



NO ES MOMENTO DE RENDIRSE: Crisis en la financiación de la lucha contra el sida en África



**Informe de Médicos Sin Fronteras
Julio de 2010**

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
ARV	Antirretroviral(es)
AU	Acceso Universal
CDC	Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (EEUU)
CHAI	Iniciativa Clinton para el Acceso a la Salud
FMI	Fondo Monetario Internacional
GFATM	Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
GHI	Global Health Initiative (Iniciativa de Salud Global, EEUU)
MAP	Programa Multinacional contra el VIH/sida para África (Banco Mundial)
MCF	Mecanismo de Financiamiento Continuo (Fondo Mundial)
MSF	Médicos Sin Fronteras
ODM	Objetivo(s) de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa de la ONU contra el Sida
PEPFAR	Plan Presidencial de Emergencia de Respuesta al Sida (EEUU)
PMTCT	Prevención de la Transmisión Materno-infantil del Sida
PVVS	Persona(s) que Vive(n) con VIH/sida
RCA	República Centroafricana
RDC	República Democrática del Congo
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TAP	Proyecto de Aceleración del Tratamiento (Banco Mundial)
TAR	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UNGASS	Asamblea General de la ONU sobre el VIH/sida
UNITAID	Fondo Internacional para la Compra de Medicamentos (ONU)
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana



TABLA DE CONTENIDO

Glosario	2
Resumen Ejecutivo	4
01	
ANTECEDENTES Y ESCENARIO ACTUAL	6
1.1 VIH/sida: la crisis continúa	6
1.2 Impactos positivos de los programas de tratamiento del VIH/sida en la última década	8
1.3 La brecha del tratamiento	11
02	
CRISIS AGUDA DE LA FINANCIACIÓN: LOS DONANTES SE RETIRAN DEL EPICENTRO DE LA EPIDEMIA DEL VIH	15
2.1 Fondo Mundial	15
2.2 Gobierno de EEUU / PEPFAR	16
2.3 Otros donantes	18
03	
EL IMPACTO DE LA RETIRADA	23
3.1 Las salidas apresuradas llevan a racionar el inicio de tratamientos ARV	23
3.2 Las últimas recomendaciones de la OMS están siendo desoídas por motivos presupuestarios	25
3.3 Aumenta la fragilidad de la financiación y del suministro	26
04	
CONCLUSIONES	29



RESUMEN EJECUTIVO

A finales de la década de 1990, Médicos Sin Fronteras (MSF) se involucró en la lucha contra el VIH/sida, por considerarla una emergencia. Hoy, MSF sigue creyendo que se trata de una crisis que requiere una respuesta de excepción.

Desde que comenzó la epidemia, el VIH/sida ha generado una crisis aguda de salud pública en un gran número de países, lo que ha exigido una respuesta urgente a la elevada mortalidad y a la propagación de la enfermedad. Mucho se ha hecho desde entonces para hacer frente al VIH, pero la urgencia de la situación sigue requiriendo que respondamos de manera más amplia y a largo plazo: la batalla no está, ni mucho menos, ganada.

A través de la labor médico-humanitaria que realiza en la mayor parte de los países más afectados del África Subsahariana, MSF ha empezado a observar un preocupante cambio de actitud en la comunidad de financiadores internacionales. Tras años de buena disposición política y de compromiso económico en la lucha contra el VIH/sida, ahora parece que la comunidad donante se está desvinculando de la lucha, dejando por el camino a personas que aún necesitan desesperadamente los tratamientos que les pueden salvar la vida.

Entre 2009 y 2010, MSF ha realizado un análisis en profundidad sobre el terreno en ocho países clave en los que lleva varios años dispensando atención y tratamiento para el VIH/sida: Malaui, Mozambique, Zimbabue, Sudáfrica, Lesoto, Kenia, Uganda y República Democrática del Congo (RDC). Y las conclusiones confirman lo que ya temíamos, que los países financiadores se están echando atrás en sus compromisos para ampliar la lucha contra la pandemia. En la actualidad, esta desvinculación está empezando a ser visible en el terreno y el nivel de la atención para el VIH está empezando a deteriorarse.

La incertidumbre y la inestabilidad de la financiación de los donantes han frenado la incorporación de nuevos pacientes a los programas de tratamiento y amenazan a medio y largo plazo el suministro de medicamentos antirretrovirales (ARV). Asimismo, los donantes han rebajado su enfoque original de emergencia y han reorientado sus fondos hacia otras cuestiones sanitarias, haciendo caso omiso de los beneficios transversales que ha demostrado tener una intervención eficaz en VIH/sida para la atención sanitaria en general. Resulta irónico que, a la vez que se reducen tanto el volumen como las fuentes de financiación, los donantes esperen que el dinero destinado a combatir el VIH/sida sirva para financiar paquetes cada vez más amplios, en los que se incluyan otras prioridades del sector de la salud.

La posible retirada de donantes no sólo impide ampliar el tratamiento del VIH, sino que amenaza además con socavar todos los efectos beneficiosos y las perspectivas de futuro que una amplia cobertura de la terapia antirretroviral (TAR) apor-

ta a comunidades enteras en materia de reducción de mortalidad, morbilidad y transmisión.

Cualquier retroceso de los esfuerzos actuales para ampliar la TAR tendrá consecuencias negativas muy reales y de gran alcance para los pacientes y para los trabajadores que luchan contra el sida en el terreno.

La conjunción de efectos de la crisis económica en países de rentas bajas (y muy especialmente entre los colectivos más vulnerables) con el cansancio de los donantes en torno al VIH, ensanchará aún más la brecha existente en el tratamiento del sida en el África Subsahariana.

Concretamente, la reducción de la financiación de tratamientos y ARV contra el VIH supone:

- recortar las plazas disponibles para tratamiento. Los pacientes tendrán que esperar más tiempo antes de comenzar la TAR, corriendo el peligro de morir antes de acceder a los medicamentos que les pueden salvar la vida. Los pacientes que no sean tratados podrían empeorar y sucumbir a infecciones oportunistas como la tuberculosis. Cada vez se perderán más pacientes durante el seguimiento, incluso antes de comenzar la TAR.
- bloquear la implementación de las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el tratamiento precoz y la mejora de los regímenes farmacológicos.
- limitar aún más la capacidad del Fondo Mundial de iniciar programas de tratamiento.
- provocar un efecto dominó sobre unos suministros de ARV ya de por sí precarios. Esto supone más rupturas de stock e interrupciones, incrementando aún más la dificultad de los pacientes para cumplir sus tratamientos y la carga de trabajo en los centros sanitarios.
- establecer nuevas limitaciones a las pretensiones de los países afectados de lograr resultados tangibles y de incluir colectivos vulnerables específicos.

Desde la perspectiva del terreno, la retirada de donantes alterará las características de la epidemia, con un incremento del número de pacientes en busca de atención sanitaria, más pacientes enfermos y un aumento de la mortalidad en la población, reproduciendo de nuevo el escenario de hace una década, cuando la TAR se racionaba entre unos pocos afortunados.

- Los pacientes que inician sus tratamientos con recuentos menores de linfocitos CD4 (medición del número de células T por milímetro cúbico de sangre, utilizada para evaluar el estado del sistema inmunitario de los pacientes infectados con VIH) necesitan una atención más frecuente, más inten-

siva y más costosa. Paralelamente, sus probabilidades de supervivencia son menores y su recuperación, más lenta.

- Se incrementará la carga de pacientes de los centros sanitarios y el personal sanitario se desmotivará ante el deterioro de los resultados de los pacientes a los que atiende.
- Los pacientes podrían empezar a compartir sus fármacos, con la consiguiente reducción de las dosis y el aumento del riesgo de transmisión y resistencia del virus.
- Se incrementarán las tensiones entre los pacientes que estén en tratamiento y los que aún no lo estén.
- Las tasas de incidencia de tuberculosis aumentarán y supondrán una carga adicional para unas clínicas ya saturadas.
- Volverán a aumentar la mortalidad entre adultos en edad procreativa y, con ella, el número de niñas y niños huérfanos.
- Debido a la insuficiente disponibilidad de medicamentos ARV, se tendrán que ralentizar las actividades de detección y orientación.

La magnitud del reto queda reflejada en este breve examen de los planes de los donantes para los próximos años:

El Plan Presidencial de Emergencia de Respuesta al Sida de Estados Unidos (**PEPFAR**), uno de los donantes clave, ha congelado su financiación para el periodo 2009-2014 y, a partir de 2008-09, ha reducido aún más sus asignaciones presupuestarias anuales, al ampliar el periodo que debe cubrirse con los mismos fondos. También se reducirá en los próximos años la financiación para la compra de ARV. Todo ello se traduce en una disminución del número de personas que inician la TAR, tal y como está ocurriendo ya en Sudáfrica y Uganda.

En la actualidad, el **Banco Mundial** prioriza las inversiones para fortalecer los sistemas de salud y desarrollar la capacidad de planificación y gestión antes que dedicar financiación al VIH. Sin embargo, sin financiación para los fármacos ARV y los costes asociados, el impacto de esta capacidad en apoyo de la atención para el VIH/sida será muy limitado.

El Fondo Internacional para la Compra de Medicamentos de la ONU (**UNITAID**) está retirando su financiación vinculada a medicamentos y otros insumos médicos que vehicula a través de la Fundación Clinton. En consecuencia, para 2012, la financiación de antirretrovirales de segunda línea e insumos pediátricos debería terminar en Zimbabue, Mozambique, RDC y Malaui.

En la actualidad, el **Fondo Mundial** se enfrenta a un grave déficit de financiación. Para octubre de 2010 está prevista una conferencia de reposición de donantes, con el fin de movilizar más recursos, pero los donantes ya han solicitado al Fondo Mundial que reduzca sus pretensiones financieras. Todos los escenarios potenciales de financiación planteados actualmente reflejan inadecuadamente la

demanda, ya que ninguno de ellos incluye los recursos adicionales necesarios para implementar las nuevas directrices de la OMS sobre el tratamiento más precoz y la mejora de los regímenes farmacológicos.

Con muy pocas excepciones, ninguno de los demás **actores de la salud**, tales como la Comisión Europea y los Estados miembro de la Unión Europea, financia directamente el tratamiento del VIH/sida y casi nunca financian el suministro de ARV al margen de sus aportaciones al Fondo Mundial. En la actualidad, parece poco probable que estos donantes cubran la brecha adicional generada por el déficit actual, y aún así se muestran reticentes a incrementar sus aportaciones al Fondo.

Si bien el excepcional impulso y movilización vivido hacia 2001 ha permitido en los últimos años luchar eficazmente contra la epidemia del VIH/sida, se ha instalado en la comunidad donante un sentimiento de negación de la crisis actual. Durante el último año y medio, los donantes han expresado cada vez más su preocupación con respecto al coste, la sostenibilidad y la relativa prioridad del VIH/sida, con el telón de fondo de una ostensible falta de financiación. Este discurso niega los numerosos estudios que demuestran los beneficios globales que una implicación decidida en la lucha contra el VIH/sida tiene a largo plazo.

Esta marcha atrás de los donantes no hará que se esfumen los pacientes que necesitan tratarse para sobrevivir. Al contrario, es probable que aumente el número de personas que necesitan atención urgente, con las consecuencias negativas que ello tendrá para sus familias, sus comunidades y los sistemas sanitarios. Al final, los costes de la inacción serán mucho mayores que los de la acción.

Sigue siendo imprescindible avanzar y ampliar los tratamientos. La última década ha sido de responsabilidad compartida hacia las personas que viven con VIH/sida en los países peor afectados y así debería seguir siendo en los años venideros. Estamos ante una oportunidad histórica para que la comunidad internacional renueve su compromiso de combatir la epidemia y se ponga del lado de las personas y de las naciones que se enfrentan al desafío de proporcionar tratamientos que salven la vida de quienes los necesitan. Para ello es absolutamente esencial el apoyo financiero continuado de las agencias donantes como PEPFAR, UNITAID y el Fondo Mundial. Pero esto no puede ser responsabilidad de un grupo reducido: requiere también que los países donantes, que hasta ahora sólo han mostrado un apoyo limitado, lo amplíen.

Jamás debemos olvidar por qué comenzamos la lucha contra el VIH. Reaccionamos ante la enfermedad innecesaria y la pérdida excesiva de vidas, ante la pérdida de energía y experiencia valiosísimas en las comunidades, ante las profundas heridas infligidas sobre el tejido social y, sobre todo, ante la injusticia de muertes y padecimientos innecesarios cuando tenemos los medios para evitarlos. Esta catastrófica situación podría repetirse pronto si abandonamos la lucha.

01 ANTECEDENTES Y ESCENARIO ACTUAL

1.1 LA CRISIS DEL VIH/SIDA CONTINÚA

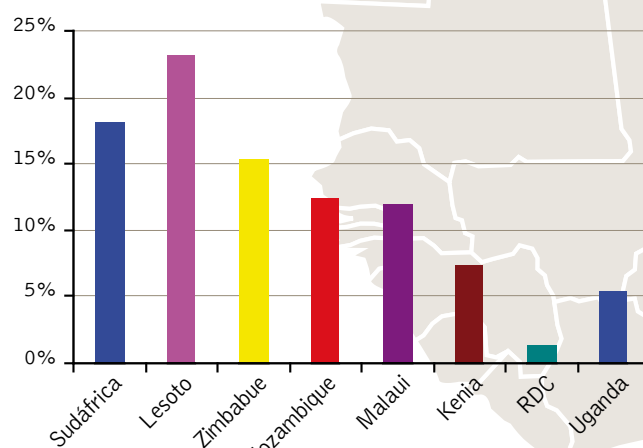
Médicos Sin Fronteras (MSF) comenzó a ofrecer terapia anti-retroviral (TAR) en el año 2000 y en la actualidad apoya la atención y el tratamiento de más de 160.000 personas en 27 países. El principal reto hace diez años fue demostrar que sí era factible proporcionar TAR en contextos de recursos escasos. Hoy día, los gobiernos se enfrentan al desafío de seguir apoyando a los millones de personas que ya reciben terapia y paralelamente incrementar el acceso de quienes aún no se están tratando. En el África Subsahariana esto sólo se puede lograr con el apoyo de los donantes.

En la última década se han producido avances muy notables en la atención y el tratamiento del VIH/sida. El acceso a fármacos combinados de dosis fija a precios asequibles, los compromisos nacionales e internacionales de lucha contra la epidemia y la fuerte movilización de las personas que viven con el VIH y de las organizaciones civiles han convertido lo que para muchos era antes una sentencia de muerte en una enfermedad crónica y manejable. La iniciativa “3 por 5” de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ dio un empujón decisivo a una iniciativa política y de financiación que logró que hasta finales de 2008 iniciaran la TAR más de cuatro millones de personas y que en la actualidad casi todos los países en desarrollo proporcionen acceso a gran escala a la atención y el tratamiento para el VIH/sida.

Dos tercios de todas las personas seropositivas del planeta viven en el África Subsahariana. La tasa de prevalencia del VIH ha superado el 20% en algunos países del sur de África, y en 2008 prácticamente tres de cada cuatro muertes por VIH/sida en el mundo se produjeron en esa región. En los países más afectados, el VIH/sida ha invertido muchas décadas de avances en la esperanza de vida (Figura 2). En la actualidad, hay unos 3 millones de personas recibiendo terapia con ARV en la región. En los contextos de elevada cobertura de TAR, se han documentado reducciones sustanciales en las tasas de enfermedad y mortalidad a medida que se ha ido incrementando el acceso al tratamiento.

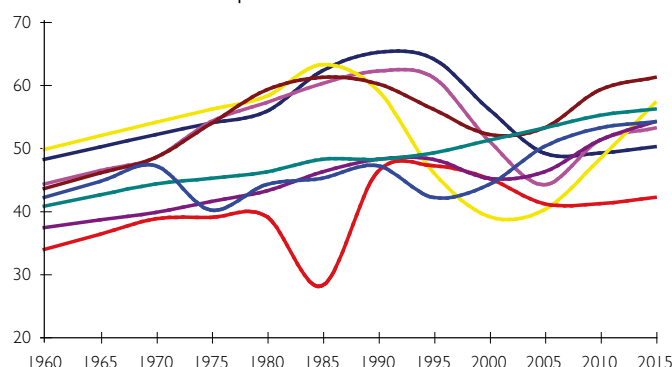
Pero la crisis no se ha acabado. La cruda realidad es que en los países en desarrollo aún siguen muriendo innecesariamente demasiadas personas por no poder acceder al tratamiento. Los cálculos más recientes –según las últimas recomendaciones de la OMS²– estiman que alrededor de nueve millones de personas en todo el mundo necesitan TAR pero no la reciben.

Figura 1
Prevalencia en adultos en los ocho países
incluidos en este informe



Fuentes: Informe Mundial 2008 de la UNGASS
e Informes de Progreso Nacionales 2010 de la UNGASS.

Figura 2
Evolución de las tasas de mortalidad en
los ocho países incluidos en este informe

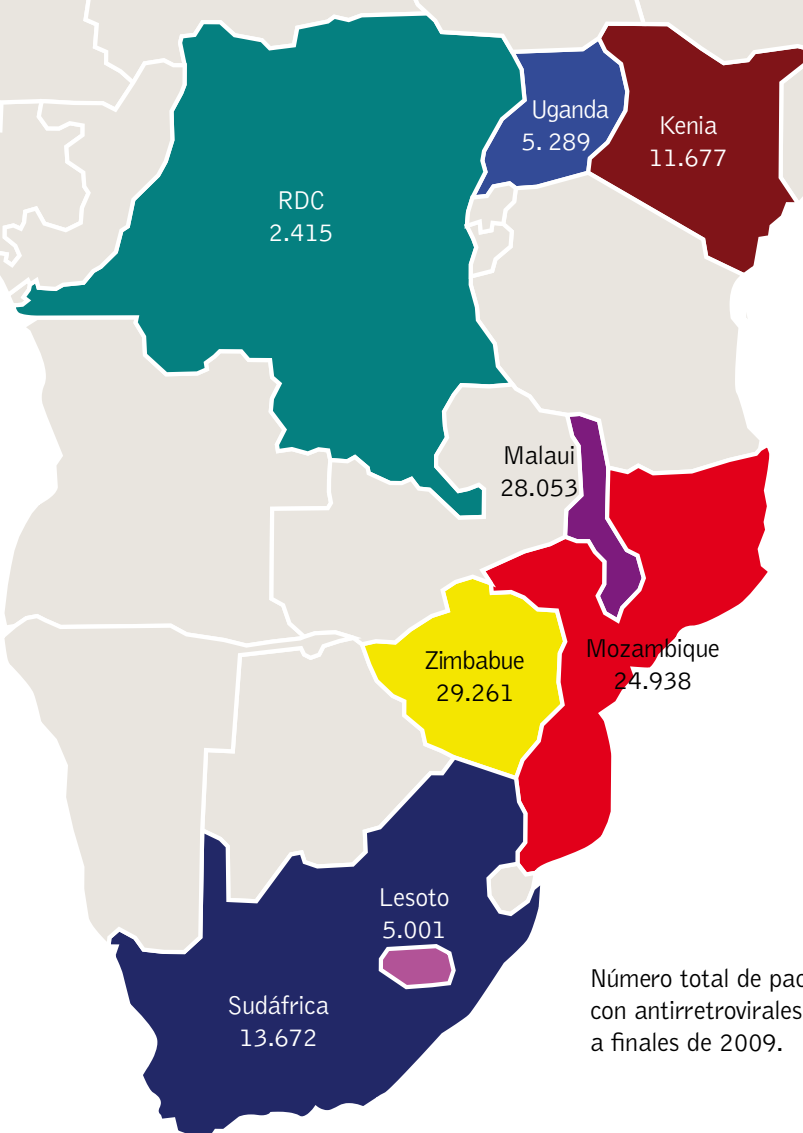


Fuente: Datos obtenidos de <http://www.census.gov/ipc/www/idb/informationGateway.php>, y complementados con datos de <http://globalis.gvu.unu.edu>.

1 La Iniciativa '3 por 5' de la OMS aludía al objetivo de proporcionar tratamiento a tres millones de personas para 2005.

2 A finales de 2008, ONUSIDA estimaba que 4 millones de personas en todo el mundo recibían tratamiento ARV, sobre un total de 9,5 millones que necesitaban TAR. En diciembre de 2009, la OMS recomendó aumentar el nivel de linfocitos CD4 para iniciar la TAR desde <200 células/μl a <350 células/μl, lo que supondría un incremento de entre el 30% y el 50% de las personas seropositivas en condiciones de iniciar la TAR de manera inmediata, es decir unos 5 millones de personas más con necesidad de tratamiento inmediato en todo el mundo. Referencia: Orsi et al.; *Call for action to secure universal access to ART in developing countries*. Lancet, Vol. 375, p.1693; 15 de mayo de 2010.

A pesar de que la necesidad persiste, en la actualidad se dan señales preocupantes de que el compromiso necesario de los donantes para mantener e incrementar el impulso actual en la lucha contra el VIH/sida se está apagando. El presente informe es un resumen de un análisis exhaustivo sobre el terreno de las tendencias en el acceso a la TAR y en la financiación de los donantes, realizado en ocho países del África subsahariana donde MSF proporciona desde hace varios años atención y tratamiento para el VIH/sida. Las conclusiones del informe se basan tanto en entrevistas a personas que viven con VIH / sida, personal sanitario, representantes gubernamentales, donantes y agencias de la ONU, como en la revisión de documentos de políticas.



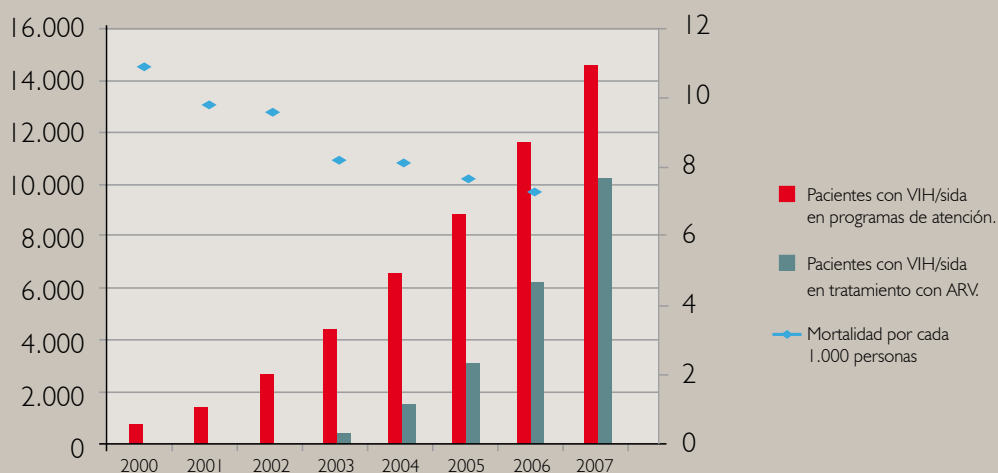
Número total de pacientes en tratamiento con antirretrovirales en proyectos de MSF a finales de 2009.

1.2 IMPACTOS POSITIVOS DE LAS INTERVENCIONES PARA TRATAR EL VIH/SIDA DURANTE LA ÚLTIMA DÉCADA

Salvando vidas

La provisión de TAR a gran escala ha evitado millones de muertes y ha permitido a millones de personas con VIH mantener o reanudar una vida activa³. La experiencia de Thyolo (Malawi), donde MSF trabaja ofreciendo acceso universal a TAR desde 2007 en colaboración con las autoridades sanitarias, demostró un marcado descenso de la mortalidad coincidiendo con la intensificación de la atención y el tratamiento para el VIH/sida⁴, lo que apunta a un impacto positivo de la TAR en la reducción de la mortalidad.

Figura 3
Muertes registradas por cinco autoridades tradicionales y su relación con la inclusión en el programa de atención y tratamiento para VIH/sida (2000-2007). Thyolo, Malaui.



Fuente: Mwagomba B. et al. PLoSOne. Disponible en: <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0010452>

3 Bendavid E, Bhattacharya J. *The President's Emergency Plan for AIDS Relief in Africa: An evaluation of outcomes*. *Annals of Internal Medicine*. 2009; 150(10):688-696

4 Mwagomba B, Zachariah R, Massaquoi M, Misindi D, Manzi M, Mandere BC, Bemelmans M, Philips M, Kamoto K, Schouten E, Harries AD. *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.



“Antes de los antirretrovirales, tenía miedo de morir y que les pasara algo a mis hijos. Ahora, estoy buscando un trabajo mejor y planificando el futuro. Si me encuentro mal, sé por qué y acudo a la clínica. Así que no me veo muriéndome”.

Portia, paciente seropositiva, Sudáfrica.

“Las medicinas antirretrovirales han hecho que mi vida pase de negativa a positiva. Si no fuera por los ARV, no estaría en este mundo. Me salvaron la vida”.

Luis, paciente seropositivo, Mozambique.

“Los ARV me han dado una segunda oportunidad y me permiten vivir del mismo modo que cualquier otra persona sin VIH”.

Meria, paciente seropositiva, Zimbabue.

Prevención de la tuberculosis

La tuberculosis (TB) es una de las principales causas de enfermedad y muerte entre pacientes con sida. El VIH aviva la actual epidemia de TB del sur de África, donde en algunas regiones se han registrado tasas de coinfección por encima del 90%⁵. Se ha demostrado que la TAR reduce la incidencia de TB en hasta un 60%^{6,7}, y los datos preliminares de Thyolo, en Malaui, demuestran, durante el periodo de intensificación de la TAR, un alentador descenso en la tasa de casos notificados de TB (de más de un 30% con respecto a sus niveles máximos)⁸. Del mismo modo, en Khayelitsha (Sudáfrica), donde alrededor del 70% de los pacientes con TB son seropositivos y aproximadamente un 50% de los pacientes con VIH tienen tuberculosis cuando inician la TAR, se ha estabilizado el número de casos anuales de TB, aun cuando se están utilizando mejores métodos para su detección. Esto se explica en parte por la gran escala de cobertura de la TAR en este distrito.

Reducción de la transmisión

El incremento de la cobertura de la TAR ha ayudado también a reducir la transmisión del VIH en la comunidad, y los modelos de programas ampliados de diagnóstico y tratamiento del VIH, tanto a nivel de la población general como en grupos específicos como el de mujeres embarazadas o los de alto riesgo, han arrojado resultados prometedores^{9,10}.

Reducción de la carga para los centros sanitarios

La disponibilidad generalizada de la TAR ha reducido asimismo la carga sobre las instalaciones sanitarias, especialmente en lo referente a la demanda de hospitalización y de cuidados paliativos. En Busia (Kenia), la disponibilidad de terapia ha reducido la proporción de personas hospitalizadas, que cayó desde el 10% en 2004 a menos del 2% en 2009 gracias al aumento de la cobertura con ARV¹¹.

Mejor respuesta de otros servicios de salud

La oferta de atención para el VIH/sida también contribuye a mejorar la respuesta de otros servicios. Por ejemplo, los programas de prevención de la transmisión de madre a hijo (PMTCT) pueden hacer que un mayor número de mujeres reciban atención en maternidad. En el proyecto de MSF en Thyolo (Malaui), gracias a las iniciativas de PMTC y un apoyo paralelo del conjunto de la salud reproductiva, prácticamente se duplicó la proporción de mujeres (seropositivas o no) que dieron a luz en centros sanitarios, pasando del 22% en 2006 al 41% en 2008.

Fortalecimiento de los servicios de salud

Los programas de TAR a menudo generan amplias mejoras en los servicios de salud. En Thyolo, las herramientas de seguimiento y evaluación que se habían desarrollado inicialmente para el VIH/sida se adaptaron y utilizaron en actividades de laboratorio, de nutrición y en las plantas de hospitalización. Las herramientas de gestión de suministros creadas para los fármacos contra el sida se aplicaron más adelante a la gestión general de suministros de farmacia, con el consiguiente beneficio para el conjunto del sistema sanitario. MSF ha documentado también beneficios similares para los sistemas sanitarios en Lesoto y Sudáfrica^{12,13}.

Winnie Jalasi, una paciente con sida de Malaui, recuerda los tiempos anteriores a los ARV: *“En esos días, si entrabas en las salas, las encontrabas a rebosar de pacientes que aguardaban la muerte. Los pacientes sabían que no había tratamiento y esperaban agonizantes a que les llegara el turno de morir. Ante nuestros ojos, en el hospital, veíamos cómo los niños que antes habían estado atendiendo a sus padres enfermos se quedaban huérfanos. La situación era muy desesperada. Los funerales estaban a la orden del día”.*

“Antes de que se introdujeran los ARV, la mayor parte de las hospitalizaciones estaban relacionadas con el VIH y mucha gente moría. Padecían enfermedades prevenibles pero potencialmente mortales. Ahora muere menos gente por complicaciones relacionadas con el VIH. Hay menos hospitalizaciones, menos gente que acude buscando tratamiento para infecciones oportunistas. Se ha reducido la carga de trabajo”.

David, Responsable Clínico, Kenia.

5 Cohen R, Lynch S, Bygrave H, Eggers E, Vlahakis N, Hilderbrand K, Knight L, Pillay P, Saranchuk P, Goemaere E, Makakole L, Ford N. Antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho: observational cohort assessment at two years. *Journal of the International AIDS Society* 2009, 12;23:1-8.

6 Middelkoop K, Wood R, Myer L, Sebastian E, Bekker LG. Widespread ART is associated with decline in TB prevalence. Conferencia Internacional de Sida, Ciudad del Cabo, 2009. Número de Abstract WELBB105.

7 Egger M, Boule A. Population effect of scaling up ART in resource-poor settings. *Lancet* 2008, 371(9624):1558-9.

8 Servicios de salud del distrito de Thyolo (Malaui) y Programa Nacional de Control de la TB, Lilongwe (Malaui).

9 Granich RM, Gilks CF, Dye C, De Cock KM, Williams BG. Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model. *The Lancet*. 2009;373(9657):48-57.

10 Will we end the VIH epidemic? The impact of HIV treatment on HIV prevention and implications for the 2010 replenishment of the GFATM. IAS, marzo de 2010. Disponible en: http://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/IAS_GFATMreport_March_2010.pdf.

11 A Model of HIV/AIDS Care and Treatment in a Rural Setting. The experiences of MSF in the Greater Busia District, Western Kenya (2000 – 2010); Médicos Sin Fronteras, Barcelona, abril de 2010.

12 Cohen et al, loc. cit

13 Ford N, Reuter H, Bedelu M, Schneider H, Reuter H. Sustainability of long-term treatment in a rural district: the Lusikisiki model of decentralized HIV/AIDS care. *Southern African J VIH Med*. Diciembre de 2006. 17-20.



“Es evidente que el impacto de los ARV se hace sentir al nivel de la comunidad. Cuando hablamos con los líderes locales, nos dijeron que ahora podían atender sus quehaceres diarios, cuando antes había un fallecimiento en tal casa, otro fallecimiento en otra... Además, el VIH está mucho menos estigmatizado”.

Beatrice, Responsable Sanitaria de Distrito, Malaui.

Menos bajas entre los trabajadores sanitarios

La introducción de la TAR ha evitado asimismo un gran número de muertes entre profesionales sanitarios. En Zambia, la muerte causa hasta el 40% de las bajas de los enfermeros del sector público; en Lesoto¹⁴, Malaui y Mozambique, es el principal motivo de bajas del personal sanitario. En 1999, una encuesta a nivel nacional en Malaui reveló que la tasa anual de mortalidad entre profesionales sanitarios clave era del 2%, siendo sus causas principales el sida y la TB¹⁵. En Malaui, el impacto de la provisión de TAR sobre el número de trabajadores en activo ha quedado bien documentado¹⁶. Entre 2006 y 2009, en una clínica para personal en el distrito de Thyolo, 67 de 747 profesionales sanitarios iniciaron la TAR y la mejoría de su salud les permitió seguir trabajando¹⁷.

14 Tawfik L, Kinoti S. The impact of HIV/AIDS on Health Systems and the Health Workforce in sub-Saharan Africa. Washington DC: SARA Project 2003, Oficina de USAID para África, 2003.

15 Harries AD, Hargreaves NJ, Gausi F, Kwanjana JH, Salaniponi FM. High death rates in health workers and teachers in Malawi. Trans Roy Soc Trop Med Hyg 2002; 96:34-37

16 Makombe SD, Jahn A, Twesya H, Chuka S, Yu JK. A national survey of the impact of rapid scale-up of antiretroviral therapy on health-care workers in Malawi: effects on human resources and survival. Bull; OMS 2007; 85(11):851-7.

17 Bemelmans M, Massaquoi M, Mwagomba B, Pasulani O, Jalasi W, Philips M. "Fear of stigma is stronger than fear of death": a workplace initiative to reduce sickness and death due to HIV/AIDS among health staff in Malawi. Conferencia Internacional del Sida, México, Agosto de 2008.

ESTUDIO DE COSTES DE THYOLO

MSF está presente en el distrito de Thyolo desde 1997 y, en colaboración con las autoridades del distrito, ofrece tratamiento para la PMTC desde 2002 y TAR desde 2003. Entre 2000 y 2004, la esperanza de vida al nacer era de apenas 45 años. En 2007 se alcanzó el acceso universal (cobertura del 80% de las necesidades, según los antiguos criterios de la OMS), que se ha mantenido desde entonces. En 2008 se realizó un análisis retrospectivo de costes, tomando en cuenta el conjunto de costes incurridos tanto por MSF como por el Ministerio de Sanidad. El análisis demostró que en 2007 el gasto total anual de la TAR por paciente era de 233 euros, de los que el 54% se destinó a los ARV y un 11% a medicamentos esenciales. Entre 2005 y 2007, el coste de consulta por paciente cayó un 47%, lo que demuestra el efecto de las economías de escala y de la mejor organización de la atención sanitaria. Aplicado a toda la población de Thyolo, el proyecto cuesta aproximadamente 2,60 euros por habitante y año; esto, sumado al Paquete de Salud Esencial de Malaui, eleva el coste sanitario total a 16 euros por habitante y año, cumpliendo sobradamente con el gasto sanitario medio recomendado por la OMS (incluso en este distrito de elevada prevalencia).¹⁸

18 Jouquet G, Bemelmans M, Massaquoi M, Arnould L, Mwagomba B, Zachariah R, Bauernfeind A, Philips M. Cost Analysis of an HIV programme reaching district-wide access to ART in Thyolo, Malawi; Conferencia Internacional del Sida, Ciudad del Cabo, 2009; abstract TUAD105.

1.3 BRECHA DEL TRATAMIENTO

Hasta la fecha, la implementación de la TAR ha sido impresionante, aunque insuficiente. El acceso al tratamiento se ha incrementado de manera sostenida en la mayor parte de los países estudiados, gracias al esfuerzo conjunto de numerosos actores (Figura 4). No obstante, aún queda mucho camino por recorrer. Ninguno de estos países ha alcanzado aún el objetivo de “acceso universal”, consistente en proporcionar TAR al 80% de la gente que la necesita a escala nacional (Figura 5) y unos dos millones de personas aún siguen sin tratamiento.

Figura 4
Número absoluto de personas en TAR por país estudiado

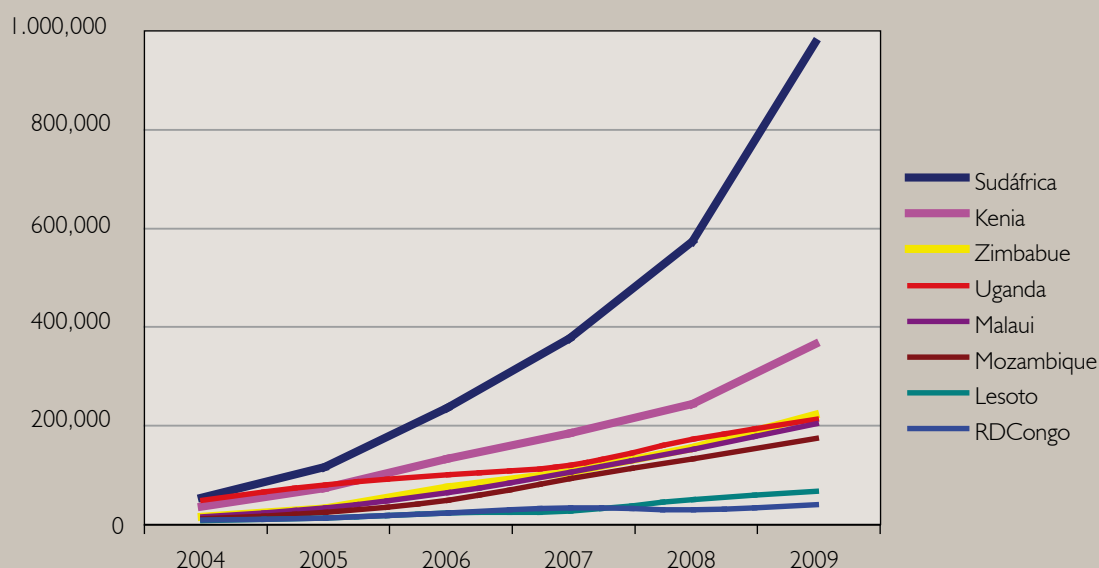
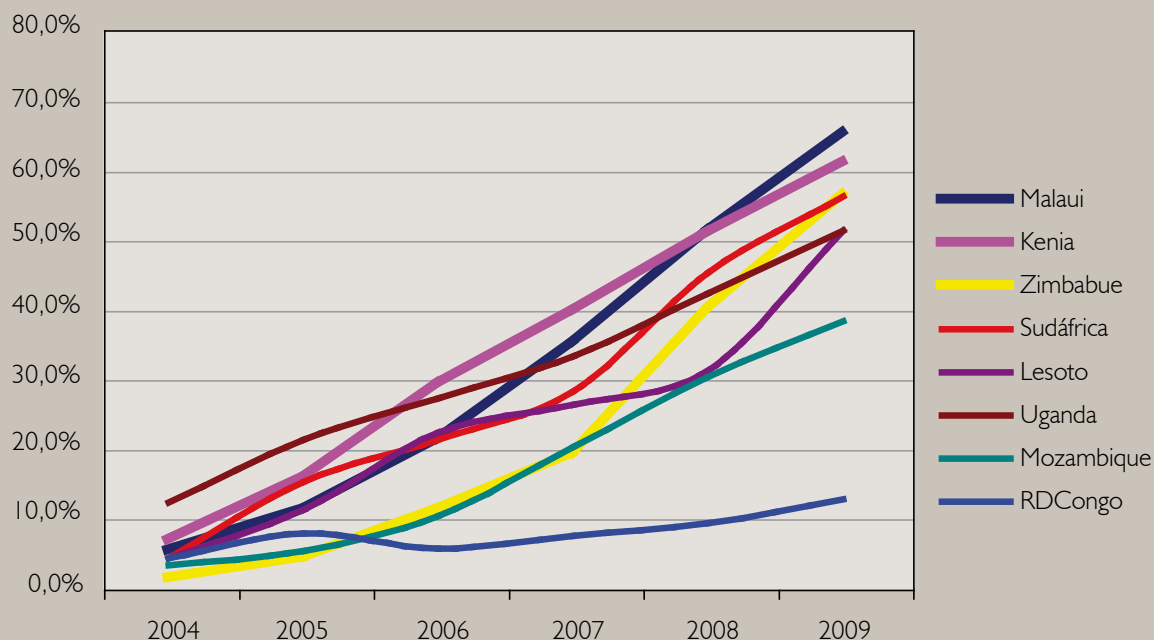


Figura 5
Personas en TAR sobre el total personas que la necesitan en cada país¹⁹



Fuentes F4, F5: Actualización 2008 de las hojas informativas epidemiológicas sobre VIH y SIDA de ONUSIDA/OMS; Informes nacionales 2010, 2008 y 2007 de UNGASS; Informes de 2010 de los Ministerios de Sanidad de Mozambique y Malawi; Adam M, Johnson L.: Estimation of Adult antiretroviral treatment coverage in South Africa. SAMJ, Vol.99, No.9, septiembre de 2009.

19 Según los antiguos criterios de iniciación de la OMS (recuento CD4 <200/μl), excepto en los datos de 2008 y 2009 para Lesoto.

A pesar de que la crisis continúa, los donantes hablan cada vez menos de los objetivos de tratamiento. Sin embargo, no tiene ningún sentido ignorar los objetivos cuantificados cuando se lucha contra una epidemia; es esencial medir el progreso de manera cuantificable. Ni siquiera ONUSIDA tiene ya un objetivo general de movilización para después de 2010. Mientras que antes se consideraba generalmente que el Acceso Universal se lograba a partir de una cobertura del 80% de las necesidades, en la actualidad es cada vez más habitual que se interprete Acceso Universal como “cualquier objetivo de cobertura que establezca el propio país”²⁰. La realidad actual es que, a pesar del carácter innegablemente epidémico del VIH/sida, muchos países, desalentados por las sombrías perspectivas de financiación, han rebajado sus pretensiones.

El acceso está ligado a tener las suficientes plazas de tratamiento y emplazamientos para la TAR distribuidas por el país. Ya en la actualidad, los pacientes más pobres no pueden acceder al salvavidas de los ARV, en especial los de las zonas rurales. Los equipos de MSF a menudo atienden a pacientes cuya única opción para tratarse es recorrer grandes distancias hasta las clínicas que ofrecen TAR. En Zimbabue, hasta el 20% de los pacientes en las clínicas de MSF provienen de otros distritos, porque los centros sanitarios cercanos a sus hogares no les ofrecerán a tiempo el tratamiento que necesitan. En Maputo (Mozambique), MSF atiende a pacientes de zonas rurales que deben emprender largos y caros desplazamientos hasta la capital para poder tratarse. También vemos estas ‘migraciones para tratamiento’ en las clínicas apoyadas por MSF en Zimbabue, RDC, Mozambique, Kenia, Uganda y también en Guinea-Conakry y República Centroafricana. En Kinshasa (RDC), los pacientes llegan tarde, a menudo severamente debilitados, no porque no hayan buscado atención, sino porque los centros sanitarios a los que han acudido no disponían de TAR o porque los pacientes no se podían permitir pagar los 15 dólares que cuesta la prueba de recuento de CD4 que les permitiría comenzar la TAR.

Limitar la ampliación y la cobertura geográfica de los emplazamientos que ofrecen TAR sólo servirá para agravar estas desigualdades y provocar un repunte en el número de muertes evitables. Cualquier retroceso con respecto a los actuales esfuerzos para ampliar la TAR tendrá graves consecuencias para los pacientes y para los profesionales que les tratan:

- Los pacientes tendrán que esperar más tiempo para poder iniciar la TAR y correrán el riesgo de morir antes de acceder a los medicamentos que podrían salvarles la vida. Los pacientes que no sean tratados corren el riesgo de empeorar y de sucumbir a infecciones oportunistas como la TB. Cada vez más pacientes se perderán durante el seguimiento, incluso antes de comenzar la TAR.²¹
- Los pacientes que comiencen a tratarse con un recuento CD4 más bajo necesitarán una atención más frecuente, más intensiva y más costosa; paralelamente, tendrán menores probabilidades de sobrevivir y tardarán más en recuperarse.
- Se incrementará la carga de pacientes en los centros sanitarios y el personal se desmotivará ante el empeoramiento de los resultados de los pacientes a los que atiende.
- Los pacientes podrían a empezar a compartir sus fármacos, con la consiguiente reducción de las dosis y el aumento del riesgo de transmisión y de resistencia del virus.
- Se incrementarán las tensiones entre los pacientes que estén en tratamiento y los que aún no lo estén.
- Las tasas de incidencia de tuberculosis aumentarán y supondrán una carga adicional para unas clínicas ya saturadas.
- Volverán a aumentar la mortalidad entre adultos en edad productiva y el número de niñas y niños huérfanos.
- Debido a la insuficiente disponibilidad de medicamentos ARV, se tendrán que ralentizar las actividades de detección y orientación.

Cada año, 1,4 millones de personas siguen muriendo de VIH/sida en el África Subsahariana, a pesar de que la mayoría de estas muertes podrían evitarse ampliando el acceso a la TAR. Urge una inversión sustancial y sostenida para seguir ampliando el tratamiento. De lo contrario, millones de personas morirán innecesariamente.

20 *What countries need: Investments needed for 2010 targets*. ONUSIDA, Febrero de 2009. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_es.pdf

21 Zachariah R et al. *Very early mortality in patients starting antiretroviral treatment at primary health centres in rural Malawi*. *Trop Med Int Health*, 2009. 14, 7, 713-721.





“Mucha gente muere esperando el tratamiento. Nuestras clínicas son muy pequeñas y nos falta personal. Cuando la gente llega a la clínica, se encuentra con largas colas y a veces no hay ni un médico ni un farmacéutico. Tenemos ONG que tratan de ofrecer a la gente antirretrovirales y tratamientos para infecciones oportunistas de forma gratuita, pero ocurre que esas clínicas están muy lejos”.

Portia, paciente seropositiva, Sudáfrica.



02 **CRISIS AGUDA DE FINANCIACIÓN: LOS DONANTES SE RETIRAN DEL EPICENTRO DE LA EPIDEMIA**

En la mayoría de los ocho países analizados en este estudio, los donantes están congelando o reduciendo su participación en la lucha contra el VIH/sida. En algunos países, los programas contra el sida sólo están siendo apoyados por un reducido número de financiadores, que además están presionando para que a corto plazo se introduzcan recortes presupuestarios, que eufemísticamente denominan “mejoras en la eficiencia”. Algunos, de hecho, están dejando progresivamente de tratar al VIH/sida como una emergencia a la que dedicar paquetes específicos de financiación, para favorecer intervenciones más indirectas.

Las declaraciones de los donantes recuerdan a los argumentos que se esgrimían hace diez años en contra del tratamiento del sida en países pobres. Uno de ellos es que no es factible tratar el sida a gran escala en contextos de escasos recursos, un argumento indefendible ya que los logros conseguidos están más allá de cualquier duda. En su lugar, han derivado su discurso desde lo “inviabile” a lo “no costeable”. Como resultado, se están anunciando recortes presupuestarios en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) destinada al VIH/sida y cada vez reciben menos ayuda mecanismos de financiación que son considerados eficaces y eficientes.

2.1 EL FONDO MUNDIAL PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

Desde 2009, se han estancado las aportaciones de los principales donantes al Fondo Mundial²². Recientemente, Países Bajos, Irlanda y Estados Unidos han anunciado recortes en sus aportaciones, mientras que EEUU, Francia e Italia van con retraso en el ingreso de las ya comprometidas.

La brecha de financiación a la que se enfrenta el Fondo Mundial ha puesto en peligro el lanzamiento de la ronda de financiación de 2010, y las aportaciones del Fondo a las ayudas nacionales ya aprobadas se redujeron entre un 8 y un 12% siguiendo los llamados “recortes por eficiencia”.

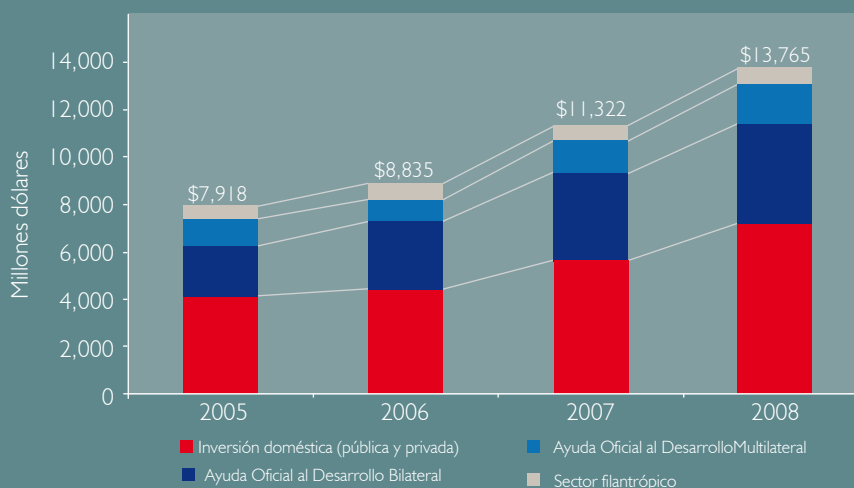
A pesar de la amenaza de aplazamiento, la décima Ronda se lanzó en mayo de 2010. Sin embargo, en la reunión del Consejo del Fondo Mundial de abril, los donantes propusieron limitar la cantidad de fondos asignables a esta Ronda, socavando uno de los principios básicos del Fondo Mundial: que la financiación se base en la demanda de los países y en la calidad de las propuestas. Parece ser que, para los donantes, el establecimiento de topes es la medida preferida para hacer frente al agujero de financiación del Fondo Mundial, a pesar de que existan otras alternativas, como reducir las reservas contables o adelantar las rondas subsiguientes de reposición.

Para octubre de 2010 está prevista una conferencia de reposición entre donantes con el fin de movilizar fondos para el periodo 2011–2013. Los donantes ya han solicitado al Fondo Mundial que rebaje sus pretensiones económicas. En 2009, la estimación inicial de necesidades se fijó en 20.000 millones de dólares para el periodo 2011–2013. En 2010, la estimación se revisó a la baja, contemplando dos escenarios adicionales de 13.000 y 17.000 millones de dólares, respectivamente. Ninguno de los tres escenarios refleja de manera adecuada la demanda, ya que no contemplan los recursos adicionales necesarios para implementar las nuevas directrices de la OMS de ofrecer el tratamiento antes y de mejorar los regímenes farmacológicos. Estos niveles de financiación obligarán a racionar los tratamientos financiados con ayudas del Fondo Mundial y a aceptar unos tratamientos por debajo del estándar.

22 El Fondo Mundial es una iniciativa multilateral para responder a las tres enfermedades infecciosas que más afectan a los países en desarrollo. La promesa original que se hizo al Fondo Mundial cuando se creó en 2001 fue la de proporcionar un presupuesto de trabajo anual de 10.000 millones de dólares para financiar programas contra el VIH/sida, la malaria y la TB. En realidad, el promedio de fondos comprometidos anualmente al Fondo Mundial ha sido de entre 3.000 y 3.500 millones de dólares. No obstante, el Fondo Mundial ha tenido un significativo impacto sobre el número de personas en tratamiento y se ha convertido en la principal fuente de financiación para los planes contra el VIH/sida de 117 países.

En 2006, la Asamblea General de la ONU estimó que, para 2010, los fondos necesarios para avanzar hacia el acceso universal serían de entre 20.000 y 23.000 millones de dólares. Al año siguiente, ONUSIDA estableció sus previsiones sobre las necesidades financieras para la lucha contra el VIH/sida entre 2007 y 2015²³. Basándose en los objetivos nacionales establecidos, ONUSIDA estimó que en 2010 la respuesta global de los países de renta baja y media necesitaría aproximadamente 25.100 millones de dólares^{24,25}. La financiación total disponible para VIH/sida apenas ha llegado a la mitad de esa cifra. Es más, las estimaciones se basan en los criterios anteriores para la iniciación del tratamiento: en la actualidad, el número de personas clínicamente seleccionables para la TAR se ha elevado sustancialmente.

Figura 6
Inversiones destinadas al VIH/sida

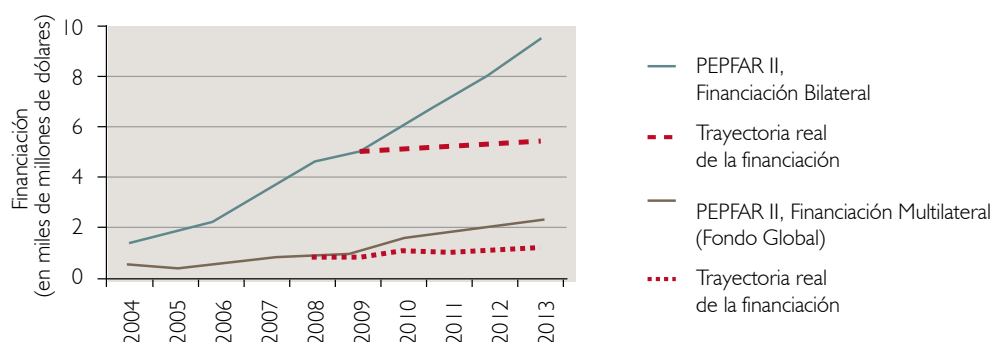


Fuente: ONUSIDA. Lo que necesitan los países: Inversiones requeridas para alcanzar las metas de 2010. Ginebra, febrero de 2009, p.12. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2009/jc1681_what_countries_need_es.pdf

2.2 PLAN PRESIDENCIAL DE EMERGENCIA DE RESPUESTA AL SIDA (PEPFAR, EEUU)

La segunda fase del programa bilateral **PEPFAR**²⁶, del Gobierno de Estados Unidos, se aprobó en 2008. En contraste con los incrementos de años anteriores (Figura 7), y a pesar de que el Congreso de EEUU aprobó incrementos presupuestarios para la segunda fase del PEPFAR, en la práctica, la financiación del Plan para 2009 y 2010 se ha congelado, con propuestas similares para los próximos años. Ahora, las asignaciones presupuestarias para PEPFAR II, comprendidas dentro de la US Global Health Initiative, cubrirán seis años en lugar de cinco, lo que reduce de facto las asignaciones presupuestarias anuales para el periodo 2009–2014 con respecto a los planes autorizados inicialmente. Además, EEUU paralizó su aportación de 2010 al Fondo Mundial y la Casa Blanca ha propuesto reducir en 50 millones de dólares la aportación estadounidense al Fondo Mundial.

Figura 7
Aportaciones Globales del Gobierno de EEUU a la lucha contra el VIH/sida:
2004 – 2013 (propuestas y reales)



Fuente: Health GAP Policy Analysis: Making a Mistake on Treatment – PEPFAR's New Five-Year AIDS Strategy by Brook K. Baker, Feb. 5, 2010; en <http://www.healthgap.org/waiting-in-line-baker-paper.htm> and the Lantos and Hyde 2008 act for re-authorisation of second phase of PEPFAR; y <http://www.pepfar.gov/about/index.htm>

23 ONUSIDA. *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to VIH Prevention, Treatment, Care and Support*. Ginebra, septiembre de 2007, página 7. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_gme2_en.pdf.

24 ONUSIDA. What countries need: Investments needed for 2010 targets. Febrero de 2009, página 7.

25 Se estima que el tratamiento requiere aproximadamente 7.000 millones de dólares. Fuente: ver ref. 23

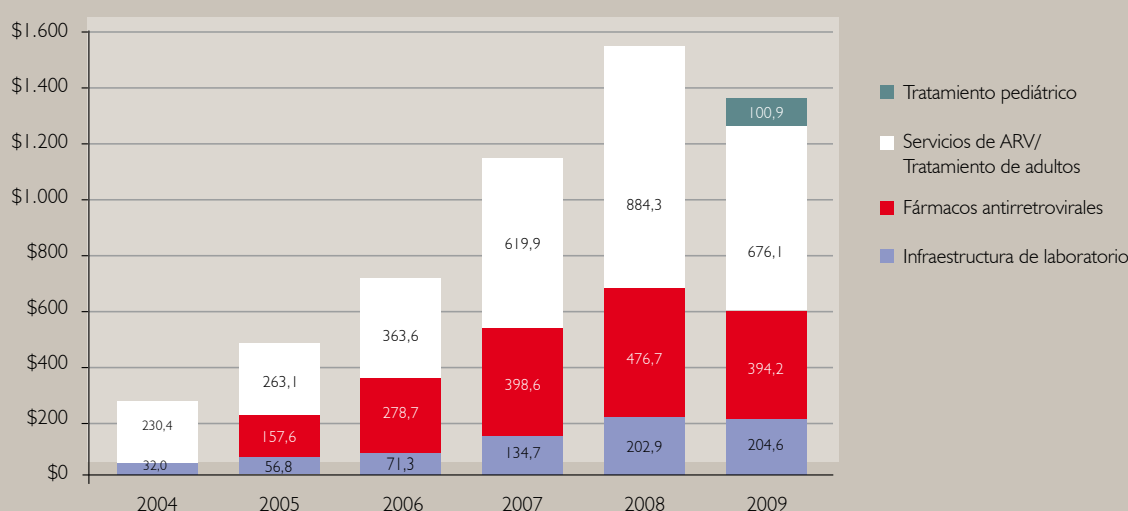
26 PEPFAR comenzó su andadura en 2003. Se centraba en 15 países y a finales de septiembre de 2009 había proporcionado apoyo financiero para la TAR de aproximadamente 2,4 millones de personas.

Reduciendo el apoyo directo para ARV

Siempre que sea posible, PEPFAR pretende pasar la responsabilidad de la financiación directa del tratamiento de los pacientes a los países en cuestión o, en su defecto, al Fondo Mundial. El número creciente de pacientes vivos en TAR, que anteriormente se tenía como un indicador de éxito, se ha convertido en una fuente de preocupación para el Gobierno de EEUU, ya que implica una necesidad continuada de financiación. Sin embargo, el traspaso de programas masivos de TAR no puede de ningún modo imponerse dentro de un marco temporal limitado y arbitrario. Como resultado, algunas ampliaciones se están deteniendo con muy poco o ningún preaviso, con resultados desastrosos para quienes buscan tratamiento, sometiendo además a una enorme presión a los centros donde se prestan los servicios.

En 2009, PEPFAR redujo por primera vez su presupuesto para tratamiento, pasando de 1.560 millones de dólares en 2008 a 1.380 millones de dólares en 2009. Dentro de esta reducción, la asignación para medicamentos ARV se redujo un 17% (de 477 a 394 millones de dólares). Los efectos de reducir o congelar la financiación del tratamiento para el VIH/sida se traducen en una clara disminución del número de personas que reciben TAR. PEPFAR prevé la iniciación del tratamiento para 1,6 millones de personas más a lo largo de cinco años (2009-2014), en contraste con los 2,4 millones alcanzados a septiembre de 2009. Si se compara con el periodo 2006-2008, en la práctica supone reducir en un 56% anual el número de nuevos tratamientos iniciados²⁷.

Figura 8
Financiación del tratamiento del VIH/sida (en millones de dólares)



Nota: En el año fiscal 2009, se produjo una modificación de la contabilización de los fondos que pueden explicar los cambios programáticos entre diferentes áreas.

Fuente: Presentación de Charles Holmes C, Primer Asesor Técnico, Oficina del Coordinador Global de EEUU para el Sida: "Using costing and modeling to improve treatment and other program planning". Presentado en el Encuentro 2009 de Socios de Track One, del 4 al 6 de agosto de 2009 en Dar Es Salaam (Tanzania). Disponible en: http://www.go2itech.org/resources/publications-presentations/other-resources/2009_Track-One/RevisedHolmes-TreatmentCosting-Track1_Dar.ppt (Consultado el 2/5/2010)

A nivel nacional, esto se traduce en una reducción de las aportaciones para compras. En Mozambique, PEPFAR ha anunciado que durante el próximo cuatrienio reducirá su suministro de medicamentos ARV entre un 10 y un 15% anual. También ha descartado abrir nuevos centros de tratamiento con financiación PEPFAR.

En Sudáfrica, de ahora en adelante tanto los ARV y los fármacos para infecciones oportunistas, como los suministros de laboratorio que anteriormente proporcionaba PEPFAR a centros privados que dan tratamiento, tendrán que ser suministrados por el Gobierno.

Varios centros sudafricanos financiados por PEPFAR han estado deteniendo o limitando la iniciación de TAR, tras recibir la orden de recortar gastos en vista de la congelación presupuestaria. En la provincia de Mpumalanga, entre noviembre de 2009 y febrero de 2010 se denegó la iniciación de TAR a unos 240 pacientes. El traspaso al Gobierno de la responsabilidad de suministrar tanto Tenofovir (ARV de primera línea que usaban 500 pacientes) como medicamentos para infecciones oportunistas y las pruebas de laboratorio ha provocado irregularidades en los suministros. En la provincia de Free State, en estos momentos la continuidad del tratamiento de 2.500 pacientes en centros privados y en consultas generales está en el aire. La explicación oficial es que se pondrá más hincapié en fortalecer la capacidad mediante la asistencia técnica, apartándose del enfoque de provisión de servicios, pero la capacidad de absorción del sector público es extremadamente limitada, como demuestra la paralización en la iniciación de TAR vivida en Free State tras la escasez de fármacos ARV de 2008 y 2009²⁸.

²⁷ Entre 2006 y 2008, los programas financiados por PEPFAR estaban iniciando 49.000 nuevos tratamientos al mes. Fuente: <http://www.pepfar.gov/about/tables/treatment/123461.htm>. El promedio establecido bajo el GHI es de alrededor de 26.000 nuevos tratamientos iniciados por mes (1,6 millones de personas más a lo largo de 5 años). *The U.S. President's Emergency Plan for Sida Relief: Five-Year Strategy*. Diciembre de 2009. Disponible en: <http://www.pepfar.gov/strategy/>

²⁸ Debido a una brecha presupuestaria en 2009, los pacientes con VIH en tratamiento en la provincia de Free State sufrieron cuatro meses de suspensión de la terapia. La Southern African VIH Clinicians Society estima que como resultado 3.000 personas murieron.

La Dra. Margie Hardman, médico de un centro de tratamiento financiado por PEPFAR en Sudáfrica, explica la situación vivida en noviembre de 2009.

“Hasta entonces, la financiación de PEPFAR era realmente buena, a través de la organización coordinadora Right to care. Pero entonces nos dijeron que ya no podíamos iniciar a más pacientes con los ARV porque no había fondos suficientes. Así que básicamente tuvimos que rechazar pacientes y derivarlos a los hospitales o centros de salud públicos más próximos. Nos resultó muy difícil tener que rechazar pacientes. Por desgracia, no sabemos cuántos han muerto ni qué ha sido de ellos.

“Pienso que las consecuencias para alguien que ha sido diagnosticado seropositivo pero que no consigue tratarse rápidamente son realmente terribles. Estos pacientes han reunido el valor necesario para hacerse las pruebas, saben que la gente que ha tomado ARV ha mejorado. Así que se sienten decepcionadísimos. Y como sus recuentos de CD4 son bastante bajos, contraerán tuberculosis, enfermarán de neumonía, meningitis, muchas cosas. Si hubiésemos podido ponerlos rápidamente en TAR, lo habríamos evitado.”

En Uganda, se solicitó a las instalaciones financiadas por PEPFAR que racionasen el tratamiento. En octubre de 2009, el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de EEUU envió una carta pidiendo explícitamente a sus contrapartes sobre el terreno que “únicamente inscribiesen nuevos pacientes en la TAR si estaban seguros de poder seguir manteniéndolos sin un aumento futuro de la financiación”, pero ordenándoles a la vez que “todos los pacientes adultos y pediátricos actualmente en tratamiento con fármacos donados por la Fundación Clinton sean cubiertos totalmente con el presupuesto fijo de la contraparte”, lo que en la práctica significa implícitamente reducir el número de plazas de tratamiento concedidas. Sólo se permite la inscripción de facto de nuevos pacientes cuando mueren o causan baja pacientes actuales. En los últimos seis meses, las organizaciones no gubernamentales en Uganda han reducido sus esfuerzos para diagnosticar el VIH debido a la reducción en la provisión de TAR.

El racionamiento de las TAR iniciadas también se logra aplicando determinados criterios de selección. En Zimbabwe, Uganda y Sudáfrica, los centros financiados por PEPFAR deben reservar plazas de tratamiento prioritarias para mujeres embarazadas y niños. Los demás pacientes sólo pueden iniciar la TAR si su recuento de linfocitos CD4 cae por debajo de 50, lo que en la práctica supone alentar a la gente a que enferme (la mayor parte de las veces por TB) antes de proporcionarles la TAR.

2.3. OTROS DONANTES

En 2008 finalizó el Proyecto de Aceleración del Tratamiento (TAP) del **Banco Mundial**, y también está concluyendo en varios países su Programa Plurinacional sobre VIH/sida para África (MAP), sin que esté previsto ningún programa de continuidad específico para **VIH/sida**. El Banco Mundial piensa centrarse en fortalecer y desarrollar la capacidad de planificación y gestión de los sistemas sanitarios, con especial hincapié en la capacidad de gestión de farmacia y suministros médicos. Pero, si no se financian los medicamentos ARV y los costes recurrentes, los resultados de desarrollar estas capacidades serán muy limitados en cuanto a su apoyo a la atención para el VIH/sida.

Esto es un reflejo de la tendencia generalizada entre donantes de reducir la ayuda financiera para la compra de ARV, a pesar de que pueda suponer la mayor partida del gasto: en Malaui, por ejemplo, la compra de fármacos representa el 65% de los costes totales del programa²⁹.

La **UNITAID/Clinton Health Access Initiative (CHAI)** está suprimiendo paulatinamente su financiación de fármacos e insumos para VIH³⁰. Para 2012, UNITAID/CHAI pondrá fin a la compra de ARV de segunda línea y de insumos médicos pediátricos en Zimbabwe, Mozambique, RDC y Malaui.

²⁹ Jouquet et al, loc. Cit.

³⁰ Está previsto que la financiación para insumos pediátricos finalice en septiembre de 2010. Conforme al calendario global inicial de la financiación de UNITAID a través de la CHAI, estaba previsto poner fin a la financiación para los ARV de segunda línea en diciembre de 2009, aunque UNITAID ha concedido una ampliación transitoria plurinacional de dos años mientras se explora el traspaso a otros donantes.



La financiación para VIH/sida de la **Comisión Europea y los Estados miembros de la Unión Europea** suma, en conjunto, 4.900 millones de euros, de los que más de una cuarta parte (1.200 millones de euros) se destinan al Fondo Mundial, según datos de 2007. En total, 3.680 millones de euros se dedican al VIH a través de canales bilaterales, tanto de la Comisión como de los Estados miembros. Entre estos últimos, quienes más ayuda bilateral aportan a la lucha contra el VIH/sida son Reino Unido y Países Bajos³¹. Cada año, 55.400 millones de euros, aproximadamente el 2,9% del presupuesto total del Fondo Europeo de Desarrollo (FED), se dedican a la sanidad en 13 países, incluida la financiación para el VIH/sida.³² Sin embargo, resulta cada vez más difícil averiguar cuánto se dedica a intervenciones sobre VIH/sida ya que, en sintonía con los esfuerzos por garantizar la eficacia de la ayuda, la Comisión Europea y muchos Estados miembros se están inclinando hacia modelos de apoyo presupuestario sectoriales que, por definición, no tienen una asignación específica. Dentro del enfoque general de la Comisión Europea y de los Estados miembros, existe, entre otras, la intención de “racionalizar” el número de sectores por donante, y algunos se están retirando del sector sanitario. En la práctica, este concepto de división de tareas puede resultar problemático si la retirada de donantes no se compensa con un aumento de la financiación de otras fuentes. En Mozambique, por ejemplo, las agencias de varios Estados miembros de la UE ya hablan de la reducción actual del número de donantes europeos que respaldan los sectores sanitarios y el impacto que ello tendrá sobre el paquete total de financiación, lo que

podría amenazar aún más, a su vez, las posibilidades de seguir avanzando en materia de salud. En otros países se observa una tendencia similar, como por ejemplo en RDC, con la retirada anunciada de Bélgica y Reino Unido de sus ayudas al sector sanitario y la reducción del 10º presupuesto del Fondo Europeo de Desarrollo.

Estas tendencias encajan dentro de otra más generalizada de favorecer las ayudas indirectas por encima de la financiación de intervenciones de emergencia. Desde 2005, la mayoría de donantes ha firmado la Declaración de París, un marco para ‘mejorar la eficacia de su ayuda al desarrollo’³³. En consonancia con este discurso de alineamiento y de desarrollo de sistemas nacionales, en la actualidad los donantes prefieren utilizar la financiación de los tratamientos del sida para financiar el desarrollo de capacidades, la asistencia técnica, la asesoría y las inversiones únicas, por encima de las actividades de prestación de servicios³⁴. Asimismo, existe una tendencia creciente a preferir la financiación de la salud en general. Si bien no cabe duda de la necesidad de incrementar el apoyo a la salud, esto no se debe hacer a costa de la ayuda continuada para ampliar el tratamiento y la atención para el sida.

33 La Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda pretende alentar la apropiación creciente de las estrategias y prioridades de los gobiernos implicados y la alineación de los donantes con los objetivos de los mismos. El concepto fundamental es la presunción de que un uso mejor de la ayuda atraerá importantes apoyos adicionales para los países receptores.

34 Según la OMS, ya se invierte una parte muy importante de la AOD en cooperación técnica.

Reprogramar el gasto actual quizá podría liberar algunos fondos. Se ha demostrado que una elevada proporción de la Ayuda Oficial al Desarrollo se invierte en cooperación técnica: más del 40% en 2006. Si bien se reconoce el valor de esta última, se podría preguntar si no hay espacio para incrementar las eficiencias de este campo específico, permitiendo que se invirtiera más dinero en mejorar la salud en sí en los países de rentas bajas. Referencia: OMS. *Constraints to Scaling Up Health Related MDGs: Costing and Financial Gap analysis*. Documento contextual del informe del Grupo de Trabajo nº 1 al Grupo Especial sobre Financiación Internacional Innovadora para Sistemas de Salud, Borrador Final del 23 de septiembre de 2009. Disponible en: http://www.who.int/choice/publications/d_ScalingUp_MDGs_WHO_report.pdf.

31 *Financing the response to AIDS in low- and middle- income countries: International assistance from the G8, European Commission and other donor Governments in 2008*. Kaiser Family Foundation y Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA). Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Presentation/2009/20090704_UNUSIDA_KFF_G8_CHARTPACK_2009_en.pdf

32 Ver: http://ec.europa.eu/development/geographical/maps/domaines_de_concentration.pdf

¿SALUD SIN RESPONDER AL VIH/SIDA?

Hoy día, la mayoría de donantes prefiere proveer fondos para fortalecer los sistemas sanitarios en general antes que financiar específicamente los programas de tratamiento del VIH/sida. Si bien no cabe duda de que los sistemas sanitarios de los países en desarrollo necesitan un apoyo ingente, ya en la actualidad se están haciendo patentes los peligros de restar atención específica a la lucha contra el VIH/sida.

- Varios países donantes (y varios gobiernos de países receptores) están pidiendo que los fondos comprometidos para el Fondo Mundial se utilicen también para fortalecer los sistemas sanitarios, las intervenciones de salud materno-infantil etc., pero sin aportar fondos adicionales. Puesto que ahora se considera que el Fondo Mundial es un canal muy eficaz que está obteniendo resultados para el Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 sobre VIH/sida, malaria y otras enfermedades importantes, dichos países donantes están presionando para ampliar el mandato del Fondo Mundial para que abarque también las intervenciones encaminadas a alcanzar el ODM 4 (mortalidad infantil) y el ODM 5 (salud materna). Sin embargo, si no se incrementan significativamente los fondos asignados al Fondo Mundial, será inevitable que se reduzcan aún más los fondos disponibles para VIH, malaria y TB.
- La actual Iniciativa de Salud Global del Gobierno de EEUU (GHI) hace hincapié en fortalecer los sistemas sanitarios y mejorar los recursos humanos a través del PEPFAR II. En Zimbabue, la ayuda para el tratamiento de al menos 3.000 adultos se reorientará en 2011, para centrarse únicamente en las madres y, de esta forma, alinearse con el enfoque actual de EEUU en salud materno-infantil.

Las intervenciones eficaces en VIH/sida tienen numerosos beneficios y derivaciones transversales para cuestiones sanitarias más generales³⁵. Las intervenciones específicas para VIH/sida han generado importantes mejoras en otras prioridades sanitarias y han ayudado al fortalecimiento general de sistemas sanitarios. Ignorar la epidemia del VIH/sida sólo puede ser perjudicial para todas las partes. En efecto, los ODM no pueden abordarse de ningún modo sin responder adecuadamente al VIH/sida. En Mozambique, el 10% de la mortalidad infantil se atribuye al VIH (2009)³⁶ y en Zimbabue, el VIH es la principal causa de mortalidad materna. La mortalidad materna es significativamente más elevada entre mujeres seropositivas. Se ha estimado que, sin el VIH/sida, en 2008 esta última habría sido un 20% menor³⁷, mientras que otro estudio concluyó que el VIH es uno de los principales factores que impiden a los países avanzar hacia los ODM³⁸.

35 OMS, Grupo Colaborativo para Maximizar Sinergias Positivas, Samb B et al. *An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems*. The Lancet, 2009. 20 de Junio;373(9681):2137-69.

36 Mozambique; Estudio Nacional de Mortalidad Infantil 2009. UNICEF, Misau, 2009.

37 Rajaratnam J et al. *Worldwide mortality in men and women aged 15–59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis*. The Lancet, Early Online Publication; 30 de abril de 2010.

38 Stuckler D, Basu S, McKee M (2010) *Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis*. PLoS Med 7(3): e1000241. doi:10.1371/journal.pmed.1000241.

“Que la comunidad donante diga que el VIH no es una emergencia es totalmente erróneo. Se diría que financiar el VIH ya no es ‘sexy’, y eso es un error”.

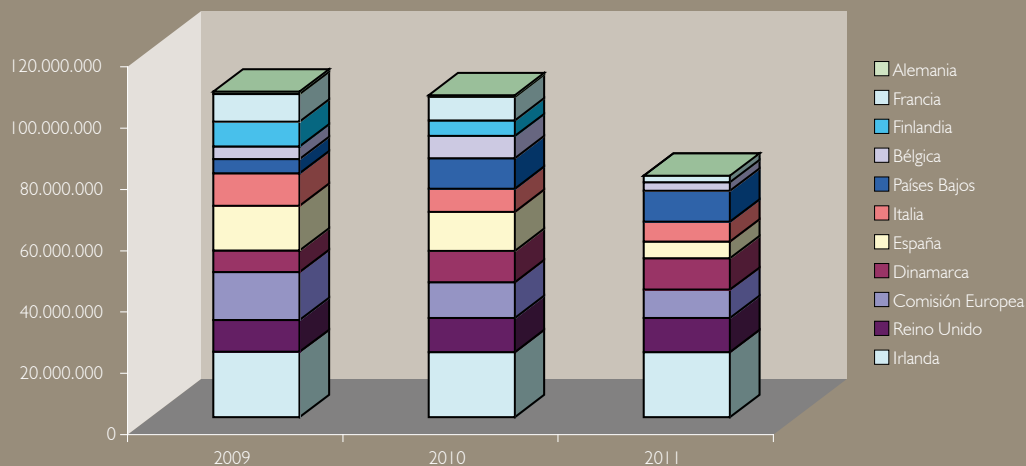
James, paciente activista, Kenia.

ARVs CAN MAKE A
DIFFERENCE IN YOUR LIFE

EJEMPLO DESDE EL TERRENO: MOZAMBIQUE

La UE ha aprobado un Código de Conducta específico sobre el reparto de tareas en su política de desarrollo.³⁹ Su tercer principio recorre pretende “asegurar una presencia adecuada de la UE en sectores estratégicos” y “evitar la fragmentación de la ayuda mediante una división de las tareas entre los Estados Miembros de la UE”. Este Código de Conducta establece específicamente que: “es esencial que no se implemente la división del trabajo en perjuicio de los volúmenes globales de ayuda ni de su previsibilidad”. No obstante, vemos que en 2011 se producirá una reducción global de las ayudas de los países de la UE al sector sanitario de Mozambique con respecto a 2010. Entretanto, el país tampoco ha incrementado su propia financiación para sanidad.

Figura 9
Compromisos de financiación de la UE con el sector sanitario de Mozambique



Fuente: Datos del Marco 2009-2011 de Gasto a Medio Plazo en el sector sanitario de Mozambique, incluyendo toda la financiación (sectorial y de apoyo a proyectos, y todos los fondos para salud y VIH/SIDA). Nota: Para Irlanda se presupone la misma aportación para 2011, ya que aún no hay datos disponibles

En 2011, Francia y Finlandia abandonarán el sector sanitario, pero su salida no será compensada por otros donantes. Reino Unido hará lo propio en 2012. Su impacto global dependerá de los demás donantes (hasta el momento sólo cinco han adelantado cifras orientativas sobre sus aportaciones para 2012), pero, con el actual clima económico, no se puede descartar que haya nuevas reducciones de la ayuda o salidas de financiadores del sector sanitario. De los 15 socios que actualmente financian el fondo conjunto para el sector sanitario (llamado ‘ProSaude’), 11 están vinculados a la UE.

EL IMPACTO DE LA CRISIS ECONÓMICA SOBRE LA SALUD MUNDIAL

La crisis económica mundial ha supuesto retrasar el logro de los objetivos de muchos países pobres en materia de salud básica y desarrollo. Según un informe de 2010 del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional (FMI)⁴⁰, las peores perspectivas son las relativas a los ODM en materia de salud: desnutrición, mortalidad infantil, salud materna, VIH, TB, malaria y acceso a medicamentos esenciales. Los países de rentas bajas, y en especial sus habitantes más pobres, se enfrentan a unas perspectivas muy sombrías, también en materia del acceso y la asequibilidad de la atención sanitaria.

Las estrategias de recuperación de costes que se están debatiendo a los más altos niveles de gobierno, que incluyen pagos a grandes bancos, podrían utilizarse también para mejorar la salud de las personas más pobres del planeta. En un informe para el G-20⁴¹, el FMI exploró la viabilidad de gravar las transacciones financieras y los activos generados por las actividades especulativas de las instituciones financieras, que muchos señalan como responsables de la enorme contracción económica. El informe consideraba que

tales mecanismos eran técnicamente viables y que podrían ser útiles para generar ingresos.

MSF apoya un impuesto que sea capaz de recaudar un nivel de fondos suficiente para financiar la salud mundial. Según la OMS, para alcanzar los ODM relativos a la salud sería necesario un aumento significativo de fondos, de hasta 37.000 millones de dólares anuales.

En concreto, en materia de VIH/sida, existen razones de peso para apoyar este impuesto o iniciativas similares:

- la atención y tratamiento para el VIH/sida requiere una financiación sustancial y sostenida.
- el conjunto de fuentes externas de ayuda para el VIH representa un 75% de la financiación disponible. Es indudable que los países aún dependerán durante algún tiempo de estas ayudas externas.
- El sida está indisolublemente vinculado a otros importantes aspectos de la salud, como por ejemplo la salud materno-infantil (el sida es la principal causa de mortalidad a escala mundial entre mujeres en edad reproductiva).

³⁹ Publicado en Bruselas el 28 de febrero de 2007.

⁴⁰ The MDGs: After the Crisis - Global Monitoring Report. Informe de Contexto para la Reunión del Comité de Desarrollo del 25 de abril de 2010, preparado por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, abril de 2010.

⁴¹ A fair and substantial contribution by the financial sector, preparado el FMI para la Reunión de Ministros del G-20, abril de 2010.

“Alrededor del 95% de los programas de lucha contra el VIH están financiados por donantes externos. Este es un problema enorme para los que vivimos con el VIH, porque si los donantes internacionales deciden retirar su financiación, el programa podría no ser sostenible con los niveles actuales de financiación del Gobierno”.

Jimmi, paciente seropositivo, Kenia.

“Si se reduce la financiación morirá más gente y tendremos más huérfanos. A menudo las personas seropositivas necesitan atender a otras, como por ejemplo a sus propios hijos. La gente perderá la esperanza y morirá. Será el fin. El país se empobrecerá. Sin medicamentos no hay futuro”.

Catherine, paciente seropositiva, Kenia.



03 EL IMPACTO DE LA RETIRADA

El tratamiento con ARV salva vidas, pero también dura toda la vida. Esto significa que cada año el número de pacientes en tratamiento aumentará de forma acumulativa. Así pues, la respuesta eficaz a la epidemia implica aumentar acumulativamente el número de pacientes en tratamiento y requiere, por tanto, una financiación creciente y sostenible. Si realmente existe una auténtica voluntad de atajar la epidemia, el número de tratamientos iniciados debe aumentar al mismo ritmo que en años recientes. Dado que la mayor parte de los países subsaharianos carece de los recursos internos para llevar en solitario el peso de la financiación de los tratamientos para el VIH/sida, es necesario que la financiación crezca de manera estable a lo largo de la próxima década.

Un informe reciente del Banco Mundial calculaba el posible impacto que tendría congelar la financiación para VIH/sida⁴²: “las nuevas infecciones seguirían aumentando y las muertes por VIH/sida superarían a las 1,9 millones registradas en 2005”. Añadía el Banco Mundial que “el efecto acumulado de interrumpir los esfuerzos de ampliación en los cinco próximos años sería de 10 millones de muertos y 14 millones de nuevas infecciones, un incremento del 50% respecto a 2006”. El informe concluía que el coste de no actuar sería mayor que el de actuar. Asimismo, otras fuentes han señalado los beneficios a medio plazo de continuar la ampliación del tratamiento sin retrasos⁴³.

En los países en los que trabaja MSF, ya se están empezando a notar negativamente los efectos de la retirada de donantes para los esfuerzos de ampliación de la TAR.

3.1 LAS SALIDAS APRESURADAS LLEVAN A RACIONAR EL INICIO DE TRATAMIENTOS ARV

Cuando los donantes “retiran” su financiación para intervenciones contra el VIH/sida, tratan de negociar el traspaso de la responsabilidad financiera a algún otro actor. Sin embargo, la realidad es que esta transición rara vez se planifica por adelantado y no siempre se puede absorber.

- El PEPFAR II del Gobierno de EEUU se esfuerza por traspasar a los países la responsabilidad por los pacientes siempre que sea posible y, si no lo es, al Fondo Mundial. Sin embargo, el traspaso de programas masivos de TAR no puede de ningún modo improvisarse ni imponerse dentro de un marco temporal limitado de manera arbitraria. Como resultado, se están paralizando algunas ampliaciones sin apenas preaviso, con resultados gravísimos para quienes buscan tratamiento, lo que genera una enorme presión en los puntos donde se prestan los servicios.
- Las ayudas del Fondo Mundial se podrían ver cada vez más comprometidas, como en el caso reciente de RDC: asumir la responsabilidad de los costes del tratamiento de otros donantes dentro de una ayuda ya de por sí limitada hizo que el número real de plazas mensuales para tratamiento se dividiera por cinco.

Para permitir su adaptación a la limitada capacidad nacional, los planes se revisan en función de la menor disponibilidad de recursos. Los diferentes agentes de implementación del Gobierno de Estados Unidos interpretan de manera distinta el concepto de “hacer más con menos” y suelen presentar simples recortes generalizados del gasto como medidas de eficiencia de costes. Algunos de los “recortes por eficiencia” impuestos sobre ayudas aprobadas por el Fondo Mundial han incluido recortes generales de ayudas que reducían la disponibilidad de medios esenciales y también, por tanto, los beneficios previstos.

Sin duda hay un margen de mejora en materia de eficiencia; paulatinamente se van identificando estrategias y enfoques alternativos que permitirán implementar una atención más eficaz para el VIH, como por ejemplo una prestación más simplificada de la atención o una reducción de los precios de los ARV.

⁴² Banco Mundial, 2008. *Averting a Human Crisis During the Global Downturn: Policy Options from the World Bank's Human Development Network*. Accessible at: <http://sitersources.worldbank.org/NEWS/Resources/AvertingTheHumanCrisis.pdf>

⁴³ Ventelou et al. *Estimates of alternative scenarios of scaling-up of TAR treatment in an agent-based microsimulation model*. Conferencia de la IAEN, diciembre de 2009, Ámsterdam.



EJEMPLO DESDE EL TERRENO: REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO

Se estima que 283.055 personas en la República Democrática del Congo (RDC) necesitan TAR (según los antiguos criterios de iniciación de la OMS), pero a finales de 2009, sólo había constancia de 34.967 personas en tratamiento, más o menos un 12% de quienes lo necesitaban⁴⁴. Sólo un 2% de las mujeres embarazadas tienen acceso a servicios para prevenir la transmisión de madre a hijo, por lo que cada año nacen más de 40.000 niños infectados por el VIH⁴⁵.

RDC depende casi por completo de la financiación internacional para combatir el VIH/sida, siendo su principal donante el Fondo Mundial. También otros donantes financiaron la atención y el tratamiento para el VIH/sida, como por ejemplo el Gobierno de Estados Unidos/PEPFAR, el Banco Mundial y UNITAID, a través de la CHAI. Sin embargo, en la actualidad todos estos actores están recortando su financiación para el tratamiento del VIH, dejando una brecha de financiación que las aportaciones del Fondo Mundial no alcanzan a cubrir.

El Banco Mundial ha estado financiando las compras de ARV en la RDC desde octubre de 2004, pero tiene previsto interrumpirlas en enero de 2011 y, dada la lentitud de los desembolsos actuales, existe la posibilidad de que sólo se utilice el 45% del presupuesto de 33 millones de dólares. Según informes extraoficiales, el Banco Mundial financia directamente los tratamientos de 4.200 personas, y la posibilidad de que el Fondo Mundial asuma la continuidad del tratamiento de estos pacientes ya ha sido discutida a nivel nacional con el principal receptor de la ayuda del Fondo Mundial para el VIH/sida: el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

El PEPFAR II del Gobierno estadounidense prevé suspender la compra de cualquier medicamento para infecciones oportu-

unistas y de suministros desechables de laboratorio en RDC, traspasando al Fondo Mundial los 1.300 pacientes⁴⁶ a los que apoyaba directamente con tratamientos y otros insumos.

UNITAID (a través de la CHAI) ha proporcionado respaldo financiero para 1.100 pacientes en tratamiento con fármacos de segunda línea, pero desde 2009 está intentando traspasarlos al Fondo Mundial. Del mismo modo, la financiación de UNITAID/CHAI para suministros médicos pediátricos (5.000 plazas de tratamiento) se suspenderá a finales de 2010.

Sin embargo, no todos los traspasos estaban planificados cuando se desarrollaron las ayudas del Fondo Mundial. Es más, las ayudas del Fondo ya están experimentando dificultades para asegurar el suministro y ya de por sí, sin esta carga añadida de las cohortes traspasadas, son incapaces de cubrir las necesidades de ARV⁴⁷. Por ejemplo, a lo largo de un periodo de 15 meses, MSF no recibió un tercio de los artículos médicos solicitados al PNUD/Fondo Mundial y desde 2009 no se ha recibido un solo preservativo. El comienzo de la 8ª Ronda se pospuso y el último envío de fármacos a las contrapartes ejecutoras se realizó en enero de 2010.

Además las listas de espera de pacientes que ya existen, se estima que cada año se sumarán otras 179.000 personas más a los grupos seleccionables para recibir TAR (según los antiguos criterios de la OMS). En 2009, el Fondo Mundial apoyaba mensualmente la iniciación de 1.000 nuevos tratamientos. Ahora, la revisión de los fondos disponibles para iniciaciones se ha dividido por seis, quedando en tan sólo 2.000 al año. El resultado es que en RDC —a pesar de la situación de crisis aguda—, sólo un número lamentablemente reducido de pacientes podrá comenzar a tomar ARV.

44 UNGASS, informe 2010.

45 http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/Resources/FeatureStories/archive/2010/20100511_RDC.asp

46 Fuente: *Informe Final de Año 2009 PEPFAR*.

47 La Ronda 3, que arrancó con un año de retraso (enero de 2006), tenía el objetivo inicial de proporcionar tratamiento a 26.000 pacientes para finales de 2009, lo que fue superado por las contrapartes ejecutoras. La Ronda 7 comenzó en abril de 2009 con un objetivo geográfico más reducido. La Ronda 8, que debía iniciarse en enero de 2009 (lo que suponía un solapamiento de un año con la Ronda 3), ha sido retrasada y fue firmada a principios de 2010. La propuesta para la Ronda 8 tenía previsto cubrir sólo a un limitado número de pacientes en el primer año, como complemento del último año de la Ronda 3. Sin embargo, el retraso en el comienzo de la Ronda 8 tiene actualmente dramáticas consecuencias en los planes de incrementar el acceso a ART, ya que tendrá que cubrir una cohorte más grande de pacientes con menos fondos. La Ronda 9 fue rechazada en octubre de 2009.

3.2 LAS ÚLTIMAS RECOMENDACIONES DE LA OMS ESTÁN SIENDO DESOÍDAS POR MOTIVOS PRESUPUESTARIOS

A finales de 2007, Lesoto adoptó la iniciación temprana del tratamiento de pacientes (con recuentos de CD4 inferiores a 350) y el cambio a terapias basadas en tenofovir (TDF). Magerard, enfermero de Lesoto, describe los beneficios de las nuevas guías de la OMS:

“Antes del tenofovir (TDF), los que tomaban zidovudina (AZT) experimentaban erupciones cutáneas y vómitos frecuentes. Con D4T, los pacientes acumulaban grandes depósitos de grasa que cambiaban su morfología. Ahora, con el TDF, la gente se encuentra mejor y sufre menos efectos adversos; como sufren menos vómitos, no necesitan repetir las dosis. Además, ahora la mayor parte de la gente aún está sana cuando inicia el tratamiento. Es más fácil que se recuperen rápidamente para empezar con los ARV. Antes tenían que esperar antes de empezar con los ARV porque primero debían tratarse para la TB u otras infecciones oportunistas”.



Las nuevas directrices de la OMS, lanzadas al final de 2009, recomiendan varias mejoras importantes en la TAR, siendo las principales la iniciación más temprana de la TAR (con un recuento CD4 inferior a 350 células/ μ l, en lugar del umbral anterior de 200 células/ μ l) y la provisión de medicamentos mejorados con menor toxicidad asociada. Las recomendaciones de la OMS han sido acogidas con alivio por todos los expertos clínicos y de salud pública, ya que permite a los países seguir los pasos de Lesoto y Zambia, que ya aplican este enfoque mejorado.

Comenzar antes el tratamiento incrementa el número de personas seleccionables para tratamiento. Aunque requiere más fondos, también reduce el número de enfermedades y muertes⁴⁸ y puede asimismo tener efectos beneficiosos en salud pública debido a la menor transmisión del VIH y la TB⁴⁹. Sin embargo, a corto plazo estas recomendaciones generarán un aumento de los costes y los donantes se han mostrado reticentes a apoyar los cambios.

Del mismo modo, los donantes también se muestran reticentes a apoyar el cambio de los antiguos regímenes basados en d4T (stavudina) a otros regímenes más seguros y eficaces (como los basados en el TDF), ya que se consideran más caros. No obstante, el coste del TDF está cayendo⁵⁰ y también se generarán ahorros indirectos, ya que el régimen de primera línea basado en el TDF disminuye notablemente el riesgo de sufrir efectos adversos. Tomando en consideración estos beneficios más amplios, algunos estudios ya han concluido que, según los estándares internacionales, el TDF resulta rentable.⁵¹ También es probable que un régimen de primera línea basado en el TDF mejore la adherencia al tratamiento, ya que se puede tomar una vez al día. Una mejor adherencia conlleva menores resistencias y un mayor tiempo de tratamiento en el régimen de primera línea, lo que a su vez retrasa el cambio a las combinaciones más costosas de segunda línea.

Sin embargo, aún no existe un respaldo unificado de los donantes para iniciar antes los tratamientos con un régimen mejorado de primera línea. Por ejemplo, el director del PEPFAR ha manifestado su reticencia a implementar las nuevas directrices de tratamiento temprano de la OMS⁵². Dicha reticencia equivale a apoyar una menor calidad de la atención en los países receptores: la mayoría de los gobiernos de la región son sencillamente incapaces de implementar dichos cambios sin el apoyo de los donantes.

El déficit de financiación está haciendo que se alcancen soluciones de compromiso. Mozambique, por ejemplo, decidió iniciar tratamientos con recuentos de linfocitos CD4 inferiores a 250/ μ l en lugar de los 350/ μ l recomendados. Sudáfrica ha adoptado recientemente en sus protocolos los regímenes basados en TDF como tratamiento preferido de primera línea, pero sólo ha adoptado la iniciación más temprana para determinados grupos de pacientes. Otros países, como Malawi y Kenia, están a la espera de recibir ayuda financiera para implementar las recomendaciones, que ya han recibido aprobación técnica.

48 Según ONUSIDA, una de cada cinco muertes se podrían evitar.

49 ONUSIDA estima que se podrían evitar un millón de nuevas infecciones entre 2010 y 2015.

50 En la actualidad, el precio del TDF sin combinar es menor que el del AZT sin combinar (ref.: UTW <http://utw.msfaaccess.org/>). En los últimos dos años, las dosis fijas combinadas que contienen AZT (AZT/3TC/NVP) han experimentado una ligera bajada del 9%, mientras que las que contienen TDF (TDF/3TC/EFV) han experimentado una importante bajada anual del 30% (ref.: UTW n°13). Se espera que el precio baje aún más con la aparición en el mercado de nuevos genéricos de CFF con TDF.

51 Bender M, Kumarasamy N, Mayer K, Wang B, Walensky R, Flanigan T, Schackman B, Scott C, Lu Z, Freedberg K. *Cost-Effectiveness of Tenofovir as First-Line Antiretroviral Therapy in India*. *Clinical Infectious Diseases* 2010; 50:416–25.

52 Paul, K. *AIDS Programs Hit Setbacks in Africa*. *Newsweek*, abril de 2010. <http://www.newsweek.com/id/237037>.

3.3 SE INCREMENTA LA FRAGILIDAD DE LA FINANCIACIÓN Y DEL SUMINISTRO

Los equipos de MSF han comprobado que se pueden sentir muy pronto los efectos negativos causados por la incertidumbre con respecto a los niveles y la continuidad de la financiación de suministros para el tratamiento del VIH/sida. En Malaui, la demora administrativa en la firma del contrato con el Fondo Mundial retrasó el desembolso de fondos y la consiguiente compra de medicamentos esenciales, desembocando en una grave escasez de ARV en los centros sanitarios. Una situación parecida se vivió en Mozambique a comienzos de 2010, cuando un retraso en el desembolso de fondos del Fondo Mundial generó retrasos de los suministros para TAR: los retrasos en la importación de medicamentos hicieron que algunos pacientes tuviesen cambiar sus combinaciones farmacológicas.

La rupturas del suministro se han notado con más frecuencia en 2009 y 2010 en casi todos los países estudiados. Mientras que antes los centros apoyados por MSF recibían la mayoría de los ARV necesarios a través de canales gubernamentales financiados por el Fondo Mundial, UNITAID/CHAI y PEPFAR, siendo relativamente limitada la necesidad de MSF de complementar el suministro, en 2009 y 2010 MSF tuvo que incrementar significativamente sus inventarios de reserva y proporcionar más a menudo suministros de emergencia a las clínicas que apoya en Mozambique, Malaui, Uganda y RDC. En la zona rural del noroeste de Uganda, tras un periodo de eficaz descentralización de la atención a clínicas próximas a los pacientes, estos centros dejaron de recibir los ARV suministrados por el Gobierno, y tuvieron que ser totalmente respaldados por los stocks de emergencia de MSF durante varios meses en 2009 y 2010.

Pero otras contrapartes ejecutorias no tienen los recursos o la capacidad para cubrir las brechas que dejan los programas nacionales. En 2009 y 2010, MSF se encontró con un número creciente de solicitudes de suministros de emergencia por parte de otros actores, incluidos Ministerios de Salud, ONG internacionales y locales y grupos de pacientes fuera de las zonas de influencia de los proyectos de MSF. Esto sucedió en Malaui, Zimbabue, RDC, Kenia, Uganda, Guinea y República Centroafricana. Las solicitudes comprendían tanto ARV de primera línea, medicamentos para infecciones oportunistas, pruebas diagnósticas y también regímenes alternativos y/o ARV de segunda línea.

A pesar de estas carencias, no se están produciendo esfuerzos sistemáticos para establecer salvaguardas tales como inventarios de reserva de ARV y otros insumos médicos esenciales, ni la posibilidad de utilizar sistemas alternativos de suministro, ni tampoco financiaciones puente entre donantes.

En última instancia, las consecuencias de la poca fiabilidad del suministro de ARV las pagan los pacientes y los profesionales sanitarios, como demuestran las experiencias recientes en Malaui, Mozambique, Zimbabue, RDC, Uganda, Kenia y Sudáfrica. Los profesionales se pueden ver obligados a hacer frente a los retrasos o a la escasez de suministros alterando los tratamientos de los pacientes (por ejemplo, utilizando dosis o fármacos diferentes pertenecientes a otros regímenes con mayores efectos adversos,

o partiendo las dosis adultas para dosificación pediátrica), o suministrando las pastillas durante menos tiempo, todo lo cual incrementa la carga laboral de unos centros sanitarios ya saturados. Los pacientes pueden recurrir a buscar sus tratamientos en otra parte o verse obligados a esperar hasta que su recuento CD4 caiga a niveles más bajos para poder iniciar el tratamiento. Los pacientes podrían empezar a compartir sus medicamentos o a tomar dosis inferiores a las indicadas, lo que podría generar resistencias a los fármacos. Conscientes de que la TAR ha de seguirse de por vida, tanto a los pacientes como a los profesionales sanitarios les puede faltar la confianza necesaria para iniciarla.





EJEMPLO DESDE EL TERRENO: MALAUI

El exitoso programa para el tratamiento del VIH/sida de Malaui está amenazado por los retrasos en el desembolso de fondos y en la entrega de suministros esenciales.

En Malaui, el Fondo Mundial es la principal fuente de financiación para la atención y el tratamiento para el VIH/sida. Malaui obtuvo en 2008 la concesión de ayuda por un Mecanismo de Continuación del Financiamiento (MCF); pero un retraso en la firma del contrato del MCF demoró el desembolso de los fondos, lo que a su vez retrasó el suministro de medicamentos imprescindibles, al no haber dinero disponible para realizar los pedidos necesarios.

El retraso causó unos niveles peligrosamente bajos de ARV en 2009 y consiguientemente, tal y como informó el Ministerio de Sanidad, agotamientos de stock. El Ministerio de Sanidad, ayudado por las ONG y otros agentes de implementación, se embarcó en una importante operación para redistribuir los ARV entre los centros sanitarios, movilizand o importantes recursos logísticos, financieros y humanos para hacer frente a la situación. Algunos pacientes se vieron obligados a cambiar la combinación de fármacos de sus TAR. Debido a las insuficientes reservas de inventario, los pacientes recibían medicamentos para dos semanas, en lugar de para dos meses, por lo que tuvieron que gastar cuatro veces más en transporte. La situación también incrementó la carga laboral de unos profesionales sanitarios ya de por sí sobrecargados de trabajo.

MSF tuvo que pedir suministros de emergencia para evitar el riesgo de rupturas de stocks. Otras ONG que apoyaban programas similares de atención para el VIH/sida en distritos colindantes pidieron prestados en varias ocasiones ARV de los inventarios de reserva de MSF para cubrir sus propias rupturas de stock.

Entre febrero y abril de 2010, los inventarios de ARV volvieron a situarse en niveles peligrosamente bajos. A pesar de la amenaza de una escasez nacional de ARV, el Enfoque Sectorial no asignó financiación alguna para cubrir la brecha, ni tampoco intervino ningún donante del área de la salud para prestar su ayuda.

“La disponibilidad de ARV no sólo me alargado la vida, sino que también ha ayudado muchísimo al bienestar social y económico de nuestros pueblos. Si hoy dijeras que vas a dejar de darnos ARV, el efecto sería devastador y nos veríamos de vuelta en la época en la que cada día celebrábamos funerales y en que los hospitales estaban llenos de pacientes de cuidados paliativos, sin olvidar el ingente número de huérfanos que se generaría.”

Jefe Ntholola, paciente seropositivo, Malaui.

“Los antirretrovirales deberían estar disponibles para todo el mundo. Los únicos que al principio se podían permitir los antirretrovirales eran los que tenían dinero, que es como decir que eran los únicos que debían sobrevivir”.

Portia, paciente seropositiva, Sudáfrica

“Si bien los donantes están en su derecho de decidir dónde destinar su dinero, nosotros, las personas que vivimos con el VIH, queremos y pedimos seguir viviendo con salud. Apelamos a estos donantes a asegurar la continuidad de los programas actuales contra el VIH y a mejorarlos para que más personas puedan incorporarse”.

Jimmi, paciente seropositivo, Kenia.

04 CONCLUSIÓN

A pesar de los avances significativos de la última década en la ampliación de la TAR, el VIH/sida no tratado sigue siendo una importante fuente de sufrimiento humano y causa millones de muertes. Dos tercios de las personas que viven con el VIH y necesitan tratamiento en el África Subsahariana no lo están recibiendo, un déficit de tratamiento de más de seis millones de personas.

La mengua de los fondos para el tratamiento del VIH amenaza con socavar los resultados logrados hasta ahora. La financiación y el suministro para tratamientos para el VIH ya son frágiles de por sí, pero se pueden ver aún más debilitados si la financiación se ralentiza. Hacen falta canales múltiples para garantizar la estabilidad de los programas.

En los ocho países del África subsahariana que analizó MSF, existen síntomas claros de que los donantes están reduciendo su compromiso financiero con la lucha contra el VIH/sida. Entre los síntomas más evidentes figuran:

- la congelación o reducción de las asignaciones presupuestarias anuales para el VIH/sida;
- la reducción del número de organizaciones donantes que financian los tratamientos para el VIH/sida en los países más afectados;
- la reducción de los niveles de financiación internacional para el suministro de tratamientos, incluidos los ARV;
- la reorientación hacia el apoyo indirecto y el desarrollo de capacidades de los sistemas sanitarios, en lugar de crear flujos complementarios de financiación.

A pesar de los millones de muertes que se producen cada año, los donantes consideran cada vez menos que el tratamiento del VIH/sida sea una emergencia. Se está desvaneciendo el compromiso de aportar ayudas sustanciales y directas para el tratamiento de personas que viven con el VIH/sida. Los donantes están presionando para extender la aplicación de fondos para el VIH a ámbitos más generales de la salud o del desarrollo, sin incrementar la cantidad total de fondos disponibles. Este enfoque amenaza con socavar unos servicios sanitarios ya de por sí precarios. Muchos donantes bilaterales cuentan con que el Fondo Mundial asegure la financiación, en especial para tratamientos y suministros, pero no le proporcionan los recursos suficientes para hacerlo. Del mismo modo, las agencias donantes como PEPFAR esperan que el Fondo Mundial les sirva como estrategia de salida, sin incrementar tampoco el apoyo que le prestan.

La realidad y la amenaza de un apoyo internacional reducido o interrumpido ya se están traduciendo en unas pretensiones nacionales rebajadas, con consecuencias dañinas para los pacientes:

- debido al acceso limitado a tratamientos, se le están denegando a las personas las terapias antirretrovirales que les salvarán la vida;
- en lugar de implementar las nuevas directrices de la OMS, las personas con VIH tienen que esperar a tener un recuento CD4 bajo antes de poder acceder a la TAR, lo que genera más hospitalizaciones y mayor mortalidad;
- los pacientes podrían empezar a compartir sus fármacos y reducir así sus dosis, con lo que dejaría de suprimirse la transmisión del virus y se incrementaría el riesgo de resistencias;
- los sistemas de salud serán cada vez más vulnerables a agotamientos y rupturas de stock;
- el racionamiento y aplazamiento de la iniciación de tratamiento con ARV aumentará la carga de enfermedades para individuos, comunidades y sistemas sanitarios y limitará los beneficios potenciales de una menor transmisión del VIH;
- deberán limitarse las actividades de detección y diagnóstico del VIH, con las consecuencias negativas que ello conllevará para otras actividades de prevención;
- la limitación de la ampliación de los tratamientos para el VIH/sida tendrá un impacto negativo sobre otros retos para la salud pública, en especial la tuberculosis, la salud materno-infantil y los indicadores de morbilidad.

La crisis del VIH está lejos de acabar. Es más, los hechos demuestran que las intervenciones eficaces sobre VIH/sida tienen numerosos beneficios transversales y efectos positivos para el sector general de la salud. El cumplimiento de los ODM no se puede abordar sin afrontar el VIH/sida. Y sin embargo, la falta de un compromiso sostenido de los donantes está poniendo en peligro los esfuerzos mundiales para luchar contra esta enfermedad mortal, pero apenas se está debatiendo cómo resolver la crisis de financiación. Para evitar enfermedades innecesarias y un número excesivo de muertes, es necesario un compromiso renovado y ampliado de los donantes; se necesita desesperadamente una financiación internacional sostenida para ayudar a cubrir la brecha de tratamiento en el África subsahariana.





Publicado por:
Médicos Sin Fronteras
Rue Dupré 94
1090 Bruselas

aau@brussels.msf.org

Médicos Sin Fronteras es una organización médico-humanitaria internacional que aporta ayuda de emergencia en más de 60 países.

