



¿Por qué se penaliza el éxito?

**Empieza a flaquear el compromiso
en la lucha contra el VIH/sida**

Noviembre de 2009



Investigación, análisis y redacción: Sharonann Lynch and Emi Maclean

Edición adicional: Caroline Veldhuis

Foto de portada: Mariella Furrer

Foto de contraportada: Julie Rémy

Diseño y formato de la portada: Daniel Jaquet

Introducción

En los últimos diez años, la comunidad internacional ha dedicado ingentes recursos a hacer frente a la crisis del VIH/sida. Médicos Sin Fronteras (MSF) ha sido testigo de primera mano de los logros, y también de algunas deficiencias, de este esfuerzo para ofrecer atención sanitaria y tratamiento en más de 30 países.

El logro más notable es que cuatro millones de seropositivos siguen vivos gracias al tratamiento antirretroviral (TAR). El aumento del acceso al TAR en los países en vías de desarrollo ha permitido a los afectados vivir más tiempo y disfrutar de una mayor calidad de vida. Este avance les ha ayudado a recuperar su dignidad y autonomía, así como a reintegrarse en la vida familiar y en la sociedad. En algunos países, la cobertura del TAR ha tenido como resultado una reducción de la tasa de mortalidad, entre otros efectos positivos en la población total (ver recuadro de la página 3).

Pero no todo son buenas noticias. Los equipos de MSF están notando una disminución preocupante del apoyo internacional a la lucha contra el VIH/sida. En países con una alta prevalencia de la enfermedad, las clínicas rechazan a pacientes y los médicos se ven de nuevo en la inaceptable tesitura de tener que racionar un tratamiento indispensable. Al mismo tiempo, los tratamientos más eficaces y con mejores índices de tolerancia –dispensados de forma generalizada en los países ricos– no llegan a los pacientes.

Nada evidencia mejor esa disminución del compromiso político que el gran déficit de financiación que sufre la lucha contra el VIH/sida. El Consejo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria sopesa una moción para suspender la ronda de financiación de 2010. Si la aprueba, no abordará nuevos proyectos hasta 2011. Del mismo modo, el Plan de Emergencia del presidente de Estados Unidos para el sida (Pepfar) se plantea congelar el presupuesto de sus proyectos para los próximos dos años, incumpliendo los compromisos que adquirió el año pasado para aumentar el acceso al tratamiento.

Mientras, empieza a asomar una peligrosa tendencia en el ámbito de la salud pública mundial. En lugar de buscar fórmulas para aprender del éxito de la revolución de la lucha contra el VIH/sida y reproducirlo en la mejora de la salud mundial, aumentan los llamamientos para desviar fondos a otras prioridades sanitarias. Aunque no hay duda de que es necesario dedicar urgentemente más recursos a todas las prioridades sanitarias mundiales, entre ellas la salud materno-infantil, la solución no es reducir los fondos para el VIH/sida.

En la actual coyuntura, un recorte de los fondos no sólo socavaría el objetivo de reducir la mortalidad materno-infantil, sino que supondría la interrupción del tratamiento para muchos pacientes de VIH/sida, además de que condenaría a quienes todavía no lo reciben a una muerte prematura y evitable.

El VIH/sida es la principal causa de mortalidad en el mundo entre las mujeres en edad fértil y la responsable de más del 50% de las muertes de menores de cinco años en los países donde la prevalencia de la enfermedad es más alta. El VIH/sida es una emergencia permanente que exige una inversión de recursos a nivel nacional e internacional. Ha de aumentar el compromiso con otras prioridades sanitarias, pero no a expensas de la lucha contra el VIH/sida, que debe continuarse e incluso reforzarse.

Balance

Aumento del acceso al tratamiento

MSF ha dispensado atención sanitaria y el TAR a más de 140.000 personas con VIH/sida en unos 30 países. MSF suministró el TAR a sus primeros pacientes en 2000. Por entonces, la epidemia había matado a 16 millones de personas y otros 33,6 millones vivían con el VIH en todo el mundo, en su mayoría en países pobres. Aunque un 95 % de estas personas carecían de acceso al TAR, los Objetivos de Desarrollo del Milenio en materia de salud adoptados por la ONU no mencionaban el tratamiento.

En 2001, el entonces Secretario General de la ONU, Kofi Annan, pidió la creación de un fondo de entre 7.000 y 10.000 millones de dólares para hacer frente a la crisis mundial del VIH/sida. El G8 y la Asamblea General de la ONU reiteraron posteriormente su compromiso de garantizar el tratamiento a personas sin recursos. En la cumbre del G8 celebrada en Gleneagles, Escocia, en 2005, el entonces Primer Ministro británico Tony Blair anunció el compromiso de alcanzar un “acceso universal” antes de que finalizara 2010.

Fruto de la presión de la opinión pública y de la movilización mundial de recursos, los proyectos de atención sanitaria, tratamiento y prevención del VIH/sida se han extendido enormemente. En estos momentos cuatro millones de personas viven gracias al acceso al TAR y se ha conseguido evitar miles de infecciones. Aun así, queda mucho por hacer en materia de prevención y el número de personas con VIH/sida que no reciben tratamiento sigue siendo altísimo.

Una emergencia permanente

La crisis no ha terminado. En los diez países donde la prevalencia de la enfermedad es más alta, el sida es la principal causa de muerte: un 80 % de todas las muertes en Botsuana y dos tercios en Lesoto, Suazilandia y Zimbabue se deben al sida.¹ Menos de una cuarta parte de las mujeres seropositivas embarazadas tienen acceso a la Prevención de la Transmisión del VIH de Madres a Hijos. Mientras que el VIH se ha eliminado prácticamente entre los niños de los países ricos, el sida sigue siendo la primera causa de mortalidad infantil en los seis países con mayor incidencia del VIH, lo que representa más del 40 % de los menores de cinco años fallecidos en estos países (ver tabla).

A pesar de los logros en el acceso al tratamiento, sigue sin estar disponible para al menos seis millones de seropositivos que lo necesitan.² Además, en línea con el consenso científico de que las personas con VIH/sida deberían iniciar el tratamiento antes, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dispone a revisar sus recomendaciones, con lo cual esa cifra podría aumentar a 18 o 22 millones. La mayoría de estas personas morirán en un plazo de tres años si no acceden al tratamiento.³

Causa de la mortalidad infantil y total en los países con la prevalencia más alta del VIH/sida ⁴

Los 10 países con la prevalencia más alta del VIH/sida	Incidencia (15-49 años)	% de las muertes de menores de cinco años por VIH/sida	% de todas las muertes por VIH/sida
1. Suazilandia	33,4 %	47 %	64 %
2. Botsuana	24,1 %	54 %	80 %
3. Lesoto	23,2 %	56 %	63 %
4. Zimbabue	20,1 %	41 %	67 %
5. Namibia	19,6 %	53 %	51 %
6. Suráfrica	18,8 %	57 %	52 %
7. Zambia	17,0 %	16 %	43 %
8. Mozambique	16,1 %	13 %	28 %
9. Malawi	14,1 %	14 %	34 %
10. República Centroafricana	10,7 %	12 %	32 %

Impacto de la cobertura del TAR en la población total

Existen claros indicios de que los servicios de atención sanitaria del VIH/sida integrales y descentralizados prolongan la vida de los seropositivos y tienen un impacto positivo en los índices sanitarios fundamentales: mortalidad de adultos, mortalidad infantil e incidencia de la TB. El suministro del TAR también puede contribuir a los esfuerzos de prevención del VIH reduciendo su incidencia (nuevas infecciones).

Descenso importante de las muertes asociadas al sida a nivel nacional

- Las muertes por sida en todo el mundo han empezado a disminuir.⁵
- En Botsuana, las muertes asociadas al sida entre adultos se redujeron a la mitad de 2003 a 2008.⁶
- En Addis Abeba, Etiopía, la mortalidad por sida se ha reducido más de la mitad.⁷
- Las muertes por sida descendieron una media del 6,3 % anual en los países cubiertos por el PEPFAR en un periodo de tres años.⁸

Descenso de la mortalidad total de adultos

- Estudios en Brasil⁹, Botsuana¹⁰, Etiopía¹¹, Malawi¹², y Uganda¹³ atribuyen la reducción de la mortalidad en la población total a la disponibilidad del TAR.
- En Khayelitsha, Suráfrica, la tasa de mortalidad de hombres y mujeres adultos aumentó debido al VIH entre 1996 y 2002. Pasó de 5,3 y 12,1/1.000/año, respectivamente, a 8,8 y 13,5. Tras la introducción del TAR en 2001, estas tasas descendieron gradualmente a 7,2 y 10,4 en 2004.¹⁴
- Un estudio de la mortalidad total en el distrito de Thyolo, Malawi, realizado en 2008, indicó una reducción relacionada con el acceso a la atención sanitaria del VIH y el inicio del TAR entre 2000 y 2007 (datos en proceso de análisis).

Descenso de la mortalidad total de bebés y menores de cinco años

- En la provincia surafricana de Cabo Occidental se detectó una reducción de la mortalidad total de niños menores de dos años tras la introducción de servicios integrales de VIH/sida.¹⁵
- En Khayelitsha, Suráfrica, MSF ha visto una disminución de la tasa de mortalidad infantil, que ha pasado de 43/1.000 nacimientos en 2001 a 30/1.000 en 2007 tras la introducción del PMTCT en 1999.¹⁶
- Botsuana registró un descenso de la mortalidad infantil que se correspondía con la implementación a nivel nacional de su programa de VIH/sida.¹⁷

- En Uganda, el descenso del 93 % en el número de huérfanos por sida, debido al acceso de adultos al TAR, se ha relacionado con una reducción del 81 % en la mortalidad de niños sin VIH.¹⁸

Descenso de la incidencia y prevalencia del VIH

- La reducción de la carga viral total en la población tendrá como resultado una reducción de la transmisión, lo que a su vez disminuirá el número de nuevas infecciones por VIH.^{19,20}
- Cada vez hay más pruebas de que la cobertura del TAR tiene una relación causal con la reducción de la incidencia del VIH, un dato que se ha documentado en Malawi, Tanzania y Zambia.²¹
- En la provincia surafricana de Cabo Occidental, la tendencia es más evidente en niños y jóvenes: la prevalencia pasó del 11,2 % en 2002 al 3 % en 2008. Para los niños de edades comprendidas entre los dos y los 14 años, la prevalencia del VIH disminuyó del 7,1 % al 1,1 % entre 2002 y 2008.²²

Reducción de nuevos casos de TB

- En Thyolo, Malawi, MSF ha visto un descenso de casos de TB pulmonar entre 2007, cuando se alcanzó el acceso universal, y 2008.²³
- En Khayelitsha, Suráfrica, MSF ha informado de que aun cuando aumentaron los nuevos casos de TB anuales entre 2000 y 2005, desde 2006 ha habido una tendencia a la baja.
- En el barrio de Gugulethu, Suráfrica, un estudio reveló que el descenso de casos de TB en seropositivos se había multiplicado por tres. También detectó una disminución del 20 % de nuevos casos de TB en la población total al aumentar la cobertura del TAR.²⁴

Impacto del TAR en otras prioridades sanitarias

- Se ha podido comprobar que la atención sanitaria del VIH ha aumentado el uso de los servicios de asistencia prenatal, los partos en clínicas y hospitales, las vacunaciones, el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el diagnóstico de la TB.^{25,26}
- Los proyectos de VIH/sida han tenido un impacto positivo en el área de salud pública: los recursos humanos han aumentado; la supervisión de los laboratorios y la capacidad y gestión farmacéutica ha mejorado, y los sistemas de compras e información en la gestión sanitaria son más eficaces.^{27,28,29}
- En aquellos lugares en que la prevalencia es más baja, los fondos del VIH/sida dedicados a los grupos marginados pueden tener un impacto positivo en toda la sociedad al limitar la transmisión y prevenir la extensión de la epidemia.³⁰

La situación en Suráfrica

Suráfrica representa el 17 % de las infecciones del VIH de todo el mundo.³¹ Es el país que tiene más seropositivos (5,5 millones) y más pacientes en tratamiento (700.000).³² Se calcula que otros 1,5 millones de personas que lo necesitan no tienen acceso al tratamiento.³³

El VIH y la TB son las principales causas de muerte de mujeres embarazadas, niños y adultos. El porcentaje más alto de muertes maternas (un 43,7%) se debe al VIH/sida³⁴; la tasa de mortalidad de las mujeres seropositivas es diez veces superior a la de las mujeres seronegativas.³⁵ El VIH es la principal causa de muerte de bebés y menores de cinco años (un 57%). Un 80 % de las muertes de niños en edades comprendidas entre un mes y un año se deben al VIH.³⁶ La mitad de los nuevos diagnósticos de TB son casos de coinfecciones de TB/VIH.³⁷

La esperanza de vida en Suráfrica sería igual a la de otros países del mismo nivel económico si no fuese por la mortalidad causada por el VIH.³⁸ La esperanza media de vida ha caído a los 54 años, una cifra más cercana al país peor situado en el Índice de Desarrollo Humano que a otros Estados con el mismo nivel de renta, como Brasil (73 años) o Argentina (75 años).³⁹

MSF empezó en 2000 un proyecto de TAR en Khayelitsha, un barrio de la provincia de Cabo Occidental con aproximadamente 500.000 habitantes. Khayelitsha presenta una de las tasas de incidencia prenatal del VIH más altas de Suráfrica con un 30,2%.⁴⁰ El proyecto, realizado en colaboración con los Departamentos de Salud de Cabo Occidental y Ciudad del Cabo, dispensaba el TAR a 13.000 personas en septiembre de 2009.⁴¹ Presenta resultados a largo plazo prometedores: el 87 % de los pacientes permanecen en tratamiento al cabo de un año y un 65 % al cabo de cinco años.⁴²

Este proyecto es uno de los pocos que han alcanzado el “acceso universal” (cuando más de un 80 % de quienes necesitan tratamiento lo reciben).⁴³ Aunque el TAR ha reportado enormes beneficios tanto a las personas como a las comunidades, la situación es frágil. Para mantener estos logros urge un aumento de la gestión y del compromiso político y la continuación de los fondos.

En el resto de Suráfrica se dan signos preocupantes de una involución. En la provincia de Estado Libre se agotaron las existencias de antirretrovirales en noviembre de 2008 y no se repusieron durante meses. La falta de antirretrovirales

afectó a muchos centros de salud y obligó a interrumpir el tratamiento y a aplicar una moratoria de cuatro meses en el registro de nuevos pacientes. La moratoria fue responsable de unas 3.000 muertes, mientras que la interrupción del tratamiento puede haber estimulado el desarrollo de resistencia a los medicamentos.⁴⁴ Una de las causas de esta situación fue el hecho de que el presupuesto de 2008 era insuficiente para atender las necesidades de los pacientes.

Un año después, la Campaña de Acción por el Tratamiento de Suráfrica ha alertado de que podría producirse otra moratoria en Estado Libre. A mediados del actual ejercicio financiero, al Departamento de Salud de la provincia le faltaban más de 30 millones de dólares para cubrir su presupuesto y ya había gastado más del 70 % de su presupuesto anual para el VIH.⁴⁵

A nivel nacional, el aumento del acceso al TAR se ha ralentizado debido a un déficit presupuestario de más de 100 millones de dólares, lo que llevó al ministro de Sanidad a anunciar en septiembre de 2009 que el país no podría alcanzar el objetivo de acceso universal en 2011 a no ser que se movilizasen nuevos fondos.⁴⁶ En octubre, el Ministerio de Hacienda aportó fondos de emergencia para cinco meses, confirmando la importancia que algunos de los países con una alta prevalencia de la enfermedad dan al tratamiento y a la falta de fondos.

Aunque puede gastar más en salud que la mayoría de los países africanos, Suráfrica necesitará más fondos para hacer realidad el plan de dispensar el TAR de por vida a todas las personas que lo necesitan. Como muestra un estudio reciente, las vidas de más de un millón de personas dependen del ritmo al que aumente el acceso universal.^{47,48}

La financiación se estanca mientras las necesidades aumentan

Según cálculos de Onusida, la lucha contra el VIH/sida necesitaba un total de 22.100 millones de dólares en 2008. Al final ese año faltaron 6.500 millones de dólares para cubrir todas las necesidades. A pesar de este déficit, la tendencia general había sido positiva hasta entonces. Los recursos aumentaban todos los años, con la consiguiente mejora del acceso a la prevención, tratamiento y atención sanitaria.

El Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el plan del Gobierno de Estados Unidos para el VIH/sida, el PEPFAR, son los dos fondos que más contribuyen a la financiación de los proyectos de sida de los países en vías de desarrollo. Aunque la opinión generalizada es que podrían mejorarse los proyectos financiados o gestionados por ambos fondos,^{49,50} su impacto positivo ha sido incuestionable.

Los mayores donantes en la lucha contra el sida han sido Estados Unidos, Reino Unido, Holanda, Francia, Alemania, Noruega y Suecia.

Pero el compromiso político y la asignación de fondos están disminuyendo, lo cual podría tener consecuencias catastróficas para las personas cuyo acceso a la prevención, tratamiento y atención sanitaria del VIH depende de esta ayuda.

Fondo Global: el objetivo del acceso universal corre peligro

Desde su creación en 2001, el Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria ha repartido 15.000 millones de dólares en ayudas a 140 países, una contribución que ha salvado la vida a unos 3,5 millones de personas. El Fondo Global, financiado en su mayor parte por las aportaciones de los países donantes, distribuye casi una cuarta parte (un 23 %) de la ayuda internacional destinada a la lucha contra el VIH/sida.⁵¹

Pero el Fondo Global no ha logrado obtener el compromiso de los donantes para cubrir el creciente déficit de financiación, que afecta directamente a la capacidad de los países para garantizar y aumentar el acceso al tratamiento del VIH/sida. La falta de financiación ha obligado al Fondo Global a adoptar medidas drásticas, como recortar en un 10 % las ayudas aprobadas y posponer seis meses el plazo límite para la presentación de proyectos en 2009.

En Malawi, uno de los países menos desarrollados donde el VIH/sida es la principal causa de enfermedad y muerte, el recorte del 10 % afectó a los fondos destinados a los antirretrovirales. Algunos países han informado de que se les ha instado a “limitar” los proyectos que presenten al Fondo Global debido a la escasez de recursos. Previendo el endurecimiento de las condiciones, otros ya han reducido

sus objetivos y proyectos más ambiciosos, sobre todo en lo referente al TAR.

Esta presión, originada por la falta de fondos, supone una involución. Hasta ahora, el Fondo Global había animado a los países a presentar proyectos ambiciosos para aumentar el acceso al tratamiento. En 2008, la Ronda 8 aprobó ayudas para el VIH, la TB y la malaria por un valor 2,5 veces superior al de las rondas de financiación anteriores. En 2009, el volumen total de ayudas para el VIH de la Ronda 9 ha sido un 35 % inferior al de la Ronda 8.

En marzo, el Fondo Global anunció un alarmante déficit de 4.000 millones de dólares para financiar las necesidades presupuestarias de 2010.⁵² En consecuencia, propuso un nuevo conjunto de restricciones a las solicitudes de financiación, entre ellas la suspensión y posible supresión del Rolling Continuation Channel, un mecanismo para ampliar la financiación de los proyectos que “funcionan bien”. Hace poco, la Secretaría del Fondo Global ha propuesto cancelar la ronda de financiación de 2010. El Consejo tomará una decisión sobre estas medidas en noviembre. Las consecuencias de la suspensión de la ronda de financiación de 2010, una medida sin precedentes en la historia del Fondo Global, tendría importantes consecuencias para los pacientes y los proyectos.

El tratamiento del VIH/sida no es lo único que está en juego. Los avances en la diagnosis y el tratamiento de la TB y la malaria también dependen de las ayudas del Fondo Global. Por ejemplo, el aumento de la diagnosis y del tratamiento de la tuberculosis multirresistente y de la tuberculosis extensivamente resistente⁵³, un avance acordado a nivel internacional, depende en gran medida de la financiación del Fondo Global.

La lucha contra el VIH/sida, la TB y la malaria de los países en vías de desarrollo depende de que el Fondo Global cuente con los fondos necesarios. Según su director ejecutivo, Michel Kazatchkine: “Por primera vez, las solicitudes de financiación en 2009 han superado los fondos de que disponemos”.⁵⁴ El número de solicitudes aumentará con toda probabilidad debido a la disminución de la capacidad financiera de los países demandantes como consecuencia de la crisis económica y a la reducción de los fondos para el tratamiento del VIH/sida por parte de otros donantes y actores en el ámbito de la salud mundial.

La situación en Malawi

Malawi es un país en su mayor parte rural y densamente poblado, con más de 13 millones de habitantes. Su PNB per cápita es de 800 dólares y ocupa el puesto 160 (de un total de 182 países) en el Índice de Desarrollo Humano. El Gobierno calcula que entre 800.000 y un millón de habitan-

tes son seropositivos, entre ellos al menos 100.000 niños menores de 15 años.⁵⁵ La prevalencia del VIH es del 12 %.⁵⁶

A pesar de los obstáculos, Malawi afrontó con éxito el reto de la comunidad internacional de aumentar el acceso al TAR. Según datos del Gobierno, a finales de junio de 2009 más de 164.000 personas habían conseguido sobrevivir gracias al TAR, y 18.000 iniciaron el tratamiento entre abril y junio de 2009.⁵⁷ Desde el aumento del acceso al TAR, el país ha registrado una considerable reducción de las muertes relacionadas con el VIH/sida entre 2003 y 2008.⁵⁸

Casi toda la financiación del programa del TAR de Malawi y de su lucha contra el VIH/sida proceden del Fondo Global. A partir de su primera ronda de financiación en 2002, el Fondo Global ha desembolsado más de 465 millones de dólares en ayudas para el país.⁵⁹

MSF trabaja con el Ministerio de Sanidad en dos distritos de Malawi, Chiradzulu y Thyolo. Presta servicios in-

tegrales de VIH/sida en el marco de la atención primaria en 26 centros de salud y tres hospitales. Desde 2003, más de 38.000 personas han accedido al TAR. En Thyolo se ha alcanzado y mantenido el acceso universal (un 80 % de las necesidades) a un coste de 3,20 dólares por habitante.⁶⁰

El plan de tres años para el VIH/sida de Malawi ofrece una estrategia ambiciosa cuyo objetivo es alcanzar el acceso universal a la prevención, atención sanitaria y tratamiento en 2013.⁶¹

El coste de este plan de tres años es de 800 millones de dólares. Teniendo en cuenta todos los compromisos de financiación adquiridos hasta la fecha, está previsto que el déficit sea de algo más del 50 % (423 millones de dólares).⁶² El Fondo Global es la mejor opción que tiene el país para cubrir ese déficit y dispensar el tratamiento a todos los ciudadanos que lo necesiten. Pero la consecución del acceso universal en Malawi está en peligro debido a la crisis del Fondo Global.

“¿Cómo es posible que se vuelva a racionar el acceso a la atención sanitaria?”

El aumento del acceso al tratamiento antirretroviral (TAR) en los últimos años, posible gracias al firme compromiso de financiación internacional, ha devuelto la esperanza a millones de personas en los países pobres. Aunque siguen atrapados en la miseria en zonas rurales subdesarrolladas, tienen un motivo para redescubrir la alegría de vivir y llevar una vida plena, con sentido.

Es lo que sienten decenas de miles de personas con VIH/sida del distrito de Thyolo, al sur de Malawi, y los profesionales de la salud que los atienden.

Olesi Elleman Pasulani, director clínico de MSF en el hospital del distrito de Thyolo, explica cuál ha sido su experiencia durante estos últimos cinco años.

“Me acuerdo de cómo era la situación antes de que llegara el TAR en 2003. Sólo podíamos ofrecer apoyo psicológico y la realización voluntaria de la prueba del VIH, fomentar el uso de condones y distribuirlos o tratar otras enfermedades de transmisión sexual. Muchos de nuestros pacientes permanecían en sus casas, bajo cuidados paliativos debido a su condición de enfermos terminales. Venía muy poca gente a hacerse la prueba del VIH porque no podíamos hacer gran cosa sin el TAR. Un resultado positivo en la prueba del VIH era como una sentencia de muerte”, explica Olesi.

El desánimo cundía entre los profesionales de la salud porque sólo podían dispensar atención sanitaria a domicilio. Ofrecían a los pacientes tratamiento para enfermedades crónicas y cuidados paliativos. Olesi recuerda: “Lo único que podías hacer era atenderles y esperar a que murieran. Era muy duro, por-

que veías que la gente se hundía cuando se enteraban de que eran seropositivos. Fueron tiempos realmente difíciles para los trabajadores de salud. Estábamos totalmente desmotivados”.

Gracias al modelo de atención sanitaria desarrollado por MSF y el Ministerio de Sanidad de Malawi, el TAR llegó al distrito de Thyolo en 2003. El acceso universal al tratamiento cambió la vida de miles de personas y comunidades enteras. A finales de 2008, el número de personas que recibían el TAR había aumentado aún más. En 2009 el acceso universal sigue garantizado.

“Ahora las personas con VIH/sida están cubiertas, hay luz al final del túnel para ellas. Hay esperanza en los pueblos. Gracias al TAR, puedes ver que tu trabajo como profesional sanitario mejora la vida de las personas. Los pacientes que antes estaban postrados en cama empiezan con el TAR y, seis o siete meses más tarde, cuando te los encuentras en el mercado o en la calle, están completamente cambiados. Son felices.”

La amenaza de la retirada de fondos para el VIH/sida y el terrible impacto que tendría en la vida de los pacientes en las zonas más afectadas del África subsahariana preocupa a Olesi y sus colegas.

“Es importante seguir con el TAR, incluso aumentarlo. ¿Cómo es posible que se vuelva a racionar el acceso a la atención sanitaria? Es un derecho. Si el tratamiento se ve amenazado caeremos en una situación peor que antes del TAR. También dañará la relación de confianza que las comunidades han creado con los profesionales sanitarios a lo largo de los años”, concluye.

Pepfar: congelación de los fondos y racionamiento del tratamiento

Desde su creación en 2003, el plan del Gobierno de Estados Unidos para el sida ha tenido un efecto considerable en el aumento del acceso a la atención sanitaria y el tratamiento del sida en países con recursos limitados.⁶³ El Pepfar ha financiado proyectos relacionados con el VIH/sida y otras necesidades sanitarias en 31 países.⁶⁴ En la actualidad financia el tratamiento de más de dos millones de personas con el compromiso de hacerlo llegar al menos a otros tres millones en 2013. Dada la acuciante necesidad, hay quienes abogan por un compromiso mayor de EE UU que haga llegar el tratamiento a seis millones en 2013 y siete millones en 2014.⁶⁵ Por otro lado, el Pepfar ha comunicado que ha suministrado más de 2.000 millones de condones y financiado la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en 16 millones de embarazos entre 2004 y 2008.⁶⁶

La nueva autorización del Pepfar en 2008 incluyó el compromiso de garantizar el acceso al tratamiento –exigía que la mayoría de los fondos bilaterales para el sida se dedicasen a proyectos del TAR⁶⁷–, por lo que muchos países africanos han diseñado proyectos de este tipo al calor de la promesa de que el Pepfar seguirá financiándolos.

En mayo de 2009, el presidente de EE UU, Barack Obama, anunció la creación de la Iniciativa de Salud Mundial, una “nueva estrategia integral de salud mundial” de seis años y dotada con 63.000 millones de dólares.⁶⁸ Pero no ha quedado claro si se trata de dinero “nuevo”: comprende el Pepfar y otros programas gubernamentales ya existentes. Durante el anuncio de la Iniciativa de Salud Global, Obama garantizó su compromiso con el Pepfar, pero presentó un presupuesto que dejaba sin fondos suficientes la ayuda internacional para la lucha contra el sida.

Tras incrementar los fondos bilaterales para el VIH/sida de manera sostenida durante los últimos cinco años, el Gobierno norteamericano los ha congelado en 2009.⁶⁹ La parte del presupuesto del Pepfar destinada al tratamiento ha disminuido.⁷⁰

En su carta de presentación a los embajadores, el nuevo coordinador global de la lucha contra el sida de EE UU, Eric Goosby, mencionaba el cambio en la respuesta del Gobierno norteamericano al sida, que pasaba de ser una política de “emergencia” a otra de “sostenibilidad”.⁷¹ Goosby subrayaba “el entorno de limitaciones presupuestarias” y advertía de que los fondos del Pepfar no iban a incrementarse como antes.⁷² De manera explícita, priorizó la sostenibilidad frente al aumento de los proyectos en un contexto en el que la mayoría de quienes necesitan tratamiento siguen sin recibirlo.⁷³ En adelante, sólo unos pocos países podrán aumentar el acceso al tratamiento a un ritmo parecido al que el Pepfar financiaba antes.

La inquietud generada por la congelación de las ayudas del Pepfar es distinta en cada país. En Suráfrica algunas agencias han dejado de admitir nuevos pacientes en trata-

miento. En la República Democrática del Congo, el Pepfar ha solicitado que el Fondo Global asuma el coste de los medicamentos para tratar las infecciones oportunistas y las necesidades de laboratorio, aunque esto no estaba previsto en el presupuesto de las ayudas.

La situación en Uganda

Uganda es un buen ejemplo de lo que ocurrirá en otros países si continúa la tendencia actual y flaquea el compromiso internacional con el acceso al tratamiento.

Este país del este de África, interior y pobre, con un PNB per cápita de 1.059 dólares al año, ocupa el puesto 157 (de un total de 182 países) del Índice de Desarrollo Humano.

En 2002, MSF empezó a dispensar atención sanitaria y tratamiento a personas con VIH/sida en Arua y la región del Nilo occidental, una zona rural al noroeste del país, junto a la frontera con Sudán y la República Democrática del Congo. En 2009, MSF ha tratado a más de 160 pacientes seropositivos nuevos al mes. En la región del Nilo Occidental, dispensa atención sanitaria a más de 7.700 pacientes, de los que 5.000 reciben el TAR. También dispensa ayuda nutricional, servicios de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, atención pediátrica y el tratamiento para la coinfección de TB/VIH. Además, ayuda a dos centros de salud descentralizados.

Desde la creación del Pepfar, Uganda ha sido su proyecto estrella. En su condición de “País objetivo” del plan, Uganda recibió 929 millones de dólares entre 2003 y 2008. La ayuda se fue aumentando gradualmente para permitir el aumento del acceso al tratamiento.

Ahora, sin embargo, la situación es diferente. También las opciones de los pacientes de Uganda. Menos de la mitad de quienes son elegibles para el TAR lo reciben.⁷⁴ Las directrices del tratamiento para el sida, revisadas por el gobierno ugandés, intentan ajustarse a las recomendaciones de la OMS para la atención sanitaria de los pacientes seropositivos. Pero su implementación, incluida una ampliación de los criterios de elegibilidad y el paso a un régimen de primera línea prioritario que mejore las prioridades, está en peligro debido a la falta de fondos.⁷⁵

El Pepfar es la principal fuente de financiación del aumento del acceso al tratamiento en Uganda, pero esta ayuda está en peligro. El Gobierno de EE UU va a recortar los fondos destinados a Uganda al menos hasta 2011.⁷⁶

El mensaje del Gobierno norteamericano a los actores que dispensan el tratamiento y al Gobierno ugandés respecto al cambio de su política ha sido claro: la financiación continuará al ritmo actual pero no aumentará. Pero se ha informado a algunos actores de que deben dejar de admitir más pacientes inmediatamente, a otros que deben iniciar el tratamiento de nuevos pacientes con cautela y a los demás de que sólo pueden dispensarlo a nuevos pacientes si se detectan “eficiencias” o se producen “bajas”, es decir, la muerte o pérdida de quienes ya reciben tratamiento.

Algunos actores de la lucha contra el sida han informado de que, debido a las restricciones financieras, se han visto obligados a reducir el número de servicios que prestan, racionar la atención sanitaria o rechazar a nuevos pacientes.⁷⁷

La escasez de antirretrovirales y de centros de tratamiento ha generado una gran inquietud en Uganda, así como un encendido debate en la opinión pública. El mensaje transmitido en público y en privado no deja lugar a dudas: el paso a un Pefar “sostenible” exige un doloroso “racionamiento” de los servicios. Algunas personas elegibles para el tratamiento no podrán recibirlo.

Gobiernos: inversión insuficiente en la lucha contra el sida

Debido a la crisis financiera mundial, los gobiernos han ajustado a la baja sus presupuestos. Algunos ya han recortado los fondos para el VIH/sida.⁷⁸ Los gobiernos de Suazilandia, Botsuana y Tanzania han reducido los objetivos de cobertura del TAR.^{79,80} Los ciudadanos también tienen más problemas para pagar la atención sanitaria, incluidos el transporte, las tasas de usuario y los costes de laboratorios, medicamentos y hospitalización. Algunos gobiernos prueban nuevas estrategias para “recuperar” y “compartir” costes, aunque está demostrado que este tipo de medidas reducen drásticamente el acceso a la atención sanitaria y empeoran los índices de supervivencia.⁸¹

Estos recortes llegan en un momento en que las inversiones de los gobiernos en salud son de por sí insuficientes. Más de la mitad de los países africanos gastan en salud menos del mínimo recomendado por la OMS (34 dólares per cápita).⁸² Sólo ocho han cumplido el compromiso adquirido en 2001 de asignar un 15% de su presupuesto a gastos sanitarios.⁸³ Aun así, muy pocos podrían movilizar los recursos suficientes para cubrir la atención sanitaria y el tratamiento del VIH. La ayuda internacional seguiría siendo necesaria.

Otros actores del ámbito de la salud mundial

Las aportaciones de otros actores suelen ser menos trascendentales que las del Fondo Global y el Pefar, pero pueden desempeñar un papel importante en la financiación del acceso al TAR de por vida.

La Comisión Europea y los países miembros de la Unión Europea aportan casi la mitad de los fondos del Fondo Global. Muchos de los grandes donantes (Reino Unido, Holanda, Irlanda, Alemania y Suecia) también aportan la mitad de los fondos asignados a través de proyectos bilaterales. Desde el inicio de la crisis financiera, varios países

han recortado la ayuda al desarrollo y la financiación en materia de salud, incluidas las asignaciones al Fondo Global y los proyectos bilaterales. Por ejemplo, recientemente Holanda ha reducido su ayuda en casi 150 millones de dólares, de los cuales más de 70 millones corresponden al gasto en VIH/sida.

Aunque el Gobierno de Reino Unido lideró el apoyo del G8 al acceso universal en 2003, ha reducido su aportación al VIH/sida desviando fondos a la atención materno-infantil. El Departamento de Desarrollo Internacional ha redefinido su función de financiación del aumento del acceso al tratamiento como reforzamiento de los sistemas de salud, un objetivo demasiado amplio y en gran medida inconmensurable.

El Programa Multipaís de VIH/sida (MAP) del Banco Mundial ha distribuido 1.500 millones de dólares entre 30 países desde su creación en 2000. En 2009, el MAP financió a 3.012 centros que dispensan el TAR a más de 26.000 personas directamente y más de 500.000 indirectamente en 26 países.⁸⁴ Aunque el Banco Mundial estableció para el MAP una duración de 15 años, ha pasado de ser “donante principal” a aportar logística y conocimiento.⁸⁵ El MAP ha finalizado en Uganda (2005), Guinea (2008) y Lesoto (2008) y está previsto que finalice a finales de 2009 en Mozambique, a principios de 2011 en la República Democrática del Congo y a finales de 2011 en Kenia.

Unitaid es un fondo internacional cuya fuente de ingresos principal es una tasa que pagan las compañías aéreas. Como agencia de financiación su papel es algo diferente, ya que tiene por objetivo fomentar la creación de un “mercado de la salud” que fije precios más bajos y de ese modo los demás actores del ámbito de la salud mundial y los gobiernos puedan asumir los costes sanitarios. Unitaid ha sido decisivo en la cobertura del coste de medicamentos relacionados con el sida pediátrico en 39 países y el tratamiento de segunda línea, más caro, en 25 países.⁸⁶ Está previsto que esta ayuda finalice en 2011 para los medicamentos pediátricos y en 2010 para el tratamiento de segunda línea. Unitaid debería revisar sus estrategias de traspaso, ya que el cese de la financiación de medicamentos esenciales para el tratamiento pediátrico y el de segunda línea sería prematuro, sobre todo porque es posible que muchos países no tengan a quien recurrir para pagar estos productos tan caros.

Conclusión: hay que resolver la crisis de financiación

La salud mundial sigue careciendo de los fondos necesarios. MSF ha pedido repetidamente que aumente la financiación internacional de un conjunto de necesidades sanitarias acuciantes, como la desnutrición materno-infantil, las vacunaciones, la tuberculosis y las enfermedades tropicales olvidadas. Pero estos esfuerzos no deberían hacerse a costa de la financiación y los proyectos del VIH/sida, ya que de lo contrario se echarían a perder las oportunidades de sinergias entre el VIH/sida y otras necesidades sanitarias que suelen estar relacionadas con la enfermedad.

La financiación del tratamiento del VIH/sida no sólo no se ajusta a las necesidades sino que parece disminuir. La falta de fondos penaliza los éxitos de los últimos diez años en el aumento del acceso al TAR, además de que amenaza con tener un efecto devastador en las personas con VIH/sida y en los esfuerzos para prevenir nuevas infecciones. Como los actores del ámbito de la salud mundial están dando marcha atrás en su compromiso de financiación directa del tratamiento del sida, cada vez se dirigen más solicitudes de fondos al Fondo Global, en sí gravemente afectado por la falta de financiación.

Con el fin de mantener y aumentar la atención sanitaria y el tratamiento del VIH/sida en todo el mundo, **MSF recomienda:**

Mantenimiento y aumento de la financiación para el VIH/sida por parte de la comunidad internacional de donantes y por los gobiernos, así como la continuación del compromiso con el acceso universal a la atención sanitaria y el tratamiento del sida.

- **Fondo Global:** El Consejo y la Secretaría deberían establecer claramente sus necesidades de financiación en lugar de ocultar su crisis de financiación reduciendo las solicitudes de fondos. No es demasiado tarde para impedir una caída en una espiral de reducción de expectativas y proyectos. El Fondo Global debería mantener la ronda de financiación de 2010 y evitar cambios administrativos que oculten la escasez de fondos. Al fin y al cabo, son los países donantes quienes tienen el poder de cambiar la situación actual. Además, el Fondo Global, en sí falto de fondos, no puede ofrecer una estrategia de salida a otros actores.
- **Pepfar:** El plan del Gobierno de Estados Unidos ha sido decisivo para promover el aumento del acceso al tratamiento del VIH/sida a gran escala. Por tanto, el Gobierno norteamericano tiene la responsabilidad de ayudar a los países a evitar la interrupción del tratamiento y seguir admitiendo nuevos pacientes. Ello supone mantener el compromiso adquirido en repetidas ocasiones por EEUU y otros países del G8 para financiar el acceso universal. Todos los actores en el terreno saben de primera mano que los países afectados no pueden hacerlo por su cuenta, por lo que hablar de autosuficiencia es prematuro en muchos contextos.
- **Gobiernos:** No deben retirar o retrasar su compromiso con el acceso universal al tratamiento del VIH/sida. Además de financiar adecuadamente los presupuestos nacionales de salud, deberían abordar la mala gestión de los fondos si quieren seguir recibiendo fondos suficientes.
- **La comunidad internacional:** Además de cumplir los compromisos de financiación de la salud mundial, los donantes y los gobiernos deberían defender mecanismos que permitan recaudar el dinero suficiente de forma sostenida. Actualmente se debate en el ámbito internacional la imposición de pequeñas tasas a los movimientos económicos globales libres de impuestos, como las transacciones de divisas. Se necesitan estrategias innovadoras de este tipo para lograr nuevas fuentes de ingresos que ayuden a corregir la creciente diferencia entre los problemas globales y los recursos nacionales.

Una mejora del tratamiento en línea con los hallazgos científicos y las recomendaciones internacionales sobre la atención sanitaria.

No invertir hoy en la mejora del tratamiento y los protocolos costará vidas, aumentará el doble rasero en la atención sanitaria del VIH y conducirá posteriormente a un aumento de los costes. Se corre el riesgo de que los donantes no apoyen o intenten retrasar la implementación de las estrategias médicas recomendadas y probadas con tal de ahorrarse dinero a corto plazo. Por ello, MSF recomienda:

- Defender el inicio del TAR en un estadio más temprano (cuando el recuento de CD4 esté en el umbral de 350). Esta medida puede reducir la incidencia de la TB y de otras infecciones oportunistas letales, así como mejorar la tasa de supervivencia, lo que reduciría la necesidad de una atención sanitaria intensa, más compleja y costosa.⁸⁸
- Implementar un régimen de tratamiento de primera línea más potente basado en tenofovir, lo que permitirá que los pacientes continúen su régimen de primera línea el mayor tiempo posible y con menos efectos secundarios. De este modo se retrasará la necesidad de regímenes de segunda línea más costosos.⁸⁹
- Facilitar el acceso a análisis de la carga viral para supervisar la adherencia y detectar el fracaso terapéutico. Así se prevendrían la resistencia a los medicamentos y un cambio innecesario al costoso tratamiento de segunda línea.⁹⁰
- Apoyo a la innovación, ya que puede mejorar y simplificar más el tratamiento del VIH en países con pocos recursos, como los análisis de la carga viral en los puntos de atención sanitaria.

Medidas para asegurar que los precios de los medicamentos y de los diagnósticos siguen estando al alcance de los países pobres.

La comunidad internacional debería apoyar políticas que aseguren un suministro competitivo de medicamentos, de forma que los fondos den de sí todo lo posible para satisfacer las necesidades y contener los costes a corto y largo plazo.⁹¹

- El Fondo Global y el Pefar, entre otros, deberían seguir apoyando y alentando el uso de regímenes de medicamentos genéricos.
- De acuerdo con la Declaración de Doha sobre los ADPIC y la Salud Pública, los gobiernos pueden autorizar el uso gubernamental o las licencias obligatorias para asegurar la producción genérica de productos patentados.
- Las compañías farmacéuticas y los gobiernos deberían apoyar el fondo común de patentes para medicamentos antirretrovirales que en estos momentos prepara Unitaid.⁹² Este mecanismo agrupa las patentes de diversos propietarios y las pone a disposición de quienes quieran producir genéricos o desarrollar medicamentos nuevos.


- 1 Leeper, S. y Reddi, A. "United States Global Health Policy: PEPFAR and the Mother and Child Campaign". Texto de próxima aparición basado en el informe de 2006 sobre la epidemia global del sida (datos de prevalencia) y los datos de mortalidad de cada país en 2006 publicados por la OMS [www.who.int/whosis/mort/profiles/en/].
- 2 "Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector - progress report 2009". OMS, Onusida, Unicef.
- 3 Schneider, M., Zwahlen, M. y Egger, M. "Natural history and mortality in HIV-positive individuals living in resource-poor settings: A literature review". *ONUAIDS Obligation* HQ/03/463871, 2004.
- 4 Leeper, S. y Reddi, A. "United States Global Health Policy: PEPFAR and the Mother and Child Campaign". Texto de próxima aparición basado en el informe de 2006 sobre la epidemia global del sida (datos de prevalencia) y los datos de mortalidad para cada país en 2006 publicados por la OMS [www.who.int/whosis/mort/profiles/en/].
- 5 OMS, Onusida, Unicef.
- 6 Stover, J., Fidzani, B., Molomo, B. C. y otros. "Estimated HIV trends and program effects in Botswana". *PLoS One* 3, 2008: e3729.
- 7 Reniers, G., Araya, T., Davey, G. y otros. "Steep declines in population-level AIDS mortality following the introduction of antiretroviral therapy in Addis Abeba, Ethiopia". *AIDS* 23, 2009: pp. 511-518.
- 8 Bendavid, E. y Bhattacharya, J. "The President's Emergency Plan for AIDS Relief in Africa: an evaluation of outcomes". *Ann Intern Med* 150, 2008: pp. 688-695.
- 9 Yu, D., Souteyrand, Y., Banda, M. A. y otros. "Investment in HIV/AIDS programs: does it help strengthen health systems in developing countries?". *Global Health* 4, 2008: p. 8.
- 10 Stover, J., Fidzani, B., Molomo, B. C. y otros.
- 11 Reniers, G., Araya, T., Davey, G. y otros.
- 12 Jahn, A., Floyd, S., Crampin, A. C. y otros. "Population-level effect of HIV on adult mortality and early evidence of reversal after introduction of antiretroviral therapy in Malawi". *The Lancet* 371, 2008: pp. 1603-1611.
- 13 Mermin, J., Were, W., Ekwaru, J. P. y otros. "Mortality in HIV-infected Ugandan adults receiving antiretroviral treatment and survival of their HIV-uninfected children: a prospective cohort study". *The Lancet* 371 (9614), 2008: pp. 752-759.
- 14 Zinyakaira, N. "Adult mortality in the Western Cape: an example from Cape Town Metro". Consejo de Investigación de Ciencias Humanas, 2005.
- 15 Ndirangu, J., Bland, R. y Newell, M. L. "A decline in early life mortality in a high HIV prevalence rural area of South Africa: associated with implementation of PMTCT and/or ART programmes?". Ciudad del Cabo: IAS, 2009. Resumen WEAD105.
- 16 Groenewald, P., Bradshaw, D., Daniels, J. y otros. *Cause of death and premature mortality in Cape Town, 2001-2006*. Ciudad del Cabo: Consejo de Investigaciones Médicas de Suráfrica, 2008.
- 17 Stoneburner, R., Montagu, D., Pervilhac, C. y otros. "Declines in adult HIV mortality in Botswana, 2003-2005: evidence for an impact of antiretroviral therapy programs". 16ª Conferencia Internacional del Sida, Toronto, 2006. Resumen THLB0507.
- 18 Mermin, J., Were, W., Ekwaru, J. P. y otros.
- 19 Avert, B., Males, S., Puren, A. y otros. "Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV? A study in a township of South Africa". *J Acquir Immune Defic Syndr* 36 (1), 2004: pp. 613-621.
- 20 Granich, R., Gilks, C. y Dye, C. "Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model". *The Lancet* 373, 2009: pp. 48-57.
- 21 "Global Fund five-year evaluations: study area 3: the impact of collective efforts on the reduction of the disease burden of AIDS, tuberculosis, and Malaria in Malawi". Macro Ltd, mayo de 2009.
- 22 Shisana, O., Rehle, T., Simbayi, L. C. y otros. "South African national HIV prevalence, incidence, behavior and communication survey 2008: a turning tide among teenagers?". Junio de 2009.
- 23 "Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi: 2003-2009 programme report". MSF, 2009 [www.msf.org.za/2009-aids/reports.html].
- 24 Middelkoop, K., Wood, R., Myer, L. y otros. "Can antiretroviral therapy contain a previously escalating TB epidemic in a high HIV prevalence community?". 5ª Conferencia IAS sobre Patogénesis y Tratamiento del VIH. Resumen CDB041.
- 25 Walton, D. A., Farmer, P. E., Lambert, W. y otros. "Integrated HIV prevention and care strengthens primary health care: lessons from rural Haiti". *J of Pub Health Policy* 25 (2), 2005: pp. 137-58. Ver también: MSF. "Increasing access to antiretroviral care in rural Malawi". 2009 [www.msf.org.za/2009-aids/reports.html].
- 26 Case, A. y Paxson, C. "The impact of the AIDS pandemic on health services in Africa: evidence from the demographic and health surveys" (documento de investigación). Princeton: Universidad de Princeton, 2008.
- 27 "Leveraging HIV scale-up to strengthen health systems in Africa". Centro Internacional para la Atención sanitaria y Proyectos de Tratamiento del Sida, informe de la conferencia en Bellagio, 2008. Ver también: Cohen, R., Lynch, S., Bygrave, H. y otros. "Two-year antiretroviral treatment outcomes from a nurse-driven, community-supported HIV/AIDS treatment programme in rural Lesotho". *J Intl AIDS Soc* 12 (1), 2009: p.23.
- 28 Embrey, M., Hoos, D. y Quick, J. "How AIDS funding strengthens health systems: progress in pharmaceutical management". *J Acquir Immune Defic Syndr* 52, 2009: S34-37.
- 29 Justman, J. E., Koblavi-Deme, S., Tanuri, A. y otros. "Developing laboratory systems and infrastructure for HIV scale-up: a tool for health systems strengthening in resource-limited settings". *J Acquir Immune Defic Syndr* 52, 2009: S30-33.
- 30 Montaner, J., Hogg, R., Wood, E. y otros. "The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic". *The Lancet* 368, 2006: pp. 531-536.
- 31 Onusida, OMS. *2007 AIDS epidemic update*. Ginebra: Proyecto Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida, 2007. [data.unaids.org/pub/EpiSlides/2007/2007_EpiUpdate_en.pdf].
- 32 OMS, Onusida, Unicef.
- 33 Según las directrices actuales del Ministerio de Sanidad (inicio del tratamiento con un recuento de CD4 < 200/mm³), se calcula que entre 300.000 y 860.000 personas necesitan el TAR. Según los criterios establecidos por la Asociación Sudafricana de Médicos del VIH (inicio del tratamiento con un recuento de CD4 < 200/mm³), se calcula que entre 1.150.000 y 2.100.000 personas necesitan el TAR.
- 34 "Saving mothers 2005-2007, 4th report on confidential enquiries into maternal deaths in South Africa". Comité Nacional de Investigación Confidencial de Muertes Maternas, Departamento Nacional de Sanidad, Pretoria.
- 35 Chopra, M., Daviaud, E., Pattinson, R. y otros. "Saving the lives of South Africa's mothers, babies, and children: can the health system deliver?". *The Lancet* 374, 2009: pp. 835-846.
- 36 Ibid.
- 37 Abdool-Karim, S. S., Churchyard, G., Abdool-Karim, Q. y otros. "HIV infection and tuberculosis in South Africa: an urgent need to escalate the public health response". *The Lancet* 374, 2009: pp. 921-933.
- 38 Chopra, M., Daviaud, E., Pattinson, R. y otros.
- 39 "World health statistics 2009". OMS. [www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html].
- 40 "Comprehensive TB/HIV services at primary health care level: Khayelitsha annual activity report 2008". MSF, Departamento de Sanidad de la Provincia de Cabo Occidental (Suráfrica), Departamento de Sanidad de Ciudad del Cabo (Suráfrica), Unidad de Epidemiología y Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Ciudad del Cabo.
- 41 "Khayelitsha ARV quarterly outcomes (South Africa) 2009". MSF.
- 42 Boule, A., Van Cutsem, G., Hilderbrand, K. y otros. "Good outcomes on ART sustained at five years in Khayelitsha in spite of massive scale up". Ciudad del Cabo: IAS, 2009. Resumen WEPED211.
- 43 "Khayelitsha annual activity report 2008". MSF.
- 44 El-Khatib, Z. y Richter, M. "(ARV-) Free State? The moratorium's threat to patients' adherence and the development of drug-resistant HIV". *S Afr Med J* 99(6), 2009: pp. 412-414.
- 45 "Another ART moratorium expected in the Free State". Campaña de Acción para el Tratamiento, 8 de septiembre de 2009 [www.tac.org.za/community/node/2741].
- 46 "South Africa: long way from treatment target". Plus News, 16 de septiembre de 2009 [www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=86179].
- 47 Walensky, R., Wood, R., Weinstein, M. y otros. "Scaling Up Antiretroviral Therapy in South Africa: The Impact of Speed on Survival". *The Journal of Infectious Diseases* 197, 2008: pp. 1324-1332.

- 48 Kahn, T. "South Africa: significant increases for HIV/Aids treatment". *Business Day*, 28 de octubre de 2009.
- 49 Macro Ltd. Mayo de 2009.
- 50 "Celebrating life: PEPFAR's 2009 annual report to congress". Oficina del coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos: p. 29.
- 51 "Annual Report 2008". Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.
- 52 Observaciones de Michel Kazatchkine, director ejecutivo del Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Sesión de apertura del análisis de mediados de mandato del segundo reaprovisionamiento voluntario, Cáceres, España, 31 de marzo de 2009.
- 53 "Prevention and control of multidrug-resistant tuberculosis and extensively drug-resistant tuberculosis". Resolución AMS62.15 de la 62ª Asamblea General de la OMS, Ginebra, 2009.
- 54 Cullinan, K. "Global money shortage undermines AIDS fight". *Health-e News*, 20 de octubre de 2009 [allafrica.com/stories/200910200372.html].
- 55 "Malawi HIV and AIDS Extended National Action Framework (NAF), 2010-2012". Oficina del presidente y del Gobierno de Malawi: Comisión Nacional del Sida, 2009.
- 56 *Ibid.*
- 57 "Quarterly Report Antiretroviral Treatment Programme in Malawi with Results up to 30 June 2009". Ministerio de Sanidad de Malawi.
- 58 "AIDS deaths drop by 75 percent in Malawi". *Afrol News*, 26 de agosto de 2008 [www.aegis.com/news/afrol/2008/AO080804.html].
- 59 "Malawi and the Global Fund". Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria [www.theglobalfund.org/programs/portfolio/?CountryId=MLW&Component=HIV/AIDS&lang=en].
- 60 Jouquet, G., Bemelmans, M., Massaquoi, M. y otros. "Economic evaluation and financing HIV/AIDS: cost analysis of an ARV care programme reaching universal access in Thyolo, Malawi". 5ª Conferencia sobre la Patogénesis y el Tratamiento del VIH. Sesión TUAD105.
- 61 Oficina del presidente y del Gobierno de Malawi, 2009.
- 62 *Ibid.*
- 63 Entre 2004 y 2008, el Gobierno de Estados Unidos se comprometió a donar 15.000 millones de dólares a la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria a través del PEPFAR y donó 16.800 millones de dólares a fondos bilaterales y multilaterales de las tres enfermedades. En 2008, el Congreso volvió a autorizar una asignación de 48.000 millones de dólares para el PEPFAR para el periodo 2009 y 2013. La asignación incluía al menos 35.000 millones de dólares para financiar proyectos de sida bilaterales. Servicio de Investigación del Congreso: "PEPFAR Reauthorization: Key Policy Debates and Changes to U.S. International HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Programs and Funding". Informe RL34569, escrito por Kellie Moss, 29 de enero de 2009: p. 19. Ver carta dirigida a Eric Goosby, coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos, por parte del Grupo de Trabajo sobre el tratamiento, Mesa redonda sobre el Sida.
- 64 "PEPFAR: Countries". Oficina del coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos [www.pepfar.gov/countries/index.htm].
- 65 Grupo de Trabajo sobre el Tratamiento, Mesa redonda sobre el Sida, 15 de octubre de 2009.
- 66 "PEPFAR: Latest Results". Oficina del coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos [www.pepfar.gov/about/c19785.htm].
- 67 Ley Tom Lantos y Henry J. Hyde para la nueva autorización del liderazgo mundial de Estados Unidos en la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria de 2008, P. L. pp. 110-293, Sec. 403(c).
- 68 Discurso del presidente de Estados Unidos sobre la iniciativa de salud global, 5 de mayo de 2009. Oficina de la Casa Blanca [www.whitehouse.gov/the_press_office/Statement-by-the-President-on-Global-Health-Initiative/].
- 69 Ver, por ejemplo: Graham-Silverman, A. "Global health Plan: breaking new ground or a campaign promise?". *Congressional Quarterly*, 9 de mayo de 2009 [www.cqpolitics.com/wmspage.cfm?docID=news-000003114244].
- 70 Blandford, J. "PEPFAR Costing and Cost Projection Efforts". Oficina del coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos. Windhoek, Namibia, 11 de junio de 2009 (presentación).
- 71 Carta de Eric Goosby, coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos, a los embajadores del país y documento "Focus on supporting partner country ownership of HIV/AIDS responses through PEPFAR Partnership Frameworks". Oficina del coordinador global de la lucha contra el sida de Estados Unidos, 7 de agosto de 2009.
- 72 *Ibid.*
- 73 *Ibid.*
- 74 "Datos estadísticos de Salud Mundial 2009". OMS: p. 25.
- 75 Las directrices revisadas del Gobierno de Uganda establecen el inicio del tratamiento en 250 CD4/mm³ para la población general, de más de 200/mm³ a 350/mm³ para grupos específicos, incluidas las mujeres embarazadas. Las directrices ahora también recomiendan los regímenes basados en TDF entre los de primera línea. "National Antiretroviral Treatment Guidelines for Adults, Adolescents, and Children". Ministerio de Sanidad de Uganda, 2008 [idi.mak.ac.ug/resources/UGANDA_ADULTS_ADOLESCENTS_HIV_THERAPY.pdf]. Comparar con: "National Antiretroviral Treatment and Care Guidelines for Adults and Children". Ministerio de Salud de Uganda, 2003.
- 76 "Renew commitment to HIV/AIDS prevention". John F. Hoover, responsable de asuntos de la misión de Estados Unidos en Uganda [kampala.usembassy.gov/renew_commitment.html]. ("En 2009 hemos invertido 280 millones de dólares (sh56b) en la lucha contra el VIH/sida en Uganda, y nuestra intención es que Estados Unidos mantenga ese nivel de financiación en el futuro").
- 77 Uno de los primeros actores que dispuso el tratamiento anunció en marzo de 2009 que dejaba de admitir nuevos pacientes y que no podía garantizar la ayuda a los pacientes que iniciaron el tratamiento durante los cinco meses previos. Otro de los grandes actores anunció que sólo podría dispensar el tratamiento a pacientes con un recuento de CD4 inferior a 150/mm³, aun cuando Uganda acaba de revisar oficialmente sus directrices para autorizar el inicio del tratamiento de pacientes seropositivos con un recuento de CD4 inferior a 250/mm³ y superior para determinados grupos. Un tercer actor ralentizó el aumento del acceso al tratamiento y luego admitió nuevos pacientes siguiendo los mensajes contradictorios de los representantes del Gobierno de Estados Unidos, que causaron confusión e incertidumbre entre la población a la que el actor presta atención sanitaria.
- 78 "Health financing in Africa: challenges and opportunities for expanding access to quality health care". 4ª sesión de la conferencia de ministros de Sanidad de la Unión Africana, Comisión Económica de Naciones Unidas para África, Centro Africano para el Desarrollo Social y de Género (ACGS), 2009.
- 79 "Botswana: bleak outlook for future AIDS funding". *PLUS News*, 25 de febrero de 2009. [www.aidsmap.com/en/news/0E611AB8-9920-4BB9-AF53-D13F6B8987CD.asp].
- 80 Kiishweko, O. "Government may cut Aids budget by 20pc". *The Citizen* (Tanzania), 25 de mayo de 2009 [thecitizen.co.tz/newe.php?id=12692].
- 81 Zachariah, R., Van Engelgem, I., Massaquoi, M. y otros. "Payment for antiretroviral drugs is associated with a higher rate of patients lost to follow-up than those offered free-of-charge therapy in Nairobi, Kenya". *Trans R Soc Trop Med Hyg* 102(3), 2008: pp. 288-293.
- 82 Comisión Económica de Naciones Unidas para África, Centro Africano para el Desarrollo Social y de Género (ACGS), 2009.
- 83 *Ibid.*
- 84 "Commitment to HIV/AIDS in Africa, Our Agenda for Action, 2007-2011. 5". Banco Mundial, 2008. [http://siteresources.worldbank.org/INTAFRREGTOPHIVAIDS/Resources/WB_HIV-AIDS-AFA_2007-2011_Advance_Copy.pdf].
- 85 *Ibid.*
- 86 "UNITAID-funded HIV/AIDS projects". *Unitaid*. [www.unitaid.eu/en/UNITAIDfunded-HIV/AIDS-projects.html].
- 87 "¥Ð\$ to HEALTH: the currency transaction levy funding the health millennium development goals". Alianza Internacional del VIH/sida, 2009. [www.aidsalliance.org/graphics/secretariat/documents/reports/CTL%20briefing.pdf].
- 88 Walensky, R. P., Wolf, L. L., Wood, R. y otros. 2008.
- 89 Rosen, S., Long, L., Fox, M. y Sanne, I. "Cost and cost-effectiveness of switching from stavudine to tenofovir in first-line antiretroviral regimens in South Africa". *J Acquir Immune Defic Syndr* 48, 2008: pp. 334-344.
- 90 Kantor, R., Diero, L., Delong, A. y otros. "Misclassification of first-line antiretroviral treatment failure based on immunological monitoring of HIV infection in resource-limited settings". *J Clin Infect Dis* 49, 2009: pp. 454-462.
- 91 "The Treatment Time Bomb". Grupo de todos los partidos políticos del Parlamento británico (APPG) sobre el sida, julio de 2009.
- 92 Make it Happen!, campaña sobre el fondo común de patentes de MSF. Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF. [www.msfacecess.org].

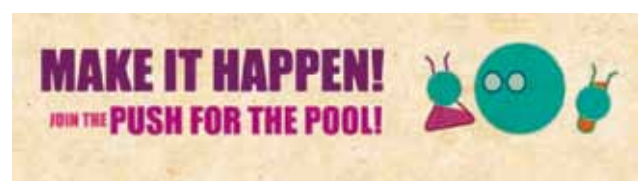


Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales
Médicos Sin Fronteras
Nou de la Rambla, 26
08001 Barcelona
Tel: 93 304 61 00

www.msfacecess.org

 www.facebook.com/MSFacecess

 twitter.com/MSF_access



Únete a la campaña "Make it Happen!" y envía un e-mail pidiendo a las compañías farmacéuticas que incluyan sus patentes de medicamentos para el VIH en el fondo común de patentes de Unitaid. Visita la web: www.msfacecess.org