

UNA PUBLICACIÓN
TRIMESTRAL SOBRE
LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO,
Y POLÍTICA DEL VIH

OTOÑO 2010

ACHIEVE

en español

INSIDE

FINANCIACIÓN FIJA PARA EL SIDA: EL COSTO HUMANO 7

El fondo plano global de los programas del SIDA, amenaza la vida de millones de personas con VIH.

UN PEQUEÑO IMPUESTO, UN RETORNO GIGANTESCO 10

¿Podría un nuevo impuesto salvar la vida de millones de personas con VIH alrededor del mundo?

Perspectiva Personal:

LUCHANDO POR SUDÁFRICA 12

Yo estaba haciéndole la prueba a más de 10 personas por día - y siete resultaban positivos!

LLEVÁNDOLO A LAS CALLES 14

Como el Activismo del SIDA Ganó un Compromiso Histórico ante el Presidente Obama y el Congreso para Continuar la Lucha Global contra el SIDA.

¡EUROPA! NO TOQUEN NUESTRAS MEDICINAS 18

Campaña global para eliminar el ataque contra las medicinas asequibles

DESASTRE EN HAÍTÍ 20

Más de un 40% de Haitianos que recibían tratamiento del VIH antes del terremoto, yo no lo reciben.

EDITORIAL 23

Achieve es una publicación conjunta de ACRIA y GMHC.



¿El Fin del SIDA?

¿Podría la prueba universal y el tratamiento poner fin a la epidemia?

por Liz Highleyman

En tres décadas de la epidemia del SIDA, los avances en el tratamiento han sido asombrosos, convirtiendo una sentencia de muerte rápida en una enfermedad crónica manejable para aquellos que tienen acceso a medicamentos modernos.

La historia de la prevención del VIH, sin embargo, no ha sido tan fructífera. Después de una fuerte disminución de casos a finales de 1980, el número de nuevas infecciones en los EE.UU. llegó a una meseta, y se mantiene estable en alrededor de 56.000 por año. A nivel mundial, se estimaba que había 2,7 millones de nuevas infecciones en 2008, y por cada dos personas que comienzan el tratamiento, tres más se vuelven VIH positivos. Herramientas de prevención una vez prometedoras como las vacunas y los microbicidas han visto un progreso muy lento.

Pero ¿qué tal si el tratamiento del VIH en sí es la mejor arma contra las nuevas infecciones? Los medicamentos contra el VIH reducen significativamente el riesgo de

transmitir el virus, y algunos expertos creen que si cada persona con el VIH iniciara el tratamiento, la transmisión del virus podría ser finalmente detenido.

Tratamiento como prevención

Es bien sabido que la reducción de la carga viral del VIH disminuye la probabilidad de transmisión. Este ya es el método estándar para la prevención de la transmisión madre-hijo. Dar medicamentos como el AZT o Viramune - o mejor aún, un régimen de combinación - para una mujer VIH-positiva durante el embarazo y el parto y al recién nacido inmediatamente después del parto, reduce el riesgo de que el bebé se infecte a menos del 2%. Hay buenas razones para pensar que una estrategia similar funcionaría para la transmisión del VIH a través de relaciones sexuales o al compartir equipos de inyección de drogas.

A principios del 2008, la Comisión Federal Suiza para VIH / SIDA desató un debate vigoroso cuando se emitió un informe que indica que una persona que toma el tratamiento del VIH con una carga viral

continúa en la página 3

EDITORES EN JEFE

Daniel Tietz
Sean Cahill

EDITOR

Mark Milano

EDITORES ASOCIADOS

Luis Scaccabarozzi
Nathan Schaefer
Robert Valadez

EDITOR MÉDICO

Jerome A. Ernst, MD

EQUIPO TRADUCTOR Y EDITOR EN ESPAÑOL

Luis Scaccabarozzi
Cesar Angel

ADMINISTRADOR DE PUBLICACIONES

Mark Milano

DISEÑO

Tom Dolle

Copias gratuitas de *Achieve* se ofrecen a organizaciones que proveen servicios para personas viviendo con el VIH. Para más información llame al 212-924-3934 anexo 129, correo electrónico: achieve@acria.org, o escribanos a *Achieve*, 230 West 38th Street, 17th floor, New York, NY 10018.

Copyright © 2010 AIDS Community Research Initiative of America y Gay Men's Health Crisis.

Todos los derechos reservados. Reproducción no comercial permitida con reconocimiento de propiedad. Las listas de suscripción se mantienen de forma confidencial.

Las fotos utilizadas no indican el estado de salud, orientación sexual, o la historia personal de los modelos.

Estudios de ACRIA En Proceso

Jugo de Granada

Para las personas que no han tomado medicamentos de VIH en los últimos 90 días, beberán un jugo de granada o un placebo diariamente por un periodo de 10 a 18 semanas para estudiar los efectos en el corazón, en la calidad de vida y la carga viral.

Ibalizumab

Las personas que hayan tomado medicamentos de VIH recibirán infusiones de Ibalizumab (un anticuerpo monoclonal diseñado para bloquear la entrada del VIH a las células CD4) una o dos veces al mes

por un período de 48 semanas, acompañado de otros medicamentos contra el VIH.

Crofelemer para la Diarrea

Las personas de mayores de 18 años que tengan diarrea persistente, tomarán una tableta de Crofelemer (un nuevo anti-diarreico) o un placebo por un periodo de 6 semanas. Al finalizar ese periodo, todos los participantes ingerirán Crofelemer por 5 meses.

Para mayor información sobre estos estudios clínicos llame al 212-924-3934, ext. 121.

CARTAS AL EDITOR

Para el Editor:

Leí su publicación de *Achieve* del verano y la encontré muy informativa "Las Mujeres y el VIH": Un cambio en la Epidemia" me llamó mucho la atención. Hemos sabido desde años que el VIH es altamente prevalente en minorías y mujeres de bajos recursos. Lo que debemos saber es: ¿porque las mujeres continúan sometiéndose a este riesgo? Si, algunas experimentan uso de sustancias, violencia domestica, y hasta problemas mentales, pero ¿Qué es lo que las lleva a estos comportamientos riesgosos?, cuando la mayoría entienden los factores de riesgo. Es difícil llegar debajo de la superficie de este asunto.

Como sociedad, debemos de hablar de las razones porque continuamos exponiéndonos a este riesgo. No podemos sentarnos a pensar, "esto nunca me va a pasar a mi" tenemos la información y vemos como cada día personas alrededor del mundo están muriendo del virus..

Mantengan las historias y los artículos circulando.

Sinceramente,

Julius B.

Para el Editor:

Yo quiero agradecerles por todo el trabajo que han puesto al ayudarme sobrepasar mi miedo del VIH.

Leí su publicación y me quedé mudo. Todo lo que quería saber acerca de la inflamación estaba en su publicación, la cual ustedes le enviaron a un amigo

Leí su publicación de portada a fin, es simplemente fantástica. Una herramienta muy importante para aquellos viviendo con VIH. Es una ayuda enorme para mí y todos los otros reclusos con los cuales comparto esta información.

Gracias, humildemente.

Sidney

Louisiana

¡*Achieve* quisiera saber su opinión!
Por favor envíe sus comentarios a:

Cartas al Editor, *Achieve*
230 W 38th St., 17th Floor
New York, NY 10018

o envíenos un correo electrónico a:
achieve@acria.org

¿El Fin del SIDA? *continúa de la primera página*

indetectable durante al menos seis meses y en ausencia de otras enfermedades de transmisión sexual, esencialmente no pueden transmitir el VIH a través del contacto heterosexual. La declaración no se aplicaba a los hombres gay, que no se han estudiado tan a fondo como las parejas heterosexuales.

En la Conferencia Internacional del 2008 sobre el SIDA en Ciudad de México, el Presidente de la Comisión Pietro Vernazza explicó que la declaración tenía por objeto ayudar a los médicos suizos en la discusión de riesgo sexual con sus pacientes, no como una recomendación universal. Sin embargo, reafirmó que las relaciones sexuales sin protección con una persona VIH-positiva con carga viral indetectable es tan seguro como el uso del condón - no es 100%, pero dentro de un “rango cómodo” para la mayoría de personas.

Esta conclusión se basó en varios estudios que muestran una probabilidad muy baja de transmisión entre parejas heterosexuales estables. Un estudio de casi 400 parejas serodiscordantes en España, por ejemplo, no observó nuevas infecciones por relaciones sexuales sin protección si la pareja era VIH-positiva en tratamiento. Un estudio más pequeño de Brasil encontró que la transmisión se produjo cuando la pareja positiva no fue adherente al tratamiento del VIH.

En junio, el equipo de los Asociados en Prevención informó en el Lancet que el tratamiento redujo el riesgo de transmisión entre parejas heterosexuales en un 92%. Este estudio de más de 3.000 parejas en África reveló que la tasa de transmisión es muy baja (0,37 por 100 persona-años). En contraste, el 70% de las nuevas infecciones ocurrió cuando la pareja positiva no estaba tomando medicamentos contra el VIH y tenía una carga viral más de 50.000.

Expertos más cautelosos advierten que, si bien la transmisión del VIH es rara, cuando la pareja positiva está tomando sus medicamentos contra el VIH, pero no es imposible. En el estudio de África, hubo una transmisión de una pareja positiva en tratamiento, y algunas grandes encuestas también se han visto un número muy pequeño de casos similares. Esto puede ocurrir porque incluso las personas que siguen un tratamiento eficaz pueden tener “blips” en su carga viral, o un aumento breve. Y una pequeña proporción de las personas con una carga viral indetectable en la sangre pueden tener la persistencia del virus en el semen o las secreciones vaginales.

Una preocupación es que las personas que piensan que no pueden transmitir el VIH porque su carga viral es indetectable pueden prescindir de relaciones sexuales más seguras o prácticas más seguras del uso de agujas. Si suficientes personas lo hacen, las nuevas infecciones teóricamente podrían aumentar, incluso con un pequeño riesgo de transmisión.



El debate de prueba y tratamiento

Más allá de la prevención de las infecciones individuales, la salud pública es un tema clave subyacente a un enfoque más controversial, conocida como “prueba y tratamiento” o de prueba y la vinculación con la atención (TLC). La idea detrás de esta estrategia es que el aumento del número de personas que están tomando el tratamiento del VIH reduce la carga viral de la comunidad. “

La carga viral generalmente se eleva a un nivel alto poco después de la infección y en los próximos meses. Un estudio realizado en Quebec, encontró que casi la mitad de todas las transmisiones del VIH pueden ocurrir durante este tiempo. La infección inicial por VIH a menudo no causa síntomas - o los síntomas fácilmente se confunden con la gripe - así que la mayoría de las personas no saben que están infectadas hasta que se hacen la prueba de VIH poco después.

Prueba y tratamiento se basa en pruebas del VIH de forma regular para detectar cada infección tan pronto como sea posi-

ble, seguido de un tratamiento inmediato para reducir al mínimo el tiempo de carga viral alta que aumenta el riesgo de transmisión. Pero no todo el mundo puede necesitar un tratamiento tan temprano. Tradicionalmente, explica Wafaa El-Sadr, de la Universidad de Columbia, se suponía que después de que las personas se infectaban

con el VIH que tenían “muchos, muchos años cuando están infectados, pero en realidad están bien, o que parecen estar bien.”

Pero la prueba y tratamiento, sugiere no esperar para comenzar el tratamiento, y no sólo por razones de salud pública. Si bien los beneficios del tratamiento precoz para prevenir la transmisión del VIH son obvios, los defensores argumentan que tiene otras ventajas también. Un creciente cuerpo de evidencia muestra que el VIH causa la activación inmune y la inflamación persistente que puede contribuir a problemas en todo el cuerpo - como las enfermedades cardiovasculares y el deterioro del cerebro - mucho antes de que las células CD4 caigan en la zona de peligro. Es más, las medicinas de hoy son más convenientes y más tolerables que los medicamentos anteriores y pueden mantener la carga viral lo suficientemente baja como para evitar la resistencia.

A finales de 2009, un panel de expertos en VIH elevaron las Pautas de Tratamiento en los EE.UU. para iniciar el tratamiento con 350 a 500 células CD4, incluso por encima de este nivel, la mitad del panel favoreció el inicio del

continúa en la página siguiente

tratamiento temprano y la mitad lo consideró “opcional.” Usando prueba y tratamiento, no impondría ningún límite superior.

Por otro lado, las personas que se oponen a la prueba y tratamiento - o que piensan que es prematuro - establecen que realmente no sé qué tan bien los medicamentos funcionan y qué tipo de efectos secundarios podrían provocar a largo plazo.

Esto supone un potencial de equilibrio entre el beneficio individual y colectivo. ¿Por qué las personas que todavía no necesitan tratamiento para su propia salud corren el riesgo de iniciar tratamiento inmediato para reducir las probabilidades de que otros se infecten? La terapia contra el VIH es un compromiso de por vida, y puede ser difícil para que las personas saludables se adhieren a ellas - y una adherencia menos-que-perfecta puede provocar resistencia al medicamento.

Algunos defensores del VIH tienen reservas adicionales. Salir positivo en la prueba del VIH y tomar medicamentos puede conducir a la estigmatización, la divulgación no deseada, problemas con el seguro de salud, violencia, consecuencias legales (especialmente alrededor de la criminalización de la transmisión del VIH), e incluso la violencia doméstica. Además, existe la preocupación sobre la posibilidad de las pruebas obligatorias o tratamiento coercitivo en aras de objetivos de salud pública.

Modelando las Matemáticas

El primer apoyo para la prueba y tratamiento como una estrategia de salud pública vino a partir de modelos matemáticos, que se conectan las diferentes variables en las ecuaciones de hacer girar las predicciones. En el 2006 la Conferencia Internacional sobre el SIDA, Julio Montaner y sus colegas del Centro de la Columbia Británica para la Excelencia en VIH / SIDA reportados los resultados de una “prevención centrada en” el modelo que se parecía a lo que sucedería si todas las personas con VIH en el mundo del inicio del tratamiento, lo que no Las infecciones más adelante.

El modelo mostró que dentro de 45 años, el tratamiento generalizado podría reducir la transmisión del VIH por 70 veces - de más de 7 casos por cada 1.000 personas a menos de 0,1 casos - y reducir el número total de personas que viven con el VIH de 38 millones a menos de un millones de dólares. Suponiendo un régimen genérico que cuesta \$1 por día, el precio total sería de 338 mil millones dólares. Esa es una ganga en com-

paración con el costo 650 mil millones dólares de la “captación actual” modelo, que asume la cobertura del tratamiento en los países de ingresos bajos y alcanzaría el nivel actual en los países ricos.

“Aunque el tratamiento de 100% de las personas infectadas por el VIH en todo el mundo podría no ser factible o incluso éticamente aceptable en este momento, dado el estado de la pandemia, la consideración de esta posibilidad es que vale la pena”, concluyeron los investigadores.

Tomando en cuenta las barreras económicas y éticas, el equipo de Montaner diseñó un nuevo modelo matemático que se centra en las personas VIH-positivas en la British Columbia que necesitan tratamiento para su propia salud. Si todo el mundo iniciara la terapia cuando su conteo de CD4 alcanzara 350, se calcula que aproximadamente 2/3 de las nuevas infecciones se pueden prevenir en 2030. Si sólo 75% iniciara la terapia, las nuevas infecciones siguen disminuiría en un 40%.

Reuben Granich y sus colegas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó otro modelo matemático en el 03 de enero 2009 en el Lancet. Los investigadores preguntaron qué pasaría si todas las

“Aunque las estrategias de prevención, sola o en combinación, podrían reducir sustancialmente la incidencia del VIH,” el equipo de la OMS concluyó que “nuestro modelo sugiere que sólo prueba universal voluntaria y la iniciación inmediata de los medicamentos antirretrovirales pueden reducir la transmisión hasta el punto en que la eliminación podría ser posible en 2020 de una epidemia generalizada, como en el sur de África.”

Viviendo en el mundo real

En la conferencia de 2010 sobre Retrovirus, Moupali Das-Douglas, del Departamento de San Francisco de Salud Pública informó de que una reducción del 40% de la carga viral media de la comunidad entre 2004 y 2008 - de cerca de 24.000 a 15.000 ejemplares - se asoció con una reducción del 50% en los nuevos Diagnósticos de VIH (tanto las infecciones recientes y los nuevos diagnósticos de infección existente).

Para el 2008, alrededor del 80% de las personas recién diagnosticadas fueron vinculados a la atención, aproximadamente el 90% de ellos inició el tratamiento del VIH, y el 75% alcanzo una carga viral indetectable. Los investigadores concluyeron que estos resulta-

Los investigadores estiman que una estrategia universal de prueba-y-tratamiento podría reducir las nuevas infecciones por 95%. Dentro de 50 años, la prevalencia total del VIH se reduciría a menos del 1% - fundamentalmente frenaría la epidemia.

personas de 15 años y mayores en una zona de alta prevalencia se analizaran voluntariamente para el VIH cada año y si todas las personas con resultados positivos comenzaran el tratamiento del VIH, independientemente de su conteo de CD4.

Usando Sudáfrica como un caso de estudio, y suponiendo que toda la transmisión fue a través de relaciones heterosexuales, se estima que una estrategia universal de prueba y tratamiento podría reducir las nuevas infecciones por 95%, 15 a 20 casos por cada 1.000 personas por año, a un solo caso, dentro de diez años. Dentro de 50 años, el total de la prevalencia del VIH se reduciría a menos del 1% - fundamentalmente frenaría la epidemia. Si bien la estrategia de prueba y tratamiento costaría más al inicio, por su precio 2032 sería igual a la del actual enfoque de las pruebas limitadas y el tratamiento médicamente indicado.

dos “apoyan la hipótesis de que a gran escala [la terapia del VIH] puede tener un efecto preventivo a nivel de población.” La carga viral Comunitaria puede servir como un “virómetro”, o una manera de “tomar la temperatura” de una comunidad, Das-Douglas explica. “Esto nos ayuda a ver qué tan bien está funcionando el tratamiento, y también que tan bien está trabajando la prevención, por lo que puede orientar las intervenciones para las personas con mayor riesgo.”

El equipo de Julio Montaner también ha visto evidencia de que sus modelos matemáticos reflejan resultados reales de en British Columbia, donde la epidemia es en gran parte impulsado por los usuarios de drogas inyectadas en e el distrito de Downtown Eastside. En 2009 se informó de cambios en la carga viral comunitaria y las nuevas infecciones por el VIH en un grupo de 2.000 usuarios de drogas inyectables. La carga viral comunitaria mediana



disminuyó de manera constante, de cerca de 55.000 copias en 1996 (cuando menos del 10% estaban en tratamiento) a cerca de 8.000 copias en 1998, a menos de 1.000 copias en el 2000. Y la carga viral de la comunidad fue el predictor más fuerte de nuevas infecciones de VIH en las personas sin hogar, las que comparten jeringuillas, o relaciones sexuales sin protección.

El equipo de Montaner más tarde comprobó que entre 2004 y 2009 - un período que vio aumentado sus esfuerzos para ampliar el tratamiento del VIH para usuarios de drogas - la carga viral comunitaria disminuyó y la proporción de personas VIH-positivas con el virus indetectable pasó de cerca de 40% a 75%. Durante el mismo período, los nuevos diagnósticos de VIH entre usuarios de drogas por inyección disminuyeron considerablemente, de 150 en 2004 a 80 en 2009. Se informó que entre 1996 y 2009, el número de personas que toman medicamentos contra el VIH en British Columbia aumentó un 547%, mientras que los nuevos diagnósticos de VIH se redujeron en un 52%. Por cada 100 personas adicionales que iniciaron el

tratamiento, se calcula que los nuevos diagnósticos se redujeron al 3%.

A raíz de estos hallazgos, British Columbia ha invertido cerca de \$ 50 millones en un proyecto piloto de cuatro años llamado “buscar y tratar”, que tratará de ampliar el acceso al tratamiento del VIH para “difíciles de alcanzar” la población, incluidos los usuarios de drogas inyectables, profesionales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres.

“Cuanta más personas estén en tratamiento, menor será la transmisión”, dijo Anthony Fauci, director del Instituto Nacional de Alergia y Enfermedades Infecciosas (NIAID) de EE.UU., que ayudó a financiar el estudio. La disminución de nuevos casos “probablemente no podría ser explicado por ninguna otra cosa.” llamado examen-y- tratamiento como un componente de una estrategia en tres partes para el control de la epidemia del VIH, junto con la pre-exposición de prevención y la búsqueda de una cura funcional. La Estrategia Nacional de VIH / SIDA, lanzada en julio pasado, cuenta con un destacado enfoque TLC.

Un poco de TLC

NIAID ha puesto en marcha un estudio piloto del TLC en Washington, DC, y el Bronx, Nueva York - una de las ciudades de más alta prevalencia del VIH en el país. Rachel Walensky y el Equipo de Efectividad de Costo de prevención del SIDA Complicaciones (CEPAC), recientemente reportaron los resultados de un modelo matemático que estima que la prueba universal en Washington, DC, seguido de inmediato del tratamiento del VIH podría aumentar la esperanza de vida por uno a dos años y reducir la transmisión por 15% al 27%. “Prueba-y-tratamiento ayudará a salvar vidas, pero no va a detener la epidemia del VIH en su camino por sí mismo”, dijo Walensky. “Es sólo una página nueva e importante en el libro de estrategias de prevención del VIH.”

San Francisco ha tomado una ruta diferente, con una nueva política en toda la ciudad, anunció la pasada primavera, para ofrecer tratamiento a todas las personas con VIH, con independencia del recuento de células CD4. “En base a los datos acumulados creemos que todas las personas infectadas por el VIH deben ser tratados con terapia antirretroviral a menos que haya una razón de peso”, dijo el Departamento de Salud Pública, Mitch Katz. Pero, subrayó, “no dictan la práctica médica por la política”, y la decisión final se quedará con los pacientes y sus proveedores.

Funcionarios de salud pública reconocen que el tratamiento temprano generalizada es probable que reduzca la carga viral comunitaria y prevenga nuevas infecciones, pero el Programa de Salud Positiva del San Francisco General Hospital, que encabezó el cambio, dijo que fueron motivados principalmente por los beneficios para los individuos.

En un foro lleno en abril, Steven Deeks, cuyo equipo de la Universidad de California en San Francisco ha sido pionera en la investigación sobre el VIH y la inflamación, explicó la lógica detrás del cambio de política. “Tal vez deberíamos pensar en el SIDA como el síndrome de la enfermedad inflamatoria”, sugirió. “Hace cinco años, dijo que las drogas no son divertidas y deben esperar, pero la consecuencia es de esperar que las personas desarrollan un daño irreversible al sistema inmunológico. El nuevo paradigma es que mientras que los medicamentos actuales no son totalmente benignos, que son menos tóxicos que el virus”, añadió. “Si estoy equivocado, vamos a empezar a las personas [con el tratamiento] un par de años antes de lo que de otra manera. Pero si tengo razón y no empezamos temprano, no hay vuelta atrás.”

continúa en la página siguiente

La política ha generado una considerable controversia. San Francisco, el VIH grupo de defensa de Project Inform emitió un comunicado en apoyo a la política nueva de la ciudad. Otros grupos de promoción, incluyendo el tratamiento del grupo de Nueva York Acción, decidieron no tomar una posición en la prueba y tratamiento y la terapia anterior hasta que haya más información disponible acerca de los riesgos a largo plazo y los beneficios.

La política ha generado una considerable controversia. Project Inform, un grupo de defensa basado en San Francisco emitió un comunicado en apoyo a la política nueva de la ciudad. Otros grupos de defensa, incluyendo el Grupo de Acción de Tratamientos de Nueva York, decidieron no tomar una posición en la prueba-y-tratamiento y la terapia anterior hasta que haya más información disponible acerca de los riesgos a largo plazo y los beneficios.

Un estudio internacional reciente llamado START - Calendario Estratégico del Tratamiento Antirretroviral - ha sido diseñado para facilitar esos datos. Las personas VIH-positivas con un conteo de CD4 por encima de 500 se asignarán al azar para comenzar la terapia de combinación de inmediato o demorar el tratamiento hasta que su recuento de CD4 caiga por debajo de 350. El estudio analizará los resultados como la muerte, la progresión a SIDA, y enfermedades graves sin SIDA. Pero START no se espera que produzca resultados hasta alrededor de 2015, y algunos funcionarios de salud pública no quieren esperar.

Debate

Por otro lado, los escépticos de prueba-y-tratamiento expresan sus preocupaciones acerca de desconocidos efectos tóxicos del fármaco a largo plazo, resistencia a los medicamentos, y por supuesto el costo adicional de proporcionar tratamiento para las personas cuyos sistemas inmunes están funcionando bien. Algunos han llegado a entender que las ganancias de las compañías farmacéuticas motivan el impulso para la prueba ampliada y el tratamiento temprano.

“La aparente simplicidad de la prevención de nuevas infecciones a través del enfoque [de prueba y tratamiento] es atractiva. Pero esa simplicidad esconde verdades muy preocupantes, incluso que muchas personas obligadas a tratamientos innecesarios sufrirán los efectos secundarios y el tratamiento de las enfermedades inducidas,”

escribió el fundador de la revista POZ Sean Strub en su blog. “Es poco ético e irresponsable de coaccionar o animar a las personas que inicien el tratamiento sin seguir las pautas de la guía de tratamientos y sin advertirles los riesgos.”

“Es un experimento basado en un modelo matemático,” continuó. “Es como si uno haya tomado la decisión de reorientar el país de respuesta de salud pública [a] SIDA de intervenciones de probada conducta, como los condones y la educación para la prevención, con el uso de medicamentos antirretrovirales. Enfoque funcionarios de salud pública “en el tratamiento como la prevención y el incen-

“La aparente simplicidad de prevenir nuevas infecciones a través del enfoque [de prueba-y-tratamiento] es atractiva. Pero esa simplicidad esconde verdades muy preocupantes, incluso que muchas personas obligadas a tratamientos innecesarios sufrirían los efectos secundarios y el tratamiento de las enfermedades asociadas.” Sean Strub

tivo de la industria farmacéutica para ampliar los mercados se encuentran ahora en la alineación perfecta peligrosamente.”

Para hacer frente a esas preocupaciones, Project Inform concretó su declaración, haciendo hincapié en el apoyo al enfoque más amplio denominado de control y vinculación a la atención de signo más (TLC+). La política revisada insta a las personas para saber si es VIH positivo y si es así, para entrar en el cuidado de abordar todos los aspectos médicos, psicológicos y sociales que pueden enfrentar. Sólo entonces que tomar una decisión con sus doctores acerca de si están listos y podrían beneficiarse del tratamiento contra el VIH.

“TLC + está firmemente arraigada en los principios de la elección informada por las personas VIH-positivas en todos los aspectos de su atención, en particular las decisiones sobre si debe someterse a pruebas y cuándo comenzar el tratamiento del VIH”, dijo el comunicado. “Project Inform lo ve como ética y el empoderamiento de las personas con VIH para describir el tratamiento como el apoyo posible para la prevención. Creemos que la mayoría de las personas VIH-positivas son altruistas y dispuestos a factor de los posibles beneficios para la prevención en sus decisiones de tratamiento

¿El principio del fin?

Mientras el debate continúa, la idea del tratamiento como la prevención ya ha sido ampliamente aceptada por los expertos médicos y funcionarios de salud pública. A nivel mundial, la OMS anunció el año pasado que la expansión del acceso al tratamiento del VIH es importante tanto para beneficio clínico individual y para la prevención de nuevas infecciones.

ONUSIDA, incluyó el tratamiento como prevención como parte de sus cinco puntos en la estrategia “Tratamiento 2.0” anunciada este verano en Viena. El nuevo enfoque podría prevenir hasta un millón de nuevas infecciones por VIH por año si la terapia se proporcionan para todas las personas que lo necesitan en las últimas directrices de la OMS, triplicar la cobertura de los actuales 5 millones de personas a 15 millones de dólares.

La mayoría de los expertos no se atreven a predecir que la prueba universal y el tratamiento completo podrían detener la epidemia, pero muchos piensan que podría ayudar a traerla bajo control.

“Tanto la sífilis y la tuberculosis eran pandemias a finales del siglo XIX, y las epidemias fueron controladas por diagnósticos y tratamientos más eficaces”, escribió el pionero investigador del SIDA William Haseltine en un ensayo de 2009 en el Atlántico. “Así, también, podría la actual pandemia del VIH / SIDA se reducida hasta las vacunas están disponibles algún día.”

Durante los últimos 20 años el tratamiento del VIH ha sido testigo de grandes avances, pero queda mucho por hacer, dijo Montaner. “Espero que Viena pase a la historia de la epidemia, donde estamos de acuerdo que el tratamiento no es sólo bueno para los pacientes sino también para la salud pública, porque el tratamiento es la prevención.” ■

Liz Highleyman es una escritora médica independiente y periodista que vive en San Francisco.

Financiación Fija Para el SIDA: El Costo Humano



por Brook K. Baker

En julio pasado, los activistas arremetieron contra el gobierno de Obama y otros países ricos en la Conferencia Internacional sobre el SIDA en Viena, afirmando que la financiación actual fija de los programas mundiales de SIDA rompen los compromisos antes del tratamiento universal y pone en peligro la vida de millones de personas con VIH. El gobierno de Obama ha defendido su compromiso con la lucha contra el VIH, pero un examen detallado muestra una disminución de los recursos en el momento en que más personas se han unido a las listas de espera para recibir tratamiento.

Los hechos sobre la financiación

De acuerdo con ONUSIDA, la financiación anual para el SIDA de todas las fuentes poco a poco aumentó en el decenio de 1990, a partir de sólo \$ 200 millones a US \$ 1 billón. En contraste, entre 2000 y 2009, los compromisos de SIDA aumentó drásticamente, de \$ 1.4 billones a cerca de \$ 16 billones al año menos de la mitad de los cuales proviene de donantes de países ricos. Pero en 2009, los compromisos de los donantes y la financiación en realidad cayó por primera vez.

En primer lugar, es importante distinguir entre los compromisos de los donantes y el dinero real gastado. ¡Durante los últimos ocho años ha habido una diferencia de 7,9 billones dólares entre los dos!

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Compromisos	1.6	2.0	3.6	4.3	5.6	6.6	8.7	8.7
Desembolsos	1.2	1.6	2.8	3.5	3.9	4.9	7.7	7.6

El Compromiso de los EE.UU. aumentó dramáticamente en los últimos once años, hasta que también fue fijado. Uso de estudios de la Fundación Kaiser determinan que combinando los fondos para la prevención del VIH, tratamiento y atención, la financiación de EE.UU. muestra los ocho años de crecimiento seguido por el estancamiento. Créditos de EE.UU. para el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria durante el mismo período de tiempo fluctuó, pero muestran un total de diez veces más seguido de tres años de financiamiento fijo.

En su campaña electoral, Barack Obama, Joe Biden, y Hillary Clinton prometieron \$50 billones para programas globales de SIDA en el transcurso de cinco años. Eso habría significado un aumento del gasto de SIDA por casi \$ 1.5 billones al año durante cinco años. En 2008, el Acta de Lantos-Hyde reautorización PEPFAR (de Emergencia del Presidente del Fondo para el Alivio del SIDA) aprobó por lo menos 39 billones de dólares para el VIH y otros \$ 9 billones para la tuberculosis y la malaria. Eso habría significado un aumento de \$ 0.6 billones cada año, de \$ 5.4 billones en 2010 a \$ 8.4 billones en 2013. En cambio, hemos tenido la financiación estacionaria en aproximadamente 6 billones de dólares durante tres años consecutivos y las proyecciones de casi plana de financiación para los próximos tres años así.

La financiación se ha incrementado un 5% durante un período de tres años. Pero una vez que se tiene en cuenta la inflación, la tasa real es fija o peor.

El gráfico anterior incluye el financiamiento EE.UU. real y previsto para el PEPFAR (menos de Investigación y Desarrollo y la financiación de la tuberculosis) y el Fondo Mundial, en billones de dólares. (Las proyecciones se basan en la autorización del PEPFAR II de \$ 39 billones, promesa de la campaña de Obama de \$ 50 billones de contribuciones reales de los EE.UU. al Fondo Mundial, y las contribuciones de EE.UU. necesarias para cumplir con su tercera parte de los donantes justo del Fondo Mundial.) Alrededor del 40 % del presupuesto del Fondo Mundial va a la tuberculosis y la malaria, por lo que los compromisos de EE.UU. a la epidemia mundial de VIH por sí solo podría ser reducidos en el gráfico.

Basado en estos datos, es difícil entender cómo el gobierno de Obama afirma que no ha estancado la financiación para el SIDA global. Es cierto que en cifras absolutas en dólares, la financiación global ha aumentado

continúa en la página siguiente



\$300 millones, 0.5%, en un período de tres años. Pero una vez que se tiene en cuenta la inflación, la tasa real de financiación es fija o algo peor.

Los activistas contrastan lo que realmente se está entregando a las promesas hechas durante la campaña presidencial de 2008. Entonces, la plataforma de Obama SIDA declaró: “Él se ha comprometido a proporcionar por lo menos \$ 50 billones en 2013 para la lucha mundial contra el VIH / SIDA, incluida la parte que nos corresponde del Fondo Mundial, con el fin de por lo menos duplicar el número de personas VIH-positivas en el tratamiento y seguir proporcionando tratamientos a un tercio de todos aquellos que los necesitan desesperadamente. “Pero las nuevas políticas de la administración de salud de Obama puede cimentar un dominio de financiación. A principios de este año, el presidente Obama anunció su Iniciativa Mundial de la Salud (GHI), que tiene previsto ampliar el financiamiento de EE.UU. para la salud materna y salud infantil, sexual y reproductiva, las enfermedades olvidadas, y el fortalecimiento general del sistema de salud. El GHI propone 63 billones de dólares en más de seis años, incluyendo 51 billones de dólares para el SIDA, la tuberculosis y la malaria. Esto se resuelve con sólo 8,5 billones de dólares al año para las tres enfermedades, en lugar de los 9,6 billones de dólares autorizados por la Ley de Lantos-Hyde. Un informe filtrado por fuentes de la administración del gasto total proyectado de SIDA de solamente \$ 37 billones en seis años, garantizando que los fondos fijados continuarán. La financiación completa PEPFAR (en oposición a los presupuestos fijos de Obama) significan:

- 1,3 millones de personas más podrían recibir tratamiento contra el VIH.
- 3,9 millones más a las mujeres podrían recibir los servicios para prevenir la transmisión madre-hijo.
- 36 millones de personas más podrían acceder a los programas para prevenir la transmisión sexual del VIH.

Excusas Inefectivas

¿Por qué es la administración de está fijando su presupuesto? Después de todo, el presidente Obama ha anunciado una política interna nacional sobre el SIDA por primera vez, y él está comprometido con el ejercicio benigno del poder mundial de los EE.UU. Por otra parte, ha montado una vigorosa defensa de su política - con los informes que está “dolido “ por la crítica - que parece que no se preocupa por la justicia de la salud mundial.

El Presidente puede tener sus propias ideas falsas, pero que también está siendo bombardeado con desinformación. Él está parcial-

mente bajo el dominio de expertos en políticas neo-ortodoxo de salud, como asesor de la Casa Blanca, Emanuel Zeke, que defiende la inversión en iniciativas de bajo costo de la salud pública. Utilizando el mensaje mortal de efectividad de costo, Emanuel y otros expertos de salud como Mead Over, Easterly Bill, y Laurie Garrett constantemente asesoran al Presidente de que debe evitar una escalada de inversiones en el tratamiento y en su lugar debe dar prioridad a la prevención del VIH. Sostienen que debemos desplazar las inversiones a programas de costos más bajos como los más baratos como los programas de salud materna e infantil y el fortalecimiento general del sistema de salud.

La prevención vs. el tratamiento

Sugiriendo una batalla entre la prevención y el tratamiento ha sido el mantra de larga data de algunos defensores de salud pública, comenzando por el Banco Mundial en la década de 1990. No se

puede leer un artículo sobre el SIDA global sin las comillas de Bill Gates o el Dr. Emanuel diciendo: “No podemos usar el tratamiento como manera de salir de esta pandemia.” Ciertamente, los EE.UU. tienen que aumentar sus inversiones basada en la evidencia y completa estrategias de prevención que aborden factores estructurales, de comportamiento y biológicos de la epidemia. Ciertamente, se debe seguir gastando una parte significativa de los recursos en la educación sexual integral, condones masculinos y femeninos, la

Pero a pesar de nueva evidencia que apoya el tratamiento como prevención, la administración sigue afirmando que se debe desviar la financiación del tratamiento a la “hermana descuidada,” la prevención.

promoción de retraso en el inicio sexual, la reducción de parejas, la circuncisión, el intercambio de agujas, y las nuevas tecnologías como los microbicidas. Pero que al mismo tiempo debe continuar con la ampliación de salvar vidas con el tratamiento y el logro de los objetivos de la prevención son importantes.

Los cambios de comportamiento están relacionados con que las personas conozcan sus resultados de VIH y reciban consejería para la prevención - y el mayor incentivo para la prueba del VIH es la disponibilidad de tratamiento. Por otra parte, la creciente evidencia muestra que el tratamiento reduce la transmisión del VIH - un estudio encontró que las personas en tratamiento tuvieron 92% menos probabilidades de transmitir el VIH a sus esposas que los que no lo eran. Reducciones en la carga viral Comunitaria están vinculados a la transmisión reducida en esas comunidades. Pero a pesar de esta nueva información de usar el tratamiento como prevención, el gobierno sigue afirmando que se debe desviar la financiación del tratamiento a su “hermana descuidada,” la prevención.

Poniendo al VIH contra la salud materna e infantil es igualmente

irracional. El SIDA es la principal causa de muerte de mujeres en edad reproductiva en todo el mundo y la principal causa de mortalidad infantil en África. Al poner las necesidades de salud en una jaula de combate mortal, el gobierno está creando un universo falso de recursos fijos. En su lugar, el acceso de las mujeres al tratamiento del VIH y la prevención de la transmisión de madre a hijo debería estar vinculado con los programas de salud materna. Así como el éxito en la lucha contra el VIH y la tuberculosis están vinculados, también lo son las campañas de salud pública que tratan desatendidas y las enfermedades no infecciosas. La ampliación del personal de atención de salud, fortalecimiento de los sistemas de salud, y la financiación de programas basados en la comunidad mejorará los resultados de salud en general.

Gastando con prudencia

El Presidente también ha adoptado la retórica del “control-de-país” y “sostenibilidad” Cuando se traducen, estos términos significan que los EE.UU. deben salirse del financiamiento y enfocarse en el apoyo técnico - que se debe reducir gradualmente el gasto para que los países, no importa cuán pobres sean, finalmente se hagan cargo de sus presupuestos de prevención, tratamiento y atención. El Presidente se ha adherido a esta mala información por los costos previstos en el futuro del SIDA, que algunos cínicamente llaman la “hipoteca de tratamientos.” Al ver la larga fila de personas con el VIH (34 millones y contando) y el aumento de los costos de los nuevos tratamientos de primera y segunda línea, los asesores de política exterior afirman que el SIDA se come todo el presupuesto de salud y que el Presidente perderá su capacidad de aprovechar la influencia de EE.UU. a través de política de programas de ayuda extranjera, de zanahoria y el palo de la ayuda exterior.

El presidente Obama se mantiene firme en su búsqueda de la eficiencia, debido a la crisis económica de 2008. Es cierto que ha habido ineficiencia tanto en la programación de SIDA en los EE.UU. PEPFAR ha tenido políticas irracionales que hacen hincapié en la prevención de “sólo abstinencia”, requiriendo un compromiso obligatorio de lucha contra la prostitución, y los programas de la prohibición de intercambio de agujas. Los EE.UU. malgastaron en medicamentos caros de marca, en los honorarios a los consultores y las organizaciones no gubernamentales, y en los entrenamientos repetitivos. Con nuevas eficiencias, cambio de tareas en la fuerza laboral de salud, y los reducidos costos de los medicamentos genéricos, sin embargo, el costo por persona de tratamiento ha disminuido de \$1,000 al año a alrededor de \$400. Junto con el aumento de los fondos procedentes de los países que reciben fondos del PEPFAR, lo que permitió un adicional de 1,2 millones de personas para comenzar el tratamiento en 2009, a pesar de los donantes negándose a aumentos en el financiamiento prometido.

La defensa más comprensible de financiación plana es la crisis fiscal en curso. Los ingresos del Gobierno se han desplomado y el gasto de estímulo se ha sumado a la deuda nacional. En algún momento, los analistas argumentan que los presupuestos deben ajustarse y decisiones difíciles necesitan hacerse para reducir el gasto. El embajador de SIDA Global, Eric Goosby, y el ex presidente Bill Clinton, han afirmado que algunos de esos recortes necesariamente se producirán en los fondos prometidos por el PEPFAR.

Los activistas no argumentan que la crisis financiera no sea real, pero que es en última instancia política - que cuando existe voluntad política, hay una manera. Los EE.UU. todavía tienen una enorme economía, un presupuesto público enorme, y múltiples oportunidades para cambiar las prioridades. Si los EE.UU. pueden encontrar cientos de billones de dólares para los esfuerzos de la guerra en Irak y Afganistán, \$ 85 billones para la industria automotriz, y más de un trillón de dólares para rescatar al sector financiero, sin duda podemos encontrar unos billones de dólares sobrantes para la salud mundial y el VIH.

Esperando en línea para morir

La tasa de nuevas infecciones por VIH se redujo a 2,7 millones por año (un descenso del 17%) durante la última década de la escalada de financiación. A nivel mundial, el número de personas que reciben tratamiento aumentó de menos de 200.000 en 2000 (sobre todo en América Latina) a 5,2 millones, con África aumentando de 20.000 personas a 4 millones - un aumento de nada menos que 20.000%. Del mismo modo, la cobertura para prevenir la transmisión de madre al niño aumentó de prácticamente cero (excepto en Tailandia y Brasil) a más del 53%. Y el número de personas aceptando hacerse la prueba del VIH ha aumentado, por lo que muchos millones ahora conocen su



estado y pueden planificar su futuro. Pero con la continua amenaza de los fondos fijos, la pregunta sigue siendo: ¿Cuál será el costo humano?

En el Fondo Mundial, el impacto ya es evidente. En las dos últimas rondas de financiación, se ha establecido recortes de fondos, que se llama un 10% de “aumento de la eficacia”, y el segundo un 25% potencialmente reversible “restricción de recursos” corte de los programas de más de dos años. Pero ahora las arcas del Fondo Mundial están casi vacías. Se presentaron tres opciones para la próxima ronda de financiación: un presupuesto de “fondos fijos” de \$ 13 billones, un presupuesto de “modesto impacto” de \$ 17 billones, o un presupuesto de “ampliación” de \$ 20 billones. Lamentablemente, la tercera reposición de recursos, que acaba de tener lugar, sólo produjo \$11,69 billones en promesas - menos que la opción del presupuesto de fondos fijos. Aunque los EE.UU. prometió \$ 4 billones en tres años (un incremento del 38% en sus últimos tres años de promesas), todavía cayó un 62% por debajo de lo que se necesitaba. Así, sólo cuando los países se les ha pedido hacer peticiones más grande y más audaces, a buscar financiación para el fortalecimiento del sistema de salud, y crear nuevos programas para

continúa en la página 22

Impuesto Pequeño, Inversión Gigantesca

¿Podría un nuevo impuesto salvar las vidas de millones de personas con VIH en todo el mundo?

por Asia Russell

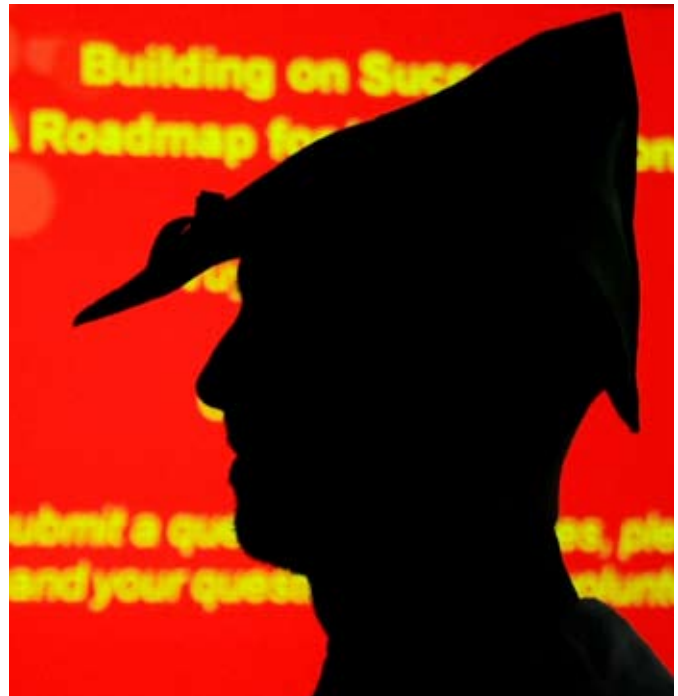
En 2005, los líderes mundiales prometieron que todas las personas en los países pobres que necesitaban tratamiento contra el VIH lo tendrían para el año 2010. Pero según un nuevo informe de la Organización Mundial de la Salud, sólo 5,25 millones de los 15 millones que lo necesitan están recibiendo tratamiento contra el VIH. Diez millones de personas siguen esperando, a pesar de que están en alto riesgo de enfermedad avanzada o la muerte.

Mientras tanto, los países ricos están utilizando la crisis financiera global como una excusa para no aumentar los fondos para el VIH. Y la crisis económica está dañando severamente a los países en desarrollo de otras maneras también. Cerca de 46 millones de personas más viven en la pobreza, las pérdidas globales de empleo podría ascender a 51 millones, y la inversión en salud, en particular, está en peligro. Según el Banco Mundial, hasta 400.000 niños más en los países pobres pueden morir como consecuencia de la crisis.

Preservando el Progreso

Las mejoras en el acceso al tratamiento y otros avances que los países pobres han realizado en la lucha contra el VIH son frágiles, y lo que está en juego podría ser mayor. Según ONUSIDA, 22 de los países más afectados por el VIH en el África del Sub Sahara han reducido el número de nuevas infecciones por el VIH en más del 25%. Pero las promesas incumplidas de los gobiernos ricos rápidamente podría revertir esas mejoras. Una desaceleración de la financiación significaría problemas de salud mucho más caros en el futuro.

ONUSIDA estima que la lucha contra el SIDA requiere de \$10 mil billones adicionales este año. Pero ¿de dónde proviene el dinero? Bueno, la indignación pública en el desastre financiero creado por los bancos imprudentes han ayudado a despertar el interés de nuevo en una vieja idea: la creación de un pequeño impuesto sobre los diferentes tipos de transacciones financieras. Un “Impuesto a



En el Reino Unido, al impuesto se le conoce como el “Impuesto Robin Hood”, por lo que en Viena, los activistas vestidos con sombreros verdes estilo Robin Hood, coreaban “¡No hay retrocesos! ¡Impuestos y tratamientos!”

las Transacciones Financieras (ITF) que generan billones para combatir el VIH, la mortalidad materna, la pobreza, el cambio climático y otros desafíos. Al mismo tiempo, ayudaría a frenar el comportamiento irresponsable, especulativo que llevó a la crisis económica.

¿Cómo funciona? Un FTT gravaría los bancos para muchas de las operaciones que manejan, tales como la venta de acciones y bonos o de los intercambios de divisas. Y el impuesto se diseñará de modo que la compra de acciones o bonos de los consumidores no se verían afectados.

El Grupo Líder sobre el Financiamiento Innovador para el Desarrollo, un órgano de la ONU de 60 países, está estudiando el FTT. Se estima que un impuesto de sólo el 0,05% de todas las transacciones financieras podría recaudar \$700 billones al año. Y un impuesto aún más pequeño - 0,005% - sobre las transacciones monetarias del dólar, la libra, el euro y el yen, podría aumentar 33 billones de dólares cada año. Este mercado de divisas es el más grande del mundo, a \$ 800 trillones de dólares al año, y es la única área del sector financiero que no se grava. Ha crecido un 20% en tres años, y ahora negocia 4 trillones de dólares al día. La gran mayoría de estas operaciones de cambio implican grandes instituciones financieras de compra y venta de divisas para un beneficio rápido.

Estas transacciones no hacen nada para crear puestos de trabajo o la construcción de infraestructuras, sino que simplemente hacen que los individuos ricos y las empresas se hagan más ricas.

Apoyo Internacional

Propuestas para un FTT han recibido un amplio apoyo de una variedad de países Europeos, EE.UU., y los líderes Africanos, entre ellos Primer Ministro Etíope Meles Zenawi Ministro y el Secretario General Ban Ki-moon. Durante la reunión de la ONU sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio en septiembre, el presidente francés, Nicolás Sarkozy, pidió la creación de un FTT, diciendo que el mundo “no tiene derecho a [buscar] refugio detrás de la crisis económica como causa para ofrecer menos. Las Finanzas se han globalizado, entonces ¿por qué no le pedimos financiación para participar en la estabilización del mundo, mediante la adopción de un impuesto sobre cada transacción financiera? “Y añadió:” Aunque todos los países desarrollados están en déficit, tenemos que encontrar nuevas fuentes de financiación para la lucha contra la pobreza, la educación y para la terminación de las pandemias grandes del planeta. “Varios otros países también han expresado su apoyo, entre ellos Alemania, Corea del Sur, Brasil y Noruega.

Asesores Económicos en la administración de Obama han estado en contra la idea. Pero la falta de consenso no es una barrera a la acción. Wolfgang Schäuble, el ministro de Finanzas de Alemania, dijo recientemente en el Parlamento Alemán que el FTT debe ser explorado, así haya un acuerdo global o no. “Si podemos conseguir esto a nivel mundial, entonces bueno. Eso sería ideal”, dijo. Pero si eso no funciona “, entonces debemos mirar a la Unión Europea. Y si tenemos un problema con Gran Bretaña, entonces creo que debemos tratar con la zona del euro.”

A pesar de la renuencia de algunos asesores económicos de la Casa Blanca, legisladores claves de los EE.UU. han expresado su apoyo, incluido el Presidente de la Cámara, Nancy Pelosi. El representante Pete Stark, un ex banquero que preside el Subcomité de Salud del Comité de la Cámara de Medios y Arbitrios, presentó la Ley de Inversión en Nuestro Futuro. Se crearía un impuesto del 0,005% sobre las transacciones monetarias por encima de \$10.000, excluyendo a las operaciones realizadas por la gente común del impuesto. Un estimado de \$28 billones podrían obtenerse con el tiempo justo de este impuesto minúsculo. El proyecto de ley pide que el dinero recaudado por el impuesto sea invertido en las prioridades nacionales y mundiales: la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria, la reducción del impacto del cambio climático y el suministro de servicios de guardería asequibles a las familias en los EE.UU.

Tomando Acción

Activistas de todo el mundo han intensificado su presión sobre los líderes políticos. En el Reino Unido, la FTF se conoce como el “impuesto Robin Hood”, así que en la Conferencia Internacional sobre el SIDA del 2010 en Viena, los activistas vestidos con gorras verdes de Robin Hood, interrumpieron un discurso de Bill Gates, cantando “¡No hay retrocesos! ¡Impuestos y tratamiento! “En una conferencia

de prensa más tarde durante la conferencia, con el Enviado Especial de la ONU sobre la Financiación Innovadora, Philippe Douste Blazy, pidió a los líderes mundiales para apoyar el FTT.

Los FTT ha sido probado en varios países: En el Reino Unido un impuesto del 0,5% en la compra de acciones aumenta alrededor de \$6

Crearía un impuesto del 0,005% sobre las transacciones monetarias por encima de \$10,000. Un estimado de \$ 28 billones podría obtenerse por medio de este impuesto minúsculo.

billones anuales. En los EE.UU. un pequeño impuesto a las transacciones ya se ha aplicado a la Comisión de Bolsa y Valores. En Bélgica, un FTT planteado por 147 millones de euros en el 2005.

La consideración sería a un FTT llega en el momento justo. Los 20 países mas ricos del mundo - el G20 - se reunirán en noviembre en Corea del Sur, con el FTT en su lista de altas prioridades.

Las personas en los EE.UU. pueden tomar medidas y pedir a sus miembros del Congreso para copatrocinar la inversión en una futura



ley. (Para obtener más información acerca de la ley, incluyendo una lista actualizada de los copatrocinadores, la búsqueda de HR5783 en opencongress.org.) Si su Congresista no es un copatrocinador, llame a la central telefónica del Congreso al (202) 224-3121 y pregunte para hablar con un miembro del personal sobre el acta. Dígame que usted quiere que su Senador o Representante a copatrocine la legislación. También puede enviar un correo electrónico al buscar “Invertir en nuestro futuro” en www.foe.org. ■

Asia Russell es Directora de Política Internacional en Health GAP.

Luchando por Sudáfrica

por Mpumi Mantangana

Comencé a oír hablar sobre el SIDA en 1997. Yo había terminado mis estudios de enfermería en 1990 y nunca me enseñaron nada sobre el VIH. Se murmuraba, pero nos dijeron que no nos afectaría, ya que sólo con los homosexuales y los drogadictos.

Pensábamos que era una enfermedad de los blancos. Pero luego se acercó a nuestra puerta y vimos a nuestra gente enfermarse. Empezamos a ver a la gente que no era homosexual, las personas en nuestra comunidad, que eran VIH positivos. Pero después de la prueba, tuvieron que pasar a la clandestinidad, porque no había absolutamente nada que ofrecerle. Sólo los dejábamos morir.

Cuando mi hermano murió de SIDA en el 2002, me enoje. Quería luchar, no sólo por mi hermano- había tanta gente que se morían. Teníamos funerales día y noche. Solíamos tener funerales sólo los sábados, pero ahora los teníamos todos los días. Y la mayoría de las personas que morían eran las estrellas jóvenes, el futuro del país. Y nadie decía nada al respecto - el gobierno se mantenía en silencio. El gobierno dijo que el AZT era tóxico y no "envenenaría" a su propio pueblo.

Así que me uní a Treatment Action Campaign (TAC) en el año 2000. La primera vez que fui a sus oficinas, no había nadie allí. El guardia de seguridad me dijo que habían ido todos a una protesta. Pensé: "¡Me gustaría estar en esa protesta!" Al día siguiente, volví y me reuní con Mandla Majola, uno de los fundadores de TAC. Era de mi barrio, así que tuve una cálida bienvenida por parte de él. Le dije que me sentía tan frustrada trabajando en una clínica donde le estaba haciendo la prueba a más de diez personas al día - ¡y siete de ellos daban un resultado positivo! Él dijo: "Has venido al lugar correcto, porque estamos luchando por el acceso a los medicamentos."

Cuando mi hermano murió, me dije, "tengo que ser vocal. Tengo que ir a donde se me necesite para hablar de esto. Tengo que educar a la comunidad." Las protestas del VIH a las que me UNI me recordó a los días en que protestábamos el apartheid en la década de 1970. En mi primera protesta con TAC, retamos las empresas farmacéuticas porque escuchamos que habían antirretrovirales (ARV) en Swazilandia y Botswana, pero eran muy caros. El VIH estaba golpeando a los más pobres de las comunidades pobres - en los municipios. No tenían dinero para comprar comida, y la tasa de desempleo era muy alta. ¿Cómo podían comprar los medicamentos cuando ni siquiera tenían trabajo? Así que tuvimos una marcha grande, y me sentí muy bien, porque me sentía que estaba haciendo algo.

El siguiente paso fue tomar a nuestro gobierno a la tarea. Nos sentimos tan frustrados porque no teníamos a nadie en el gobierno. El presidente, Thabo Mbeki, y el Ministro de

Salud, Manto Tshabalala, hablaban el mismo lenguaje - que las drogas eran veneno y que el VIH no causa el SIDA. Así que sabíamos que teníamos que gritar de verdad, para los que quisieran escucharnos. ¿Cómo pudo nuestro presidente decir que nadie estaba muriendo de VIH? Eso fue un insulto. Y a continuación, Nelson Mandela se unió al equipo y esa es la primera vez que pensé: "Sí, estamos en el buen camino - solo tenemos que poner más presión" Y cuando la familia internacional se unió a nosotros, es cuando el gobierno comenzó a sentir la presión.

Seguimos al Ministro de Salud cuando se iba a hablar en Ciudad del Cabo sobre el uso de ajo y remolacha en la lucha contra el SIDA. Nos colamos en el interior, y a medida que subía al podio, le gritábamos: "¡Al diablo con Manto! ¡Al diablo con ajo! ¡Al diablo con la remolacha! ¡Queremos los ARV! " gritábamos lo mas fuerte posible y realmente fue caótico. Ella no podía pronunciar una palabra. Ella no tenía una forma de promover lo que no era cierto.

A medida que subíamos al podio, gritábamos: "¡Al diablo con Manto! ¡Al diablo con el ajo! ¡Al diablo con la remolacha! ¡Queremos los ARV!"

Nos sentimos que habíamos logrado la primera victoria cuando tomamos nuestro gobierno a los tribunales. Cuando los jueces fallaron a nuestro favor que el gobierno tenía que proporcionar ARV, que gritó: "¡haaaaa!" en los tribunales y cantamos el himno nacional. Nos sentíamos tan grande y marchamos por las calles. Se había hecho justicia, pero tuvimos que rediseñar nuestros planes - que tuvimos que elaborar estrategias. Tuvimos que planear cómo íbamos a supervisar la implementación del tratamiento. Y fue entonces cuando nació la Alfabetización del Tratamiento.

La Alfabetización del Tratamiento es el elemento fuerte de TAC. Un grupo de educadores están capacitados en VIH: el ciclo de vida, cómo tomar sus medicamentos, los efectos secundarios de la tuberculosis. Y salen muy, muy seguros de dar clases en la comunidad y las clínicas. Nunca he visto a pacientes que entienden su enfermedad como los pacientes VIH-positivos. Las enfermeras empezaron a entrar en pánico: "¿Qué tipo de pacientes son estos, que saben todo esto" Así que empezamos a ofrecerles información a las enfermeras, porque nadie fue entrenado en el VIH. Y le dijimos a los pacientes: "Cuando usted sabe más que las enfermeras, hay que bajar el tono o no tendrán a nadie para que los ayuden."

Traté de llegar a la mayor cantidad de enfermeras y médicos como fuera posible a través de talleres. Era una locura enseñar a médicos y pacientes en la misma habitación. Pero los médicos no se sintieron ofendidos de aprender con los pacientes, porque



todos vimos lo que estaba pasando y todos queríamos ayudar. Teníamos gente que viene de Zimbabwe y de Ciudad del Cabo a nuestros talleres y todavía lo hacen.

Cuando escuchamos por primera vez sobre el PEPFAR, nos sorprendimos. Sin embargo, pensamos: “Si alguien de fuera de nuestro país puede llegar con la ayuda, se lo agradecemos.” Sabíamos que Sudáfrica no bastaría para mantener el suministro de medicamentos ARV. Sobre todo con la actitud del gobierno en esa época. Teniendo en cuenta que habíamos escuchado tantas cosas malas acerca de George Bush, pero reconocimos por primera vez que estaba haciendo algo bueno en apoyar una miseria que veía de lejos. Los fondos del PEPFAR han hecho una gran diferencia, junto con el Fondo Mundial. En el 2001, nuestra clínica fue el primera en África del Sur para ofrecer los ARV, a 150 personas, sin ayuda del gobierno. Ahora, con la financiación internacional, tenemos 5200 personas que reciben antirretrovirales en nuestra clínica.

Hemos cambiado el VIH en una enfermedad crónica. No es una sentencia de muerte. La gente sabe que hay algo que se puede hacer. Pero todavía hay gente por ahí que tiene miedo - especialmente las mujeres. Tuvimos tres casos donde los activistas TAC fueron violadas y asesinadas. Una de las mujeres exigieron que los violadores usaran un condón, y no querían. Ella dijo: “Pero yo soy VIH positiva”, y fue asesinada. La sala del tribunal durante el juicio estaba llena, y el TAC dijo a la corte, “Hay que mantener los que están matando a las personas que

revelen su estado del VIH en la cárcel.” Y ellos siguen en la cárcel. Ellos fueron condenados a cadena perpetua, y fue una victoria para nosotros. No podemos permitir que los vándalos permanezcan por ahí en contra de personas que están trabajando muy duro

Llevamos camisetas que dicen “VIH positivo.” La gente sabe que, o bien son positivos o apoyan a las personas que son positivas con el uso de esa camiseta. Eso fue una verdadera victoria contra el estigma. Cuando Thabo renunció en 2008, Bárbara Hogan se convirtió en el nuevo Ministro de Salud. Y le dimos un camiseta “VIH Positivo” en un mitin y exigimos que la usara Cuando lo hizo, que eran sus aplausos, porque nunca habíamos tenido un ministro de Salud de Sudáfrica, que lo hiciese. ¡Ella marchó con nosotros! Eso significó mucho para nosotros. Ahora podemos sentarnos en una mesa redonda y hablar con todos los afectados con el VIH. El liderazgo de TAC está invitado.

Y hay temores porque hay pacientes que son resistentes a los tratamientos de primera y segunda línea. En Sudáfrica, no tenemos nada después de la segunda línea. Se está creando miedo. Así que todavía tenemos el resto del mundo para presionar a Sudáfrica. Hay casos donde las personas están fallando las dos líneas, por lo que estamos volviendo al punto de partida como en la década de 1990. Y realmente no quiero regresar allí otra vez.

Ahora, debido a la recesión, la financiación de los donantes se está cortando. Había desabastecimiento en Free State. Durante aproximadamente tres meses no se los podía ofrecer a la gente los ARV y las personas que ya estaban tomándolos no podían conseguirlos de nuevo. Eso hizo que nos asustáramos, porque si una provincia puede tener desabastecimiento significa que todos podríamos. Queremos suplicar a los países ricos a cumplir sus promesas. Se les acaba de rescatar con dinero a los bancos, pero no se puede encontrar los \$ 9 billones que el Fondo Mundial ofreció para el tratamiento universal?

Cuando miro hacia atrás, no me arrepiento gritando e interrumpiendo las reuniones. Yo lo volvería a hacer si tuviéramos otro ministro de salud resistentes. Tengo la esperanza - creo que el liderazgo contra el SIDA del actual gobierno, sobre todo del lado de la salud, han hallado el camino y sólo espero que la gente que tome el mando en la próxima elección no desbaraten lo que se ha hecho. Porque lo que estamos haciendo ahora es buena.

Hace dos semanas, yo estaba leyendo un artículo en el Times del Cabo, donde las funerarias estaban comenzando a sentir el impacto de los programas de ARV. Afirman que los programas los ponen fuera del negocio. Cuando llegué a trabajar ese día puse el artículo en la pared y grite: “¡Aleluya! ¡Todos tenemos que venir a ver! “Ellos se estaban convirtiendo en magnates, que se beneficiaban de la miseria de otras personas. Pero ahora hay menos funerarias porque la gente está sana. Esas son las victorias que tenemos que valorar por mucho tiempo. Tenemos que seguir adelante, no hacia atrás. ■



Llevándolo a Las Calles

por Kaytee Riek

En julio del 2000, 5,000 personas con el VIH marcharon por las calles de Durban, Sudáfrica. Su mensaje era radical: Toda persona con VIH tiene derecho a tratamiento. En ese momento, menos del 1% de todas las personas con VIH que necesitaban tratamiento tenían acceso a ella. El otro 99% estaba condenado a esperar la muerte, con la esperanza de que los medicamentos de alguna manera aparecerían. La marcha mostró que las personas con VIH en todo el mundo no se mantendrían en silencio. Se ponían de pie, junto con sus aliados, y exigir que todos tengan acceso al tratamiento.

Desde esa marcha, mucho ha cambiado. Los EE.UU. ha liderado el camino hacia el aumento al acceso del tratamiento para el VIH, la prevención y los programas de atención en muchos países. En enero del 2003, después de una campaña activista de un año de duración, el presidente George W. Bush anunció una iniciativa nueva y audaz de invertir \$15 billones de dólares durante cinco años en los programas mundiales de SIDA. Ese programa es conocido como PEPFAR, o Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA.

PEPFAR ha cambiado el curso de la historia. Antes de PEPFAR, convencer a la gente a hacerse la prueba del VIH era casi imposible, porque un resultado positivo significaba una muerte segura. Pero una vez que el tratamiento estuviera disponible, la gente comenzó a hacerse la prueba a un ritmo mucho más alto. Los que tenían acceso al tratamiento (alrededor de 4 mil-

Esta es la historia de cómo los activistas del SIDA lograron compromisos históricos ante el Presidente Obama y del Congreso para continuar la lucha global contra el SIDA.

lones de personas) estaban ahora en condiciones de llevar una vida plena, trabajando y cuidando de sus hijos.

Si la historia de la epidemia fuera escrita hace dos años, la historia habría sido uno de enorme éxito y el optimismo. El Congreso había aprobado una renovación de PEPFAR, y prometió \$39 billones dólares por cinco años para el SIDA global. Esto ha duplicado el número de personas en tratamiento, formación y entrenado a más de 140.000 trabajadores de salud. Las organizaciones

de todo el mundo estaban expandiendo los servicios debido al aumento de la financiación prometida.

Pero ahora, que el éxito está bajo ataque. Los gobiernos están utilizando la crisis financiera como excusa para reducir sus compromisos para combatir el SIDA. Por primera vez en diez años, los programas de SIDA en África se enfrentan a la posibilidad de tener que crear listas de espera para recibir tratamiento. La gente está comenzando a tener que recorrer largas distancias para conseguir medicinas, porque ya no están disponibles en las áreas en la que viven.

Esta es la historia de cómo los activistas del SIDA lograron el compromiso histórico del presidente Obama y al Congreso para continuar la lucha global contra el SIDA. Es la historia de cómo los programas del SIDA fueron atacados por ideologías que sentían que el tratamiento no tienen “efectividad de costo.” Y, lo más importante, es la historia de cómo las personas con VIH y sus aliados continúan movilizándose para hacer la misma exigencia radical hecha en el 2000 - que todas las personas, no importa donde vivan, tienen derecho al tratamiento del VIH.

Monitoreo de cerca

En 2007, un pequeño grupo de activistas se reunieron para discutir cómo el próximo presidente debería tratar el SIDA. Hubo una oportunidad real de construir sobre el éxito del PEPFAR, y para hacerlo aún mejor. De esa reunión salió una plataforma para cada candidato, y la campaña “08.Stop.AIDS”, con su plataforma de diez puntos de cosas específicas que el próximo presidente debe seguir.

La plataforma fue audaz. Hizo un llamado por \$50 billones de dólares durante cinco años para ser invertidos en la lucha contra el SIDA, el fin de la educación sexual de sólo abstinencia, la financiación de intercambio de jeringas, y el apoyo a organizaciones que trabajan con profesionales del sexo. Los activistas querían ver el próximo presidente apoyar una iniciativa que capacitara a cientos de miles de nuevos médicos y enfermeras.

Nos enfrentamos a una batalla cuesta arriba. Los candidatos demócratas consideraron que el VIH ya había sido abordada por el presidente Bush. Los candidatos republicanos, que atienden a una base fiscalmente conservadora, no estaban dispuestos a apoyar la petición de un aumento en fondos para la financiación del SIDA.

Incluso Barack Obama, que había viajado recientemente a Sudáfrica para reunirse con activistas del SIDA y de la casa de su padre en Kenia a tomar una prueba de VIH pública, era resistente. En Orangeburg, Carolina del Sur, me encontré con él en la calle detrás del primer debate demócrata. Le estreché la mano, y los días, mientras yo le pregunté si él estaría dispuesto a comprometerse a aumentar los fondos para el SIDA global a \$50 billones en cinco años. Sacó su mano, dijo que no estaba seguro, y saltó en su coche.

Al día siguiente, en Charleston, un grupo de activistas se reunieron a la línea de recepción, para estrechar la mano del candidato. Cada uno a su vez le preguntó si estaría dispuesta a apoyar a \$50 billones dólares en cinco años. Cuando llegó a mí, se detuvo y dijo. “Me acuerdo de ti. Me hizo la misma pregunta ayer.” Pero pasó, sin responder a la pregunta.

Durante seis meses, los activistas continuaron yendo a los ayuntamientos, reuniones y noches de reconocimiento voluntario, en una táctica conocida como “monitoreo de cerca.” Trataron de hablar con todos los candidatos, uno de los cuales podría llegar a ser nuestro presidente. Y un candidato tras otro estaba de acuerdo en apoyar la solicitud de \$50 billones. Sin embargo, Obama se abstuvo de ofrecer apoyo. Cada vez que alguien le preguntó al respecto, ya sea en Iowa o New Hampshire, se negaba a responder.

Los activistas aumentaron la presión. Un puñado de candidatos apoyaron el aumento de la financiación, pero varios, incluyendo a Obama, no se habían comprometido a ningún acuerdo. Y ninguno de los candidatos había aceptado toda la plataforma. Así que una amplia coalición, incluyendo ACT UP Filadelfia, ACT UP/NY, Health GAP, el New York City AIDS Housing Network, la Student Global AIDS Campaign, y la American Medical Student Association, organizaron una marcha para el debate Demócrata en Filadelfia. Ya que fue unos días antes de Halloween, que llamaron a la marcha “Truco o Trata-miento.”

Ese día, todos los candidatos demócratas, incluyendo a Obama, lanzaron una promesa para proveer \$50 billones durante cinco años para el SIDA global. Pero la coalición deseaba escuchar planes completos para combatir el SIDA de cada candidato. Y para el Día Mundial del SIDA 2007, cada candidato demócrata había propuesto un plan integral. El plan de Obama se comprometió a “proporcionar por lo menos \$50 billones para el 2013 para la lucha global contra el VIH / SIDA, incluida la parte que nos corresponde del Fondo Mundial, con el fin de por lo menos duplicar el número de personas VIH-positivas en tratamiento y seguir proporcionando tratamientos a

El Congreso comenzaba a debatir una ley para volver a autorizar el PEPFAR por otros cinco años. El proyecto de ley, basado en gran medida en las plataformas de los candidatos, prometió \$48 billones dólares en cinco años, duplicando el número de personas en tratamiento contra el VIH, la formación de 140,000 nuevos trabajadores de salud y contribuyendo con \$2 billones al año al Fondo Mundial. Cuando siete senadores pusieron un alto al proyecto de ley, los activistas pidieron a Obama y McCain para que sean copatrocinadores. Ambos lo hicieron. Después de una demostración, fue levantado el alto y el proyecto de ley fue aprobado una semana después, por abrumadora mayoría.



un tercio de todos aquellos que los necesitan desesperadamente.” Aunque ningún Republicano se había sumado en el apoyo a la plataforma, consideramos que la campaña había sido un éxito, y nos movimos hacia la siguiente etapa.

El impulso final

En enero del 2008, estaba claro que Barack Obama tenía una buena oportunidad de ser el candidato demócrata a la presidencia. Su eventos habían llegado a ser mucho más grandes - ahora, en lugar de 100 personas, habían mítines de 10.000 personas. Los activistas continuaron estrechando su mano en los mítines para decirle por qué tenía que hablar sobre el SIDA. A pesar de que había lanzado su plan contra el SIDA, no estaba hablando de ello. Sentimos que el VIH, una enfermedad que mata a dos millones al año e infecta a tres millones al año, merecía mucha más atención en la campaña electoral.

Los activistas estaban eufóricos. Sin embargo, la legislación sólo autorizo el dinero, no que la usaran. Eso tenía que ser aprobado cada año, en un proceso separado. Así, mientras que los activistas habían ganado una victoria histórica, no podíamos empacar e irnos a casa.

Barack Obama se convirtió en la primera persona elegida para la presidencia con un plan para luchar contra el SIDA. Contrató a Rahm Emmanuel como jefe de personal, e instaló a su hermano, el Dr. Ezekiel Emanuel, como asesor principal en política de salud, con un control directo sobre la financiación de la salud mundial. El Dr. Emmanuel ha publicado recientemente un artículo en el Journal of American Medical Association argumentando que el dinero mundial del SIDA podría ser mejor gastado en otros problemas de salud. A raíz de ese artículo, un millar de activistas del

continúa en la página siguiente



SIDA, muchos de ellos con el VIH, salieron a las calles para felicitar a Obama y le muestran que tenía su apoyo para aprobar su plan contra el SIDA. Se marcharon a la oficina del equipo de transición de Obama y hablaron con ellos acerca de por qué el presidente electo debería cumplir su promesa.

Promesas Rotas

Parecía destinado a suceder – todos temíamos que así ocurriría. Así que capturó imágenes de la página web de la campaña de Obama. Y, efectivamente, poco después de la inauguración, la promesa de invertir \$50 billones en cinco años desapareció de la página web de la Casa Blanca. Unas semanas más tarde, el primer presupuesto del Presidente salió. En lugar del prometido aumento de la financiación para el PEPFAR y el Fondo Mundial de US \$ 1 billón al año, se produjo un insignificante aumento de \$150 millones dólares en la financiación - apenas lo suficiente para mantenerse a la par con la inflación.

En abril, en una reunión informativa sobre la Iniciativa Global de Salud del Presidente, los asesores del Presidente discutieron los detalles de esta nueva propuesta. Sin embargo, durante toda la presentación, ni un solo detalle se ha mencionado sobre el nivel de financiación que recibiría. Todo lo que dijeron fue que el presidente Obama se ha comprometido a detener el SIDA, y

que los EE.UU. ampliarían el alcance de sus esfuerzos por la salud mundial para incluir la salud materna e infantil, la salud reproductiva y las enfermedades tropicales desatendidas. La mitad de las preguntas de la audiencia eran variaciones de “Todo esto suena bien, ¿pero va a ser aumentada la financiación global para la salud mundial para cubrir esto, o será sacada del presupuesto de PEPFAR?” Los asesores dijeron que todavía se están resolviendo.

Ni dos minutos después de la reunión, todos los asistentes recibieron un correo electrónico con los detalles de financiación - haciendo imposible hacer preguntas directamente. Sin embargo, algunos análisis rápidos mostraron que el Fondo Mundial y el PEPFAR no recibirían el nivel de financiación que Obama había prometido. Lo que el GHI fue reiniciar antiguos programas, y reduciendo los compromisos de fondo para el SIDA. Dicho de otra manera, el “pastel de la salud mundial” fue del tamaño que Obama prometió, pero ahora se cortó en porciones más pequeñas, haciendo del pedazo más grande (SIDA), considerablemente más pequeño.

Entre la crisis financiera, la presión para controlar el gasto, y el Dr. Emmanuel diciendo que debemos invertir en las intervenciones de salud menos costosas, en lugar del tratamiento del VIH, los activistas tuvieron que responder.

Continúan las protestas

El 7 de julio de 2009, 35 activistas se encadenaron en la Rotonda del Capitolio y desplegaron una pancarta gigante pidiendo que el Congreso financiara el SIDA global, el intercambio de jeringuillas, y la vivienda del SIDA. Ellos cantaban tan ruidosamente que el Líder de la Mayoría del Senado Harry Reid y el Presidente de la Cámara, Nancy Pelosi podían oírlos en sus oficinas, y fueron arrestados. En el Día Mundial del SIDA, cientos de activistas contra el SIDA celebraron un funeral en frente de la Casa Blanca para llorar la pérdida de vidas debido a las promesas incumplidas de Obama. Lanzaron una tarjeta de informe sobre los progresos del gobierno en la lucha mundial contra el SIDA. La nota: D +.

A principios del 2010, Obama propuso congelar todos los gastos no militares, por lo que los activistas trajeron 600 libras de hielo a la Casa Blanca, un recordatorio de que un presupuesto congelado deja a las personas con SIDA en el frío. Cuando el presupuesto del Presidente salió, los programas mundiales de SIDA recibieron un aumento no significativo del 2% ni siquiera lo suficiente para mantenerse a la par con la inflación. Pero lo peor de todo, Obama propuso recortar la financiación para el Fondo Mundial. Cada año desde el 2002, el Fondo Mundial ha recibido un aumento. Este fue un duro golpe, sobre todo desde que el Fondo Mundial se enfrenta a un déficit financiero tan grave que las subvenciones existentes podrían ser cortadas.

Siempre había habido sospechas en torno a las afirmaciones del gobierno de que estos aumentos pequeños de la financiación no tendrían ningún efecto en realidad. Pero poco después el presupuesto fue dado a conocer, los activistas se encontraron con una pistola humeante - una nota de la CDC para las organizaciones que ejecutan programas del SIDA financiado por los EE.UU. en Uganda. Decía lo siguiente:

El Gobierno de los EE.UU. reconoce que en los próximos años, el número de pacientes que necesitan tratamiento antirretroviral se incrementará dramáticamente. Si bien el Gobierno de los EE.UU. se ha comprometido a continuar el tratamiento para las personas ya inscritas en el tratamiento antirretroviral, la financiación de programas contra el VIH no se espera que aumente en el futuro próximo. Como resultado, el PEPFAR Uganda no puede seguir apoyando en el mismo nivel el tratamiento antirretro-

viral, sin un plan del Gobierno de Uganda sobre cómo los pacientes se mantendrán.

Esto era necesario hacerlo público. Lo llevaron al New York Times, que publicó un artículo de primera plana. Se habló de una clínica de Uganda rechazando 800 personas al mes porque no había fondos para nuevos tratamientos contra el SIDA. Lo peor de todo, estos eran en su mayoría personas que se habían hecho la prueba del VIH con el dinero de EE.UU. y se les prometió medicamentos cuando se enfermaron.

El 13 de mayo de 2010, el Presidente Obama asistió a un evento para recaudar fondos en Nueva York, 500 personas marcharon por las calles portando carteles que decían, "Obama a Personas con SIDA: Esperen a morir." Cerca de una docena fueron detenidos tratando de entrar al evento de recaudación de fondos. El 17 de junio, 2.000 personas marcharon a la Embajada de EE.UU. en Johannesburgo, Sudáfrica. Ellos entregaron una carta pidiendo a los EE.UU. aumentar la financiación para PEPFAR y el Fondo Mundial a los niveles que el Congreso había autorizado.

Poco después de que el presupuesto fuera dado a conocer, los activistas se encontraron con una pistola humeante - una nota de la CDC para las organizaciones implementando programas financiados por los EE.UU. de SIDA en Uganda.

Viena

En julio, más de un millar de activistas de todas partes del mundo marcharon por los pasillos de la Conferencia Internacional sobre el SIDA en Viena, y realizaron una "muerte actuada" frente a la sesión de apertura. Cantando "Promesas rotas matan", se subieron al andamio, asegurándose de que todos en la sala supieran que los gobiernos de todo el mundo - no sólo los EE.UU. - no estaban manteniendo sus compromisos para financiar programas contra el SIDA.

El gobierno de Obama ya no nos podía ignorar. Eric Goosby, el coordinador de SIDA Global de los EE.UU., aprovechó la conferencia para insistir que los EE.UU.

no estaban rompiendo su promesa. El Dr. Emanuel en blogs anunciaba que los EE.UU. no se retiraba de sus promesas de financiación del SIDA. Gayle Smith, Miembro del Consejo de Seguridad Nacional, escribió un artículo para el sitio web de la Casa Blanca, detallando el compromiso de la administración para luchar contra el SIDA. Pero a cada paso, habían activistas exigiendo el aumento de la financiación EE.UU.

El activismo continuó en la cumbre de la ONU sobre la pobreza en septiembre, donde el presidente Obama habló sobre el compromiso de EE.UU. en la lucha contra el SIDA. Pero los activistas en Nueva York y Filadelfia se mani-



festaron en las largas colas, en una sola hilera, que demostraba visualmente las consecuencias de las promesas incumplidas. Un puñado de activistas interrumpió a Obama en un evento para recaudar fondos en Manhattan, y más tarde en Filadelfia y Boston, obteniendo la atención nacional.

¿Dónde estamos ahora?

El otoño es la época en que la administración hace un balance y comienza a planear el presupuesto del próximo año. Obama podría revertir el curso y aumentar dramáticamente los fondos para el SIDA global a los niveles prometidos. Se podría proponer \$8.25 billones dólares para el PEPFAR y otros \$2.25 billones para el Fondo Mundial, que estaría a

la par con lo que el Congreso autorizó. Podía hablar a favor del Impuesto a las Transacciones Financieras (ver artículo en página 10) - un impuesto minúsculo en el comercio de divisas de los bancos. Los economistas estiman que podría aumentar \$33 billones al año. Francia y el Reino Unido están ya a favor de ella. Pero, ¿lo apoyaría los EE.UU.?

Esta campaña ha sido un éxito en que las personas salieran a las calles y exigieran que el presidente cumpla su promesa. Pero no hemos ganado todavía. Aún hay diez millones de personas que necesitan tratamiento contra el VIH. Los programas siguen rechazando a las personas debido a la falta de medicamentos.

Hay una posibilidad real de ganar esta campaña y asegurar que cada persona tiene acceso a medicamentos que les salve la vida. Podemos exigir que nuestros congresistas empujen a Obama para aumentar la financiación global del SIDA. Podemos escribir cartas a los periódicos locales. Podemos participar en las protestas, especialmente en Día Mundial del SIDA, para exigir que el Presidente mantenga la promesa que hizo hace tres años para financiar plenamente el SIDA global. Usted puede aprender más sobre la campaña en www.TakeANumber.org. ¡No puedo esperar para verte en las calles! ■

Kaytee Riek es miembro de ACT UP Filadelfia y Director de Organización para Health GAP.



Una campaña global para eliminar el ataque contra las medicinas asequibles

por Sheila Shettle y Alexandra Lee

En su esfuerzo de proteger las ganancias de las compañías farmacéuticas, la comisión europea está respaldando políticas que podrían eliminar elementos vitales para millones de personas en países subdesarrollados que dependen de las medicinas genéricas para sobrevivir. “¡Europa! ¡No Toquen Nuestras Medicinas!” es la campaña Médicos Sin Fronteras que pretende persuadir a Europa que desista de sus esfuerzos.

Doctores Sin Fronteras (Doctors Without Borders, Médecins Sans Frontières, MSF) y otras organizaciones de salud dependen de medicinas genéricas de calidad a precios económicos para proveer tratamiento a países pobres a través del mundo. La mayoría de estas medicinas genéricas son producidas en la India. De hecho, un 80% de medicinas usadas por MSF para proporcionar tratamiento de VIH a más de 160,000 son producidas en la India.

India: La Farmacia de los Países en Vías de Desarrollo

Hasta hace poco, las patentes de las medicinas no existían en India, solamente el proceso para producirlas, lo que hizo que el país se convirtiera en una importante fuente de producción de medicinas asequibles. Una patente es el derecho concedido a una compañía o institución que les permite prevenir la venta de un producto a cualquier otra compañía (por ejemplo una medicina), usualmente por veinte años. Esto significa que la compañía que retiene la patente puede monopolizar una medicina y puede libremente cobrar el precio que desee, así sea aumentado el precio haciéndola inaccesible para aquellos más necesitados. Las patentes ocasionalmente han presentado obstáculos en la provisión de servicios a los más necesitados

Cuando las patentes no existían en India, nada detenía el desarrollo de medicinas genéricas iguales a las patentadas en otros

países. Las compañías de drogas genéricas competían haciendo que los precios disminuyeran dramáticamente, logrando así que las medicinas de la India se convirtieran en las más económicas del mundo. La India se convirtió en una fuente clave y esencial de medicinas, incluyendo las medicinas del VIH. Debido a esta feroz competencia los precios básicos de tratamientos del VIH disminuyeron más de un 99% durante la pasada década, de \$10.000 en el año 2000 a menos de \$70 hoy día.

Las medicinas genéricas de la India juegan un papel crítico al lograr que más de cinco millones de personas en países en vías de desarrollo tengan acceso a tratamientos del VIH. Un estudio publicado en el Journal of the International AIDS Society concluyó que en el 2008, las medicinas genéricas de la India proporcionaron 87% de las medicinas del VIH usadas en países en vías de desarrollo las cuales son compradas por donantes como PEPFAR y el Fondo Global (Global Fund). Pero debido a las regulaciones y pólizas internacionales propuestas por la Comisión Europea, la “farmacia de los países en vías de desarrollo” corre el riesgo de ser cerrada.

Apretando el Tornillo

La India es un miembro de la Organización Mundial de Comercio (World Trade Organization, WTO), la institución que genera y vela las reglas de transacciones internacionales. Como miembro de WTO, la India en el 2005 tuvo que aceptar la creación de una ley de patentes que cubre las medicinas. Esta tuvo un gran impacto en la India y su habilidad de producir medicinas genéricas de bajo precio en un futuro.

“Europa quiere eliminar la producción genérica y mandarnos al pasado-cuando sin poder hacer nada presenciábamos como nuestros colegas, amigos, y familias luchaban contra la muerte y problemas de salud solamente porque las grandes compañías y el gobierno decidieron poner sus ganancias antes que las personas.”

Loon Gangte - DNP+, India

Empezando en el 2005, cuando India recibe una patente de una medicina. Los fabricantes podrían ser prevenidos de producir versiones genéricas a un costo menor. Esto no solamente afecto el suministro domestico de medicinas de bajo costo de la India, pero también de otros países que importan medicinas de la India.

Pero cuando el gobierno Indio designó la ley de patentes, se aseguró de incluir ciertas garantías para respaldar el interés y la salud pública. La ley dice que solo medicamentos que demuestren un efecto terapéutico superior sobre medicinas que ya existen merecen una patente. Lo que significa que las compañías no pueden hacer cambios menores a drogas existentes (como combinar dos drogas en una pastilla) y obtener una patente como “una droga nueva.” La ley también le permite a cualquier persona a que demuestre que la droga no merece una patente. Es más, ninguna droga creada antes de 1995 puede ser patentada en India. Esto quiere decir que la producción de medicinas genéricas antiguas está asegurada, pero la situación es muy diferente para las medicinas nuevas.

La Bomba de Tiempo sobre Tratamientos

A pesar de las garantías de la ley de patentes en la India, el futuro de la producción de medicinas genéricas es gris, especialmente con las medicinas nuevas. Esto es particularmente importante para personas con el VIH. Las personas requieren acceso a nuevas medicinas si desarrollan resistencia o efectos adversos, además, los pasados años nos han traído nuevos tipos de medicinas del VIH, lo cual le proporciona a personas en países en vías de desarrollo con más opciones de tratamiento. Pero muchas personas en estos países tendrán que esperar mucho más tiempo para poder recibir los beneficios de estas nuevas drogas.

Muchas o casi todas estas nuevas medicinas recibirán una patente en la India, impidiendo la producción de versiones genéricas. Medicinas nuevas como Isentress e Intelence ya recibieron una patente en la India, previniendo así su fabricación genérica. Una segunda opción de tratamiento podría costar siete veces más que la primera opción de tratamiento. Y una posible tercera opción de tratamiento podría costar cincuenta veces más. Esto nos indica nuevamente que los precios de los tratamientos van a estar fuera del alcance de millones de personas que los necesitan para permanecer con vida. El número de personas que necesitan tratamiento urgente sigue creciendo, esto es una bomba de tiempo esperando ser detonada.

Europa Ataca el Acceso

No solo el futuro de las medicinas de bajo costo en países en vías de desarrollo es triste, debido a la ley de patentes en la India, la Unión Europea nos da otro golpe. El ataque Europeo está tomando varias formas, enfocándose en todos los aspectos del suministro de drogas. Esto puede afectar la producción, registración, venta de medicinas genéricas e interrumpir la habilidad de los pacientes en obtener medicinas a bajo costo para el tratamiento del VIH y otras enfermedades.

Un ejemplo: Europa está en negociaciones con la India para introducir "exclusividad de datos", lo que permite a las compañías farmacéuticas mantener en privado, por un tiempo, los datos de investigaciones clínicas de medicinas que hayan desarrollado. Esta póliza entrará en efecto así la droga sea patentada o no. Lo que significa que los fabricantes de medicinas genéricas no podrán registrar sus medicinas simplemente al probar que sus versiones genéricas tienen el mismo efecto terapéutico que las versiones de marca; ellos tendrán que proveer los datos de sus investigaciones clínicas con respecto a sus versiones genéricas, porque los datos originales no serán públicos. Las investigaciones clínicas no son solamente costosas, pero reproducir una investigación de medicinas ya comprobadas no es ético, ya que significa prevenir el uso de medicinas efectivas para algunas personas participando en las investigaciones. La exclusividad de datos podría demorar o prevenir el desarrollo de medicinas genéricas, dejando solamente en el mercado a las grandes compañías farmacéuticas y sus altos precios.

Otra forma de que la Unión Europea ataca el acceso, es al detener la transportación de medicinas genéricas legítimas entre Europa y la India, las cuales son destinadas a pacientes en países en vías de desarrollo. Oficiales de aduana europea han realizado más de una docena de redadas en aeropuertos, haciendo que el cargamento sea devuelto a la India. Europa clama que solo quiere proteger al público de medicinas falsificadas. Pero esto no tiene que ver nada

con falsificación. Detener estos cargamentos resulta en la suspensión de tratamientos para muchas personas. Para personas con VIH que deben tomar sus medicinas con un horario estricto, suspender las medicinas puede ser muy peligroso.

Europa ha desatado estos ataques en contra de los fabricantes que proveen a millones de personas con medicinas que no tienen acceso a tratamientos esenciales para sobrevivir. Estas acciones son increíblemente destructivas en estos tiempos cuando los presupuestos no tienen el dinero necesario para proveer tratamiento a las personas – uno de los grandes proveedores de tratamientos como Global Fund y PEPFAR están enfrentando una gran reducción de sus fondos. Apoyar políticas que mantengan altos precios de las drogas cuándo los fondos son pocos empeorará las diferencias entre pacientes de países ricos y pobres, y llevará a más muertes innecesarias.



Retaliación

La Comisión Europea debe ser detenida antes de que sea muy tarde y personas en países pobres tengan que pagar el precio. Protestas ya han sido organizadas alrededor del mundo, incluyendo India, Indonesia, Brasil, Nepal, y Tailandia, exigiendo que Europa desista de su campaña en contra de las medicinas a bajo costo.

Les preguntamos a todos en todas partes, que nos ayuden en esta batalla y le envíen un mensaje a Europa de que no toquen nuestras medicinas. Por favor visiten action.msf.org firmen y envíen un correo electrónico al European Trade Commissioner Karel De Gucht, exigiendo que detenga esta destructiva ley. Para más información sobre este y otros asuntos relacionados con medicinas, visite MSF's Campaign for Access to Essential Medicines msfaccess.org. ■

Médecins Sans Frontières una organización internacional humanitaria que provee ayuda a más de 60 países con habitantes que son víctimas de violencia, negligencia o catástrofe. La campaña de MSF trabaja para mejorar el acceso a herramientas médicas y estimular el desarrollo urgente de herramientas necesarias.



Desastre en Haití

por Kristin Goodwin

En enero 2010, los Haitianos viviendo con VIH, abogados y proveedores de servicios se sentaron en una sala en Port-au-Prince para hacer complicadas decisiones acerca de fondos para el VIH en Haití. En los pasados años se ha visto claramente que las organizaciones y el gobierno Haitiano que administra los fondos de PEPFAR no estaban proveyendo los recursos necesarios a las personas más necesitadas. Fue tiempo de tomar otro rumbo y hacer que los fondos llegasen a donde deberían llegar.

La atmósfera en la sala era pesada. La conversación era muy importante— se tenían que hacer cambios para saber cómo estos fondos eran usados. Hasta el momento, 55% de los fondos de PEPFAR en Haití recibieron menor prioridad debido a ‘costos administrativos.’ A pesar de que Haití sí proveía medicinas del VIH, el sistema tenía serios problemas que prevenían que las necesidades de las personas fueran solucionadas. Una falta de vivienda y servicios de apoyo hicieron muy difícil la provisión de servicios y tratamientos comprensivos. Haitianos con VIH también sufren de un estigma intenso que les impide obtener servicios.

Pero pasó algo más ese día que previno que estos problemas fueran solucionados—un terremoto que cambió todo. Cuando las paredes de la sala empezaron a estremecer, y luego a caerse, la gente corrió hacia las calles y vieron la ciudad de Puerto Príncipe literalmente caérseles encima. En segundos la precaria infraestructura de la ciudad se desvaneció hacia el caos.

Antes del Terremoto

Haití tuvo antes la tasa más alta de VIH en el hemisferio occidental: más de 6% de su población tenían VIH. Se ha realizado un progreso significativo en detener la epidemia, y la tasa se ha disminuido a un 2% (menor que la tasa de 3% en Washington D.C.)

Más de un 40% de Haitianos que recibían tratamiento del VIH antes del terremoto, ya no lo reciben. Y han estado sin tratamiento casi por casi un año.

Gracias en parte a PEPFAR, Haití ha podido implementar 68 lugares donde las personas pueden obtener tratamientos para el VIH, y el país hizo un extensivo seguimiento de los pacientes utilizando un sistema electrónico. El gobierno generalmente mantiene un seguimiento del VIH y otras enfermedades, y ha lanzado una campaña de la prueba del VIH. Más importante aún, Haití ha desarrollado grandes redes de personas con VIH y organizaciones que luchan por la prevención, cuidados y acceso a servicios.

Después del Terremoto

Después de que el pánico se desvaneció, la gente buscaba en los escombros a los perdidos e hicieron lo que pudieron para protegerse. Al pasar de los días, semanas, fue claro que el terremoto que mató a casi 300,000 personas y desplazó a más de un millón, trataba de borrar todo el progreso que Haití había logrado en su lucha con el VIH.

Cientos de miles de personas perdieron sus casas, y cientos de crudos campamentos aparecieron en las partes más damnificadas del área de Puerto Príncipe y sus alrededores. Pero a medida que estas soluciones temporales se convirtieron en más permanentes, los campamentos se volvieron más peligrosos. Niños huérfanos están a riesgo de ser explotados. La violencia física y sexual—especialmente en contra las mujeres, niños y personas transgenero— escalonó, poniendo así a personas en riesgo al VIH. El trabajo sexual y el intercambio de sexo por comida o vivienda se convirtieron en prácticas comunes, aumentando así el riesgo al VIH.

Desde el terremoto, la situación en Haití no ha mejorado. A pesar de la respuesta de la comunidad internacional los fondos no han llegado a las aéreas necesitadas, y muy poco de estos fondos son VIH específicos. Más de un 40% de Haitianos que recibían tratamiento del VIH antes del terremoto, ya no lo reciben. Y han estado sin tratamiento por casi un año.

Los Haitianos VIH positivos han escuchado repetidas veces que un plan de emergencia para el alivio está en proceso, pero una vez redactado, demostró pocos cambios en la forma que los servicios del VIH serían proporcionados después del terremoto. Personas con VIH no fueron consultadas durante la redacción de este plan y muchos ni siquiera han visto la versión final

Activismo en Viena

En vísperas de la Conferencia Internacional del SIDA 2010 en Viena, algunos activistas en Nueva York y Haití empezaron a planear que mensajes deberían mandar durante la conferencia. Los activistas en Haití no habían logrado mucho, y era hora de llevar el tema a la plataforma internacional.

Seis de los delegados de Housing Works en Nueva York que viajaron a Viena habían venido con PHAP+, una coalición de personas Haitianas que viven con el VIH y sus proveedores de servicios. Ellos tenían un mensaje claro: Haití necesita un plan posterior al terremoto de servicios del SIDA

que incluya tratamiento, vivienda, comida, refugio, y trabajos. Y los Haitianos tienen que estar presentes en la decisión de cómo implementar estas necesidades.

Antes del discurso del ex presidente Bill Clinton (enviado especial de las Naciones Unidas para Haití), un grupo de delegados de Housing Works y delegados Haitianos se reunieron en la mitad de la sección VIP, directamente en frente donde él iba a hablar. Armados con pancartas, sus propias voces, estaban dispuestos a interrumpir su discurso y así vocalizar sus ideas. Empleados de la conferencia trataron de prevenir esto antes que el discurso empezara, pero los activistas reusaron dejar la sección de VIP. El resultado final fue una conversación de la activista Haitiana Esther Boucicault y el ex presidente Bill Clinton en la que él prometió hablar de

médicos y que las donaciones no habían llegado a las áreas necesitadas, sino que estaban congeladas en bancos alrededor del mundo. Al ser sus palabras traducidas la sorpresa de la audiencia era palpable. Muchas personas en el público aplaudieron al ver a los activistas marchar fuera del tablado. Sus demandas habían sido escuchadas.

Después de Viena

Más de nueve meses después del terremoto, y otros dos meses más después de Viena, Haití aun no tiene una respuesta de emergencia organizada para el SIDA. Los oficiales de las Naciones Unidas y USAID prometieron un plan de acción, pero este “plan” fue redactado solo para apaciguar a los críticos y no para poner algo real en movimiento. Dos de las mayores entidades de salud en Haití

nacionales e internacionales se han quedado cortos. Son los activistas Haitianos que van hacer que las cosas se mejoren al rehusar que su país se derrumbe.

Desafortunadamente muchas organizaciones pequeñas no son percibidas como aliadas y gran parte de los fondos son distribuidos entre grupos de caridad internacional que han llegado a Haití. Pero las organizaciones pequeñas han sido más efectivas especialmente con personas VIH positivas. A pesar de que no están incluidos en la respuesta a esta tragedia, las personas están siguiendo adelante, y – hasta sin la cooperación del gobierno- muchas organizaciones comunitarias pequeñas continúan proporcionando servicios.

Con la destrucción total del sistema de salud de Haití, los activistas Haitianos envueltos en la coalición PHAP+ y otras organizaciones pequeñas se han unido con Housing Works para organizar clínicas en lugares donde las necesidades son mayores. En los días siguientes después del terremoto estas clínicas proporcionaron un espacio seguro para tratar a los heridos y necesitados. Ahora, ellos continúan asegurándoles a las personas de que existen lugares donde pueden ir a recibir tratamiento comprensivo del VIH.

PHAP+ también continúa trayendo una luz a la falta de prevención y cuidados de personas con el VIH y aquellos en riesgo en los campamentos. En los meses después del terremoto, ellos organizaron una distribución masiva de condones, enviando voluntarios y miembros de la coalición a los campamentos de Puerto Príncipe para que hablaran del VIH y como mantenerse seguros. Estas acciones han levantado críticas de la respuesta del gobierno y demandan una estrategia comunitaria nacional de SIDA para reconstruir el sistema de cuidados para aquellos que son VIH positivos.

Los activistas Haitianos con VIH han sido más y más abiertos con su estatus, lo cual les permite ser más claros acerca de las necesidades de la comunidad. Desde hace muchos años, el estigma afecta la provisión de vivienda, trabajos, y cuidados de salud para personas con VIH, y el terremoto ha amplificado esas necesidades. Pero su deseo de hablar y demandar que el gobierno y la comunidad internacional respondan será la clave para reconstruir Haití. ■

Kristin Goodwin es la Directora de Política y Organización en Housing Works.



estos asuntos. Más tarde, Esther se reunió con los representantes de Clinton para concretar la fecha de la reunión, y Clinton accedió a visitar una de sus clínicas este otoño.

El día siguiente, PHAP+ y Housing Works organizaron una marcha. El grupo vocalizó sus exigencias de tratamiento, vivienda, comida y trabajos en Inglés y Kreol Haitiano, marcharon al salón principal interrumpiendo el programa. Los activistas Haitianos se subieron al tablado y las personas que estaban realizando la conferencia se movieron a un lado dando espacio para que Esther usara el micrófono. Ella elocuente y directamente exigió un plan de emergencia para Haití. Ella le informó a la comunidad internacional que las personas en Haití estaban viviendo en carpas sin agua limpia, comida, o servicios

están compitiendo sobre la construcción de un sistema de salud, y ninguno de ellos ha dialogado con personas VIH positivas, proveedores o activistas. La ciudad está destruida. Miles de personas aún viven en campamentos, con miedo a ser evacuados, algunas medicinas del VIH son distribuidas, pero aún no llegan a los más necesitados. La prevención del VIH en campamentos no está disponible dejándoles así en riesgo del VIH. Y ahora la cólera está empeorando la situación reclamando muchas más vidas mientras que organizaciones de ayuda se esfuerzan a responder.

Siguiendo Adelante

La necesidad de una acción inmediata no puede ser más clara. Pero los esfuerzos

las poblaciones vulnerables, el Fondo Mundial se enfrenta a una crisis financiera profunda.

Del mismo modo, la financiación de la nivelación de PEPFAR llevó a las directivas en Uganda y en otros lugares a imponer a que “un presupuesto fijo para el tratamiento ... no debería ser superado” y que los espacios de tratamiento disponibles debidas a pérdidas durante el seguimiento o la muerte se debe dar a los pacientes más enfermos “A raíz de esta directiva, miles de personas que resultaron VIH positivos, a menudo en las últimas etapas de la deficiencia inmunológica, se les dijo que esperaran en línea - en esencia a morir. Los que no se hicieron las pruebas ahora se preguntaban, “¿Para qué hacerme la prueba del VIH? No hay nada para mí, mas que una sentencia de muerte. Para los que se hicieron la prueba, profundos dilemas éticos surgieron. Los que llegaron en carretillas, al borde de la muerte, morirían a menos que se les pusiera al frente de la línea, posponer el tratamiento para los demás, cuyo pronóstico es mucho mejor si comenzara el tratamiento, mientras que sus sistemas inmunes todavía están funcionando. Las mujeres embarazadas empezaron a pensar: “¿Debo comenzar el tratamiento para reducir el riesgo de transmisión a mi bebé o debo darle mi lugar en la fila a un bebé con el VIH que de otro modo va a morir dentro de dos años?” ¿Deberían los esposos y esposas y hermanos y hermanas darle la vuelta a la moneda? ¿O deberían los zares de racionamiento de tratamientos escasos reservarlos para los trabajadores de salud, muchos de los cuales tienen el VIH y todos los cuales son necesarios para proporcionar atención médica que se necesitan desesperadamente?

La posición de los activistas contra el SIDA es clara: Si hay suficiente dinero para la guerra y para rescatar a los banqueros, entonces hay suficiente para salvar las millones de vidas que se perderán si la financiación sigue siendo fija.

Indignación internacional ante la cruda realidad de estas colas de la muerte y las coordinadas campañas de defensa en África y en los EE.UU. encabezadas por Health GAP y sus aliados, se tradujeron en un eventual cambio de la política de EE.UU., al menos en Uganda. Una reciente declaración del Embajador de EE.UU. en Uganda comentó, “Para hacer frente a las necesidades a corto plazo de Uganda, el pueblo estadounidense debe agregar nuevos fondos para el VIH más allá de nuestro presupuesto anual actual de \$280 millones. Estos nuevos fondos, invertidos en un período de dos años, aumentará la cantidad de nuevos pacientes por lo menos a 36.000 este año, con un adicional de 36.000 pacientes el año que viene.”

La lucha por la financiación

Crear conflictos falsos, hacerse ilusiones acerca de la eficiencia, y rezando para que la gente se mejore no detendrá la caída de los siste-



The Global Fund

mas inmunológicos de las personas. Sin tratamiento, las personas con VIH mueren, a menudo en la flor de la vida, dejando a los niños vulnerables, acongojada parejas y padres de familia y las comunidades despobladas. La posición de los activistas contra el SIDA es claro: Si hay suficiente dinero para la guerra y suficiente para rescatar a los banqueros, entonces hay suficiente para salvar las millones de vidas que se perderán si la financiación sigue siendo fija.

Los EE.UU. conforman una cuarta parte de la economía mundial y un tercio de las economías de los países donantes. ONUSIDA estima que la necesidad mundial de SIDA 2010 es de 26,7 billones de dólares, con mayor necesidad si iniciáramos el tratamiento antes con los regímenes de tratamiento más recomendados en las guías de tratamiento de la OMS. Las necesidades de financiamiento seguirán aumentando en los próximos cinco años si se desea lograr el acceso universal.

Si los EE.UU. decidiera proporcionar su parte justa (alrededor de \$9 - \$14 billones del 2010 al 2015), ofrecería el liderazgo que otros países seguirían. Incluso si las apropiaciones del 2011 sólo llegaran a \$7,25 billones dólares (y crecieran en \$1 billón al año después de eso) y los EE.UU. dirige \$ 6 billones de la financiación al Fondo Mundial en los próximos tres años, estaríamos mucho más cerca de alcanzar la meta de acceso universal para el año 2015. Si el dinero es cae corto, como afirma la de EE.UU., los EE.UU. pueden unirse al esfuerzo internacional para hacer que el sector financiero pague un impuesto sobre las transacciones financieras que aportara a las inversiones globales de salud (ver artículo en página 10).

Pero la indignación informado por sí sola no va a poner a los EE.UU. en camino a proporcionar su cuota justa de los fondos. Los activistas necesitan continuar las campañas dirigidas astutamente ante el Congreso y la Casa Blanca. Las consecuencias de la inacción será muy real para los millones que han sido diagnosticadas con conteos de CD4 a niveles peligrosamente bajos, para las madres con la esperanza de prevenir la transmisión durante el parto, y para la comunidad en general, que vería reducida drásticamente las tasas de transmisión si el acceso universal al tratamiento fuera alcanzado. ■

Brook Baker es profesor en la Escuela de Leyes de la Universidad del Noreste y Analista Política para Health Gap.

Creando Oportunidad ante el Reto

En mayo del 2009, el presidente Barack Obama propuso una nueva Iniciativa Global de Salud para combatir el SIDA en países pobres. El plan propuso usar \$51 billones en PEPFAR, el programa gubernamental de SIDA global. Esto es \$5 billones menos de lo prometido en el Acta Lantos-Hyde del 2008, lo cual enfureció a muchos activistas. Sin importar la reducción de fondos, todavía existen formas de trabajar y proporcionar servicios del SIDA.

Una forma de hacer más con fondos limitados es redirigiendo fondos de prevención en áreas más necesitadas, e implementar programas que han mostrado ser efectivos. En un ejemplo prometedor, la reautorización de PEPFAR en el 2008 ampliamente relajó sus restricciones en educación sexual. Bajo el Presidente Bush, un tercio de los fondos podían ser usados en “condones y actividades relacionadas,” sin embargo, cualquier programa que recibiera fondos de PEPFAR era requerido promocionar la abstinencia hasta el matrimonio. Bajo las guías de esta administración, si la mitad de los programas de una organización enseñan acerca de condones, esta organización debe explicar antes de pedir fondos, sin embargo la ayuda aún podría ser negada.

En el lado positivo, la reautorización propone el uso de fondos para la prevención del VIH entre los hombres que tiene sexo con hombres y trabajadores de sexo, dos grupos desproporcionalmente afectados por el VIH pero ampliamente ignorados en los primeros años de PEPFAR. Esto le permitirá a las organizaciones usar fondos en dos grupos que históricamente han estado a un alto riesgo, haciendo la lucha contra el VIH más efectiva. Los fondos de PEPFAR ahora si pueden ser usados en programas de intercambio de jeringas. Las investigaciones demuestran que las agujas limpias drásticamente reducen los niveles de VIH y uso de drogas.

Una de las mejores formas de reducir los gastos en tratamientos del VIH es comprando medicinas genéricas. A pesar de que estas no estaban disponibles en los primeros años de la epidemia, el horizonte ha cambiado drásticamente en la pasada década. Debido a la competencia de los fabricantes de medicinas genéricas, las medicinas del VIH están ahora disponibles por un precio más asequible. Desafortunadamente, los precios reducidos aún son muy altos para países en vías de desarrollo. El Global Fund y PEPFAR pueden reducir aún más estos precios si negocian con los fabricantes directamente. En los pasados años, el Clinton Health Access Initiative ha negociado positivamente con Pfizer para reducir 60% del precio de sus medicinas del VIH.

Organizaciones también pueden reducir sus costos. Utilizando servicios locales, el costo de envío puede ser reducido. Menos viajes a conferencias, y el uso estratégico de

asistencia técnica pueden mejorar la calidad y efectividad de servicios, resultando en reducción de costos, y así usarlos en servicios directos a los pacientes. Informes y reportes deben de ser enviados a las agencias que verdaderamente los necesiten (debido a que los costos de impresión y envío son altos), y las agencias no deben de sobre producir estos materiales. Se debe desanimar la creación de nuevas agencias – ellos deberían mejor usar los fondos en agencias y servicios que ya existen.

Otras medidas que cuestan poco o nada pueden hacer que el gasto de fondos del SIDA más efectivos, la circuncisión masculina, lo cual reduce la transmisión del VIH por 50% podría ser sugerida. Proveedores de salud podrían investigar el cuidado materno en centros de nacimiento y así asegurarse que se estén tomando las precauciones necesarias, como el lavado

de manos, uso de guantes y asistencia durante el parto. Esto es crucial para asegurarse que las madres e hijos no sean expuestos al VIH y que se proporcione tratamiento para el VIH cuando sea necesario. Ahora que el intercambio de jeringas es elegible para fondos, es importante que las organizaciones les digan a sus pacientes para que aprovechen estos servicios

Una de las formas más importantes de eliminar costos del VIH, y mantener saludable a los pacientes, es teniendo la prueba del VIH disponible. Cuando el VIH es diagnosticado en sus primeras etapas, el tratamiento es menos costoso y más probable de mantener

a las personas saludables por mucho más tiempo. Las organizaciones deben asegurarse que la prueba del VIH sea disponible para los adultos y los niños en sus visitas de rutina al doctor.

Los programas de tratamiento también son una de las mejores formas de prevenir la transmisión, debido a que las personas en tratamiento del VIH son 92% menos propensas a transmitir el virus a sus parejas. Educando a los pacientes acerca del apoyo familiar e implementando programas que reduzcan el estigma contra los gay y el VIH, son vitales. Cuando personas gay, lesbianas, bisexuales o transgénero, se sienten apoyadas por sus familias y amigos, tienden menos a tener comportamiento riesgosos que los ponga riesgo del VIH. Personas con VIH en tratamiento están más dispuestas a adherirse a sus tratamientos cuando sienten el apoyo.

Sobre todo, es importante ser creativo al traer recursos limitados a personas. Una reducción de fondos nunca es una buena noticia, pero con un plan y una reestructuración correcta, podría ser una oportunidad de reenfocar nuestros esfuerzos en la lucha contra el VIH. ■



achieve

230 West 38th Street
17th floor
New York, NY 10018

Change Service Requested

Achieve es auspiciada en parte con fondos educativos no restringidos de:

New York State Senators

Thomas K. Duane

Liz Krueger

Daniel L. Squadron

New York State Assemblymember

Daniel J. O'Donnell

Broadway Cares/Equity Fights AIDS

Gilead Sciences

GlaxoSmithKline

M•A•C AIDS Fund

New York City Council Speaker

Christine C. Quinn

New York City Councilmembers

Maria del Carmen Arroyo

Brad Lander

Pfizer Inc.

Roche

The Shelley and Donald

Rubin Foundation

NON-PROFIT ORG.

US POSTAGE

PAID

NEW YORK, NY

PERMIT NO. 4732

Muy pronto

ACRIA's National HIV Capacity Building, Technical Assistance, and Training Institute

El Programa Nacional de Capacitación y Asistencia Técnica de VIH ofrecerá un nuevo Instituto donde se ofrecerán servicios de consultoría, capacitación y talleres en las siguientes áreas:

- Educación y Alfabetización sobre el VIH
- Programa de Integración de prevención, tratamiento y servicios del VIH
- Integración de Hepatitis y VIH
- VIH y adultos mayores

ACRIA también ofrecerá estos servicios de consultoría:

- Adaptación e Implementación de Intervenciones de Prevención de HIV/ ITS (DEBIs)
- Evaluación de Programas y DEBIs
- Mercadeo y Mensajes Sociales
- Desarrollo Curricular
- Publicaciones y Desarrollo Curricular

Para más información contacte a Luis Scaccabarozzi:
LScaccabarozzi@acria.org

¡Apoye a DASH!

UN LLAMADO A LA ACCIÓN

Su voz es urgentemente necesaria para asegurar fondos para La División de Salud para Adolescentes y Escolares (Division of Adolescent and School Health, DASH) del CDC. Por más de dos décadas, DASH ha trabajado efectivamente con escuelas a través del país construyendo la infraestructura necesaria para proveer un enfoque coordinado a la educación de salud que se ofrece en las escuelas, la cual incluye VIH, ITS y prevención del embarazo.

Cuando el Comité del Senado pase la ley del Trabajo, Salud y Servicios Humanos y Educación, consolidará cinco áreas dentro del CDC, incluyendo fondos federales usados por DASH. Esto eliminará los únicos fondos coordinados para proveer educación de salud en las escuelas, y también recortaría \$40 millones de la educación preventiva del VIH para adolescentes. El congreso debiera seguir actuando en favor de los adolescentes invirtiendo en fondos de salud escolar a través de DASH.

Les pedimos que llamen a sus miembros del congreso al 202-224-3121 y les digan que apoyen la salud escolar y el avance académico y mantengan los fondos de DASH.