

A experiencia de médicos sen fronteiras no tratamento de VIH/Sida

Arceo Tüñez, A.

Médico residente de MFC. Unidade Docente de Santiago de Compostela

CAD. ATEN. PRIMARIA 2004; 11: 262-264

DIMENSIÓN DO PROBLEMA

Hoxe no mundo en vías de desenvolvemento hai 40 millóns de persoas VIH positivas. De entre os máis de seis millóns de persoas que necesitan con urxencia recibir tratamento antirretroviral (ARV), 4,1 millóns viven en África subsahariana, onde cada día morren 6500 persoas por esta doenza. Hai dous anos, no curso da XIV Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en Barcelona, definiuse coma *emergencia humanitaria* o tratamento para a SIDA: seis millóns de persoas presentaban clinicamente indicacións para iniciar urxentemente a terapia con ARVs, pero só unha pequena fracción tiñan acceso a ela. O activismo internacional e a acción médica comezaron a demostrar a viabilidade do tratamento con ARVs en contextos con recursos limitados, e tanto os gobernos coma as institucións internacionais víronse apremiados a facer fronte á catástrofe cotián que supón a pandemia da SIDA, instándolles así mesmo a ofrecer unha resposta seria ao problema. A Organización Mundial da Saúde (OMS) anunciou posteriormente o obxectivo de garantir o tratamento para polo menos tres millóns de persoas a finais do ano 2005.

Dous anos despois de Barcelona, nos países en vías de desenvolvemento unicamente 440.000 persoas dun total de seis millóns que necesitan tratamento teñen acceso a el; e un tercio destes viven nun so país, Brasil.

DATOS E CIFRAS

Médicos Sen Fronteiras (MSF) proporciona tratamento antirretroviral (ARV) a máis de 13.000 doentes repartidos entre 56 proxectos en 25 países diferentes. MSF ocúpase de persoas que viven co VIH/SIDA en países en vías de desenvolvemento dende mediados dos anos 90, iniciando os seus primeiros proxectos de tratamento ARV no ano 2000 (en Tailandia e Sudáfrica).

Os últimos datos sobre doentes de MSF foron publicados con motivo da Conferencia Internacional da SIDA en Bangkok (xullo 2004). A análise dos datos recollidos de 12.058 adultos en dous anos (31 programas de MSF en 16 países) amosan unha resposta clínica e inmunolóxica moi alentadora. A pesar de que a maioría dos doentes que

iniciaron o tratamento atopábase en estadio avanzado de SIDA (87% nos estadio 3 e 4 da OMS), a probabilidade de supervivencia foi do 85,3% e a proporción de doentes con perda de seguimento foi do 12,1%. Así mesmo observouse un aumento dos CD4 entre os doentes de MSF que estiveron en terapia ARV, de 208 cel/mm³ aos 24 meses.

Durante o tratamento, os doentes gañaron de 3 a 5 quilos. A carga viral non está dispoñible na maioría dos programas de tratamento de MSF e o habitual é que non se realice de forma rutinaria. Porén, no caso do programa de MSF en Chiradzulu (Malawi), analizouse a carga viral de 477 doentes que recibiron tratamento durante alomenos 6 meses e os resultados preliminares dos datos amosaron que 407 (85%) tiñan niveis indetectábeis do virus (menos de 400 copias/ml).

Os países nos que MSF trata a doentes con ARVs son: Benin, Burquina Faso, Burundi, Camboia, Camerún, China, República Democrática do Congo, Etiopía, Guatemala, Guinea Conakri, Honduras, Indonesia, Kenia, Laos, Malawi, Mozambique, Mianmar, Perú, Ruanda, Sudáfrica, Tailandia, Uganda, Ucraína, Zambia e Zimbabue.

AS VANTAXES DO TRATAMENTO

A experiencia de MSF con este tratamento resulta *prometedora* e a organización proba (en contradición coa opinión amosada por algunhas autoridades na materia) que o tratamento ARV é posíbel, incluso nos contextos máis pobres e máis difíciles. Os doentes responden ao tratamento axiña, gañan peso, mantéñense sans e reanudan con normalidade as súas vidas.

Isto tamén supón vantaxes para toda a *comunidade*. O acceso ao tratamento contribúe a eliminar o estigma ligado á SIDA, e permite ás persoas con VIH facer pública a súa condición, animando a que outros se sometan ás análíticas para comprobar o seu estado con respecto ao VIH, e a que se fale da doenza abertamente na comunidade.

MSF ofrece o tratamento ARV como parte dunha *atención integral* ás persoas con VIH/SIDA. Os seus proxectos inclúen actividades preventivas (educación para a saúde, pre-

vención da transmisión do VIH de nais a fillos), asesoramento e analíticas voluntarias, tratamento e prevención de infección oportunistas, tratamento ARV e apoio psicolóxico e nutricional. MSF tamén traballa con moitas ONGs internacionais e locais adicadas á prevención e tratamento do VIH/SIDA.

En case todos os programas ARV, MSF proporciona tratamento de balde co fin de asegurar que incluso os máis pobres teñan acceso a este tratamento vital.

AMPLIANDO O NÚMERO DE BENEFICIARIOS

O número de doentes que MSF trata *incrementouse con grande rapidez* nos dous últimos anos. Cando se celebrou a última Conferencia Internacional da SIDA en xullo de 2002, MSF trataba a 1500 doentes en 10 países. Hoxe o total de doentes sometidos a ARVs ascende a 13.000 en 25 países. En grande parte, esta rápida expansión do volume de persoas que se benefician do tratamento ARV débese a que MSF procurou na medida do posíbel adaptar os protocolos de tratamento ARV aos países pobres. Estas *medidas "simplificadoras"* consisten en:

- Utilizar *combinacións a dose fixa* en pastillas, para que os doentes soamente teñan que tomar *un comprimido dúas veces ao día*, contribuíndo a incrementar a adherencia ao tratamento. A combinación a dose fixa utilizada con máis frecuencia é a combinación tripla de lamivudina, stavudina e nevirapina, normalmente subministrada por Cipla e Ranbaxy, dous fabricantes de produtos xenéricos indios.
A calidade, eficacia e seguridade destas combinacións a dose fixa foron aprobadas pola OMS e, nos países onde se utilizan, estas combinacións foron rexistradas para a súa administración polas autoridades reguladoras de medicamentos competentes.
- Simplificar as condicións de admisión para novos doentes baseadas en *criterios clínicos*.
- *Formar ao persoal sanitario* (tanto médicos como persoal de enfermería) para que se involucre máis na introducción e monitorización do tratamento.
- Ofrecer *asistencia* ás comunidades máis necesitadas, *nas clínicas locais* e non en hospitais nacionais ou de distrito, lonxe dos seus lugares de residencia.

Estas medidas contribuíron considerablemente a que MSF poida ampliar o número de persoas que se benefician do tratamento antirretroviral.

MSF cree que as súas experiencias poden supoñer ensinanzas útiles para países que queiran ampliar o tratamento.

Como organización non gubernamental, MSF non ten nin a capacidade nin o mandato para proporcionar acceso a nivel rexional ou nacional. Isto é *responsabilidade dos gobernos* que continúan necesitando un gran apoio financeiro e técnico por parte dos actores internacionais.

RETOS

A pesar do éxito dos programas ARVs de MSF, estes teñen que facer fronte aos mesmos retos ca outros que tratan a persoas en contextos con recursos limitados: os prezos son prohibitivos, o sofisticado equipamento de laboratorio necesario é inexistente, e as necesidades dos doentes nos países en vías de desenvolvemento non están de todo cubertas.

Existen unha serie de desafíos aos que hai que facer fronte e resolver de forma urxente:

- Falla de atención ás necesidades dos nenos: hai 2,5 millóns de nenos infectados co VIH e non obstante non existen *combinacións a doses fixas pediátricas* nin protocolos claros.
- Problema da *coinfección TB/VIH*: Doce millóns de doentes con SIDA tamén están infectados con tuberculose (TB), a infección oportunista máis frecuente e mortal, e actualmente non existe ningunha forma fiable de detectar a TB en doentes VIH positivos.
- Desigualdade no *tratamento para mulleres*: os protocolos existentes para a prevención da transmisión do VIH de nais a fillos basease nunha monoterapia ineficaz e non en terapias triplas que son moito máis seguras e eficaces. Tanto as nais coma os seus fillos deben ter acceso ao tratamento se o precisan.
- Cando cambiar: deberían existir formas de detectar a tempo os fracasos terapéuticos. Porén, non existen *ferramentas de monitorización* asequíbeis e adaptadas aos países pobres.
- O *tratamento de segunda liña* é demasiado caro: cando os tratamentos de primeira liña non surten efecto, hai que administrar tratamentos ARVs de segunda liña cujos prezos son de cinco a dez veces máis caros cós de primeira liña.
- Falta de acción: a necesidade de ampliar o tratamento todavía non se traduciu nunha acción real consistente en proporcionar *tratamento aos países máis afectados* pola epidemia.
- Falta de I+D: hai que potenciar os esforzos a nivel mundial para producir mellores medicamentos, rexímenes de tratamento simplificados, potenciais vacinas e ferra-

mentas de monitorización máis simples adaptadas aos países en vías de desenvolvemento.

- As patentes priman sobre os doentes: cómpre unha actuación potente por parte dos gobernos para asegurar que as *patentes sobre os medicamentos* non impidan o acceso a medicamentos esenciais e, non obstante, a Organización Mundial do Comercio e os acordos comerciais bilaterais non fan máis que impoñer restricións máis e máis rigurosas en materia de propiedade intelectual.
- As *iniciativas internacionais*, coma o Fondo Global, o 3x5 da OMS, entre outras, seguen aportando escasa información, sendo restrinxidas por causas políticas, e sufrindo procesos burocráticos ou outras limitacións que

retardan considerabelmente a súa posta en marcha. Algunhas destas iniciativas ameazan con crear sistemas paralelos fragmentados que poderían malgastar os escasos recursos dispoñíbeis.

¡Os medicamentos non poden ser un luxo! ¡A saúde non é negociábel!

Se quere recibir máis información, non dubide en contactar con:

Ana Arceo Túdez, médico residente de familia da Unidade Docente de Santiago de Compostela, voluntaria da Campaña de Acceso a Medicamentos Esenciais de MSF. anartu25@yahoo.es

Nora Uranga Celaya, coordinadora nacional da Campaña para o Acceso a Medicamentos Esenciais de MSF nora.uranga@madrid.msf.org

Dirección internet: www.msf.es (*campañas*)