



capítulo dos

## la iniciativa de tratamiento

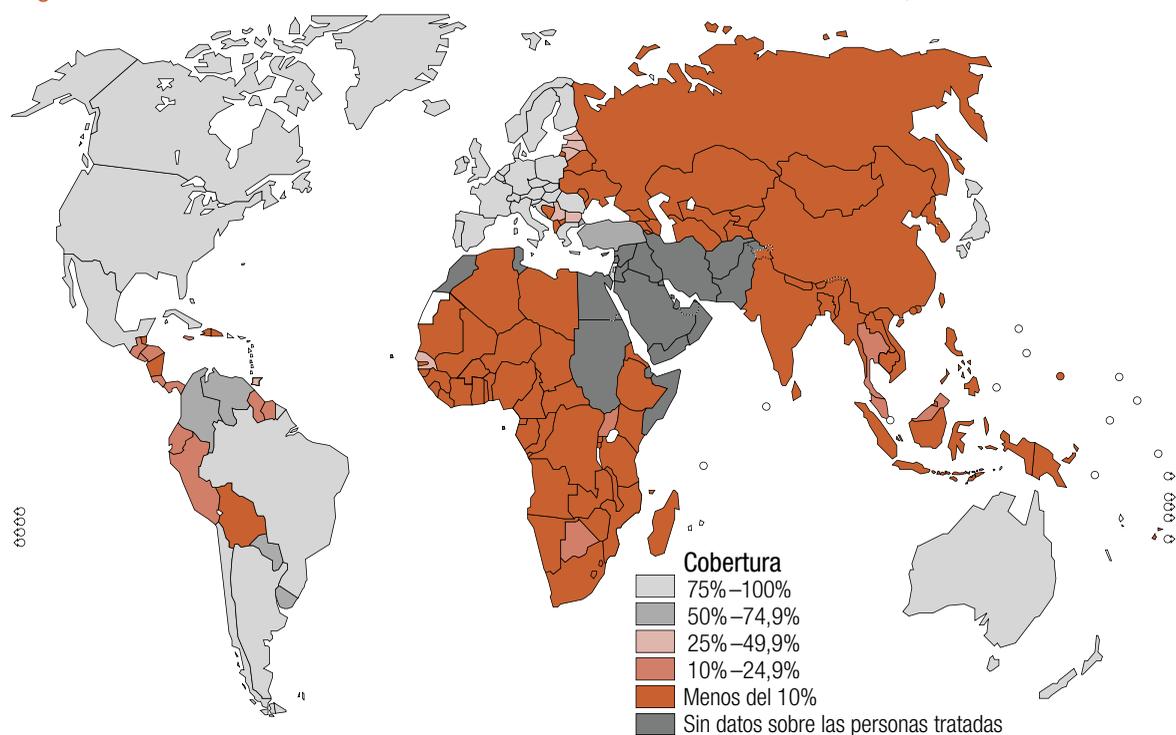
**En el primer capítulo se ha mostrado la magnitud de la amenaza planteada por el VIH/SIDA. En este segundo capítulo se describe la magnitud de la tarea de responder a ella y se explica cómo la OMS y sus asociados están apoyando a los países en una de las empresas más ambiciosas de la historia de la salud pública. Un enfoque integral de la lucha contra el VIH/SIDA aúna la prevención, el tratamiento y la atención y el apoyo prolongados. Sin embargo, en gran parte de los países en desarrollo el tratamiento ha sido hasta hace muy poco el componente más desatendido. Ahora es preciso extenderlo rápidamente en los países más afectados por la pandemia, y ampliar paralelamente las labores de prevención.**

Desde 1996, más de 20 millones de habitantes de países en desarrollo han muerto de SIDA. Si se hubiera desplegado rápidamente el tratamiento antirretroviral, la mayoría de ellos probablemente seguirían vivos hoy. Pese a las crecientes presiones políticas y a las pruebas de la eficacia del tratamiento del SIDA en entornos con pocos recursos, a finales de 2003 menos del 7% de los habitantes de países en desarrollo que necesitaban urgentemente tratamiento antirretroviral estaban recibéndolo. En septiembre de 2003, LEE Jong-wook, Director General de la OMS, se unió a Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA, y a Richard Feachem, Director del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, para declarar que la falta de acceso al tratamiento antirretroviral es una emergencia sanitaria mundial. En respuesta a ello, la OMS, el ONUSIDA y un amplio abanico de asociados lanzaron la iniciativa «tres millones para 2005», conocida como iniciativa «3 por 5». Tratar a tres millones de personas para el final de

2005 es una meta necesaria en el camino hacia el objetivo del acceso universal al tratamiento antirretroviral para todos los que lo necesiten.

Para alcanzar este objetivo deben superarse importantes obstáculos. Con pocas excepciones, el VIH/SIDA ha castigado más duramente a los países cuyos sistemas sanitarios eran ya frágiles. Muchos países que trabajan para extender el tratamiento del VIH/SIDA se enfrentan a importantes deficiencias en áreas como los recursos humanos en el sector sanitario, el asesoramiento y las pruebas del VIH, la adquisición de fármacos y la gestión del suministro, los sistemas de información sanitaria y la capacidad de los laboratorios (incluido el seguimiento de la farmacoresistencia).

Figura 2.1 Cobertura mundial estimada con tratamiento antirretroviral, finales de 2003



Lograr los resultados estipulados en la iniciativa «3 por 5» supondrá un reto para la capacidad de los países y pondrá a prueba la voluntad de la comunidad sanitaria mundial, pero es una tarea fundamental cuyas implicaciones van mucho más allá del objetivo inmediato de salvar millones de vidas en los años venideros. Puede ser también la clave para rescatar del declive a algunos de los sistemas sanitarios más frágiles del mundo y ofrecer así a todas las sociedades un futuro más saludable. Desde esta perspectiva, la iniciativa «3 por 5» es una oportunidad decisiva para asegurar que los nuevos recursos mundiales destinados al VIH/SIDA se inviertan en medidas que refuercen los sistemas sanitarios en beneficio de todos a largo plazo.

En este capítulo se analizan los argumentos económicos, sociales y de salud pública que justifican la extensión masiva del tratamiento antirretroviral en entornos con recursos limitados. Se presenta asimismo la estrategia de la OMS para trabajar con los países y los asociados y se ofrece una estimación de la inversión necesaria a nivel mundial. Se examinan los desafíos y oportunidades a los que se enfrentan los países y se resalta la necesidad de garantizar que el tratamiento antirretroviral llegue a las personas más pobres y marginadas. Por último, el capítulo analiza la importancia de la iniciativa «3 por 5» en un sentido más general, como una nueva forma de trabajar en la comunidad sanitaria mundial para mejorar los resultados de salud y la equidad.

En su compromiso de apoyar a los países, la labor de la OMS está informada por una amplia evaluación de los recursos y las necesidades mundiales en salud pública. La inversión mundial en salud ha aumentado en los últimos años, mientras que muchos otros sectores de la ayuda internacional al desarrollo se han estancado, pero el grueso de estas nuevas inversiones se destina al VIH/SIDA. Por ser el organismo internacional

encargado de intentar lograr el mayor nivel posible de salud para todas las personas, la OMS tiene la doble responsabilidad de apoyar la extensión masiva del acceso al tratamiento antirretroviral y trabajar con los países y los asociados internacionales para garantizar que los nuevos recursos asignados al VIH/SIDA se inviertan en el desarrollo de capacidades sostenibles de los sistemas sanitarios. Sólo un organismo internacional de salud pública puede cubrir esta función de cooperación técnica y dirección. Es esencial fortalecer los sistemas sanitarios para lograr una dispensación sostenible de tratamiento antirretroviral y alcanzar otros objetivos de salud pública, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud y la contención de la creciente epidemia de enfermedades crónicas en el mundo en desarrollo.

### EXTENSIÓN MASIVA DEL TRATAMIENTO: ARGUMENTOS DE SALUD PÚBLICA

Entre los argumentos de salud pública en favor de extender masiva y urgentemente el acceso al tratamiento se destacan dos consideraciones. En primer lugar citaremos la drástica reducción de la morbilidad por VIH/SIDA que conlleva, reducción que se ha documentado en países de altos ingresos, en el programa nacional brasileño de tratamiento (véase el recuadro 2.1) y en proyectos pioneros emprendidos en entornos con recursos limitados (1–3). En segundo lugar está el efecto sinérgico del tratamiento en las labores de prevención; tener acceso a él puede mejorar la prevención por diversos cauces:

- **Incrementa la demanda de asesoramiento y pruebas voluntarias:** para una prevención eficaz es crucial ofrecer servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias. En el África subsahariana, nueve de cada diez personas infectadas por el VIH desconocen su estado serológico, y allí donde no se dispone de tratamiento probablemente no ven la utilidad de conocerlo. Sin embargo, se ha comprobado en

### Recuadro 2.1 Freno a la propagación del VIH/SIDA en el Brasil

El Brasil es uno de los pocos países que ha logrado atajar la propagación del VIH/SIDA. El primer programa nacional de VIH/SIDA se instauró en el Estado de São Paulo en 1983, cuando sólo se habían declarado cuatro casos de VIH/SIDA. Desde entonces, la respuesta brasileña ha evolucionado rápidamente, influida sobre todo por la estructura y el papel del sistema público de salud. Para diciembre de 2002 se habían declarado al Ministerio de Salud casi 260 000 casos, con unas 145 000 defunciones. En el año 2000, la prevalencia del VIH/SIDA en el Brasil, que el Banco Mundial había estimado en 1992 que alcanzaría el 1,2%, era del 0,6%.

El Brasil fue el primer país en desarrollo que puso en marcha un programa de distribución universal de antirretrovirales a gran escala. Éste se inició a principios de 1990 con la distribución de la AZT, y quedó garantizado en la legislación federal en 1996. En la actualidad proporciona medicamentos gratuitos a 130 000 personas aproximadamente, lo que

equivale a casi todos los seropositivos del país.

Como consecuencia de ello, las tasas de morbilidad y mortalidad han descendido un 50%–70%. Entre 1996 y 2002 se evitaron más de 60 000 casos de VIH/SIDA, 90 000 muertes y 358 000 ingresos hospitalarios relacionados con esta infección, y el ahorro en costos de atención ambulatoria y hospitalaria ha superado a los costos de aplicación del programa en más de US\$ 200 millones en cuatro años. Estos resultados demuestran la viabilidad del tratamiento antirretroviral incluso en entornos con pocos recursos, que a menudo carecen de la infraestructura ideal. Entre los factores que han contribuido al éxito de la iniciativa brasileña se cuentan los siguientes: la respuesta temprana y concertada del Gobierno; la enérgica y eficaz participación de la sociedad civil; la movilización multisectorial; una equilibrada estrategia de prevención y tratamiento, y la promoción de los derechos humanos.

Aunque la extensión del acceso al trata-

miento antirretroviral se ha acompañado de un aumento de la prevalencia de farmacoresistencia, en el Brasil la tasa de ésta es muy inferior a la de muchos países desarrollados. En 2001, el 6,6% de las nuevas infecciones se debían a cepas resistentes, lo que supone aproximadamente entre la tercera parte y la mitad del porcentaje registrado en América del Norte y zonas de Europa occidental. La baja tasa de resistencias primarias es consecuencia de unas intervenciones del Ministerio de Salud bien planificadas, en las que la distribución de antirretrovirales iba acompañada de garantías de tratamiento a largo plazo en establecimientos sanitarios, de formación continua de los profesionales sanitarios, del uso de directrices normalizadas y de la participación de organizaciones gubernamentales en la promoción del cumplimiento terapéutico. La distribución de antirretrovirales gratuitos ha evitado los problemas asociados al mercado negro y la administración de pautas de mala calidad.

numerosos entornos que la disponibilidad del tratamiento incrementa el uso de los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias: por ejemplo, dicho uso creció un 300% en un consultorio de Haití a raíz de empezar a dispensar tratamiento antirretroviral (4).

- **Ofrece más oportunidades para la prevención secundaria:** acudir a los centros de salud para que se les dispense tratamiento brinda a los pacientes la oportunidad de recibir información sobre comportamientos preventivos. La utilidad de este enfoque queda reflejada en las estrategias de prevención del VIH elaboradas recientemente por los Centros de Prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos y dirigidas a las personas conocedoras de su seropositividad (5).
- **Reduce el riesgo de transmisión:** el tratamiento aminora la probabilidad de transmitir el VIH en relaciones sexuales sin protección. Hay que reconocer no obstante que, debido a la mayor esperanza de vida de los pacientes en tratamiento, es probable que aumenten las relaciones sexuales entre personas con distinto estado serológico.

Hay pocos datos sobre la influencia de la disponibilidad de tratamiento sobre los comportamientos de riesgo en los países en desarrollo. Hay que planificar y realizar mediciones minuciosas para combinar con eficacia las labores de tratamiento y prevención. En la extensión masiva del acceso al tratamiento, los programas tendrán que medir continuamente el impacto en la prevención y ser capaces de adaptarse y responder con rapidez a cualquier relajación de los comportamientos preventivos.

### EXTENSIÓN MASIVA DEL TRATAMIENTO: ARGUMENTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES

Los análisis económicos y sociales ofrecen claros argumentos en favor de una acción urgente para extender masivamente el acceso al tratamiento. En un principio, varios estudios llevaron a pensar que, en los países pobres, el uso de antirretrovirales no era costoeficaz, pero análisis más recientes indican lo contrario (6). *El Informe sobre la salud en el mundo 2002* señaló que algunos tipos de tratamientos serían costoeficaces incluso en entornos con recursos limitados (7). Desde entonces, los precios de los medicamentos han descendido más de un 50%. Además, los protocolos elaborados para la iniciativa «3 por 5» los harían aún más costoeficaces, sobre todo en los países en los que se hospitaliza a las personas con infecciones oportunistas. El uso de antirretrovirales reduciría estas infecciones por lo menos durante varios años, lo que, a su vez, ayudaría a recortar los gastos sanitarios específicos del VIH/SIDA, como se ha comprobado en el Brasil (8).

Como se ha visto en el primer capítulo, muchos estudios iniciales subestimaron gravemente los perjuicios acumulativos de índole económica y social que el VIH/SIDA causa en los países con alta carga de morbilidad. El tratamiento antirretroviral puede ayudar a atajar la pérdida de capital humano y de productividad si restablece la salud de millones de personas y les permite obtener ingresos, criar a sus hijos y contribuir a la sociedad. Gracias a la aplicación del programa brasileño de acceso universal al tratamiento antirretroviral, la supervivencia media de los enfermos de SIDA que acuden a los servicios públicos de salud ha aumentado de menos de seis meses a un mínimo de cinco años (9). También ha mejorado significativamente su calidad de vida: siguen trabajando, manteniendo a sus familias, criando a sus hijos y relacionándose con sus amigos.

### LA ESTRATEGIA «3 POR 5»

Son los países quienes, apoyados por la OMS, el ONUSIDA, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA, y otros asociados, lideran el proceso de extensión masiva del tratamiento. El 1 de diciembre de 2003, la OMS publicó su estrategia mundial, en la que expone a grandes rasgos cómo contribuirá a lograr la meta de la iniciativa «3 por 5» (10). La estrategia describe unas áreas principales de actividad en un marco compuesto por cinco pilares.

#### Primer pilar:

##### Liderazgo mundial, alianzas firmes y sensibilización

La OMS está colaborando estrechamente con el ONUSIDA, el Banco Mundial y otros organismos multilaterales y asociados internacionales para integrar la iniciativa en el marco más amplio de la agenda mundial del desarrollo. Los recursos internacionales comprometidos para la iniciativa deberían aportarse como suplemento de la ayuda a la labor de los países en pos de metas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La OMS preconiza la adopción de enfoques favorables a la equidad que fomenten la igualdad entre los sexos y la capacidad de responder a las necesidades de los grupos vulnerables.

#### Segundo pilar:

##### Apoyo sostenido a los países

La OMS facilita recomendaciones e instrumentos básicos de políticas y cooperará con los países en cada etapa de la elaboración y aplicación de los planes nacionales.

#### Tercer pilar:

##### Instrumentos simplificados y normalizados para dispensar el tratamiento antirretroviral

La extensión masiva y rápida del tratamiento antirretroviral exige directrices e instrumentos fáciles de aplicar para ayudar a los profesionales sanitarios a identificar a los seropositivos, incorporarlos al programa, dispensarles tratamiento y hacer un seguimiento de los resultados, incluidas las farmacorresistencias. La OMS está elaborando estos instrumentos.

#### Cuarto pilar:

##### Suministro eficaz y fiable de medicamentos y pruebas diagnósticas

Se ha creado un Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) para ayudar a coordinar los muchos esfuerzos que se están realizando por mejorar el acceso al tratamiento farmacológico del VIH/SIDA. Dicho servicio ofrece diversas modalidades de apoyo adaptadas a las necesidades de los países (véase el recuadro 2.2).

#### Quinto pilar:

##### Rápida identificación y puesta en práctica de los nuevos conocimientos y logros

La OMS está documentando las experiencias y enseñanzas extraídas de programas nacionales de tratamiento antirretroviral y proyectos piloto que han resultado eficaces en zonas con recursos limitados, y está coordinando una agenda de investigaciones operativas relacionada con las necesidades de los programas de tratamiento antirretroviral (véase el capítulo 5).

### LA CREACIÓN DE ALIANZAS, CRUCIAL PARA OBTENER RESULTADOS

La iniciativa «3 por 5» sólo tendrá éxito si cuenta con el apoyo de los numerosos asociados comprometidos con la extensión del acceso al tratamiento en los países en desarrollo. Es ante todo una llamada a la formación de alianzas, uno de cuyos puntos fuertes radica en las distintas capacidades y las ventajas comparativas de numerosas organizaciones y comunidades (véase el recuadro 5.2).

Las alianzas y asociaciones necesarias para el éxito de la iniciativa implican a gobiernos nacionales y locales, sociedad civil, donantes bilaterales, organizaciones multilaterales, fundaciones, sector privado (incluidos los empleadores y los laboratorios farmacéuticos), sindicatos, autoridades tradicionales, organizaciones confesionales, organizaciones no gubernamentales (internacionales y nacionales) y organizaciones comunitarias. Las personas seropositivas y la comunidad de activistas son asociados indispensables en todos los planos de actuación de la OMS. Sólo se logrará desarrollar plenamente el potencial de la iniciativa si se relaciona y articula con el de la secretaría del ONUSIDA y otros copatrocinadores de éste.

## Recuadro 2.2 Garantizar el suministro de medicamentos a los países en desarrollo

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA (AMDS) es la sección de la iniciativa «3 por 5» encargada del acceso y el suministro. Su finalidad es garantizar que los países en desarrollo puedan acceder a antirretrovirales y medios diagnósticos de alta calidad a los mejores precios; para ello les brinda ayuda en las compras, la elaboración de previsiones, la gestión del suministro y la entrega. Para hacer frente a la brecha terapéutica, el AMDS se basa en años de trabajo del ONUSIDA, la OMS, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y la comunidad sanitaria mundial, y opera con aportaciones de estos asociados.

Pueden acceder al servicio administraciones públicas, organizaciones no gubernamentales, seguros de enfermedad y planes de prestaciones con cuota patronal, y otros cauces de suministro sin ánimo de lucro. Se pondrá a disposición de los compradores la información vigente sobre fuentes de suministro, precios y situación reglamentaria de antirretrovirales y medios diagnósticos de buena calidad y de sus patentes, sobre todo a nivel nacional, para ayudarles a tomar decisiones de compra bien fundadas. La OMS no prevé comprar medicamentos directamente, pero seguirá adquiriendo pruebas diagnósticas como parte de un plan de adquisiciones en grandes cantidades.

El Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del SIDA también proporcionará a los fabricantes información que les permita prever la demanda, garantizando con ello que las cantidades producidas reflejen las necesidades reales a un precio asequible.

Los países pueden acceder a servicios específicos de asistencia técnica, como los siguientes:

- **Selección de antirretrovirales básicos y pruebas diagnósticas esenciales** (asesoramiento sobre directrices clínicas; incorporación de productos a las listas nacionales de medicamentos esenciales).
- **Situación de las patentes y licencias** (información acerca de la situación de las patentes; asesoramiento sobre las opciones para la importación legal de genéricos).
- **Registro y especificaciones del producto** (cuestiones de reglamentación farmacéutica y estado del registro de antirretrovirales; fortalecimiento de la capacidad de los organismos de reglamentación farmacéutica; calidad y especificaciones del producto para las licitaciones y los contratos de adquisición).
- **Precalificación de antirretrovirales y pruebas diagnósticas** (asesoramiento sobre productos que cumplan los criterios de calidad, seguridad y eficacia de la OMS; criterios operacionales para evaluar a las agencias de suministro y los laboratorios de control de la calidad).
- **Inteligencia de mercado** (información sobre fuentes de suministro y precios de los antirretrovirales, de otros medicamentos relacionados con el SIDA y de pruebas diagnósticas; indicadores de precios de las materias primas para la producción local).
- **Adquisición** (orientaciones mundiales y programas de formación en materia de adquisiciones; acceso al servicio de asistencia técnica del grupo de compradores de pruebas diagnósticas de OMS/ONUSIDA; acceso a procedimientos para obtener economías de escala mediante contratos a tipos internacionales).
- **Gravámenes a la importación y márgenes** (aranceles, impuestos y márgenes en otros países; asistencia técnica y política a los esfuerzos por reducirlos).
- **Gestión y seguimiento del suministro** (orientaciones y programas de formación en gestión y seguimiento del suministro; apoyo de consultores para mejorar los sistemas nacionales de suministro; apoyo técnico para elaborar estimaciones de las cantidades necesarias).
- **Producción local y aseguramiento de la calidad** (orientaciones sobre prácticas adecuadas de fabricación (PAF); cursos de formación en aseguramiento de la calidad y PAF; asistencia técnica al organismo nacional de reglamentación farmacéutica).

Las alianzas y colaboraciones cobrarán aún mayor relevancia a medida que programas importantes vayan ingresando en la fase de aplicación, incluidas las intervenciones financiadas por el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria y el Programa Multipaíses contra el VIH/SIDA del Banco Mundial (véanse los recuadros 2.3 y 2.4). El Fondo Mundial y el Banco Mundial han comprometido al menos US\$ 4500 millones para la lucha contra el VIH/SIDA. Se prevé que esta cifra aumentará considerablemente al poner en marcha el Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA. Aun así, la actual carencia de capacidad técnica en gran número de países receptores es un obstáculo muy importante al uso eficaz de estos recursos. Una de las mayores tareas colectivas consistirá en trabajar con los países y los receptores para procurar que el dinero dé el fruto deseado. El éxito depende de que se establezca una estrecha colaboración entre los financiadores y los organismos técnicos.

### UN NUEVO ENFOQUE PRÁCTICO DE LA DISPENSACIÓN DE TRATAMIENTO

Pese a lo limitado de los recursos y a los obstáculos técnicos, los planificadores sanitarios y los dispensadores de tratamiento están trabajando en muchos entornos

## Un refugio para los niños seropositivos



En el Incarnation Children's Center de Nueva York (EE. UU.), una niña llamada May muestra su disfraz al Dr. Steve Nicholas. May desciende de dos generaciones de personas seropositivas y es uno de los niños que, junto con sus familias, reciben un tratamiento ideado para minimizar el efecto del VIH/SIDA en su calidad de vida.

Este centro, fundado en 1988, afronta los desafíos del VIH/SIDA pediátrico mediante un modelo asistencial de base comunitaria que combina los conocimientos técnicos y el apoyo, y que aleja a los niños de las plantas de hospital. Desde 1992 el centro dispone también de una consulta ambulatoria para niños seropositivos que viven en la comunidad.

para extender la cobertura terapéutica lo más rápidamente posible, ampliándola de pequeños proyectos piloto a programas nacionales. Para lograrlo, la iniciativa «3 por 5» incorpora un enfoque práctico de «ingeniería» o «diseño de sistemas». El plan consiste en elaborar diseños de sistemas y protocolos terapéuticos innovadores que puedan extenderse incluso cuando los recursos médicos habituales sean muy limitados. Para ello hay que racionalizar y simplificar la logística de los programas, la dispensación del tratamiento y el seguimiento. Las estrategias simplificadas permitirán a las enfermeras y a los ayudantes clínicos tratar a los pacientes en el seno de un equipo terapéutico supervisado por un médico; los agentes de salud comunitarios proporcionarán apoyo complementario y vigilarán el cumplimiento terapéutico. Se ha comprobado en proyectos piloto que, si dichos agentes cuentan con una supervisión adecuada y modelos de tratamiento racionalizados, pueden asumir gran parte de la labor diaria de dispensación y apoyo al tratamiento (véase el capítulo 3).

Es necesario reducir la complejidad para acelerar el despliegue del tratamiento en áreas con sistemas de salud frágiles y una grave carencia de profesionales sanitarios bien preparados. La simplificación se aplica a las pautas farmacológicas y al seguimiento de laboratorio recomendados en las directrices de la OMS. Comprende, asimismo, los protocolos para la dispensación de tratamiento, el seguimiento y el apoyo a los pacientes, y la adquisición de medicamentos y la gestión del suministro. Para los pacientes, la simplificación no implica unos resultados peores que los que se obtendrían en países más ricos. Muchos aspectos de la dispensación, la logística de los programas y el seguimiento pueden racionalizarse sin que por ello se tenga que dejar de prestar una atención excelente.

En sus nuevas directrices terapéuticas racionalizadas, la OMS ha reducido de 35 a cuatro el número de pautas terapéuticas de primera línea recomendadas, todas ellas de gran eficacia y muy utilizadas en países de altos ingresos (11). Se basan en dos clases de antirretrovirales, reservan la clase de los inhibidores de la proteasa para el tratamiento de segunda línea, y pueden administrarse a niños, lo que supone una ventaja importante para el tratamiento familiar.

Estas cuatro pautas no requieren una cadena de frío, se pueden conseguir con facilidad y cuestan menos que las basadas en inhibidores de la proteasa. Se administran en pocas píldoras y cubren diversas circunstancias, como la coinfección tuberculosa y un posible embarazo. Otras ventajas importantes radican en los requisitos de laboratorio y el perfil de toxicidad. Las combinaciones de dosis fijas consisten en una sola píldora que contiene los tres antirretrovirales de una triterapia. La disponibilidad en forma de combinaciones de dosis fijas es un criterio importante a la hora de elegir las pautas simplificadas de primera línea. Considerando todos estos factores, las pautas basadas en la nevirapina, en particular la combinación d4T/3TC/NVP, son las más adecuadas como tratamiento inicial en los entornos con recursos limitados.

Además de sus ventajas logísticas, las pautas terapéuticas simplificadas, las combinaciones de dosis fijas y el menor número de píldoras gozan de gran predilección entre los pacientes. Favorecen el cumplimiento terapéutico y prolongan la eficacia del tratamiento. Por tanto, cabe esperar que reduzcan el riesgo de farmacoresistencia (11).

También las pruebas de laboratorio y los medios diagnósticos aplicados a vigilar la salud de los seropositivos deben simplificarse y resultar más accesibles para las poblaciones más pobres. Los datos demuestran que pueden utilizarse pruebas como el recuento total de linfocitos y la determinación de la hemoglobina mediante la escala de color allí donde todavía no se disponga de otras más sofisticadas para determinar la carga vírica y la cifra de linfocitos CD4. Las pruebas más sencillas, combinadas con evaluaciones clínicas llevadas a cabo por profesionales sanitarios convenientemente formados, pueden resultar eficaces para supervisar la evolución del SIDA, la eficacia del tratamiento y los efectos secundarios, incluso en entornos con una infraestructura sanitaria endeble (11-14).

Basándose en las pautas terapéuticas simplificadas, la OMS ha elaborado protocolos racionalizados de dispensación de tratamiento con los que se pretende facilitar la extensión masiva de la cobertura terapéutica, sobre todo en las numerosas zonas en las que la falta de médicos es un factor limitante de primer orden. Los modelos simplificados de tratamiento posibilitarían la progresiva descentralización de la dispensación

### Recuadro 2.3 El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria atrae, gestiona y desembolsa recursos a través de una nueva alianza publicoprivada con el propósito de contribuir de forma sostenible y significativa a aminorar los contagios, la morbilidad y la mortalidad, y con ello a reducir la pobreza y a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

El Fondo Mundial basa la aplicación de los programas en los conocimientos de expertos locales. Financia propuestas que reflejan la adhesión nacional y se elaboran y llevan a la práctica fomentando alianzas nacionales multisectoriales entre todas las partes interesadas de un país y todos los sectores de la sociedad.

Como mecanismo de financiación, el Fondo Mundial colabora estrechamente con otras

organizaciones multilaterales y bilaterales implicadas en actividades de salud y desarrollo para garantizar la coordinación entre los programas de nueva financiación y los ya existentes. Procura complementar la financiación de otros donantes y utilizar sus propias subvenciones para catalizar más inversiones por parte de los donantes y de los propios receptores. Desde su entrada en funcionamiento en enero de 2002, ha elaborado y puesto en marcha sistemas para analizar técnicamente las propuestas de subvención, desembolsar los fondos de forma eficiente, y vigilar y evaluar la eficacia de los programas y la rendición de cuentas. En diciembre de 2002 se firmó el primer acuerdo de subvención y se efectuó el primer desembolso. Un año después, el Fondo Mundial había concedido un total de US\$ 2100

millones a lo largo de dos años a 224 programas de 121 países y tres territorios.

Entre sus objetivos específicos figuran incrementar el suministro de antirretrovirales y dar apoyo a los servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias para prevenir la propagación del VIH. El Fondo Mundial también ayuda a los huérfanos facilitándoles servicios médicos, educación y asistencia comunitaria; ha triplicado el número de personas en el mundo que reciben tratamiento para la tuberculosis multirresistente; dispensa millones de tratamientos farmacológicos combinados para la malaria resistente y financia millones de mosquiteros para proteger a las familias africanas del contagio de esta enfermedad.

### Recuadro 2.4 Tratamiento antirretroviral gratuito en Barbados

Con la ayuda del Banco Mundial (a través del Programa Multipaíses de Prevención y Lucha contra el VIH/SIDA para la Región del Caribe), el Gobierno de Barbados ha elaborado un proyecto multisectorial de prevención y lucha contra el VIH/SIDA. Se ha comprometido a dispensar gratuitamente tratamiento antirretroviral a todos los ciudadanos seropositivos. El proyecto tiene un costo total de US\$ 23 millones y su propósito es fortalecer las actividades de prevención y extender masivamente el acceso al tratamiento antirretroviral.

La extensión masiva de la atención y el tratamiento del VIH/SIDA comprende:

- un centro especializado de atención y apoyo en régimen ambulatorio, denominado Ladymeade Reference Unit, que se abrió a principios de 2002 para ofrecer asesoramiento y pruebas voluntarias y

suministrar tratamiento antirretroviral;

- la introducción de directrices terapéuticas elaboradas por la OMS y basadas en pruebas científicas; se ha comprobado que es fácil respetarlas, y el cumplimiento de las triterapias estándar ha sido muy satisfactorio;
- la disponibilidad de un servicio de laboratorio ampliado en el que puedan realizarse pruebas de ELISA y determinaciones de CD4, CD8 y carga vírica;
- un sistema informatizado de gestión de casos, seguimiento, evaluación y vigilancia del VIH/SIDA.

Hasta el momento, los principales resultados del proyecto son los siguientes: en torno a un 56% menos de defunciones de pacientes registrados en consultorios; un 85% de pacien-

tes con una tasa de cumplimiento terapéutico superior al 95%; un 42% menos de ingresos hospitalarios para el tratamiento de las infecciones oportunistas entre enfermos de VIH/SIDA; un descenso del 59,4% en el número total de días de hospitalización; una reducción del 30% en la duración media de la estancia hospitalaria, y una tasa de transmisión de la madre al niño seis veces menor, con mantenimiento de tasas de transmisión inferiores al 6% a lo largo de cinco años.

El Gobierno de Barbados se ha comprometido a seguir financiando el tratamiento antirretroviral una vez concluido el proyecto, y ha asignado los fondos necesarios para ampliar todavía más el número de pacientes en tratamiento.

de antirretrovirales hasta el nivel de los centros de salud, que es vital para llegar a las personas más necesitadas. El tratamiento puede iniciarse en establecimientos de todos los niveles del sistema sanitario convencional, siempre y cuando dispongan de los elementos siguientes: servicios de asesoramiento y pruebas del VIH; personal formado y habilitado para prescribir tratamiento y hacer un seguimiento clínico de los pacientes; un suministro ininterrumpido de antirretrovirales, y un sistema seguro y confidencial de archivo de historias clínicas. Desplegar el tratamiento según este modelo planteará muchos desafíos complejos. Exigirá una rigurosa investigación operacional que ayude a determinar qué medidas son eficaces, cuáles no, y por qué, así como a informar y a difundir rápidamente estos conocimientos.

La gestión del suministro de medicamentos es un desafío de envergadura en muchas regiones duramente castigadas por el VIH/SIDA, pero el hecho de centrarse en un pequeño número de pautas terapéuticas simplificadas y utilizar combinaciones de dosis fijas facilitará la tarea. Los fármacos son, asimismo, una de las principales partidas del costo global de la iniciativa «3 por 5» (véase más adelante), por lo que es importante minimizar este gasto a fin de asegurar la sostenibilidad de los programas. La OMS trabajará con los países y los responsables de aplicar dichos programas para obtener antirretrovirales de calidad garantizada al menor precio posible.

### Actuar ahora para prevenir el importante problema de la resistencia a los antirretrovirales

Aunque se reconocen universalmente los beneficios de los antirretrovirales, preocupa que su uso generalizado e incorrecto pueda llevar al virus a hacerse resistente, lo que supondría un nuevo e importante problema de salud pública. Se plantea el interrogante de si la propia expansión del tratamiento podría acelerar su aparición.

Las primeras cepas víricas con menos sensibilidad a la zidovudina, el primer fármaco utilizado para tratar la infección por el VIH, se detectaron en 1989, tres años después de que empezara a usarse. Ulteriormente se han observado resistencias a todos los antirretrovirales autorizados en la actualidad (15).

La OMS contempla un sistema de vigilancia que permita el seguimiento de la resistencia del VIH como componente esencial de la extensión masiva del tratamiento. En esta tarea, la OMS y sus asociados buscan el pleno apoyo de la comunidad científica y de salud pública mundial dedicada al VIH/SIDA. La OMS ha constituido una coalición de 50 expertos mundiales en los aspectos de la resistencia del VIH relacionados con las políticas, la atención clínica y la investigación científica (HIVResNet), con objeto de que elabore directrices para vigilar las resistencias en distintos entornos y grupos de población.

Hasta ahora ha sido muy difícil reunir datos mundiales fiables sobre el grado de farmacoresistencia del VIH y su transmisión. En países en los que se dispone de antirretrovirales desde hace algunos años, la prevalencia de la resistencia está comprendida entre el 5% y el 27%. Según datos recientes de 17 países europeos, el 10% de los pacientes no tratados portan virus resistentes. Hay muy pocos datos sobre los países en desarrollo que van a aplicar programas de tratamiento antirretroviral y se necesita mucha más información (16).

La amenaza de unos mayores niveles de resistencia no puede ser excusa para abstenerse de dispensar un tratamiento que alarga la vida: en los países desarrollados, dicha amenaza no ha sido motivo para demorar el acceso universal. Lo que se necesita es hacer un seguimiento de la resistencia del VIH y trazar estrategias para reducir su aparición y propagación.

La OMS y sus asociados han fijado los objetivos siguientes:

- hacer un seguimiento de la resistencia del VIH y evaluar su tendencia geográfica y temporal;
- conocer mejor los determinantes de la resistencia, en particular el cumplimiento terapéutico y los factores que lo debilitan;
- identificar maneras de minimizar su aparición, evolución y propagación;
- proporcionar información a los responsables de políticas internacionales y nacionales mediante un sistema de difusión rápido y de fácil acceso.

La OMS ha señalado que es necesario apoyar firmemente la vigilancia mundial de la resistencia a los antirretrovirales. Desde diciembre de 2003 se pueden consultar en el sitio web de la Organización sus directrices para la vigilancia de la resistencia a los medicamentos contra el VIH (17). En ellas se abordan importantes aspectos de un sistema de vigilancia de alta calidad, como la toma de muestras, la recogida de datos, las pruebas de laboratorio, la gestión y el análisis de los datos, el control de la calidad y cuestiones de ética. Se apoyará la preparación y aplicación de un sistema de vigilancia de la resistencia del VIH, sobre todo en los países muy afectados donde no haya amplio acceso a los antirretrovirales. El acopio de información sobre la prevalencia de resistencia del VIH en esas zonas permitirá trazar una panorámica de partida que podrá compararse con los datos que se obtengan a lo largo del tiempo.

La OMS y sus asociados están elaborando y aplicando sistemas para medir la resistencia del VIH en personas de 20 países que no han tomado nunca antirretrovirales, así como para hacer un seguimiento de ella entre pacientes en tratamiento de cinco países. Para 2005, 40 países habrán puesto en marcha sistemas de vigilancia y 15 países dispondrán de sistemas de seguimiento.

### COSTOS DE LA META DE LA INICIATIVA «3 POR 5»

El costo exacto del logro de la meta de la iniciativa «3 por 5» dependerá de lo rápidamente que se extienda la cobertura asistencial en los países participantes. Es probable que alcance al menos los US\$ 5500 millones para el final de 2005 en el conjunto de países con alta carga de morbimortalidad que representan el 90% de la meta (18). Esta estimación presume que el 25% de la meta se alcanzará en 2004 y el 75% restante el año siguiente, y que los precios de los medicamentos se mantendrán en los mínimos actuales notificados por el Departamento de Medicamentos Esenciales y otras Medicinas de la OMS (US\$ 304 por persona y año para el tratamiento de primera línea). Los costos totales del programa podrían reducirse significativamente si los precios para todos los países se aproximaran a los negociados por la William J. Clinton Foundation para los 14 países a los que apoya (menos de US\$ 140 por persona y año para el tratamiento de primera línea).

Las proyecciones de costos se basan en las pautas terapéuticas exigidas para tres puntos de acceso: pacientes tuberculosos, consultorios de atención prenatal y establecimientos sanitarios. En lo relativo a los pacientes, comprenden:

- asesoramiento y distribución de preservativos para las personas sometidas a pruebas como parte del programa;
- antirretrovirales (medicamentos de primera línea para todas las personas identificadas en fases avanzadas de la enfermedad y medicamentos de segunda línea para los fracasos terapéuticos);
- antirretrovirales para prevenir la transmisión materno-infantil en las mujeres que resulten seropositivas en las pruebas de los consultorios de atención prenatal y se encuentren en las fases clínicas iniciales de la enfermedad;

- tratamiento y profilaxis de las infecciones oportunistas;
- cuidados paliativos;
- pruebas de laboratorio a los pacientes que muestren signos de toxicidad y cambio de fármacos en caso de confirmarse ésta.

En lo concerniente a los programas, los costos incluyen la formación de médicos, enfermeras, ayudantes clínicos, personal sanitario de la comunidad y voluntarios no especializados; la supervisión y el seguimiento; la mejora de la capacidad del sistema de distribución y almacenamiento de medicamentos; el reclutamiento de personal sanitario de la comunidad; las precauciones universales, y la profilaxis postexposición. Incluyen también la adquisición de un número adecuado de contadores de linfocitos CD4, contadores hematológicos automáticos y analizadores de sangre en los países de bajos ingresos a partir de 2005.

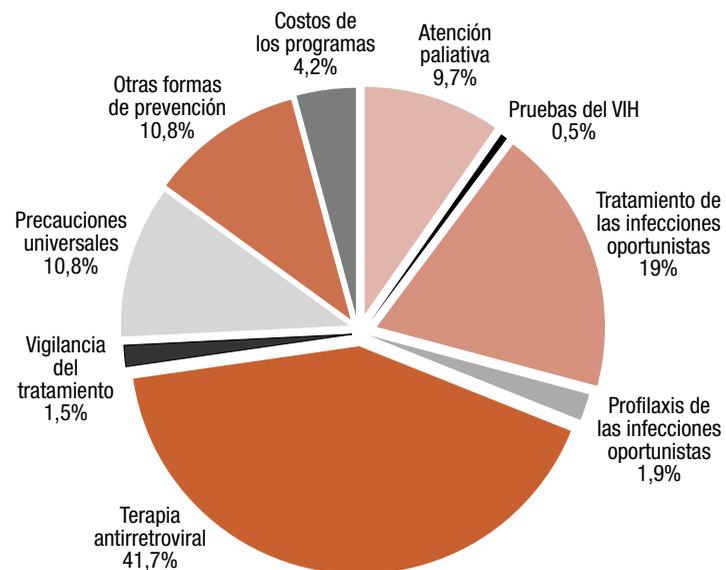
En la figura 2.2 se desglosan los costos estimados de la iniciativa «3 por 5» a lo largo de los dos años del periodo 2004–2005. Como era de prever, la mayor proporción corresponde a los antirretrovirales, aunque también contribuyen en grado importante el tratamiento de las infecciones oportunistas, los cuidados paliativos y las precauciones universales.

Esas estimaciones comprenden las actividades preventivas necesarias para apoyar directamente la estrategia de la iniciativa «3 por 5». Suponen también que otras intervenciones preventivas del VIH/SIDA proseguirán al ritmo actual. No contemplan cambios importantes en la infraestructura del sistema sanitario, que no son posibles dado el breve lapso en el que se desarrolla la iniciativa «3 por 5». Si al mismo tiempo se extienden masivamente otras intervenciones, quizá orientadas a la malaria, la tuberculosis o ambas, con financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, puede que surjan limitaciones a corto plazo por escasez de personal, de establecimientos sanitarios o de servicios de laboratorio. Para lograr

los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015, incluidos los relacionados con el VIH/SIDA, se requerirán inversiones inmediatas en infraestructura y en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios en muchos de los países que lleven a la práctica la iniciativa «3 por 5». Estas cuestiones se abordan más detalladamente en el capítulo 4.

La cifra de US\$ 5500 millones se refiere a los países con mayor carga de morbilidad por VIH/SIDA. Otras estimaciones anteriores más altas se han desechado por diversos motivos. Por ejemplo, el modelo asistencial en el que se basaban era más intensivo en cuanto a pruebas y tiempo de trabajo del personal que el adoptado por la OMS para hacer frente a la emergencia de tratamiento del SIDA. A ello se suma el considerable descenso de los precios de los medicamentos.

Figura 2.2 Costos previstos de la iniciativa «3 por 5» (total: US\$ 5500 millones), 2004–2005



## Puñados de esperanza



Eugene Richards/Network

La compañía minera sudafricana AngloGold estima que la tasa de prevalencia de VIH/SIDA entre sus 44 000 trabajadores está comprendida entre el 25% y el 30%. En julio de 2003, la empresa anunció que iba a ofrecer tratamiento antirretroviral a todos sus empleados seropositivos. Se planea dispensarlo a partir de 2004 a través del propio servicio médico sin ánimo de lucro de la compañía, de financiación privada y el mayor de su clase en el mundo. El servicio está estudiando la manera

de aplicar la iniciativa para determinar qué problemas plantea la dispensación de tratamiento y cómo solucionarlos. Los responsables del proyecto analizan actualmente los requisitos operacionales de dicha dispensación, sobre todo en materia de apoyo al cumplimiento terapéutico. Evaluarán cómo repercute el tratamiento antirretroviral en la capacidad de los pacientes para llevar adelante su trabajo, sobre todo bajo tierra, y harán un seguimiento de la sensibilidad a los fármacos.

### LOS PAÍSES, EN LA VANGUARDIA DE LAS ACTIVIDADES

Son los países los que lideran la rápida extensión del acceso al tratamiento del VIH/SIDA en el marco de la iniciativa de emergencia «3 por 5». Se han comprometido con ella los que ya están gravemente afectados por el VIH/SIDA y los que sufren epidemias pequeñas, pero en expansión.

Solucionar esta emergencia exige innovación, respaldada por la experiencia y los conocimientos técnicos. Implica racionalizar o suspender procedimientos bien conocidos, pero inadecuados, e idear otros nuevos y eficaces en breve plazo, al ritmo de los acontecimientos. En los países, los elementos clave de la respuesta a la emergencia son:

- un compromiso político y económico satisfactorio con la extensión masiva del acceso al tratamiento;
- mecanismos nacionales de alto nivel para planificar, coordinar y dirigir la extensión;
- la garantía de disponer permanentemente de medicamentos y pruebas diagnósticas;
- actuaciones rápidas para mejorar la capacidad de los servicios sanitarios y las comunidades;
- la creación de sistemas adecuados para el seguimiento y la evaluación de la investigación operacional a medida que se despliegan los programas.

Al recibir la invitación de un país, una misión de emergencia de la iniciativa «3 por 5» de la OMS puede ayudar a estimular el trabajo en todas las áreas mencionadas. Pocos días después de que el tratamiento del VIH/SIDA fuera declarado emergencia mundial, la primera misión nacional de la OMS estaba ya en Kenia. Empezó a trabajar con los funcionarios de salud y los dirigentes políticos nacionales, los representantes de la comunidad y de las organizaciones no gubernamentales, los dispensadores privados de atención sanitaria, los organismos internacionales y otros interesados directos para propiciar un consenso y catalizar acciones orientadas a extender rápidamente el tratamiento. La OMS ha enviado equipos similares de asesoramiento de emergencia a petición de los países. Para mediados de febrero de 2004 habían concluido 15 misiones de planificación de medidas de emergencia y estaban previstas varias más en respuesta a la solicitud de diversos países.

Los países afrontan el desafío de la iniciativa «3 por 5» desde puntos de partida muy diferentes y con distintas ventajas y desventajas. Aun así, se han identificado importantes áreas comunes a todos ellos. El anuncio a finales de 2003 del compromiso de países como China, India, Kenia, Malawi, Sudáfrica y Zambia, entre otros, con una extensión significativa del acceso al tratamiento fortaleció el creciente impulso común. En la actualidad, los países, las comunidades y los asociados internacionales trabajan para materializar los compromisos políticos en acciones que salven vidas. Los siguientes estudios de casos describen las diversas situaciones a las que se enfrentan los países, así como algunas cuestiones que se están planteando a menudo.

### China

Se estima que en China viven más de 800 000 seropositivos. La vía predominante de transmisión ha sido el consumo de drogas por vía parenteral, pero está aumentando el contagio por relaciones heterosexuales en el ámbito de la prostitución. A raíz del nuevo compromiso de sus dirigentes políticos, China ha adoptado la iniciativa «3 por 5», lo que significa asumir la meta de dispensar tratamiento a 100 000 pacientes para el final de 2005.

Los problemas de gran envergadura deben afrontarse rápidamente. Es preciso reforzar la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Los mecanismos para poner en marcha el tratamiento son incompletos y hay que reforzar los medios existentes en muchas áreas de trabajo. En la actualidad, aunque los antirretrovirales se dispensan gratuitamente, los pacientes deben pagar las pruebas del VIH, el tratamiento sintomático, el transporte y otros gastos. Estos costos son obstáculos importantes para acceder al tratamiento y cumplirlo. Afortunadamente, uno de los puntos fuertes de China es una industria farmacéutica nacional emergente que está fabricando antirretrovirales genéricos. El compromiso de alto nivel con la intensificación de las acciones de lucha contra el VIH/SIDA fue subrayado con ocasión del Día Mundial del SIDA de 2003, cuando el Primer Ministro Wen Jiabao y la Viceprimera Ministra Wuyi visitaron a los seropositivos en el Hospital Youan de Pekín.

### India

Según las estimaciones oficiales para 2003, en la India hay entre 3,8 y 4,6 millones de personas seropositivas, de las que 600 000 necesitan tratamiento con urgencia. La tasa nacional de prevalencia del VIH es inferior al 1%, pero algunas regiones y grupos de población están mucho más afectados. Por ejemplo, más del 50% de los profesionales del sexo del estado de Goa y la ciudad de Mumbai son seropositivos. Los esfuerzos de extensión masiva del tratamiento se centrarán inicialmente en seis

estados (Andhra Pradesh, Karnataka, Maharashtra, Manipur, Nagaland y Tamil Nadu), pero las dificultades son enormes. Por ejemplo, la ciudad de Mumbai, por sí sola, tiene una población mayor que Botswana y Zambia juntos.

El sistema sanitario de la India tiene importantes puntos fuertes, entre ellos un gran número de médicos y otros profesionales capacitados. Hoy día, la formación en la asistencia relacionada con la infección por el VIH forma parte de todos los programas docentes de medicina y enfermería, aunque aún son pocos los estudiantes que obtienen una experiencia práctica suficiente en atención clínica. El país dispone de numerosos centros médicos de primera fila y de un conjunto de instituciones de investigación de alto nivel. Es indudable que la adquisición y distribución de antirretrovirales planteará importantes dificultades, pero existen ya modelos eficaces de gestión del suministro de medicamentos, como el del estado de Delhi (19). La India posee una robusta industria farmacéutica que es también una fuente muy importante de antirretrovirales genéricos (véase el recuadro 2.5).

En vísperas del Día Mundial del SIDA de diciembre de 2003, y al tiempo que la OMS presentaba la iniciativa «3 por 5», el Gobierno de la India anunció el compromiso de empezar a dispensar antirretrovirales gratuitos a grupos seleccionados de pacientes en abril de 2004 y de tener a 100 000 personas en tratamiento en el plazo de un año. A los pocos días de este anuncio se invitó a la India a una misión de prospección de la OMS. Se está desplegando a especialistas en VIH/SIDA de la OMS en los seis estados con alta carga de morbilidad, y otras iniciativas se orientan a dar apoyo al país en ámbitos como la atención clínica, la adquisición de medicamentos, el apoyo de laboratorios y los servicios de seguimiento y evaluación.

Para mediados de febrero de 2004 estaba en marcha la formación de personal básico en 16 instituciones seleccionadas para iniciar el programa de tratamiento, bajo

## Recuadro 2.5 Fármacos asiáticos en ayuda de los pacientes africanos

El éxito de la iniciativa «3 por 5» depende de la disponibilidad de antirretrovirales asequibles y de buena calidad. Algunos de los principales fabricantes mundiales de antirretrovirales genéricos asequibles se encuentran en la Región de Asia Sudoriental de la OMS: la India y Tailandia exportan a países africanos como Etiopía, Kenia, Nigeria, el Senegal y Zambia.

La India, en particular, ha destacado como uno de los principales fabricantes de antirretrovirales asequibles. Varias de sus compañías farmacéuticas están liderando la baja de precios a nivel mundial. La caída de éstos en los últimos años se desencadenó por el anuncio decisivo de que, a través de Médicos Sin Fronteras, se iban a ofrecer medicamentos genéricos indios a pacientes africanos por sólo US\$ 350 por paciente y año. En aquellos momentos, el precio de los medicamentos ofrecidos por los laboratorios multinacionales estaba comprendido entre US\$ 10 000 y US\$ 15 000 por paciente y año. Gracias en parte a la competencia en la producción de medicamentos genéricos, el precio de los antirretro-

virales se ha reducido a una trigésima parte de su valor inicial.

En diciembre de 2003 los medicamentos antirretrovirales fabricados por los laboratorios farmacéuticos indios podían adquirirse por sólo US\$ 140 por paciente y año, tras un acuerdo negociado por la William J. Clinton Foundation. El Gobierno indio está trabajando con los laboratorios para ofrecer medicamentos a precios aún más bajos a los enfermos de VIH/SIDA de la India mediante un modelo de alianza publicoprivada. Los medicamentos de bajo costo ya han sido precalificados como fármacos «de calidad». En la actualidad, 12 antirretrovirales figuran en la lista nacional de medicamentos esenciales de la India. La OMS también precalificó recientemente la combinación de dosis fijas de lamivudina, estavudina y nevirapina, fabricada como genérico en la India y de la que se espera que simplifique la pauta terapéutica y permita a los pacientes tomar un solo comprimido dos veces al día. La precalificación permitiría a las Naciones Unidas comprar combinaciones de dosis fijas

a fabricantes de genéricos de la India para su uso en todo el mundo.

Sin embargo, algunos de los medicamentos genéricos más recientes quedarán protegidos por patentes a partir de 2005, cuando el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) entre en vigor en la India. Después de esta fecha los fabricantes indios de genéricos tendrán que esperar a que expiren las patentes para empezar a fabricar nuevos fármacos, pues de lo contrario el país se enfrentaría a sanciones comerciales. Para la industria farmacéutica india y para los importadores de genéricos una posibilidad sería apelar a las consideraciones sobre salud pública de la Declaración de Doha. En esta ciudad, se adoptó una declaración aparte por la cual el Acuerdo sobre los ADPIC no deberá impedir a los miembros adoptar medidas para proteger la salud pública. Por tanto, la Declaración de Doha constituirá un elemento crucial para extender de forma masiva el tratamiento.

la dirección de la organización nacional india de lucha contra el SIDA (National AIDS Control Organization). La OMS ha trabajado con ésta para ultimar el programa de formación y el material necesario, así como un plan de fortalecimiento de la capacidad.

### Kenya

En Kenya viven aproximadamente 1,8 millones de seropositivos. De las 280 000 personas que necesitan tratamiento antirretroviral urgente, hoy día lo están recibiendo unas 11 000, es decir el 4%. La mayoría de ellas son tratadas en el sector privado o por organizaciones no gubernamentales o confesionales.

Kenya ha demostrado un alto grado de compromiso político con la extensión masiva del acceso al tratamiento y la asistencia, así como con las labores de prevención. Funcionarios de salud pública han fijado la meta siguiente: «Dispensar progresivamente tratamiento antirretroviral eficaz, llegando al 50% de la población necesitada (140 000 pacientes) en 2005 y al 75% (200 000 pacientes) en 2008, para elevar la calidad de vida y prolongar 10 años la supervivencia, reducir las hospitalizaciones relacionadas con el VIH en un 60% y mejorar significativamente las labores nacionales de prevención». Los principales obstáculos para el logro de este objetivo son el gran déficit de financiación, unas instalaciones sanitarias con poco personal y las altas tasas de desempleo registradas entre los profesionales sanitarios preparados. El conocimiento del tratamiento y de cómo administrarlo es deficiente; esto se asocia a niveles muy altos de estigmatización tanto entre los profesionales sanitarios como en la población general.

El Gobierno ha declarado el VIH/SIDA catástrofe nacional y está ultimando las disposiciones legales encaminadas a mejorar la lucha contra la epidemia, incluida la prestación urgente de atención y tratamiento. Kenya ya ha avanzado mucho en los preparativos para institucionalizar la asistencia y el tratamiento. El Ministerio de Salud ha presentado planes para la apertura gradual de 30 centros de atención integral del VIH/SIDA seleccionados en función de la cobertura geográfica, la prevalencia del VIH y el nivel de preparación para el tratamiento antirretroviral. Se ha empezado a capacitar a los profesionales sanitarios y se han eliminado las barreras legales a la importación y fabricación local de antirretrovirales genéricos.

### Tailandia

Tailandia alberga actualmente a 100 000 personas necesitadas de tratamiento, pero se espera que alcance la meta de la iniciativa «3 por 5», es decir, tratar a 50 000 pacientes para el final de 2005. Desde la década de 1990 dispone de un programa integral de lucha contra el VIH/SIDA, que aúna la prevención, la atención y el tratamiento (véase el recuadro 1.4).

En septiembre de 2003, el programa nacional de tratamiento antirretroviral daba cobertura a más de 13 000 pacientes. El Gobierno ha destinado US\$ 25 millones para alcanzar la meta de 2004. El programa sigue fortaleciendo las infraestructuras y la capacidad en materia de gestión y dispensación de servicios. Los antirretrovirales quedarán pronto cubiertos por el plan de seguro médico universal. Los mayores desafíos radican en garantizar el cumplimiento terapéutico y fortalecer el seguimiento del programa, así como en vigilar la resistencia.

### Zambia

En Zambia, donde la prevalencia del VIH en la población adulta asciende al 16%, alrededor de un millón de personas son seropositivas y unas 200 000 necesitan con urgencia antirretrovirales. El Gobierno se ha mostrado firmemente comprometido con

la extensión masiva del acceso al tratamiento, aunque los avances se han visto ralentizados por la escasez de recursos y capacidad del sistema sanitario. Al final de 2003, sólo unos mil pacientes estaban recibiendo antirretrovirales en el sector público; un número desconocido de ellos los reciben en el sector privado. En 2003, después de las conversaciones que mantuvieron funcionarios gubernamentales del sector sanitario y una delegación de la OMS, se aprobó la meta nacional de 100 000 personas en tratamiento para el final de 2005.

Los obstáculos para alcanzar esa meta son de escala y complejidad similares a las de los hallados en muchos países del África subsahariana. Comprenden la falta de financiación para cubrir el costo previsto de los medicamentos, una importante carencia de recursos humanos en el sector sanitario, una escasa capacidad de laboratorio, sistemas de seguimiento y evaluación endeble y una difusión insuficiente de la información entre los interesados directos y las comunidades. El VIH/SIDA sigue estando muy estigmatizado, lo que limita el número de personas que solicitan someterse a las pruebas o recibir atención tanto en el sector privado como en el público. La pobreza y la imposibilidad individual de pagar los medicamentos dificultan considerablemente la extensión del acceso al tratamiento a nivel nacional, dado que el 73% de los zambianos son pobres (20).

En su discurso sobre el Estado de la Nación dirigido en enero de 2004 al Parlamento, el Presidente de Zambia, Levy Mwanawasa, reafirmó el compromiso con la iniciativa «3 por 5». La OMS ha colaborado estrechamente con funcionarios del Ministerio de Salud en la preparación de un plan de aplicación que comprende un ambicioso programa de capacitación de miles de profesionales sanitarios, trabajadores comunitarios y voluntarios en aspectos de la dispensación de tratamiento durante el periodo 2004–2005. La OMS también brinda a Zambia cooperación política y técnica para elaborar una propuesta encaminada a obtener financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. La financiación del Plan de Emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos para la Mitigación del SIDA acelerará aún más la respuesta nacional.

### POLÍTICAS ÉTICAS PARA EL TRATAMIENTO

La iniciativa «3 por 5» ofrece a los países la oportunidad no sólo de incrementar significativamente el acceso al tratamiento antirretroviral, sino también de dinamizar el esfuerzo organizado en pos de la Salud para Todos. Los principios que rigen la atención primaria (la equidad de los sistemas sanitarios, una mayor participación de la comunidad y enfoques multisectoriales) son también esenciales en la ética del tratamiento contra el VIH. Al poner en marcha los programas debe prestarse especial atención a la imparcialidad, ya que son más las personas que necesitan tratamiento que las que lo recibirán. Aun así, el riesgo de que los programas no sean totalmente imparciales no debe retrasar la acción. Ofrecer unos programas transparentes, responsables y abiertos a todas las comunidades afectadas e interesados directos, y tener en cuenta de manera demostrable las opiniones de las personas, no sólo incrementará las probabilidades de que dichos programas sean éticamente defendibles y sostenibles a largo plazo, sino que ayudará también a los países a alcanzar otros objetivos importantes en materia de salud.

Un dilema fundamental que afrontan los responsables de políticas es el de si cabe establecer alguna diferencia moralmente significativa entre las personas que justifican posibles distinciones entre ellas como receptoras de tratamiento. Por ejemplo, ¿debe adoptarse un enfoque que favorezca deliberadamente a los pobres aduciendo que los sistemas sanitarios a menudo pasan por alto sus necesidades?

Entre las cuestiones que deben analizarse se encuentran las siguientes:

- ¿Hasta qué punto puede admitirse que los criterios de imparcialidad limiten el objetivo habitual de las intervenciones en salud pública, es decir, maximizar los beneficios? La forma más eficiente de extender los programas de tratamiento puede ser empezar por las personas que ya están en las listas de espera, o en el sistema sanitario. Si, en la actualidad, dichas listas existen fundamentalmente en los hospitales de élite con consultorios especializados, los grupos pobres, rurales, marginados o afectados se verán infrarrepresentados. Por otra parte, esperar a que los programas extrainstitucionales tengan capacidad para atender a estos grupos determinará que se salven muchas menos vidas en los primeros años.
- ¿Debe medirse el beneficio únicamente por los efectos sobre la salud? Algunas personas han insistido en que el tratamiento antirretroviral debería dispensarse prioritariamente a los profesionales sanitarios, basándose en que si no se salva a los médicos y enfermeras, el sistema sanitario se deteriorará más o se colapsará. ¿Debe aplicarse el mismo criterio al personal docente, los funcionarios públicos, los policías, los soldados, los empleados en general, los familiares, los cuidadores u otras personas?
- Los enfoques «verticales» de dispensación de atención sanitaria, como la creación de consultorios especializados en VIH/SIDA, pueden maximizar el número de personas tratadas a corto plazo, pero probablemente no sean sostenibles a largo plazo en muchos entornos, y podrían desviar recursos de la atención primaria y el sistema público en general. Esto situaría en desventaja a otros grupos de pacientes, en particular a los más pobres y vulnerables, que son los que más dependen de esa atención. De la misma forma, la decisión de empezar por las listas de espera ya existentes, localizadas fundamentalmente en los hospitales urbanos, puede afectar o no al desarrollo de programas para los grupos a los que es difícil llegar.
- ¿Deben las personas pagar por el tratamiento antirretroviral que reciben? El argumento de ofrecer gratuitamente el tratamiento a los usuarios se formula a menudo en términos médicos y de salud pública (los pagos disuadirán a las personas de cumplir o continuar el tratamiento, lo que podría conducir a la aparición de resistencias). También cabe argüir que un sistema en el que las tarifas se evalúen según la «capacidad de pagar» no sólo será oneroso desde el punto de vista administrativo, sino que se convertirá en una barrera que disuadirá a las personas pobres de solicitar atención y debilitará la premisa ética de solidaridad en la que se sustenta la Salud para Todos.
- En el caso de muchos países no está claro cómo se mantendrá a largo plazo el compromiso de dispensar antirretrovirales sin el apoyo de los donantes, que no está garantizado. ¿El hecho de que quizá en el futuro no se pueda disponer de los medicamentos justificaría que no se iniciara el tratamiento? ¿O acaso el mayor error consistiría en no dispensar tratamiento durante todo el tiempo posible?

La OMS y el ONUSIDA se han puesto a la cabeza de la elaboración de orientaciones sobre estos y otros aspectos éticos de las políticas mediante consultas con los países, los responsables de aplicar los programas, los defensores de los intereses de la población subatendida, los seropositivos y los especialistas en ética. Aunque la OMS reconoce que los Estados Miembros tienen obligaciones jurídicamente vinculantes en el marco del derecho a la salud, las orientaciones de la OMS adoptarán la forma de principios éticos no vinculantes y enfocados a las políticas. Esas orientaciones demuestran que el compromiso con los principios éticos, los derechos humanos, la

atención primaria y unos procesos imparciales puede ayudar a los países a tomar las arduas decisiones que se les plantean.

### Poner la iniciativa «3 por 5» al servicio de los pobres y los marginados

La brecha terapéutica del SIDA refleja la creciente polarización entre los ricos y los pobres del mundo en materia de salud y bienestar. La iniciativa de tratamiento es una oportunidad para que la comunidad mundial se una en el audaz empeño de corregir las disparidades en salud mediante acciones concretas y orientadas a objetivos. Aun así, en el proceso de extensión del acceso al tratamiento, las autoridades nacionales y los responsables de aplicar los programas tendrán que tomar arduas decisiones políticas y éticas.

Muchas de las áreas en las que debe actuar la iniciativa «3 por 5» se caracterizan por profundas desigualdades socioeconómicas y disparidades en el acceso a los servicios de salud. Los programas de tratamiento del VIH/SIDA, por sí solos, no pueden resolverlas, pero los responsables de planificar y aplicar esos programas, en colaboración con las comunidades, están en situación de adoptar medidas para reducir el impacto de las actuales desigualdades de acceso, por ejemplo, facilitando el tratamiento de las mujeres y los niños (véase el recuadro 2.6). Para garantizar que los más pobres y los grupos socialmente marginados y estigmatizados, como los profesionales del sexo y los consumidores de drogas por vía parenteral, tengan oportunidades equitativas hará falta una planificación focalizada y una vigilancia permanente de la elaboración, financiación y aplicación de los programas de tratamiento. Es esencial que participen

## Recuadro 2.6 Garantizar la igualdad de acceso para hombres y mujeres

En la mayoría de los países, las relaciones entre los sexos se caracterizan por una distribución desigual del poder entre hombres y mujeres; ellas tienen menos derechos y un acceso más restringido a la educación, la formación, las actividades remuneradas, la propiedad y los servicios de salud. Estos factores afectan a su capacidad para protegerse frente al VIH, así como a su acceso a los conocimientos en materia de salud, al tratamiento y a la atención. En condiciones ideales, las intervenciones sanitarias no sólo reconocerán la situación existente y responderán a ella, sino que promoverán estrategias de cambio que cuestionarán la desigualdad en los roles y las relaciones entre los sexos.

Los siguientes son elementos de primera importancia en la elaboración de programas de tratamiento.

**Acceso a la información.** Es vital instruir sobre la disponibilidad y los beneficios del tratamiento antirretroviral («alfabetismo terapéutico») para generar demanda y sostenerla. Los medios utilizados (como la radio, las dramatizaciones y los grupos de compañeros) para llevar la información a las personas y transmitirles los mensajes pueden ser diferentes en el caso de las mujeres y de los hombres.

**Acceso a los servicios.** Los servicios deben hacer frente a las barreras a las que se enfrentan las mujeres por razón de sexo: económicas, culturales, de coste de oportunidad (las distancias, los calendarios de dispensación y el tiempo de espera pueden hacer que los servicios sean inaccesibles para las mujeres) y de calidad de la atención, además del estigma y la discriminación. Implicar a las personas en la concepción de los servicios puede ayudar a identificar dichas barreras, mejorar el diseño e involucrar a las comunidades en labores de apoyo.

**Puntos de acceso al tratamiento antirretroviral.** La atención prenatal es un punto de acceso indiscutible para identificar a las mujeres que necesitan tratamiento, pero hay que ir más lejos y llegar hasta las mujeres seropositivas que no están embarazadas, en particular las jóvenes.

**Barreras a las pruebas y el asesoramiento.** La decisión de someterse a las pruebas está influida por la percepción del riesgo. Muchas mujeres casadas que son monógamas y fieles no se sienten en situación de riesgo. Las mujeres temen a menudo las consecuencias negativas de las pruebas.

**Barreras a la revelación de los resultados.** Es preciso poner remedio al temor justificado de las mujeres ante las consecuencias de revelar los resultados de las pruebas, como la violencia y el rechazo. Dichas consecuencias son más frecuentes cuando la mujer se somete a las pruebas antes que su pareja. Asesorar y realizar pruebas a ambos miembros, así como revelar los resultados por mediación de un asesor formado y educar a las comunidades y los familiares son todas ellas medidas que pueden resultar útiles para reducir el estigma y la discriminación de las mujeres que resultan seropositivas. Debe respetarse el derecho de las mujeres a la confidencialidad.

**Vigilancia y seguimiento.** Es necesario un seguimiento continuo para determinar a qué personas se llega y a cuáles no, y proceder a los ajustes pertinentes. Se debe animar a los países a fijar para las mujeres unas metas basadas en las características epidemiológicas locales.

**Formación de dispensadores.** La incorporación de criterios de género a las iniciativas de tratamiento brinda la oportunidad de dirigir la atención hacia la violencia de género y otras barreras.

activamente los grupos representantes de las comunidades pobres y marginadas, como ha demostrado la experiencia en la ciudad de Río de Janeiro (véase el recuadro 2.7).

No hay respuestas sencillas para muchos de los interrogantes éticos que plantea el tratamiento contra el VIH. La OMS y el ONUSIDA han puesto en marcha un proceso de consultas sobre el acceso equitativo al tratamiento y la atención del VIH/SIDA en el que participan muchos interesados directos. Ello dará origen a orientaciones para los países, los dispensadores de tratamiento y las comunidades. La OMS y el ONUSIDA no pueden imponer restricciones uniformes, pero sí identificar los interrogantes pertinentes y las posibilidades de intervenir.

Las decisiones de los países respecto a la asignación de prioridad para el tratamiento pueden diferir, pero no por ello debe verse menoscabada la imparcialidad del procedimiento. Los requisitos procedimentales básicos son que exista un mecanismo claro y sujeto a reglas para determinar la prioridad de acceso, y que dicho mecanismo sea concebido y supervisado por medio de un proceso integrador y participativo en el que intervengan todos los grupos de interesados directos. La relación de interesados pertinentes comprende a los seropositivos, los profesionales sanitarios, los gobiernos, las asociaciones médicas, los organismos de reglamentación farmacéutica, el sector privado, los donantes, las instituciones académicas y las organizaciones no gubernamentales comunitarias y confesionales. La participación de las comunidades es indispensable.

#### DESPUÉS DE 2005

La iniciativa «3 por 5» ha fijado una meta sujeta a un calendario, lo cual resulta útil para impulsar el rendimiento y medir los resultados. Pero la iniciativa no terminará en 2005, en parte porque los pacientes necesitarán seguir recibiendo tratamiento

durante el resto de sus vidas. Por añadidura, más allá de la meta inmediata queda el objetivo del acceso universal. La meta sólo colma la mitad de la brecha terapéutica mundial del VIH/SIDA: otros tres millones de personas seguirán necesitando urgentemente antirretrovirales. Con el tiempo, la casi totalidad de los 40 millones de seropositivos que hay en el mundo los necesitarán. Es preciso que las mejoras logradas para 2005 en el acceso al tratamiento se extiendan rápidamente a las personas que sigan privadas de él.

La meta inmediata y el objetivo más general de la cobertura universal supondrán un desafío para las comunidades, los países y las instituciones mundiales relacionadas con la salud, pero hay que afrontarlos. Ya no se discute si debe extenderse el tratamiento, sino cómo hacerlo. El uso de antirretrovirales en los países en desarrollo se ampliará rápidamente en los años venideros. Muchas personas seropositivas, incluso las muy pobres, se encontrarán con la posibilidad de obtener medicamentos que prometen prolongarles la vida. ¿Se conseguirá eso de forma eficiente, mediante programas racionales capaces de fijar criterios rigurosos para la calidad de los medicamentos, la atención y el apoyo a los pacientes, el cumplimiento y el seguimiento terapéutico? ¿Se respetarán los principios de equidad y acceso imparcial? ¿O bien el inevitable incremento del uso de antirretrovirales en entornos con recursos limitados tendrá lugar de forma fragmentaria y anárquica, y el acceso estará determinado en gran medida por factores geográficos, el nivel social y la capacidad de pagar? ¿Implicará esto que sólo se ofrecerá un apoyo limitado al cumplimiento terapéutico y una escasa supervisión de la calidad de los medicamentos y el seguimiento de la resistencia?

## La historia de Anna Vincent

Al igual que Joseph Jeune (véase el Panorama general), Anna Vincent, de 36 años, estaba muy enferma antes de que la trajeran al centro médico de Lascahobas, en la región central de Haití, donde le diagnosticaron VIH/SIDA y tuberculosis. Quedó hospitalizada durante tres semanas y empezó a recibir antirretrovirales. Desde entonces, se ha recuperado muy bien y ha engordado más de 16 kg.

«Sin antirretrovirales, no estaría aquí para cuidar de mis hijos. Habría desaparecido. Mi familia ha estado siempre a mi lado, pero sin el tratamiento sólo les quedaría preparar mi funeral. Ahora puedo labrar un futuro para mis hijos», dice Anna.

Planea reanudar sus clases de costura y, entretanto, el centro médico de Lascahobas le ha concedido una subvención para que se haga vendedora. Ahora podemos verla todos los días, sonriente, en el mercado local.



David Walton/Partners in Health

### Recuadro 2.7 Llegar a los pobres en Río de Janeiro

Río de Janeiro es la segunda ciudad del Brasil por número de habitantes, 5,8 millones, de los que más de un millón residen en los barrios de chabolas. El primer caso de VIH/SIDA se registró en 1982; desde entonces, se han declarado al programa municipal del VIH/SIDA 24 000 casos, una epidemia que se concentra en las barriadas más pobres. Pese al gran número de hospitales y otros centros médicos de la ciudad, ha sido muy difícil ofrecer acceso a la atención sanitaria. Desde 1992, y siguiendo el ejemplo del Gobierno nacional, se ha puesto en marcha un conjunto de actividades de prevención y servicios asistenciales. El acceso universal y gratuito a la triterapia antirretroviral se instauró en 1996.

Para resolver el problema de la falta de acceso a los servicios se lanzó un programa de formación de los profesionales de la salud que se actualiza continuamente. Hoy día, personal de 51 centros sanitarios, incluidos hospitales universitarios y unidades de atención primaria, dispensa antirretrovirales a más de 19 000 enfermos de VIH/SIDA en todas las zonas de

la ciudad. Más de la mitad de los pacientes son seguidos en unidades de atención primaria en las que también se dispensan tratamiento antituberculoso, atención prenatal y otros programas de salud.

Coincidiendo con la puesta en marcha del programa de formación, diversas organizaciones no gubernamentales, asociadas al programa municipal y con apoyo económico del Ministerio de Salud, emprendieron varios proyectos dirigidos a las poblaciones vulnerables. Un total de 120 unidades asistenciales llevan a cabo actividades de prevención, como la distribución de preservativos, y más de 50 proyectos hacen frente a la epidemia en poblaciones específicas bajo la dirección de organizaciones no gubernamentales.

También se ha puesto en marcha un programa para agentes de salud comunitarios y se han creado alianzas con organizaciones comunitarias para difundir medidas de prevención, conducir a las personas que ignoran que están infectadas a los servicios que puedan brindarles ayuda y reducir el estigma. En los centros

sanitarios se han constituido grupos de formación y apoyo para promover el cumplimiento terapéutico, con la participación activa de organizaciones no gubernamentales. Hasta el momento, la evaluación del cumplimiento y de las resistencias arroja en el Brasil resultados similares a los de los países desarrollados.

En el ámbito local, la alianza con la sociedad civil impulsa las innovaciones necesarias para hacer frente a la epidemia. El apoyo político local y nacional ha sido decisivo para que se reconozca al VIH/SIDA como un problema de salud pública y, por tanto, para extender rápidamente las actividades a todo el sistema sanitario. Como consecuencia de este esfuerzo multisectorial, las muertes relacionadas con el SIDA descendieron en torno a un 70% en Río de Janeiro. La caída de las hospitalizaciones y el aumento de las visitas a los centros de atención ambulatoria demuestran que se ha producido una mejora generalizada del tratamiento de las enfermedades relacionadas con el SIDA. (21–23).

Sin un compromiso serio en cuanto al acceso al tratamiento, el último escenario es el más probable, y conducirá inevitablemente a la exclusión de un gran número de pacientes necesitados, a peores resultados para muchos de los que obtengan algún tipo de tratamiento y a la rápida propagación de la resistencia a los medicamentos. El compromiso de la comunidad sanitaria mundial en torno al acceso al tratamiento puede garantizar que la expansión de ese acceso se realice de forma rápida y equitativa, maximizando los beneficios al tiempo que se limitan los riesgos para la salud pública.

Este compromiso común fortalecerá también alianzas que son esenciales para el futuro de la salud pública mundial. Anteriores campañas mundiales eficaces, como la erradicación de la viruela, la batalla mundial contra la tuberculosis, la movilización masiva contra la poliomielitis y la respuesta al SRAS, ofrecen importantes enseñanzas aplicables a la extensión masiva del tratamiento. Todos estos empeños superaron grandes obstáculos y la mayoría tropezaron con dificultades imprevistas, aunque ninguno puede compararse al desafío del tratamiento del VIH/SIDA en amplitud y complejidad. La iniciativa «3 por 5» está catalizando nuevas formas de trabajar dentro de la OMS y en toda la comunidad sanitaria mundial, basadas en una labor de equipo entre varios asociados orientada a resultados, en el establecimiento de firmes vínculos entre comunidades, autoridades nacionales e instituciones internacionales y, por encima de todo, en el compromiso con la equidad en materia de salud.

Con la mirada puesta más allá de 2005, la OMS, el ONUSIDA y sus asociados desarrollarán un nuevo enfoque estratégico que, utilizando mecanismos sostenibles de financiación y dispensación, permita mantener los logros de la iniciativa «3 por 5» y extenderlos, de manera que el tratamiento antirretroviral entre a formar parte del conjunto de servicios de atención primaria prestados en cualquier consultorio y centro de salud. La movilización de recursos y el desarrollo de la infraestructura de atención crónica necesaria para dispensar tratamiento durante toda la vida en instalaciones periféricas de atención primaria introducirán modificaciones duraderas en los sistemas sanitarios. Como se explica en el siguiente capítulo, avanzar satisfactoriamente en esas direcciones dependerá también de que se establezcan estrechas alianzas entre el sector sanitario convencional y muchas comunidades y grupos, en particular los de personas afectadas por el VIH/SIDA.

## Referencias

1. *Access to antiretroviral treatment and care: the experience of the HIV Equity Initiative, Cange, Haiti*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 ([http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/Haiti\\_E\\_Final2004.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Haiti_E_Final2004.pdf), visitado el 16 de febrero de 2004).
2. *Antiretroviral therapy in primary health care: experience of the Khayelitsha programme in South Africa*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 ([http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/South\\_Africa\\_E.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf), visitado el 16 de febrero de 2004).
3. *Scaling up antiretroviral therapy: experience in Uganda*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (Perspectives and Practice in Antiretroviral Treatment Series; [http://www.who.int/hiv/pub/prev\\_care/en/Uganda\\_E.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Uganda_E.pdf), visitado el 16 de febrero de 2004).
4. Farmer P, Léandre F, Mukherjee JS, Gupta R, Tarter L, Yong Kim J. Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introducción del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, Recopilación de artículos, N° 6, 2002, 77–83.
5. Centers for Disease Control and Prevention. Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2003, 52:329–332.
6. *The long-run economic costs of AIDS: theory and application to South Africa*. Washington, DC, Banco Mundial, 2003.
7. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 – Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.
8. Teixeira PR, Antônio Vitória M, Barcarolo J. The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy ([http://www.iaen.org/files.cgi/11066\\_part\\_1\\_n2\\_Teixeira.pdf](http://www.iaen.org/files.cgi/11066_part_1_n2_Teixeira.pdf), visitado el 16 de febrero de 2004).
9. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA et al. Dramatic improvement in survival among Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675–1682.
10. OMS/ONUSIDA. *Tratar a tres millones de personas para 2005: cómo hacerlo realidad. La estrategia de la OMS*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003.
11. *Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados. Directrices para un enfoque de salud pública*. Resumen de orientación. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, abril de 2002. (<http://www.who.int/3by5/publications/en/ARVGuidelinesRevised2003.pdf>, visitado el 16 de febrero de 2004).
12. Badri M, Wood R. Usefulness of total lymphocyte count in monitoring highly active antiretroviral therapy in resource-limited settings. *AIDS*, 2003, 17:541–545.
13. Kumarasamy N, Mahajan AP, Flanigan TP, Hemalatha R, Mayer KH, Carpenter CC et al. Total lymphocyte count (TLC) is a useful tool for the timing of opportunistic infection prophylaxis in India and other resource-constrained countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2002, 31:378–383.
14. van der Ryst E, Kotze M, Joubert G, Steyn M, Pieters H, van der Westhuizen M et al. Correlation among total lymphocyte count, absolute CD4+ count, and CD4+ percentage in a group of HIV-1-infected South African patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1998, 19:238–244.
15. Stevens W, Kaye S, Corrah T. Antiretroviral therapy in Africa. *BMJ*, 2004, 328:280–282.
16. *How will the 3 by 5 initiative deal with HIV drugs resistance?* Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2003 (WHO/HIV/2003.10; [http://www.who.int/3by5/publications/briefs/en/drug\\_resistance.pdf](http://www.who.int/3by5/publications/briefs/en/drug_resistance.pdf), visitado el 17 de febrero de 2004).
17. *Guidelines for surveillance of HIV drug resistance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, (proyecto de documento para revisión; <http://www.who.int/3by5/publications/documents/hivdrugsurveillance/en/>, visitado el 16 de febrero de 2004).
18. OMS/ONUSIDA. *Estimated cost to reach the target of 3 million with access to antiretroviral therapy by 2005 (“3 by 5”)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, ([http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/cost\\_of\\_3by5.pdf](http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/cost_of_3by5.pdf), visitado el 17 de febrero de 2004).
19. Chaudhury R, Bapna S. *Effect of interventions on rational use of drugs*. Paper presented at Conference on the State of the Art and Future Directions, Chiang Mai, Tailandia, 1–4 de abril de 1997 ([http://www.who.int/dap-icium/posters/4D1\\_TEXT.html](http://www.who.int/dap-icium/posters/4D1_TEXT.html), visitado el 17 de febrero de 2004).
20. *Zambia poverty reduction strategy paper 2002–2004*. Lusaka, Ministry of Finance and National Planning, 2002.
21. Brindeiro RM, Diaz RS, Sabino EC, Morgado MG, Pires IL, Brigido L et al. Brazilian Network for HIV Drug Resistance Surveillance (HIV-BResNet): a survey of chronically infected individuals. *AIDS*, 2003, 17:1063–1069.
22. Szwarcwald CL, Bastos FI, Barcellos C, Esteves MAP, de Castilho EA. Dinâmica da epidemia de AIDS no Município do Rio de Janeiro, no período de 1988–1996: uma aplicação de análise estatística espaço-temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, 2001, 17:1123–1140.
23. Marins JR, Jamal LF, Chen SY, Barros MB, Hudes ES, Barbosa AA. Dramatic improvement in survival among adult Brazilian AIDS patients. *AIDS*, 2003, 17:1675–1682.