



Accés a
medicaments
essencials:
un dret per a totes
les poblacions
del món

*Acceso a
medicamentos
esenciales:
un derecho para todas
las poblaciones
del mundo*



Govern
de les Illes Balears

ÍNDEX
ÍNDICE

INTRODUCCIÓ.....	4
• Humanitzar els acords de comerç.....	11
• Superar els obstacles per a l'accés als medicaments essencials.....	12
• Estimular la investigació i el desenvolupament sobre malalties oblidades....	14
TUBERCULOSI.....	17
MALALTIA DE CHAGAS.....	23
MALALTIA DE LA SON.....	39
LEISHMANIASI.....	49
MALARIA.....	61
SIDA	73
ACTUACIONS GOVERNAMENTALS	85
• Petició de MSF de mesures per reduir els preus dels medicaments a l'Assemblea Mundial de la Salut que se celebra a Ginebra del 17 al 22 de maig de 2004.....	92
• Carta oberta de MSF als organitzadors dels Estats Units de la Conferència FCD sobre productes farmacèutics (Gaborone, Botswana, 29-30 de març de 2004).....	95
QUADERNS PUBLICATS.....	99

INTRODUCCIÓN.....	4
Humanizar los acuerdos de comercio	11
• Superar los obstáculos para el acceso a los medicamentos esenciales.....	12
• Estimular la investigación y el desarrollo sobre enfermedades olvidadas	14
TUBERCULOSIS	17
ENFERMEDAD DE CHAGAS	23
ENFERMEDAD DEL SUEÑO	39
LEISHMANIASIS.....	49
MALARIA.....	61
SIDA	73
ACTUACIONES GUBERNAMENTALES.....	85
• Petición de MSF de medidas para reducir los precios de los medicamentos en la Asamblea Mundial de la Salud que se celebra en Ginebra del 17 al 22 de mayo de 2004.....	92
• Carta abierta de MSF a los organizadores de los Estados Unidos de la Conferencia FCD sobre productos farmacéuticos (Gaborone, Botswana, 29-30 de marzo de 2004).	95
CUADERNOS PUBLICADOS	99

**INTRODUCCIÓ.
ACCÉS A MEDICAMENTS ESSENCIALS:
UN DRET PER A TOTES LES POBLACIONS DEL MÓN**
*INTRODUCCIÓN.
ACCESO A MEDICAMENTOS ESENCIALES: UN DERECHO
PARA TODAS LAS POBLACIONES DEL MUNDO*

Quasi la quarta part dels pacients amb tuberculosi en les presons de Sibèria, moren per no tenir accés als medicaments de segona línia per a la tuberculosi multiresistent.

A Kenya, els pacients amb meningitis associada a la sida moren perquè el preu de l'únic tractament eficaç no els és assequible. L'exclusivitat del mercat a través de patents fa que els preus es mantinguin elevats (el tractament costa 29,86 euros al dia a Guatemala, mentre que a Tailàndia, on hi ha producció de genèrics, només costa 0,31 euros).

A Uganda, al Sudan, el personal de Metges sense Fronteres (MSF) està realment indignat davant la impossibilitat d'accés a un medicament de vital importància per curar la malaltia de la son, una malaltia neurològica mortal i endèmica a l'Àfrica. La producció del medicament eflornitina va estar a punt de ser abandonada perquè no oferia suficient rendibilitat econòmica.

Els avanços sanitaris dels últims anys han aconseguit un augment substancial de l'esperança de vida i una millora significativa per a la salut mundial. La verola es va eliminar fa molts d'anys, la poliomièlitis ha estat pràcticament eradicada, a l'eliminació del xarampió s'hi dedica un esforç molt important a tot el món, i ja és un fet al continent americà. Sembla que és qüestió de temps la possibilitat de tractar la majoria de malalties infeccioses, que encara són les responsables de la majoria de les morts als països pobres.

Casi la cuarta parte de los pacientes con tuberculosis de las cárceles de Siberia, mueren por no tener acceso a los medicamentos de segunda línea para la tuberculosis multi-resistente.

En Kenia los pacientes con meningitis asociada al sida mueren porque el precio del único tratamiento eficaz no es asequible. La exclusividad del mercado a través de patentes hace que los precios se mantengan elevados (el tratamiento cuesta 29,86 euros al día en Guatemala, mientras que en Tailandia, donde hay producción de genéricos, sólo cuesta 0,31 euros).

En Uganda, en Sudán, el personal de Médicos sin Fronteras (MSF) está realmente indignado ante la imposibilidad de acceder a un medicamento de vital importancia para curar la enfermedad del sueño, una enfermedad neurológica mortal y endémica en África. La producción del medicamento eflornitina estuvo a punto de ser abandonada porque no ofrecía suficiente rentabilidad económica.

Los avances sanitarios de los últimos años han conseguido un aumento sustancial de la esperanza de vida y una mejora significativa para la salud mundial. La viruela se eliminó hace muchos años, la polio-mielitis ha sido prácticamente erradicada, a la eliminación del sarampión se ha dedicado un esfuerzo muy importante en todo el mundo, y ya es un hecho en el continente americano. Parece que es cuestión de tiempo la posibilidad de tratar la mayoría de las enfermedades infecciosas, que aún son las responsables de la mayoría de las muertes en los países pobres.

Davant aquestes millores indubtables, és un fet l'oblit de la major part dels principals problemes de salut d'una part important de la població mundial. La investigació sobre malalties que afecten sobretot als habitants de països pobres quasi no existeix, ja que mentre la decisió sobre les prioritats en investigació es deixi en mans de les indústries farmacèutiques multinacionals continua el principi de rendibilitat econòmica primera sobre qualsevol altra consideració. D'aquesta manera, la indústria investiga sobre tractaments per a l'obesitat, la disfunció erèctil, l'alopècia o l'acne, que vendran sense problemes al món ric, i ha deixat pràcticament de banda els medicaments eficaces per a la malària o la tripanosomiasi.

Així, doncs, el resultat és que moltes malalties no es tracten per manca de fàrmacs eficaces o perquè se n'ha abandonat la producció per l'escassa rendibilitat econòmica. Òbviament, aquests productes són massa cars pels pobres dels països del sud. Una situació que du a la mort a 17 milions de persones cada any, quasi la meitat de la població espanyola.

Sense investigació sobre nous medicaments, els metges han d'utilitzar els que es desenvoluparen fa més de 30 anys. La resistència a aquests tractaments va en augment, cosa que suposa una sentència de mort per a molts pacients.

Actualment 500.000 persones pateixen la malaltia de la son, que és una malaltia neurològica mortal i endèmica a l'Àfrica. Hi ha 60 milions de persones amb risc de patir-la, i només 4 milions (un 7%) poden ser diagnosticats i tractats.

Ante estas mejoras indudables, sorprende el desconocimiento de una gran parte de la población mundial sobre los principales problemas de salud en los países del sur. La investigación sobre las enfermedades que afectan sobre todo a los habitantes de países pobres casi no existe, ya que mientras la decisión sobre las prioridades en investigación se deja en manos de las industrias farmacéuticas multinacionales, continua primando el principio de rentabilidad económica sobre cualquier otra consideración. De esta manera, la industria investiga sobre tratamientos para la obesidad, la disfunción eréctil, la alopecia o el acné, que venderán sin problemas al mundo rico, y han dejado prácticamente de lado los medicamentos eficaces para la malaria o la tripanosomiasis.

Así pues, el resultado es que muchas enfermedades no se tratan por falta de fármacos eficaces o porque se ha abandonado la producción por la escasa rentabilidad económica. Obviamente, estos productos son demasiado caros para los pobres de los países del sur. Una situación que lleva a la muerte a 14 millones de personas cada año, casi la mitad de la población española.

Sin investigación sobre nuevos medicamentos, los médicos han de utilizar los que se desarrollaron hace más de 30 años. La resistencia a estos tratamientos va en aumento, cosa que supone una sentencia de muerte para muchos pacientes.

Actualmente 500.000 personas padecen la enfermedad del sueño, que es una enfermedad neurológica mortal y endémica en África. Hay 60 millones de personas con riesgo de padecerla, y sólo 4 millones (un 7%) pueden ser diagnosticadas y tratadas.

Un dels tractaments utilitzats, l'eflornitina, va estar a punt de ser abandonat pel fabricant perquè no oferia una rendibilitat econòmica suficient.

L'accés als medicaments essencials és un dels drets humans bàsics, i sovint es denega als habitants dels països pobres. Un terç de la població mundial no té accés als medicaments essencials i, més del 50% dels habitants d'algunes regions de l'Àfrica o d'Àsia, s'enfronten a aquesta situació.

Moltes vegades el preu explica la inaccessibilitat als tractaments. A les presons de Sibèria, per exemple, no es tracten els pacients amb tuberculosi multiresistent, ja que el cost anual per persona és d'aproximadament de 12 mil euros.

Metges Sense Fronteres, com a organització mèdica humanitària, considera inacceptable que l'accés a medicaments

vitals sigui cada vegada més difícil, especialment per a les malalties infeccioses que afecten a tot el món. El personal de MSF veu com poblacions senceres pateixen sida, tuberculosi, malària, malaltia de la son i altres malalties que es poden tractar perfectament.

Uno de los tratamientos utilizados, la eflornitina, estuvo a punto de ser abandonado por el fabricante porque no ofrecía una rentabilidad económica suficiente.

El acceso a los medicamentos esenciales es uno de los derechos humanos básicos, y a menudo se deniega a los habitantes de los países pobres. Un tercio de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales y, más del 50% de los habitantes de algunas regiones de África o de Asia, se enfrentan a esta situación.

Muchas veces el precio explica la inaccesibilidad a los tratamientos. En las cárceles de Siberia, por ejemplo, no se trata a los pacientes con tuberculosis multi-resistente,

ya que el coste anual por persona es de aproximadamente 12 mil euros.

Médicos sin Fronteras, como organización médica humanitaria, considera inacceptable que el acceso a medicamen-

tos vitales sea cada vez más difícil, especialmente para las enfermedades infecciosas que afectan a todo el mundo. El personal de MSF ve como poblaciones enteras padecen sida, tuberculosis, malaria, enfermedad del sueño y otras enfermedades que se pueden tratar perfectamente.



Un terç de la població mundial no té accés als medicaments essencials. /
Un tercio de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos esenciales. Serge Sibert

Per respondre a aquesta crisi MSF treballa ja des de fa anys en una **campanya per a l'accés a medicaments essencials**, amb l'objectiu de sensibilitzar l'opinió pública, les institucions polítiques i la indústria farmacèutica, i aconseguir esforços conjunts per facilitar l'accés a medicaments essencials a països pobres.

Per reprendre la producció de medicaments abandonats, aconseguir més inversions en investigació i desenvolupament de nous medicaments i que s'estableixi una política real de diferenciació de preus i arribar a fer-los assequibles per a tots els pacients del món, cal una voluntat política internacional. S'han d'implicar tots els Estats i la indústria farmacèutica sota la coordinació de l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Les associacions de pacients i metges i les organitzacions no governamentals poden fer pressió sobre els seus representants polítics per exigir-los que treballin en aquesta direcció.

MSF col·labora amb socis locals a 84 països on fa feina i anima totes les activitats que puguin donar a conèixer aquest missatge.

El projecte se sustenta en tres pilars:

- Humanitzar els acords de comerç
- Superar els obstacles per a l'accés a medicaments essencials
- Estimular la investigació i el desenvolupament de malalties oblidades

*Para responder a esta crisis MSF trabaja ya desde hace años en una **campana para el acceso a medicamentos esenciales**, con el objetivo de sensibilizar a la opinión pública, a las instituciones políticas y a la industria farmacéutica, y conseguir esfuerzos conjuntos para facilitar el acceso a medicamentos esenciales en países pobres.*

Para recuperar la producción de medicamentos abandonados, conseguir más inversiones en investigación, desarrollar nuevos medicamentos y establecer una política real de diferenciación de precios y llegar a hacerlos asequibles para todos los pacientes del mundo, es necesaria una voluntad política internacional. Se tienen que implicar todos los Estados y la industria farmacéutica bajo la coordinación de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Las asociaciones de pacientes y médicos y las organizaciones no gubernamentales pueden hacer presión sobre sus representantes políticos para exigirles que trabajen en esta dirección.

MSF colabora con socios locales en 84 países donde trabaja y anima todas las actividades que puedan dar a conocer este mensaje.

El proyecto se sustenta en 3 pilares:

- *Humanizar los acuerdos de comercio.*
- *Superar los obstáculos para el acceso a medicamentos esenciales.*
- *Estimular la investigación y el desarrollo de enfermedades olvidadas.*

Humanitzar els acords de comerç

El sistema actual de comerç mundial regula tot allò que es relaciona amb les patents i els medicaments es consideren béns subjectes a patentabilitat.

La patent permet que el titular tingui un monopoli d'exploració de la invenció de 20 anys. El titular de la patent pot vendre els medicaments als preus que estimi convenients durant aquest temps, més llarg del que era abans, amb el resultat d'impedir-ne la compra a la majoria d'habitants de països pobres. Es tracta d'una qüestió política que per solucionar-se necessita tant la participació del públic com un canvi de polítiques dels governs.

Objectius:

- Donar suport a la producció local de bona qualitat i la importació de medicaments essencials més barats. MSF ha demostrat que alguns medicaments patentats són més cars a alguns països pobres que a Europa i Nord-Amèrica. Per exemple, un anti-malàric, la mefloquina, és el doble de car a Tanzània que a Noruega.
- Impulsar l'aplicació de regles del comerç internacional, que han estat creades amb la finalitat de protegir el dret de les persones a accedir a productes essencials com els medicaments vitals. Per poder-les aplicar amb eficàcia, cada país ha de legislar de forma adequada. MSF tracta d'informar als governs, als consumidors, a la indústria i a organitzacions ciutadanes del que es pot fer en aquest sentit, i ja ha establert línies de col·laboració per assessorar alguns

Humanizar los acuerdos de comercio

El sistema actual de comercio mundial regula todo aquello que se relaciona con las patentes; y los medicamentos se consideran bienes sujetos a patentabilidad. La patente permite que el titular tenga un monopolio de explotación de la invención durante 20 años. El titular de la patente puede vender los medicamentos a los precios que considere convenientes durante este tiempo, más largo del que era antes, con el resultado de impedir la compra a la mayoría de habitantes de países pobres. Se trata de una cuestión política que para solucionarse necesita tanto la participación del público como un cambio de políticas de los gobiernos.

Objetivos:

- *Dar apoyo a la producción local de buena calidad y la importación de medicamentos esenciales más baratos. MSF ha demostrado que algunos medicamentos patentados son más caros en algunos países pobres que en Europa y Norteamérica. Por ejemplo, un anti-malárico, la mefloquina, es el doble de cara en Tanzania que en Noruega.*
- *Impulsar la aplicación de reglas de comercio internacional, que han sido creadas con la finalidad de proteger el derecho de las personas a acceder a productos esenciales como los medicamentos vitales. Para poderlas aplicar con eficacia, cada país ha de legislar de forma adecuada. MSF trata de informar a los gobiernos, a los consumidores, a la industria y a las organizaciones ciudadanas de lo que se puede hacer en este sentido, y ya ha establecido líneas de colaboración para asesorar a algunos*

governos de països pobres. Els mecanismes legals que es poden utilitzar són diversos, com:

1. Llicència obligatòria - un govern pot atorgar l'explotació d'una patent a terceres parts per explotar una patent sense el consentiment del propietari, per diversos motius d'interès general, entre els quals s'inclou la salut pública (article 31 de l'Acord ADPIC).
2. Importacions paral·leles - és el dret a importar d'altres països els medicaments originals sota patent, quan el preu de comercialització és més baix (article 6 de l'Acord ADPIC).

Superar els obstacles per a l'accés als medicaments essencials

Molts medicaments són excessivament cars per a aquells que viuen a països en vies de desenvolupament, fins al punt que, mentre a Europa el tractament de la pneumònia amb antibiòtics suposa una despesa equivalent a 2 ó 3 hores de salari, a països en desenvolupament el mateix tractament pot suposar fins a un mes de feina.

Objectius:

La campanya de MSF per a l'accés a medicaments essencials intenta incrementar l'accés a tractaments específics de malalties de prevalença alta a països pobres. Per aconseguir-ho, les línies de treball principals són les següents:

gobiernos de países pobres. Los mecanismos legales que se pueden utilizar son diversos, como:

1. *Licencia obligatoria. Un gobierno puede otorgar la explotación de una patente a terceras partes para explotar una patente sin el consentimiento del propietario, por diversos motivos de interés general, entre los cuales se incluye la salud pública (artículo 31 del Acuerdo ADPIC).*
2. *Importaciones paralelas. Es el derecho a importar de otros países los medicamentos originales bajo patente, cuando el precio de comercialización es más bajo (artículo 6 del Acuerdo ADPIC).*

Superar los obstáculos para el acceso a los medicamentos esenciales.

Muchos medicamentos son excesivamente caros para aquellos que viven en países en vías de desarrollo, hasta el punto que, mientras en Europa el tratamiento de la neumonía con antibióticos supone un gasto equivalente a 2 ó 3 horas de salario, en países en desarrollo el mismo tratamiento puede superar hasta un mes de trabajo.

Objetivos:

La campaña de MFS para el acceso a medicamentos esenciales intenta incrementar el acceso a tratamientos específicos de enfermedades de prevalencia alta en países pobres. Para conseguirlo, las líneas de trabajo principales son las siguientes:

- Es du a terme una anàlisi dels preus mundials d'alguns medicaments essencials que són massa, com fluconazol, azitromicina, ciprofloxacina i ceftriaxona. Els resultats d'aquestes investigacions són molt útils a l'hora de negociar preus millors i demostrar les grans diferències que hi ha entre productors.
- S'estudia la qualitat de totes les fonts dels medicaments essencials per identificar fabricants que ofereixin un producte d'alta qualitat i baix preu.
- MSF dona suport a Ministeris de Salut que lluiten per incrementar l'accés a medicaments essencials i s'ha treballat amb l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i la indústria per reprendre la producció de medicaments abandonats com l'eflornitina i el nifurtimox.
- *Se lleva a cabo un análisis de los precios mundiales de algunos medicamentos esenciales que son excesivos, como fluconazole, azitromicina, ciprofloxacina y ceftriaxona. Los resultados de estas investigaciones son muy útiles a la hora de negociar precios mejores y demostrar las grandes diferencias que hay entre productores.*
- *Se estudia la calidad de todas las fuentes de los medicamentos esenciales para identificar fabricantes que ofrezcan un producto de alta calidad y bajo precio.*
- *MSF da apoyo a Ministerios de Salud que luchan para incrementar el acceso a medicamentos esenciales y se ha trabajado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la industria para recuperar la producción de medicamentos abandonados como la eflornitina y el nifurtimox.*



Centre de salut a Cambotja. / Centro de salud en Camboya. Serge Sibert

Estimular la investigació i el desenvolupament sobre malalties oblidades

Desgraciadament, la falta d'I+D per a malalties comunes que afecten als països en vies de desenvolupament fa que surtin al mercat molt pocs fàrmacs nous per combatre-les.

Entre 1975 i 1999, de 1.393 medicaments nous aprovats, només 13 (això és, menys de l'1%) eren per al tractament de malalties tropicals, i d'aquests, 9 han estat el resultat d'investigació i desenvolupament militar i salut veterinària. El motiu és obvi: la fabricació de medicaments per a malalties tropicals no és rendible per a les companyies farmacèutiques. La indústria farmacèutica orienta les inversions a satisfer la demanda d'habitants dels països rics, que poden pagar les despeses, i s'obliden del 80% de la població mundial.

Estimular la investigación y el desarrollo sobre enfermedades olvidadas.

Desgraciadamente, la falta de I+D para enfermedades comunes que afectan a los países en vías de desarrollo hace que salgan al mercado muy pocos fármacos nuevos para combatirlas.

Entre 1975 y 1999, de 1.393 medicamentos nuevos aprobados, sólo 13 (esto es, menos del 1%) eran para el tratamiento de enfermedades tropicales, y de estos, 9 han sido el resultado de la investigación y el desarrollo militar y de salud veterinaria. El motivo es obvio: la fabricación de medicamentos para enfermedades tropicales no es rentable para las compañías farmacéuticas. La industria farmacéutica orienta las inversiones a satisfacer la demanda de habitantes de los países ricos, que pueden pagar los gastos, y se olvidan del 80% de la población mundial.



Metgesses atenent a un pacient de tuberculosi, Geòrgia. /
Médicos atendiendo a un paciente de tuberculosis, Georgia. Serge Sibert



La malaltia de Chagas està últimament lligada a la pobresa. / La enfermedad de Chagas está últimamente ligada a la pobreza. Serge Sibert

Objectius:

- MSF intenta comunicar, a partir de l'experiència que tenim amb els pacients, la urgent necessitat de nous tractaments per a malalties transmissibles, i les limitacions clíniques que suposa l'ús de tractaments antiquats que es varen desenvolupar fa 30 o 40 anys.
- Informar de la falta de recursos orientats cap a les malalties tropicals.
- Unificar la investigació acadèmica i industrial amb la finalitat d'establir prioritats i crear una coalició per al desenvolupament; donar suport als esforços per capacitar als països en vies de desenvolupament per produir medicaments.
- Influenciar la UE, els EEUU, organitzacions internacionals i fundacions amb acció política, per tal de definir una nova estructura amb la finalitat de concretar un calendari de prioritats clíniques i incrementar els fons d'investigació per al desenvolupament de medicaments.

Objetivos:

- *MSF intenta comunicar, a partir de la experiencia que tenemos con los pacientes, la urgente necesidad de nuevos tratamientos, para las enfermedades transmissibles, y las limitaciones clínicas que supone el uso de tratamientos anticuados que se desarrollaron hace 30 ó 40 años.*
- *Informar de la falta de recursos orientados hacia las enfermedades tropicales.*
- *Unificar la investigación académica e industrial con la finalidad de establecer prioridades y crear una coalición para el desarrollo; dar apoyo a los esfuerzos para capacitar a los países en vías de desarrollo para producir medicamentos.*
- *Influenciar a la UE, a los EEUU, a las organizaciones internacionales y fundaciones con acciones políticas, para definir una nueva estructura con la finalidad de concretar un calendario de prioridades clínicas e incrementar las fuentes de investigación para el desarrollo de medicamentos.*

TUBERCULOSI
TUBERCULOSIS

Algunes dades sobre la tuberculosi al món (font OMS):

- La tuberculosi (TB) és una de les primeres causes de mort del món.
- Dos milions de persones moren de TB cada any. Això suposa una mort per segon.
- Un terç de la població mundial està infectat actualment pel bacil de la TB. De tots els infectats, entre el 5 i el 10% patiran la malaltia o seran contagiosos en algun moment de la seva vida.
- Aproximadament la meitat dels malalts de TB sense tractament tenen el risc de morir en un període de 2 a 5 anys després de l'inici de la malaltia.
- Aproximadament 8 milions de persones cada any s'emmalalteixen de TB activa.
- Cada any més de 1,5 milions de persones s'emmalalteixen de TB a l'Àfrica Subsahariana. És una xifra que va en augment a causa fonamentalment de l'epidèmia de VIH/sida.
- Actualment, per combatre la malaltia amb garanties d'èxit cal un tractament de 6 a 8 mesos de durada.

Veiem, doncs, que la tuberculosi, lluny de ser un problema superat a la segona meitat del segle XX, és una malaltia que resorgeix amb força. La TB no ha estat controlada als països en vies de desenvolupament on les condicions de vida han millorat poc (i, en bastants casos, han empitjorat ja que les crisis de tota casta que pateixen han destruït els sistemes de salut, més o menys precaris, que tenien) i

Algunos datos sobre la tuberculosis en el mundo (fuente OMS):

- *La tuberculosis (TB) es una de las primeras causas de muerte del mundo.*
- *Dos millones de personas mueren de TB cada año. Esto supone una muerte por segundo.*
- *Un tercio de la población mundial está infectada actualmente por el bacilo de la TB. De todos los infectados, entre el 5 y el 10% padecerán la enfermedad o serán contagiosos en algún momento de su vida.*
- *Aproximadamente la mitad de los enfermos de TB sin tratamiento tienen el riesgo de morir en un período de 2 a 5 años después del inicio de la enfermedad.*
- *Aproximadamente 8 millones de personas cada año enferman de TB activa.*
- *Cada año, más de 1,5 millones de personas enferman de TB en África subsahariana. Es una cifra que va en aumento a causa fundamentalmente de la epidemia de VIH/SIDA.*
- *Actualmente, para combatir la enfermedad con garantías de éxito, es necesario un tratamiento de 6 a 8 meses de duración.*

Vemos, entonces, que la tuberculosis, lejos de ser un problema superado en la segunda mitad del siglo XX, es una enfermedad que resurge con fuerza. La TB no ha sido controlada en los países en vías de desarrollo donde las condiciones de vida han mejorado poco (y, en bastantes casos, han empeorado ya que las crisis de toda clase que padecen han destruido los sistemas de salud, más o menos precarios, que tenían) y en los paí-

als països de l'est on els sistemes de salut i de protecció social han patit una ruptura. Apart d'aquestes raons, el principal factor que ha contribuït a l'augment de la TB és l'epidèmia de sida, que, per una part, fa als infectats amb el VIH especialment susceptibles a infectar-se i patir la TB i, per altra, contribueix a l'aparició del fenomen de les resistències als fàrmacs habituals, que són també els més barats. La TB s'ha convertit en la principal causa de mort dels malalts de sida.

L'epidèmia ha assolit una progressió tan important que, en els darrers 20 anys, el nombre de casos nous al món ha augmentat en un 20% i les previsions són d'augment cada vegada majors, sobretot a Àfrica i al sud-est asiàtic. L'OMS, al 1993, va declarar la tuberculosi com una emergència global.

Hi ha un tractament, anomenat DOTS, que es considera molt efectiu, però de difícil compliment si no es tenen els recursos necessaris. DOTS són les sigles angleses de Teràpia d'Observació Directa, i per les que es conegut pels metges, científics i persones familiaritzades amb la TB a tot el món. Es tracta d'una combinació de fàrmacs que s'administra durant un temps de 6 a 8 mesos. S'assegura el compliment mitjançant l'administració directa diària del fàrmac per personal entrenat. És a dir, el malalt ha d'anar cada dia a rebre el medicament i se l'ha de prendre en presència del sanitari. És un tractament eficaç, de cost assumible, i que impedeix el desenvolupament de resistències. El problema és aconseguir tractaments adequats i complets, ja que no sempre és fàcil tenir accés diari a un centre sanitari on s'administri la DOTS, no sempre hi

ses del este donde los sistemas de salud y de protección social han padecido una ruptura. Aparte de estas razones, el principal factor que ha contribuido al aumento de la TB es la epidemia de sida, que, por una parte, hace a los infectados con el VIH especialmente susceptibles a infectarse y padecer la TB y, por otra, contribuye a la aparición del fenómeno de las resistencias a los fármacos habituales, que son también los más baratos. La TB se ha convertido en la principal causa de muerte de los enfermos de sida.

La epidemia ha alcanzado una progresión tan importante que, en los últimos 20 años, el número de casos nuevos en el mundo ha aumentado un 20% y las previsiones son de aumentos cada vez mayores, sobretodo en África y el sudeste asiático. En 1993, la OMS declaró la tuberculosis como una emergencia global.

Hay un tratamiento, denominado DOTS, que se considera muy efectivo, pero de difícil cumplimiento si no se tienen los recursos necesarios. DOTS son las siglas inglesas de Terapia de Observación Directa, y por las que es conocido por los médicos, científicos y personas familiarizadas con la TB en todo del mundo. Se trata de una combinación de fármacos que se administra durante un tiempo de 6 a 8 meses. Se asegura el cumplimiento mediante la administración directa diaria del medicamento y se lo tiene que tomar en presencia del sanitario. Es un tratamiento eficaz, de coste asumible, y que impide el desarrollo de resistencias. El problema es conseguir tratamientos adecuados y completos, ya que no siempre hay disponibilidad de medicamentos, y no siempre se cuenta con personal sanitario con conocimientos

ha disponibilitat de medicaments, i no sempre es compta amb personal sanitari amb coneixements suficients per prescriure el tractament adequat. Fins a tal punt és important que el tractament sigui el correcte, tant pels fàrmacs prescrits com per la durada, que l'OMS ha arribat a declarar que és pitjor un tractament inadequat que no tractar-lo. En canvi, administrada de forma adequada, s'estima que la DOTS pot tractar la tuberculosi amb una taxa d'èxit quasi del 99%, i pot ajudar a evitar el desenvolupament de tuberculosi multiresistent.

La investigació en el tractament de la TB és insuficient. A la DOTS s'utilitzen medicaments antics i la vacuna, del 1923, és de molt baixa eficàcia. La causa és que la població més afectada no pot pagar els medicaments i, molt menys, els costos de noves investigacions. L'única oportunitat és un compromís polític de la comunitat internacional.

suficientes para prescribir el tratamiento adecuado. Hasta tal punto es importante que el tratamiento sea el correcto, tanto por los fármacos prescritos como por la duración, que la OMS ha llegado a declarar que es peor un tratamiento inadecuado que la ausencia de tratamiento. En cambio, administrada de forma adecuada, se calcula que la DOTS puede tratar la tuberculosis con una tasa de éxito casi del 99%, y puede ayudar a evitar el desarrollo de tuberculosis multiresistente.

La investigación en el tratamiento de la TB es insuficiente. En la DOTS se utilizan medicamentos antiguos y la vacuna, de 1923, es de muy baja eficacia. La causa es que la población más afectada no puede pagar los medicamentos y, mucho menos, el coste de nuevas investigaciones. La única oportunidad es un compromiso político de la comunidad internacional.



Malalt de tuberculosi, Georgia. / Enfermo de tuberculosis, Georgia. Serge Sibert

És aquest el compromís que exigeix MSF amb la campanya d'accés a medicaments essencials: preus assequibles pels medicaments existents, investigació sobre una nova vacuna i nous fàrmacs més eficaços i de més curta durada.

MSF negocia amb les companyies farmacèutiques per aconseguir reduir els preus, prohibitius ara per ara, d'aquests medicaments, i també treballa en projectes concrets als països de l'Àfrica, Àsia i repúbliques exsoviètiques, adaptats a la realitat del lloc i la gent local. Les principals activitats són la formació del personal sanitari, subministrament de medicaments, millores en les estratègies de tractament i suport als programes nacionals de lluita contra la TB. Això inclou el desenvolupament de projectes en els suburbis més pobres de Phnom Penh (Cambotja) o a les tribus nòmades de Jijiga (Etiòpia).

A alguns països la TB multiresistent és un problema important, com Karabakh, al Kazakhtan. MSF hi ha implantat un programa específic a un hospital del qual se'n beneficien 190.000 persones, i consisteix en 2 mesos de tractament amb ingrés hospitalari i els quatre restants amb la dispensació del tractament al centre de salut que correspon al domicili del malalt, encara que s'ha de seguir el progrés dels pacients en la segona fase del tractament.

Es este el compromiso que exige MSF con la campaña de acceso a medicamentos esenciales: precios asequibles para los medicamentos existentes, investigación sobre una nueva vacuna y nuevos fármacos más eficaços y de más corta duración.

MSF negocia con las compañías farmacéuticas para conseguir reducir los precios, prohibitivos hoy por hoy, de estos medicamentos, y también trabaja en proyectos concretos en los países de África, Asia y repúblicas ex-soviéticas, adaptadas a la realidad del lugar y de la población local. Las principales actividades son la formación del personal sanitario, suministro de medicamentos, mejoras en las estrategias de tratamiento y apoyo a los programas nacionales de lucha contra la TB. Esto incluye el desarrollo de proyectos en los suburbios más pobres de Phnom Penh (Camboya) o en las tribus nómadas de Jijiga (Etiopía).

En algunos países la TB multi-resistente es un problema importante, como Karabakh, en el Kazakhtan. MSF ha implantado un programa específico en un hospital del cual se benefician 190.000 personas, y consiste en 2 meses de tratamiento con ingreso hospitalario y los cuatro restantes con la dispensación del tratamiento en el centro de salud que corresponde al domicilio del enfermo, aunque se ha de seguir el progreso de los pacientes en la segunda fase del tratamiento.

MALALTIA DE CHAGAS
ENFERMEDAD DE CHAGAS

La Tripanosomiasi humana americana o malaltia de Chagas està causada per un protozou, el *Trypanosoma cruzi*, que es transmet a l'espècie humana fonamentalment a través de la picadura de Triatomins (xinxes), de transfusions de sang infectades o a través de la mare malalta al seu fill.

Al món i, més concretament, a la franja del continent americà que s'estén entre el sud dels Estats Units i la *Tierra del Fuego*, hi ha 100 milions de persones en risc de patir la malaltia.

Normalment al principi de la infecció no es presenten símptomes.

Aproximadament un terç dels afectats desenvolupen la malaltia que es caracteritza per alteracions cardíaques i digestives que deterioren la qualitat de vida i poden acabar provocant la mort del pacient. En moltes ocasions no es fa un diagnòstic i el malalt mai sap que és el que li passa. Per això es diu que és una malaltia silenciosa.

La tripanosomiasis humana americana o enfermedad de Chagas está causada por un protozoo, el Trypanosoma cruzi, que se transmite en la especie humana fundamentalmente a través de la picadura de triatomas (chinchas), de transfusiones de sangre infectadas o a través de la madre enferma a su hijo.

En el mundo, y concretamente, en la franja del continente americano que se extiende entre el sur de los Estados Unidos y la Tierra de fuego, hay 100 millones de personas en riesgo de padecer la enfermedad.

Normalmente, al principio de la infección no se presentan síntomas.

Aproximadamente un tercio de los afectados desarrollan la enfermedad, que se caracteriza por alteraciones cardíacas y digestivas que deterioran la calidad de vida y pueden acabar provocando la muerte del paciente. En muchas ocasiones no se hace un diagnóstico y el enfermo nunca sabe lo que le pasa. Por esto se dice que es una enfermedad silenciosa.



Hondurensys afectats per la malaltia de Chagas. / Hondureños afectados por la enfermedad de Chagas. Serge Sibert

No obstant això, no és una malaltia desconeguda. De fet hi ha una activitat investigadora sobre l'insecte que transmet el paràsit, les formes de controlar-lo i l'estudi del seu hàbitat. Són ben coneguts l'etiologia, la forma de transmissió, la clínica, els mètodes diagnòstics i el tractament en alguna de les fases de la seva evolució, com també les limitacions dels fàrmacs disponibles actualment i l'impacte social i econòmic a les àrees afectades. Segons Schofield i Dias, el Banc Mundial ha calculat la pèrdua anual causada per la Malaltia de Chagas en 2.740.000 anys de vida ajustats per discapacitat (AVAC), cosa que representa una pèrdua econòmica per als països endèmics de l'Amèrica Llatina equivalent a més de 6.500 milions de dòlars USA (USD) a l'any.

No obstante, no es una enfermedad desconocida. De hecho, hay una actividad investigadora sobre el insecto que transmite el parásito, las formas de controlarlo y el estudio de su hábitat. Son bien conocidas la etiología, la forma de transmisión, la clínica, los métodos diagnósticos y el tratamiento en alguna de las fases de su evolución, como también las limitaciones de los fármacos disponibles actualmente y el impacto social y económico en las áreas afectadas. Según Schofield y Dias, el Banco Mundial ha calculado la pérdida anual causada por la enfermedad de Chagas en 2.740.000 años de vida ajustados por discapacidad (AVAC), cosa que representa una pérdida económica para los países endémicos de América Latina equivalente a más de 6.500 millones de dólares USA (USD) al año.

La pèrdua anual causada per la Malaltia de Chagas en 2.740.000 anys de vida ajustats per discapacitat (AVAC)

La pérdida anual causada por la Enfermedad de Chagas en 2.740.000 años de vida ajustados por discapacidad (AVAC)

Actualment es dediquen recursos per a controlar la transmissió, sobretot la que es produeix a través de l'insecte vector (la xinxa que transmet el paràsit) i per transfusions de sang infectades. En aquest sentit, s'han posat en marxa tres iniciatives conjuntes supranacionals a l'Amèrica Llatina (iniciativa del Cono Sur, de països andins i de països de l'Amèrica Central) i tots aquests països estan integrats en alguna d'elles.

Actualmente se dedican recursos para controlar la transmisión, sobre todo la que se produce a través del insecto vector (el chinche que transmite el parásito) y por transfusiones de sangre infectadas. En este sentido, se han puesto en marcha tres iniciativas conjuntas supranacionales en América latina (iniciativa del Cono Sur, de países andinos y de países de América central) y todos estos países están integrados en alguna de ellas.

Aquestes iniciatives han demostrat ser molt efectives (s'estima que, entre 1975 i 1995, per cada dòlar invertit en els programes esmentats se n'estalvien 16. Akhavan, 2000). I el benefici en salut per a la població que tindrà el control de la transmissió és obvi, ja que evitarà noves infeccions amb tot el que això suposa per al benestar de les persones.

No obstant això i sense que es resti gens d'importància a les iniciatives encaminades a la prevenció, hi ha moltes persones que ja estan infectades i que necessiten altres tipus d'intervencions, bàsicament l'accés a tractaments eficaces i segurs. Alguns dels països ja han obtingut el certificat d'eradicació del vector transmissor però hi ha altres vies de contagi. A l'Argentina a l'any 2000 l'estimació d'infectats entre els menors de 14 anys residents a zones endèmiques era quasi del 2%, la de donants de sang del 4,4% i la transmissió de mare a fill durant l'embaràs o el part del 6,8%. A Xile s'hi estimen 500 casos congènits cada any, 1.000 nins infectats entre els 2 i els 5 anys i 3.000 mares infectades. Aquestes persones no reben el tractament adequat que els podria curar.

Estas iniciativas han demostrado ser muy efectivas (se calcula que, entre 1975 y 1995, por cada dólar invertido en los programas nombrados se ahorran 16. Akhavan, 2000). Y el beneficio en salud para la población que tendrá el control de la transmisión es obvio, ya que evitará nuevas infecciones con todo lo que esto supone para el bienestar de las personas.

No obstante, y sin que se le reste importancia a las iniciativas encaminadas a la prevención, hay muchas personas que ya están infectadas y que necesitan otro tipo de intervenciones, básicamente el acceso a tratamientos eficaces y seguros. Algunos de los países ya han obtenido el certificado de erradicación del vector transmisor pero hay otras vías de contagio. En Argentina, en el año 2000, la valoración de infectados entre los menores de 14 años residentes en zonas endémicas era casi del 2%, la de donantes de sangre del 4,4% y la transmisión de madre a hijo durante el embarazo o el parto del 6,8%. En Chile se calculan 500 casos congénitos cada año, 1.000 niños infectados entre los 2 y los 5 años y 3.000 madres infectadas. Estas personas no recibieron el tratamiento adecuado que las podría curar.



Nin atès per un metge. / Niño atendido por un médico. Serge Sibert



Hondurens afectats per la malaltia de Chagas es dirigeixen a un centre de salut. /
Hondureños afectados por la enfermedad de Chagas se dirigen a un centro de salud. Serge Sibert

El tractament de les persones infectades per *T. cruzi* és eficaç a la fase aguda de la malaltia a totes les edats i en el cas de la transmissió congènita. L'Organització Panamericana de la Salut (OPS) i l'Organització Mundial de la Salut (OMS) recomanen aquest tractament des de l'any 1999. Aquesta recomanació posa en evidència la importància d'iniciar el tractament al principi de la infecció amb els medicaments que es disposa actualment.

El primer obstacle per tractar els malalts és que no estan diagnosticats i, per tant, no se sap que pateixen la malaltia de Chagas. Es desconeix el nombre de persones infectades i només hi ha estimacions, a vegades contradictòries, segons la font d'informació. Una de les dificultats per a un diagnòstic precoç és que al principi de la infecció no hi ha simptomatologia clínica. Aquesta dificultat s'obviaria si es fessin recerques actives amb els mètodes actuals, que ni són cars ni complicats tècnicament, però sembla que és una qüestió de voluntat el conèixer la magnitud del problema.

*El tratamiento de las personas infectadas por *T. cruzi* es eficaz en la fase aguda de la enfermedad en todas las edades y en el caso de la transmisión congénita. La Organización panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomiendan este tratamiento desde el año 1999. Esta recomendación pone en evidencia la importancia de iniciar el tratamiento al principio de la infección con los medicamentos que se dispone actualmente.*

El primer obstáculo para tratar a los enfermos es que no están diagnosticados y, por tanto, no se sabe que padecen la enfermedad de Chagas. Se desconoce el número de personas infectadas y sólo hay aproximaciones, a veces contradictorias, según la fuente de información. Una de las dificultades para un diagnóstico precoz es que al principio de la infección no hay sintomatología clínica. Esta dificultad se obviaría si se hiciesen búsquedas activas con los métodos actuales, que ni son caros ni complicados técnicamente, pero parece que es una cuestión de voluntad el conocer la magnitud del problema.

La malaltia de Chagas s'associa a condicions socioeconòmiques baixes i està íntimament lligada a la pobresa. Sovint els malalts no saben que els passa ni com s'adquireix la malaltia ni quines possibilitats hi ha de tractament. Són persones que difícilment s'uniran per reclamar el dret a un diagnòstic i un tractament adequat amb els coneixements i les tècniques actuals, com han fet altres malalts, com és el cas dels infectats amb el VIH. Per tant, depenen enormement de la voluntat de les autoritats polítiques i les sanitàries per rebre l'atenció que necessiten.

La enfermedad de Chagas se asocia a condiciones socioeconómicas bajas y está íntimamente ligada a la pobreza. A menudo los enfermos no saben qué les pasa ni cómo se adquiere la enfermedad ni qué posibilidades hay de tratamiento. Son personas que difícilmente se unirán para reclamar el derecho a un diagnóstico y un tratamiento adecuados con los conocimientos y técnicas actuales, como han hecho otros enfermos, como es el caso de los infectados con el VIH. Por tanto, dependen enormemente de la voluntad de las autoridades políticas y sanitarias para recibir la atención que necesitan.

Sovint els malalts no saben què els passa ni com s'adquireix la malaltia

A menudo los enfermos no saben qué les pasa ni como adquieren la enfermedad

La falta d'interès cap al diagnòstic i tractament d'aquestes persones queda reflectida en la necessitat de fer, al menys, dues proves de diagnòstic basades en tècniques diferents i, en cas de discordança, d'una tercera prova. Tampoc no se'ls dóna la importància que caldria als dos únics fàrmacs disponibles en l'actualitat per tractar aquests pacients, el nifurtimox i el benznidazol. Tant l'un com l'altre tenen una única presentació farmacèutica, comprimits de 120 mg i 100 mg respectivament, cap de les quals s'adapten a les dosis requerides pels nins, que constitueixen el grup de població més susceptible de ser tractat.

La falta de interés hacia el diagnóstico y tratamiento de estas personas queda reflejada en la necesidad de hacer, al menos, dos pruebas de diagnóstico basadas en técnicas diferentes y, en caso de discordancia, de una tercera prueba. Tampoco se les da la importancia necesaria a los dos únicos fármacos disponibles en la actualidad para tratar a estos pacientes, el nifurtimox y el benznidazole. Tanto uno como otro tienen una única presentación farmacéutica, comprimidos de 120 Mg. y 100 Mg. respectivamente, ninguno de las cuales se adaptan a las dosis requeridas por los niños, que constituyen el grupo de población más susceptible de ser tratado.

És freqüent que cap dels dos fàrmacs estigui a les Llistes Nacionals de Medicaments Essencials (LNME) i a la Llista de Medicaments Essencials de

Es frecuente que ninguno de los dos fármacos esté en las Listas Nacionales de Medicamentos Esenciales (LNME) y en la Lista de Medicamentos Esenciales de la

L'OMS, a pesar de ser una malaltia endèmica en els països de l'Amèrica Llatina. Més encara, a molts dels països andins, ni tan sols els tenen registrats. Per exemple, el benznidazole és el medicament d'elecció per al tractament de primera línia en els protocols dels països de l'Amèrica Central i cap d'ells el té ni comercialitzat ni registrat i, en aquesta mateixa regió, el nifurtimox només està registrat a Guatemala i a Hondures.

OMS, a pesar de ser una enfermedad endémica en los países de América latina. Más aún, en muchos países andinos, ni tan siquiera los tienen registrados. Por ejemplo, el benznidazole es el medicamento de elección para el tratamiento de primera línea en los protocolos de los países de América central y ninguno de ellos lo tiene ni comercializado ni registrado y, en esta misma región, el nifurtimox sólo está registrado en Guatemala y Honduras.



Proves del diagnòstic de la malaltia de Chagas a Hondures. / Pruebas de diagnóstico de la enfermedad de Chagas en Honduras. Serge Sibert

Tampoc no hi ha pressupostos destinats a la compra de fàrmacs específics per tractar la malaltia. A Guatemala, on la incidència de la infecció és de 30.000 casos nous cada any i 562 de cada 10.000 habitants estan infectats, el pressupost per a la malaltia de Chagas correspon al 0,29% de tot el pressupost destinat a salut en l'any 2002 i a més tot està destinat a la lluita contra el vector. Així doncs, tant a Guatemala com a la majoria de països de la regió, la dotació per al tractament prové d'esforços individuals, moltes vegades esporàdics i sense continuïtat.

Tampoco hay presupuestos destinados a la compra de fármacos específicos para tratar la enfermedad. En Guatemala, donde la incidencia de la infección es de 30.000 casos nuevos cada año y 562 de cada 10.000 habitantes están infectados, el presupuesto para la enfermedad de Chagas corresponde al 0,29% de todo el presupuesto destinado a salud en el año 2002 y además está destinado a la lucha contra el vector. Así pues, tanto en Guatemala como en la mayoría de países de la región, la dotación para el tratamiento proviene de esfuerzos individuales, muchas veces esporádicos y sin continuidad.

L'OMS, en incloure's un medicament en la LNME, exigeix a les autoritats sanitàries del país que estigui disponible on es necessiti, quan es necessiti i en les quantitats i forma farmacèutica adequades. No hi ha cap responsabilitat si no estan inclosos en aquestes llistes.

El fet d'estar registrats en un país implica un reconeixement, la utilitat dels fàrmacs per a la pròpia població, per les autoritats sanitàries competents i l'activació del sistema de farmaco-vigilància. En canvi, l'absència de registre, a més de limitar el mercat, suposa que les autoritats sanitàries se'n desentenen del fàrmac i dels seus efectes, tant dels beneficiosos com dels adversos.

Els resultat de la manca de xifres reals, de recerca activa dels infectats i del seu tractament és una demanda baixa dels dos fàrmacs, amb un efecte negatiu sobre la producció per a les empreses que els fabriquen, Bayer el nifurtimox i Roche el benznidazol. Bayer, des de juliol de 2002 no produeix nifurtimox per a la malaltia de Chagas i el motiu que al·leguen és la falta de demanda. I és interessant saber que les quantitats de nifurtimox que Bayer tenia previst produir per a la malaltia de Chagas en 2003 serien cinc vegades menors que les quantitats estimades i notificades com necessàries a l'OPS per l'Argentina, Xile, El Salvador, Uruguai i Honduras.

La falta de demanda no es limita a aturar la producció sinó que repercuteix de forma important en les investigacions sobre nous fàrmacs, més efectius i segurs i en formes farmacèutiques més adequades i d'utilització més senzilla.

La OMS, al incluirse un medicamento en la LNME, exige a las autoridades sanitarias del país que esté disponible donde se necesite, cuando se necesite y en las cantidades y forma farmacéutica adecuadas. No hay ninguna responsabilidad si no están incluidos en estas listas.

El hecho de estar registrados en un país implica un reconocimiento, la utilidad de los fármacos para la propia población, por las autoridades sanitarias competentes y la activación del sistema de farmaco-vigilancia. En cambio, la ausencia de registro, además de limitar el mercado, supone que las autoridades sanitarias se desentienden del fármaco y de sus efectos, tanto de los beneficiosos como de los adversos.

El resultado de la falta de cifras reales, de búsqueda activa de los infectados y de su tratamiento es una demanda baja de los dos fármacos, con un efecto negativo sobre la producción por las empresas que las fabrican, Bayer el nifurtimox y Roche el benznidazole. Bayer, desde julio de 2002, no produce nifurtimox para la enfermedad de Chagas y el motivo que alegan es la falta de demanda. Y es interesante saber que las cantidades de nifurtimox que Bayer tenía previsto producir para la enfermedad de Chagas en 2003 serían cinco veces menores que las cantidades calculadas y notificadas como necesarias en la OPS por Argentina, Chile, El Salvador, Uruguay y Honduras.

La falta de demanda no se limita a parar la producción si no que repercute de forma importante en las investigaciones sobre nuevos fármacos, más efectivos y seguros y en formas farmacéuticas más adecuadas y de utilización más sencilla.

No hi ha pràcticament investigació i desenvolupament (I+D) de nous fàrmacs per a aquesta malaltia. Els laboratoris farmacèutics que desenvolupen noves molècules que podrien servir per tractar la malaltia de Chagas no inclouen aquesta indicació en les seves investigacions amb una lògica molt simple: si no hi ha demanda dels fàrmacs actuals, per què han d'invertir temps i diners en demostrar que serveixen per a una malaltia per a la qual no hi haurà demanda suficient que pugui compensar la inversió?

No hay prácticamente investigación y desarrollo (I+D) de nuevos fármacos para esta enfermedad. Los laboratorios farmacéuticos que desarrollan nuevas moléculas que podrían servir para tratar la enfermedad de Chagas no incluyen esta indicación en sus investigaciones con una lógica muy simple: si no hay demanda de los fármacos actuales, ¿por qué han de invertir tiempo y dinero en demostrar que sirven para una enfermedad para la cual no habrá demanda suficiente para que puedan compensar la inversión?

No hi ha pràcticament investigació i desenvolupament (I+D) de nous fàrmacs per a aquesta malaltia.

No hay prácticamente investigación y desarrollo (I+D) de nuevos fármacos para esta enfermedad.

La patent dels dos fàrmacs ha expirat fa temps, de manera que és perfectament possible la producció de genèrics alternatius. I no només això, sinó que a l'Amèrica Llatina hi ha capacitat de producció local. És a dir, que sembla que hi ha totes les condicions per solucionar molts dels problemes d'accessibilitat a un tractament adequat. No obstant això, ni per part del mercat ni per part de les autoritats polítiques hi ha cap estímul per a la producció.

La manca d'alternatives genèriques, no només incideix sobre la falta de medicaments, sinó sobre els preus. En no haver-hi competència, les companyies poden fixar els preus que els sembla convenients, i aquest preu només varia dependent de la capacitat negociadora de cada país.

La patente de los dos fármacos ha expirado hace tiempo, de manera que es perfectamente posible la producción de genéricos alternativos. Y no sólo eso, sino que en América latina hay capacidad de producción local. Es decir, que parece que tienen todas las condiciones para solucionar muchos de los problemas de accesibilidad a un tratamiento adecuado. No obstante, ni por parte del mercado ni por parte de las autoridades políticas hay ningún estímulo para la producción.

La falta de alternativas genéricas, no sólo incide sobre la falta de medicamentos, sino también sobre los precios. Al no haber competencia, las compañías pueden fijar los precios que les parezcan convenientes, y estos precios solo varían dependiendo de la capacidad negociadora de cada país.

Les diferències de preus entre països criden l'atenció. Per exemple, a Bolívia el mateix tractament amb benznidazol de Roche costa 21 vegades més que al Brasil, tal com mostra la taula 1. També podem destacar la no correspondència entre el preu del tractament i el poder adquisitiu del país comprador.

Preu del benznidazol en alguns països de la Iniciativa del amb Sud

	Argentina	Brasil	Chile	Bolívia
Precio (USD/ comprimido)	0,94	0,0522	0,2*	0,2**/1,1***
Precio (USD/ por tratamiento (****))	84,6	4,70	18	18**/99****

(*) Preu de 20 USD/100 comprimits amb la condició de comprar 1.000 pots.

(**) Preu ofert per Roche-Argentina a les autoritats bolivianes en gener de 2003

(***) Preu ofert per l'agència importadora a Bolívia. Setembre, 2002. És el preu al que compren les ONG que treballen sobre el Chagas i el que hauria de pagar un bolivià que volgués comprar-se'l a la farmàcia pel seu compte.

(****) Tractament per a un nin de 20 quilos. Seguint les recomanacions OMS de 1999, la dosi recomanada a nins de fins 40 kg és de 7,5 mg/kg/dia durant 60 dies; un nin de 20 kg necessita 90 comprimits de 100mg per tractament

Si el ministeri de Bolívia pogués comprar el benznidazol que necessita segons les seves estimacions i al mateix preu que el compra el Brasil, estalviaria quasi 2,4 milions d'USD cada any (estimació de necessitats del

Las diferencias de precios entre países llaman la atención. Por ejemplo, en Bolivia el mismo tratamiento con benznidazole de Roche cuesta 21 veces más que en Brasil, tal como muestra la tabla 1. También podemos destacar la no correspondencia entre el precio del tratamiento y el poder adquisitivo del país comprador.

Precio del benznidazole en algunos países de la Iniciativa del Sur

(*) Precio de 20 USD/100 comprimidos con la condición de comprar 1.000 botes.

(**) Precio ofrecido por Roche-Argentina a las autoridades bolivianas en enero de 2003.

(***) Precio ofrecido por la agencia importadora a Bolivia. Septiembre, 2002. Es el precio al que compran las ONG que trabajan sobre el Chagas y el que tendría que pagar un boliviano que quisiera comprárselo en la farmacia por su cuenta.

(****) Tratamiento para un niño de 20 kilos. Siguiendo las recomendaciones de la OMS de 1999, la dosis recomendada para niños de hasta 40 Kg. es de 7,5 Mg./Kg./día durante 60 días; un niño de 20 Kg. necesita 90 comprimidos de 100 Mg. por tratamiento.

Si el ministerio de Bolivia pudiera comprar el benznidazole que necesita según sus cálculos y al mismo precio que lo compra Brasil, ahorraría casi 2,4 millones de USD cada año (cálculo de necesidades del Ministerio de

Ministeri de Salut de Bolívia). A Bolívia, en comprar a l'únic importador que hi ha els sortirà a 99 USD /persona en lloc dels 18 a què es podria aconseguir cada tractament.

D'altra banda, Bayer ha comunicat que, si reinicia la producció de nifurtimox el preu del fàrmac serà de 40 USD per 100 comprimits. Aquest preu situa el cost del tractament per a un nin de 20 quilos (utilitzant la recomanació de l'OMS de 10mg/kg/dia durant 60 dies) en 40 USD. Aquest és el sou mitjà d'un miner bolivià, un terç del salari mig d'un obrer de Guatemala i quasi l'equivalent del sou mitjà a Honduras.

La falta de compres regionals o globals pel països, que possibilitaria una millor negociació de preus en augmentar la quantitat demanada contribueix a que es perpetui aquesta situació. Roche ofereix la possibilitat d'aplicar una política de preus diferencials quan el volum de compra és gran.

Actualment és l'OPS, d'entre els organismes internacionals, l'organització responsable d'estimular el control de la transmissió i estimular la Investigació i Desenvolupament de noves molècules i eines de control de la malaltia del Tropical Diseases Research (TDR). Però en canvi no hi ha cap institució ni organisme internacional que lideri directament el tractament de les persones que ja estan infectades i de les que s'infecten per vies distintes a les vectorials, que són les sotmeses a programes de control.

Salud de Bolivia). En Bolivia, al comprar al único importador que hay les saldrá a 99 USD/persona en lugar de los 18 que se podría conseguir cada tratamiento.

Por otra parte, Bayer ha comunicado que, si reinicia la producción de nifurtimox, el precio del fármaco será de 40 USD por 100 comprimidos. Este precio sitúa el coste del tratamiento para un niño de 20 kilos (utilizando la recomendación de la OMS de 10 Mg./Kg./día durante 60 días) en 40 USD. Éste es el sueldo medio de un minero boliviano, un tercio del salario medio de un obrero de Guatemala y casi el equivalente del sueldo medio en Honduras.

La falta de compras regionales o globales para los países, que posibilitaría una mejor negociación de precios al aumentar la cantidad demandada, contribuye a que se perpetúe esta situación. Roche ofrece la posibilidad de aplicar una política de precios diferenciales cuando el volumen de compra es grande.

Actualmente es la OPS, de entre los organismos internacionales, la organización responsable de estimular el control de la transmisión y estimular la investigación y el desarrollo de nuevas moléculas y herramientas de control de la enfermedad del Tropical Diseases Research (TDR). Pero, en cambio, no hay otra institución ni organismo internacional que lidere directamente el tratamiento de las personas que ya están infectadas y de las que se infectan por vías distintas a las vectoriales, que son las sometidas a programas de control.

Tot el que hem exposat contribueix a que les persones que s'infecten amb el *Trypanosoma cruzi* siguin pacients oblidats i a que la Malaltia de Chagas sigui una malaltia, a més de silenciosa, silenciada.

Todo lo que hemos expuesto contribuye a que las personas que se infectan con el Trypanosoma cruzi sean pacientes olvidados y a que la enfermedad de Chagas sea una enfermedad, además de silenciosa, silenciada.

...pacients oblidats i a que la Malaltia de Chagas sigui una malaltia, a més de silenciosa, silenciada.

...pacientes olvidados y a que la enfermedad de Chagas sea una enfermedad, además de silenciosa, silenciada.

Rompre el cercle viciós que s'ha creat en els països al voltant dels pacients infectats és una responsabilitat de tots els que poden fer alguna cosa per corregir l'actual situació: dels governs llatinoamericans, dels laboratoris farmacèutics, dels organismes internacionals i de la població civil, representada també en la figura de les ONG.

Romper el círculo vicioso que se ha creado en los países alrededor de los pacientes infectados es una responsabilidad de todos los que pueden hacer alguna cosa para corregir la actual situación: de los gobiernos latinoamericanos, de los laboratorios farmacéuticos, de los organismos internacionales y de la población civil, representada también en la figura de las ONG.

Recomanacions

Ministeris de Salut dels països afectats:

1. Reconèixer que hi ha un problema: es fa feina en el control de la transmissió però no en el diagnòstic i tractament de les persones que ja estan infectades.
2. Cercar activament els afectats, de manera que es coneguin les xifres reals que permetin el tractament de les persones infectades en fase aguda i indeterminada, així com la creació de mercats que favoregin la producció de medicaments a preus assequibles.

Recomendaciones

Ministerios de Salud de los países afectados:

1. Reconocer que hay un problema: se trabaja en el control de la transmisión, pero no en el diagnóstico y tratamiento de las personas que ya están infectadas.
2. Buscar activamente a los afectados, de manera que se conozcan las cifras reales que permitan el tratamiento de las personas infectadas en fase aguda e indeterminada, así como la creación de mercados que favorezcan la producción de medicamentos a precios asequibles.

3. Invertir més fons per al diagnòstic i tractament de les persones infectades i per a la investigació aplicada dins una estratègia conjunta amb altres països.

4. Incloure els medicaments actualment disponibles a la LNME.

5. Exigir el registre dels medicaments i la implantació del sistema de farmaco-vigilància a les empreses farmacèutiques.

6. Exigir a les empreses farmacèutiques originals, en base a les seves necessitats reals, el reinici de la producció de nifurtimox i una política de preus que sigui assequible per a tots els països. Fer ús de la política de preus diferencials implementada per Roche.

7. Contribuir a rompre el cercle viciós "baixa demanda-falta de producció" demanant directament a Bayer la quantitat necessària per a cada país.

8. Crear mecanismes d'estímul perquè les empreses farmacèutiques locals fabriquin nifurtimox o benznidazol.

Laboratoris farmacèutics:

1. Registrar els medicaments.

2. Activar els sistemes de farmaco-vigilància.

3. Reiniciar la producció de nifurtimox.

4. Establir preus accessibles per a nifurtimox i benznidazol en funció de la capacitat adquisitiva de la població dels diferents països: aplicació de la política de preus diferencials que ja està implantada per al benznidazol.

3. *Invertir más fondos para el diagnóstico y tratamiento de las personas infectadas y para la investigación aplicada dentro de una estrategia conjunta con otros países.*

4. *Incluir los medicamentos actualmente disponibles en la LNME.*

5. *Exigir el registro de los medicamentos y la implantación del sistema de fármaco-vigilancia en las empresas farmacéuticas.*

6. *Exigir a las empresas farmacéuticas originales, en base a sus necesidades reales, el reinicio de la producción de nifurtimox y una política de precios que sea asequible para todos los países. Hacer uso de la política de precios diferenciales implementada por Roche.*

7. *Contribuir a romper el círculo vicioso "baja demanda-falta de producción" encargando directamente a Bayer la cantidad necesaria para cada país.*

8. *Crear mecanismos de estímulo para que las empresas farmacéuticas locales fabriquen nifurtimox o benznidazole.*

Laboratorios farmacéuticos:

1. *Registrar los medicamentos.*

2. *Activar los sistemas de fármaco-vigilancia.*

3. *Reiniciar la producción de nifurtimox.*

4. *Establecer precios asequibles para nifurtimox y benznidazole en función de la capacidad adquisitiva de la población de los diferentes países: aplicación de la política de precios diferenciales que ya está implantado para el benznidazole.*

5. Inclusió de la indicació de Chagas en la investigació de noves molècules que podrien servir per al tractament.

6. Si els laboratoris originals no tenen interès en la producció d'aquests medicaments, transferència de tecnologia a laboratoris locals.

7. Investigació de mètodes diagnòstics amb especificitat i sensibilitat alta, adaptades als contextos i amb preus assequibles.

5. *Inclusión de la indicación de Chagas en la investigación de nuevas moléculas que podrían servir para el tratamiento.*

6. *Si los laboratorios originales no tienen interés en la producción de estos medicamentos, transferencia de tecnología a laboratorios locales.*

7. *Investigación de métodos diagnósticos con especificidad y sensibilidad alta, adaptadas a los contextos y con precios asequibles.*



Especialista fumigant una casa a Honduras. / Especialista fumigando una casa en Honduras. Serge Sibert

Organismes internacionals:

1. L'OMS o l'OPS s'han de responsabilitzar d'estimular el diagnòstic i el tractament de les persones ja infectades susceptibles de rebre tractament.
2. Major inversió de fons per al diagnòstic i el tractament de la malaltia.
3. Liderar la unificació de criteris de diagnòstic i tractament, així com la recollida de dades i necessitats reals en els diferents països.

Organismos internacionales:

1. *La OMS o la OPS se han de responsabilizar de estimular el diagnóstico y el tratamiento de las personas ya infectadas susceptibles de recibir tratamiento.*
2. *Mayor inversión de fondo para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad.*
3. *Liderar la unificación de criterios de diagnóstico y tratamiento, así como la recogida de datos y necesidades reales en los diferentes países.*

4. Liderar un sistema conjunt d'abast per als països de l'Amèrica Llatina de manera que es puguin demanar quantitats majors i aconseguir preus més baixos.

Societat civil:

1. Exigir a governs, empreses farmacèutiques i organitzacions internacionals el dret de les persones infectades, amb la malaltia de Chagas, a un diagnòstic i un tractament adequat.
2. Donar una veu a aquells que, per les condicions socio-econòmiques, no la tenen i molt difícilment l'arribaran a tenir.
3. Prendre postures fermes davant la falta de medicaments: les persones infectades tenen dret a ser tractades i a accedir als tractaments disponibles.

4. *Liderar un sistema conjunto de alcance para los países de América latina de manera que se puedan encargar cantidades mayores y conseguir precios más bajos.*

Sociedad civil:

- 1 *Exigir a gobiernos, empresas farmacéuticas y organizaciones internacionales el derecho de las personas infectadas con la enfermedad de Chagas a un diagnóstico y tratamiento adecuados.*
2. *Dar la palabra a aquellos que, por las condiciones socio-económicas, no la tienen y muy difícilmente la llegarán a tener.*
3. *Tomar posturas firmes ante la falta de medicamentos: las personas infectadas tienen derecho a ser tratadas y a acceder a los tratamientos disponibles.*

MALALTIA DE LA SON
ENFERMEDAD DEL SUEÑO

La tripanosomiasi està causada per protozoos del gènere *Trypanosoma*. La forma americana de tripanosomiasi és la Malaltia de Chagas. La forma africana és la Malaltia de la son. A l'Àfrica hi ha 60 milions de persones en risc de patir-la.

Agent causal

La tripanosomiasi humana africana (HAT) o malaltia de la son és una malaltia parasitària transmesa a l'home per la picadura de la mosca tse-tse. Aquestes mosques habiten a zones boscoses de l'Àfrica Subsahariana, prop de fonts d'aigua. A algunes parts de l'Àfrica rural les persones que passen molts de temps prop dels rius, com són els pescadors, les dones que hi van a fer la bugada o a cercar aigua, els nins que hi juguen, corren el perill de contraure-la. Hi ha dues formes de malaltia de la son, causades per subespècies diferents de *trypanosoma*.

La tripanosomiasis está causada por protozoos del género Trypanosoma. La forma americana de tripanosomiasis es la enfermedad de Chagas. La forma africana es la enfermedad del sueño. En África hay 60 millones de personas con riesgo a padecerla.

Agente causal

La tripanosomiasis humana africana (HAT) o enfermedad del sueño es una enfermedad parasitaria transmitida al hombre por la picadura de la mosca tse-tse. Estas moscas viven en zonas boscosas del África subsahariana, cerca de fuentes de agua. En algunas partes del África rural las personas que pasan mucho tiempo cerca de los ríos, como los pescadores, las mujeres que van a hacer la colada o a buscar agua o los niños que juegan, corren el peligro de contraerla. Hay dos formas de la enfermedad del sueño, causadas por subespecies diferentes de trypanosoma.

...és una malaltia parasitària transmesa a l'home per la picadura de la mosca tse-tse.

...es una enfermedad parasitaria transmitida al hombre por la picadura de la mosca tse-tse.

A l'Àfrica Central i Occidental el *Trypanosoma brucei gambiense* és el responsable de l'actual epidèmia i causa una malaltia crònica que es torba alguns anys en assolir la fase més avançada. A l'Àfrica del Sud i de l'Est el *Trypanosoma brucei rhodesiense* causa una malaltia aguda que a les poques setmanes provoca la mort. El paràsit de la tripanosomiasi apareix a la sang entre els vuit i deu dies després de la infecció.

En África central y occidental, el Trypanosoma brucei gambiense es el responsable de la actual epidemia y causa una enfermedad crónica que tarda algunos años en alcanzar la fase más elevada. En África del sur y del este, el Trypanosoma brucei rodhesiense causa una enfermedad aguda que a las pocas semanas provoca la muerte. El parásito de la tripanosomiasis aparece en la sangre entre los ocho y diez días después de la infección.

En una fase precoç (fase 1) que es pot desenvolupar a les poques setmanes, mesos o fins i tot anys després de la infecció, el paràsit es multiplica en el sistema limfàtic i sanguini. Tot i que no sempre és així, a vegades el pacient presenta una varietat de símptomes que inclouen febre alta, debilitat generalitzada, dolor a les articulacions, mal de cap i picor. La primera senyal clínica més freqüent és la inflamació dels ganglis limfàtics. A la fase més avançada, o fase 2, els tripanosomes traspassen la barrera meníngea i invadeixen el sistema nerviós central a través del sistema cefalorraquídi. En aquesta



Nin afectat per a la malaltia de la son a Uganda. /
Niño afectado por la enfermedad del sueño en Uganda. Serge Sibert

fase el pacient pateix dolors intensos i trastorns neurològics com confusió mental, convulsions i trastorns de la son. A la nit està agitat i durant el dia somnolent. Si no el tracten el pacient entra en un estat de letargia permanent fins que entra en un coma irreversible que acaba en la mort.

Indicadors

- En l'actualitat, 60 milions de persones corren el risc de contreure-la, però només 4 milions (el 7%) tenen accés al diagnòstic i al tractament.
- L'OMS estima que de tres-centes a cinc-centes mil persones la podrien patir actualment, mentre que se suposa que només es coneix el 10% dels casos nous.

En una fase precoz (fase 1) que se puede desarrollar a las pocas semanas, meses o incluso años después de la infección, el parásito se multiplica en el sistema linfático y sanguíneo. Aunque no siempre es así, a veces el paciente presenta una variedad de síntomas que incluyen fiebre alta, debilidad generalizada, dolor en las articulaciones, dolor de cabeza y picor. La

primera señal clínica más frecuente es la inflamación de los ganglios linfáticos. En la fase más avanzada, o fase 2, los tripanosomas traspasan la barrera meníngea e invaden el sistema nervioso central a través del sistema cefalorraquídeo. En esta fase el paciente

padece dolores intensos y trastornos neurológicos como confusión mental, convulsiones y trastornos del sueño. Por la noche está agitado y durante el día somnoliento. Si no lo tratan, el paciente entra en un estado de letargo permanente hasta que entra en un coma irreversible que acaba en muerte.

Indicadores:

- *En la actualidad, 60 millones de personas corren el riesgo de contraerla, pero solo 4 millones (el 7%) tienen acceso al diagnóstico y al tratamiento.*
- *La OMS calcula que de trescientas a quinientas mil personas la podrían padecer actualmente, mientras que se supone que sólo se conoce el 10% de los casos nuevos.*

- Dels 36 països afectats a l'Àfrica Subsahariana, 22 estan entre els menys desenvolupats del món.
- La majoria de les morts ocorren a àrees rurals on no hi ha registres, per tant és molt difícil determinar la taxa de mortalitat per la malaltia de la son.

Fàrmacs existents

- Sudamina sòdica: s'utilitza a la fase 1 de la malaltia; ha estat a punt de ser abandonada en diverses ocasions. Al 2001 es va arribar a un acord entre Bayer, el laboratori fabricant, l'OMS i MSF perquè el seguís produint. Bayer fa una donació que cobreix totes les necessitats durant 4 anys i després ha de posar un preu assequible als països del tercer món.

Fármacos existentes

- Sudamina sódica: se utiliza en la fase 1 de la enfermedad; ha estado a punto de ser abandonada en diversas ocasiones. En 2001 se llegó a un acuerdo entre Bayer, el laboratorio fabricante, la OMS y MSF para que lo siguiera produciendo. Bayer hace una donación que cubre todas las necesidades durante 4 años y después debe poner un precio asequible a los países del tercer mundo.

Bayer fa una donació que cobreix totes les necessitats durant 4 anys i després ha de posar un preu assequible als països del tercer món.

Bayer hace una donación que cubre todas las necesidades durante 4 años y después a de poner un precio asequible a los países del tercer mundo.

- Pentamidina (isetionat): utilitzada en la fase 1 de la malaltia. Aquest fàrmac va despertar un interès des de que es va veure que era efectiu en la pneumònia *Pneumocystis carinii*, una infecció oportunista associada amb la sida. Hi ha, per tant, interès en la fabricació, i el laboratori Aventis ha arribat a un acord amb l'OMS i MSF per donar-lo durant cinc anys.
- Pentamidina (isetionat): utilizada en la fase 1 de la enfermedad. Este fármaco despertó un interés desde que se vio que era efectivo en la neumonía *Pneumocystis carinii*, una infección oportunista asociada con el sida. Hay, por tanto, interés en la fabricación, y el laboratorio Aventis ha llegado a un acuerdo con la OMS y MSF para darlo durante cinco años.

- Melarsoprol: utilitzat per a la fase 2 de la malaltia. Està comercialitzat des de 1949 i conté un derivat de l'arsènic entre els seus components. El tractament amb melarsoprol s'acompanya d'efectes secundaris importants, com l'encefalopatia reactiva que es presenta entre el 5 i el 10% dels pacients tractats, amb una letalitat del 50%. A més, la resistència del tripanosoma a aquest fàrmac va en augment (30% en algunes regions d'Uganda i Sudan).

- *Melarsoprol: utilizado para la fase 2 de la enfermedad. Está comercializado desde 1949 y contiene un derivado del arsénico entre sus componentes. El tratamiento con melarsoprol se acompaña de efectos secundarios importantes, como la encefalopatía reactiva que se presenta entre el 5 y el 10% de los pacientes tratados, con una letalidad del 50%. Además, la resistencia del tripanosoma a este fármaco va en aumento (30% en algunas regiones de Uganda y Sudán).*



La malaltia de la son pot causar la mort en unes poques setmanes. /
La enfermedad del sueño puede causar la muerte en unas pocas semanas. Serge Sibert

- Eflornitina (DFMO): és un medicament menys tòxic, té menys efectes secundaris i resulta efectiu en pacients que no responen al melarsoprol. Hoechst Marion Roussel (ara Aventis) va descobrir en 1985 l'efecte tripanocida d'aquest producte i es va aprovar legalment en 1990. L'eflornitina s'administra per via intravenosa, una ampolla al dia administrada en quatre tandes durant set dies en un hospital. Cada ampolla s'ha venut entre els 30 i els 60 USD.

- *Eflornitina (DFMO): es un medicamento menos tóxico, tiene menos efectos secundarios y resulta efectivo en pacientes que no responden al melarsoprol. Hoechst Marion Roussel (ahora Aventis) descubrió en 1985 el efecto tripanocida de este producto y se aprobó legalmente en 1990. La eflornitina se administra por vía intravenosa, una ampolla al día administrada en cuatro tandas durante siete días en un hospital. Cada ampolla se ha vendido entre los 30 y los 60 USD.*

El tractament més curt requereix set ampolles, la qual cosa significa que, apart de les despeses de l'hospitalització, el preu del tractament per pacient és de 210 USD. Aquest cost el fa inassequible a la gran majoria d'habitants dels països en vies de desenvolupament.

El tratamiento más corto requiere siete ampollas, lo que significa que, a parte de los gastos de la hospitalización, el precio del tratamiento por paciente es de 210 USD. Este coste lo hace inasequible a la gran mayoría de habitantes de los países en vías de desarrollo.

Aquest cost el fa inassequible a la gran majoria d'habitants dels països en vies de desenvolupament.

Este coste lo hace inaccesible a la gran mayoría de los países en vías de desarrollo.

Per desgràcia, el preu és només una part del problema de l'eflornitina. En realitat, resulta més preocupant el fet que la producció d'eflornitina es va abandonar en 1995, quan Hoechst Marion Roussel va decidir que el fàrmac no resultava rentable. A l'estiu de 1999 la situació es va agreujar quan el darrer estoc d'eflornitina es va esgotar. Aventis, l'OMS i MSF varen acordar processar la darrera remesa existent de matèria primera per poder utilitzar aquesta eflornitina. A principis de juny de 2000 es varen distribuir les 10.000 ampolles que constituïen el darrer lot d'aquest medicament directament processat per Aventis i, per tant, resultava imprescindible trobar un proveïdor a llarg termini. Al desembre de 1999, Aventis va cedir la patent a l'OMS. L'OMS i MSF, amb l'ajuda de finançadors externs, es disposaren a garantir la compra d'una comanda significativa d'eflornitina per impulsar l'inici de la nova producció. Ambdues organitzacions cerquen un

Por desgracia, el precio es sólo una parte del problema de la eflornitina. En realidad, resulta más preocupante el hecho de que la producción de eflornitina se abandonó en 1995, cuando Hoechst Marion Roussel decidió que el fármaco no resultaba rentable. En verano de 1999 la situación se agravó cuando el último stock de eflornitina se agotó. Aventis, la OMS y MSF acordaron procesar la última remesa existente de materia prima para poder utilizar esta eflornitina. A principios de junio de 2000 se distribuyeron las 10.000 ampollas que constituían el último lote de este medicamento directamente procesado por Aventis y, por tanto, resultaba imprescindible encontrar un proveedor a largo plazo. En diciembre de 1999 Aventis cedió la patente a la OMS. La OMS y MSF, con la ayuda de financieros externos, se dispusieron a garantizar la compra de una comanda significativa de eflornitina para impulsar el inicio de la nueva producción. Ambas organizaciones buscan un fabricante que produzca el medica-

fabricant que produeixi el medicament a llarg termini. La troballa d'un segon ús de l'eflornitina podria ser positiva per a la solució d'aquesta situació. Aquest segon ús és l'eliminació del pèl facial femení. Així doncs, segurament la producció per a aquest ús queda garantida, la pregunta és si també es fabricarà per a la tripanosomiasi.

mento a largo plazo. El hallazgo de un segundo uso de la eflornitina podría ser positivo para la solución de esta situación. Este segundo uso es la eliminación del pelo facial femenino. Así, seguramente, la producción para este uso queda garantizada. La pregunta es si también se fabricará para la tripanosomiasis.

Al desembre de 1999, Aventis va cedir la patent a l'OMS i MSF, amb l'ajuda de finançadors externs...

En diciembre de 1999, Aventis cedió la patente a la OMS y MSF, con la ayuda de financiadores externos...

- Nifurtimox: és un medicament barat i de fàcil administració que s'utilitza per al tractament de la malaltia de Chagas, però no se n'ha registrat l'ús per a la malaltia de la son, ja que mai s'han completat els estudis clínics iniciats, i que són necessaris per autoritzar-lo. Podria suposar una alternativa terapèutica efectiva però es necessita més investigació. En el 2001 també Bayer va acordar amb l'OMS i MSF una donació durant 5 anys, que de moment s'utilitzarà només per a la malaltia de Chagas.
- Nifurtimox: es un medicamento barato y de fácil administración que se utiliza para el tratamiento de la enfermedad de Chagas, pero no se ha registrado el uso para la enfermedad del sueño, ya que nunca se han completado los estudios clínicos iniciados, y que son necesarios para autorizarlo. Podría suponer una alternativa terapéutica efectiva pero se necesita más investigación. En el 2001 también Bayer acordó con la OMS y MSF una donación durante 5 años, que de momento se utilizará solo para la enfermedad de Chagas.
- Les combinacions de fàrmacs podrien frenar les resistències, disminuir les dosis necessàries per a la curació, disminuir el període d'hospitalització i la incidència d'efectes secundaris. S'han provat diverses combinacions i s'han utilitzat, cas a cas, però falten coneixements sobre la seguretat per fer recomanacions i per utilitzar-les de manera generalitzada en la darrera fase de la malaltia.
- Las combinaciones de fármacos podrían frenar las resistencias, disminuir las dosis necesarias para la curación, disminuir el período de hospitalización y la incidencia de efectos secundarios. Se han probado diversas combinaciones y se han utilizado, caso a caso, pero faltan conocimientos sobre la seguridad para hacer recomendaciones y para utilizarlas de manera generalizada en la última fase de la enfermedad.

- Nous fàrmacs en estudi: Triazina derivative SIPI 1029 i Megazol. En cas de resultat positiu es torbarà al menys 6 anys en ser comercialitzats.
- *Nuevos fármacos en estudio: Triazina derivate SIPI 1029 y megazol. En caso de resultar positivo tardarán al menos 6 años en ser comercializados.*



Centre de salut a Uganda. / Centro de salud en Uganda. Serge Sibert

Necessitats en el futur

a) A curt termini:

- Millorar l'especificitat de les proves de *screening* i la sensibilitat de les proves parasitològiques.
- Monitoritzar les resistències.
- Investigar les combinacions de fàrmacs anti-HAT.
- Assegurar que l'eflornitina estigui en el mercat com més abans possible a un preu assequible.
- Promoure el desenvolupament clínic de la forma oral de l'eflornitina.
- Desenvolupar les darreres fases dels assajos clínics amb Nifurtimox per al tractament de l'HAT.

Necesidades en el futuro

a) A corto plazo:

- *Mejorar la especificidad de las pruebas de screening y la sensibilidad de las pruebas parasitológicas.*
- *Monitorizar las resistencias.*
- *Investigar las combinaciones de fármacos anti-HAT.*
- *Asegurar que la eflornitina esté en el mercado lo antes posible a un precio asequible.*
- *Promover el desarrollo clínico de la forma oral de la eflornitina.*
- *Desarrollar las últimas fases de los ensayos clínicos con nifurtimox para el tratamiento del HAT.*

- Donar suport al desenvolupament clínic del Megazol i de la Triazina derivative SIPI 1029.

b) A mig i llarg termini:

- Depurar les eines diagnòstiques per classificar millor els pacients en fase 1 o 2 de la malaltia.

- Donar suport a la investigació de nous fàrmacs potencials per a l'HAT.

- *Dar apoyo al desarrollo clínico del megazol y de la triazina derivative SIPI 1029.*

b) A medio y largo plazo:

- *Depurar las herramientas diagnósticas para clasificar mejor a los pacientes en fase 1 ó 2 de la enfermedad.*

- *Dar apoyo a la investigación de nuevos fármacos potenciales para la HAT.*

LEISHMANIASI
LEISHMANIOSIS

La leishmaniasi és una malaltia parasitària que no és nova, té una llarga història i ha estat present en el continent americà i africà des de fa segles. Actualment afecta a 12 milions de persones a 88 països. Els malalts, principalment, són habitants de països en vies de desenvolupament.

El paràsit, la Leishmania, del qual hi ha diverses espècies amb algunes diferències, el transmeten uns moscards que viuen a les regions tropicals i temperades.

La malaltia té diverses formes clíniques, amb un espectre que va des d'una malaltia cutània lleu fins a una afectació generalitzada que pot causar la mort. La forma depèn del tipus de Leishmania i de la immunitat de la persona infectada. Per això les afectacions més greus es donen a nins molt petits i, actualment, a immunodeprimits a causa de la infecció pel VIH.

Algunes dades sobre la gravetat del problema:

- En l'actualitat aproximadament 12 milions de persones estan afectades per la leishmaniasi.
- S'estima que hi ha 2 milions de nous casos cada any, dels quals només es declara oficialment el 30%.
- La forma més greu, la leishmaniasi visceral o kala-azar, pot ser mortal. De les aproximadament 500.000 persones afectades cada any, el 100% moriran si no reben tractament.

La leishmaniosis es una enfermedad parasitaria que no es nueva, tiene una larga historia y ha estado presente en el continente americano y africano desde hace siglos. Actualmente afecta a 12 millones de personas en 88 países. Los enfermos, principalmente, son habitantes de países en vías de desarrollo.

El parásito, la Leishmania, del cual hay diversas especies con algunas diferencias, lo transmiten unos mosquitos que viven en las regiones tropicales y templadas.

La enfermedad tiene diversas formas clínicas, con un espectro que va desde una enfermedad cutánea leve hasta una afectación generalizada que puede causar la muerte. La forma depende del tipo de Leishmania y de la inmunidad de la persona infectada. Por esto las afectaciones más graves se dan en niños muy pequeños y, actualmente, a inmunodeprimidos a causa de la infección por el VIH.

Algunos datos sobre la gravedad del problema:

- *En la actualidad, aproximadamente 12 millones de personas están afectadas por la leishmaniosis.*
- *Se calcula que hay 2 millones de casos nuevos cada año, de los cuales sólo se declara oficialmente el 30%.*
- *La forma más grave, la leishmaniosis visceral o kala-azar, puede ser mortal. De las aproximadamente 500.000 personas afectadas cada año, el 100% morirán si no reciben tratamiento.*

- La leishmaniasi visceral s'associa, i complica, sovint la infecció per VIH. És a dir, que molts dels infectats són malalts immunodeprimits als quals es desenvolupen les formes clíniques més greus.
- El 90% de casos de kala-azar afecta a persones dels països en vies de desenvolupament, com és el cas de Bangladesh, Brasil, Índia, Nepal i Sudan.
- *La leishmaniosis visceral se asocia y complica a menudo la infección por VIH. Es decir, que muchos de los infectados son enfermos inmunodeprimidos en los cuales se desarrollan las formas clínicas más graves.*
- *El 90% de los casos de kala-azar afecta a personas de los países en vías de desarrollo, como es el caso de Bangla Desh, Brasil, India, Nepal y Sudán.*

El 90% de casos de kala-azar afecta a persones dels països en vies de desenvolupament...

El 90% de casos de kala-azar afecta a personas de los países en vías de desarrollo...

- El kala-azar també es presenta a països europeus, sobretot a països del sud, als quals a l'any 1998 hi va haver més de 1.400 persones infectades pel VIH (el 71% dels quals eren addictes a drogues per via injectada) que també se'ls va diagnosticar Kala-azar. A aquests països el tractament de la infecció VIH ha fet disminuir dràsticament algunes infeccions, entre elles la leishmaniasi, a diferència del que passa als països pobres.
- El tractament més comú es el SSG comercialitzat amb el nom de Pentostam®. Un curs de tractament costa 150 USD, amb la qual cosa, a l'Àfrica, on el SSG genèric no està autoritzat, molt poques persones amb Kala-azar es poden tractar i la majoria no té accés al tractament.
- *El kala-azar también se presenta en países europeos, sobre todo en países del sur, en los cuales en el año 1998 hubo más de 1.400 personas infectadas por VIH (el 71% de los cuales eran adictos a drogas por vía inyectada) que también se les diagnosticó kala-azar. En estos países el tratamiento de la infección de VIH ha hecho disminuir drásticamente algunas infecciones, entre ellas la leishmaniosis, a diferencia de lo que pasa en los países pobres.*
- *El tratamiento más común es el SSG comercializado con el nombre de Pentostam®. Un curso de tratamiento cuesta 150 USD, con lo cual, en África, donde el SSG genérico no está autorizado, muy pocas personas con kala-azar se pueden tratar y la mayoría no tiene acceso al tratamiento.*

La febre negra

Kala-azar és l'expressió hindi per leishmaniasi visceral i significa literalment "febre negra". Aquesta forma clínica és la més greu de la malaltia. El paràsit es multiplica en l'organisme humà i ataca el sistema immunològic. Part dels infectats desenvolupen la malaltia en alguns mesos, quan es manifesta amb febre molt alta, pèrdua de pes, esplenomegàlia (dilatació de la melsa) i enfosquiment de la pell. Si no es tracta, el kala-azar acaba amb la vida dels malalts, que generalment moren a causa d'infeccions comunes que el sistema immunològic ja no pot controlar, com la pneumònia i la diarrea. La malnutrició, que també afecta la immunitat, augmenta el risc de patir la malaltia en la forma més greu.

La majoria dels casos viuen a cinc països tropicals: Sudan, l'Índia, Bangladesh, Nepal i Brasil. Però, en l'actualitat, la malaltia s'ha estès a noves àrees com resultat de canvis mediambientals, tant naturals com produïts per l'home, com són les preses i les grans migracions. El nombre anual de casos nous ha experimentat un augment dramàtic en aquests països i, a més a més, quan la situació s'agreuja amb guerres, fam i desplaçaments massius de poblacions se solen declarar epidèmies mortals de leishmaniasi visceral.

La situació és particularment crítica en el Sud de Sudan, a causa de la guerra civil que assola el país des de fa anys.

La fiebre negra

Kala-azar es la expresión india para la leishmaniosis visceral y significa literalmente "fiebre negra". Esta forma clínica es la más grave de la enfermedad. El parásito se multiplica en el organismo humano y ataca al sistema inmunológico. Parte de los infectados desarrollan la enfermedad en algunos meses, cuando se manifiesta con fiebre muy alta, pérdida de peso, esplenomegalia (dilatación del bazo) y oscurecimiento de la piel. Si no se trata, el kala-azar acaba con la vida de los enfermos, que generalmente mueren a causa de infecciones comunes que el sistema inmunológico ya no puede controlar, como la neumonía y la diarrea. La malnutrición, que también afecta la inmunidad, aumenta el riesgo de padecer la enfermedad en la forma más grave.

La mayoría de los casos viven en cinco países tropicales: Sudán, India, Bangla Desh, Nepal y Brasil. Pero en la actualidad, la enfermedad se ha extendido a nuevas áreas como resultado de cambios medioambientales, tanto naturales como los producidos por el hombre, como son las presas y las grandes migraciones. El número actual de casos nuevos ha experimentado un aumento dramático en estos países y, además, cuando la situación se agrava con guerras, hambre y desplazamientos masivos de poblaciones, se suelen declarar epidemias mortales de leishmaniosis visceral.

La situación es particularmente crítica en el sur de Sudán, a causa de la guerra civil que asola el país desde hace años.

La leishmaniasi i el VIH

El 30% dels casos de kala-azar que MSF tracta a Etiòpia també estan infectats amb el VIH. És una combinació mortal que s'està convertint en una malaltia perquè cada infecció disminueix la immunitat dels infectats i reforça l'impacte de l'altra. És molt difícil de diagnosticar i tractar, i més de la meitat de les persones tractades recauen. S'espera que el nombre de persones amb les dues infeccions augmenti, especialment a l'Àfrica, a causa de conflictes i desplaçaments de població.

Falta d'accés a tractament

El tractament més freqüent del kala-azar és el SSG. Aquest medicament, descobert als voltants de l'any 1930, provoca reaccions adverses greus en el 10% dels pacients tractats, en ocasions suficientment greus per causar la mort del malalt. Un altre problema és la disminució de l'eficàcia per l'aparició de resistències del paràsit al SSG a àrees molt pobres quasi sense accés a l'atenció sanitària. Hi ha el temor de que la resistència del paràsit al medicament, observada durant els darrers 15 anys a l'Índia, es pugui estendre a l'Àfrica.

La companyia farmacèutica Wellcome comercialitza el SSG amb el nom de Pentostam. És un medicament molt car que costa prop de 159 USD per tractament. A moltes zones afectades de l'Àfrica, els ministeris de salut no tenen la malaltia en compte i els serveis sanitaris no proporcionen el tractament, especialment en el Sud de Sudan i a Somàlia. En els països on hi ha Pentostam a les farmàcies, la majoria

La leishmaniosis y el VIH

El 30% de los casos de kala-azar que MSF trata en Etiopía también están infectados con el VIH. Es una combinación mortal que se está convirtiendo en una enfermedad porque cada infección disminuye la inmunidad de los infectados y refuerza el impacto del otro. Es muy difícil de diagnosticar y tratar, y más de la mitad de las personas tratadas recaen. Se espera que el número de personas con las dos infecciones aumente, especialmente en África, a causa de conflictos y desplazamientos de población.

Falta de acceso al tratamiento

El tratamiento más frecuente del kala-azar es el SSG. Este medicamento, descubierto en los alrededores del año 1930, provoca reacciones adversas graves en el 10% de los pacientes tratados, en ocasiones suficientemente graves para causar la muerte del enfermo. Otro problema es la disminución de la eficacia por la aparición de resistencias del parásito al SSG en áreas muy pobres casi sin acceso a la atención sanitaria. Existe el temor de que la resistencia del parásito al medicamento, observada durante los últimos 15 años en la India, se pueda extender a África.

La compañía farmacéutica Wellcome comercializa el SSG con el nombre de Pentostam. Es un medicamento muy caro que cuesta cerca de 159 USD por tratamiento. En muchas zonas afectadas de África, los ministerios de salud no tienen la enfermedad en cuenta y los servicios sanitarios no proporcionan el tratamiento, especialmente en el sur de Sudán y Somalia. En los países donde hay Pentostam en las farmacias, la mayoría de

de les persones només es poden pagar alguns dies de tractament i no tot el mes recomanat. Això no només vol dir que el malalt no es cura, sinó també que augmenta el risc d'aparició de resistències davant el SSG. I a sobre, l'elevat preu del medicament ha animat als productors d'imitacions.

Un problema addicional és que el fabricant de Pentostam no pot garantir la producció i el subministrament de les quantitats suficients per assegurar-ne la disponibilitat. Les companyies farmacèutiques, en general, no veuen el tractament per al kala-azar com una potencial font d'ingressos.

las personas sólo se pueden pagar algunos días de tratamiento y no todo el mes recomendado. Esto no sólo quiere decir que el enfermo no se cura, si no que también aumenta el riesgo de aparición de resistencias ante el SSG. Aparte, el elevado precio del medicamento ha animado a los productores de imitaciones.

Un problema adicional es que el fabricante de Pentostam no puede garantizar la producción y el suministro de las cantidades suficientes para asegurar la disponibilidad. Las compañías farmacéuticas, en general, no ven el tratamiento para el kala-azar como una potencial fuente de ingresos.



Indígenes de Perú afectats per la leishmaniosi. / Indígenas de Perú afectados por la leishmaniosis. Serge Sibert

SSG més barat i de qualitat

Algunes companyies farmacèutiques, principalment a l'Àsia, produeixen SSG genèric. MSF ha identificat SSG genèric de molt bona qualitat a l'Índia a un preu deu vegades més barat que el del tractament amb Pentostam. A l'Índia s'utilitza en grans quantitats però encara no

SSG más barato y de calidad

Algunas compañías farmacéuticas, principalmente en Asia producen SSG genérico. MSF ha identificado SSG genérico de muy buena calidad en la India a un precio diez veces más barato que el tratamiento con Pentostam. En la India se utiliza en grandes cantidades pero aun no ha sido

ha estat aprovat a l'Àfrica. Els governs africans tendeixen a refusar els medicaments genèrics i, per tant, els costa autoritzar-los. Prefereixen el producte original i, per aquest motiu, la conseqüència és que a un preu mitjà de 150 USD per cada tractament amb Pentostam, el cost de tractar 40.000 persones amb kala-azar al Sudan durant els darrers 10 anys pujaria 6 milions d'USD. Aquest mateix tractament amb el SSG genèric hauria costat 600.000 USD, 5 milions de dòlars menys.

Al Sudan és urgent la disponibilitat d'un medicament més eficaç i més barat per als pacients de kala-azar, però les autoritats sanitàries no n'han aprovat el seu ús oficialment perquè no n'estaven convençuts de la seva eficàcia. MSF va enviar mostres a laboratoris europeus per analitzar-les i va fer un estudi al terreny per comparar els efectes del genèric amb l'original. Els resultats varen demostrar que l'eficàcia del SSG genèric era tan alta com l'original. Tot i això, el govern sudanès segueix sense aprovar-lo i insisteix en la necessitat de més proves.

MSF continua treballant amb els governs de l'Àfrica de l'Est i amb els fabricants de la forma genèrica, amb la finalitat de trobar una manera de fer que el SSG pugui ser utilitzat per la població necessitada. A Kenya, on es va declarar un brot de kala-azar, els experts de MSF mostraren els resultats obtinguts a l'estudi de l'eficàcia del SSG al Ministeri de Salut i el govern va accedir a registrar la forma genèrica per a un període de tres mesos.

aprobado en África. Los gobiernos africanos tienden a rehusar los medicamentos genéricos y, por tanto, les cuesta autorizarlos. Prefieren el producto original y, por este motivo, la consecuencia es que a un precio medio de 150 USD para cada tratamiento con Pentostam, el coste de tratar a 40.000 personas con kala-azar en Sudán durante los últimos 10 años subiría a 6 millones de USD. Este mismo tratamiento con el SSG genérico habría costado 600.000 USD, 5 millones de dólares menos.

En Sudán es urgente la disponibilidad de un medicamento más eficaz y más barato para los pacientes de kala-azar, pero las autoridades sanitarias no han aprobado su uso oficialmente porque no estaban convencidos de su eficacia. MSF envió muestras a laboratorios europeos para analizarlas e hizo un estudio en el terreno para comparar los efectos del genérico con el original. Los resultados demostraron que la eficacia del SSG genérico era tan alta como la original. Incluso el gobierno sudanés sigue sin aprobarlo e insiste en la necesidad de más pruebas.

MSF continúa trabajando con los gobiernos de África del este y con los fabricantes de la forma genérica, con la finalidad de encontrar una manera de hacer que el SSG pueda ser utilizado por la población necesitada. En Kenia, donde se declaró un brote de kala-azar, los expertos de MSF mostraron los resultados obtenidos en el estudio de la eficacia del SSG al Ministerio de Salud y el gobierno accedió a registrar la forma genérica para un periodo de tres meses.

No obstant això, la disponibilitat d'un medicament més barat no seria la solució final. Els principals problemes relacionats amb el tractament del kala-azar són tant la falta d'accés a l'atenció sanitària en general com la incapacitat de pagar ni tan sols 10 dòlars per poder salvar una vida.

MSF exigeix més compromís

MSF fa una campanya per persuadir als governs dels països africans afectats pel kala-azar que autoritzin l'ús del SSG genèric. Es fan circular els resultats de l'estudi realitzat al Sudan per demostrar que el producte genèric és tan bo com el comercialitzat. MSF pretén convèncer-los no només de registrar la forma genèrica, sinó també de què la comprin ells mateixos. També treballa amb IDA¹ per assegurar-ne el subministrament regular i el control de qualitat del SSG genèric.

MSF fa una crida als governs i a les companyies farmacèutiques perquè invertixin més recursos a la lluita contra la leishmaniosi. Hi ha una necessitat urgent d'aconseguir medicaments més efectius, segurs i barats per tractar el Kala-azar. MSF considera que el kala-azar ha de tenir un lloc a l'agenda de la salut.

Una malaltia oblidada al Sudan

Sudan, 1988. La guerra civil entre les tropes del govern musulmà i les tribus nilòtiques del Sud feia estralls a una zona que també estava afectada per una gran fam. Milions de desplaçats fugien de casa seva en el Sud per refu-

No obstante, la disponibilidad de un medicamento más barato no sería la solución final. Los principales problemas relacionados con el tratamiento del kala-azar son tanto la falta de acceso a la atención sanitaria en general como la incapacidad de pagar ni tan solo 10 dólares para poder salvar una vida.

MSF exige más compromiso

MSF hace una campaña para persuadir a los gobiernos de los países africanos afectados por el kala-azar que autoricen el uso del SSG genérico. Se hacen circular los resultados del estudio realizado en Sudán para demostrar que el producto genérico es tan bueno como el comercializado. MSF pretende convencerlos no sólo de registrar la forma genérica, sino también de que la compren ellos mismos. También trabaja con IDA¹ para asegurar el suministro regular y el control de calidad del SSG genérico.

MSF hace un llamamiento a los gobiernos y a las compañías farmacéuticas para que inviertan más recursos en la lucha contra la leishmaniosis. Hay una necesidad urgente de conseguir medicamentos más efectivos, seguros y baratos para tratar el kala-azar. MSF considera que el kala-azar debe tener un lugar en la agenda de la salud.

Una enfermedad olvidada en Sudán

Sudán, 1988. La guerra civil entre las tropas del gobierno musulmán y las tribus nilóticas del sur hacía estragos en una zona que también estaba afectada por una gran hambruna. Millones de desplazados huían de su casa en el sur para refu-

1. IDA: International Dispensary Association

giar-se en el Nord. Al mes d'octubre, MSF va descobrir a Khartum que una estranya malaltia provocava nombroses morts entre els desplaçats procedents del Sud. Tots venien de l'àrea de Bentju, al Sud de Sudan.

En pocs dies els equips en el terreny havien examinat a més de 50 persones. Al principi es pensava que era un brot de tifus, però llavors MSF va veure que es tractava de kala-azar.

giarse en el norte. En octubre, MSF descubrió en Khartum que una extraña enfermedad provocaba numerosos muertos entre los desplazados procedentes del sur. Todos venían del área de Bentju, al sur de Sudán.

En pocos días los equipos en el terreno habían examinado a más de 50 personas. Al principio se creía que era un brote de tifus, pero después MSF vio que se trataba de kala-azar.



Metge curant un malalt de leishmaniasi. / Médico curando a un enfermo de leishmaniosis. Serge Sibert

MSF va importar d'Europa una tècnica analítica per diagnosticar la infecció, va començar a subministrar SSG i va instal·lar un centre de tractament a Khartum en col·laboració amb el Ministeri de Salut sudanès. Les anàlisis posaren en evidència que prop de la meitat de les persones de la zona de Bentju estaven infectades. Es varen identificar i tractar més de 700 casos en Khartum durant el primer any. Més tard se'n varen diagnosticar altres casos a les principals ciutats al llarg de la carretera de Bentju a Khartum, on MSF va posar en marxa tres centres de tractament més.

MSF importó de Europa una técnica analítica para diagnosticar la infección, comenzó a suministrar SSG e instaló un centro de tratamiento en Khartum, en colaboración con el Ministerio de Salud sudanés. Los análisis pusieron en evidencia que cerca de la mitad de las personas de la zona de Bentju estaban infectadas. Se identificaron y trataron más de 700 casos en Khartum durante el primer año. Más tarde se diagnosticaron otros casos en las principales ciudades a lo largo de la carretera de Bentju a Khartum, donde MSF puso en marcha tres centros más de tratamiento.

Al mateix temps, a 1.000 Km de Khartum, un altre equip de MSF va entrar en el Sud de Sudan de forma clandestina i hi va iniciar les seves activitats en el poble de Leer, on els habitants patien els efectes de la guerra. Al cap d'algunes setmanes varen saber que una estranya malaltia produïa moltes morts a altres poblats de la zona i l'equip es va posar en camí a peu per visitar aquells pobles. Els metges pensaren que era una epidèmia de tifus, però els malalts no milloraven amb el tractament.

A les oficines de MSF, el metge al càrrec de Sudan va descobrir la relació entre ambdós casos: els malalts en el Sud de Sudan i els pacients de kala-azar a Khartum, tots provenien de l'àrea de Bentju. Això va donar la primera pista sobre la malaltia que, més tard, va ser confirmada per les anàlisis de laboratori. Es creu que les tropes rebels infectades durant la seva instrucció a l'Est del Sudan varen dur el paràsit del kala-azar a l'àrea de Bentju. A més, els canvis mediambientals havien fet augmentar el nombre de vectors. La guerra i la fam naturalment varen contribuir a alimentar l'epidèmia, que va durar de 1984 a 1994. Les estimacions fetes per MSF fan pensar que el kala-azar va causar 100.000 morts durant aquest període.

MSF combat el kala-azar

MSF organitza la detecció i el tractament de casos per controlar la malaltia a les àrees afectades. Quan els hospitals locals no tenen possibilitats de tractar grans quantitats de malalts, o quan no hi ha hospitals, MSF desenvolupa unitats especials de tractament per atendre als pacients.

Al mismo tiempo, a 1.000 Km. de Khartum, otro equipo de MSF entró en el sur de Sudán de forma clandestina e inició sus actividades en el pueblo de Leer, donde los habitantes padecían los efectos de la guerra. Al cabo de unas semanas supieron que una extraña enfermedad producía muchas muertes en otros poblados de la zona y el equipo se puso en camino a pie para visitar aquellos pueblos. Los médicos pensaron que era una epidemia de tifus, pero los enfermos no mejoraban con el tratamiento.

En las oficinas de MSF, el médico al cargo de Sudán descubrió la relación entre ambos casos: los enfermos en el sur de Sudán y los pacientes de kala-azar en Khartum, todos provenían del área de Bentju. Esto dio la primera pista sobre la enfermedad que, más tarde, fue confirmada por los análisis de laboratorio. Se cree que las tropas rebeldes infectadas durante su instrucción en el este de Sudán llevaron el parásito del kala-azar al área de Bentju. Además, los cambios medioambientales habían hecho aumentar el número de vectores. La guerra y el hambre naturalmente contribuyeron a alimentar la epidemia, que duró de 1984 a 1994. Los cálculos hechos por MFS hacen pensar que el kala-azar causó 100.000 muertos durante este periodo.

MSF combate el kala-azar

MSF organiza la detección y el tratamiento de casos para controlar la enfermedad en las áreas afectadas. Cuando los hospitales locales no tienen posibilidades de tratar grandes cantidades de enfermos, o cuando no hay hospitales, MSF desarrolla unidades especiales de tratamiento para atender a los pacientes.

- Al Sudan, MSF va identificar una epidèmia de kala-azar el 1988. Durant els darrers deu anys, MSF ha posat en funcionament 6 centres de tractament a Khartum, a l'Alt Nil Occidental i a la frontera amb Etiòpia on ha tractat més de 40.000 pacients.
 - A Etiòpia, a la frontera amb Sudan, MSF va iniciar un projecte de lluita contra el kala-azar en 1998.
 - A Uganda, MSF atén cada any prop de 250 pacients de kala-azar entre la població nòmada Pokot.
 - A Kenya, MSF ha ajudat a controlar un brot recent de kala-azar i ha fomentat l'ús del SSG genèric.
- *En Sudán, MSF identificó una epidemia de kala-azar en 1988. Durante los últimos diez años, MSF ha puesto en funcionamiento 6 centros de tratamiento en Khartum, en el alto Nilo occidental y en la frontera con Etiopía donde ha tratado más de 40.000 pacientes.*
 - *En Etiopía, en la frontera del Sudán, MSF inició un proyecto de lucha contra el kala-azar en 1998.*
 - *En Uganda, MSF atiende cada año cerca de 250 pacientes de kala-azar entre la población nómada pokot.*
 - *En Kenia, MSF ha ayudado a controlar un brote reciente de kala-azar y ha fomentado el uso del SSG genérico.*

MALÀRIA
MALARIA

La malària o paludisme és la infecció parasitària més important en el món i representa un dels majors reptes de salut i desenvolupament amb què s'enfronten molts països del món, entre els quals hi ha els més pobres. Actualment reapareix a àrees de les quals s'havia eliminat i s'estén a àrees noves com Àsia Central o Europa de l'Est. A pesar del desenvolupament econòmic, actualment mor més gent de malària que fa 30 anys.

L'agent causal de la malària a humans està causada per 4 espècies d'un paràsit del gènere Plasmodium: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* i *P. malariae*. Els dos primers causen la major part de les infeccions. El *P. falciparum* es distribueix per tot el món però està especialment present a Àfrica. És l'espècie més agressiva i la que causa pràcticament totes les morts atribuïbles a la malària. Pot progressar a malària cerebral i causar coma, acidosis, fallada renal, edema pulmonar o anèmia greu. El *P. vivax* està present a Àsia, Àfrica, Orient mitjà, Oceania i Amèrica del Sud, a més de resorgir a Europa de l'Est. Pot causar infeccions debilitants i recurrents i, tot i que rarament mata, és una causa del baix pes en néixer i un determinant important en quant a mortalitat infantil.

La malària és endèmica a 91 països, que representen el 40% de la població mundial. S'estima que hi ha de 300 a 500 milions de casos clínics cada any i la mortalitat anual per malària està entre 1 i 2 milions de persones. Hi ha un problema important de registre de dades i, per tant, el problema podria ser encara més important del que mostren les xifres.

La malaria o el paludismo es la infección parasitaria más importante en el mundo y representa uno de los mayores retos de salud y desarrollo con que se enfrentan muchos países del mundo, entre los cuales están los más pobres. Actualmente reaparece en áreas de las cuales se había eliminado y se extiende a áreas nuevas como Asia central o Europa del este. A pesar del desarrollo económico, actualmente muere más gente de malaria que hace 30 años.

El agente causal de la malaria en humanos está causada por 4 especies de un parásito del género Plasmodium: P. falciparum, P. vivax, P. ovale y P. malariae. Los dos primeros causan la mayor parte de las infecciones. El P. falciparum se distribuye por todo el mundo pero está especialmente presente en África. Es la especie más agresiva y la que causa prácticamente todas las muertes atribuibles a la malaria. Puede progresar a malaria cerebral y causar coma, acidosis, fallo renal, edema pulmonar o anemia grave. El P. vivax está presente en Asia, África, Oriente medio, Oceanía y América del sur, además de resurgir en Europa del este. Puede causar infecciones debilitantes y recurrentes y, aunque raramente mata, es una causa del bajo peso al nacer y un determinante importante en cuanto a mortalidad infantil.

La malaria es endémica en 91 países, que representan el 40% de la población mundial. Se calcula que hay de 300 a 500 millones de casos clínicos cada año y la mortalidad anual por malaria está entre 1 y 2 millones de personas. Hay un problema importante de registro de datos y, por tanto, el problema podría ser aún más importante del que muestran las cifras.

La càrrega econòmica per als països que la pateixen és enorme i n'obstaculitza el desenvolupament econòmic.

La carga económica para los países que la padecen es enorme y obstaculiza el desarrollo económico.

Fàrmacs dels quals es disposa actualment per al tractament de la malària:

Fármacos de los cuales se dispone actualmente para el tratamiento de la malaria:

Medicament <i>Medicamento</i>	Indicació (G greu; S sense complicacions) <i>Indicación (G grave; S sin complicaciones)</i>	Any de comercialització aproximat <i>Año de comercialización aproximado</i>
Cloroquina	G, S	1950
Sulfadoxina-Pirimetamina (SP)	S	1970
Amodiaquina	S	1950
Quinina	G, S	1920
Quinidina	G, S	1973
Halofantrina	S	1988
Mefloquina	S	1985
Artemeter	G, S	1975*
Artesunat	G, S	1970*
Artesunat + mefloquina	S	-
Artemeter + mefloquina	S	-
Artesunat + doxiciclina	G, S	-
Quinina+doxiciclina o quinina+ tetraciclina	G, S	-
Malarone (combinació d' atovucona i proguanil)	S	1996
Co-Artemeter (artemeter + lumefantrina)	S	1999

* (a la Xina) / (en China)

Les patents dels medicaments tenen una durada de 20 anys, segons l'acord ADPIC de l'OMC, per tant la majoria dels fàrmacs utilitzats en el tractament de la malària ja no estan sota patent. Els que sí que hi estan són els fàrmacs que a l'actualitat són considerats els més eficaços, el malarone i el co-artemeter.

Respecte a l'eficàcia i accessibilitat econòmica d'aquests medicaments, es mostren a la taula següent:

Las patentes de los medicamentos tienen una duración de 20 años, según el acuerdo ADPIC de la OMC, por tanto la mayoría de los fármacos utilizados en el tratamiento de la malaria ya no están bajo patente. Los que sí están son los fármacos que en la actualidad son considerados los más eficaces, el Malarone y el Co-artemeter.

Respecto a la eficacia y accesibilidad económica de estos medicamentos, se muestran en la tabla siguiente:

Medicament <i>Medicamento</i>	Preu* <i>Precio</i>	Comentaris <i>Comentarios</i>
Cloroquina	Barat Barato	Eficàcia qüestionada per l'alta taxa de resistències <i>Eficacia cuestionada por la alta tasa de resistencia</i>
Sulfadoxina-Pirimetamina (SP)	Barat Barato	Eficàcia qüestionada per l'alta taxa de resistències <i>Eficacia cuestionada por la alta tasa de resistencia</i>
Amodiaquina	Accessible <i>Accesible</i>	Potent alternativa a la cloroquina <i>Potente alternativa a la cloroquina</i>
Quinina	Accessible <i>Accesible</i>	Eficàcia qüestionada per els efectes secundaris, la toxicitat i el nombre de dies de tractament (7) <i>Eficacia cuestionada por los efectos secundarios, la toxicidad y el número de días de tratamiento (7)</i>
Quinidina	Accessible <i>Accesible</i>	Pot ser més efectiu que la quinina en el tractament del falciparum cloroquin-resistent però també més tòxic <i>Puede ser mas efectiva que la quinina en el tratamiento del falciparum cloroquin-resistente pero tambien mas tóxico</i>
Halofantrina	Car <i>Caro</i>	Toxicitat cardíaca i resistència, especialment en sudeste asiàtic <i>Toxicidad cardíaca y resistencia, especialmente en el sudeste asiático</i>

Mefloquina	Relativament car Relativamente caro	Eficàcia qüestionada per l'alta taxa de resistències <i>Eficacia cuestionada por la alta tasa de resistencia</i>
Artemetero	Accessible <i>Accesible</i>	Formulació per a injecció intramuscular. Ben tolerat <i>Formulación por inyección intramuscular. Bien tolerado</i>
Artesunato	Accessible <i>Accesible</i>	Hidrosoluble. Efectiu ràpidament i ben tolerat <i>Hidrosoluble. Efectivo rápidamente y bien tolerado</i>
Artesunato + mefloquina	Car <i>Caro</i>	Efectiu a la malària per <i>P. falciparum</i> multiresistent <i>Efectivo a la malaria por P. falciparum multiresistente</i>
Artemetero + mefloquina	Car <i>Caro</i>	Efectiu a la malària per <i>P. falciparum</i> multiresistent <i>Efectivo a la malaria por P. falciparum multiresistente</i>
Artesunato + doxiciclina	Accessible <i>Accesible</i>	Efectiu a la malària per <i>P. falciparum</i> multiresistent <i>Efectivo a la malaria por P. falciparum multiresistente</i>
QUININA + doxiciclina ó quinina + tetraciclina	Accessible <i>Accesible</i>	Eficàcia qüestionada pels efectes secundaris i la toxicitat, però és una alternativa per a evitar les resistències causades per la utilització de quinina sola <i>Eficacia cuestionada por los efectos secundarios y la toxicidad, pero es una alternativa para evitar la resistencia causada por la utilización de quinina sola</i>
Malarone	Prohibitiu <i>Prohibitivo</i>	Ben tolerat, efectiu a la malària per <i>P. falciparum</i> multiresistent <i>Bien tolerado, efectivo a la malaria por P. falciparum multiresistente</i>
Co-Artemeter	Car <i>Caro</i>	Ben tolerat, efectiu a la malària per <i>P. falciparum</i> multiresistent <i>Bien tolerado, efectivo a la malaria por P. falciparum multiresistente</i>

* El preu barat es refereix a que és accessible per a tots els països endèmics, distribuïts per UNICEF. Accessibles són els que tenen un preu moderat, dins les possibilitats d'alguns països en vies de desenvolupament que són endèmics, però no d'aquelles persones amb menys recursos.

* El precio barato se refiere a que es accesible para todos los países endémicos, distribuidos por UNICEF. Accesibles son los que tienen un precio moderado, dentro de las posibilidades de algunos países en vías de desarrollo que son endémicos, pero no de aquellas personas con menos recursos.

Hi ha resistències altes i documentades del plasmodium als fàrmacs més barats i eficàcia provada als fàrmacs més cars, cosa que col·loca en una difícil situació als països més pobres: els fàrmacs que poden pagar no garantitzen la curació i els que podrien curar a la població d'aquests països que pateix la malària són fora de les seves possibilitats econòmiques.

Els antimalàrics usats actualment com profilaxi (cloroquina, mefloquina, cloroquina + proguanil, dapsona + pirimetamina, doxiciclina) presenten tots resistències al plasmodium o efectes secundaris importants.

Hay resistencias altas y documentadas del plasmodium a los fármacos más baratos y eficacia probada de los fármacos más caros, cosa que coloca en una difícil situación a los países más pobres: los fármacos que pueden pagar no garantizan la curación y los que podrían curar a la población de estos países que padecen la malaria están fuera de sus posibilidades económicas.

Los antimaláricos usados actualmente como profilaxi (cloroquina, mefloquina, cloroquina + proguanil, dapsona + pirimetamina, doxiciclina) presentan todas resistencias al plasmodium o efectos secundarios importantes.



Metge comprovant mostres de laboratori a Cambòja. / Médico comprobando muestras de laboratorio en Camboya. Serge Sibert

Situació i futur de la Investigació + Desenvolupament

Encara ha de passar temps perquè es pugui disposar d'aquests medicaments en estudi. En el millor dels casos, no menys de tres anys. I hi ha experts que pensen que, si el ritme de la investigació és el mateix que ara, en menys de 10 anys és impossible veure cap fàrmac nou al mercat.

Situación y futuro de la Investigación + Desarrollo

Aún debe pasar tiempo para que se pueda disponer de estos medicamentos en estudio. En el mejor de los casos, no menos de tres años. Hay expertos que piensan que, si el ritmo de la investigación es el mismo que ahora, en menos de 10 años es imposible ver ningún fármaco nuevo en el mercado.

Quasi tots els medicaments actuals es varen desenvolupar fa més de 30 anys i cada vegada hi ha més resistències del plasmodis davant la malaltia. La resistència està molt estesa en el cas dels únics medicaments dels quals disposen la majoria dels països desenvolupats, la cloroquina i la sulfadoxina-pirimetamina (SP).

Els problemes que planteja el diagnòstic

A més dels problemes d'accés a tractaments adequats, hi ha també dificultats per diagnosticar la malària de manera precisa i assequible. Així doncs, la majoria dels diagnòstics es basen en mètodes únicament clínics, i com a conseqüència, més de la meitat dels pacients tractats contra la malària en realitat no tenen la malaltia i, en canvi, molts dels que la tenen no arriben a ser tractats.

El diagnòstic clínic es basa sobre tot en les característiques de la febre. Diversos estudis n'han demostrat l'escassa fiabilitat, ja que moltes malalties infeccioses cursen amb simptomatologies molt semblants. Com exemple, un estudi recent realitzat a petita escala per Epicentre i MSF a Kenya va donar com resultat que entre el 66 i el 87% de persones diagnosticades de malària en realitat tenien una altra malaltia quan el diagnòstic es basava només en símptomes clínics.

En una situació ideal el diagnòstic clínic s'hauria de confirmar amb proves de laboratori, que és com es fa als països desenvolupats, generalment per visualització del plasmodi amb el microscopi. Aquesta tècnica segueix sent la regla d'or per al diagnòstic de

Casi todos los medicamentos actuales se desarrollaron hace más de 30 años y cada vez hay menos resistencias del plasmodis ante la enfermedad. La resistencia está muy extendida en el caso de los únicos medicamentos disponibles para la mayoría de los países desarrollados, la cloroquina y la sulfadoxina-pirimetamina (SP).

Los problemas que plantea el diagnóstico

Además de los problemas de acceso a tratamientos adecuados, hay también dificultades para diagnosticar la malaria de manera precisa y assequible. Así, la mayoría de los diagnósticos se basan en métodos únicamente clínicos, y como consecuencia, más de la mitad de los pacientes tratados contra la malaria en realidad no tienen la enfermedad y, en cambio, muchos de los que la tienen no llegan a ser tratados.

El diagnóstico clínico se basa sobre todo en las características de la fiebre. Diversos estudios han demostrado la escasa fiabilidad, ya que muchas enfermedades infecciosas cursan con sintomatologías muy parecidas. Como ejemplo, un estudio reciente realizado a pequeña escala por Epicentre y MSF en Kenia dio como resultado que entre el 66% y el 87% de personas diagnosticadas de malaria en realidad tenían otra enfermedad cuando el diagnóstico se basaba todo en síntomas clínicos.

En una situación ideal el diagnóstico clínico se tendría que confirmar con pruebas de laboratorio, que es como se hace en los países desarrollados, generalmente por visualización del plasmodio con el microscopio. Esta técnica sigue siendo la regla de oro para el diagnóstico de malaria, pero

malària, però no està molt estesa perquè l'adquisició i el manteniment dels microscopis és molt difícil en el medi rural i, a més, és un mètode que requereix molt de temps i treball de personal ben entrenat. D'aquesta manera, una proporció molt elevada de pacients que reben el tractament no l'haurien de rebre, amb el que això suposa en efectes secundaris, cost econòmic, augment de les resistències i, a més a més, no cura als pacients realment afectats per la malària. A q u e s t s pacients no estan diagnosticats i, per tant, no es beneficien de cap tractament.



Nina cambotjana afectada per la malària. /
Niña camboyana afectada por la malaria. Serge Sibert

Darrerament han aparegut nous mètodes de diagnòstic de detecció ràpida més fàcils d'utilitzar, però que són d'ús molt restringit i no només pel preu, que és prohibitiu.

També ho complica el fet que la majoria detecten una sola espècie de plasmodi i això obligaria moltes vegades a fer més d'una prova a cada malalt. Finalment, són mètodes que a països

no está muy extendida porque la adquisición y el mantenimiento de los microscopios es muy difícil en el medio rural y, además, es un método que requiere mucho tiempo y trabajo de personal bien preparado. De esta manera, una proporción muy elevada de pacientes que reciben el

tratamiento no lo tendrían que recibir, con lo que esto supone en efectos secundarios, coste económico, aumento de las resistencias y, además, no cura a los pacientes realmente afectados por la malaria. Estos pacientes no están diagnosticados y, por tanto, no se benefician de ningún tratamiento.

Últimamente han aparecido nuevos métodos de diagnóstico de detección rápida más fáciles de utilizar, pero que son de uso muy restringido y no sólo por el precio, que es prohibitivo.

También lo complica el hecho de que la mayoría detectan una sola especie de plasmodio y esto obligaría muchas veces a hacer más de una prueba a cada enfermo. Finalmente, son métodos que en paí-

endèmics també donen diagnòstics positius falsos. Per tot això, és necessari estudiar-ne més l'ús al camp, i aconseguir-los a preus assequibles.

Avui en dia, doncs, s'imposa una revisió radical de les polítiques de medicaments contra la malària que aposti per l'ús generalitzat de teràpies combinades. Aquesta és l'única possibilitat d'evitar o, al menys retardar significativament, un major desenvolupament de la resistència als medicaments. Segons càlculs matemàtics, si es posen en pràctica aquestes combinacions, la resistència als medicaments actuals es retardaria durant dècades.

Aquesta teoria té el suport dels resultats clínics preliminars de les proves amb combinacions de medicaments efectuades en el Sud-est Asiàtic.

Per altra part, la teràpia combinada està àmpliament acceptada per la capacitat que té d'evitar la resistència als medicaments a moltes altres malalties infeccioses, com són la tuberculosi, la lepra o la sida. Sembla que el principal obstacle per a l'ús de la teràpia combinada en els casos de malària és una manca de realisme, sentit comú i voluntat política. L'opinió de què les combinacions de medicaments són més cars que els tractaments amb un únic fàrmac, només és veritat en un termini molt curt. Els tractaments ineficaces exigeixen fàrmacs de segona i tercera línia i, cada vegada més, a mesura que augmenten les resistències als de primera. I això, sense comptar l'enorme cost en vides i patiment humà, ni la pèrdua de treball que representen aquestes persones malaltes durant tant de temps.

ses endémicos también dan diagnósticos positivos falsos. Por esto, es necesario estudiar más el uso en el campo, y conseguirlos a precios asequibles.

Hoy en día, se impone una revisión radical de las políticas de medicamentos contra la malaria que apueste por el uso generalizado de terapias combinadas. Esta es la única posibilidad de evitar, o al menos retardar significativamente, un mayor desarrollo de la resistencia a los medicamentos. Según cálculos matemáticos, si se ponen en práctica estas combinaciones, la resistencia a los medicamentos actuales se retardaría durante décadas.

Esta teoría tiene el apoyo de los resultados clínicos preliminares de las pruebas con combinaciones de medicamentos efectuados en el sudeste asiático.

Por otra parte, la terapia combinada está ampliamente aceptada por la capacidad que tiene de evitar la resistencia a los medicamentos de muchas otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la lepra o el sida. Parece que el principal obstáculo para el uso de la terapia combinada en los casos de malaria es una falta de realismo, sentido común y voluntad política. La opinión de que las combinaciones de medicamentos son más caras que los tratamientos con un único fármaco, sólo es verdad en un plazo muy corto. Los tratamientos ineficaces exigen fármacos de segunda y tercera línea y, cada vez más, a medida que aumentan las resistencias a los de primera. Y esto, sin contar el enorme costo en vidas y sufrimiento humano, ni la pérdida de trabajo que representan estas personas enfermas durante tanto tiempo.

Continuar amb tractaments d'un sol medicament significa minar l'eficàcia d'un futur tractament contra la malària basat en nous medicaments, a causa del ràpid desenvolupament i extensió de la resistència.

Les combinacions de medicaments es basen en les molècules actualment disponibles i poden substituir, a curt termini, els tractaments ineficaces que encara s'utilitzen avui en dia. D'aquesta manera s'aconseguirà retardar d'una forma important el desenvolupament de la resistència contra els medicaments per separat. És imprescindible investigar quan abans millor i trobar la selecció més favorable de combinacions a cada regió (ja que la distribució dels diversos tipus de plasmodi i les resistències als medicaments varien d'uns llocs als altres). També és important cercar la formulació més òptima (un sol comprimit amb la combinació és preferible a un injectable que planteja altres problemes addicionals)

No obstant això, si l'objectiu és assolir un control sostenible de la malària, la recerca de nous medicaments s'hauria d'iniciar immediatament. Els objectius de les iniciatives d'investigació, com la Medicines for Malaria Venture, haurien de rebre suport. Per retardar l'inevitable desenvolupament de la resistència als nous medicaments s'haurien d'introduir tractaments combinats des del principi del seu ús. El procés d'investigació i desenvolupament ha d'incorporar aquesta premissa.

Continuar con tratamientos de un solo medicamento significa minar la eficacia de un futuro tratamiento contra la malaria basado en nuevos medicamentos, a causa del rápido desarrollo y extensión de la resistencia.

Las combinaciones de medicamentos se basan en las moléculas actualmente disponibles y pueden sustituir, a corto plazo, los tratamientos ineficaces que aun se utilizan hoy en día. De esta manera se conseguirá retrasar de una forma importante el desarrollo de la resistencia contra los medicamentos por separado. Es imprescindible investigar cuanto antes mejor y encontrar la selección más favorable de combinaciones en cada región (ya que la distribución de los diversos tipos de plasmodio y las resistencias a los medicamentos varían de unos lugares a los otros). También es importante buscar la formulación más óptima (un solo comprimido con la combinación es preferible a un inyectable que plantea otros problemas adicionales).

No obstante, si el objetivo es alcanzar un control sostenible de la malaria, la búsqueda de nuevos medicamentos se tendría que iniciar inmediatamente. Los objetivos de las iniciativas de investigación, como la Medicines for Malaria Venture, deberían recibir apoyo. Para retrasar el inevitable desarrollo de la resistencia a los nuevos medicamentos se tendrían que introducir tratamientos combinados desde el principio de su uso. El proceso de investigación y desarrollo ha de incorporar esta premisa.

L'accés a tractaments eficaces contra la malària a Àfrica estan amenaçats per una possible carència de drogues (Ginebra, 22 d'abril de 2004)

MSF alerta que la teràpia combinada basada amb artemisina i ACT només serà accessible per tot aquell que la necessiti si s'inicien intervencions immediates per finançar la producció dels fàrmacs a gran escala.

L'ACT és un motiu d'esperança a l'Àfrica, on cada vegada hi ha més i més zones amb elevades taxes de resistència als vells tractaments contra la malària que la utilitzen amb excel·lents resultats, segons els experts en malària de MSF. Però és necessari que els donants i els productors emprenguin accions per assegurar una producció suficient per a la crisi actual. El principi actiu clau de la combinació s'extreu de plantes i cal tenir-ne suficients per als grans increments esperats de la demanda per a l'any que ve.

El acceso a tratamientos eficaces contra la malaria en África está amenazado por una posible carencia de drogas (Ginebra, 22 de abril de 2004)

MSF alerta que la terapia combinada basada con artemisina y ACT solo será accesible para todo aquel que la necesite si se inician intervenciones inmediatas para financiar la producción de los fármacos a gran escala.

El ACT es un motivo de esperanza en África, donde cada vez hay más zonas con elevadas tasas de resistencia a los viejos tratamientos contra la malaria que lo utilizan con excelentes resultados, según los expertos en malaria de MSF. Pero es necesario que los donantes y los productores emprendan acciones para asegurar una producción suficiente para la crisis actual. El principio activo clave de la combinación se extrae de plantas y es necesario tener suficientes para los grandes incrementos esperados de la demanda del próximo año.

SIDA

La sida és una malaltia causada per un retrovirus, el virus de la immunodeficiència humana (HIV), que deixa l'organisme indefens davant infeccions que a persones no infectades són perfectament curables i que, per això, es qualifiquen d'oportunistes, és a dir, que han d'aprofitar el deteriorament d'un organisme per desenvolupar-se. En alguns casos es tracta d'infeccions que pràcticament no produïen malalties importants i, per això, no es consideraven com malalties infeccioses potencialment greus. En altres casos, es tracta de malalties ben conegudes, com és el cas de la tuberculosi, que estava molt controlada als països desenvolupats i s'anava controlant als països en vies de desenvolupament. La sida fa que la tuberculosi augmenti, que es presenti en formes més greus i que el bacil de la tuberculosi desenvolupi resistències creixents als tractaments habituals. Una cosa semblant ocorre amb la leishmaniosi.

La malaltia, sense tractar, evoluciona ràpidament cap a la mort, generalment per aquestes infeccions associades que augmenten el deteriorament del malalt i es crea un cercle viciós de més deteriorament i més infeccions. Tot i que, amb menys freqüència que les infeccions, es presenten també certs tipus de càncer, alguns molt característics com el sarcoma de Kaposi.

Als països rics, els infectats es beneficien de tractaments específics contra el virus de la sida, els antiretrovirals (ARV), així com de tractaments curatius i preventius contra les infeccions oportunistes i d'una xarxa de protecció social, més o menys, desenvolupada

El sida es una enfermedad causada por un retrovirus, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que deja el organismo indefenso ante infecciones que en personas no infectadas son perfectamente curables y que, por eso, se califican de oportunistas, es decir, que han aprovechado el deterioro de un organismo para desarrollarse. En algunos casos se trata de infecciones que prácticamente no producían enfermedades importantes, y no se consideraban enfermedades infecciosas potencialmente graves. En otros casos, se trata de enfermedades bien conocidas, como es el caso de la tuberculosis que estaba muy controlada en los países desarrollados y se iba controlando en los países en vías de desarrollo. El sida hace que la tuberculosis aumente, que se presente en formas más graves y que el bacilo de la tuberculosis desarrolle resistencias crecientes a los tratamientos habituales. Algo parecido ocurre con la leishmaniosis.

La enfermedad, sin tratar, evoluciona rápidamente hacia la muerte, generalmente por estas infecciones asociadas que aumentan el deterioro del enfermo y se crea un círculo vicioso de más deterioro y más infecciones. Aunque, con menos frecuencia que las infecciones, se presentan también ciertos tipos de cáncer, algunos muy característicos como el sarcoma de Kaposi.

En los países ricos, los infectados se benefician de tratamientos específicos contra el virus del sida, los antiretrovirales (ARV), así como de tratamientos curativos y preventivos contra las infecciones oportunistas y de una red de protección social, más o menos desarrollada que han mejorado

que han millorat la qualitat de vida dels malats, l'han allargada considerablement i els han tret de la marginalitat. Això és ben lluny encara de les poblacions infectades dels països pobres, on els preus dels medicaments són prohibitius, tant pels malats com pels sistemes de salut.

Iniciativa "Tractar tres milions de persones per al 2005"

La falta d'accés al tractament antiretroviral (ARV) és una emergència sanitària mundial... Per proporcionar-lo als milions de persones que el necessiten hem de canviar la nostra forma de pensar i d'actuar

LEE Jong-Wook,
Director General de l'OMS
(22/09/2003)

Ens hem d'enfrontar al repte d'ampliar l'accés al tractament contra el VIH. Això exigeix superar el formidable obstacle de crear una capacitat operacional suficient, una àrea clau a la qual l'OMS, com copatrocinadora d'ONUSIDA, ha de tenir un paper decisiu. Hem adoptat la meta de 3 milions de persones en tractament ARV per a l'any 2005; és un desafiament de proporcions enormes, però que no ens podem permetre obviar.

Peter Piot,
Director executiu del Programa
Conjunt de les Nacions Unides sobre
el HIV/SIDA (ONUSIDA)

Es tracta d'una estratègia per proporcionar tractament ARV per tota la vida a 3 milions de persones que viuen amb infecció HIV/SIDA a països pobres,

la calidad de vida de los enfermos, la han alargado considerablemente y los han sacado de la marginalidad. Esto está bien lejos aun de las poblaciones infectadas de los países pobres, donde los precios de los medicamentos son prohibitivos, tanto para los enfermos como para los sistemas de salud.

Iniciativa "Tratar tres millones de personas para el 2005"

La falta de acceso al tratamiento antiretroviral (ARV) es una emergencia sanitaria mundial...Para proporcionarlo a los millones de personas que lo necesitan tenemos que cambiar nuestra forma de pensar y de actuar.

LEE Jong-Wook,
Director General de la OMS
(22/09/2003)

Nos tenemos que enfrentar al reto de ampliar el acceso al tratamiento contra el VIH. Esto exige superar el formidable obstáculo de crear una capacidad operacional suficiente, un área clave en la cual la OMS, como copatrocinadora de ONUSIDA, debe tener un papel decisivo. Hemos adoptado la meta de 3 millones de personas en tratamiento ARV para el año 2005; es un desafío de enormes proporciones, pero que no nos podemos permitir obviar.

Peter Piot,
Director ejecutivo del Programa
Conjunto de las Naciones Unidas sobre
el VIH/SIDA (ONUSIDA)

Se trata de una estrategia para proporcionar tratamiento ARV para toda la vida a 3 millones de personas que viven con la infección de VIH/SIDA en países pobres,

abans d'acabar l'any 2005. Entre els principis bàsics hi ha el d'urgència, el d'equitat i el de sostenibilitat. El HIV/SIDA ha devastat nombroses poblacions i ha ensorrat els serveis sanitaris de molts països en desenvolupament i, tot i que el repte és important, no es pot esperar a posar en marxa iniciatives extenses de les quals es puguin beneficiar en un termini el més curt possible les poblacions que ho necessiten.

El HIV/SIDA és la major crisi sanitària del món actual: en 20 anys la pandèmia ha causat més de 30 milions de morts. Es calcula que hi ha 40 milions de persones infectades, el 95% de les quals viuen a països en vies de desenvolupament, i es produeixen 14.000 contagis diaris. La malaltia destrueix famílies i comunitats senceres, i empobreix d'una manera dramàtica les economies dels països més afectats. És patent la contribució de la sida a l'analfabetisme i les habilitats tècniques a causa de la

antes de terminar el año 2005. Entre los principios básicos está el de urgencia, el de equidad y el de sostenibilidad. El VIH/SIDA ha devastado numerosas poblaciones y ha enterrado los servicios sanitarios de muchos países en desarrollo. A pesar de que el reto es importante, no se puede esperar a poner en marcha iniciativas extensas de las cuales se puedan beneficiar en un plazo lo más corto posible las poblaciones que lo necesiten.

El VIH/SIDA es la mayor crisis sanitaria del mundo actual: en 20 años la pandemia ha causado más de 30 millones de muertos. Se calcula que hay 40 millones de personas afectadas, el 95% de las cuales viven en países en vías de desarrollo, y se producen 14.000 contagios diarios. La enfermedad destruye familias y comunidades enteras, y empobrece de una manera dramática las economías de los países más afectados. Es patente la contribución del sida al analfabetismo y las habilidades técnicas a causa de la reducción del perso-



Metgessa amb un malalt de la sida a Kenia. Juan Carlos Tomasi /
Médico con un enfermo de sida en Kenia. Juan Carlos Tomasi

reducció del personal docent i, també, de la debilitació de les funcions públiques i de la seguretat diària per falta de funcionaris. La càrrega que suposa la sida, inclosa la de les vides dels treballadors sanitaris, han duit al col·lapse als sistemes de salut. A les regions més afectades, l'impacte de la morbiditat i la mortalitat du a la destrucció d'allò que s'havia aconseguit en desenvolupament econòmic, social i polític dels darrers cinquanta anys. L'esperança d'un futur millor per a aquestes poblacions està en camí de restar aniquilada.

nal docente y, también de la debilitación de las funciones públicas y de la seguridad diaria por falta de funcionarios. La carga que supone el sida, incluida la de la vida de los trabajadores sanitarios, han llevado al colapso a los sistemas de salud. En las regiones más afectadas, el impacto de morbilidad y la mortalidad lleva a la destrucción de aquello que se había conseguido en desarrollo económico, social y político de los últimos cincuenta años. La esperanza de un futuro mejor para estas poblaciones está en camino de quedar aniquilada.

L'esperança d'un futur millor per a aquestes poblacions està en camí de restar aniquilada.

La esperanza de un futuro mejor para estas poblaciones está en camino de quedar aniquilada.

Ara per ara, la infecció per HIV no es pot curar i encara falten anys per a què sigui una realitat a l'abast de tothom el fet de trobar una vacuna eficaç i segura.

Hoy en día, la infección por VIH no se puede curar y, aún faltan años, para que sea una realidad al alcance de todos el poder de encontrar una vacuna eficaz y segura.

Però, els èxits dels tractaments ARV, capaces no només d'allargar la vida sinó de fer-ho amb una bona qualitat, han despertat noves esperances. Quan és possible una teràpia adequada, amb combinacions d'ARV i tractaments contra les infeccions, la supervivència és llarga i la qualitat de vida bona. Així doncs, la sida ja no es considera una malaltia mortal sinó una malaltia crònica. No obstant això, aquesta visió feliç només és la dels països que s'ho poden permetre, o la de les minories dels països pobres que ho poden pagar. La immensa majoria de la població infectada segueix condemnada al patiment i a la mort. Especialment els malalts i les seves famílies que viuen a països sense pràcticament protecció social.

Pero los éxitos de los tratamientos ARV, capaces no sólo de alargar la vida si no de hacerlo con una buena calidad, han despertado nuevas esperanzas. Cuando es posible una terapia adecuada, con combinaciones de ARV y tratamientos contra las infecciones, la supervivencia es larga y la calidad de vida buena. Así, el sida ya no se considera una enfermedad mortal si no una enfermedad crónica. No obstante, esta visión feliz sólo es la de los países que se lo pueden permitir, o la de las minorías de los países pobres que lo pueden pagar. La inmensa mayoría de la población infectada sigue condenada al sufrimiento y a la muerte. Especialmente los enfermos y sus familias que viven en países sin prácticamente protección social.

Menys del 8% dels 6 milions d'infectats que viuen a països en desenvolupament i que necessiten el tractament ARV amb urgència se'n poden beneficiar. Si la situació no canvia ràpidament, aquests milions de persones, dones, nins i homes moriran. A l'Àfrica, on hi ha la majoria dels malalts i les poblacions més empobrides, només dos països, Marroc i Tunísia, són capaces de tractar més del 75% dels adults que ho necessiten, i altres dos a Àsia, Turquia i el Japó. La majoria dels països d'aquests dos continents tenen menys del 5% de la població adulta que ho necessita en tractament. Al quadre següent es resumeix la cobertura de tractament, a novembre de 2003.

Menos del 8% de los 6 millones de infectados que viven en países en desarrollo y que necesitan el tratamiento ARV con urgencia se pueden beneficiar. Si la situación no cambia rápidamente, estos millones de personas, mujeres, niños y hombres morirán. En África, donde están la mayoría de los enfermos y las poblaciones más empobrecidas, sólo dos países, Marruecos y Túnez, son capaces de tratar a más del 75% de los adultos que lo necesitan, y otros dos en Asia, Turquía y Japón. La mayoría de los países de estos dos continentes tienen menos del 5% de la población adulta con necesidad de tratamiento. En el cuadro siguiente se resume la cobertura del tratamiento, a noviembre de 2003.

Núm. d'adults que reben tractament ARV en el països en desenvolupament, per regió de l'OMS (nov. 2003)
Nº de adultos que reciben tratamiento ARV en los países en desarrollo, por región de la OMS (nov. 2003)

Regió <i>Región</i>	En tractament <i>En tratamiento</i>	Que el necessiten <i>Que lo necesitan</i>	Cobertura <i>Cobertura</i>
Àfrica <i>África</i>	100.000	4.400.000	2%
Amèrica central i del sud <i>América central y del sur</i>	210.000	250.000	84%
Europea (Europa oriental i Àsia central) <i>Europea (Europa oriental y Asia central)</i>	15.000	80.000	19%
Mediterrani oriental <i>Mediterráneo oriental</i>	5.000	100.000	5%
Àsia sudoriental <i>Asia sudoriental</i>	60.000	900.000	7%
Pacífic occidental <i>Pacífico occidental</i>	10.000	170.000	6%
TOTES LES REGIONS DE L'OMS <i>TODAS LAS REGIONES DE LA OMS</i>	400.000	5.900.000	7%



Nina tailandesa afectada per la sida. Stephan Pleger / Niña tailandesa afectada por sida. Stephan Pleger

Actualment hi ha evidència de què és possible dispensar ARV a poblacions de zones de recursos escassos, al contrari del que es pensava. Els preus, que fins fa poc feien els tractaments inassequibles pels països amb pocs ingressos econòmics, han anat baixant. La mobilització social mundial contra aquesta situació, que encapçalen persones infectades, ha informat a comunitats i governs i s'ha arribat a la ratificació que el tractament és un dret humà. El moviment no fa més que créixer i, necessàriament, se n'han de derivar accions polítiques en benefici dels que ho necessiten.

Actualmente hay evidencia de que es posible dispensar ARV a poblaciones de zonas de recursos escasos, al contrario de lo que se pensaba. Los precios, que hasta hace poco hacían los tratamientos inasequibles para los países con pocos ingresos económicos, han ido bajando. La movilización social mundial que lucha contra esta situación, ha informado a comunidades y gobiernos hasta conseguir ratificar el tratamiento como un derecho humano. El movimiento no hace más que crecer y, necesariamente, se han de derivar acciones políticas en beneficio de los que lo necesitan.

El Banco Mundial ha canalizado más fon-

El Banc Mundial ha canalitzat més fons per la lluita contra la infecció HIV/SIDA; s'han creat institucions com el Fons Mundial de Lluita contra la Sida, la Tuberculosi i la Malària i ambiciosos programes bilaterals. A l'any 2001, associats d'ONUSIDA i altres organitzacions, juntament amb científics de l'OMS, varen calcular que, en condicions òptimes, es podria proporcionar tractament ARV i accés a serveis mèdics a 3 milions de persones per a l'any 2005. No obstant això, la incorporació dels malalts al tractament seguia sent insuficient i, dia 22 de setembre de 2003, ONUSIDA i FMSTM varen declarar que la deficient cobertura dels tractaments ARV era una emergència sanitària mundial, a la qual varen respondre l'OMS i els seus associats amb un programa específic, la iniciativa "Tractar tres milions de persones per al 2005". L'objectiu últim de la iniciativa és l'accés a la teràpia ARV de tots els que la necessiten.

dos para la lucha contra la infección VIH/SIDA; se han creado instituciones como el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y ambiciosos programas bilaterales. En el año 2001, asociados de ONUSIDA y otras organizaciones, juntamente con científicos de la OMS, calcularon que, en condiciones óptimas, se podría proporcionar tratamiento ARV y acceso a servicios médicos a 3 millones de personas para el año 2005. No obstante, la incorporación de los enfermos al tratamiento seguía siendo insuficiente y, el día 22 de septiembre de 2003, ONUSIDA y FMSTM declararon que la deficiente cobertura de los tratamientos ARV era una emergencia sanitaria mundial, a la cual respondieron la OMS y sus asociados con un programa específico, la iniciativa "Tratar tres millones de personas para el 2005". El objetivo último de la iniciativa es el acceso a la terapia ARV de todos los que la necesitan.

Objectiu: "Tractar tres milions de persones per al 2005"

Objetivo: "Tratar tres millones de personas para el 2005"

La declaració d'emergència sanitària obliga a actuar i a posar fi a les actituds immobilistes, allà on n'hi hagi. Assolir l'objectiu de tractar tres milions de persones, en poc més de dos anys, exigeix nous compromisos i una nova forma de treballar per al sector sanitari a l'àmbit mundial. Els Estats han d'estar a la primera línia però no ho poden fer sols i, per tant, cal mobilitzar conjuntament països, organitzacions multilaterals, agències bilaterals, poblacions, agències no estatals i el sector privat.

La declaración de emergencia sanitaria obliga a actuar y debe poner fin a las actitudes inmovilistas, allá donde las haya. Conseguir el objetivo de tratar a tres millones de personas, en poco menos de dos años, exige nuevos compromisos y una nueva forma de trabajar para el sector sanitario en el ámbito mundial. Los Estados deben estar en primera línea pero no lo pueden hacer solos y, por tanto, es necesario movilizar conjuntamente a países, organizaciones multilaterales, agencias bilaterales, poblaciones, agencias no estatales y al sector privado.

A mesura que el tractament es fa accessible, les actituds canvien en aspectes tan essencials com: la fi de la marginació dels malalts, l'interès de la gent en saber si estan infectats i l'adopció de mesures preventives de tots els que coneguin el seu estat serològic. Si la malaltia es percep com a tractable i previsible disminueix ràpidament la negació de la realitat, l'estigma i la discriminació.

Una bona cobertura de tractament ARV adequat és la mesura que millor pot impulsar aquests canvis, que porten a més, a majors probabilitats de desenvolupament econòmic, social i polític de les poblacions més afectades, ja que la força de treball en tots els sectors, i molt especialment en alguns que són estratègics com el sanitari, es veu molt minvada a causa de l'epidèmia.

Khayelitsha 2001-2004: dia 29 d'abril de 2004 MSF celebrava les primeres 1.000 persones tractades amb antiretrovirals (ARV)

Des del mes de maig de 2001 tres consultes de HIV/ SIDA als tres hospitals de dia d'una ciutat sud-africana ofereixen teràpia ARV a persones amb sida que necessiten tractament. De llavors ençà, cada vegada més gent demana que se li facin les proves diagnòstiques de sida, ja que es podran beneficiar d'un tractament adequat i, més i més gent, es responsabilitza de la seva salut i opta per ser obert en relació a la infecció HIV. Ara, el nombre de persones infectades pel HIV que segueixen les tres consultes són 6.000, i proporcionen tractament ARV a 1.000.

A medida que el tratamiento se hace accesible, las actitudes cambian en aspectos tan esenciales como: el fin de la marginación de los enfermos, el interés de la gente en saber si están infectados y la adopción de medidas preventivas de todos los que conozcan su estado serológico. Si la enfermedad se percibe como tratable y previsible disminuye rápidamente la negación de la realidad, el estigma y la discriminación.

Una buena cobertura de tratamiento ARV adecuado es la medida que mejor puede impulsar estos cambios, que llevan a mayores probabilidades de desarrollo económico, social y político de las poblaciones más afectadas, ya que la fuerza del trabajo en todos los sectores, y muy especialmente en algunos que son estratégicos como el sanitario, se ve muy disminuida a causa de la epidemia.

Khayelitsha 2001-2004: día 29 de abril de 2004 MSF celebrava las primeras 1.000 personas tratadas con antiretrovirales (ARV)

Desde el mes de mayo de 2001 tres consultas de VIH/SIDA en los tres hospitales de día de una ciudad sur-africana ofrecen terapia ARV a personas con sida que necesitan tratamiento. Desde entonces, cada vez más gente pide que se les hagan las pruebas diagnósticas de sida, ya que se podrán beneficiar de un tratamiento adecuado, y más y más gente, se responsabiliza de su salud y opta por ser abierto en relación a la infección VIH. Ahora el número de personas infectadas por el VIH que siguen las tres consultas son 6.000, y proporcionan tratamiento ARV a 1.000.

L'èxit de les consultes de HIV/ SIDA és el resultat d'una feina molt dura dels serveis de salut, dels treballadors sanitaris, consellers, educadors de les comunitats i, al capdavant, del poble de Khayelitsha sencer.

L'OMS, inspirada per l'èxit del programa i especialment per la reacció del poble de Khayelitsha contra la sida, l'ha triat com un model de la millor pràctica per a la implantació de la teràpia ARV i, actualment, el programa és conegut a tot el món.

Ara, la feina continua. Dels 50.000 habitants de Khayelitsha aproximadament 5.000 el necessiten. Encara hi ha moltes noves infeccions a Khayelitsha i, sobre tot, entre la gent més jove. MSF manté amb fermesa el compromís d'aconseguir que els serveis de sida arribin a tothom que els necessiti a Khayelitsha i està decidida a implantar estratègies de prevenció.

Nota breu de MSF sobre les combinacions d'ARV a dosis fixes

Si les recents iniciatives per l'augment de l'ús del tractament antiretroviral en els països en vies de desenvolupament han de tenir èxit, en arribar a les poblacions més pobres i més vulnerables, s'han d'iniciar diverses intervencions claus. Entre elles, la principal intervenció deriva de la necessitat de simplificar i estandarditzar els protocols de tractament, de manera que les persones amb HIV/SIDA puguin accedir al tractament fins i tot a àrees on hi ha pocs hospitals, pocs metges i pocs laboratoris.

El éxito de las consultas de VIH/SIDA es el resultado de un trabajo muy duro de los servicios de salud, de los trabajadores sanitarios, consejeros, educadores de las comunidades y, del pueblo de Khayelitsha entero.

La OMS, inspirada por el éxito del programa y especialmente por la reacción del pueblo de Khayelitsha contra el sida, la ha escogido como un modelo de la mejor práctica para la implantación de la terapia ARV y, actualmente, el programa es conocido en todo el mundo.

Ahora, el trabajo continua. De los 50.000 habitantes de Khayelitsha aproximadamente 5.000 lo necesitan. Todavía hay muchas nuevas infecciones en Khayelitsha y, sobre todo entre la gente más joven. MSF mantiene con firmeza el compromiso de conseguir que los servicios de sida lleguen a todo el mundo que los necesite en Khayelitsha y está decidido a implantar estrategias de prevención.

Nota breve de MSF sobre las combinaciones de ARV en dosis fijas

Si las recientes iniciativas para el aumento del uso del tratamiento antiretroviral en los países en vías de desarrollo han de tener éxito, al llegar a las poblaciones más pobres y más vulnerables, se han de iniciar diversas intervenciones claves. Entre ellas, la principal intervención deriva de la necesidad de simplificar y estandarizar los protocolos de tratamiento, de manera que las personas con VIH/SIDA puedan acceder al tratamiento incluso en áreas donde hay pocos hospitales, pocos médicos y pocos laboratorios.

Les combinacions d'ARV a dosis fixes (és a dir, pastilles que contenen dos o tres medicaments) estan àmpliament reconegudes com un element clau del tractament en l'esforç d'elevat el tractament de la sida en els països en vies de desenvolupament.

Las combinaciones de ARV en dosis fijas (es decir, pastillas que contienen dos o tres medicamentos) están ampliamente reconocidos como un elemento clave del tratamiento en el esfuerzo de elevar el tratamiento del sida en los países en vías de desarrollo.

Les combinacions d'ARV a dosis fixes (és a dir, pastilles que contenen dos o tres medicaments) estan àmpliament reconegudes com un element clau del tractament...

Las combinaciones de ARV en dosis fijas (es decir, pastillas que contienen dos o tres medicamentos) están ampliamente reconocidos como un elemento clave del tratamiento...

Les combinacions d'ARV a dosis fixes estan recomanades en les guies terapèutiques de l'Organització Mundial de la Salut, que ja ha pre-qualificat diverses combinacions d'ARV a dosis fixes amb genèrics.

Las combinaciones de ARV en dosis fijas están recomendadas en las guías terapéuticas de la Organización Mundial de la Salud, que ya ha pre-cualificado diversas combinaciones de ARV en dosis fijas con genéricos.

MSF, basada en la seva experiència pròpia en la dispensació de tractament ARV a llocs molt pobres en recursos, s'ha convertit en un ferm defensor de les combinacions d'ARV a dosis fixes.

MSF, basaba su experiencia propia en la dispensación de tratamiento ARV en lugares muy pobres en recursos, se ha convertido en un firme defensor de las combinaciones de ARV en dosis fijas.

MSF actualment proveeix de tractament ARV a més d'onze mil persones que viuen amb HIV/SIDA a 20 països a l'Àfrica, Àsia, Amèrica Llatina i Europa de l'Est, i espera que al final de l'any 2004 haurà pogut arribar a tractar 25.000 malalts a 25 països.

MSF actualmente provee de tratamiento ARV a más de once mil personas que viven con VIH/SIDA en 20 países en África, Asia, América latina y Europa del este, y espera que al final del año 2004 habrá podido llegar a tratar a 25.000 enfermos en 25 países.

ACTUACIONS GOVERNAMENTALS
ACTUACIONES GUBERNAMENTALES

A principis de 2002 el grup de suport de Metges Sense Fronteres a Mallorca es va posar en contacte amb tots els grups parlamentaris del Parlament de les Illes Balears per donar-los a conèixer la campanya per a l'accés a medicaments essencials i per demanar el suport del Parlament, en aquesta qüestió, com a representant del poble de les Illes Balears.

Ben aviat el Grup Parlamentari d'Esquerra Unida i Ecologista es va posar en contacte amb MSF, per comunicar el suport del grup a la proposta. D'aquests contactes en va sorgir una proposició no de llei que es va presentar dia 21 d'abril i es va aprovar per unanimitat dia 15 de maig.

A continuació es presenta la transcripció de l'acord del Parlament de les Illes Balears, segons apareix al BOPIB núm. 140 de 17 de maig de 2002.

RGE núm. 1830/02, del Grup Parlamentari d'Esquerra Unida i Ecologista, relativa al suport a la campanya per a l'accés als medicaments essencials. (Mesa de 15 de maig de 2002). Palma, a 15 de maig de 2002.

*El President del Parlament:
Maximilià Morales i Gómez.*

*A la Mesa del Parlament de les
Illes Balears.*

A principios de 2002 el grupo de apoyo de Médicos sin Fronteras en Mallorca se puso en contacto con todos los grupos parlamentarios del Parlament de les Illes Balears para darles a conocer la campaña para el acceso a medicamentos esenciales y para pedir el apoyo del Parlament, en esta cuestión, como representante del pueblo de las Illes Balears.

Rápidamente el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y Ecologista se puso en contacto con MSF, para comunicar el apoyo del grupo a la propuesta. De estos contactos surgió una proposición no de ley que se presentó el día 21 de abril y se aprobó por unanimidad el día 15 de mayo.

A continuación se presenta la transcripción del acuerdo del Parlament de les Illes Balears, según aparece en el BOPIB nº 140 de 17 de mayo de 2002.

RGE nº 1830/02, del Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y Ecologista, relativa al apoyo a la campaña para el acceso a los medicamentos esenciales. (Mesa de 15 de mayo de 2002). Palma, a 15 de mayo de 2002.

*El Presidente del Parlament:
Maximilià Morales i Gómez.*

*En la Mesa del Parlament de les
Illes Balears.*

D'acord amb el que preveuen els articles 163 i següents del Reglament del Parlament de les Illes Balears, el Grup Parlamentari d'Esquerra Unida i Ecologista presenta la proposició no de llei següent perquè sigui tramitada davant el Ple.

L'organització internacional Metges sense Fronteres treballa des de fa més de dos anys en una campanya en favor de l'accés als medicaments essencials, l'objectiu de la qual és el de permetre que la població dels països pobres puguin tenir accés a aquests medicaments imprescindibles, ja que en aquest moment 2.000 milions de persones pateixen les greus conseqüències de la inaccessibilitat a aquests medicaments.

L'accés als medicaments essencials és un dels drets humans bàsics, que massa sovint es nega als habitants dels països pobres. Un terç de la població mundial no hi té accés i a algunes regions d'Àfrica o d'Àsia, aquesta mancança afecta més del 50% dels seus habitants.

Malgrat els avanços sanitaris dels darrers temps han permès un augment substancial de l'esperança de vida, que s'han pogut eradicar malalties que, en el passat, havien costat la vida a moltes persones, malgrat actualment malalties letals com la tuberculosi o el VIH/SIDA són tractables, milions de persones dels països pobres del món emmalalteixen o moren per no poder accedir a medicaments essencials. En alguns casos perquè les medecines són massa cares i en d'altres perquè els laboratoris farmacèutics no les investiguen o fabriquen per manca de rendibilitat econòmica.

L'accés als medicaments és cada vegada

De acuerdo con lo que prevén los artículos 163 y siguientes del Reglamento del Parlament de les Illes Balears, el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y Ecologista presenta la proposición no de ley siguientes para que sea tramitada ante el Pleno.

La organización internacional Médicos sin Fronteras trabaja desde hace más de dos años en una campaña a favor del acceso a los medicamentos esenciales, cuyo objetivo es permitir que la población de los países pobres pueda tener acceso a estos medicamentos imprescindibles, ya que en este momento 2.000 millones de personas padecen las graves consecuencias de la inaccesibilidad a estos medicamentos.

El acceso a los medicamentos esenciales es uno de los derechos humanos básicos, que muy a menudo se niega a los habitantes de los países pobres. Un tercio de la población mundial no tiene acceso a ellos y en algunas regiones de África o de Asia, esta falta afecta a más del 50% de sus habitantes.

A pesar de que los avances sanitarios de los últimos tiempos han permitido un aumento sustancial de la esperanza de vida, que se han podido erradicar enfermedades que, en el pasado, habían costado la vida a muchas personas, a pesar de que actualmente enfermedades letales como la tuberculosi o el VIH/SIDA son tratables, millones de personas de los países pobres del mundo enferman o mueren por no poder acceder a medicamentos esenciales. En algunos casos porque los medicamentos son demasiado caros y en otros porque los laboratorios farmacéuticos no los investigan o fabrican por falta de rentabilidad económica.

més difícil per a una bona part de la població mundial. Dones, infants i homes moren de sida, tuberculosi, malària, malaltia de la son o d'altres, malgrat hi ha tractaments efectius per a aquestes malalties. Entre els diversos factors que incideixen sobre la disponibilitat de medicaments hi ha la manca de producció, l'absència d'investigació i els preus prohibitius. Aquests factors estan lligats a la desídia dels poders públics (nacionals i internacionals), a l'abandonament del problema en mans de la indústria farmacèutica i al debilitament del mandat de l'Organització Mundial de la Salut.

El acceso a medicamentos es cada vez más difícil para una buena parte de la población mundial. Mujeres, niños y hombres mueren de sida, tuberculosis, malaria, enfermedad del sueño u otras, a pesar de que hay tratamientos efectivos para estas enfermedades. Entre los diversos factores que inciden sobre la disponibilidad de medicamentos está la falta de producción, la ausencia de investigación y los precios prohibitivos. Estos factores están ligados a la desidia de los poderes públicos (nacionales e internacionales), al abandono del problema en manos de la industria farmacéutica y al debilitamiento del mandato de la Organización Mundial de la Salud.

Aquests factors estan lligats a la desídia dels poders públics (nacionals i internacionals), a l'abandonament del problema en mans de la indústria farmacèutica i al debilitament del mandat de l'Organització Mundial de la Salut.

Estos factores están ligados a la desidia de los poderes públicos (nacionales e internacionales), al abandono del problema en manos de la industria farmacéutica y al debilitamiento del mandato de la Organización Mundial de la Salud.

Només un 0,2% del pressupost global de la investigació farmacèutica s'inverteix en les malalties diarrèiques, respiratòries agudes i tuberculosi, responsables del 18% de les morts a tot el món. Dels 1.393 medicaments nous apareguts al mercat entre el 1975 i el 1999, només 13, és a dir un 1%, eren específics per tractar malalties tropicals infeccioses i, a més, la meitat d'aquests sorgiren com a derivació de la investigació veterinària. Molts medicaments són extraordinàriament cars per a aquells que viuen a països pobres.

Sólo un 0,2% del presupuesto global de la investigación farmacéutica se invierte en las enfermedades diarreicas, respiratorias agudas y tuberculosis, responsables del 18% de las muertes en todo el mundo. De los 1.393 medicamentos nuevos aparecidos en el mercado entre 1975 y 1999, sólo 13, es decir un 1%, eran específicos para tratar enfermedades tropicales infecciosas y, además, la mitad de estos surgieron como derivación de la investigación veterinaria. Muchos medicamentos son extraordinariamente caros para aquellos que viven en países pobres.

A Europa, el tractament de la pneumònia a base d'antibiòtics representa l'equivalent a 2 o 3 hores de salari, en alguns països d'Àfrica pot representar fins al salari d'un mes. La manca d'accés a medicaments essencials per a les malalties transmissibles provoca cada any la mort de devers 17 milions de persones. És necessari que l'actuació dels estats, amb coordinació amb l'Organització Mundial de la Salut, sobre la producció de medicaments, de tal manera que no s'abandoni la producció dels que siguin necessaris per raons econòmiques, perquè s'inverteixi més en investigació i desenvolupament de nous medicaments i perquè s'estableixi una política de diferenciació de preus que permeti que siguin assequibles als habitants dels països més pobres.

És per tot això que el Grup Parlamentari d'Esquerra Unida i Ecologista presenta la proposició no de llei següent:

- 1. El Parlament de les Illes Balears dóna el seu suport a la campanya desenvolupada per part de l'organització no governamental Metges sense Fronteres, en favor de l'accés de tota la població mundial als medicaments essencials.*
- 2. El Parlament de les Illes Balears insta el Govern espanyol a impulsar, en el marc de la Unió Europea el "Programa d'acció de la Unió Europea d'acceleració de la lluita contra les principals malalties transmissibles greus (SIDA, tuberculosi i malària) en el marc de la reducció de la pobresa".*

*Palma, a 21 d'abril de 2002
El portaveu
Miquel Ramon i Juan*

En Europa, el tratamiento de la neumonía a base de antibióticos representa el equivalente a 2 ó 3 horas de salario, en algunos países de África puede representar hasta el salario de un mes. La falta de acceso a medicamentos esenciales para enfermedades transmisibles provoca cada año la muerte de alrededor de 17 millones de personas. Es necesario que la actuación de los estados, en coordinación con la Organización Mundial de la Salud, sobre la producción de medicamentos, de tal manera que no se abandone la producción de los que sean necesarios por razones económicas, para que se invierta más en investigación y desarrollo de nuevos medicamentos y para que se establezca una política de diferenciación de precios que permita que sean asequibles a los habitantes de los países más pobres.

Es por todo esto que el Grupo Parlamentario de Izquierda Unida y Ecologista presenta la proposición no de ley siguiente:

- 1. El Parlament de les Illes Balears da su apoyo a la campaña desarrollada por parte de la organización no gubernamental Médicos sin Fronteras, a favor del acceso de toda la población mundial a los medicamentos esenciales.*
- 2. El Parlament de les Illes Balears insta al Gobierno español a impulsar, en el marco de la Unión Europea, el "Programa de acción de la Unión Europea de aceleración de la lucha contra las principales enfermedades transmisibles graves (SIDA, tuberculosis y malaria) en el marco de la reducción de la pobreza".*

*Palma, a 21 de abril de 2002
El portavoz
Miquel Ramon i Juan*

Aquesta acció no va ser aïllada, sinó que els diversos grups de suport de l'organització arreu d'Espanya varen fer el mateix als seus respectius parlaments autonòmics, que respongueren favorablement. Aquests acords, expressió de la voluntat popular, haurien de ser respectats i presos en consideració pel Govern d'Espanya, que té les competències en matèria de comerç exterior. Per això l'organització Metges Sense Fronteres s'ha dirigit al nou Govern, amb motiu de la 56a Assemblea Mundial de la Salut, per demanar-li que doni suport a l'esforç de posar a l'abast de tota la població mundial que ho necessita els medicaments essencials. A continuació reproduïm la petició.

Esta acción no fue aislada, sino que los diversos grupos de apoyo de la organización alrededor de España hicieron lo mismo en sus respectivos parlamentos autonómicos, que respondieron favorablemente. Estos acuerdos, expresión de la voluntad popular, habrían de ser respetados y tomados en consideración por el Gobierno de España, que tiene las competencias en materia de comercio exterior. Por esto, la organización Médicos sin Fronteras se ha dirigido al nuevo gobierno, con motivo de la 56ª Asamblea Mundial de la Salud, para pedirle que ayude al esfuerzo de poner al alcance de toda la población mundial que lo necesita los medicamentos esenciales. A continuación reproducimos la petición.



OMS

Petició de MSF de mesures per reduir els preus dels medicaments a l'Assemblea Mundial de la Salut que se celebra a Ginebra del 17 al 22 de maig de 2004

MSF considera necessari que l'Assemblea Mundial de la Salut reforci el projecte pilot de pre-qualificació i que posi a la seva disposició recursos tècnics, financers i humans addicionals.

MSF també anima al nou Govern espanyol a un paper important en favor de l'accés als medicaments essencials.

En aquest fòrum, que reuneix tots els països membres de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), es decidiran les línies estratègiques de l'organització per l'any que ve. També es negociaran assumptes importants relacionats amb l'accés a medicaments essencials per als països en vies de desenvolupament i, en aquest sentit, MSF considera necessari que l'AMS reforci el projecte pilot de pre-qualificació i que posi a la seva disposició recursos tècnics, financers i humans addicionals.

MSF també vol recordar, en aquest fòrum, el risc dels nous acords comercials com l'ALCA el CAFTA per a la salut de les poblacions dels països del sud. Les grans empreses farmacèutiques, amb el suport dels governs dels països rics, fomenten acords regionals o bilaterals que tenen com conseqüència que el preu dels medicaments segueixi fora de l'abast per a centenars de milers de persones. Per això, l'organització demana que es prenguin mesures per aconseguir que el preu dels medicaments no sigui un obstacle per a milions de persones en els països en vies de desenvolupament.

Petición de MSF de medidas para reducir los precios de los medicamentos en la Asamblea Mundial de la Salud que se celebra en Ginebra del 17 al 22 de mayo de 2004.

MSF considera necesario que la Asamblea Mundial de la Salud refuerce el proyecto piloto de pre-calificación y que ponga a su disposición recursos técnicos, financieros y humanos adicionales.

MSF también anima al nuevo Gobierno español a un papel importante a favor del acceso a los medicamentos esenciales.

En este forum, que reúne a todos los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se decidirán las líneas estratégicas de la organización para el año que viene. También se negociarán asuntos importantes relacionados con el acceso a medicamentos esenciales para los países en vías de desarrollo y, en este sentido, MSF considera necesario que la AMS refuerce el proyecto piloto de pre-calificación y que ponga a su disposición recursos técnicos, financieros y humanos adicionales.

MSF también quiere recordar, en este forum, el riesgo de los nuevos acuerdos comerciales como el ALCA o el CAFTA para la salud de las poblaciones de los países del sur. Las grandes empresas farmacéuticas, con el apoyo de los gobiernos de los países ricos, fomentan acuerdos regionales o bilaterales que tienen como consecuencia que el precio de los medicamentos siga fuera del alcance para centenares de miles de personas. Por esto, la organización pide que se tomen medidas para conseguir que el precio de los medicamentos no sea un obstáculo para millones de personas en los países en vías de desarrollo.

L'Assemblea Mundial de la Salut que s'esmenta ha tingut lloc a Ginebra els dies 17 a 22 de maig de 2004. Els principals acords en matèria d'accés a medicaments i lluita contra les malalties que hem pres en consideració a aquest quadern, són els que resumim a continuació.

1. HIV/SIDA

L'Assemblea Mundial de la Salut acull l'estratègia 3 en 5" del Director General per donar suport als països en vies de desenvolupament en la resposta davant HIV/SIDA mitjançant l'accés a la prevenció, cura i tractament i assegurant l'accés a la teràpia antiretroviral per a tres milions de persones que viuen amb HIV/SIDA per a la fi de l'any 2005. L'Assemblea ha confirmat el paper dirigent de l'OMS en el suport a països en el lliurament de prevenció, cura, suport i tractament per HIV/SIDA amb el reforçament dels sistemes nacionals de salut. Els Estats Membres han urgit al Director General a millorar l'accés dels països en vies de desenvolupament als fàrmacs antiretrovirals i altres productes utilitzats en el diagnòstic, tractament i cura de HIV/SIDA, inclòs el projecte de pre-qualificació de l'OMS. La resolució també insta als països que inicien acords de comerç bilaterals a tenir en compte les flexibilitats relatives a la salut pública, tal com preveuen els acords TRIPS de l'Organització Mundial de Comerç i la Declaració Ministerial de Doha sobre els Acords TRIPS i Salut Pública.

La Asamblea Mundial de la Salud que se nombra ha tenido lugar en Ginebra los días 17 a 22 de mayo de 2004. Los principales acuerdos en materia de acceso a medicamentos y lucha contra las enfermedades que hemos tomado en consideración en este cuaderno, son los que reunimos a continuación:

1. VIH/SIDA

La Asamblea Mundial de la Salud coge la estrategia 3 en 5" del Director General para dar apoyo a los países en vías de desarrollo en la respuesta ante VIH/SIDA mediante el acceso a la prevención, cuidado y tratamiento y asegurando el acceso a la terapia antiretroviral para tres millones de personas que viven con el VIH/SIDA para finales del año 2005. La Asamblea ha confirmado el papel dirigente de la OMS en el apoyo a países en la entrega de prevención, cuidado, apoyo y tratamiento para VIH/SIDA con el refuerzo de los sistemas nacionales de salud. Los Estados Miembros han urgido al Director General a mejorar el acceso de los países en vías de desarrollo a los fármacos antiretrovirales y otros productos utilizados en el diagnóstico, tratamiento y cuidado del VIH/SIDA, incluido el proyecto de pre-calificación de la OMS. La resolución también insta a los países que inicien acuerdos de comercio bilaterales a tener en cuenta las flexibilidades relativas a la salud pública, tal como prevén los acuerdos TRIPS de la Organización Mundial de Comercio y la Declaración Ministerial de Doha sobre los Acuerdos TIPS y Salud Pública.

2. Malaltia de la son

La tripanosomiasi humana africana, coneguda també com a malaltia de la son, segueix sent un dels principals problemes de salut pública a causa del seu potencial epidèmic i la taxa de letalitat del 100% si no es tracta. Els delegats han adoptat una resolució per fer del control de la malaltia una prioritat i dirigir més recursos a les àrees endèmiques. La resolució resumeix el problema i els pilars de la campanya, així com alguns avanços dels darrers anys. Al 1999 l'OMS va establir una xarxa per vigilar les fallades del tractament i les resistències als fàrmacs i un grup de feina per millorar la monitorització de les resistències i trobar drogues millors. Es va establir una campanya panafricana d'eliminació de la tripanosomiasi i de la mosca tse tse al juliol de 2000, amb implicació de tots els governs de països de l'Organització de països africans. Al 2001 hi va haver iniciatives en aquest mateix sentit per part de l'Organització d'Alimentació i Agricultura d'ONU (FAO) i l'Agència Internacional per a l'Energia Atòmica (IAEA). L'objectiu és aconseguir àrees lliures de tse tse, per eliminar el vector, i reduir al màxim els reservoris humans amb el tractament apropiat. Pel que respecta a l'accés a medicaments, el més important ha estat una donació d'Aventis-Pasteur de 25 milions d'USD per mantenir un programa de control de 5 anys. L'acord inclou la producció i donació de pentamidina, malasoprol i eflornitina, els tres medicaments que es necessiten amb més urgència per tractar els diversos

2. Enfermedad del sueño

La tripanosomiasis humana africana, conocida también como enfermedad del sueño, sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública a causa de su potencial epidémico y la tasa de letalidad del 100% si no se trata. Los delegados han adoptado una resolución para hacer del control de la enfermedad una prioridad y dirigir más recursos en las áreas endémicas. La resolución resume el problema y los pilares de la campaña, así como algunos avances de los últimos años. En 1999 la OMS estableció una red para vigilar los fallos del tratamiento y las resistencias a los fármacos y un grupo de trabajo para mejorar la monitorización de las resistencias y encontrar drogas mejores. Se estableció una campaña panafricana de eliminación de la tripanosomiasis y de la mosca tse-tse en julio de 2002, con implicación de todos los gobiernos de países de la organización de países africanos. En 2001 hubo iniciativas en este mismo sentido por parte de la Organización de Alimentación y Agricultura de la ONU (FAO) y la Agencia Internacional para la Energía Atómica (IAEA). El objetivo es conseguir áreas libres de tse-tse, para eliminar el vector, y reducir al máximo los depósitos humanos con el tratamiento apropiado. Por lo que respecta al acceso a medicamentos, lo más importante ha sido una donación de Aventis-Pasteur de 25 millones de USD para mantener un programa de control de 5 años. El acuerdo incluye la producción y donación de pentamidina, malasoprol y eflornitina, los tres medicamentos que se necesitan con más urgencia para tratar los diversos

estadis i formes de la malaltia i també el suport per millorar el diagnòstic, el tractament i la monitorització a àrees remotes. Altres companyies farmacèutiques s'han compromès a aportar material per produir eflornitina i a donar suramina, potencialment una quarta droga per al tractament. Sobre aquests desenvolupaments positius, l'OMS facilita la informació d'una aliança mundial per construir un programa sostenible per reduir la morbiditat i la mortalitat humanes per tripanosomiasi i per crear les condicions per eliminar la malaltia.

Carta oberta de MSF als organitzadors dels Estats Units de la conferència FCD sobre productes farmacèutics (Gabarone, Botswana, 29-30 de març de 2004)

El conveni de lliure comerç amb els Estats Units amenaça l'accés als medicaments a Bolívia.

La Paz, 7 de maig de 2004. L'organització mèdica humanitària Metges sense Fronteres està profundament preocupada perquè el recentment anunciat Tractat de lliure comerç entre els Estats Units i Bolívia (a més del Perú, Colòmbia i Equador) tindrà conseqüències devastadores per a l'accés als medicaments per a milions de persones amb HIV/SIDA i altres malalties transmissibles a la regió andina.

estadios y formas de la enfermedad y también el apoyo para mejorar el diagnóstico, el tratamiento y la monitorización en áreas remotas. Otras compañías farmacéuticas se han comprometido a aportar material para producir eflornitina y a dar suramina, potencialmente una cuarta droga para el tratamiento. Sobre estos desarrollos positivos, la OMS facilita la información de una alianza mundial para construir un programa sostenible con el fin de reducir la morbilidad y la mortalidad humanas por tripanosomiasis y de crear las condiciones para eliminar la enfermedad.

Carta abierta de MSF a los organizadores de los Estados Unidos de la conferencia FCD sobre productos farmacéuticos (Gabarone, Botswana, 29-30 de marzo de 2004).

El convenio de libre comercio con los Estados Unidos amenaza el acceso a los medicamentos en Bolívia.

La Paz, 7 de mayo de 2004. La organización médica humanitaria Médicos sin Fronteras está profundamente preocupada porque el recientemente anunciado Tratado de libre comercio entre los Estados Unidos y Bolívia (además del Perú, Colombia y Ecuador) tendrá consecuencias devastadoras para el acceso a los medicamentos para millones de personas con VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles en la región andina.

Tal com demostren els tractats de lliure comerç negociats pels Estats Units (com l'ALCA i el CAFTA), els Estats Units intenten fer més estrictes les regulacions de la propietat intel·lectual per sobre del que redueixen els TRIPS, en detriment de la Salut Pública.

A diversos països de l'Amèrica llatina la infecció HIV/SIDA s'ha convertit en una de les principals causes de mort. Centenars de milers de persones amb HIV/SIDA en els països en vies de desenvolupament a Amèrica del Sud no poden pagar la teràpia anti-retroviral mentre que, als països rics, com els Estats Units han allargat i millorat la vida dels pacients amb HIV/SIDA, i han reduït el 70% la mortalitat relacionada amb la sida.

Antonio, un membre de l'organització boliviana "Más Vida" ens conta: "la meva parella va morir fa tres anys, i havíem hagut de gastar 700 dòlars americans (USD) cada mes per pagar-li el tractament; això va ser la nostra ruïna, ho vàrem haver de vendre tot i poc després va morir"

Actualment el Govern bolivià pot utilitzar les flexibilitats i salvaguardes dels acords de l'Organització Mundial de Comerç (OMC) sobre la propietat intel·lectual per comprar medicaments genèrics.

Tal como demuestran los tratados de libre comercio negociados por los Estados Unidos (como el ALCA y el CAFTA), los Estados Unidos intentan hacer más estrictas las regulaciones de la propiedad intelectual por encima del que reducen los TRIPS, en detrimento de la Salud Pública.

En diversos países de América latina la infección VIH/SIDA se ha convertido en una de las principales causas de muerte. Centenares de miles de personas con VIH/SIDA en los países en vías de desarrollo en América del sur no pueden pagar la terapia anti-retroviral mientras que, en los países ricos, como los Estados Unidos han alargado y mejorado la vida de los pacientes con VIH/SIDA, y han reducido el 70% la mortalidad relacionada con el sida.

Antonio, un miembro de la organización boliviana "Más Vida" nos cuenta: "mi pareja murió hace tres años, tuvimos que gastar 700 dólares americanos (USD) cada mes para pagarle el tratamiento; esto fue nuestra ruina, tuvimos que venderlo todo y poco después murió".

Actualmente, el Gobierno Boliviano puede utilizar las flexibilidades y salvaguardias de los acuerdos de la Organización Mundial de Comercio (OMC) sobre la propiedad intelectual para comprar medicamentos genéricos.



Col·laboradora de Metges sense Fronteres informant a la població hondureña. / Colaboradora de Médicos sin Fronteras informando a la población hondureña. Serge Sibert

Els efectes de la competència dels genèrics sobre els preus dels medicaments estan ben documentats i són àmpliament reconeguts, i redueixen els preus del tractament sobretot en el cas de la infecció HIV/SIDA.

Bolívia és el país amb taxes més elevades de seroprevalença de Chagas al món, i té 300.000 nins menors de 12 anys infectats. La malaltia de Chagas és la quarta malaltia responsable del 13% de les morts entre els 15 i els 75 anys d'edat. Si es desenvolupés una nova droga contra el Chagas, el govern de Bolívia podria treure una llicència obligatòria per obviar la barrera de les patents. No obstant això, la llicència obligatòria seria impossible si Bolívia signés el Tractat de lliure comerç amb els Estats Units, que vol imposar limitacions dramàtiques a les circumstàncies sota les quals les llicències obligatòries són possibles.

“Seria una catàstrofe que el 40% de la població boliviana no pogués accedir a un medicament nou i eficaç a causa dels interessos comercials dels Estats Units”, declara Silvia Moriana, Coordinadora General de MSF.

Com a organització mèdica, a MSF no podem acceptar la subordinació de les necessitats dels nostres pacients i de milions d'altres als interessos comercials dels Estats Units. Per assegurar la protecció de la salut pública i la promoció de l'accés als medicaments per a tothom, MSF ha de recomanar al Govern de Bolívia que les disposicions sobre propietat intel·lectual s'exclouguin de les negociacions entre els Estats Units i els països andins sobre lliure comerç.

Los efectos de la competencia de los genéricos sobre los precios de los medicamentos están bien documentados y son ampliamente reconocidos, y reducen los precios del tratamiento sobre todo en el caso de la infección VIH/SIDA.

Bolivia es el país con tasas más elevadas de sero-prevalencia de Chagas en el mundo, y tiene 300.000 niños menores de 12 años infectados. La enfermedad de Chagas es la cuarta enfermedad (responsable del 13% de las muertes) entre los 15 y los 75 años de edad. Si se desarrollase alguna nueva droga contra el Chagas, el gobierno de Bolivia podría sacar una licencia obligatoria para obviar la barrera de las patents. No obstante, la licencia obligatoria sería imposible si Bolivia firmase el Tratado de libre comercio con los Estados Unidos, que quiere imponer limitaciones dramáticas a las circunstancias bajo las cuales las licencias obligatorias son posibles.

“Sería una catástrofe que el 40% de la población boliviana no pudiese acceder a un medicamento nuevo y eficaz a causa de los intereses comerciales de los Estados Unidos”, declara Silvia Moriana, Coordinadora General de MSF.

Como organización médica, en MSF no podemos aceptar la subordinación de las necesidades de nuestros pacientes y de millones de otros a los intereses comerciales de los Estados Unidos. Para asegurar la protección de la salud pública y la promoción del acceso a los medicamentos para todos, MSF ha recomendado al Gobierno de Bolivia que las disposiciones sobre propiedad intelectual se excluyan de las negociaciones entre los Estados Unidos y los países andinos sobre libre comercio.

Fa només tres anys, el cost mitjà de la triple combinació d'antiretrovirals estava entre els 10.000 i els 15.000 USD per persona i any. Actualment es pot aconseguir per tan sols 140 USD per persona i any. Aquestes reduccions dels preus són el resultat directe de la pressió pública internacional i de la competència dels genèrics.

Quadern elaborat per Antònia Galmés Truyols, coordinadora del grup de suport de Metges Sense Fronteres a Mallorca, amb material procedent de Metges Sense Fronteres, Organització Mundial de la Salut i Organització Panamericana de la Salut.

Palma, 24 de maig de 2004

Hace sólo tres años, el coste medio de la triple combinación de antiretrovirales estaba entre los 10.000 y los 15.000 USD por persona y año. Actualmente se puede conseguir por tan solo 140 USD por persona y año. Estas reducciones de los precios son el resultado directo de la presión pública internacional y de la competencia de los genéricos.

Cuaderno elaborado por Antonia Galmés Truyols, coordinadora del grupo de apoyo de Médicos sin Fronteras en Mallorca, material procedente de Médicos sin Fronteras, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud.

Palma, 24 de mayo de 2004

QUADERNS PUBLICATS

1. Timor: genocidi i esperança. (Fundació s'Olivar d'Estellencs).
2. Deute extern: la pobresa que ens enriqueix. (Paz con dignidad).
3. El món maputxe. (Carolina Manque Caniuqueo; Arrmando Marileo L. Ngenpin)
4. 2000, Any de la cultura de Pau i No-violència. (Arcadi Oliveres; Fdo. Hdez. Olgado; Luis Nieto Pereira; Pere Ortega; M^a José Sanz).
5. Anar de compres i canviar el món: comerç just, consum responsable. (S'Altra Senalla).
6. Experiències de cooperació. (Nou Sud; Veïns sense fronteres; Llevant en marxa; STEI).
7. L'antiracisme en l'àmbit internacional: propòsits i realitats. (Joan Comas).
8. Burundi: mirant amb esperança el futur. (Veïns sense fronteres; CEPAC – Col·lectiu d'Educació en DDHH i Prevenció Activa de Conflictes).
9. Fòrum Social Mundial: un altre món és possible. (Francisco Vera).
10. Balcanes, l'oblit còmplice. (SOS Balcanes; Bosnia Viva; OIKUMENE; Mikel Alonso; Irene Carmenzana; Rodrigo del Pozo).
11. Situació a Colòmbia: una altra realitat. (CEPAC – Col·lectiu d'Educació en DDHH i Prevenció Activa de Conflictes).
12. Veneçuela: de la tragedia de Vargas a la inclusió social. Una experiència veneçolana de gestió associativa. (EFIP – Equip de Formació, Informació i Publicacions)
13. Contra la pena de mort. (Amnistia Internacional)
14. Salut reproductiva i cooperació per al desenvolupament. (Mallorca Solidaria. Luis Gijón García, coordinador sanitari).
15. La lluita contra la sida a Àfrica. (Metges del món).
16. El microcrèdit: a quines necessitats respon?. (Fundació Vicenç Ferrer).
17. La perspectiva de gènere a Àfrica. (Dra. Hannah Tiagha, Centre Africà per les dones).
18. El conflicte del Sàhara Occidental. (Associació d'Amics del poble Sahrauí de les Illes Balears).
19. Construir la pau: els conflictes oblidats i el nou conflicte global. (OIKOS. Acció ciutadana per la pau i l'equitat).
20. Els camps de l'oblit. Els camps dels refugiats palestins al Líban. (Associació Catalana per la pau).
21. Quaderns de Pau i Solidaritat. La mutilació genital femenina. (Direcció General de Cooperació del Govern de les Illes Balears).