

Médicos Sin Fronteras demuestra que el tratamiento pediátrico del VIH/SIDA funciona en contextos con recursos limitados y que el principal obstáculo es la falta de acceso a medicamentos adaptados

Toronto-Barcelona, 16 de agosto de 2006 – Dos nuevos estudios que Médicos Sin Fronteras (MSF) ha hecho públicos en la XVI Conferencia Internacional de SIDA en Toronto muestran los buenos resultados del tratamiento en niños con VIH/SIDA en una amplia muestra de contextos con recursos limitados, pero las formulaciones pediátricas son excesivamente caras, con precios incluso seis veces superiores a los de sus equivalentes para tratar a adultos.

Se estima que la gran mayoría de los 2,3 millones de niños VIH-positivos que hay en el mundo viven en el África subsahariana. Nueve de cada diez niños infectados contraen el virus a través de su madre, mayoritariamente porque los medios para prevenir la transmisión del virus de madres a hijos son insuficientes. Son demasiado pocos los niños que reciben tratamiento –sólo un 5% de los 660.000 que lo necesitan de forma urgente–. Además, no existen pruebas diagnósticas adecuadas para bebés y las herramientas adaptadas para tratar a niños son muy pocas. MSF ha declarado que las organizaciones internacionales han respondido muy tarde a las necesidades de un número cada vez mayor de niños con VIH/SIDA, advirtiendo que la ampliación del tratamiento será imposible si no se actúa de inmediato.

MSF ha presentado datos clínicos correspondientes a los resultados de tratar a niños en contextos con recursos limitados. Los datos hechos públicos sobre 3.754 niños menores de 13 años en los programas de tratamiento de MSF en 14 países demuestran que los niños pueden ser tratados de forma efectiva: tras 24 meses de tratamiento, un 80% seguían con vida y con pocos efectos secundarios, observándose en todos ellos un aumento de peso y del recuento de linfocitos CD4. En ausencia de formulaciones pediátricas adecuadas, a la mayoría de niños se les administra el tratamiento partiendo los mismos comprimidos para adultos.

“Sabemos que tratar a niños es posible, pero con mejores herramientas podríamos estar tratando a muchos más”, afirma el Dr. Moses Masaquoi, del proyecto de MSF en Malawi. “Y vemos que el número de niños nacidos con el VIH no deja de aumentar en África, porque las mujeres embarazadas no tienen acceso a controles prenatales y, por tanto, perdemos la pista de la mayoría de niños que nacen de madres seropositivas”. Esto explica en parte el preocupante hecho de que los niños menores de un año representen sólo el 2% de los niños sometidos a terapia antirretroviral (TAR) en los proyectos de MSF. Sin tratamiento, la mitad de los niños que contraen el VIH a través de sus madres mueren antes de cumplir los dos años.

Diagnosticar y tratar a niños continúa siendo un importante reto. Establecer diagnósticos en países con recursos limitados resulta difícil porque las pruebas de detección de anticuerpos que suelen utilizarse habitualmente en adultos no son precisas para este grupo de edad. El tratamiento es complicado porque hay muy pocas dosis pediátricas de medicamentos antirretrovirales apropiadas, obligando a partir comprimidos que no han sido pensados para este fin, una opción que está muy lejos de ser la ideal. Para niños que pesan menos de 10 kilos, ni siquiera sirve esta estrategia porque su única opción de tratamiento son jarabes difíciles de medir, de sabor amargo, que suelen requerir refrigeración y agua limpia, y que resultan excesivamente caros. Como la inmensa mayoría de niños infectados vive en países pobres, las compañías farmacéuticas apenas invierten en el desarrollo de formulaciones pediátricas.

Los datos sobre precios presentados por MSF demuestran que las compañías farmacéuticas venden las formulaciones pediátricas de los medicamentos antirretrovirales a precios demasiado altos en países con recursos limitados. Son precios que no justifican la cantidad de principio activo (API por sus siglas en inglés) que contiene la formulación, cantidad en la que se basa el coste de producción y que determina el precio final, que suele representar más de la mitad de lo que cuesta producir un medicamento.

Por citar un ejemplo, la dosis de zidovudina para tratar a un adulto cuesta 175 dólares americanos al año. La cantidad de API en la dosis adulta es más de tres veces superior a la que contiene una dosis de jarabe con zidovudina para tratar a un niño de menos de 10 kilos de peso. Aunque, por lógica, el jarabe debería costar unos 40 dólares, su precio es de 215, cinco veces superior al tratamiento para adultos .

La OMS y UNICEF deberían exigir enérgicamente el desarrollo de formulaciones que se necesitan con urgencia y que sirviesen de pauta a los fabricantes. Debido a la ausencia de esta pauta, dos compañías han empezado a producir las tan esperadas dosis fijas combinadas para niños, pero en proporciones distintas.

“La falta de pautas por parte de la OMS contribuye a una mayor confusión en torno al tratamiento pediátrico, cosa que se hubiera podido evitar si hace tres años se hubieran dado indicaciones más claras”, afirma Fernando Pascual, farmacéutico de la Campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de MSF.

MSF proporciona tratamiento antirretroviral a más de 60.000 pacientes en 65 proyectos de 32 países, incluyendo a más de 4.000 niños. MSF ha estado prestando asistencia a personas con VIH/SIDA en los países en desarrollo desde mediados de los noventa y comenzó a administrar tratamientos antirretrovirales en el año 2000 en Tailandia y Suráfrica.

Documentos informativos de MSF para la XVI Conferencia Internacional de SIDA disponibles en www.msf.es