

HIV AIDS TREATMENT INSIDER™

Abril 2004
Volumen 5
Número 2

Abbott obtiene beneficios de un fármaco antiguo

La potenciación se traduce ahora en grandes beneficios

por Kristen Kresge

Laboratorios Abbott anunciaron recientemente un 400% de aumento en el precio de su fármaco antirretroviral de siete años de antigüedad, ritonavir (Norvir), desencadenando una tormenta de agria crítica por parte de los médicos. En Abbott siguen decididos a seguir adelante con el aumento, pero los pacientes, médicos y otros proveedores consideran que esto representa otro ejemplo de la avaricia de las compañías farmacéuticas interesadas en los beneficios por encima de los pacientes.

Ritonavir, el segundo inhibidor de la proteasa lanzado al mercado, producía graves efectos secundarios a las dosis recomendadas en un principio e interactuaba con otros fármacos, especialmente otros inhibidores de la proteasa. Los médicos pronto explotaron este segundo rasgo administrando a los pacientes ritonavir a dosis más bajas para aumentar o “potenciar” los niveles de un segundo inhibidor de la proteasa (véase figura en la página siguiente). En

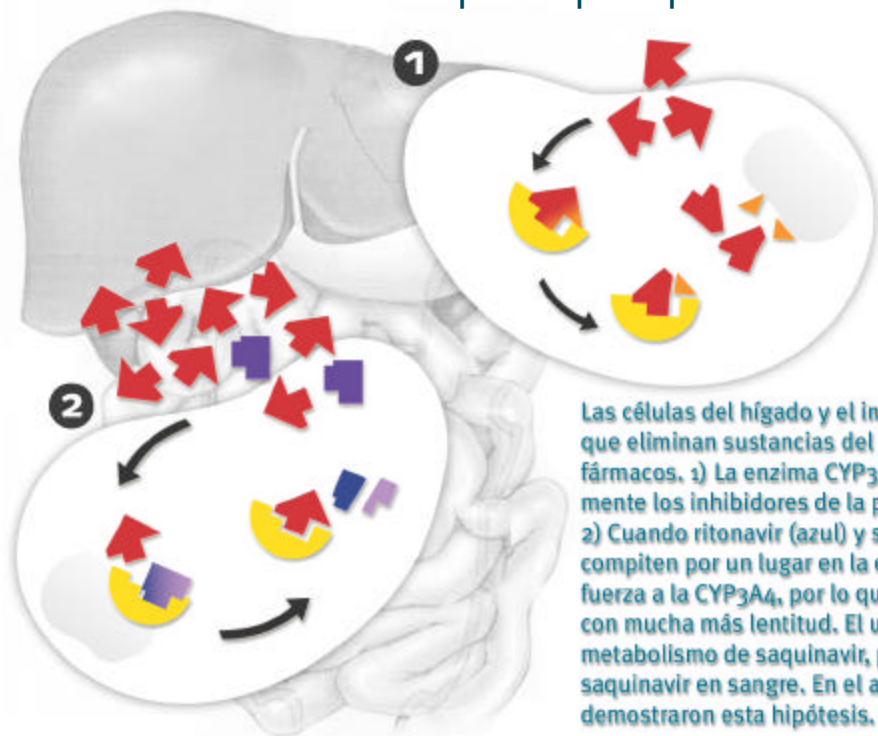
- 1 Abbott obtiene beneficios de un fármaco antiguo
- 4 T-1249: Un péptido por la borda
- 5 Prevención en Polonia: ¿Durarán los beneficios?

2001, Abbott introdujo el primer y único inhibidor de la proteasa potenciado en una cápsula única, Kaletra (lopinavir combinado con ritonavir). Ritonavir se convirtió en un componente mucho más pequeño — pero significativo — de la terapia ARV con inhibidores de la proteasa.

A medida que su papel variaba, Abbott observó un abrupto declive del torrente de ingresos previsto, según John Leonard, vicepresidente del desarrollo farmacéutico global de Laboratorios Abbott. “Hay que tener esto en cuenta en un contexto histórico. Norvir (ritonavir) es diferente de lo que empezó siendo. Su uso original se ha cambiado por la potenciación. Es un potenciador farmacocinético, pura y simplemente”, afirmó Leonard. Los modestos beneficios que Abbott estaba obteniendo de ritonavir “no se adecuaban al provecho que el producto está aportando”, añadió.

Antes de diciembre de 2003, una cápsula de 100 mg de ritonavir costaba 1,71 dólares USA. Dependiendo de la dosis necesaria — habitualmente una o dos cápsulas — la potenciación de un fármaco con ritonavir añadía, como mucho, 1.200 dólares al

El principio que sustenta la potenciación



Las células del hígado y el intestino delgado contienen enzimas que eliminan sustancias del cuerpo, como es el caso de los fármacos. 1) La enzima CYP3A4 (amarillo) metaboliza rápidamente los inhibidores de la proteasa, como saquinavir (rojo). 2) Cuando ritonavir (azul) y saquinavir se toman juntos, compiten por un lugar en la enzima. Ritonavir se une con más fuerza a la CYP3A4, por lo que la enzima degrada saquinavir con mucha más lentitud. El uso de ritonavir altera el metabolismo de saquinavir, por lo que "potencia" la cantidad de saquinavir en sangre. En el año 2000, estudios clínicos demostraron esta hipótesis.

año al coste de un régimen con inhibidores de la proteasa. Pero con el nuevo precio de 8,58 dólares por cápsula de 100 mg, el coste puede pasar a ser de más de 6.000 dólares al año. Abbott atribuye en parte esta subida del precio a las pérdidas sufridas previamente durante la fabricación de ritonavir.

Los críticos consideran que Abbott tiene otro motivo, que es la protección de Kaletra, fármaco que se hizo popular entre los médicos debido a su potencia y al que el VIH tarda en desarrollar resistencias. La propia compañía alardea de que fue el inhibidor de la proteasa más recetado desde julio de 2002 hasta febrero de 2003. Pero en el último año, dos nuevos competidores entraron en el mercado: atazanavir de Bristol-Myers Squibb (Reyataz) y fosamprenavir de GlaxoSmithKline (Lexiva), un profármaco de amprenavir. Ambos son más potentes cuando se combinan con ritonavir y ambos cuestan por separado más que Kaletra, que se vende por unos 8.500 dólares al año. Potenciado con ritonavir, atazanavir cuesta ahora aproximadamente 13.000 dólares y fosamprenavir cuesta 13.600 dólares. Puesto que Abbott ha decidido no aumentar el precio de Kaletra, los críticos consideran el aumento de ritonavir como una forma de proteger Kaletra de la competencia, afirmación ésta que Abbott se apresura a negar. "Va a tener efectos para

Kaletra, pero Reyataz (atazanavir) no es el factor impulsor", insistió Leonard.

Ben Young, un médico de un centro privado en Colorado, considera la afirmación de Leonard sobre atazanavir "una mentira transparente". Young publicó su enfado mediante una carta a Abbott ampliamente difundida expresando su preocupación por el impacto de la decisión de Abbott sobre los pacientes. Varios de sus pacientes tienen aseguradoras privadas que exigen un pago compartido y el 20% del coste de la medicación que supere un límite anual. El alto coste de los fármacos ARV ya genera importantes gastos, y el aumento de ritonavir puede incrementarlos más allá de las posibilidades de muchas personas.

Para asegurar que se mantiene el acceso a ritonavir a pesar del nuevo precio, Abbott eliminó el requisito de ingreso del programa de asistencia al paciente para la recepción del fármaco gratuito. Y por ahora, el coste superior de ritonavir no afecta a las personas que reciben el fármaco a través de Medicaid o de los Programas de Ayuda al tratamiento del SIDA (ADAPs, en sus siglas en inglés). Medicaid restringe los aumentos en el precio a un índice anual de la inflación del 2% a 3%, y los precios negociados de los ADAPs con cada compañía farmacéutica siguen siendo válidos hasta 2005. Sin embargo, las compañías tienen

el derecho de retirarse de esos acuerdos, según Lei Chou, de la Red de Datos sobre Tratamientos contra el SIDA, de Nueva York. Chou se muestra más preocupado por la respuesta que darán las otras compañías farmacéuticas. Por ejemplo, Bristol-Myers Squibb basó el precio de atazanavir en el antiguo precio de ritonavir. “No sabemos cómo van a reaccionar el resto de compañías ante estas noticias. Podría tener un efecto de ola muy perjudicial”, aseguró Chou, quien teme que el movimiento de Abbott influya en los inhibidores de la proteasa potenciados que todavía están en desarrollo.

Al menos cuatro nuevos inhibidores de la proteasa en estadio avanzado de desarrollo necesitan el uso de ritonavir. Tipranavir, de Boehringer Ingelheim, es un fármaco muy esperado para pacientes con VIH muy pretratados, pero es mucho más eficaz cuando se combina con 400 mg de ritonavir (200 mg dos veces al día). A esta dosificación, ritonavir sólo costará más de 12.000 dólares al año. “Esto podría tener un impacto inmediato muy perjudicial en el desarrollo de tipranavir”, añadió Chou. Fármacos como tipranavir ya se espera que cuesten más que otros inhibidores de la proteasa. El coste añadido de la potenciación con ritonavir puede hacer que el precio de tipranavir sea más alto que T-20 (Fuzeon), que con un coste de más de 20.000 dólares al año es el fármaco ARV más caro en la actualidad.

En cualquier caso, las decisiones definitivas sobre el precio están a la espera de la licencia de comercialización. Young teme que la tendencia a la escalada de precios podría comprometer la calidad de los tratamientos y predice que algunos médicos evitarán prescribir ritonavir debido al coste añadido. “La gran mayoría de médicos que utilizan Rayataz (atazanavir) van a utilizarlo potenciado”, aseguró, tanto para pacientes en inicio de tratamiento como en aquellos que precisan fármacos más potentes para el rescate de regímenes en fracaso. Sin embargo, si los médicos se fijan en el coste del fármaco, “no se estarán guiando

por la decisión más sólida médicamente”, añadió Young.

Para impedir el peligro para la atención a los pacientes, los médicos especialistas en VIH de todo el país han liderado una acción para solicitar a Abbott que desista de aumentar el precio de ritonavir. La Asociación de Medicina del VIH (HIVMA, en sus siglas en inglés), compuesta por 2.600 médicos y científicos, realizó una llamada a la acción inmediatamente después del anuncio de Abbott. HIVMA recogió la preocupación derivada de la escalada de costes de los fármacos ARV. “Existe una preocupación generalizada sobre la presión continuada sobre los precios siempre que se aprueba un nuevo fármaco”, aseguró Paul Volberding y Daniel Kurtzkes en una carta dirigida a Abbott.

Otros médicos de EE UU, el único país afectado por el anuncio, han sugerido de manera no oficial un boicot a Abbott. Algunos se niegan a ver a los representantes de ventas de Abbott, a la espera de que esta actitud servirá para presionar a Abbott a reconsiderar su decisión. “Lo mejor que podemos esperar es que rebajen el aumento de precio a un 200%”, dijo Young. Otro médico amenazó con comprar ritonavir en Canadá.

Pero Abbott se mantiene firme. “Norvir es lo que hace que TARGA (terapia antirretroviral de gran actividad) funcione y lo necesitamos para realizar una justa contribución al paquete general. Norvir tiene que contribuir”, puso de relieve Leonard. Insiste en que Abbott precisa los ingresos de las ventas de ritonavir con el fin de reformular el fármaco para evitar su conservación en el frigorífico, una formulación que también podría mejorar Kaletra de manera significativa. Leonard también alega que el aumento de los beneficios servirá para financiar investigaciones futuras, alegato que no es compartido por otros. “Es de sobra conocido que Abbott se ha descolgado del VIH y no va a reinvertir este dinero en la investigación farmacológica”, afirmó Young.

Algo
para leer en
las pausas del café

Suscríbese a nuestro e-news en www.amfar.org/GlobalLink.



T-1249: Un péptido por la borda

por Elizabeth Paukstis

Para las personas que han agotado las opciones de tratamiento y que incluso se han hecho resistentes al fármaco de rescate T-20 (Fuzeon) todavía brillaba un rayo de esperanza en los ensayos clínicos de fase II. Se trata del T-1249, un péptido inyectable similar a T-20 que podría eliminar el virus resistente a T-20. Al igual que éste, el T-1249 impide que el VIH se fusione con las células.

Lo que distinguió al T-1249 fue su capacidad para derrotar al virus que había logrado vencer el poder de T-20. A pesar de que un pequeño estudio apuntaba que cuanto más tiempo hubiera estado una persona en fracaso con T-20 menos eficaz sería el T-1249, el fármaco seguía siendo un posible recurso para las personas con pocas opciones terapéuticas. T-1249 también tenía una vida media más prolongada, permitiendo la administración de una sola inyección diaria, en lugar de las dos diarias de T-20.

Pero el viaje de T-1249 llegó a un alto en enero, cuando Roche y Trimeris, los co-artífices de ambos compuestos, anunciaron que iban a suspender el desarrollo del fármaco. Junto a esto, Trimeris despidió a 30 empleados que trabajaban en el T-1249.

Dificultades técnicas

“Había problemas técnicos relacionados con la formulación”, aseguró David Reddy, líder de franquicia del VIH de Roche. “Uno de los temas es que esta molécula es diferente de Fuzeon. El tipo de tecnología utilizada para Fuzeon no se presta tan fácilmente para el T-1249”.

Dani Bolognesi, director ejecutivo de Trimeris, dijo que había aparecido un problema cuando la compañía empezó a fabricar cantidades mayores del fármaco. “En pequeños lotes, las cosas funcionaron bien, pero cuando empezamos a aumentar nos dimos cuenta de que tendríamos dificultades con una formulación estable”.

Sin embargo, cuando se les preguntó por los detalles del problema, los directivos de la compañía se mostraron reacios a ofrecerlos. “Había informes de los clínicos sobre aumento de la viscosidad, lo cual influye la administración del fármaco”, aseguró Reddy. “Pero si iniciamos la fabricación y otros procesos entonces se convierte en un tema legal. No quiero difundir información delicada”.

Chris Barnett, un habitante de San Francisco, trabajador por cuenta propia, que estuvo tomando T-1249 durante más de un año, encontró sorprendentes estas

noticias. Barnett es una de las 40 personas inscritas en el ensayo de fase III T1249-105 para probar el T-1249. “Fue una sorpresa oír eso”, comentó Barnett. “Para mí está siendo un fármaco increíble. No sé si soy un caso raro, pero T-1249 ha tenido resultados destacables en mí”.

Barnett cambió a T-1249 cuando T-20 le dejó de funcionar. Desde entonces, su carga viral ha disminuido y ha recuperado su energía.

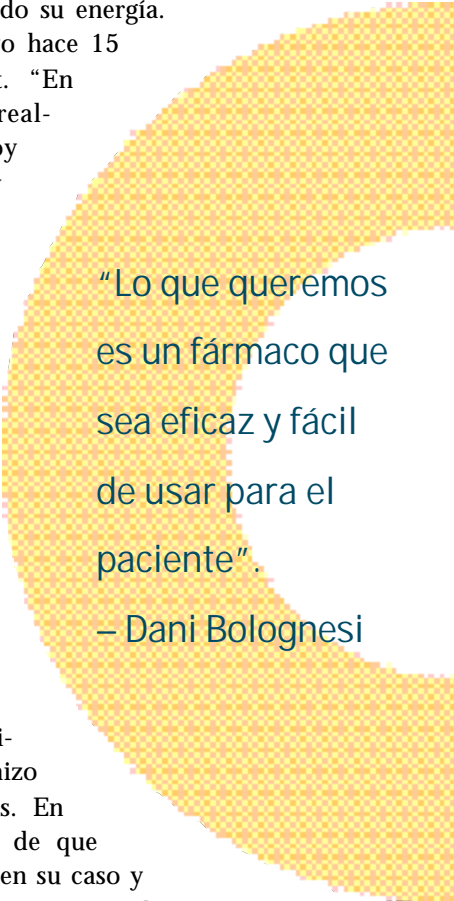
“Descubrí que era positivo hace 15 años”, continuó Barnett. “En 1995 me encontraba realmente mal. Ahora estoy aquí nueve años después, y me está yendo bien y creo que T-1249 tiene mucho que ver en ello. Por una parte, vuelvo a disfrutar de la comida. Para una persona VIH positiva, teniendo que lidiar con todos esos fármacos, esto puede ser algo sorprendente. Ha sido muy agradable recuperar el apetito”.

Tom*, residente en Oakland y también participante en un ensayo, se hizo eco de estos sentimientos. En otoño de 2002, después de que hubiera fracasado el T-20 en su caso y de que los análisis mostraran que era “básicamente resistente a todo”, Tom empezó a tomar T-1249. “Empecé con 12 células T y aumentaron a 100. El fármaco me mantuvo vivo”, señaló.

Representantes de Roche y Trimeris prometieron que los 40 participantes del ensayo continuarían recibiendo el fármaco durante las 96 semanas que duraba y después, si fuera necesario. “El médico tomará esa decisión”, aseguró Bolognesi. “Después del límite de las 96 semanas, ajustaremos el protocolo para adaptarlo a los casos individuales”.

Pero las compañías rechazan la idea de un programa de “uso compasivo”, que podría ofrecer acceso al

**Es un alias.*



“Lo que queremos es un fármaco que sea eficaz y fácil de usar para el paciente”.

– Dani Bolognesi

T-1249 a las personas resistentes al T-20 que no hubieran sido inscritas en el estudio. “Hay fármaco suficiente para las personas que actualmente lo están tomando. El resto de suministro de T-1249 se utilizará para apoyar nuevas investigaciones”, afirmó Reddy.

Producir el péptido perfecto

Aunque Roche y Trimeris niegan que T-1249 se archivó debido a la posibilidad de pocas ventas, prometieron producir un candidato más adecuado. “Si fabricamos un fármaco deseamos que la gente lo use”, declaró Bolognesi. “La importancia de la conveniencia significa que debemos cambiar de la administración dos veces al día a una sola vez a la semana. La molécula de T-1249 no ha desaparecido, pero lo que nosotros deseamos es un fármaco que sea eficaz a la vez que cómodo para el paciente”.

Para conseguir este objetivo, las compañías proponen ampliar la vida media del nuevo péptido. Respecto a la forma del nuevo fármaco, Bolognesi admitió que tenía varias opciones. “Todos nuestros nuevos péptidos son candidatos a la extensión de su vida media. No resulta inconcebible que podamos desear aplicar las tecnologías de la vida media al propio T-20”.

No se sabe cuándo entrará un nuevo fármaco en fase de estudio en humanos, cuanto más su disponi-

bilidad para el público en general. Bolognesi afirmó que ellos introducirán un candidato en 2004 y empezarán el desarrollo preclínico. “Estamos muy cerca de identificar lo que deseamos de un nuevo péptido. El reto consiste en buscar la simplicidad de uso en ese péptido. Esa parte no está lista para pasar a primera línea”.

Reddy fue más cauto. “Estos desarrollos no se producen de la noche a la mañana”, aseguró. “Estamos hablando de cierto número de años”.

Roy Gulick, de la Universidad Cornell de Nueva York, ofreció una perspectiva más optimista. “Además de los inhibidores de la fusión hay muchos inhibidores de la entrada en desarrollo”, resaltó. “Mientras no estemos 100% seguros sigue habiendo una razón para pensar que la gente que respondió al T-20 debería responder a estos otros inhibidores de la entrada”.

Mientras tanto, los pacientes que desarrollaron resistencias al T-20 se enfrentan a un futuro más sombrío: lo que estaba relativamente cercano con el T-1249 se encuentra ahora mucho más lejano. Y aquellos que necesitan T-20 pueden dudar en tomarlo sin la perspectiva de un fármaco que supere el virus resistente al T-20. Como lo expresa Tom, “es muy desalentador. Esto probablemente retrasa el desarrollo de otro inhibidor de la fusión durante años”.

Prevención en Polonia: ¿Durarán los beneficios?

por Kristen Kresge

Desde 1996 hasta 2001, la prevalencia del VIH en Europa del Este aumentó en un 1.300%. Esta explosión de nuevas infecciones se produjo exactamente 10 años después de que Polonia detectara su primer caso de SIDA. Mientras muchos países vecinos, incluidos Rusia y Ucrania, habían visto un continuo aumento de su número, no fue así en Polonia.

Polonia se encuentra en el foco de la epidemia de VIH de Europa del Este, compartiendo fronteras con Bielorrusia y Ucrania al oeste y los diminutos estados Bálticos al noreste. Los índices de infección en Kaliningrado y Lituania se han disparado recientemente por la transmisión de usuarios de drogas intravenosas. En Bielorrusia, se cree que el número de personas con VIH es muy superior a las cifras oficiales. En el último año, cuando Europa del Este informó de 230.000 nuevas infecciones, la Federación Rusa reclamaba la más alta prevalencia de toda Europa, y está situada a sólo 250 km de la capital polaca.

Con casi 20 millones de personas cruzando la frontera cada año, las cifras de Polonia se corresponderían con esta situación; sin embargo, el informe anual de 2002 publicado por el Programa conjunto sobre SIDA de Naciones Unidas declaró que Polonia había frenado la epidemia entre usuarios de drogas y había prevenido con éxito la expansión a la población general. El informe también establecía que, fuera de este país geográficamente diverso de 39 millones de personas, se encontraba una de las epidemias de más rápida extensión del mundo.

Por ahora, Polonia se ha salvado, pero el éxito de la prevención del VIH en este país, ahora modelo de la región, parece entrar en conflicto con su población predominantemente católica. La Iglesia Católica predica contra el uso de los condones, el único método probado de prevención de la transmisión. Los extranjeros se sienten confusos por los logros de este país e incluso las autoridades polacas se cuestionan sus logros y se preocupan por el futuro.

amfAR Global Link

Ya está disponible la edición de invierno 2004 de *amfAR Global Link* (antes *HIV/AIDS Treatment Directory*). Contiene la más reciente información sobre los tratamientos para el VIH/SIDA aprobados y experimentales, así como aquellos estudios clínicos que se encuentran en fase continua de inscripción. De publicación anual, esta referencia única también incluye información actualizada sobre estrategias de tratamiento y toxicidades, infecciones oportunistas y desórdenes relacionados con el VIH, vacunas experimentales contra el SIDA, programas de ayuda para fármacos del SIDA, y otros recursos sobre tratamientos. El *amfAR Global Link* está disponible en CD-ROM y en línea en www.amfar.org/GlobalLink.

Cuotas de suscripción para EE UU y Canadá: \$55 para particulares; \$125 profesionales/instituciones. Puede pagar con tarjeta de crédito llamando al 1-800-39-amfAR, o enviando un cheque u orden de pago para amfAR a: amfAR Global Link, 120 Wall Street, 13th Floor, New York, NY 10005-3902, junto con su dirección, número de teléfono y dirección de correo electrónico.

Cuotas de suscripción internacional: \$77 para particulares pagando con tarjeta de crédito; \$100 para particulares pagando con cheque u orden de pago; \$150 para profesionales/instituciones pagando con tarjeta de crédito y \$200 para profesionales pagando con cheque u orden de pago. **Todos los pagos deben realizarse en dólares US.** Soliciten sus pedidos según lo estipulado más arriba.

Disponemos de copias gratuitas de amfAR Global Link para la comunidad del VIH/SIDA. Por favor, llamen a CDC National Prevention Network al 1-800-458-5231.

Para obtener más información, llamen por favor al (212) 806-1639 o escriban a globallink@amfar.org



El Programa Nacional

Polonia estableció una respuesta nacional ante el VIH y el SIDA en 1993, cuando el gobierno polaco, bajo el Ministerio de Sanidad, creó la Oficina Nacional de Coordinación de la Prevención del SIDA, que se convirtió en el Centro Nacional del SIDA hace cuatro años.

Anna Marzec-Bouslawska, epidemióloga de formación, ha sido la directora del Centro Nacional Polaco del SIDA desde 2001. Desde un deslucido edificio a varias millas del centro de Varsovia, Boguslawska revisa programas de educación, prevención y tratamiento para todos los ciudadanos polacos. Sólo la organización del tratamiento constituye una tarea gigantesca. Todos los polacos VIH positivos que necesitan fármacos ARV los obtienen de forma gratuita del gobierno a través de una red de centros clínicos. En la actualidad, este programa trata a 2.033 personas, incluidas las personas encarceladas con VIH o SIDA.

Polonia llevó a cabo un programa nacional de antirretrovirales precoz para los estándares de Europa del Este. En 1987, ofreció AZT (Retrovir) en monoterapia a los primeros pacientes. Enseguida tras la Conferencia Internacional del SIDA de 1996, abrió el acceso total a la terapia combinada y desde entonces, el número de personas que necesitan medicación ha aumentado de forma constante. En el último año, 370 nuevos pacientes obtuvieron el diagnóstico clínico exigido para tener derecho a los fármacos gratuitos.

La elección de tratar a todos sus ciudadanos supone un elevado coste. Polonia compra antirretrovirales caros del mercado europeo en vez de producir o importar versiones genéricas. También financia totalmente todos los programas de prevención de la transmisión materno-fetal del VIH. Si un ciudadano polaco desarrolla resistencia a los fármacos, el centro mejora su régimen, incluso si ello significa importar el caro tenofovir (Viread) para un solo paciente. Aunque Polonia aún no ha aprobado T-20 (Fuzeon), el Ministerio de Sanidad está dispuesto a pagar el precio de 23.000 dólares establecido en el mercado europeo para este fármaco, si ello es necesario.

Este generoso programa antirretroviral anima la inmigración de los países vecinos. La gente llega de Ucrania y la Federación Rusa, donde no se dispone de los fármacos contra el VIH, en busca de tratamiento gratuito, y ahora los gastos están sobrepasando la contribución gubernamental. Los polacos deben apuntarse a una lista de espera para recibir los fármacos ARV y con el actual presupuesto, no hay ninguna duda de que

esta lista crecerá. El coste del tratamiento también está presionando sobre otros programas del Centro Nacional del SIDA. Boguslawska, una mujer de palabra suave, abandona rápidamente su sonrisa cortés cuando discute sobre el presupuesto de su oficina. “Está claro que necesitamos más dinero para el próximo año. En estos momentos, tenemos recursos muy limitados. La situación es crítica”, remarcó.

Muy pronto tras la caída del comunismo, la pobreza que invadió el Este de Europa fue menos intensa en Polonia. Mientras Rusia y Ucrania necesitaban

dinero para reconstruir sus desmoronados sistemas de salud pública,

Polonia usó financiación del gobierno y fondos internacionales invertidos en la

región para potenciar sus programas nacionales, como el intercambio

de jeringuillas y programas educativos para usuarios de drogas.

“Polonia tenía dinero al inicio y eso tuvo un gran efecto sobre lo que estaba sucediendo”, dijo

Aleksandra Duda, coordinador del programa de VIH/SIDA en el Programa de Desarrollo de Naciones Unidas en Varsovia.

Boguslawska atribuye al trabajo de Polonia en prevención precoz el control de la epidemia entre los usuarios de drogas inyectables.

Contrariamente a la tendencia del resto de Europa del Este, el índice de transmisión del VIH en esta población empezó a descender entre 2001 y 2002 y ahora se sitúa en un 17%, un logro considerable. “Los programas de reducción de daños empezaron desde el inicio en Polonia y tuvieron un impacto muy positivo en la prevención. Con la frontera oriental que tenemos, deberíamos poder centrarnos más en la prevención, pero necesitamos más dinero. Yo espero que el dinero destinado al tratamiento no se extraiga del presupuesto de la prevención”, dijo Boguslawska.

En 1994, el 98% del presupuesto del Centro Nacional de SIDA apoyaba la prevención: el escaso

restante financiaba el tratamiento. En dos años, el 76% del presupuesto subvenciona la prevención. Por tanto, los recursos menguaron hasta un mínimo en 2002. El año pasado sólo un 14% se destinó a prevención, mientras que un 86% del presupuesto anual, equivalente a medio millón de dólares, se gastó en tratamiento. Este espectacular cambio preocupa a muchas personas.

Estamos juntos para hablar de SIDA, no de condones

A pesar de las reducciones del presupuesto, cada año el Centro Nacional de SIDA trabaja con agencias externas para lanzar una nueva campaña de prevención. Cada campaña se centra en un grupo “de riesgo” específico, seleccionado según las últimas estadísticas de transmisión del VIH. Los grupos diana más recientes incluían adolescentes, mujeres y hombres que tienen sexo con hombres. La campaña más reciente se centra en jóvenes heterosexuales (en 2002, un 53% de las nuevas infecciones se producía en personas en edades comprendidas entre 20 y 29 años). En respuesta a anteriores programas destinados a usuarios de drogas, más personas se pasan de las drogas inyectables a las drogas recreativas, como el éxtasis. Combinando estas drogas con alcohol se producen lapsos del juicio y Boguslawska atribuye a esta conducta el aumento del índice de transmisión entre heterosexuales.

En respuesta, el Centro Nacional de SIDA lanzó una campaña para animar al diálogo y la realización de la prueba entre jóvenes. El eslogan “Estamos juntos para hablar de SIDA” acompaña la imagen de un hombre y una mujer jóvenes sentados en un sofá. La táctica de la campaña incluye la distribución de materiales promocionales y anuncios en las vallas de las activas calles de Varsovia. Pero no es probable que estas vallas hagan que alguien gire la cabeza. A diferencia de los anuncios públicos para captar la atención en EE UU u otros países europeos, los eslóganes del ministerio evitan a propósito el uso de mensajes provocativos.

El Ministerio de Sanidad limita en gran medida el trabajo del Centro Nacional del SIDA. Todas las organizaciones gubernamentales deben adaptarse a las creencias de la Iglesia Católica, lo que ahoga los mensajes directos y prohíbe la mención de los condones. “La prevención no es un punto fuerte del Centro Nacional de SIDA. No tienen mucha influencia y no hablan directamente del uso de condones. Hablan de ellos si se ven obligados, pero prefieren abstenerse de promoverlos. El Ministerio de Sanidad podría hacerlo

“Desde el inicio de la epidemia, el gobierno polaco informó a la gente sobre el VIH y el SIDA, cuando en otros países el tema era tabú”.

– Anna Marzec-Boguslawska

mucho mejor. Necesitamos campañas de prevención masivas”, afirma Duda.

Sin embargo, las tibias campañas del ministerio están funcionando. Los índices de realización de la prueba en los 15 centros de análisis anónimos de Polonia aumentaron en un 50% tras el último eslogan aparecido. Incluso críticos como Duda admiten que varias encuestas demostraron que los anuncios de prevención son eficaces, aunque no está muy segura del motivo. Boguslawska atribuye el éxito de las campañas al amplio conocimiento de la transmisión de los polacos. “No sólo es cuestión de buen karma. Desde el principio de la epidemia, el gobierno polaco informó a la gente sobre el VIH y el SIDA, cuando en otros países el tema era tabú”, aseguró Boguslawska. Aunque esto puede haber enseñado a los polacos a tomar las campañas de prevención en serio, Boguslawska no infravalora la necesidad de promocionar los condones. “Necesitamos mayor promoción del uso de condones, especialmente debido a que la sociedad polaca es muy católica”, dijo Boguslawska, con un giro de ojos.

Pero la actitud de los polacos hacia los condones no necesariamente refleja devotas creencias religiosas. Varias encuestas muestran que los polacos sexualmente activos usan condones, según Duda. “Mi impresión es que la influencia de la Iglesia Católica en el uso de condones en Polonia no es tan grande. En general, los polacos son muy independientes respecto a las autoridades, incluidos la Iglesia Católica y el Papa”, dijo Duda.

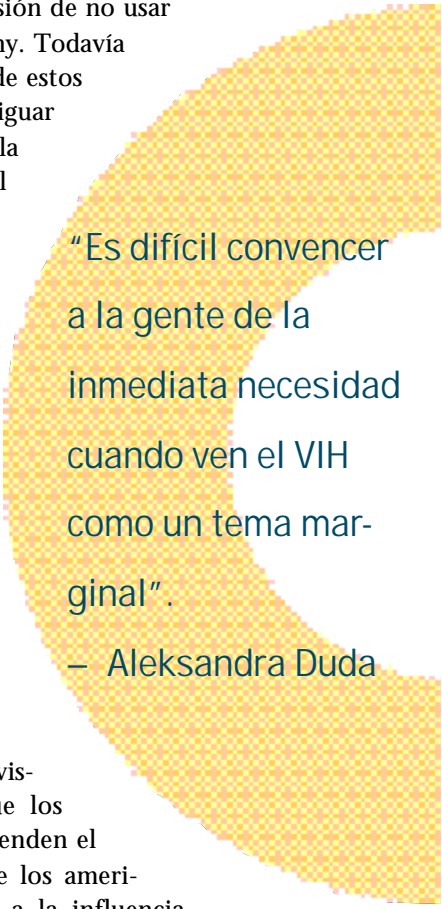
Matthew Zagumny, profesor de counseling y psicología de la Universidad Tecnológica de Tennessee, estudia los factores que predicen el uso del condón, y observó que, entre los estudiantes de enseñanza media sexualmente activos, los polacos utilizan condones en la misma medida que los americanos. A lo largo de los últimos años, Zagumny ha entrevistado a estudiantes del oeste de Polonia y Tennessee sobre su deseo de hacerlo. Tennessee, según Zagumny una de las zonas más cristianas, es un buen estado para realizar comparaciones. Los resultados de Zagumny le sorprendieron incluso a él. Dos estudios de investigación, cada uno incluyendo a 250 a 300 estudiantes, mostraron que el uso del condón en Polonia era ligeramente superior.

“Polonia es un país católico, naturalmente, y la iglesia tiene una gran influencia en la conducta de las personas. Es una rama conservadora del catolicismo. La iglesia les dice que no usen condones”, afirmó Zagumny. Sin embargo, él observó que “no había mucha diferencia en la comparación sobre el uso del condón entre ambas culturas”.

Esto no resulta una sorpresa para todo el mundo. El Dr. Andrzej Horban, director del Hospital de Enfermedades Infecciosas de Varsovia y uno de los primeros médicos en afrontar el SIDA en su país, insiste en que el mundo sólo ve la capa católica de Polonia. “Somos como un rábano”, dice Horban. “Durante la época comunista, aparecíamos como rojos de cara al exterior, pero por dentro éramos blancos. Lo mismo ocurre con la Iglesia Católica”.

Zagumny no encontró que la iglesia influyera con más fuerza en los polacos sexualmente activos que en los americanos. En Polonia, “la influencia de la iglesia pesa más en su decisión de no usar un condón”, según Zagumny. Todavía está realizando el análisis de estos estudios e intentando averiguar si la decisión deriva de la oposición de la iglesia al control de la natalidad o a la afirmación del Vaticano de que los condones son ineficaces para impedir la transmisión del VIH. El aborto es ilegal en Polonia y eso también puede influir en el uso del condón. La realización de futuros análisis permitirán responder con exactitud sobre la influencia de la religión en esta decisión.

A partir de sus entrevistas, Zagumny observó que los estudiantes polacos comprenden el VIH con más claridad que los americanos, sobre todo gracias a la influencia informal de las organizaciones no gubernamentales (ONG). El sistema escolar polaco ofrece poca educación sexual debido a la oposición de los padres. Sin embargo, la gente joven está recibiendo información importante y fidedigna que está modelando su conducta. Los estudiantes consideran la educación sexual algo que aprenden sin instrucción formal. Esto puede ser atribuido a un intercambio sumergido habitual en los antiguos países del bloque comunista. Los polacos han establecido métodos encubiertos de diseminar las noticias que el gobierno no deseaba ofrecer, promoviendo una actitud abierta entre la ciudadanía. “Generalmente,



“Es difícil convencer a la gente de la inmediata necesidad cuando ven el VIH como un tema marginal”.

– Aleksandra Duda

creo que el contexto histórico de Polonia ha creado redes informales de información”, dijo Zagumny. “Culturalmente parece funcionar”.


Otros entran donde el Ministerio teme poner el pie

Gran parte de esta información puede proceder de las ONG que florecen en Polonia, como MONAR (acrónimo de una de las ONG polacas de mayor éxito). Una sucursal de MONAR crece en Cracovia, ciudad meridional de Polonia, considerada por algunos como la capital cultural del país. MONAR-Cracovia se creó para incluir otros proyectos de expansión, incluyendo la distribución de condones, la implantación en prisiones, y la prevención para los trabajadores del sexo. Esta organización abastece a la población estudiantil liberal de Cracovia.

Las ONG en Polonia reciben financiación de varias fuentes, incluido el Ministerio de Sanidad, pero no se ven restringidas por la influencia de la iglesia. Según Beata Sierocka, coordinadora de programa de MONAR-Cracovia, muchos jóvenes usan condones gracias a los potentes programas de las organizaciones locales, no por los programas preventivos patrocinados por el ministerio. “En general, la gente cree que los condones protegen frente al VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El problema es que a muchos no les gusta usarlos”, dijo Sierocka.

A pesar del impacto positivo de las ONG polacas, su financiación está disminuyendo y trabajar con recursos limitados hace que se tambaleen sus esfuerzos. Organizaciones como MONAR-Cracovia temen que Polonia vea otra espectacular subida de las infecciones por VIH, ya que muchos esfuerzos preventivos están desapareciendo. Por ejemplo, el presupuesto ha influido en las políticas polacas sobre la prueba. No todos los presos están sometiéndose a la prueba del VIH y a pesar de los impresionantes resultados del programa nacional, los índices generales de la prueba son bajos y las pruebas no están siendo realizadas con tanta atención, lo que distorsiona las estimaciones sobre cuántas personas viven con VIH o SIDA. Otro futuro borrón sobre las cifras oficiales es la continua inmigración en Polonia.

La activa actitud del gobierno al inicio de la epidemia ha sido reemplazada por otra de complacencia. Aunque muchos oficiales polacos advierten al gobierno que no se duerman en los laureles, la financiación federal para la prevención continúa bajando. A medida



Director y Editor del Programa
Gretchen Schmelz

Asesores Médicos
Dr. Keith Gallicano
Dr. W. Keith Henry
Kasia Malinowska-Sempruch

Editora Ejecutiva
Elizabeth Paukstis

Redactora
Kristen Kresge

Asistente Editorial
Olivia Weisser

Correctora
Christine McCarthy

Webmaster / Director de Arte
Bernard Boey

Grafismo / Diseño
Raoul Norman-Tenazas
Yolande Hunter

Traducción al español
Grupo de Trabajo sobre
Tratamientos de VIH (gTt)
Barcelona, Spain

Traducción al francés
Haiti Medical, Rochester, NY

Traducción al chino
President Translation
Service Group International

©2004. Todos los derechos reservados.
120 Wall Street, 13th Floor
New York, NY 10005-3908
Tel: (212) 806-1600 • Fax (212) 806-1601
reporters@amfar.org

que se destina más dinero al tratamiento, el presupuesto global del VIH/SIDA se ve afectado. Si se produce una segunda ola de la epidemia, Polonia podría no disponer del apoyo financiero que demostró ser crucial hace años.

“Nadie puede prever el futuro. La situación está lejos de ser clara, pero es difícil convencer a la gente de la inmediata necesidad cuando ven el VIH como un tema marginal”, advierte Duda.