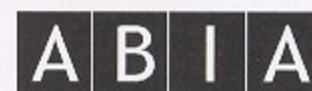


ação anti AIDS

Número 52 – Setembro/Novembro 2005

Publicado por



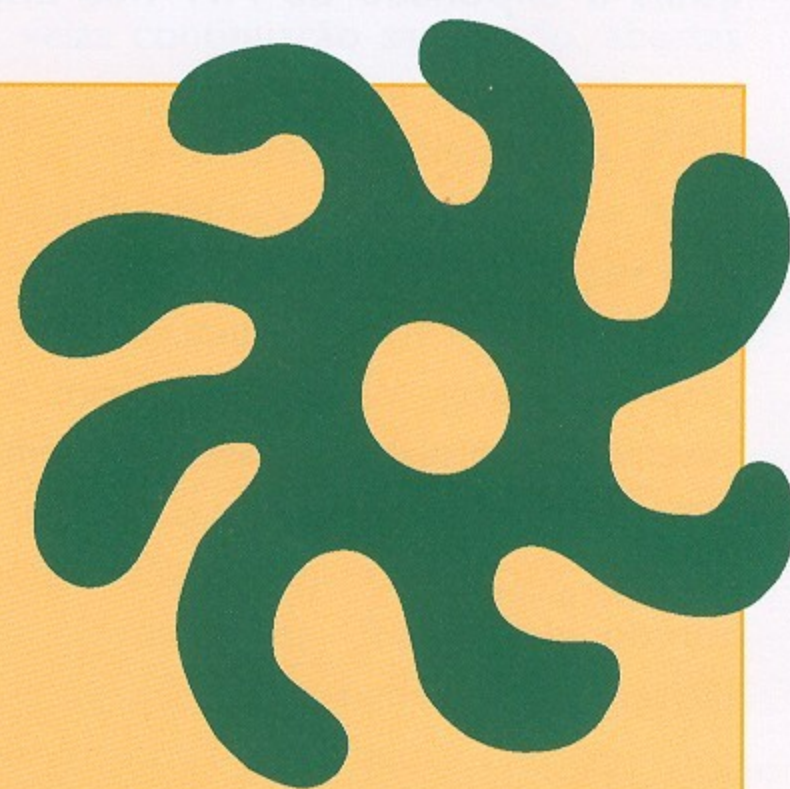
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS

Acesso a medicamentos: uma urgência para a América Latina e Caribe

Desde 1988, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) publica o *Boletim Ação Anti AIDS* com o objetivo de levar informação sobre os diferentes aspectos da epidemia do HIV/AIDS aos ativistas, profissionais de saúde e educadores. Nos últimos anos, esse boletim vem sofrendo reformulações internas que ocorreram à medida que mudanças no perfil da epidemia foram acontecendo.

Transcorrido mais de vinte anos do surgimento da epidemia de AIDS na América Latina e Caribe, o preconceito, a discriminação e a estigmatização contra as pessoas vivendo com HIV/AIDS continuam sendo um grande desafio para as comunidades latinas e caribenhas.

O boletim apresenta um novo formato editorial que contempla os principais idiomas latino-americanos - português e espanhol. Essa publicação tem como propósito ajudar a integração de ações e políticas existentes nessa região, bem como divulgar as lições aprendidas nesses países no que diz respeito à participação da sociedade civil organizada no controle da epidemia. Com isso, compartilhar experiências tanto no campo da prevenção como no campo da assistência constitui-se protagonismos significativos de conquista dos direitos humanos e de acesso à saúde. Nessa primeira edição, abordaremos o Fundo Global como pauta principal. A escolha desse tema compreendeu-se pela importância que esse recurso tem, hoje, na Política Nacional de controle a epidemia de DST/HIV/AIDS nesses países.



Confira

2 América Latina: veias abertas ao HIV

4 La visibilidad de lo invisible hoy

6 Las políticas del Fondo Global

7 República Dominicana: tratamiento caro y precario

8 Entrevista: Fondo Global

10 Acesso Universal a medicamentos

11 Cooperação técnica internacional

América Latina: veias abertas ao HIV

Alessandra Nilo*

Três décadas após o lançamento de um clássico da literatura regional, “As Veias Abertas da América Latina”, a reflexão sobre o processo de formação do continente, suas contradições internas e o efeito do imperialismo dos EUA e Inglaterra continua atual. Trinta anos não foram suficientes para modificar a realidade sul-americana. Revisar os anos 1970 e a obra de Galeano é reencontrar os motivos pelos quais a expansão do HIV nos anos 1980 e 1990 tornou ainda mais complexo o cenário regional.

Os resultados observados hoje evidenciam uma vulnerabilidade cada vez maior frente à epidemia, num cenário onde a nossa capacidade de resposta dialoga diretamente com o desenvolvimento, o progresso e o bem estar social. Estes são os temas que, por sua vez, estão na disputa central do mundo globalizado, mobilizando e acirrando as “velhas-novas” disputas entre países, especialmente entre o Norte e o Sul. E é no coração desta luta que pulsa o debate sobre propriedade intelectual, pautado na Organização Mundial de Comércio (OMC), na Organização Mundial de Propriedade Intelectual (OMPI) e, cada vez mais, nos acordos bilaterais e na agenda de negociação das áreas de livre comércio. O fato é que na proporção direta em que se priorizam os acordos sobre comércio, se enfraquecem os tratados internacionais voltados à garantia de direitos humanos essenciais, tais como o direito à vida e à saúde. Compreender essa disputa é essencial para as ONG/AIDS que lutam para garantir tratamento anti-retroviral para atender à demanda global, hoje estimada em 6 milhões de pessoas.

Ao analisarmos as metas estabelecidas em 2001 na Declaração de Compromissos sobre AIDS (UNGASS/

AIDS) é possível percebermos a fragilidade dos acordos firmados no âmbito das Nações Unidas. Sua última revisão técnica¹, realizada em junho, deixou claro que os compromissos pactuados para 2005 estão longe de serem alcançados. O texto assinado pelos países de que a AIDS “compromete o desenvolvimento social e econômico em todo o mundo” não tem sido suficiente para mobilizar os governos na mesma velocidade em que o HIV se expande.

América Latina é tratada de forma contraditória e equivocada

Os desafios apresentados são maiores em todos os aspectos. Em 2004 foram 5 milhões de novos casos e 3,1 milhões de mortes foram registrados². Apesar dos investimentos mundiais terem aumentado de US\$ 2,1 bilhões, em 2001, para US\$ 6,1 bilhões em 2004, os recursos continuam insuficientes. A meta dos 12 bilhões de dólares até 2005, do Fundo Global de Combate à AIDS, Tuberculose e Malária, não foi atingida e dados mais recentes (*Three by One/UNAIDS-Make the Money Work*) afirmam que até 2008 serão necessários cerca de US\$ 55 bilhões³ para controle da epidemia – aqui vale lembrar que,

segundo a imprensa mundial, os gastos gerais com a Guerra do Iraque foram de US\$ 14 bilhões **por semana**, ou seja, o mundo não carece de recursos, mas sim de vontade política.

Obviamente, poucos recursos reservados para a luta contra a AIDS implicam em menores resultados. E a situação agrava-se na América Latina, onde o HIV não é apenas um problema de saúde pública: ele demanda respostas para problemas decorrentes da fragilidade dos Estados para garantir políticas sociais eficazes e inclusivas. Entretanto, nos espaços de decisão das políticas internacionais de AIDS – UNAIDS, OMS, G8, União Européia – a América Latina tem sido tratada de forma contraditória e equivocada. Por um lado, a sociedade civil é reconhecida pela sua capacidade de organização e incidência política, potenciais parceiros/doadores elogiam publicamente as Redes que se articulam em diferentes áreas, há uma afirmação de que as ONG da região otimizam a relação custo/benefício dos recursos. Paradoxalmente, esse reconhecimento não resulta em mais recursos para região. Ao contrário, estes continuam limitados, o que torna urgente a discussão sobre a sustentabilidade política e financeira da nossa resposta à epidemia.

* **Alessandra Nilo** é jornalista, Diretora presidente da GESTOS - Soropositividade, Comunicação e Gênero e um dos pontos focais do Conselho Latino Americano e Caribenho de ONGs que trabalham com HIV/AIDS (LACASSO).

Apenas uma em cada sete pessoas tem acesso a tratamentos na América Latina e Caribe

A situação se agrava ao observarmos que o Fundo Global ao entrar em alguns países tem servido de justificativa para a saída de agências de cooperação internacional, que antes apoiavam diretamente as organizações comunitárias. Além disso, também enfrentamos problemas no próprio movimento global de AIDS. Ao mesmo tempo em que diminui o financiamento para as ações de base na América Latina, um número pequeno de ONG internacionais continua concentrando o acesso a grandes volume de recursos, com propostas que geram pouco impacto no âmbito local.

Considerar, portanto, que existe um pacto velado que simbolicamente retira a América Latina (e mais ainda o Brasil) do mapa político de recursos para o combate à epidemia faz todo sentido quando analisamos o cenário internacional e observamos: a inexistência de referência sobre a região nos documentos sobre a revisão da UNGASS; o plano recém-aprovado pela União Européia de combate a AIDS que invisibiliza a América Latina⁴; as recentes discussões do G8 e o fato de que há mais de cinco anos as agências de cooperação internacional, justificando a emergência em outros continentes, limitam sua presença nos países da região.

Entretanto, mesmo considerando a situação de calamidade em muitos lugares do planeta, argumentar este “pacto não-dito” com base em critérios epidemiológicos não faz sentido. Na América Latina e Caribe vivem cerca de dois milhões de pessoas com HIV, destas, apenas uma em cada cinco tem acesso a serviços de prevenção e uma em cada sete tem acesso a medicamentos anti-retrovirais. O aumento do número de pacientes em tratamento na região foi mínimo, de 275 mil em 2003, para 290 mil em 2004.

Diante desta realidade, mesmo não tendo o peso internacional de um

acordo como o TRIPS, por exemplo, o monitoramento da UNGASS/AIDS na América Latina é importante para mobilizar discussões que tem sido jogadas para baixo do tapete. Alcançar as metas da Declaração de Compromissos vai significar a reversão do crescimento da epidemia, sem dúvida. Porém o mais importante é que monitorá-la vai nos dar capacidade de gerar processos e reflexões. O reconhecimento da necessidade estratégica de diálogo entre sociedade civil e governo, por exemplo, tem causado impacto não apenas nos países, mas no próprio sistema das Nações Unidas que, cada vez mais, tem sido pressionado para fazer o seu dever-de-casa: incluir a sociedade civil e as pessoas vivendo com AIDS nos seus Grupos Temáticos da UNAIDS e a fazer *advocacy* nos espaços de interlocução com os governos locais para implementação das metas acordadas.

Pobreza, migração, desinformação e conservadorismo impulsionam o crescimento da epidemia na região

A UNGASS/AIDS, portanto, demanda maior atenção de ONG e governos e exige uma análise a partir das conjunturas nacionais. Principalmente porque pode ajudar a criar indicadores que tornem impossível negar a realidade

que todos insistem em não ver: apesar da capacidade de mobilização das ONG e das pessoas soropositivas, aqui na América Latina a epidemia continua crescendo, impulsionada pela combinação entre pobreza, migração, desinformação e relações sexuais despreviadas, num contexto de recrudescimento dos fundamentalismos e das moralidades conservadoras⁵.

Sim, ainda é possível a médio e longo prazo reverter a prevalência do HIV na região. Mas sem recursos e sem políticas públicas, manter as ações de controle e atenção vai ser apenas um desafio impossível, enquanto nossas veias continuarão sangrando, abertas e vulneráveis aos vírus da AIDS e do descaso mundial.

Notas:

1 <http://www.unaids.org>

http://www.gestospe.org.br/download/public/2006_UNGASS_Core_Indicators_Fin.doc

http://www.gestospe.org.br/download/public/CCO_Statement_on_the_CIS_Minist.doc

2 http://www.unaids.org/wad2004/EPI_I204_pdf_en/EpiUpdate04_en.pdf

3 US\$ 15 bilhões em 2006, US\$ 18 bilhões em 2007 e US\$ 22 bilhões em 2008.

4 Os recursos planejados para execução nos próximos três anos prioritariamente irão para a África, Leste Europeu e Ásia.

5 One World, One Fight report 2003-2005 – <http://www.umul.com.br>



La visibilidad de lo invisible hoy

Mario Pecheny*

En América Latina como en el resto del mundo, la aparición del VIH/SIDA a principio de los años ochenta hizo temer no sólo graves problemas colectivos derivados de la epidemia, y el sufrimiento, enfermedad y muerte de las personas directamente afectadas, sino también una agudización y extensión del miedo y prejuicios existentes, y el nacimiento de nuevos miedos y prejuicios. Después de más de dos décadas, si bien no podemos permitirnos realizar un balance triunfalista, al menos podemos ver que tales temores fueron combatidos y en muchos casos vencidos gracias a las luchas de numerosas personas y colectivos sociales que se han movilizado a nivel de la gran política y sobre todo a nivel de la vida cotidiana, lo cual es quizá más duro de asegurar.

Por todo esto, y no solamente por los avances en las terapéuticas,

el SIDA pasó a ser una enfermedad crónica, cada vez más parecida a las enfermedades normales – es decir, las enfermedades a las que nuestras sociedades, para bien o para mal, ya estaban acostumbradas.

Sin embargo, un rasgo característico del SIDA, entonces y ahora, que la hace en un sentido única entre todas las patologías, es su papel visibilizador. El SIDA, nos dice la literatura científica y los relatos de las personas afectadas por la enfermedad – es decir, todas las personas – ha contribuido a hacer visibles cuestiones que, por diversas razones y a través de diversos procesos, nuestro orden social usualmente no permite ver, mantiene en la oscuridad, clandestinidad, discreción o ignorancia.

Propongo enumerar aquí algunas de esas cuestiones. Para ver cuánto avanzamos, cuánto sigue pendiente, y cuánto podemos aprovechar las oportunidades críticas que brinda la epidemia y la

lucha colectiva contra ella.

Recordemos un poco. Durante los años ochenta, el sida contribuyó a hacer visibles públicamente y políticamente relevantes, casi ineludibles, a las cuestiones siguientes: la sexualidad, en particular la homosexualidad; la desigualdad social y regional, y la pobreza estructural, traducidas en vulnerabilidades diferenciales frente a la infección y la vida con la enfermedad; la inequidad y violencia de género; la falta de educación sexual; la inoperancia del sistema de salud; la deshumanización de la medicina; los miedos irracionales; los estigmas ligados a la enfermedad, la muerte y/o la sexualidad; la falta de preparación individual y social ante la muerte, incluyendo la de jóvenes de todas las clases sociales.

Durante los noventa, el proceso de visibilización se extiende y afina. Son cada vez más visibles, por supuesto, la exclusión social y la pobreza; pero también las

* Instituto Gino Germani – Universidad de Buenos Aires y CONICET.

Luciana Kamel



Concasida 2005: luta por medicamentos cresce na América Latina.

deficiencias en el control prenatal; la violencia estructural que sufren las travestis; el desamparo de las y los trabajadores sexuales; que hay un sorprendentemente extendido uso inyectable de drogas; que hay usuarios de drogas cuyos derechos más básicos son sistemáticamente vulnerados; que los modelos de prevención deben ser integrales, para dar cuenta de los aspectos individuales, culturales y estructurales; que hay una sinergia de formas de estigma y discriminación; que la investigación no puede sino reposar en la inter y transdisciplinariedad. La lista podría seguir.

¿Y ahora? Como sabemos, el SIDA está revelando en toda su complejidad y urgencia el problema de la adherencia a los tratamientos y comportamientos de cuidado – como el sexo seguro o más seguro; la emergencia de coinfecciones (la hepatitis C!); pero también los proyectos de presente y futuro de las personas viviendo con VIH, incluyendo los proyectos de pareja, hijos, trabajo digno y/o entablar o retomar estudios; y permanece la cuestión del respeto de los derechos humanos de todos y de cada uno.

Hay cuestiones menos visibles

todavía, pero políticamente cruciales. Por ejemplo, la lucha contra el SIDA debería haber encarado más de lo que lo ha hecho, la situación de las personas que viven en instituciones cerradas o semi cerradas; las características de tales instituciones que alientan morbilidades y mortalidades de un modo aberrantemente costo-efectivo; las consecuencias de la criminalización del uso de drogas; la insostenible ilegalidad del aborto; pero también la novedad que representa en el ámbito de la salud-enfermedad la movilización de las y los pacientes, o el cuestionamiento de las patentes.

Y se vuelve cada vez más acuciante la apuesta por las alianzas de la lucha contra el SIDA junto a

otras luchas: la promoción de la salud reproductiva y la lucha por la legalización del aborto, la defensa de los derechos de la diversidad sexual, la inclusión en la agenda de los derechos de las personas que usan drogas, y la vigente defensa de la centralidad del Estado y de la salud pública tanto en materia de SIDA como en todos los demás aspectos. (Imaginemos por un momento lo que sería hoy la situación del VIH/SIDA, en América Latina, si no hubiera habido una respuesta desde el sistema público de salud)

En fin, me parece que es bueno seguir estando alertas para ver lo que aparece ante nuestros ojos, pues, como dice el cuento, el Rey siempre está desnudo.

ALGUNS DADOS RELEVANTES

- Em 2004, 240 mil casos de AIDS foram diagnosticados na América Latina. Entre os jovens de 15 a 24 anos, estima-se que 0.5% das mulheres e 0.8% dos homens estejam vivendo com HIV/AIDS;
- Em dois países da América Latina – Guatemala e Honduras – a prevalência nacional de infecção pelo HIV (porcentual da população que está infectado) é superior a 1%. No entanto, a prevalência reduzida em outras áreas mascara o fato de que graves epidemias localizadas estão ocorrendo em outros países, incluindo o Brasil, onde se localizam mais de um terço das pessoas vivendo com HIV/AIDS na região;

• 440.000 mil pessoas entre 0 e 49 anos vivem com HIV/AIDS no Caribe;

• Em 2004, cerca de 240 mil pessoas morreram de AIDS na região;

• O tratamento com os medicamentos das grandes indústrias farmacêuticas pode custar até US\$ 12 mil por ano. Um valor até quatro vezes maior do que o PIB per capita de um país africano, cerca de US\$ 3,4 mil ao ano.

Fonte:
Site da IAS - www.ias-2005.org
Site da Unaid - www.unaids.org
Site do Programa Nacional de DST/AIDS do MS do Brasil - www.aids.gov.br



Concasida 2005: exames de CD4 e carga viral em falta na região.

Las Políticas del Fondo Global y el largo camino de los medicamentos

Guillermo Murillo*

La mayoría de los países de América Latina han recibido importantes financiamientos por parte del Fondo Global para SIDA, Tuberculosis y Malaria. Sin embargo, con el tiempo, los sueños y esperanzas generados por estos fondos se convirtieron en frustración y desesperanza

Según datos de la OMS, hasta junio del 2005, en América Latina y el Caribe el 62 % de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) que requieren tratamiento antirretroviral lo tienen, y comparan estas cifras con los bajos porcentajes que África y otras regiones tienen en el tema de acceso a tratamiento. Estas son cifras que ponen una cortina de humo sobre la realidad que enfrentan miles de (PVVS) en más de la mitad de los países de esta región.

De manera hábil, pero quizá no la más honesta, muestran una cobertura en Latinoamérica y el Caribe que combina los éxitos de países que dan una cobertura muy amplia como Brasil, Argentina, Chile, Cuba, Costa Rica, México, Colombia y unos pocos más. De esta manera, disfrazan la poca cobertura que brindan otros países, como Bolivia, Paraguay, Nicaragua, Honduras, Guatemala y casi todas las islas del Caribe.

Con el anuncio de la posibilidad de que llegarían fondos externos para “solucionar” el problema de acceso a tratamiento, muchos países no invirtieron o no aumentaron su inversión en medicamentos, esperando los recursos del Fondo Global. No tomaron en cuenta que, entre este anuncio y la efectiva llegada de los fondos, podía pasar mucho tiempo, un tiempo que se traduciría en muertes para las PVVS si no tenían sus medicamentos.

Obstáculos para el acceso a los medicamentos

Dentro de los obstáculos utilizados para retrasar o negar el acceso a medicamentos, incluso los comprados con dinero del Fondo Global, está el de cobrar “cuotas de recuperación”, dinero que se le cobra al usuario, por cada cita médica, por cada examen de laboratorio y por cada vez que recibe los medicamentos. Si consideramos los niveles de pobreza de muchas poblaciones, esta es la más brutal forma de excluir a estas personas de la atención médica que requieren. Otras formas comunes para evitar que muchas PVVS recurran a los servicios médicos son: no dar a conocer, incluso al personal de salud de las áreas rurales, la existencia de los medicamentos ARVs; centralizar la atención en las capitales o ciudades mayores; los constantes desabastecimientos de medicamentos y de reactivos para las pruebas clínicas; no dar tratamiento ARV a las personas con tuberculosis, aunque ya hayan entrado a una etapa de SIDA.

Si bien ha habido logros, éstos son opacados por las inconsistencias de los programas nacionales de SIDA y por la poca o nula voluntad política y presupuestaria demostrada por los gobiernos, así como por el uso, en muchos casos irracional, que hacen de estos dineros y por las decisiones finales que utilizan para seleccionar

los medicamentos que compran, incluso entrando en contradicción con las políticas dictadas por el Fondo Global.

En una de las guías del Fondo Global, la que habla sobre la gestión de contrataciones y suministros, el Fondo Global “recomienda encarecidamente a los beneficiarios que implementen mecanismos que alienten la observancia de los protocolos de tratamiento (incluidos, entre otros, las combinaciones de dosis fijas, formulaciones utilizadas una vez al día...). Sin embargo, cabe notar que, hasta la fecha, muchos países, como El Salvador, no utilizan estas combinaciones fijas.

Otro obstáculo relacionado con el uso de medicamentos ha sido la confusión, desconocimiento y/o manipulación que, en materia de Propiedad Intelectual, se maneja en la región. La misma guía del Fondo Global antes citada, “alienta” a los beneficiarios a aplicar las flexibilidades contempladas en el Derechos de Propiedad Intelectual relativos al Comercio (ADPIC) y en las legislaciones nacionales, incluyendo la Declaración de Doha. De nuevo, los países no han mostrado ningún interés en la aplicación de Doha y, por el contrario, han estado firmando o negociando tratados comerciales (CAFTA en Centroamérica y la negociación de tres países andinos con Estados Unidos), donde literalmente cierran las puertas para utilizar estas salvaguardas.



Juego de números

Sin duda, el dinero del Fondo Mundial ha sido utilizado para salvar la vida de unos cuantos miles de PVVS en nuestra región. Pero, para quienes insistimos en que la prioridad es suministrar medicamentos y atención integral de manera inmediata a toda la población, los indicadores con que justifican los presupuestos millonarios nos parecen más un juego de números que un compromiso real.

Quizá lo más doloroso de este proceso es la dependencia económica que el Fondo Global ha creado en muchas organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de PVVS. Con la inclusión de proyectos financiados, pero de alguna manera supervisados por otros actores, el activismo beligerante en América Latina se ha detenido, las voces han callado y nos estamos conformando con las migajas (a veces grandes sumas económicas) que nuestras organizaciones reciben para el funcionamiento, cada día más enfocado en los asuntos administrativos, con el consecuente descuido de la labor por la que nacimos: defender y denunciar las situaciones que atentan contra la vida de las PVVS.

República Dominicana: tratamiento caro y precario

Eugene Schiff*

Muchas personas que viven con VIH/SIDA en este país caribeño no pueden sufragar los costos adicionales considerables de su propia atención de salud

Antonio vive en Guanuma, una comunidad rural pobre ubicada a menos de una hora de Santo Domingo. Tiene 38 años y ha luchado valientemente en contra de los estragos de una infección avanzada de SIDA, sin tratamiento, y con las infecciones relacionadas. Igual que Antonio, la mayoría de las familias en la isla que viven tanto en áreas rurales como urbanas están acostumbradas a contar con opciones limitadas para ganar un salario decente, viviendas deficientes, un acceso mediocre a atención de salud y malos sistemas de agua potable y tratamiento de aguas residuales.

Muchos de los que viven con VIH son pobres y una cantidad considerable de ellos son desempleados o subempleados. A raíz de esto, muchas personas que viven con VIH/SIDA no pueden sufragar los costos adicionales considerables (en muchos casos privatizados) de su propia atención de salud. El destartalado sector "público" de salud involucra también pagos extras de su propio bolsillo para medicamentos básicos, pero potencialmente costosos, para tratar o prevenir infecciones oportunistas. Deben pagar también un gran número de pruebas de laboratorio esenciales y recomendadas, además de medicamentos antirretrovirales (ARVs) para el resto de sus vidas.

Es esencial que estos servicios se vuelvan más accesibles para los diez o veinte mil dominicanos que necesitan, pero no reciben medicamentos ARVs actualmente. También existe una necesidad urgente para mejorar la atención médica para inmigrantes haitianos y dominicanos de descendencia haitiana que viven y trabajan en la República Dominicana.

En el caso de Antonio, que cuando lo conocí lo encontré postrado en la cama en su hogar, ya había visitado el Centro Sanitario casi una docena de veces. Sin embargo, no le habían realizado aún una prueba CD4 y el no parecía entenderme cuando le pregunté si recibía medicamentos antirretrovirales – aunque me enseñó una bolsa de tabletas, incluyendo acetaminofen, algunas multivitaminas y ketoconazole (el cual se utiliza para tratar infecciones causadas por hongos).

Sin abogacía especial por parte de un médico o grupo de apoyo de PVVS, es casi imposible realizarse exámenes como el de CD4 y carga viral sin pagar hasta US\$200 en clínicas privadas. A pesar de la obvia importancia de estas pruebas diagnósticas, sin las cuáles muchos médicos no pueden o no quieren iniciar tratamiento ARV para PVVS, las pruebas se realizan únicamente de forma privada por medio de laboratorios contratados.

El hecho de que Antonio es pobre y proviene de un *batey* no es una coincidencia irrelevante, sino refleja piezas de una crisis mucho mayor y más seria relacionada al VIH/SIDA, acceso a tratamiento, atención de salud, racismo, discriminación, política y pobreza en la República Dominicana y en Haití.

Aún cuando posiblemente unos cuantos miles de personas reciben mucho mejor atención, y sus historias ciertamente podrían ser presentadas como "casos exitosos", esto no debería distorsionar nuestro análisis y esfuerzos para mejorar la atención para la gran mayoría de PVVS que son pobres y siguen sin acceso a tratamiento ARV o atención básica apropiada en la isla de Hispaniola (República Dominicana y Haití).

* Guillermo Murillo - Agua Buena, asistente de Director. Para contacto: tel/fax: 506-430-5970 e e-mail: memopvs@racsa.co.cr

* Eugene Schiff pertenece a la Asociación de Derechos Humanos Agua Buena.

* Coordinador para a Região do Caribe - Asociación de Derechos Humanos Agua Buena.

Fondo Global: la visión de usuarios y gestores

A través del proyecto "Fortalecimiento de las respuestas sociales de la epidemia de VIH/SIDA entre OSC/ONGs de América Latina y Caribe", promovido por ABIA con apoyo del Programa Nacional de Enfermedades de Transmisión Sexual/SIDA, del Ministerio de Salud de Brasil, representantes de la Línea Ayuda/Centro Nacional de Prevención de las ITS/VIH/SIDA/MINSAP¹ de Cuba y de la Red Bol, Red Vihda, Más Vida, CONATRE, IDH y Asociación Civil "Libertad" de Bolivia², se reunirán en ABIA, Rio de Janeiro, en abril de 2005. En la ocasión, entre varios temas discutidos y actividades de intercambio se habló del Fondo Global y sus impactos en Bolivia y en Cuba. Sigue una entrevista realizada con estos representantes, donde presentamos los principales desafíos enfrentados y una evaluación de la ayuda que están recibiendo del Fondo Global.

El caso de Bolivia

ABIA - ¿Cómo ustedes están viendo la llegada del Fondo Global en Bolivia?

Julio Cesar/ Daniel Ruiz - Nosotros afirmamos que el Fondo Global llegó en junio de 2003, en la carta cuatro, pero los recursos llegaron en julio. Recientemente en este año comenzaron las licitaciones bañadas y en algunas instituciones comenzaron a llegar los recursos.

Wilfredo Roca/Julio Cesar - En el caso de Red-Bol es, al mismo tiempo, una oportunidad y un desafío. Una oportunidad de fortalecer nuestra institución y un desafío poder ejecutar el programa, porque tendremos que atender a varias exigencias del Ministerio que nos controla y que nos va a hacer auditorías.

ABIA - ¿Cómo está siendo la experiencia de Bolivia con el Fondo Global?

Guery Zabala/Efraim Vargas - Creo que es necesario mejorar la asistencia técnica a la Red-Bol y algunas instituciones de base comunitaria que ha tenido acceso al recurso del fondo. De esta forma, tenemos que trabajar más la asistencia técnica de monitoreo y de evaluación de las actividades programadas.

Un otro problema que tenemos es que los recursos del Fondo Global deberían fortalecer al Ministerio de Salud y no quitar sus responsabilidades en la prevención y asistencia a las personas con VIH-SIDA. O sea, la idea es que el Fondo Global sea un complemento y no una sustitución, como está ocurriendo.

Jorge Herrera/Julio Cesar - Por otro lado, uno de los aspectos más positivos de la actuación del Fondo Global en Bolivia es que ha incluido a las instituciones de base en el desafío de presentar propuestas ante el Fondo Global. Ahora, la dificultad de esas instituciones está en poder viabilizar los proyectos, no por falta de capacidad técnica o de personal, sino porque ha habido una reducción de los recursos del propio Ministerio de Salud.

ABIA - ¿Cuál es el principal desafío para ustedes en este momento?

Efraim Vargas/Jorge Herrera - Para nosotros es un gran desafío que el Estado se haga cargo del trabajo de prevención y asistencia a las personas con VIH/SIDA. Además, tenemos que lograr la articulación entre las organizaciones que trabajamos con el tema de la prevención. Por ahora

tenemos que viabilizar todas las dificultades, no por falta de capacidad técnica o de personal, sino porque ha habido una reducción de 24 para 18 meses el tiempo de ejecución de las actividades.

El caso de Cuba

ABIA - ¿Cómo están viendo en Cuba la entrada del Fondo Global, prestando asistencia y prevención al SIDA?

Mirna Villalón/Maria Julia Fernandez - En Cuba ya había un Programa Nacional sobre prevención y control del VIH/SIDA, con varios componentes. Dentro de esos componentes, están la atención médica, la investigación, el trabajo de laboratorio, el de epidemiología y el componente educativo. Entonces, ya teníamos una estructura y veníamos trabajando con diferentes estrategias en el país, tanto en la prevención, como en la atención de las personas con VIH/SIDA.

El Fondo Global ha llegado a Cuba para reforzar estas acciones. Con él hemos podido multiplicar las acciones que ya veníamos haciendo en el país. En Cuba, las personas tienen acceso a tratamiento, pero ahora con el Fondo tenemos la posibilidad también de poder tener mayor variedad de

medicamentos. No sólo se han podido comprar antirretrovirales, como también medicamentos para enfermedades oportunistas que son muy caros y a los cuales no teníamos acceso, debido al bloqueo económico impuesto a nuestro país.

ABIA - ¿Ustedes consideran suficiente este financiamiento? ¿Él está consiguiendo cubrir las necesidades de asistencia y prevención?

Mirna Villalón/Maria Julia Fernandez- El financiamiento que tenemos en este momento, para las acciones que tenemos planificadas, es suficiente. El gobierno cubano le ha dado un gran aporte a este presupuesto. El país asume mucha de las acciones y, como decíamos, el Fondo Global vino a ayudar a desarrollar estas acciones. O sea, él vino como un complemento de lo que ya se venía haciendo.

ABIA - ¿Ustedes han tenido algún tipo de dificultad en el trabajo con este proyecto del Fondo Global?

Mirna Villalón/Maria Julia Fernandez - Al principio, la dinámica del Fondo Global nos puso en apuros porque ellos tienen una metodología muy particular, que tuvimos que aprender rápidamente. Fue un reto conocer esta metodología y que funcionara a todo lo largo del país, porque el Fondo está beneficiando a todas las personas que viven en Cuba con VIH/SIDA, de todos los sectores.

El trabajo es intenso, pero cuando uno ve el resultado se siente bien. Es bueno ver que las personas están teniendo la posibilidad de capacitarse, que hay más facilidades para adquirir sus medicamentos, que los jóvenes están aprendiendo más sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y ver como diferentes sectores se han sensibilizado para esta cuestión.

QUÉ ES EL FONDO GLOBAL?

El Fondo Global de combate al SIDA, Tuberculosis y Malaria se estableció formalmente el día 28 de enero de 2002. La primera fase de implantación del Fondo comprendió los meses entre el final de la UNGASS, en junio, hasta el 14 de diciembre de 2001. La misión de este Fondo es recaudar y destinar recursos a la prevención y tratamiento del SIDA, la tuberculosis (TB) y la malaria. Al ser un acuerdo de cooperación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas, el Fondo Global representa un nuevo enfoque para el financiamiento internacional de la salud. El Fondo colabora estrechamente con otras organizaciones bilaterales y multilaterales, que sostienen su trabajo a través de un incremento notable de el financiamiento.

El Fondo Global es una organización independiente, regida por una Junta Directiva integrado por representantes de los gobiernos donantes y beneficiarios, de Organizaciones No Gubernamentales (ONG), del sector privado y de las comunidades afectadas. También son miembros de oficio los representantes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de la ONUSIDA y del Banco Mundial. Éste último también desempeña la función de administrador fiduciario del Fondo Global.

Luciana Kamel



Concasida 2005: manifestação por acesso a medicamentos.

¹ Mirna Villalón y Maria Julia Hernandez – Centro Nacional de prevención ITS/VIH/SIDA.

² Wilfredo Roca Carrillo- Red Boll/ Red Vihda, Jorge Herrera – Más Vida, Guery Zabala – CONATRE, Julio Cesar Aguilera – Red Boll/Red Vihda, Efraim Vargas – Asociación Civil “Libertad”, Daniel Ruiz - IDH.

Acesso Universal aos Medicamentos e Sustentabilidade Financeira

Michel Lotrowska *

O acesso universal a medicamentos anti-retrovirais foi aprovado como uma meta do G8 para 2010. Isso representa um avanço no caminho da universalização do acesso a medicamentos que têm o poder de prolongar a vida de quem vive com o HIV/AIDS.

As últimas décadas do século XX foram marcadas pela privatização dos sistemas de saúde nos países em desenvolvimento. Projetos do Banco Mundial e de várias agências de cooperação acreditavam que a privatização de serviços de saúde era a solução para aumentar a eficiência desses serviços e garantir acesso sustentável às populações de países em desenvolvimento com baixos orçamentos públicos para a saúde. A epidemia de AIDS veio provar que esta ideologia da privatização não era o remédio para todos males, mostrando que medicamentos e cuidados de saúde não podem ser meras mercadorias e serviços comprados apenas por quem tem o poder aquisitivo necessário. Além da privatização dos serviços de saúde, assistimos na maioria dos países em desenvolvimento à privatização do acesso a medicamentos, deixando geralmente o paciente se tornar consumidor dos medicamentos que pode pagar.

Após a criação da OMC, a concorrência genérica foi drasticamente reduzida

Em 1995, a criação da Organização Mundial do Comércio (OMC) modificou a situação do acesso a medicamentos no mundo. Ao obrigar os membros da OMC a assinarem também o acordo TRIPS que garante, entre outras coisas, vinte anos de patentes para medicamentos inovadores, os países ricos deram um grande passo para conseguirem erradicar lentamente a concorrência genérica dos medicamentos que estão sendo desenvolvidos.

O período de transição de dez anos que a OMC ofereceu a países como Índia para produzir genéricos de ARVs chegou ao fim em janeiro de 2005, e os medicamentos mais recentes são vendidos a preços muito mais altos do que os

medicamentos para os quais existem genéricos. Os monopólios resultando da concessão de patentes no mundo inteiro impedem que haja incentivos para baixar os preços dos medicamentos, assim como os preços das matérias primas, responsáveis por aproximadamente 70% dos custos dos genéricos.

O resultado pode ser visto nas diferenças de preços entre medicamentos de primeira escolha e de segunda escolha. Enquanto uma terapia tripla de primeira escolha produzida na Índia e pré-qualificada pela Organização Mundial da Saúde custa US\$ 140 por ano por paciente, o Kaletra custa US\$ 4.500 no Peru e US\$ 2.650 no Brasil. Essas diferenças não são baseadas no custo do medicamento e sim na teoria de maximização de lucro que cada empresa adota.

A teoria econômica mostra que quando se trata de um bem essencial em situação de monopólio, o maior lucro nunca é alcançado com altas quantidades e baixos preços e sim com menos quantidades e altos preços. Por isso, o acesso universal não combina com situações de monopólios tais quais existem num mundo em que patentes são reconhecidas mesmo nos países em desenvolvimento. Os medicamentos de segunda escolha precisam de preços menores e a luta travada pelo MS do Brasil para conseguir o licenciamento voluntário de três medicamentos de segunda escolha mostra que a negociação não é um caminho fácil e sustentável. Parece que o licenciamento voluntário só sai com ameaças reais de licença compulsória. Por enquanto, este é o único caminho capaz de favorecer a multiplicação de produtores e forçar, desta forma, a redução dos preços. O Brasil está liderando esta luta para uma solução sustentável frente ao aumento dos seus custos com anti-retrovirais. Não se trata de vontade política, trata-se de estar vivenciando agora o que outros países irão viver em cinco anos. O Brasil andou na contramão das políticas internacionais de privatização de saúde com a criação do

SUS, com a Constituição de 1988 e com a lei de universalidade do acesso aos anti-retrovirais a partir de 1996. Com a implementação da lei de patente em 1997, o Brasil convive com uma produção genérica nacional e pública que foi possível por causa da ausência de patentes nos medicamentos de primeira escolha e com a importação de medicamentos patenteados cada vez mais utilizados pelos cerca de 170.000 cidadãos soropositivos.

Na América Latina a maioria dos países ainda luta para ampliar a cobertura com medicamentos

O resto da América Latina iniciou mais tarde o uso de ARVs e a maioria dos países ainda está na fase de ampliação da cobertura com medicamentos de primeira escolha, cujo preço se beneficiou da concorrência dos genéricos. No entanto, a mudança de esquema terapêutico para medicamentos de segunda escolha será um desafio para todos esses países. Por exemplo, no Peru, em 2004, uma terapia tríplex AZT+3TC+NVP custava US\$ 313,7 por ano por paciente¹, enquanto apenas o Kaletra (LPV/r) foi comprado no mesmo ano pelo preço de US\$ 4.511,4 por ano por paciente. Obviamente esta situação é insustentável e as recentes negociações conjuntas organizadas pela OPAS na Argentina mostraram que os grandes laboratórios de marca original não querem negociar preços melhores para ARVs na América Latina. A opinião pública internacional já mostrou que está a favor da licença compulsória, só resta agora agir, pois a sustentabilidade do tratamento a médio prazo está em jogo na região.

Notas

¹ Ver site do Fundo Global com todas as tabelas de compras de 2004 por país.

www.theglobalfund.org

* Michel Lotrowska - Coordenador da Campanha de acesso a medicamentos essenciais — Médicos sem fronteiras



Cooperação Técnica Internacional: estabelecendo alianças para promover a solidariedade

Carlos A. Passarelli *

O Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde do Brasil desenvolve, desde meados da década de 1990, atividades de cooperação técnica com outros países em desenvolvimento. Essa experiência pauta-se no reconhecimento de que a forma como se organiza o enfrentamento à epidemia no Brasil pode auxiliar outros países no fortalecimento de suas respostas locais. Não se trata, no entanto, de uma “exportação de modelos”, nem mesmo de prescrever regras desvinculadas do contexto onde elas são originadas. A perspectiva que norteia essas ações baseia-se na horizontalidade da relação entre os países e na constatação de que a cooperação é sempre uma via de mão dupla.

O conceito de cooperação horizontal sul-sul é utilizado para referir-se às relações estabelecidas entre países que, de alguma forma, possuem características sócio-econômicas semelhantes, sem, no entanto, desconsiderar as diferenças culturais.

Programas de cooperação que se estabelecem com esses princípios podem trazer uma contribuição para ultrapassar os desafios da implementação das respostas em larga escala. Eles podem ajudar a diminuir as lacunas de recursos técnicos e humanos, o que, em muitos países, representam um obstáculo para implementação, monitoramento e avaliação de forma efetiva. De modo oposto às tradicionais assistências técnicas pontuais, tais programas podem favorecer fluxos de conhecimentos, habilidades e tecnologias de forma contínua, conduzindo para o estabelecimento de capacidade local fortalecida e sustentável.

A cooperação horizontal se fundamenta no reconhecimento de que existem diferenças consideráveis

entre países e regiões, quando tomados os perfis epidemiológicos da AIDS, as repostas nacionais, a organização dos serviços sociais e de saúde, e os variáveis níveis de desenvolvimento econômico, social e tecnológico. Programas de cooperação horizontal precisam ser desenhados de modo particularizado, segundo os recursos e as necessidades específicas de cada país. Contrário aos programas de ajuda ao desenvolvimento, que caracteriza o cenário da cooperação internacional desde o final da segunda guerra mundial, a força singular de um modelo de cooperação horizontal entre pares reside no fato de que a colaboração é orientada e dirigida pelos países, e que, ao vivenciar situações similares, eles podem facilmente aprimorar uma aprendizagem recíproca.

Além disso, programas de cooperação horizontal podem agregar valor às relações bilaterais, ao estimular e fortalecer o engajamento e o apoio político entre governos. Grande parte das críticas às iniciativas brasileiras de cooperação internacional concentra-se no argumento de que o país, com tantas dificuldades a serem resolvidas internamente, principalmente no setor saúde, faria melhor se tentasse dar conta dessas questões em primeiro lugar, antes de se propor a cooperar com outros países, também envolvidos em inúmeros problemas. Ao considerar que o país também amadurece e fortalece sua resposta nacional quando coopera com realidades distintas, constata-se que os benefícios advindos dessa atividade são usufruídos por todos os atores envolvidos.

É nesse contexto que o governo brasileiro estabeleceu parceria com o Programa Conjunto sobre AIDS das Nações Unidas (UNAIDS) para a criação do Centro Internacional de Cooperação Técnica (CICT), com o

objetivo de facilitar e otimizar o uso dos conhecimentos, experiências e recursos técnicos brasileiros. O trabalho do CICT caracteriza-se pela elaboração, implementação, avaliação e monitoramento de programas de cooperação técnica horizontal, conduzidos de forma compartilhada por instituições do Brasil e de outros países em desenvolvimento, para a melhoria e fortalecimento de respostas nacionais à epidemia de AIDS, de modo sustentável. Trata-se de uma iniciativa que, partindo da experiência brasileira, visa articular as atividades de cooperação técnica realizadas em países em desenvolvimento, imprimindo-lhes uma característica fundamentalmente horizontal.

Desse modo, o CICT procura constituir-se como catalisador e difusor das políticas internacionais no campo da saúde pública e da AIDS, promovendo colaboração técnica em temas prioritários e emergentes na resposta à epidemia por meio de uma rede de organizações governamentais e não-governamentais credenciadas, com reconhecida experiência na luta contra a AIDS, local e globalmente. Dito de outra forma, um dos objetivos dessa iniciativa é envolver um número crescente de atores na troca de experiências e conhecimentos, a fim de promover a construção de capacidades técnicas e a solidariedade entre os países em desenvolvimento, no que diz respeito ao enfrentamento à epidemia de AIDS.

* Carlos Passarelli - Coordenador do Centro Internacional de Cooperação Técnica em HIV/AIDS do PN-DST/AIDS do MS.



- **III Foro Latinoamericano y del Caribe en VIH/SIDA/ITS IV CONCASIDA — IV Encuentro Centroamericano de personas viviendo con VIH/SIDA.** Lugar: El Salvador. Fecha: del 7 al 11 de Noviembre de 2005. www.concasida.org.sv ; www.foro-vihsida.org.sv
- **Foro Norteamericano de Acción y Tratamientos (NATAF : North American Treatment Action Forum)** Lugar: Oaxaca, México. Fecha: 27 al 30 de Noviembre de 2005. Mayor información: www.nmac.org
- **Treinamento – comércio internacional e direitos humanos: o caso dos acessos aos medicamentos.**
Local: Fundação Getúlio Vargas – São Paulo
Dias: 24 e 25 de novembro
Organização: ABIA, Conectas, GTPI/REBRIP
Apoio: Fundação Ford e CICT do PN/DST/AIDS do Ministério da Saúde
- **Propriedade Intelectual: interfaces e desafios**
Local: Othon Leme – Rio de Janeiro
Dias: 29 e 30 de novembro
Organização: GTPI/REBRIP e Cris-Brasil
Apoio: Fundação Ford
- **XVI Conferência Internacional AIDS.** Local: Toronto, Canadá. Dias: de 13 a 18 de agosto de 2006. Página web: www.aids2006.org

RECURSOS

O Remédio via Justiça – um estudo sobre o acesso a novos medicamentos e exames em HIV/AIDS no Brasil por meio de ações judiciais.

Publicada pelo Programa Nacional de DST e AIDS do Ministério da Saúde do Brasil, o material é resultado de um estudo inédito sobre as ações judiciais relacionadas ao fornecimento de medicamentos e exames em HIV/AIDS no país. A publicação analisa o comportamento do Poder Judiciário e de outros atores envolvidos no acesso a novos medicamentos e a novas tecnologias e traça a tramitação da incorporação dos anti-retrovirais na rede pública de saúde. Ao todo, foram mais de 400 ações judiciais analisadas, o que permitiu aos organizadores traçar o comportamento do judiciário, os fundamentos jurídicos das decisões e a conduta do Poder Público no cumprimento da sentença. Os interessados em adquirir a publicação devem entrar em contato com o PN-DST/AIDS do MS pelo e-mail [scdh@aids.gov.br](mailto:scdh@ aids.gov.br). Na Internet, é possível baixá-la na página eletrônica do Grupo Pela Vidda/SP: <http://www.aids.org.br>

Revista Saber Viver – Profissional de saúde

Voltada para profissionais de saúde, a publicação tem o objetivo de ajudar os profissionais do setor a atenderem pessoas vivendo com HIV/AIDS. Para isso, trará em seus números informações atualizadas sobre tratamentos, diagnóstico, adesão, relação médico-paciente, entre outros assuntos. Mais informações sobre a revista podem ser obtidas no site www.saberviver.org.br ou pelo e-mail contato@saberviver.org.br.

Boletim Ação Anti AIDS

Expediente
Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS – ABIA
Entidade de Utilidade Pública Federal, Estadual e Municipal
Entidade de Fins Filantrópicos

Rua da Candelária, 79/10º andar – Centro
– Rio de Janeiro
Cep. 20091-020
Tel. (21) 22231040
Fax. (21) 22538495
E-mail: abia@abiains.org.br
www.abiains.org.br

Diretoria

Diretor-presidente: Richard Parker
Diretora vice-presidente: Regina Maria Barbosa
Secretária-geral: Miriam Ventura
Tesoureiro: José Loureiro

Conselho de Curadores: Carlos Afonso, Elisabeth Moreira, Francisco Inácio Bastos, Jorge Beloqui, Kenneth Rochel de Camargo Jr., Leon Zonenschain, Maria Nakano, Ruben Mattos e Vera Paiva.
Coordenação-geral: Cristina Pimenta e Veriano Terto Jr.

Ação Anti AIDS nº 52 – setembro-novembro de 2005

Jornalista responsável: Jacinto Correa Mtb 19273

Coordenação editorial: Claudio Oliveira, Juan Carlos Raxach e Luciana Kamel.

Revisão: Claudio Oliveira, Juan Carlos Raxach, Luciana Kamel e Wilma Ferraz.

Conselho editorial: Claudio Oliveira, Edgar Carrasco, Guillermo Murillo, Juan Carlos Raxach, Luciana Kamel e Veriano Terto Jr.

Programação Visual e editoração eletrônica: Conexão Gravatá Ltda.

Impressão: Gráfica Reproarte

Apoio: Programa Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde do Brasil.

