

INFORME FINAL

Acelerando el Acceso a Medicación Antirretroviral en América Latina

1 AGOSTO 2005 AL 28 DE FEBRERO 2007

Para la Organización Panamericana de la Salud

**Asociación Agua Buena
San Jose, Costa Rica**

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen Ejecutivo.....	3
Introduction.....	4
Acelerando el Acceso a Tratamiento Antirretroviral en América Latina.....	6
Sección A: Investigación Comparativa de Precios de Antirretrovirales en América Latina.....	7
Algunas notas por país respecto a la fuente de información.....	7
Notas acerca del manejo de la información.....	9
Comentarios y Observaciones	12
Breve reseña de la situación del Acceso a TARV en los países de la región	15
Sección B: Actividades de Abogacía.....	20
Sección C: Reuniones y talleres con PVVS en países de la región.....	24

Resumen Ejecutivo

En agosto del 2005, Agua Buena dio inicio al proyecto Acelerando el incremento del Acceso a tratamiento ARV en América Latina con el apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud.

El proyecto se orientó a recoger información sobre la situación del Acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) en los países de la región, los precios que pagan éstos países por los medicamentos ARV; así como contribuir con el fortalecimiento de los grupos de personas que viven con VIH y Sida (PVVS) y ejercer presión sobre los actores involucrados en la reducción de los precios para los países de región.

Para el recojo de información sobre precios de medicamentos se solicitó a los Programas de Sida de los diversos países objetivos que faciliten la información al equipo de Agua Buena. Se recibió la información y se establecieron los precios por esquemas de tratamiento para un paciente por año. De la comparación de los precios por países, resulta evidente que no todos en la región utilizan los precios obtenidos en las negociaciones de Lima (2004) y Buenos Aires (2005). Los precios de El Salvador pueden llegar a triplicar los de Perú para el mismo esquema de tratamiento. La información recogida fue difundida a través artículos en múltiples listas de discusiones y a través de nuestra página web; también fue utilizada en las discusiones con los actores y en los talleres con PVVS.

Se realizaron reuniones con miembros de los Programas Nacionales de Sida en la mayoría de los países intervenidos, en las cuales se expuso desde Agua Buena, la necesidad de buscar la reducción de los precios, así como acelerar el incremento del Acceso a TARV a través de la descentralización de la atención, poniendo a disposición gratuita las pruebas diagnósticas, entre otras cosas.

De manera similar se puso el tema en discusión en todos los talleres y reuniones realizadas con agrupaciones de PVVS en El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Honduras, República Dominicana, Perú y Ecuador. Si bien el “conocimiento acerca de los precios de ARV” no está muy expandido en la sociedad civil, fue posible motivar a los participantes de los talleres y reuniones a integrar este tema en sus agendas de trabajo.

En resumen, se ha logrado motivar una mayor movilización en la región respecto a los precios de antirretrovirales y la necesidad de reducirlos para garantizar la sostenibilidad de la provisión de tratamiento a largo plazo.

Introduction

El tratamiento antiretroviral está disponible en los países de América Latina y el Caribe desde hace diez años; a pesar de ello, se estima que alrededor de 100,000 personas mueren a consecuencia del Sida cada año en la región. En general muchos de los países no iniciaron la provisión del tratamiento hasta la llegada del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la Malaria.

En estos últimos diez años, se han desarrollado diversas estrategias de abogacía orientadas a objetivos distintos; sin embargo, el tema de precios de antirretrovirales ha pasado siempre desapercibido. Hacer abogacía en torno a precios de medicamentos implica tener conocimientos de temas muy complejos relacionados a procesos de compras y distribución, y no siempre es asumido en la agenda de los grupos de PVVS.

Resulta difícil conseguir la información correcta y es aún más difícil saber como esta información se compara con los precios en la región. MSF fue la primera organización en difundir la importancia de la reducción de los precios ya que éstos afectan en última instancia la sostenibilidad del tratamiento. En cuantas más personas necesiten tratamiento –como en Brasil- la sostenibilidad se convierte en un tema netamente económico.¹

Cuando es necesario enfrentar la situación de los precios de medicamentos, muchos actores de la sociedad civil y PVVS se muestran indiferentes, ya sea porque hay cierto temor por las versiones genéricas de ARV o porque se mantiene la expectativa de que el gobierno provea el tratamiento a cualquier costo. Estas inquietudes son legítimas y será necesario establecer un equilibrio entre la calidad de los medicamentos y los mejores precios disponibles en el mercado para convencer a la sociedad civil de la necesidad de trabajar en el tema.

A partir de la producción de versiones genéricas en el año 2000, se motivó la competencia por la reducción de precios de medicamentos ARV. En ese mismo momento, ONUSIDA emprendió la iniciativa de Incremento Acelerado del Acceso (AAI) en la cual participaron algunas compañías multinacionales negociando voluntariamente los precios para algunas regiones (Africa Subsahariana, América Centra y el Caribe). Pero para el caso de América Central y el Caribe, estos precios negociados continuaban siendo más altos que los ofrecidos por las compañías genéricas; el tratamiento de primera línea alcanzaba los US\$ 1,200 por tratamiento/año luego de las negociaciones de AAI en 2001 y 2002, que en la actualidad pueden costar US\$ 120 en algunos países de la región.

¹ Brasil ha enfrentado este obstáculo al convertirse en uno de los dos países que producen ARV para cubrir sus necesidades locales.

Sin embargo, con la creciente necesidad de medicamentos de segunda línea, la tendencia de reducción de precios para estas drogas se ha revertido. Abbot, por ejemplo, luego de haber ofrecido una reducción en precios, cobra US\$ 2200 por persona/año sólo por una droga (lopinavir /ritonavir, Kaletra®), y aún es necesario añadir dos medicamentos más para completar el cóctel. A menos que se haga algo para cambiar las actuales políticas de precios, éstos seguirán tan altos que será difícil garantizar la sostenibilidad del tratamiento de segunda línea.

A través de este proyecto, Agua Buena ha asumido la tarea de educar y proveer herramientas que ayuden a conocer acerca de los precios de ARV. Desde la primera negociación de AAI en África, comprendimos que los precios son flexibles, algo que había sido negado rotundamente por las productoras multinacionales de ARV.

Agua Buena ha comprendido la importancia de que la Sociedad Civil se involucre activamente en abogar por la situación de los precios en países o regiones específicas. Hemos aprendido, con la ayuda de grupos como MSF y AIS, sobre la importancia del tema. A lo largo del proyecto que aquí se reporta, nuestra meta ha sido educar a las PVVS en general acerca de la importancia de los temas vinculados a los precios de los medicamentos, así como otros temas que son conocidos como “conocimientos acerca del tratamiento” (treatment literacy)

La ejecución de este proyecto fue posible gracias al apoyo financiero de OPS y se centró en tres componentes principales: obtener información sobre los precios que pagan los gobiernos en América Latina; educar a PVVS en “conocimiento acerca de precios” a través de reuniones, talleres, artículos en línea; y continuar nuestras estrategias de abogacía dirigida a los tomadores de decisiones involucrados en establecer políticas de precios y procesos de compras.

Acelerando el Acceso a Tratamiento Antirretroviral en América Latina.

En agosto del 2005, Agua Buena dio inicio al Proyecto Acelerando el Acceso a Tratamiento Antirretroviral en América Latina. El desarrollo de este proyecto se centró en las siguientes metas:

- 1) Investigar los precios de medicamentos y otros obstáculos que los países de Latino América y el Caribe deben enfrentar para recibir precios bajos y proveer acceso universal a tratamiento antirretroviral.
- 2) Realizar abogacía para que los países aprovechen las reducciones de precios y los programas de donación, donde existan.
- 3) Mantener el contacto con OPS en cuanto a temas técnicos que limiten el acceso a ARV, como políticas de compra, retrasos, entre otros.
- 4) Contribuir a la construcción de capacidades en Personas que viven con VIH y SIDA (PVVS) en temas relacionados a políticas de precios, medicamentos genéricos, propiedad intelectual, así como el control de calidad de medicamentos.
- 5) Implementar talleres, reuniones y discusiones con PVVS y otros involucrados para incrementar el acceso a TARV, de acuerdo a las metas del proyecto.

En tal sentido, este reporte presenta

Sección A: Resultados del estudio comparativo de precios de ARV, así como de sus procesos de compra. Se reporta también la situación general del acceso a TARV en cada uno de los países objetivo.

Sección B: Resumen descriptivo de las acciones de abogacía que se han realizado a lo largo del proyecto, haciendo énfasis en las actividades realizadas en el periodo de agosto 2006 y febrero 2007; que incluye cartas a tomadoras de decisiones y otros actores claves, denuncias públicas, artículos publicados en nuestra página web y otros medios electrónicos.

Sección C: Resumen de reuniones y talleres realizados con grupos de PVVS para difundir la importancia de la reducción de los precios de los medicamentos ARV, la propiedad intelectual, acuerdos comerciales, entre otros temas realizadas en el periodo agosto 2006 – febrero 2007, ya que las actividades previas se reportaron en el informe de medio término.

Sección A: Investigación Comparativa de Precios de Antirretrovirales en América Latina

Parte de los resultados de esta investigación fueron reportadas en el informe de medio término en agosto 2006, sin embargo esta información ha sido tomada nuevamente para este informe debido a que en los últimos meses ha podido ser complementada con nueva información recogida.

Por otro lado, en el reporte de medio término se incluyeron solamente los países de Centro América y ente informe se incluyen Perú y Ecuador como parte del Estudio.

Algunas notas por país respecto a la fuente de información

En todos los países, se contactó a personas clave dentro de las distintas instituciones gubernamentales y no gubernamentales que actualmente son identificadas como las principales compradoras de medicamentos, quienes proporcionaron información sobre los precios pagados por los medicamentos ARV en las últimas compras realizadas para abastecer los programas nacionales.

Tabla 1: Fuentes de Información por país

País	Organización	Persona Contacto
Costa Rica	Caja Costarricense de Seguro Social - Departamento de Farmacoepidemiología	Dra. Zahira Tinoco - Susana Monge Peralta
Nicaragua	NICASALUD (Receptor Principal para el FG)	Dr. Rafael Arana
Honduras	Departamento ITS/VIH/SIDA - Secretaría Nacional de Salud PNUD (Receptor Principal para el FG hasta junio del 2006)	Ana Lucía Rendón Gisella Camoriano – Adín Cortés
El Salvador	Programa Nacional de VIH/SIDA	Programa Nacional de Sida
Guatemala	Programa Nacional de SIDA	Dra. Annie Salazar – Rosemary Beltrán
Panamá	Ministerio de Salud Pública	Dra. Gomez
Belice		Dennis Jones, Principal Recipient
Ecuador	Ministerio de Salud – Programa Nacional de Sida	Dr. Diego Celi
Perú	Sistema Electrónico de Adquisiciones y Contrataciones del Estado.	Documento disponible en línea www.seace.gob.pe

Belice:

Los precios corresponden a una compra realizada en abril del 2006 a través del Fondo Estratégico de OPS, los mismos no incluyen los gastos de empaque, flete y seguros (por un total de US\$ 3.000 para la compra en cuestión), ni un cargo de 3% por servicio de orden de compra. Al igual que Guatemala, la información que recibimos de Belice fue relativamente poca.

Costa Rica:

Los precios provienen de distintas compras efectuadas en los años 2004, 2005 y 2006, debido a que para ciertos medicamentos se compró suficiente cantidad para cubrir varios años. En la actualidad algunos medicamentos se compran de forma individualizada por hospital, en especial aquellos que corresponden a personas con esquemas poco comunes al país, estos precios no se encuentran incluidos.

Ecuador:

Toda la información fue provista por el Programa Nacional de Sida del Ministerio de Salud Pública. Los precios que se señalan para Ecuador corresponden a compras distintas y en momentos distintos. Los precios del año 2006, corresponden a compras fraccionadas que, con recursos estatales, el MSP realizaba cada 6 u 8 semanas; adquiriendo, en su mayoría medicamentos de marca. Los precios que se citan para el año 2007, corresponden al precio obtenido a través del Fondo Estratégico de la OPS; en esta compra se adquirieron principalmente medicamentos genéricos pre-calificados por la OMS y con recursos del Fondo Mundial.

El Salvador:

Luego de mucha insistencia, se recibió la información de parte del Programa Nacional de SIDA, la cual ha sido incluida en el presente reporte. Averiguar si esta compra es para todos? Para todo el año? Fraccionada?

Guatemala:

Los precios proporcionados corresponden a la última compra en proceso, por lo cual no incluyen costos de flete, seguro e impuestos, según apliquen. Se recibió información de precios de pocos de los medicamentos que se incluyen en la comparación.

Honduras:

Los precios de medicamentos incluyen tanto los que están siendo comprados por parte del PNUD (Receptor Principal del FG para Junio de 2006) como aquellos que están siendo adquiridos por parte de la Secretaría Nacional de Salud. En el cuadro de medicamentos por país se señala la fuente de financiamiento de cada uno de ellos.

Nicaragua:

Se incluyen distintos años de compra, actualmente es NICASALUD (Receptor Principal del Fondo Mundial) quien realiza todas las compras de ARV para los servicios de salud públicos del país.

Panamá:

La información brindada por el sistema de salud pública de Panamá se encontraba por frascos por tratamiento (sin dosis ni cantidad de pastillas, sino frasco por mes por persona) es por ello que no se pudo tomar en cuenta para el cuadro comparativo de precios por medicamento (ya que no se pudo “convertir” a unidades como tabletas o mg/ml).

Perú:

La información de la última compra de Perú está disponible en Internet. Se logró acceder a ella, gracias a la colaboración con Acción Internacional para la Salud de Perú. La compra fue hecha a través de una licitación pública, con recursos del Estado y abastecería el Programa nacional hasta diciembre del 2007. Se tomó en cuenta esta compra ya que las compras realizadas con el financiamiento del Fondo Mundial se terminaron el febrero del 2006.

Notas acerca del manejo de la información:

Cada una de las fuentes en los países envió la información en su formato interno que podía variar en precios por tableta o precios por frasco para 30 días y en otros casos facilitaron precios por grupos de 100 o 60 tabletas –que no coincidían con la provisión mensual que debía recibir un usuario.

Para todos los casos, se hicieron las operaciones necesarias para obtener los precios de tratamiento por día y luego se multiplicó este precio por 365 para obtener el precio del tratamiento anual.

Salvo para el caso de Costa Rica, Perú y Ecuador, los datos que se presentan deben ser interpretados como “los precios que pagan los países por los medicamentos que están siendo entregados a junio de 2006”. Los precios pueden provenir de diversas compras en diversas fechas, según los mecanismos que utilizan los países para abastecerse y la cantidad de medicamentos que poseen en inventario. Las excepciones son: Costa Rica adquirió en el año 2004 suficiente Estavudina como para abastecer hasta junio del 2006, el precio reflejado para el medicamento es, entonces el de esta última compra. Los precios que se registran para Perú corresponden a la compra nacional de ARV que se realizó en julio del 2006 y que abastecerá el programa desde setiembre del 2006 hasta diciembre del 2007. Debido a información obtenida en el mes de enero 2007 sobre las adquisiciones de Ecuador, se muestran dos precios, uno corresponde al precio pagado por Ecuador en el 2006 y el otro corresponde al precio pagado en enero del 2007 a través del Fondo Estratégico de OPS; mostramos ambos precios ya que la diferencia es muy significativa y obedece a importantes cambios de políticas.

Todos los precios se encuentran en dólares americanos (US\$). Para el cambio de la moneda de compra, cuando esta es distinta al dólar, se utilizaron los tipos de cambio más cercanos a la fecha de compra. Se utilizan tres dígitos para los céntimos, con el afán de mantener la mayor exactitud.

Se consideraron los siguientes esquemas de tratamiento para la comparación entre los países ya que son los de uso más común en toda la región:

1. zidovudina (AZT) + lamivudina (3TC)² + Nevirapina
2. AZT + 3TC + Indinavir
3. AZT + 3TC + Efavirenz
4. estavudina (D4T) + 3TC + Nevirapina (Triomune)
5. D4T +3TC + Efavirenz
6. D4T + 3TC + Indinavir
7. AZT + 3TC + Abacavir
8. AZT + 3TC + lopinavir /ritonavir (Kaletra)
9. D4T + 3TC + lopinavir /ritonavir
10. didanosina (DDI) + 3TC + Nevirapina
11. AZT + 3TC + Nelfinavir
12. DDI + 3TC + lopinavir / ritonavir

² Para la combinación de AZT + 3TC, todos los países a excepción de Costa Rica, utilizan una única pastilla con ambos medicamentos.

Tabla 2: Resumen comparativo de los precios por esquema / por paciente / por año³

	Belice	Costa Rica	El Salvador	Ecuador ⁴	Guatemala	Honduras	Nicaragua	Perú	Panamá	Fondo Estratégico	CHAI
AZT + 3TC ⁵ + Nevirapina	221.19	-	751.90	- 178.80	-	305.14	-	258.31	-	239.44	240.90
AZT + 3TC + Indinavir	766.50	1,248.30	1,909.68	- 1156.00	752.75	893.52	1,551.13	1,143.85	1,390.65	739.49	
AZT + 3TC + Efavirenz	-	725.99	1,417.05	- 1,053.63	-	601.89	1,067.50	362.75	1,127.85	492.750	430.70
d4T + 3TC + Nevirapina	141.62	-	1,881.94	- 112.80/ 116.40	133.83/ 121.67*	129.94/ 154.03*	-	121.07/ 127.36*	-	-	138.70
d4T + 3TC+ Efavirenz	-	612.84	2,547.09	- 2,598.80 285.84/ 290.64	-	475.60	912.26	242.58	1,261.56	-	430.70
d4T + 3TC + Indinavir	686.93	1,135.15	3,039.72	- 1099.2/ 1104.00	-	767.23	1,395.88	1,023.68	1,524.36	-	-
AZT + 3TC + Abacavir	-	-	-	- 742.20	-	1,195.01	-	761.45	-	-	635.10
AZT + 3TC + Lop/Rit	-	4,660.32	5,637.43	- 4,426.23	-	5,582.31	4,861.56	2,230.43	5,434.85		
D4T+ 3TC + Lop/Rit	-	4,547.17	6,767.47	- 5,971.40 2290.00/ 2295.00	-	5,456.02	4,706.31	2,110.26	5,568.56		
Ddi+3TC+Nevirapina	-	-	2,615.23	- 3,512.92	-	-	-	338.05	-		
AZT+3TC+Nelfinavir	-	2,131.60	4,780.69	- 2131.80	2,267.64	1,399.41	-	-	-		
3TC+Didanosina+ Lop/Rit	-	-	7,500.75	- 5,314.40	-	-	-	2,311.29	-		

³ En esta tabla se incluyen los precios de CHAI (Iniciativa para VIH/SIDA de la Fundación Clinton) y del Fondo Estratégico de la OPS como referencia

⁴ Los precios superiores corresponden a los precios del año 2006, pagados por el Programa Nacional de Sida con recursos del Estado. Los precios inferiores corresponden a enero 2007, pagados a través del Fondo Estratégico de OPS.

⁵ Para la combinación de AZT + 3TC, todos los países a excepción de Costa Rica, utilizan una única pastilla con ambos medicamentos.

Comentarios y Observaciones

Toda la información recogida es del sector público en los diversos países objetivo. Sin embargo, en Belice, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Ecuador (compra 2007), estos medicamentos son adquiridos con financiamiento del Fondo Mundial. En Panamá y Costa Rica, el Fondo Mundial no financia compras de antirretrovirales.

Es obvia la considerable variación de los precios en la región. El Salvador es el país que paga los precios más altos de la región. Esto se debe a que en su mayoría los productos adquiridos en este país provienen de laboratorios multinacionales productores de marcas innovadoras.

Por otro lado, Costa Rica, Panamá y Ecuador (compras 2006), pagan significativamente más por varios de los cócteles y lo realizan con recursos estatales.

Por ejemplo, para la combinación de AZT + 3TC + Indinavir, Panamá paga cerca de US\$ 1400 por tratamiento/año y Costa Rica paga US\$1250. Por el contrario, Honduras y Nicaragua pagan US\$ 900 y US\$ 716 respectivamente por el mismo cóctel. En conclusión, Panamá paga 55% más que Nicaragua y casi 100% más que Honduras. Costa Rica por su parte, paga 38% más que Nicaragua y 71% más que Honduras.

Tanto Honduras como Nicaragua compran todos los medicamentos de primera línea a productores de genéricos o a precios especiales -para AZT+3TC (Convivir), Efavirenz e Indinavir- ofrecidos por GlaxoSmithKline y Merck. Para el caso de lopinavir/ritonavir y nelfinavir, los precios incrementan significativamente, Honduras paga más de US\$5500 por cócteles que contienen Lopinavir/ritonavir. Costa Rica, en cambio, puede acceder a precios más bajos para cócteles que contienen estos medicamentos.

A pesar de que se cuenta con poca información de Guatemala y Belice, es claro que los precios a los que acceden a través del Fondo Estratégico de la OPS es significativamente más bajo que los precios de otros países de la región. Sin embargo es necesario medir las ventajas y desventajas de éste fondo en cuanto a eficiencia en el tiempo de entrega, ya que hay evidencia de largos retrasos. Los medicamentos adquiridos por Belice, de acuerdo a información brindada por BEST, el receptor principal, los medicamentos tardaron alrededor de 24 semanas en ser distribuidos. En el caso de Guatemala, es sabido que han ocurrido retrasos significativos de la compra de antirretrovirales realizada por Worl Vision, el Receptor Principal de dicho país. Aún es difícil evaluar el costo beneficio de utilizar el Fondo Estratégico comparado a otros mecanismos de compra como la Fundación Clinton, UNICEF o IDA ya que hace falta contar con mayor información de los problemas sucedidos.

Por otro lado, Agua Buena, junto a otros activistas, ha estado presionando a Laboratorios Abbot para que considere una rebaja en el precio de Kaletra® (lop/rit) pero no se tuvo ningún resultado hasta agosto 2006 que Abbot publicó la reducción de su precio para varios de los países de la región. Sin embargo Costa Rica y Panamá quedaron excluidas de este beneficio.

También hemos mantenido grandes discusiones con Gilead, con el objeto de influir en sus políticas de precios para la región. Algunas de estas discusiones se encuentran en la Sección 3 de este reporte.

Es importante diseminar esta información entre los países que participaron del estudio, por lo que la información que se indica en este informe también fue difundida en más de un artículo a través de diversas listas de discusión y de la página web de Agua Buena.⁶

Tanto éste como otros estudios deben ser más específicos sobre las fuentes de medicamentos, los precios, información relacionada a la pre-calificación de la OMS o no de los medicamentos adquiridos, así como los tiempos de entrega que pueden variar de acuerdo a las agencias de compra.

Aún cuando los gobiernos no puedan negociar como un solo bloque, definitivamente pueden diseminar la información de los precios que pagan, de manera tal que otros países puedan aprovechar estas opciones más baratas que desconocían.

Tanto Panamá como Costa Rica tienen mayores opciones de explorar alternativas que les permitan ahorrar grandes cantidades de dinero, dado el número de PVVS en tratamiento en esos países. Lo mismo sucedería con Honduras y Nicaragua; si usaran los precios ofrecidos por la Fundación Clinton o el Fondo Estratégico de la OPS, podrían acceder a precios más baratos; estos mecanismos deben garantizar la compra y distribución de manera eficiente, de tal forma que los países opten por ellos.

Los precios de los ARV se han reducido significativamente en los últimos cuatro años, haciéndolos más disponibles y contribuyendo a incrementar el acceso a tratamiento en la región. Sin embargo, la necesidad de medicamentos de segunda línea y de rescate seguirá en aumento y su provisión sigue siendo incierta para muchos países de la región.

Disponibilidad

⁶ Encuentre los artículos en:

<http://www.aguabuena.org/articulos/regional20061027.php>
<http://www.aguabuena.org/articulos/ecuador200702.php>

Otro punto crítico encontrado en el estudio es la disponibilidad de antirretrovirales nuevos en la región de Latino América, medicación avanzada que se usan en los Estados Unidos y Europa no sólo como medicamentos de rescate sino como tratamiento de primera línea.

Este es el caso de los nuevos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR): tenofovir disoproxil fumarate (Viread®), emtricitabina (Emtriba®), la combinación de estos dos primeros (Truvada®); los inhibidores de proteasa: fosamprenavir cálcico (Lexiva®), amprenavir (Agenerase®), atazanavir (Reyataz®); y la nueva clase de droga, inhibidora de fusión: enfuvirtida (Fuzeon®). La combinación de Lopinavir/ritonavir, Kaletra® está disponible pero a precios de alrededor US\$ 4 000 por año, de tal manera que el cóctel que contiene Kaletra® cuesta entre US\$4000 y US\$ 5000 por año.

Es importante señalar que medicamentos como el tenofovir, la emtricitabina y la combinación de lopinavir / ritonavir son recomendados como componentes de los cócteles de primera línea en países desarrollados, mientras que en muchos de los países en desarrollo de América Latina no están disponibles.

Laboratorios Abbot se negó a negociar el precio de Kaletra. Gilead Sciences, por su parte, ha anunciado descuentos para países de Latinoamérica como Nicaragua, Honduras, Guatemala, tanto para Viread (tenofovir df) y Truvada (tenofovir df + emtricitabina), pero aún no ha registrado el producto en ninguno de estos países. Tanto el fosamprenavir cálcico (Lexiva®) como el amprenavir (Agenerase®), el atazanavir (Reyataz®) y enfuvirtida (Fuzeon®) no otorgan ningún descuento y sus precios superan los US\$ 4 000 por año.

En conclusión, aunque las terapias de primera línea que se brindan en Latinoamérica salvan la vida de miles de PVVS, es claro que en la mayoría de los países se reciben tratamientos “inferiores” con el riesgo de no poder acceder a terapias de rescate.

Breve reseña de la situación del Acceso a TARV en los países de la región

Belice tiene una población total de 270 000 habitantes y, a pesar de ser un país bastante pequeño, tiene una epidemia en expansión que afecta a 2,4% de la población. Con financiamiento del Fondo Mundial y a través del Fondo Estratégico de la OPS ha podido acceder a precios razonables para las compras de ARV que abastecerían la necesidad nacional; sin embargo, las provisiones han tardado alrededor de 6 meses en distribuirse y esto ha impedido que muchas PVVS reciban su tratamiento a tiempo.

Por su parte, **Costa Rica** tiene una población total de 4 327 000 habitantes y se estima que el 0.6% de ella vive con VIH y SIDA. El proyecto aprobado por el Fondo Mundial no contempla la compra de ARV, sin embargo, el país brinda tratamiento antirretroviral en forma gratuita a todas las PVVS que lo requieren con recursos del Estado.

Ecuador, con una población de 13 228 000 habitantes y una prevalencia en VIH y SIDA del 0,3% empezó la ejecución de los recursos asignados por el Fondo Mundial en el 2003 para la compra de medicamentos ARV, recién a finales del 2006 y utilizó el Fondo Estratégico de la OPS para acceder a mejores precios de medicamentos pre-calificados por la OMS. Hasta entonces, el Programa Nacional de Sida, con recursos del Estado, habría tratado de incrementar el acceso a TARV (hasta beneficiar a alrededor de 1800 PVVS) para poder alcanzar las metas puestas por el proyecto del Fondo Mundial.⁷

Con una población de 6 881 000 y una prevalencia de 0.7%, **El Salvador** declara oficialmente que provee acceso universal a TARV. Sin embargo, se tiene evidencia de que muchas PVVS no pueden acceder a este tratamiento tanto en la ciudad capital como en las áreas rurales. Luego de varios artículos publicados por Agua Buena, la Dirección Nacional de Sida rechazó cualquier intento de comunicación de nuestra parte y limitó nuestro acceso a información pública de importancia.⁸

En **Guatemala**, con una población de 12 599 000 de habitantes y una epidemia de VIH que supera ligeramente el 1% de prevalencia en población general, el incremento del acceso a TARV ha sido bastante lento. En junio del 2006, aún no había ningún establecimiento de salud fuera de la ciudad de Guatemala que provea TARV. Médicos sin Fronteras, brinda tratamiento a alrededor de 2 000 PVVS en dos ciudades fuera de la capital y el plan contemplaba que el Ministerio

⁷ Algunos artículos respecto al trabajo de Agua Buena en Ecuador
<http://www.aguabuena.org/articulos/ecuadorvisita200607.php>
<http://www.aguabuena.org/articulos/ecuador200702.php>
<http://www.aguabuena.org/articulos/ecuador20070202.php>

⁸ Algunos artículos respecto al trabajo de Agua Buena en El Salvador:
<http://www.aguabuena.org/articulos/elsalvador20051231.html>
<http://www.aguabuena.org/articulos/elsalvador20051102.html>
<http://www.aguabuena.org/articulos/salvador20051006.html>
<http://www.aguabuena.org/articulos/elsalvador20050929.html>

de Salud asuma a estos usuarios. Desafortunadamente, la cobertura del tratamiento de estos usuarios no habría sido cubierta con recursos del Estado sino con recursos asignados por el Fondo Mundial y esto impedía que nuevos usuarios se incorporasen al programa de TARV.

Durante los años 2004 y 2005, Agua Buena denunció continuamente los retrasos en los procesos de compra por el receptor principal –World Vision; le tomó un año el iniciar la provisión de medicamentos, después de recibir los desembolsos del Fondo Mundial.⁹

Honduras tiene una población total de 7 362 000 de habitantes; la prevalencia en VIH y Sida (1.8%) y el porcentaje de mujeres (55%) que viven con el virus nos hace pensar que está superando los límites de una epidemia concentrada.¹⁰

Al iniciarse el proyecto del Fondo Mundial, Honduras fijó una meta bastante “mediocre” en cuanto al acceso a TARV para el primer año. Por ello, Richard Stern y Guillermo Murillo presionaron al gobierno, a la sociedad civil hondureña y al mismo Fondo Mundial para que esta meta fuera incrementada. Así, de 600, que era el número planteado al principio, se incrementó a 2000. A pesar de toda la presión que se ejerció, sólo 1800 PVVS se encontraban recibiendo tratamiento al final del primer año.¹¹

Nicaragua, por su parte, tiene una población de 5 487 000 habitantes, tiene una epidemia concentrada, con una prevalencia de la infección menos al 1%.

A pesar de contar con un proyecto aprobado por el Fondo Mundial, los avances en Nicaragua han sido muy lentos. Agua Buena buscó influir sobre NICASALUD (receptor principal para Nicaragua) para que el proyecto atendiera las necesidades que enfrentaba la población: pruebas de diagnóstico de VIH a disposición, descentralización del TARV, inicio oportuno del TARV, entre otros temas. A pesar de que el país está caminando hacia una mayor extensión del TARV, aún hay mucho camino por recorrer.¹²

⁹ Algunos artículos respecto al trabajo de Agua Buena en Guatemala:
<http://www.aguabuena.org/articulos/guatemala20060407.php>
<http://www.eatg.org/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=142>
<http://www.aguabuena.org/articulos/guatemala20051102.html>

¹⁰ Estadísticas nacionales provistas por ONUSIDA, disponible en:
<http://www.theglobalfund.org/programs/countrystats.aspx?CountryId=HND&lang=es>

¹¹ Algunos artículos respecto del trabajo realizado por Agua Buena en Honduras:
<http://www.aguabuena.org/articulos/honduras20041022.html>
<http://www.aguabuena.org/articulos/tbvih20060404.php>

¹² Algunos artículos respecto al trabajo de Agua Buena en Nicaragua:
<http://www.aguabuena.org/ingles/articulos/nicaragua20060228.html>
<http://www.aguabuena.org/articulos/nicaragua20060427.php>

Panamá¹³ tiene una población de 3 288 000 y una prevalencia del 0,92% a nivel nacional. Desde el año 1999 la Seguridad Social brinda TARV para todos los aportadores y desde el año 2001, se aprobó la provisión de TARV para las PVVS que no estuvieran dentro de la Seguridad Social.

Con una población de 26 000 000 y una prevalencia del 0,5%, el **Perú** ha logrado dar un gran salto en cuanto a la provisión de TARV, pasando del 5% en el año 2003 a casi 90% (8000 PVVS) a finales del 2006. Sin embargo, la provisión de TARV está rodeada de problemas aún no resueltos que afectan la calidad de la misma, como retrasos en la distribución, provisión fraccionada, falta de acceso en zonas rurales, entre otros.

República Dominicana, con una población de 8 895 000 habitantes y una prevalencia de la infección de 1,7%, aún no logra garantizar el acceso a TARV para las PVVS que lo requieren. Los conflictos entre el Mecanismo Coordinador de País (MCP) y el Receptor Principal (RP) retrasaron la implementación del Proyecto del Fondo Mundial, aprobado en el año 2002, por lo que el Fondo Mundial autorizó un desembolso directamente a la Fundación Clinton, de tal manera que cientos de PVVS pudieran iniciar su tratamiento, incluyendo 130 PVVS que con el apoyo de Agua Buena, consiguieron “medidas cautelares de parte de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Sin embargo, los retrasos continúan y el acceso a TARV por parte de las PVVS de las zonas rurales y pobres del país, así como a las que viven en ciudades alejadas de la capital –Santo Domingo- es bastante limitado. Algunas cifras citadas en una conferencia organizada por Agua Buena en República Dominicana en mayo 2006 indicaban que a pesar del incremento del acceso a TARV, 4500 PVVS fallecieron en 2005, lo que significa que una buena parte de las PVVS que necesitan TARV, no lo reciben.¹⁴

Tanto en Centro América como en la región Andina, se ha incrementado el acceso a TARV de manera significativa en los últimos tres años. La cobertura ha incrementados del 10 o 20% (en 2003) a alrededor del 47% (finales del 2006). A inicios del año 2003, Belice, Honduras y Nicaragua sumaban alrededor de 300 PVVS en tratamiento, mientras que en la actualidad bordean los 4,500 en total. Situación similar ha sucedido en Ecuador y Perú ya que en el año 2003, no más de 2000 PVVS recibían TARV en estos países; ahora bordean los 10,000. Esto ha sido posible en gran medida, debido a la implementación del Proyecto del Fondo Mundial (en El Salvador, Perú, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras y Nicaragua).

¹³ Información obtenida del “Informe sobre los progresos realizados en la respuesta de país a la epidemia de VIH/SIDA: Panamá”. Disponible en:

http://data.unaids.org/pub/Report/2006/2006_country_progress_report_panama_es.pdf

¹⁴ Algunos artículos respecto al trabajo de Agua Buena en República Dominicana:

<http://www.aguabuena.org/ingles/articulos/dominicana200506.html>

<http://www.aguabuena.org/articulos/dominicana200605.php>

<http://www.aguabuena.org/ingles/articulos/dominicana200606.html>

<http://www.aguabuena.org/ingles/articulos/dominicana20050717.html>

Sin embargo, debido a la falta de vigilancia en los países mencionados, es difícil conocer el número exacto de personas que necesitan tratamiento y no lo reciben. Por ejemplo, las estimaciones de PVVS que requieren tratamiento en Guatemala y no lo reciben van desde 2,000 (estimación del Programa Nacional de SIDA) a 7,000 (estimación de la OMS). En Nicaragua, el Sistema de Salud no puede proveer siquiera los números de muertes de PVVS ni número de PVVS en necesidad de tratamiento. En Bolivia, Ecuador, Guatemala y Honduras continúan serios problemas con el Proyecto del Fondo Mundial y estos problemas afectan el acceso a TARV y Agua Buena sigue siendo muy activa denunciando estos problemas.

Tabla 3: Población que recibe ARV por país

	Población que vive con VIH (2004)	Estimado de PVVS que reciben TARV (2006)	Estimado de PVVS que no reciben TARV y lo necesitan (2006)	Number of PLWA whose treatment is supported by the Global Fund (2006)
Belice	3,500	476	Sin dato	180
Costa Rica	15,000	2,650	0	Not applicable
Ecuador	30,000	2,000	Sin dato	Sin dato
El Salvador	40,000	2,900	Sin dato	800
Guatemala	75,000	5,100	5,500	900
Honduras	70,000	4,500	5,000	3,000
Nicaragua	6,500	200	1,000	200
Panamá	20,000	2,800	500	Not applicable
Perú	76,000	8,000	2,000	5,000
República Dominicana	100,000	5,000	10,000	3,400
Total	437,500	31,130	27,600	13,480

Si bien varios de los países listados en la Tabla 3 proclaman el acceso universal, resulta alarmante la información que uno puede recoger cuando visita las agrupaciones de PVVS. Siempre es posible encontrar que en la semana anterior uno o dos personas llegaron al hospital con alguna infección oportunista y no pudieron salvarse por el crítico deterioro de su salud. Así fue el caso en Perú, cuando se comentaron en un taller (Ica) los casos de dos personas que murieron de criptococosis. Así también lo indica el increíble número de 4000 fallecidos en el año 2006 en República Dominicana, personas que no llegaron a tiempo a recibir TARV. Similar situación se registra en otros países como El Salvador, Honduras y Nicaragua.

La mayoría de las personas que no pueden acceder a TARV provienen de zonas rurales o urbano marginales, de pequeñas ciudades; en otros casos son migrantes, indígenas o minorías étnicas, como en Guatemala (indios mayas) o en Honduras (Garifunas). También a la población vulnerable como trabajadoras

sexuales, gays u hombres transexuales se les niega el tratamiento en áreas urbanas y rurales.

En El Salvador, Panamá, Guatemala, Perú y Ecuador, existe una división entre los sistemas de salud que brindan TARV. Existe el Ministerio de Salud y una institución semi-autónoma que se conoce como “*Seguro Social*”. Así un gran número de PVVS reciben tratamiento a través de un sistema de aportaciones mensuales (seguros). además en el caso de Ecuador y Perú, existen también sistemas de salud exclusivos para las Fuerzas Armadas y Policiales.

Tabla 4: Cobertura de la Seguridad Social

País	Número estimado de PVVS que reciben tratamiento del Seguro Social¹⁵
Ecuador	200
El Salvador	1000
Guatemala	2800
Panamá	1400
Perú	2300

En Nicaragua y Honduras, más del 90% de las PVVS en tratamiento, lo reciben del Sistema de Salud Público, en ambos casos financiados por el Proyecto del Fondo Mundial.

¹⁵ Estimaciones preparadas por el equipo de Agua Buena; con información provista por las Direcciones Nacionales de SIDA, ONG que trabajan en el tema y estimaciones publicadas por OMS.

Sección B: Actividades de Abogacía¹⁶

Si las PVVS que son afectadas por las decisiones de los actores del gobierno o de las entidades involucradas en el acceso a TARV no están concientes de los temas que se discuten en todas las esferas, sus propias acciones de abogacía no alcanzarán sus metas.

En Agua Buena, tenemos la convicción de que difundiendo información sobre temas relacionados a los precios de medicamentos a través de Internet, ayudamos a incrementar el conocimiento de las PVVS en el tema, así como la importancia de estas acciones; mostrando el éxito de nuestras acciones, se motiva una mayor movilización comunitaria en torno a estos temas.

A continuación se resumen las actividades de abogacía sobre precios y procesos de compras, así como otros temas que corresponden a “alfabetización en TARV” y lo que se relaciona al incremento del TARV en la región:

Intercambio de información respecto a temas de TARV y la situación en la región, tanto en talleres realizados en los países objetivos como en conferencias y reuniones a las que Agua Buena fue invitado. Asimismo, se escribieron cartas y artículos que se difundieron abiertamente, respecto a los temas que afectaban el acceso a TARV.

Se hicieron denuncias respecto a **Temas claves relacionados a las metas del Proyecto.** Agua Buena denunció en varias oportunidades la lentitud de los procesos de compra de medicamentos, especialmente en Bolivia, Nicaragua, República Dominicana, Guatemala y Ecuador.¹⁷ Asimismo, se denunció las interrupciones de tratamiento debido a fallas en los procesos de compra en Honduras, lo cual afectaba tanto a niños como adultos.

Como se describió en la sección 1, los precios de medicamentos antirretrovirales varían grandemente a lo largo de la región y generalmente las personas que están a cargo de las compras no tienen la experiencia en cuanto a negociación de precios y los mecanismos para acceder a medicamentos pre-calificados por la OMS. Esto se evidenció en el caso de Ecuador, que durante el año 2006, debieron hacer “compras de emergencia” para cumplir con las normas locales. Estas compras se hicieron siempre a casas farmacéuticas de productos innovadores, lo cual elevaba el precio promedio de la región; sin embargo, con la ayuda del Fondo Estratégico de la OMS, pudieron acceder a mejores precios. Así, en una reunión con miembros del Programa Nacional de Sida, en medio de la discusión por la reducción de los precios de medicamentos y la optimización

¹⁶ Nótese que muchos de los documentos producidos (copias de artículos, cartas y links en internet) han sido enviados a OPS en Washington. Estos documentos proveen mucha información para los temas que se discutirán a continuación.

¹⁷ Copia de los artículos fueron enviados al Dr. Carol Vlassoff como anexos.

de los recursos a través de la compra de medicamentos genéricos; se tuvo conocimiento que Ecuador acababa de adquirir medicamentos antirretrovirales pre-calificados por la OMS a través del Fondo Estratégico de la OPS a los más bajos precios de la Región. Se motivó entonces, a que el gobierno (Ministerio de Salud) hiciera un convenio permanente con este Fondo para poder seguir adquiriendo los medicamentos bajo los mismos mecanismos; ya que hasta la compra previa, los precios podían llegar a quintuplicar el precio de OPS. Tal convenio aún no ha sido concretado y aunque algunos miembros del equipo señalaban la posibilidad de realizarlo debido a una experiencia previa en adquisición de vacunas; otros señalaban que hacer permanente este convenio era casi imposible.

A pesar de que los precios que pagan los países ofrecidos a la región son mucho más baratos que los de hace tres años, esta es una situación temporal ya que los medicamentos que se necesitarán en algunos años (segunda línea) aún no han reducido sus precios.

Desde Agua Buena, Richard Stern ha mantenido conversaciones con Gilead, productor de tenofovir DF y emtricitabina, tanto para discutir y tratar de influenciar sobre las políticas de precios del laboratorio, como para exigir el registro de estos productos en los países latinoamericanos.

Agua Buena participó en la presentación de la versión del lopinavir/ ritonavir resistente al calor, ejerciendo presión para que sea puesta a disposición de los países de la región a precios accesibles (Cali, Colombia 2006).

La necesidad de una política europea para reducir los precios de ARV fue un tema clave que Agua Buena levantó en su estrategia de abogacía y lobby en la Campaña por el incremento del acceso a TARV en La Haya y Ámsterdam.

En una de las visitas a República Dominicana, Eugene Shiff -miembro de nuestro equipo de trabajo- participó en discusiones con médicos (as) especialistas en VIH /SIDA sobre el precio de un inhibidor de proteasa, atazanavir (Reyataz®) de Bristol Myers Squibb, que llegó al país en abril 2006 y se vendía por más de US\$ 400 al mes, precio que muy pocas PVVS pueden pagar.

También estableció comunicación con actores claves de USAID, PEPFAR, CDC, PVVS, ONG -en Guyana- sobre temas de nuestro interés: reducción de precios, disponibilidad de medicamentos de segunda línea y formulaciones pediátricas. Asimismo, se trabajó con agentes de compras claves (COPRESIDA, Fundación Clinton y OPS) y en la difusión de la Campaña emprendida por MSF para que Abbot reduzca el precio de Kaletra® e hiciera disponible la versión resistente al calor (marzo 2006).

El señor Schiff participó en la redacción y edición de un reporte que resume las acciones que se deben seguir en cuanto a los precios de los medicamentos de segunda línea en República Dominicana.¹⁸

Las interrupciones de stock debido a una mala planificación de las compras o a una demora en desembolsos de dinero, son aún un problema significativo en la región. Durante el año pasado (2005) Agua Buena denunció las interrupciones de tratamiento en Panamá, Costa Rica, Guatemala, Nicaragua y Honduras. Generalmente, los RP no tienen experiencia para resolver los problemas relacionados a las compras de medicamentos. En otros casos, los Ministerios de Salud o la Seguridad Social son responsables de los desabastecimientos.

En América Latina hay un mayor **acceso a pruebas de CD4 y Carga Viral (CV)**, sin embargo no es una continuidad para todos los países. Esto se reflejó claramente en Nicaragua, cuando debieron enviar las muestras de sangre a Guatemala para realizar las pruebas (2005). Así, además de pagar por esto, las PVVS debían esperar por meses los resultados. Situación similar se da con las pruebas de genotipo y fenotipo, usadas para conocer las mutaciones del virus y su resistencia a ciertos medicamentos.

Agua Buena dirigió cartas al receptor principal, NICASALUD, y al equipo del Fondo Mundial en Ginebra y publicó varios artículos al respecto, sin embargo en febrero del 2006 se informó que a pesar de haber adquirido el citómetro de flujo para realizar las pruebas de CD4, éste aún no funcionaba y en su defecto, Xochiquetzal, una ONG, estaba proveyendo las pruebas a través del método Dynabeads.

Similar fue el caso de Honduras, que a pesar de contar con equipos para las pruebas, estos no estaban en funcionamiento debido a desperfectos. En este caso, la reparación recaía sobre Laboratorios Abbot, quien hasta febrero del 2007 no ha cumplido con esta labor.

Situación similar ocurrió en Ecuador, El Salvador y Perú, donde las pruebas de CD4 no estuvieron disponibles por algunos meses entre los años 2005 y 2006, sea por malfuncionamiento de los equipos o por falta de reactivos, poniendo en riesgo la vida de las PVVS ya que muchas de ellas pudieron haber hecho resistencia a la terapia y debieron volverse sintomáticos para que los y las médicos tratantes modificaran la terapia.

En República Dominicana, las PVVS deben pagar por las pruebas de CD4 y ésta es un requisito para iniciar la terapia, lo que puede postergar este inicio.

¹⁸ El reporte formó parte de la evaluación de progreso y desafíos relacionados al Acceso a TARV en República Dominicana: "Off target for 2010: How to avoid breaking the promise of universal access an update to ITPC's AIDS treatment report from the frontlines", distribuido en mayo 2006. Disponible en: <http://www.aidstreatmentaccess.org/itpcupdatefinal.pdf>

En el caso de las pruebas de genotipo y fenotipo, Agua Buena envió una carta a Marco Vittoria y Jos Perriens de la OMS, solicitando que en la próxima edición de los lineamientos para incrementar el acceso a TARV, se incluya el tema de estas pruebas.

Los **costos de atención, pagos parciales** por el TARV o consulta, o lo que en algunos países se llaman “**cuotas de recuperación**”, pueden significar un gran obstáculo para que una PVVS de una zona rural de Jamaica, Honduras, Ecuador o Perú, acuda mensualmente por su provisión de medicamentos y la atención de rutina. Aunque los gobiernos argumenten que se trata de un costo muy bajo, éste puede forzar a la PVVS entre elegir alimentar a toda su familia o acudir al hospital. Agua Buena, sustenta y aboga por la eliminación de cualquier cobro por atención médica para las PVVS y lo pone en manifiesto en diversos artículos difundidos en línea.

La descentralización del Acceso fue un tema recurrente en los talleres organizados en Honduras (mayo 2005), Nicaragua (febrero 2006) y República Dominicana (mayo 2006) y en las reuniones con PVVS en Ecuador, lo cual está acompañado de la incompetencia del personal de salud para tratar VIH y Sida. Esto representa un enorme desafío para los países de la región, donde la población alejada de las grandes ciudades no puede acceder siquiera a pruebas diagnósticas de VIH y llegan en estadíos avanzados de la epidemia.

Por otro lado Agua Buena incluye en todas sus intervenciones con PVVS **la promoción de la adherencia** como punto base para el éxito del tratamiento. La consejería en adherencia, es muchas veces dejada de lado por los prestadores de salud en muchos países.

El Fondo Mundial y la sostenibilidad ha sido un tema de alta prioridad en todas las reuniones y talleres realizados por Agua Buena. Muchos países: Guatemala, Bolivia, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Jamaica y República Dominicana, terminarán la ejecución del proyecto del Fondo Mundial a finales del 2008 o inicios del 2009, lo cual dejaría sin sustento los respectivos programas de TARV. Agua Buena ha buscado y continúa buscando que los grupos de activistas presionen a sus propios gobiernos para que asuman su responsabilidad en cuanto a TARV y no esperen al final del proyecto para iniciar estas presiones.

Sección C: Reuniones y talleres con PVVS en países de la región

Se realizaron talleres de educación en tratamiento en El Salvador, Guatemala, República Dominicana, Honduras, Nicaragua y Perú, focalizados en temas de Derechos Humanos, acceso a TARV, la necesidad de una mayor conciencia sobre los temas relacionados a *precios de medicamentos, reducción de precios de medicamentos de segunda línea*, sostenibilidad y expansión del TARV en países donde se cuenta con financiamiento para ARV de parte del Fondo Mundial. El tema de *Precios de medicamentos* es un tema que fue incluido en todas las reuniones con los actores locales y grupos de PVVS de los países objetivos.

En las sesiones orientadas a incrementar el “conocimiento acerca de precios”, los temas principales se ordenaron de la siguiente manera: a) Información básica sobre tratamientos, qué son y cómo actúan los ARV, esquemas de tratamiento en primera y segunda línea; b) Precios de medicamentos, que precios pagan los países de la región, a qué se deben las diferencias de precios, entre otros temas; c) Calidad de medicamentos, mecanismos para garantizar la calidad de los medicamentos; d) Sistemas de compra y distribución, cómo es el proceso, cómo se estiman las necesidades y se planifican las adquisiciones y e) Información sobre propiedad intelectual, qué son las patentes y qué impacto tienen en los precios de los medicamentos, qué impacto tienen los tratados de libre comercio sobre los precios de ARV.

Si bien, los temas se planificaron con anticipación al desarrollo de los talleres, en algunas ocasiones fue necesario profundizar más en uno u otro tema, dependiendo de las necesidades del grupo.

El Salvador

En octubre del 2005, Guillermo Murillo –coordinador del proyecto en aquel momento- y Richard Stern desarrollaron en El Salvador un taller sobre “conocimiento acerca de los precios de ARV” (pricing literacy), el cual contó con la participación de 40 salvadoreños que viven con VIH. Para el desarrollo del taller, se contó con el apoyo de Atlacalt, ONG que facilitó sus instalaciones.

Aunque en el momento del taller, no se contaba con información exacta sobre los precios que pagaba El Salvador, era sabido que éste país gastaba más de lo necesario en compra de ARV ya que no estaba adquiriendo versiones genéricas pre-calificadas. El taller se enfocó en la importancia de que las PVVS tengan conocimiento sobre los precios que pagan sus propios países.

Los participantes expresaron sus preocupaciones sobre los medicamentos genéricos e hicieron comentarios de ideas erradas que tenían sobre los

medicamentos genéricos; por ello se explicó el proceso de pre – calificación de OMS y se hizo énfasis en que la sostenibilidad del TARV depende básicamente de la reducción de precios y que la Sociedad Civil debe involucrarse en influenciar a sus gobiernos para que adquieran medicamentos de calidad al mejor precio.

Se discutió también sobre la disponibilidad de medicamentos de primera línea y sobre cómo se deben enfrentar los efectos colaterales, la resistencia y el fracaso clínico. En estas discusiones se puso en evidencia que las PVVS no reciben medicamentos de segunda Línea cuando los necesitan, incluso se citaron casos de personas que habrían fallecido por no poder acceder a medicamentos de segunda línea. En esta oportunidad se comentó la necesidad de que los grupos de PVVS hicieran lobby con las empresas multinacionales que venden esos medicamentos a precios insostenibles.

Se explicó y discutió sobre las patentes y el posible impacto del Tratado de Libre Comercio de Centro América (CAFTA) que en aquel momento aún no había sido ratificado por El Salvador.

Los participantes comentaron que durante el año 2005, hubo largos periodos en que las pruebas de CD4 no estaban disponibles en El Salvador, lo cual se denunció a través de Agua Buena y se corrigió a inicios del 2006.

Guatemala

Un miembro del equipo de Agua Buena, Jaime Argueta, condujo un taller similar al de El Salvador en Guatemala a inicios del año 2006. El taller contó con la participación de cuarenta PVVS.

República Dominicana

En mayo del 2006, se llevó a cabo un taller en República Dominicana que albergó a 80 personas. En este taller se reservó una sesión de dos horas para el tema de “conocimiento acerca de precios de ARV”, donde participó un representante de la OPS quien presentó los planes para utilizar el Fondo Estratégico de la OPS en República Dominicana; asimismo, se mostró cómo disminuirían los precios de los ARV si se compraran a través de este Fondo estratégico.

Nicaragua

En Nicaragua, en febrero 2006, se introdujo el tema de “conocimientos acerca de precios de ARV” en una taller de un día. La sesión tuvo una duración de dos horas.

Honduras

En una reunión con 30 PVVS en Tegucigalpa en octubre 2006, el Dr. Stern puso en discusión el tema de precios; un miembro del equipo de OPS discutió sobre la implementación del Fondo Estratégico en ese país.

Nuevamente se puso el tema en agenda a finales de enero en un taller realizado para 80 personas.

Ecuador

A fines de enero del 2007, Lídice López Tocón -miembro de Agua Buena- visitó las ciudades de Quito y Guayaquil, en Ecuador. En ambas ciudades fue posible visitar los establecimientos de Salud, así como reunirse con líderes de grupos de PVVS y tomadores de decisión del Ministerio de Salud.

Los líderes y agrupaciones de PVVS, se mostraron escépticos ante las nuevas compras de medicamentos a precios tan bajos, ya que temían que se hubiera puesto en riesgo la calidad de los medicamentos, aunque esto se diluyó cuando se hizo hincapié en la pre – calificación de los medicamentos adquiridos.

Sin embargo, a pesar de que el acceso a TARV aún no se ha consolidado en Ecuador y que las provisiones a los usuarios han sufrido interrupciones, el tema no está de manera permanente en su agenda y es necesario mantener el vínculo con todos estos grupos para consolidar el TARV, así como garantizar la cobertura de todas las enfermedades relacionadas al VIH/SIDA.

Perú

En febrero del 2007 se realizaron dos talleres¹⁹ en Arequipa e Ica, dos ciudades ubicadas al sur de la capital. En ambas ciudades, la Sra. López realizó un taller de dos días que contó con la participación de alrededor de 25 personas que viven con VIH y SIDA; en ellos se compartió información y se discutió la situación del acceso a TARV en la Región Andina, en Perú y específicamente en Arequipa e Ica; la situación de los precios de medicamentos; los tratados comerciales y las patentes de medicamentos, así como las alianzas necesarias para realizar estrategias de abogacía e incidencia política, tanto a nivel local como nacional.

En estas visitas al interior de Perú, se pudo conocer la diferencia del manejo de la información en cuanto a la situación nacional en VIH y precios de medicamentos, entre otros temas; entre las organizaciones de estas provincias y los activistas de la ciudad de Lima, con quienes se interactúa de manera más frecuente desde Agua Buena. Fue posible entonces, distribuir información respecto a estos temas y absolver muchas dudas de los participantes en el taller.

¹⁹

Es importante señalar, que la situación de los precios de los antirretrovirales, las patentes y los tratados comerciales no son temas que fácilmente se pueda ubicar en la agenda de las organizaciones de PVVS, ya que las necesidades primarias de atención aún no son satisfechas y es un desafío comunicar la importancia de estos temas para el acceso a atención integral en salud. A pesar de ello, algunas PVVS se mostraron animadas a aprender más de la situación por lo que se mantiene la comunicación permanente con ambas provincias.

A nivel regional

En febrero 2007, el Dr. Richard Stern fue invitado a dirigir la reunión del Comité de Gobernanza de la Coalición Internacional de Activistas en Tratamientos (CIAT), que se realizó en San José de Costa Rica. En su presentación, el Dr. Stern expresó que el punto más crítico que enfrentan las PVVS en América Latina en general son los precios de los medicamentos de segunda línea.

Debido a que cada vez más PVVS necesitarán de estos medicamentos en todos los países y los gobiernos enfrentarán un fuerte incremento en el presupuesto para medicamentos, la CIAT adoptó la propuesta del Dr. Stern de organizar acciones regionales orientadas a presionar a las compañías Abbot, Gilead y Roche para que reduzcan los precios de los medicamentos de segunda línea.