid, T2010, 'Can non-monetary incentives increase health facility deliveries? - The experience in Thyolo District, Malawi', International Health (2011), doi:10.1016/j.inhe.2010.11.001.
- 23 Departamento de Salud de Sudáfrica. National Antenatal Sentinel HIV and Syphilis Prevalence Survey in South Africa., South Africa, 2009.
- 24 Ibid.
- 25 Ford N. et al., Early initiation of antiretroviral therapy and associated reduction in mortality, morbidity and defaulting in a nurse-managed, community cohort in Lesotho. AIDS 2010, 24:2645-2650.
- 26 Nachega J., Trotta M., Nelson M. et al., Impact of metabolic complications on antiretroviral treatment adherence: Clinical and public health implications. Current HIV/AIDS Reports 2009. 6:121-129.

- 27 Bygrave H. et al. Implementing a Tenofovir-Based First-Line Regimen in Rural Lesotho: Clinical Outcomes and Toxicities After Two Years. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011;56:e75–e78.
- 28 Bender et al., Cost-effectiveness of tenofovir as first-line antiretroviral therapy in India, *Clinical Infectious Disease*, 2010 Feb 1;50(3):416-2.
- 29 Médicos Sin Fronteras, *Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions*, 14th ed., Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF, próxima publicación en julio de 2011; disponible en <http://utw.msfaccess.org>.
- 30 Parienti et al., Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2009 Feb 15;48(4):484-8.
- 31 Airoldi M., Zaccarelli M., Bisi L., Bini T., Antinori A., Mussini C., Bai F., Orofino G., Sighinolfi L., Gori A., Suter F., Maggiolo F., One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. *Patient Prefer Adherence*. 2010 May 13;4:115-25.
- 32 ONUSIDA. Country Data. [Online]. [consultado a 17 de abril de 2011]; disponible en <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/>
- 33 Cohen R., Lynch S., Bygrave H. et al., Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho. *J Intl AIDS Soc* 2009; 12(1):23.
- 34 Bedelu M., Ford N., Hilderbrand K., Reuter H., Implementing antiretroviral therapy in rural communities: the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J Infect Dis* 2007, 196(Suppl 3):S464-8.
- 35 Zachariah et al., Acceptance of anti-retroviral therapy among patients infected with HIV and tuberculosis in rural Malawi is low and associated with cost of transport. 2006, 1:e121 PLoS ONE.
- 36 Bedelu M., Ford N., Hilderbrand K., Reuter H., Implementing antiretroviral therapy in rural communities: the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *J Infect Dis*. 2007 Dec 1;196 Suppl 3:S464-8.
- 37 Fatti G., Grimwood A., Bock P., Better antiretroviral therapy outcomes at primary healthcare facilities: an evaluation of three tiers of ART services in four South African provinces. *PLoS One*. 2010 Sep 21;5(9):e1288.
- 38 Massaquoi M., Zachariah R., Manzi M., Pasulani O., Misindi D., Mwangomba B., Bauernfeind A., Harries A.D., Patient retention and attrition on antiretroviral treatment at district level in rural Malawi *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* (2009) 103, 594–600.
- 39 Jaffar S., Amuron B., Foster S., et al., Rates of virological failure in patients treated in a home-based versus a facility-based HIV-care model in Jinja, southeast Uganda: a cluster-randomised equivalence trial. *Lancet*. 2009; 374: 2080–2089.
- 40 Wools-Kaloustian K., A model for extending antiretroviral care beyond the rural health centre. *JIAS*. 2009, 12:22.
- 41 Mukhuna B., Khonde L., Burgi A., Huckabee M., Heinzelmann A., Elsheik K. et al., Utilizing non-medical staff for ART dispensing visits: Task shifting in a human resource limited setting. IAC Vienna, 2010. Abstract CDE1032 [Consultado a 4 de mayo de 2011]; disponible en <http://aids2010.msf.org/wp-content/uploads/CDE1032.pdf>.
- 42 Sobry A., Bhola A.K., Casavant I., Samo Gudo C., Benigna M., Matsinhe P. et al., Evaluation of Fluxo Rapido, a simplified service provision scheme for stable patients in a decentralized HIV/AIDS care setting in Chamanculo Health Area, Mozambique. IAC Vienna, 2010. Poster Abstract THPE0405 [Consultado a 4 de mayo de 2011]; disponible en <http://aids2010.msf.org/wp-content/uploads/Evaluation-of-Fluxo-Rapido.pdf>
- 43 Zachariah et al., Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya. 2008, 102 (3):288-93 *Trans. R. Soc. Trop. Med. Hyg.*
- 44 Desclaux A. et al., L'initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antiretroviraux; Analyses économiques, sociales, comportementales et médicales. ANRS, octobre 2002, Senegal.
- 45 Kumarasamy N. et al., Reasons for modification of generic highly active antiretroviral therapeutic regimens among patients in southern India. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 Jan 1;41(1):53-8.
- 46 En Kenia, el Ministerio de Salud pretende duplicar la cobertura institucional de estructuras sanitarias que proporcionan TAR, hasta alcanzar un 30%, para 2013. Sin embargo, una barrera crucial es que el traspaso de tareas, que permitiría al personal de enfermería la iniciación del tratamiento antirretroviral sin supervisión médica, está encontrándose con grandes reticencias que están entorpeciendo estos esfuerzos.
- 47 A nivel nacional, Zimbabue está todavía en los primeros estadios del proceso de descentralización: sólo un 8% de sus 1.479 estructuras de salud pública pueden iniciar la TAR, y un 20% ofrece servicios de seguimiento, como reabastecimiento de fármacos, a los pacientes que ya la reciben. Como ocurre en Kenia, una gran barrera es el freno al traspaso de tareas al personal de enfermería.
- 48 En Guinea, MSF apoya casi un 30% de la cohorte de pacientes en TAR. A nivel nacional, menos de un 8% (35/454) de todas las estructuras públicas de salud proporcionan TAR, debido al lento proceso de descentralización. El mayor cuello de botella es el enfoque centrado en los médicos, lo que significa que sólo ellos pueden iniciar la TAR y que su seguimiento por personal de enfermería sólo puede realizarse bajo supervisión médica.
- 49 Brown C., Kerschberger B., Boulle A., Coetzee D., Post F., Azevedo V. et al., TB & HIV Service Integration within a South African Primary Health Care Setting Reduces the Time to ART Initiation, Facilitates Coordinated Care, and Improves Case Note Recording without Negatively Impacting TB Outcomes. CROI 2011 Boston. Poster Abstract Z-166.
- 50 Médecins Sans Frontières, *Fighting a Dual Epidemic: Treating TB in a high HIV prevalence setting in rural Swaziland*. January 2008 – June 2010. [Online.], 18 de noviembre de 2010 [consultado a 23 de abril de 2011]; disponible en [http://www.msfaccess.org/resources/key-publications/key-publication-detail/?tx_ttnews\[tt_news\]=1653&cHash=88568f0842](http://www.msfaccess.org/resources/key-publications/key-publication-detail/?tx_ttnews[tt_news]=1653&cHash=88568f0842)

- 51 OMS, Stop TB Partnership. Global plan to stop TB 2006–2015. Ginebra, Suiza: OMS, disponible en <http://www.stoptb.org/global/plan/>
- 52 Sanne I. et al., Nurse versus doctor management of HIV-infected patients receiving antiretroviral therapy (CIPRA-SA): a randomised non-inferiority trial. *The Lancet*. 2010, 376(9734): 33 – 40.
- 53 McGuire M. et al., Task-shifting of HIV care and ART initiation: three year evaluation of a mixed-care provider model for ART delivery. Abstract for IAS 2011.
- 54 Bemelmans M., Van den Akker T., Ford N., Philips M., Zachariah R., Harries. A., Schouten E., Hermann K., Mwangomba B. & Massaquoi M., 2010, 'Providing universal access to antiretroviral therapy in Thyolo, Malawi through task shifting and decentralization of HIV/AIDS care', *Tropical medicine & international health*, vol. 15, no. 12, pp. 1413-1420.
- 55 Cohen R., Lynch S., Bygrave H., et al., Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho. *J Intl AIDS Soc* 2009; 12(1):23.
- 56 Decroo T. et al., Distribution of Antiretroviral Treatment Through Self-Forming Groups of Patients in Tete Province, Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011;56:e39–e44.
- 57 McGuire M., Pedrono G., Mukhua B., Huckabee M., Heinzelmann A., Szumilin E., Chikwaza O., Pujades-Rodriguez M., Optimizing patient monitoring after the first year of ART: three years of implementing 6-monthly clinical appointments in rural Malawi. Abstracto para IAS 2011.
- 58 Pinheiro E., Vasan A., Kim JY., et al., Examining the production costs of antiretroviral drugs. *AIDS*. 2006, 20: 1745-1752.
- 59 Ripin D., Clinton Health Access Initiative, entrevista vía e-mail, 28 de abril de 2011. El coste de los medicamentos podría reducirse a 21 dólares por paciente y año, lo que se traduce en un ahorro de 231 millones de dólares si se trataran 11 millones de personas con medicamentos de primera línea para 2015.
- 60 Verloes R., Van't Klooster G., Baert L., et al., TMC278 long acting –a parenteral nanosuspension formulation that provides sustained clinically relevant plasma concentrations in HIV-negative volunteers. Abstracto TUPE0042, presentado en la XVII Conferencia Internacional del SIDA, Agosto 3–8, 2008, Ciudad de México, MX.
- 61 JERON J., Kumar P., Lazzarin A. et al., DTG in Subjects with HIV Exhibiting RAL Resistance: Functional Monotherapy Resultados de la cohorte II del estudio VIKING. XVIII Conferencia sobre Retrovirus e Infecciones Oportunistas (CROI 2011), Boston, 27 de febrero -2 de marzo de 2011, Abstracto 151LB.
- 62 Kerschberger B., Boule A., Hilderbrand K., Coetzee D., Goemaere E., Van Cutsem G., Viral Load at 3 Months associated with Better Virologic Outcomes than at 6 Months (Khayelitsha, South Africa).
- 63 The Pursuing Later Treatment Options II (PLATO II) project team for the Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE), Risk of triple-class virological failure in children with HIV: a retrospective cohort study. *The Lancet* - 20 April 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60208-0.
- 64 Kates J., Boortz K., Lief E., Avila C., Gobet B., Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009 [Internet]. Kaiser Family Foundation; 2010 [consultado a 3 de abril de 2011]; disponible en: <http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf>
- 65 Hecht R., Stover J. et al.; Financing of HIV/AIDS programme scale-up in low-income and middle-income countries, 2009—31; *The Lancet*, Volume 376, Issue 9748, Pages 1254 - 1260, 9 October 2010. doi:10.1016/S0140-6736(10)61255-X.
- 66 Carta del CDC a PEPFAR, "ART implementing Partners", con sello de recepción con fecha del 29 de octubre de 2009.
- 67 Geng E.H., Bwana M.B., Kabakyenga J., Muyindike W., Emenyonu N.I. et al., (2010) Diminishing Availability of Publicly Funded Slots for Antiretroviral Initiation among HIV-Infected ART-Eligible Patients in Uganda. *PLoS ONE* 5(11): e14098. doi:10.1371/journal.pone.0014098.
- 68 Health-E, PEPFAR makes U-turn in Uganda. [Online]. 8 de abril de 2010 [consultado a 4 de agosto de 2010]; disponible en http://www.health-e.org.za/news/easy_print.php?uid=20032883
- 69 The National AIDS Control Program (PNLS), Annual Review, 2011.
- 70 Ibid.
- 71 Naciones Unidas, Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas 2006: A/RES/60/262. Ginebra: Naciones Unidas; 2006.
- 72 ONUSIDA, Informe sobre la Epidemia Mundial de Sida 2010; disponible en http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm.
- 73 Holmes C., Coggin W., Jamieson D. et al., Use of Generic Antiretroviral Agents and Cost Savings in PEPFAR Treatment Programs. *JAMA*. 2010;304(3):313-320 (doi:10.1001/jama.2010.993).
- 74 Waning B., Diedrichsen E., & Moon S., 2010, A lifeline to treatment: the role of Indian generic manufacturers in supplying antiretroviral medicines to developing, *Journal of the International AIDS Society*, 13:35.
- 75 Jamieson D., New ARV combinations uptake in PEPFAR countries and cost implication. SCMS presentation for Annual AMDS Stakeholders and Partners Meeting 2011, 28-29 de marzo de 2011, Ginebra, Suiza.
- 76 Stover J., Forecasting Demand for ARVs 2011-2012. Geneva, Switzerland. 15 de febrero de 2011; disponible en http://www.who.int/entity/hiv/amds/pfi_forecasting_demand_arvs_j_stover.pdf a fecha de 4 de mayo de 2011.
- 77 Médicos Sin Fronteras, Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions, 13th ed., Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF, julio de 2010; disponible en <http://utw.msfaccess.org>
- 78 Asamblea Mundial de la Salud (2008), Global strategy and plan of action on public health, innovation and intellectual property. WHA61.21 (Sixty-First World Health Assembly); disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_R21-en.pdf.



Monica Juma recibe tratamiento antirretroviral en la clínica de MSF en Mathare, Kenia. También ha sobrevivido a la tuberculosis multirresistente, cuyo tratamiento le llevó dos años.



Campaña de Acceso a los Medicamentos Esenciales.
Médicos Sin Fronteras / Médecins Sans Frontières
Rue de Lausanne 78, CP 116
CH-1211 Genève 21, Suisse

www.msfacecess.org
twitter.com/MSF_access
www.facebook.com/MSFacecess