



SIDA Y TUBERCULOSIS: UNA PERSPECTIVA GLOBAL

EL SIDA Y LA TUBERCULOSIS SIGUEN CAUSANDO MILLONES DE MUERTES Y DE NUEVAS INFECCIONES CADA AÑO. SEGÚN LOS PRINCIPALES ORGANISMOS DE SALUD MUNDIALES, ES POSIBLE ALCANZAR EL FIN DE ESTAS PANDEMIAS EN 2030 CON LAS POLÍTICAS Y LA FINANCIACIÓN ADECUADAS, PERO LA REALIDAD ES QUE NI LOS RECURSOS NI EL COMPROMISO POLÍTICO ESTÁN

SIENDO ACORDES, Y LOS AVANCES SON MUY DESIGUALES Y LENTOS. ES NECESARIO UN FUERTE LIDERAZGO EUROPEO Y QUE LOS GOBIERNOS ESTÉN COMPROMETIDOS EN LA LUCHA CONTRA ESTAS ENFERMEDADES CON UN ENFOQUE CENTRADO EN LOS DERECHOS HUMANOS, EL APOYO A LAS POBLACIONES CLAVES Y A LA SOCIEDAD CIVIL Y LA FINANCIACIÓN DE ORGANISMOS COMO EL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA, DEL QUE ESPAÑA NO ES DONANTE DESDE 2011.

TUBERCULOSIS:

MÁS LETAL QUE EL VIH

La tuberculosis (TB) es una enfermedad curable y prevenible que, sin embargo, se ha convertido en la enfermedad infecciosa más letal del mundo -por encima del VIH- y en una de las diez mayores causas globales de mortalidad: solo en 2017, alrededor de 1,4 millones de personas fallecieron y unos diez millones de personas enfermaron de tuberculosis.

La tuberculosis está presente en todas las partes del mundo si bien, en 2017, más del 95% de las muertes por tuberculosis se produjeron en países de ingresos bajos y medianos. Siete países acaparan el 64% de la mortalidad total: India, Indonesia, China, Filipinas, Pakistán, Nigeria y Sudáfrica, que también cuentan con dos tercios de los nuevos casos.

A través de la ampliación del diagnóstico y del tratamiento de las personas con tuberculosis, la mortalidad ha descendido en casi un 40% entre 2000 y 2017, evitando unas 54 millones de muertes durante ese mismo periodo.

Sin embargo, existen enormes y persistentes brechas todavía. Por ejemplo, en el diagnóstico: de las 10 millones de nuevas infecciones estimadas en 2017, solo se notificaron 6,4 millones. Pese a ser el máximo histórico de nuevos casos detectados, supone que más de 3,5 millones de personas quedaron sin diagnosticar y, en consecuencia, sin tratar.

Una enfermedad resistente a los fármacos

Además, la tuberculosis tiene cepas resistentes, multirresistentes (MDR-TB) o extremadamente resistentes (XDR-TB) a los medicamentos que no responden a uno o varios de los fármacos habituales. Se estima que en 2017 hubo 560.000 casos nuevos de tuberculosis farmacorresistente, de los cuales apenas 160.000 fueron detectados y menos de 140.000 (un 25% del total de estimados) puestos bajo tratamiento.

Las personas con tuberculosis resistente, multiresistente o extremadamente resistente a los medicamentos deben recibir tratamientos diferentes al habitual para curarse. Sin embargo, estos tratamientos no siempre están disponibles y suelen ser extremadamente tóxicos y largos (alrededor de dos años de pastillas y vacunas, a diferencia de los 6 meses de tratamiento para la tuberculosis normal). Además, los datos muestran apenas una tasa de curación del 55% con estos tratamientos para la MDR-TB y un 35% en los casos de XDR-TB.

La epidemia de tuberculosis farmacorresistente castiga de manera desproporcionada a la región de Europa del Este y Asia Central, donde casi la mitad de los casos detectados de tuberculosis son multirresistentes y el número de personas con resistencias aumenta en más del 20% cada año.

Dos nuevos fármacos para la DR-TB

Tras más de 50 años sin nuevos medicamentos, los primeros fármacos eficaces y con menos efectos secundarios en aparecer para tratar las cepas resistentes de la enfermedad fueron bedaquilina y delamanida, aprobados por la Agencia Europea del Medicamento en 2012 y 2014, respectivamente. Sin embargo, a día de hoy, apenas un 12% de los pacientes que lo necesitan han tenido acceso a estos fármacos desde entonces, incluso pese a la recomendación de la OMS en agosto de 2018 de incluir bedaquiline como eje central de los regímenes contra la MDR-TB.

Los motivos principales son las preocupaciones por la falta de datos que demuestren la seguridad de los fármacos, la reticencia de los gobiernos a incluir nuevos medicamentos en sus programas nacionales o los pocos incentivos de las farmacéuticas para registrar y comercializar sus productos en países empobrecidos. Los precios actuales de los fármacos también suponen una barrera de acceso insalvable. Investigaciones de Médicos Sin Fronteras muestran que los nuevos tratamientos que incluyen los dos fármacos conllevan un gran aumento del precio frente a los tratamientos tradicionales. Por ejemplo, un tratamiento con bedaquiline y delamanid durante 20 meses podría alcanzar los 9.000 dólares, un 500% más del precio actual.

Compromisos tras la primera reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre TB

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) firmados en Naciones Unidas pretenden alcanzar el fin de la epidemia de tuberculosis en 2030, pero al ritmo actual

no alcanzaríamos esa meta hasta dentro de 180 años. Y es que, pese a los avances realizados en los últimos años, la incidencia de nuevos casos apenas ha disminuido en un 2% al año.

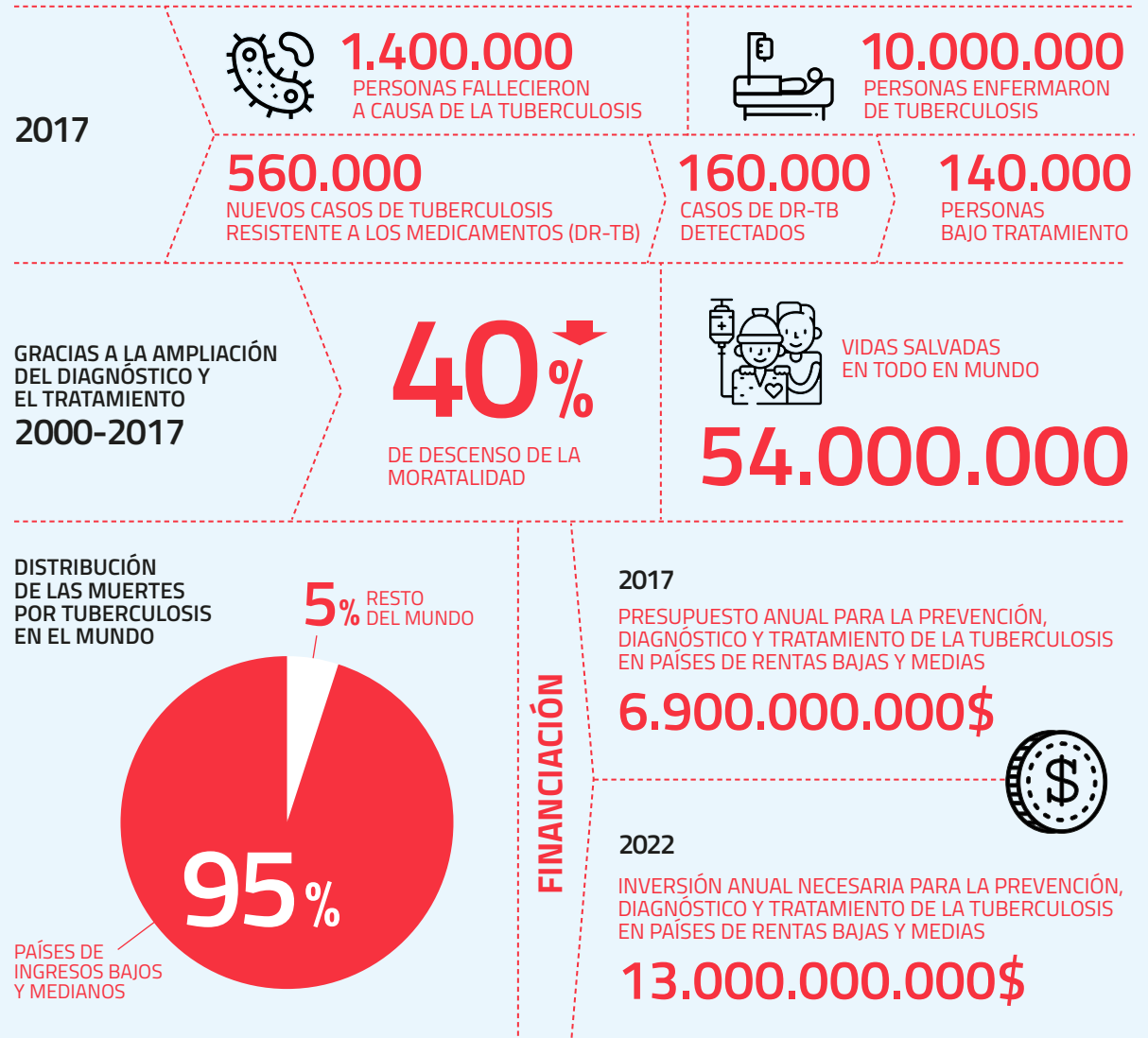
En septiembre de 2018 tuvo lugar en Nueva York la primera reunión de Alto Nivel de Naciones Unidas sobre tuberculosis, demostrando la necesidad de actuar conjuntamente y al más alto nivel contra esta pandemia. Líderes mundiales, ministros de salud, sociedad civil y personas afectada por la enfermedad firmaron una Declaración Política conjunta con metas epidemiológicas para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la TB.

Entre los muchos compromisos está el de garantizar diagnóstico y tratamiento con el objetivo de tratar con éxito a 40 millones de personas con tuberculosis de 2018 a 2022. Para ello es fundamental el compromiso para superar las formas resistentes de la enfermedad a través de programas de acceso a medicamentos y diagnósticos, y el compromiso para acelerar el I+D de herramientas esenciales como vacunas, fármacos y diagnósticos asequibles, eficaces y seguros para todas las cepas de la enfermedad.

Financiación

La reunión de Alto Nivel también trajo consigo también un compromiso para la financiación. Para acabar con esta pandemia, según estimaciones de Stop TB Partnership, hará falta doblar los 6,9 mil millones de dólares disponibles en 2018 para prevención, diagnóstico y tratamiento en los países de rentas medias y bajas, hasta alcanzar al menos 13.000 millones de dólares al año hasta 2022, incluyendo las contribuciones a la OMS y organismos de financiación como el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria.

LA TUBERCULOSIS EN CIFRAS



VIH/SIDA:

MÁS DE 15 MILLONES DE PERSONAS

AÚN NO RECIBEN TRATAMIENTO

En 2017, 36.9 millones de personas vivían con VIH alrededor del mundo, el 95% en países en vías de desarrollo. De entre todas ellas, 21.7 millones estaban recibiendo tratamiento antirretroviral.

En un reflejo de la rápida ampliación de tratamientos y herramientas de prevención y diagnóstico, el número anual de muertes globales por enfermedades relacionadas con el sida entre las personas que viven con VIH ha disminuido de un máximo de 1,9 millones en 2004 a 940.000 en 2017, y el número de nuevas infecciones ha

disminuido de un máximo de 3.4 millones en 1996 a 1.8 millones en 2017.

Sin embargo, existen todavía enormes brechas en la respuesta mundial al VIH/sida que minan el progreso contra la epidemia. Por ejemplo, cerca del 25% de las personas que viven con el VIH no conocen su estado serológico y el 41% de ellas no están recibiendo tratamiento. Además, hay regiones en el mundo donde la mortalidad y las nuevas infecciones, lejos de estar disminuyendo, están estancadas o creciendo. Es el caso de Europa oriental y Asia central, y Medio Oriente y el Norte de África.

El problema de la renta y las poblaciones clave

En Europa oriental y Asia central, el número anual de muertes no ha descendido entre 2010 y 2017. Las nuevas infecciones por el VIH se han duplicado en menos de 20 años, igual que en Medio Oriente y el Norte de África donde, además, el número de muertes ha aumentado en un 11%.

Ambas regiones tienen en común el estar conformadas mayormente por países de ingresos medios y medios-altos, que –al igual que los países en otras regiones de todo el mundo como América Latina y el Caribe, sobre todo– están dejando de recibir fondos de organismos multilaterales y agencias bilaterales de cooperación y han de asumir la respuesta a las pandemias a través de sus recursos.

Algo que, en muchas ocasiones, no es factible, ya sea porque el crecimiento de la financiación interna no es suficiente o porque la respuesta nacional no se traduce en programas efectivos que lleguen a las poblaciones claves más afectadas por la epidemia: hombres que tienen sexo

con otros hombres, personas trans, trabajadoras del sexo, usuarios de drogas inyectables o población encarcelada.

Las barreras legales y políticas y el estigma y criminalización que sufren estas poblaciones las convierten en extremadamente vulnerables al VIH/sida. De hecho, los datos disponibles sugieren que el 47% de las nuevas infecciones en 2017 por el VIH a nivel mundial se dieron entre las poblaciones clave y sus parejas sexuales. En Europa oriental y Asia central y en Medio Oriente y el Norte de África se estima que ese porcentaje alcanza el 95%, en el Caribe llega al 84% y en América Latina al 77%.

Además, los procesos de salida de la financiación internacional perjudican gravemente a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan con estas poblaciones. Ante la falta de apoyo y financiación de sus propios gobiernos, se ven obligadas a disminuir sus servicios (programas de prevención, intercambio de jeringuillas, suministro de condones e insumos, etc.) o incluso cerrar sus puertas, dejando sin atención a miles de personas afectadas por la enfermedad que son olvidadas por los programas nacionales de sus países.

Financiación

La financiación global en la lucha contra el sida es insuficiente para acometer todas las necesidades que pongan fin a la pandemia de VIH/sida y cumplir con este objetivo de los ODS firmado en Naciones Unidas. A finales de 2017 se invirtieron 21.3 mil millones de dólares para la respuesta al sida en países de rentas bajas y medias, y un 56% de esos recursos provenían de los gobiernos de esos países. ONUSIDA, la agencia de Naciones Unidas para el sida, estima que se necesitará una inversión de 26.2 mil millones de dólares hasta el año 2020, alcanzando el pico más alto de financiación, para luego descender paulatinamente hasta el año 2030.

VIH / SIDA EN CIFRAS

36.900.000

PERSONAS VIVÍAN CON VIH

2017

21.700.000

PERSONAS RECIBÍAN TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

15.000.000

DE PERSONAS NO RECIBÍAN NINGÚN TRATAMIENTO

PROGRESOS EVIDENTES		2004	2017
		MUERTES GLOBALES POR EL VIH	1.900.000
	NUEVAS INFECCIONES	3.400.000	1.800.000



25%

DE PERSONAS CON VIH NO CONOCEN SU ESTADO SEROLÓGICO

FINANCIACIÓN

2017

PRESUPUESTO PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA EN PAÍSES DE RENTAS BAJAS Y MEDIAS

21.300.000.000\$



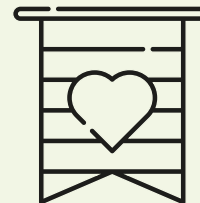
2020

INVERSIÓN NECESARIA PARA LA LUCHA CONTRA EL SIDA EN PAÍSES DE RENTAS BAJAS Y MEDIAS

26.200.000.000\$

47%

DE LAS NUEVAS INFECCIONES SE DIERON EN POBLACIONES CLAVES



**ZERO
CRIMINALIA
LISA**

VIH Y TUBERCULOSIS: ALIADOS MORTALES

Globalmente, la tuberculosis es la principal causa de muerte entre las personas viviendo con VIH. Solo en 2017, cerca de 300.000 personas fallecieron a causa de la co-infección TB/HIV, y se estima que cerca de 1.4 millones de personas viven con ella.

Sin tratamiento para ninguna de ellas, la tuberculosis y el VIH se empeoran la una a la otra y aceleran su progreso. La tuberculosis, que está latente –no activa- en aproximadamente un tercio de la población mundial, tiene una posibilidad entre 20 y 30 veces mayor de desarrollarse en las personas VIH positivas que no estén recibiendo tratamiento, y eleva al doble el riesgo de muerte incluso en aquellas que sí lo reciben.

EL FONDO MUNDIAL

ACTOR CLAVE PARA EL FIN

DE ESTAS PANDEMIAS

El Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria es una organización fundada en 2002 y diseñada para acelerar el fin de estas epidemias. Es una asociación entre gobiernos, sociedad civil, sector privado y personas afectadas por las enfermedades que recauda e invierte cerca de 4.000 millones de dólares al año para apoyar programas de salud administrados por expertos locales en los países y comunidades más necesitadas.

En su último informe, el Fondo Mundial asegura haber contribuido a salvar 27 millones de vidas a través de estos programas que, entre otras cosas, ofrecen tratamiento para VIH a 17.5 millones de personas y tratamiento para

tuberculosis a 5 millones. Las muertes anuales por ambas pandemias y por la malaria se han reducido en un tercio en los países donde el Fondo Mundial está presente.

El Fondo Mundial se financia principalmente a través de donaciones de los diferentes gobiernos del mundo y, en menor medida, del sector privado. En su última Conferencia de Reposición de Fondos (en las que los países anuncian sus compromisos de financiación con el Fondo Mundial) logró cerca de 13.000 millones de euros –para salvar 8 millones de vidas y evitar 300 millones de infecciones, según cálculos de la organización- a través de aportaciones significativas como los €1.080 millones con los que Francia repetía aportación respecto al trienio anterior; la continuidad de Japón con 718 millones, el aumento de Canadá, que pasaba de 600 a 718 millones, o el de Italia, que aumentó de 100 a 140 millones.

APORTACIONES Y COMPROMISOS AL FONDO MUNDIAL

	Aportación hasta 2016 (en millones de dólares)	Compromiso 2017-2019 (en millones de dólares)
ESTADOS UNIDOS	13.242,46 (2002-2016)	4,300,00
FRANCIA	4.876,92 (2002-2016)	1.347,45
REINO UNIDO	3.070,47 (2001-2016)	1.710,82
ALEMANIA	2.828,17 (2002-2016)	998,11
JAPÓN	2.667,19 (2002-2016)	800,00
CANADÁ	1.874,80 (2002-2016)	720,96
SUECIA	1.153,50 (2002-2016)	347,00
HOLANDA	1.037,06 (2002-2016)	194,63
ITALIA	1.126,47 (2004-2016)	174,67
NORUEGA	801,74 (2002-2016)	304,33
ESPAÑA	724,22 (2003-2010)	0

El papel de España en el Fondo Mundial

España llegó a tener un papel muy importante en el Fondo, alcanzando a ser su quinto mayor donante. Pero desde 2011, no aporta ni un solo euro (su única implicación desde entonces ha sido una condonación de 17 millones de euros de deuda por programas de salud a través del Fondo Mundial a tres países africanos: Camerún, República Democrática del Congo y Etiopía).

En noviembre de 2016 todos los grupos parlamentarios aprobaron por unanimidad una Proposición No de Ley (PNL) en la que se pedía al Gobierno volver a ser donante del Fondo, con una contribución de aproximadamente 100 millones de euros durante tres años.

