

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act



Recomendaciones de AIDS Action



until it's over

AIDS ACTION

until it's over
AIDS ACTION

Acerca El Consejo AIDS Action

El Consejo AIDS Action [501c(4)] actúa como portavoz nacional de las organizaciones comunitarias, los departamentos y clínicas de salud locales, los proveedores de servicios y los educadores de salud abogando a favor de una legislación eficaz y a favor de programas y políticas para el tratamiento, los cuidados y la prevención del VIH.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Declaración de intenciones

El desarrollo de medicaciones efectivas para el tratamiento de la infección del VIH es uno de los resultados más esperanzadores de los esfuerzos realizados en las dos últimas décadas para terminar con la epidemia del VIH. La disponibilidad de medicaciones que logran suprimir y mantener la supresión de la carga viral del VIH ha permitido que descienda la mortalidad. Las personas que viven con el VIH pueden ahora vivir más y en mejores condiciones.

La cuestión: Más de 125.000 personas de bajos ingresos que viven con el VIH en los Estados Unidos dependen del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (conocido por las siglas ADAP en inglés) de la Ryan White Comprehensive AIDS Resource Emergency (CARE) Act para recibir medicación para su infección del VIH. A este número se le suman 7.000 personas más cada año. A pesar del éxito del desarrollo de fármacos VIH, la capacidad estructural y financiera de los Estados Unidos para continuar proporcionando medicación a las personas que viven con el VIH está menguando. Los ADAPs estatales y territoriales se han esforzado en contener los costes creando listas de espera, limitando las medicaciones a las que se tiene acceso a través de los listados de fármacos de los ADAPs estatales y restringiendo los criterios de inclusión médica y financiera de las personas que necesitan medicación VIH.

La solución: AIDS Action recomienda la redefinición, modernización y gestión del crecimiento del ADAP para permitir que toda persona de bajos ingresos que viva con el VIH y gane menos del 350% del Umbral de Pobreza Federal (FPL) se considere idónea para recibir el tratamiento que pueda mantenerla con vida, tratamientos de las infecciones oportunistas y tratamiento de los efectos secundarios de los anti-retrovirales. AIDS Action propone una mayor transparencia del ADAP ante el Congreso a través de la publicación de los resultados de sus efectos sobre la salud y propone ampliar la supervisión y respuesta del Congreso trasladando el ADAP a un título V separado dentro de la CARE Act. AIDS Action también propone proporcionarle mayor transparencia garantizando la evaluación sistemática de resultados de los efectos del programa sobre la salud, incluyendo medidas de recuentos de CD4, carga viral y otros indicadores de salud.

Además, AIDS Action recomienda modernizar el sistema del ADAP para garantizar la portabilidad entre los ADAPs estatales y territoriales. La portabilidad permitirá que las personas que viven con el VIH tengan la capacidad de acceder al apoyo, tratamiento y cuidados de sus familias y otros cuidadores y la posibilidad de conseguir y conservar el empleo y la autosuficiencia. En consecuencia, AIDS Action recomienda crear los requisitos de inclusión mínimos en los ADAPs estatales y territoriales. Además de fijar el requisito de inclusión mínimo en el 350% del Umbral de Pobreza Federal, AIDS Action recomienda la creación de un listado de fármacos base y ahorrar costes a través del uso del Precio Techo Federal. AIDS Action también recomienda mantener la gestión de los ADAPs a nivel estatal o territorial para lograr mayor flexibilidad y transparencia.

Se calcula que los fondos necesarios para este programa de redefinición y modernización alcanzarán 1.500 millones de dólares en el año fiscal 2006, con incrementos de 100 millones de

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

dólares anuales hasta el año fiscal 2011. Es importante recalcar que AIDS Action cree firmemente que es necesario mantener los actuales niveles de financiación para cada uno de los otros Títulos y Partes de la CARE Act y que estos no deberían ser desviados hacia esta iniciativa para lograr un tratamiento satisfactorio, tal como se detalla en la declaración de posiciones conjunta “Recomendaciones Políticas para la Reautorización de la Ryan White CARE Act” elaborada con la CAEAR Coalition. AIDS Action espera lograr mayor flexibilidad, transparencia y eficacia a largo plazo si se implementan estas recomendaciones.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

El Programa de Ayuda para Fármacos VIH

Hoy día hay más de un millón de personas VIH positivas que viven en los Estados Unidos, el mayor número hasta la fecha. Más de 250.000 no saben que están infectadas y otras 250.000 que saben que son VIH positivas no están recibiendo ni la medicación, ni el tratamiento ni los cuidados que necesitan.ⁱ El resultado es que todas estas personas carecen de los cuidados y tratamientos necesarios—fármacos incluidos—para mantenerse con buena salud.

A la vista del estado actual de la epidemia en los Estados Unidos, AIDS Action, en colaboración con la CAEAR Coalition, ha formulado unos principios destinados a asegurar que la CARE Act continúe cubriendo las necesidades de las personas que viven con el VIH, **garantizando que las personas que conocen su status VIH positivo** tengan acceso a cuidados médicos y sistemas de apoyo. (Véase también el Apéndice A).

Estos principios son:

- La Ryan White CARE Act funciona y debe ser reautorizada.
- Las personas que viven con el VIH, sobre todo las que reciben prestaciones a través de la CARE Act, deben constituirse en una parte central del proceso de reautorización y proporcionar opiniones e información que se reflejen en la planificación de la CARE Act.
- La estructura de títulos actual de la CARE Act debe mantenerse para proporcionarle la capacidad de acercar estrategias y recursos a las diversas poblaciones afectadas por la epidemia del VIH.
- La CARE Act debe dar respuesta a las necesidades actuales y futuras de las personas que viven con el VIH y SIDA y de las organizaciones que les proporcionan servicios.
 - Muchas personas con VIH/SIDA viven más tiempo.
 - Muchas personas que viven con el VIH/SIDA necesitan acceso a más tratamiento y a servicios médicos y de apoyo.
- La planificación comunitaria, la coordinación con los sistemas de atención a la salud y la capacidad para tomar decisiones a nivel local son vitales para el éxito de los programas de la CARE Act.
- Se debería apoyar una completa gama de servicios que incluyeran pruebas de VIH, asesoramiento sobre prevención, servicios de apoyo y tratamiento con los recursos suficientes para poder hacer frente a las necesidades locales.
- La financiación de la CARE Act y la dirección del programa deben seguir teniendo en cuenta que el VIH/SIDA es una enfermedad infecciosa que amenaza la vida y que representa una crisis continua para la salud pública.
- La CARE Act debe comprometerse a:
 - Reforzar y revitalizar los Consejos y Consorcios de Planificación
 - Dar respuesta a la variabilidad geográfica y estabilizar sistemas de cuidados eficaces y necesarios
 - Reinvertir en el mantenimiento y la ampliación de la capacidad de servicio, y en una actualización y formación del personal de las agencias de servicios de salud

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

(AETCs), que incluya educación continua para médicos y proyectos de mejora de sistemas.

- El Programa de Ayuda para Fármacos VIH debe seguir siendo un componente esencial de la CARE Act.

Este último principio es de la mayor importancia. El desarrollo de medicaciones eficaces para el tratamiento del VIH ha propiciado un cambio de perspectiva sobre el papel de las terapias farmacológicas, su relación con otras formas de cuidados médicos críticos y la trascendencia de la contribución de los servicios de apoyo de cuidados de salud al acercamiento y mantenimiento de las personas en sistemas de cuidados a través de la Ryan White CARE Act.

El Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP), una asignación federal incluida en el Título II de la CARE Act, se administra a nivel estatal. Actualmente están en marcha 50 ADAPs estatales más otros 7 que funcionan en el Distrito de Columbia y en Territorios y Jurisdicciones de los Estados Unidos. El ADAP ayuda a garantizar que las personas pobres, trabajadores y de clase media con recursos limitados, que viven con el VIH y que no podrían procurarse los caros fármacos necesarios para seguir con vida, puedan disponer de estos fármacos necesarios para preservar sus vidas y su salud. Hasta junio de 2004, más de 125.000 personas que viven con el VIH han recibido medicación a través del ADAP, lo que ha supuesto 7.000 nuevos usuarios cada año. El ADAP supone más de un tercio de los fondos totales de la Ryan White CARE Act y se ha convertido en un programa crucial para mantener la salud de las personas que viven con el VIH en los Estados Unidos.

En los últimos años, el ADAP se ha visto sometido a fuertes exigencias para que proporcionase un listado de fármacos más abierto, que ofreciese los nuevos y caros fármacos a un mayor número de personas. Pero por otra parte, la presión ejercida sobre el programa por la mayor demanda ha llevado a que la mayoría de los estados adoptaran estrategias para controlar los costes, como poner a personas idóneas en lista de espera, restringir la inclusión y recortar los listados de fármacos o las prestaciones. La presión sobre los estados se ha visto complicada por la misma complejidad de la enfermedad: la existencia de cepas del VIH que son resistentes a fármacos específicos, la rigidez de los regímenes de anti-retrovirales y la necesidad de que las personas en tratamiento mantengan un índice de adherencia del 95% para poder reducir su carga viral. La capacidad del ADAP para continuar proporcionando medicación a las personas que la necesitan desesperadamente está en juego.

Por todo ello, AIDS Action propone potenciar, redefinir y modernizar el ADAP considerando los principios mencionados, manteniendo los niveles de cuidados de salud apropiados, minimizando la desestabilización e incrementando la igualdad.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

1. La estructura del programa

El ADAP se puso en marcha en 1987 como una iniciativa para ayudar a los pacientes a pagar el AZT, un caro fármaco anti-retroviral, un inhibidor de la transcriptasa inversa nucleósido (NRTI) que en aquel momento era el único fármaco aprobado por la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA) para el tratamiento de la infección del VIH. Desde entonces, otras tres clases de fármacos anti-retrovirales han sido aprobados por la FDA. Se trata de los inhibidores de la proteasa (PIs); los inhibidores de la transcriptasa inversa no-nucleósidos (NNRTIs); y los inhibidores de fusión. Los fármacos de cada una de estas tres clases impiden (“inhiben”) que el virus realice una parte esencial de su ciclo reproductivo. Además de los fármacos anti-retrovirales, la mayoría de los ADAPs estatales proporcionan medicaciones para enfermedades relacionadas con el VIH, como las infecciones oportunistas, los efectos secundarios de los fármacos VIH, las drogadicciones o los desequilibrios psíquicos.

En 1996, la terapia anti-retroviral de gran actividad (HAART)—en un principio la combinación de un inhibidor de la proteasa y dos inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos—se convirtió en la medicación básica recomendada por las Directrices del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos. Con la llegada de la HAART, los pacientes empezaron a vivir más y en mejores condiciones de salud y la mortalidad relacionada con el VIH/SIDA descendió por fin. Aunque el índice de nuevas infecciones no se ha incrementado, sigue estimándose que hay unas 40.000 nuevas infecciones del VIH cada año. El impacto combinado de una expectativa de vida más larga, un mayor énfasis en las pruebas del VIH y un número mayor de personas en tratamiento ha creado una fuerte demanda de ampliación de los Programas de Ayuda para Fármacos VIH.

El resultado es que el ADAP ha pasado de ser una simple asignación al comienzo de la Ryan White CARE Act a ser uno de los programas más grandes de toda la CARE Act hoy día. Fuzeon, el único inhibidor de fusión aprobado por la FDA, cuesta unos 20.000 dólares por usuario y año y, según el Proyecto de Control Nacional del ADAP, otras medicaciones anti-retrovirales pueden llegar a costar 12.000 dólares por usuario y año. A consecuencia de estos costes y del incremento de personas que viven con el VIH, el programa ha crecido de forma tremenda. En el año fiscal 1996, la asignación para el ADAP era de 52 millones de dólares. En el año fiscal 2005 se asignaron aproximadamente 787,5 millones al ADAP. Pero la tasa de incremento de financiación se ha reducido en el último año a pesar del incremento de necesidades.

Un buen tratamiento del VIH con adherencia a complejos regímenes anti-retrovirales diarios logra resultados positivos duraderos cuando va acompañado de una continua educación sobre tratamientos. Una relación consistente con el sistema de cuidados de salud logra mayor eficacia y la adherencia del paciente. Por eso, todas las personas que reciben medicación y diagnósticos de laboratorio a través del ADAP deben estar adecuadamente conectadas con los sistemas de cuidados apropiados para garantizar el éxito continuado del programa. El ADAP debe ser suficientemente flexible para alcanzar este objetivo.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

El ADAP hoy día supone más de un tercio de los fondos de la Ryan White CARE Act. Además de garantizar el acceso a los cuidados médicos y al tratamiento, el ADAP se ha convertido claramente en uno de los programas más importantes de la CARE Act y, como tal, se ha de garantizar su continuidad. El ADAP necesita el seguimiento del Congreso y la administración para asegurar su eficacia, transparencia y evidencia de éxito. En breves palabras, El ADAP ha crecido demasiado para seguir en el Título II. Por ello, AIDS Action propone sacarlo del Título II y reautorizarlo en un Título V separado. Un título separado permitiría a los profesionales sanitarios, pacientes, estados y agencias que administran el programa usar los recursos y fondos disponibles más racionalmente a la vez que permitiría una mayor capacidad del Congreso para supervisar el programa.

Recomendación número1:

El Programa de Ayuda para Fármacos VIH debe seguir siendo financiado en la Ryan White CARE Act y administrado por los estados, pero debería sacarse del Título II y colocarse en un Título separado—Título V—para permitir una mayor supervisión del programa por parte del Congreso.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

2. Crecimiento controlado

Como se ha mencionado antes, AIDS Action respalda un principio que garantice la estabilidad del sistema del ADAP. Los sistemas del ADAP administrados por los estados han sido especialmente vulnerables a los cambios en los presupuestos y las economías estatales. Las reducciones de presupuestos a veces fuerzan a los estados a recortar los listados de fármacos y a restringir los requisitos de inclusión. Este tipo de cambios pueden menoscabar la capacidad de los ADAPs estatales para garantizar que los pacientes reciban medicaciones de forma estable. Desgraciadamente, la pérdida de acceso conlleva el riesgo de crear cepas del VIH resistentes a los fármacos.

Los problemas relacionados con esta pérdida de acceso se están intensificando porque los Estados Unidos se han comprometido además a poner en tratamiento y cuidados a 500.000 personas que no reciben actualmente ni servicios de apoyo, ni tratamiento médico. Este número engloba dos poblaciones: personas que conocen su status VIH positivo, pero no están en tratamiento; y personas que ni saben que son VIH positivas ni están en tratamiento. Estas personas deben conectarse con los cuidados y ponerse en tratamiento. Ampliar los recursos del ADAP es el siguiente paso lógico. Para complementar este programa con eficacia, los Estados Unidos deben también asegurarse de que los pacientes tienen acceso a Medicaid, Medicare, seguros privados y la cobertura de otros programas. Sin embargo, los recursos del ADAP probablemente sean la fuente más importante de medicación para esta cohorte de nuevos pacientes.

AIDS Action aboga por un sistema de crecimiento controlado que dé estabilidad a la distribución de medicaciones VIH y garantice que los proveedores sean eficientes y responsables de la distribución ante el Congreso. El crecimiento controlado tendrá la ventaja adicional de eliminar las disparidades locales y estatales que han surgido bajo los actuales sistemas de salud pública. Este sistema de crecimiento controlado garantizaría que los usuarios que vivan en cualquier región del país puedan tener acceso al más completo listado de fármacos. Al mismo tiempo, el sistema sería administrado con transparencia y proporcionaría información sobre su eficacia y éxito ante el Congreso. También proporcionaría a los estados los recursos necesarios para terminar con las listas de espera, para maximizar los listados de fármacos incluidos en el programa, y crearía un conjunto de criterios homogéneo para el acceso de las personas VIH positivas a la medicación en cualquier lugar de los Estados Unidos.

Recomendación número 2:

AIDS Action recomienda la implementación de un programa de crecimiento controlado centrado en los tratamientos para el ADAP basado en la creación de portabilidad y consistencia a nivel estatal y regional, y la adopción de un listado de fármacos consistente. Los ADAP estatales deben recibir suficientes fondos federales para poder crear programas flexibles que cumplan los objetivos de transparencia mínima y den cuenta de sus niveles de eficacia. Esta propuesta necesita ayuda federal para administrar su crecimiento, empezando con 1.500 millones de dólares en el año fiscal 2006 e incrementando la base en 100 millones de dólares cada año hasta llegar a los 2.000 millones en 2011, el año fiscal tras la siguiente reautorización.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Este programa de redefinición y crecimiento controlado garantizará que los fondos estatales y jurisdiccionales que se pueden asignar a la compra de fármacos seguirán estando bajo su jurisdicción para poder financiar las mejoras necesarias o el mantenimiento de la infraestructura de salud pública local que está haciendo frente al VIH. Además, AIDS Action recomienda que esta propuesta se implemente únicamente después de asegurarse de que se le han destinado fondos suficientes; estos fondos son necesarios para garantizar que la propuesta puede ponerse en marcha sin costes adicionales obligatorios para los Estados.

3. La potenciación del acceso a las medicaciones y la creación de portabilidad

La capacidad de las personas que viven con el VIH para acceder a medicación a través del ADAP depende en gran medida del estado en el que viven. Los criterios de inclusión y los listados de fármacos varían dependiendo de la jurisdicción. Según el *Informe Anual del Proyecto de Seguimiento del ADAP Nacional* de mayo de 2004, el requisito de insuficiencia de ingresos para la inclusión del ADAP varía desde el 125% del umbral de pobreza federal en Carolina del Norte, hasta aproximadamente el 500% del umbral de pobreza federal en Delaware, Massachusetts, New Jersey, Ohio y Nueva York. Los listados de fármacos incluidos en el programa varían desde los solo 18 fármacos de Colorado hasta los listados abiertos (que incluyen todas las medicaciones relacionadas con el tratamiento y cuidados del VIH, infecciones oportunistas, efectos secundarios y otras) de cuatro estados y territorios (Massachusetts, New Hampshire, New Jersey y las islas Marianas Septentrionales).

Además de estas diferencias regionales referentes a la inclusión o la lista de fármacos, hay once estados que mantienen una lista de espera de acceso al programa como consecuencia de que el crecimiento del número de personas que viven con el VIH que tratan de acceder al ADAP ha superado en gran medida al crecimiento de los fondos del programa. Según la Alianza Nacional y Territorial de Directores de Programas VIH/SIDA (NASTAD) en el número del 9 de febrero de 2005 de su publicación *The ADAP Watch*, nueve ADAPs estatales tienen actualmente listas de espera y once ADAPs estatales más (incluido un estado que a la vez tiene también lista de espera) han instituido restricciones en el acceso, límites de inclusión o reducciones del listado de fármacos del programa desde abril de 2003. Ocho estados (tres de ellos no incluidos entre los estados mencionados ya) informan que tendrán que implementar nuevas medidas de contención de costes antes del 31 de marzo de 2005, la fecha final del ADAP del año fiscal 2004.

AIDS Action está particularmente preocupada por el impacto que las diferencias regionales tienen en los cuidados y tratamiento de las personas que viven con el VIH, además de por las continuas dificultades para cubrir el rápido crecimiento de la necesidad de nuevos fármacos. Otro efecto de las diferencias regionales y estatales del ADAP es la limitada movilidad de las personas que viven con el VIH, que afecta tanto a su acceso a los cuidados como a su continuidad. Las personas que viven con el VIH quizás deseen mudarse cerca de donde viven sus seres queridos, familia o personas que las cuidan; o quizás deseen aceptar un trabajo nuevo. Los criterios de inclusión diferentes y los diferentes listados de fármacos según cada estado son un argumento disuasorio para la mudanza y pueden llevar a la interrupción del régimen de medicación, disminuyendo así la eficacia del tratamiento y alentando la aparición de cepas resistentes del VIH. En consecuencia, AIDS Action recomienda borrar las diferencias locales y regionales controlando el crecimiento y creando mayor portabilidad e igualdad en las prestaciones.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Estándares de cuidados

Desde 1998, el Panel de Prácticas Clínicas para el Tratamiento de la Infección del VIH ha desarrollado directrices para el uso de los fármacos anti-retrovirales para adolescentes y adultos. El panel está integrado por expertos nombrados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos. El objetivo del panel es proporcionar una guía basada en la experiencia clínica del uso de medicaciones anti-retrovirales. Las directrices responden a cuestiones de tratamiento como cuándo iniciar la terapia, cuáles son las combinaciones de fármacos más adecuadas, qué combinaciones de fármacos deberían evitarse, cómo continuar manteniendo la supresión vírica ante la aparición de resistencia a ciertos fármacos, y la necesidad de la adherencia al tratamiento. Con el objetivo de crear igualdad en el tratamiento, AIDS Action propone la adopción de un único estándar de prácticas para todo el territorio de los Estados Unidos.

Finalmente, AIDS Action recuerda que los Centros de Educación y Formación en VIH/SIDA (AETCs) proporcionan formación sobre la infección del VIH a proveedores de cuidados de salud de todo el país. Además existen cuatro AETCs nacionales que tratan temas de minorías, consultas clínicas, evaluación y coordinación de recursos nacionales. Los AETCs están perfectamente situados para ser de gran ayuda en la formulación de estándares de práctica en los Estados Unidos y para educar a los proveedores de cuidados de salud y garantizar que cumplen con los estándares formulados por el Panel de Prácticas Clínicas para el Tratamiento de la Infección del VIH. Mantener una fuerza de trabajo de profesionales de la salud debidamente formados es esencial en el esfuerzo para garantizar que las personas que son conscientes de su status VIH positivo conecten con los cuidados, para mejorar el acceso al tratamiento y los cuidados, para una prevención del VIH de calidad, para reducir las diferencias en el tratamiento del VIH y para potenciar la ampliación de la capacidad clínica.

Recomendación número 3a:

Revisar las Directrices de Práctica Clínica para el Uso de Fármacos VIH del Servicio de Salud Pública VIH/SIDA del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos para garantizar que todos los cuidados en VIH sean consistentes con las directrices de tratamiento. AIDS Action recomienda que el Departamento de Salud y Servicios Humanos establezca un “Panel de Directrices del Servicio de Salud Pública para la Integración de Directrices con el ADAP,” integrado por médicos, enfermeras, farmacéuticos y pacientes VIH positivos. Este panel ayudará a garantizar que se disponga de conocimientos científicos y clínicos suficientes para revisar y actualizar el Servicio de Salud Pública VIH/SIDA y el ADAP de forma continua. Un panel así también ayudará a dar respuesta a las cuestiones que surjan a nivel de estado sobre las mejores prácticas en tratamientos. Los miembros del panel harán un seguimiento y se asegurarán de que las Directrices del Servicio de Salud Pública se cumplen al 100%. Además, se recomienda el establecimiento de un Panel de Asesores Clínicos para permitir la revisión clínica profesional de las directrices por parte de los médicos, enfermeras y profesionales de salud pública.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Recomendación número 3b:

Asegurar la consistencia entre las directrices de los listados de fármacos y las directrices de Medicaid. Según el estado las medicaciones disponibles a través del ADAP pueden variar en gran medida con respecto a las medicaciones disponibles a través del programa de Medicaid. AIDS Action recomienda que el Centro para Servicios de Medicaid y Medicare, la Administración de Servicios de Recursos para la Salud (HRSA) y las personas, agencias y organizaciones relevantes (con experiencia en VIH) creen una estructura permanente para garantizar la coordinación y consistencia.

Recomendación número 3c:

Pedir al Secretario o Secretaria de Salud y Servicios Humanos que informe al Congreso sobre la implementación de esta iniciativa para integrar los estándares nacionales y estatales de tratamiento y sobre la consistencia de las directrices de los listados de fármacos de Medicaid y el ADAP antes de 2008.

Portabilidad

Los estados con más ciudadanos rurales y pobres y con bases de impuestos más bajas no han tenido capacidad para proporcionar financiación igualitaria a las personas que viven con el VIH. Como se ha mencionado antes, en algunos casos, los estados se han visto forzados a formular criterios de inclusión para el ADAP más restrictivos, perdiéndose así ciudadanos frente a otros estados que ofrecen más prestaciones o frente a la enfermedad y la muerte. Por otra parte, los pacientes graves que desean mudarse por razones de trabajo o para estar más cerca de sus familias o cuidadores pueden enfrentarse a una pérdida de inclusión en otro estado.

El concepto de portabilidad se refiere a la capacidad de las personas para seguir recibiendo prestaciones a pesar de mudarse de un estado a otro. Se pretende que cree las condiciones necesarias para que los sistemas de salud locales puedan llevar a cabo sus iniciativas de alcance para que las personas inicien contacto con los sistemas de cuidados de salud y se mantengan conectados. El ADAP debería entenderse no como un programa de apoyo farmacéutico, sino como un programa centrado en personas que necesitan cuidados.

Recomendación número 3d:

El ADAP debería potenciar la portabilidad entre los programas estatales. Al crear portabilidad entre los estados se terminará con las diferencias regionales en cuidados médicos, se garantizará la consistencia y la calidad del tratamiento del VIH, y dará a las personas que viven con el VIH libertad de mudarse para conseguir trabajo, estar más cerca de sus seres queridos o para estar más cerca de sus proveedores de cuidados y tratamiento. El programa debería garantizar que:

- *Cuando un usuario del ADAP se mude a otro estado, debería seguir manteniendo la inclusión para recibir servicios a través del ADAP del nuevo estado en un plazo de 30 días tras su llegada al nuevo estado.*
- *El nuevo usuario debería ser transferido del programa del antiguo estado al nuevo tras 30 días consecutivos recibiendo prestaciones a través del programa del nuevo estado.*

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

- *Para facilitar la documentación, la participación en el programa, la adherencia al tratamiento, el seguimiento y los reembolsos, a cada usuario o usuaria del ADAP debería expedírsele una “Tarjeta de participante del ADAP” que podría llevar un código de barras para facilitar el seguimiento. El objetivo del programa de portabilidad es garantizar un tratamiento del VIH continuo, consistente y sin interrupciones.*
- *Un seguimiento así mejorará la transparencia y facilitará el seguimiento de los resultados clínicos del programa, ya que se podrán hacer informes de indicadores médicos/clínicos como carga viral, tolerancia, visitas de pacientes y otros.*

4. Garantizar la consistencia de los listados de fármacos y de los criterios de inclusión

Inclusión

Como ya se ha mencionado, los criterios de inclusión y los listados de fármacos cubiertos por el programa varían de estado a estado. Pero en realidad, las diferencias entre estados y territorios tanto de criterios de inclusión como de listados de fármacos no son tan profundas como podría parecer. El requisito de acordar un criterio mínimo de inclusión relativamente similar para los ADAP estatales es una condición previa necesaria para crear portabilidad y garantizar que se minimizan las variaciones geográficas. Crear condiciones de inclusión similares también permite a los estados dar respuesta a cuestiones de portabilidad. Aunque existen 57 ADAPs, cada uno con diferentes requisitos, el problema de crear estándares mínimos no es tan difícil como podría parecer a primera vista. Los programas de 38 estados incluyen a usuarios o usuarias con ingresos anuales que llegan o superan el 300% del umbral de pobreza federal. Estos 38 programas proporcionan medicaciones para el 81,6% de los actuales usuarios de todos los ADAPs.

Recomendación número 4a:

Dado que 38 estados y territorios ya establecen sus criterios de inclusión a o por encima del 300% del umbral de pobreza federal, AIDS Action recomienda fijar el límite de ingresos para la inclusión en el 350% del Umbral de Pobreza Federal para todos los estados y territorios— aunque se debería alentar a los estados y territorios a exceder este límite. Este requisito está al alcance de todos los estados y territorios y ayudará a garantizar que la variabilidad regional y estatal se minimice a la vez que se elimina uno de los principales obstáculos a la portabilidad.

Listados de fármacos

Según el *Informe Anual del Proyecto de Seguimiento del ADAP Nacional de Mayo de 2004*, la FDA aprobó en 2003 diez NRTIs para su uso como medicación anti-retroviral, es el último año para el que hay datos disponibles.ⁱⁱ Solo seis estados y territorios no incluyen los 10 NRTIs aprobados por la FDA en sus listados de fármacos cubiertos por el ADAP. De igual manera, todos menos 12 de los estados incluyen los ocho inhibidores de la proteasa en sus listados de fármacos (dos de los ocho inhibidores de la proteasa fueron aprobados por la FDA el año pasado y en algunos estados y territorios todavía están en proceso de inclusión en los listados). Tres NNRTIs han sido aprobados por la FDA y solo un estado no los incluye en su listado de fármacos. Treinta y tres estados han incluido en sus listados la cobertura del inhibidor de fusión Fuzeon. Hay 14 fármacos de profilaxis aprobados para infecciones oportunistas, como la hepatitis C y la tuberculosis. Los 14 están incluidos en la cobertura de 16 estados. Solo 15 estados incluyen menos de 10 fármacos para infecciones oportunistas. La inclusión de otras medicaciones es más variada.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Como sucede con los criterios de inclusión, en general, la cobertura de medicaciones no es tan variada como parece a primera vista. AIDS Action cree que las medicaciones deben estandarizarse para lograr consistencia entre estados en beneficio de los usuarios y usuarias del ADAP. Esta estandarización ayudará a alcanzar los objetivos de igualdad y portabilidad. Solo queda la cuestión de dónde fijar el estándar.

El desarrollo de cepas del VIH resistentes a los fármacos ha supuesto un problema especial a la hora de controlar la epidemia en los Estados Unidos y es un factor adicional a considerar en el uso de medicación anti-retroviral. Las personas que reciben terapia anti-retroviral deben alcanzar índices de adherencia a sus regímenes de por lo menos un 95% para lograr reducir su carga viral a niveles indetectables e impedir que el virus se vuelva resistente. Por desgracia, el desarrollo de resistencia a una clase particular de anti-retrovirales significa que esa resistencia se desarrollará para todos los anti-retrovirales de esa clase particular.

Actualmente cuatro estados tienen un listado de fármacos abierto para todas las medicaciones en cobertura. Muchas de las medicaciones incluidas en estos listados permiten a los usuarios y usuarias luchar contra los efectos secundarios de los anti-retrovirales, drogadicciones, depresión y otros desequilibrios psíquicos y otras enfermedades relacionadas con el VIH y su tratamiento. Estos fármacos ayudan a los usuarios y usuarias a adherirse a la HAART y evitar el desarrollo de resistencias; de manera que juegan un papel muy importante en el mantenimiento de la salud de las personas VIH positivas (Véase el Apéndice B)

Recomendación número 4b:

Para garantizar la consistencia entre estados y potenciar la portabilidad, el ADAP debe establecer un listado de fármacos VIH base que permita a las personas VIH positivas migrar de un estado a otro. Por tanto, la mejor opción es un listado abierto, ya que daría cobertura a todas las medicaciones necesarias para tratar la infección del VIH. Este listado debe incluir todos los fármacos anti-retrovirales aprobados por la FDA, todos los fármacos y profilácticos aprobados por la FDA para las infecciones oportunistas, todas las medicaciones usadas para tratar los efectos secundarios de los anti-retrovirales y los desequilibrios psíquicos relacionados con el VIH. Un listado base así tiene la ventaja de igualar los programas estatales y facilitar la portabilidad. Además, proporcionará a las personas que viven con el VH más opciones de tratamiento y más eficacia.

Actualmente, 50 de los 57 ADAPs estatales y territoriales participan en el programa de descuento de fármacos 340B. Los descuentos varían mucho de estado a estado, con frecuencia debido a factores que quedan fuera del control de los estados. Los estados pueden intentar reducir aún más los costes consiguiendo bonificaciones por volumen de los fabricantes. Estos programas de descuentos y bonificaciones por volumen son laboriosos tanto para los estados como para las empresas farmacéuticas, lo que supone costes administrativos adicionales y otros gastos de recursos ya escasos. Dado el volumen de compras nacional, sería posible conseguir mejores precios que los del programa 340B, o las bonificaciones por volumen, accediendo a los descuentos ofrecidos a la Administración de Veteranos, el Departamento de Defensa, el Servicio de Salud Pública y la Guardia Costera bajo el Precio Techo Federal (FCP).

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Recomendación número 4c:

AIDS Action recomienda que los estados y territorios abandonen los laboriosos programas de bonificación por volumen. Dado el gasto relativo de fármacos VIH y el alto número de personas atendidas por los ADAPs estatales, AIDS Action recomienda que la CARE Act garantice que los ADAPs estatales puedan comprar fármacos al precio federal más bajo posible. Si fuese necesario, AIDS Action recomienda que la compra se negocie a través de una única agencia federal (el Servicio de Salud Pública sería lo adecuado) al Precio Techo Federal (FCP).

5. Asegurar el buen funcionamiento de los ADAPs administrados por los estados y territorios

Es importante destacar que AIDS Action apoya la continuidad de la administración estatal de los ADAPs. Las recomendaciones hechas van dirigidas a fortalecer los programas estatales creando una plataforma de financiación federal para garantizar la consistencia de los programas estatales y la portabilidad. Las recomendaciones también se hacen con la intención de ayudar a reforzar la capacidad de cada estado para garantizar que las personas que se han hecho la prueba y saben que son VIH positivas pero no están recibiendo tratamiento se conecten con los servicios médicos y de apoyo apropiados para que tengan acceso a medicación. Aunque hemos añadido como requisito la presentación de informes por parte de los estados, estos no deberían suponer una carga y son necesarios para garantizar ante el Congreso que los fondos se usan eficazmente y que los ADAPs contribuyen a resultados de tratamiento positivos.

AIDS Action reconoce los esfuerzos de los estados para garantizar medicación de calidad para sus ciudadanos. Muchos estados contribuyen con aportaciones a sus ADAPs respectivos. Por ejemplo, Nuevo México aportó el 65% del presupuesto de su ADAP estatal en 2002-03, el último año para el que se han confeccionado estadísticas. California hace la mayor aportación de todos los estados, 65,4 millones de dólares, que supusieron el 40% del presupuesto del ADAP de California el mismo año. (Véase el Apéndice D).

Esta propuesta de programa hace recomendaciones para perfilar y modernizar el ADAP. Sin embargo, seguirá siendo necesario garantizar que los estados sigan financiando sus propios ADAPs. AIDS Action, por tanto, recomienda que se creen incentivos para los estados que hagan aportaciones a sus ADAPs respectivos.

Recomendación número 5a:

Se debe animar a los estados a minimizar los requisitos de inclusión y maximizar los listados de fármacos en cobertura estándar fijados en la CARE Act. Para que el programa de redefinición y modernización del ADAP tenga éxito, los estados que ya están haciendo aportaciones a los ADAPs deben seguir haciéndolas y se debe animar a los otros estados a que las hagan. AIDS Action recomienda crear incentivos a las aportaciones de los estados. Parte de los nuevos fondos propuestos deberían reservarse como una compensación paritaria para los estados que hacen aportaciones al ADAP. Para que tenga el mejor uso, la compensación estatal debería ser flexible, permitiendo que los estados la trasladen a servicios relacionados con el ADAP, pero no debería obligar a los estados a colocar los fondos directamente en el ADAP. Las aportaciones estatales y compensaciones pueden usarse con flexibilidad para programas de cuidados médicos VIH financiados públicamente—por ejemplo, los fondos podrían usarse para mejorar el acceso a los programas de salud pública que den respuesta a la epidemia del VIH.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Recomendación número 5b:

AIDS Action cree firmemente que se debe pedir a los estados que garanticen el acceso directo al ADAP y eliminen las listas de espera, los sorteos y otras trabas a la inclusión para acceder al ADAP. Los estados deben permitir que las personas que cumplen los requisitos de inclusión para recibir las prestaciones del ADAP las reciban.

La presentación de informes y la flexibilidad estatales

Finalmente, AIDS Action reconoce que los estados continuarán operando bajo condiciones financieras difíciles. La propuesta inyección de fondos federales debería permitir mayor flexibilidad para financiar servicios además de fármacos. Estos fondos también ofrecerán al Congreso, a los estados, a los pacientes y a los proveedores de servicios oportunidades para llegar a una mejor comprensión de la epidemia del VIH en sus estados, su región y su país. El gobierno federal tiene la capacidad de potenciar el ADAP simplemente garantizando que los ADAPs estatales se potencien y supervisen tanto a nivel estatal como a nivel nacional. En consecuencia, las siguientes recomendaciones se hacen con la intención de ampliar la capacidad de los estados para destinar fondos a las áreas que más los necesitan y para garantizar la capacidad de evaluar el éxito del tratamiento del VIH.

Recomendación número 5c:

Se anima a los estados que tienen la capacidad legal de contratar pólizas de seguros con fondos del ADAP a hacerlas, siempre que cumplan los criterios de inclusión fijados por la CARE Act. Se anima a los estados que tienen leyes que prohíben la contratación de pólizas de seguros con fondos federales o estatales a considerar la posibilidad de crear una excepción para el caso del ADAP.

Recomendación número 5d:

Los estados pueden disponer de un porcentaje de los fondos del ADAP para crear formas flexibles de ampliar el tratamiento y los servicios de apoyo médico para garantizar la adherencia y la participación en el programa completo. Se debe permitir que los estados usen los fondos del ADAP de forma flexible, para permitir no solo la provisión de medicación, sino también la provisión de una mezcla de tratamiento y cuidados, análisis y pruebas de laboratorio, contratación de pólizas, cuidados de seguimiento, control y asesoría.

Recomendación número 5e:

Una pequeña parte del incremento debería destinarse a proporcionar ayuda técnica a los estados para garantizar que cumplen los requisitos de inclusión y de listados de fármacos en cobertura.

Recomendación número 5f:

Se pedirá a los estados que confeccionen un plan a nivel estatal para la coordinación de servicios médicos, de apoyo médico y de terapia con el ADAP.

Recomendación número 5g:

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

El Secretario o Secretaria de la Administración de Salud y Servicios Humanos (HRSA) publicará directrices con sus recomendaciones de terapia para el ADAP que deberían incluirse en los listados de fármacos cubiertos por los estados.

Recomendación número 5h:

Cada año fiscal, el Secretario o Secretaria de la Administración de Salud y Servicios Humanos (HRSA) entregará un informe al Congreso especificando la cantidad que espera destinar durante el año con el propósito de patrocinar conferencias o seminarios relacionados con asuntos que estén bajo la jurisdicción del Servicio de Salud Pública y la cantidad que el Secretario o Secretaria destinó a tal propósito el año fiscal precedente.

El informe incluirá para cada estado:

- 1. El número de pacientes que han solicitado terapias descritas en la sub-sección (a) del programa estatal pero están en lista de espera porque el programa no tiene capacidad para atender a más pacientes.*
- 2. Las fuentes de las que los pacientes están obteniendo terapias, si los pacientes en lista de espera están recibiendo dichas terapias.*
- 3. El coste estimado de proporcionar la cantidad de terapias que serían necesarias para atender a todos los pacientes en lista de espera y con ello eliminar la espera en el estado.*
- 4. Información relativa a las acciones puestas en práctica por los estados con lista de espera para reducir el número de pacientes en espera, incluyendo cualquier restricción impuesta por el estado sobre el número o la cuantía de terapias cubiertas por el programa.*
- 5. Toda fuente de fondos que, aparte de los fondos asignados por el gobierno federal, el estado use para proporcionar terapias a cargo del programa.*
- 6. Un listado de todos los estados cuyos listados de fármacos no cumplan las recomendaciones del Secretario o Secretaria.*
- 7. Un listado de cualquier otra reducción de costes o medida de contención de costes puesta en marcha en relación con el ADAP.*

Recomendación número 5i:

Los estados deben recoger datos sobre el estado de salud de los usuarios del ADAP estatal. Los informes de datos deberían ser recogidos por la HRSA cada seis meses. La HRSA presentará informes que incluyan estos datos ante el Congreso anualmente. Los datos de resultados recogidos deben mostrar al Congreso una evaluación del funcionamiento de los ADAPs estatales. Como mínimo, estos datos deberían incluir recuentos de CD4, carga viral y resultados de pruebas de resistencia del VIH, y también análisis que permitan la comparación entre estados sobre el efecto de los ADAPs sobre este tipo de datos estadísticos. Los estados también deberían recoger y presentar información sobre la incidencia de hepatitis C, tuberculosis y otras co-infecciones.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

En conclusión

Finalmente, este análisis del ADAP no trata solo sobre la garantía de que las personas que viven con el VIH tengan acceso a una terapia farmacológica efectiva. En realidad, abarca todos los principios enunciados al inicio del documento. Una implementación adecuada del ADAP volverá a comprometer al gobierno y a la comunidad VIH a asegurar que todas las personas que conocen su status VIH positivo tengan acceso a cuidados médicos y sistemas de apoyo, bien a costa de la CARE Act, como último recurso, o bien a costa de otros sistemas a los cuales la persona se pueda acoger.

Es importante recordar que esta declaración está dedicada específicamente a que la redefinición y modernización del ADAP mantenga estándares apropiados a nivel de salud, minimice la desestabilización y aumente la igualdad de trato. Para conseguir esas metas, otros títulos de la CARE Act deben continuar cubiertos financieramente para poder garantizar que el sistema actual no se desestabiliza.

Después de dos décadas de experiencia con el VIH y a casi diez años de la aparición del HAART, podemos asegurar que el ADAP es uno de los programas con mayor éxito de los incluidos en la Ryan White CARE Act. Sobre todo porque con el ADAP las personas infectadas con el VIH viven más tiempo. Sin embargo, si tenemos en cuenta las nuevas infecciones comprobamos que se ha producido un tremendo incremento del número de personas que viven con el VIH y que necesitan tratamientos, lo que supone un aumento de los costes para los ADAPs de todos los estados. En consecuencia, el enorme éxito del ADAP amenaza con minar la capacidad de los Estados Unidos de proporcionar medicamentos a las personas que los necesitan desesperadamente. Además, la presión sobre el ADAP se ha hecho aún mayor con el desarrollo de los programas de los CDC y la HRSA, que tienen como objetivos conectar a las personas que no están recibiendo cuidados con el sistema de salud. AIDS Action cree que la actual crisis puede ser detenida con la redefinición y modernización del ADAP.

La redefinición y modernización del ADAP ha de permitir que las personas que conocen su status VIH positivo accedan al tratamiento y los cuidados médicos que necesitan, y ha de permitir también que los Estados Unidos empiecen a lograr un alto estándar de salud, una mayor igualdad entre los estados y regiones en los servicios de salud, estabilidad para los pacientes y proveedores de cuidados de salud, portabilidad y capacidad de permitir la migración entre estados y una mayor comprensión de la epidemia—todo ello a un coste razonable. Finalmente, también permitiría al Congreso hacer un seguimiento más preciso de la epidemia en los Estados Unidos e iniciar el cambio del curso de la epidemia hacia el cuidado, el apoyo y las medicaciones que salvan vidas.

ⁱ HIV Prevalence in the United States, 2000, P. L. Fleming, R. H. Byers, P. A. Sweeney, D. Daniels, J. M. Karon, and R. S. Janssen *CDC, Atlanta, GA*. Nota: Estos números pueden ser aún más altos que los mencionados aquí ya que corresponden a datos de 2000.

ⁱⁱ Este informe no incluye información sobre Samoa Americana, Guam y las Islas Marshall, de las que no se tienen datos.

APÉNDICE A

Programa político de AIDS Action en relación a la CARE Act

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Durante dos décadas de activismo en favor de desarrollo de una política social, AIDS Action y la comunidad VIH se han dedicado a llamar la atención sobre cuestiones cruciales ante los legisladores de Capitol Hill, la Administración y los ciudadanos de los Estados Unidos. Para dar una respuesta a la epidemia en nuestro país, el Consejo de AIDS Action, con su Comité de Política Social y Junta de Dirección han adoptado unos objetivos que dan respuesta a las verdaderas necesidades en tratamiento, cuidados, prevención e investigación.

Las tres declaraciones de objetivos siguientes son extractos de los Objetivos en Política Nacional 2004-2006 de AIDS Action. Se refieren a la provisión de fármacos para las personas que viven con el VIH y al Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP). La lista completa de objetivos puede consultarse en www.aidsaction.org.

Apoyo y mejora de la Ryan White CARE Act

La Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act es la mayor fuente de fondos federales centrada en los servicios de apoyo, cuidados y tratamientos del VIH del país. Aprobada por el Congreso en 1990, se reautoriza cada cinco años y se financia a través de asignaciones anuales. El Congreso debe reautorizar la CARE Act antes del 30 de noviembre de 2005, que es cuando la actual reautorización finaliza. La CARE Act ha logrado proporcionar atención médica y servicios de apoyo a las personas que viven con el VIH que no tienen seguro o cuyos seguros no tienen la suficiente cobertura. De hecho, la CARE Act se ha convertido en el cimiento de la organización de los servicios VIH en Estados Unidos.

Desde la primera autorización de la CARE Act, y a través del consiguiente desarrollo de sus programas, AIDS Action ha expresado sus preocupaciones ante las carencias en la organización de servicios, los grandes grupos de población que siguen sin cuidados médicos y los fondos insuficientes. La Care Act debe modernizar y redefinir sus servicios para garantizar que la actual infraestructura de salud pública cubre las necesidades de las personas que viven con el VIH. El Consejo de AIDS Action persigue garantizar la estabilidad de la financiación de la Ryan White CARE Act, evitar la desestabilización de los sistemas de cuidados VIH existentes, asegurar la justa distribución de recursos y dar respuesta a las “necesidades no cubiertas” de esta epidemia, que, tal como las definió el Congreso en 2000, significa conectar a las personas VIH positivas que no están en tratamiento con los sistemas de cuidados de salud adecuados. El Consejo de AIDS Action trabajará con sus miembros, el Congreso, la Administración y sus socios de coalición para apoyar la reautorización, ampliación y completa financiación de la Ryan White CARE Act.

Acceso a las medicaciones relacionadas con el VIH y a las opciones de tratamiento

El tratamiento actual para la infección del VIH se basa en la utilización de terapias anti-retrovirales y de otras medicaciones dirigidas a las infecciones oportunistas. El acceso a esas

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

medicaciones debe estar asegurado para todas las personas VIH positivas para así poder mejorar globalmente sus condiciones de salud y su calidad de vida. A pesar de que algunos programas de seguros privados cubren las medicaciones relacionadas con el VIH, muchas personas que viven con el VIH no están aseguradas o su seguro no les proporciona la suficiente cobertura; por lo tanto, existen grandes limitaciones en el acceso a las medicaciones que pueden prolongarles la vida. Para poder establecer una red efectiva y completa de acceso a las medicaciones, el gobierno federal creó el Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) dentro de la Ryan White CARE Act y, dentro de Medicaid, permite a los estados ofrecer ayudas para fármacos opcionales. Además, el Congreso autorizó dentro de Medicare una nueva prestación en cuanto a prescripción de fármacos que se implementará en 2006. Sin embargo, ADAP se enfrentará pronto a una crisis, Medicaid exige un diagnóstico determinante de AIDS antes de otorgar el acceso y eso no permite ver claro si la nueva prestación de Medicare llegará a ofrecer una adecuada cobertura de fármacos a los beneficiarios que viven con el VIH.

El Consejo de AIDS Action busca asegurar que cada uno de esos sistemas funcione con consistencia regional y estatal, aumentando los estándares de salud, portabilidad y con la adopción de un listado de fármacos consistente con una mayor disponibilidad de medicaciones. La lista de fármacos debe contener, como mínimo, todas las terapias anti-retrovirales aprobadas por la FDA, todas las profilaxis y terapias contra las infecciones oportunistas (como, por ejemplo, la hepatitis C y la tuberculosis) aprobadas por la FDA y todas las medicaciones destinadas a tratar los efectos secundarios, los problemas de salud mental y los derivados del consumo de alcohol y otras drogas, asociados al VIH. El Consejo de AIDS Action trabajará con sus miembros, el Congreso, la Administración, sus socios de coalición y el sector privado para apoyar el acceso de todas las personas que viven con el VIH a las medicaciones que pueden salvar sus vidas.

Apoyo a la investigación científica sobre el VIH

Desde el inicio de la epidemia del VIH hace ya veinte años, los Estados Unidos han sido líder en el apoyo a la investigación científica sobre el VIH. Los científicos y el Instituto Nacional de la Salud (NIH) y otros centros de investigación financiados federalmente han sido responsables de incontables avances que han ayudado a las personas que viven con el VIH a vivir más tiempo, más saludablemente y con una vida más satisfactoria. Además, la investigación sobre el VIH ha permitido avances en cuanto a salud y tratamiento en otras enfermedades que suponen amenazas para la vida.

Por desgracia, a medida que el conocimiento del VIH ha crecido lo ha hecho también la necesidad de más estudios. En este momento existen 26 fármacos anti-retrovirales aprobados para el tratamiento del VIH por la FDA de los Estados Unidos; sin embargo, la constante aparición de resistencias a los fármacos y los efectos secundarios devastadores provocan que las

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

personas que viven con el VIH vean muy limitadas sus opciones de medicación. Por lo tanto es crucial que los investigadores continúen desarrollando nuevas opciones de tratamiento.

Conocer mejor de la naturaleza del virus también ha llevado a entender mucho más la importancia de prevenir la infección del VIH. La investigación sobre una vacuna contra el VIH y los ensayos clínicos realizados no han conducido al desarrollo de una vacuna, pero sí que han aumentado el conocimiento base del VIH y, por tanto, deben continuar. La investigación en torno al desarrollo y uso de un posible microbicida es vital en un momento en el la mitad de las nuevas infecciones se producen en mujeres, mientras que la investigación de la conducta está ayudando a los científicos a desarrollar intervenciones que puedan preparar mejor a las personas a evitar la infección. Para ser más efectivos, los ensayos clínicos (de vacunas, microbicidas y nuevos tratamientos y terapias) deben de incluir una muestra representativa de aquellos grupos que actualmente están siendo más afectados por el VIH, incluyendo a mujeres y personas de color.

Por último, la investigación relacionada con el VIH debe basarse en la investigación científica—y su objetividad debe protegerse de cualquier ideología política. El Consejo de AIDS Action trabajará con sus miembros, el Congreso, la Administración, sus socios de coalición y el sector privado para apoyar la continuidad y la profundización de la investigación científica objetiva.

APÉNDICE B

Actuales listados de fármacos de los ADAPs estatales

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Actuales listados de fármacos de los ADAPs estatales

Estados y Territorios de los Estados Unidos	Número total de fármacos en el listado	NRTIs (10 fármacos aprobados)	PIs (8 fármacos aprobados)	No-nucleósidos (3 fármacos aprobados)	Inhibidores de fusión (1 fármaco aprobado)	Profilaxis IO (14 fármacos aprobados)	Otras medicaciones cubiertas
Alabama	31	9	8	3	0	7	3
Alaska	63	10	7	3	0	14	29
Samoa Americana	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Arizona	33	10	8	3	1	6	5
Arkansas	45	10	8	3	1	11	12
California	148	10	8	3	1	14	112
Colorado	18	9	6	3	0	0	0
Connecticut	181	10	7	3	1	13	147
Delaware	222	9	8	3	1	14	187
Distrito de Columbia	67	9	7	3	1	11	36
Florida	58	10	8	3	1	8	28
Georgia	50	10	7	3	0	11	19
Guam	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Hawái	89	10	8	3	0	14	54
Idaho	38	10	8	3	0	14	3
Illinois	71	10	8	3	1	13	36
Indiana	76	10	8	3	0	9	46
Iowa	36	10	8	3	1	6	8
Kansas	50	10	8	3	1	7	21
Kentucky	48	10	8	3	0	9	18
Louisiana	22	10	8	3	1	0	0
Maine	42	10	8	3	1	14	6
Islas Marshall	NR	NR	NR	NR	NR	NR	NR
Maryland	100	9	8	3	1	14	65
Massachusetts	Listado abierto	10	8	3	1	14	Listado abierto
Michigan	174	10	7	3	1	13	140
Minnesota	123	10	7	3	1	11	91
Mississippi	47	10	8	2	1	10	16
Missouri	275	10	8	3	1	12	241
Montana	134	10	8	3	0	11	102
Nebraska	27	10	8	3	0	2	4
Nevada	58	10	8	3	0	10	27
New Hampshire	Listado abierto	10	8	3	0	14	Listado abierto
New Jersey	Listado abierto	10	8	3	1	14	Listado abierto
Nuevo México	98	10	8	3	0	12	65
Nueva York	474	10	8	3	1	13	439
Carolina del Norte	55	10	8	3	1	11	22
Dakota del Norte	87	9	7	3	0	13	55
Islas Marianas Septentrionales	Listado abierto	10	7	3	0	14	Listado abierto
Ohio	74	10	8	3	1	11	41
Oklahoma	48	10	8	3	0	14	13
Oregon	59	10	8	3	1	14	23
Pennsylvania	75	10	8	3	1	14	39
Puerto Rico	118	10	7	3	1	13	84
Rhode Island	63	10	7	3	1	11	31
Carolina del Sur	51	10	8	3	1	10	19
Dakota del Sur	42	10	0	3	0	9	20
Tennessee	81	10	8	3	1	9	50
Texas	39	10	8	3	0	7	11
Utah	40	10	8	3	1	14	4
Vermont	77	10	8	3	1	12	43
Islas Vírgenes	34	8	7	3	0	5	11
Virginia	61	10	8	3	1	14	25
Washington	148	10	8	3	1	11	115
Virginia Occidental	31	10	8	3	0	5	5
Wisconsin	53	10	8	3	1	12	19
Wyoming	59	10	8	3	0	14	24

LEYENDA

Los números sobre fondo gris muestran estados y territorios que no incluyen todos los fármacos aprobados por la FDA o recomendados por las Directrices del Servicio de Salud Pública para cada clase en sus listados de fármacos en cobertura.

NR = información no recogida

Datos de:

National ADAP Monitoring Project Annual Report (Informe Annual de Seguimiento del ADAP Nacional); Danielle Davis, Chris Aldridge, Murray Penner, Jennifer Kates, Lei Chou, Mayo 2004 pp. 11-12.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Anti-retrovirales

El virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta los leucocitos (células CD4, también llamadas Células-T) del sistema inmunológico humano y los usa para multiplicarse creando nuevas copias del VIH. Ese proceso generalmente destruye las células CD4 y debilita el sistema inmunológico, dificultando la lucha contra otras infecciones. Por lo tanto, el tratamiento contra el VIH persigue, en parte, suprimir los niveles virales de VIH y restaurar y preservar el funcionamiento del sistema inmunológico.

Existen cuatro clases de anti-retrovirales aprobados por la Administración de Fármacos y Alimentos (FDA) para el tratamiento del VIH. Cada uno de los anti-retrovirales impide (o “inhibe”) alguna de las etapas decisivas del ciclo del VIH. Por eso, a los anti-retrovirales se les conoce como inhibidores. Los anti-retrovirales aprobados por la FDA son (Nota: los fármacos están citados por su nombre genérico y sus nombres comerciales aparecen entre paréntesis):

- **Inhibidores de la proteasa – 8 fármacos aprobados.** Los PIs bloquean (es decir, “inhiben”) el desarrollo de la enzima proteasa en el VIH impidiendo el desarrollo de células VIH maduras.
 - amprenavir (Agenerase)*
 - indinavir (Crixivan)
 - saquinavir (Fortovase or Invirase)
 - lopinavir/ritonavir (Kaletra)
 - fosamprenavir (Lexiva)
 - ritonavir (Norvir)
 - atazanavir (Reyataz)
 - nelfinavir (Viracept)

- **Inhibidores de la transcriptasa inversa nucleósidos (NRTIs) – 10 fármacos aprobados.** Los NRTIs usan cadenas defectuosas (nucleósidos) para impedir que el VIH replique su código genético (ADN). Cuando las Células-T utilizan esos grupos defectuosos, el nuevo VIH no puede desarrollarse correctamente y, por lo tanto, no se reproduce.
 - Abacavir (Ziagen)
 - abacavir + zidovudine + lamivudine (Trizivir)
 - didanosina (ddI, VIDEX VIDEX EC)
 - emtricitabina (Emtriva)
 - lamivudina (Epivir, 3TC)
 - zidovudina + lamivudine (Combivir)
 - stavudina (d4T Zerit)
 - tenofovir (Viread)
 - zalcitabina (ddC, Hivid)
 - zidovudina (AZT, Retrovir)

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

- **Inhibidores de la transcriptasa inversa no nucleosidos (NNRTIs) – 3 fármacos aprobados.** Los NNRTIs se unen a una enzima (transcriptasa inversa) en una célula-T e impide que la enzima convierta el ARN en ADN. Por tanto, el material genético de los VIH no puede ser incorporado al material genético de las células sanas y se impide que las células produzcan nuevos virus.
 - delavirdina (Rescriptor)
 - efavirenz (Sustiva)
 - nevirapina (Viramune)
- **Inhibidores de fusión – 1 fármaco aprobado.** Los inhibidores de fusión son una nueva clase de fármacos que impiden que el virus se introduzca en el interior de una célula y así detiene su multiplicación.
 - enfuvirtida (Fuzeon)

El tratamiento más efectivo contra el VIH, la Terapia Anti-retroviral de Gran Actividad (HAART), consiste en una combinación de diferentes anti-retrovirales. El éxito de la terapia depende en gran medida de la capacidad de adherencia al régimen terapéutico del paciente. Los estudios realizados demuestran que se requiere en torno a un 95% de adherencia para reducir las cargas virales a un nivel indetectable. La adherencia puede depender de diversos factores que incluyen el seguimiento de las dosis prescritas, la frecuencia de las tomas, si el fármaco se ha de acompañar con alguna comida para facilitar su absorción, si se ha de evitar algún tipo de alimentos, sus efectos secundarios y su toxicidad. Puede reforzarse la capacidad de adherencia educando al usuario en torno al régimen de tratamiento y teniendo en cuenta otros factores como el trabajo, el transporte, los problemas de salud mental o el abuso de drogas. El fallo de la adherencia puede provocar no solo la resistencia ante un solo medicamento, sino ante una clase entera. En consecuencia, contando con una amplia disponibilidad de medicamentos que permiten buscar combinaciones adecuadas para los regímenes de cada paciente, sería importante no solo aumentar las opciones de tratamiento, sino también ayudar a encontrar el régimen de tratamiento que facilite una mayor adherencia.

Dada la importancia de los anti-retrovirales para el tratamiento del VIH, AIDS Action recomienda que todos los estados contemplen el acceso a los 22 anti-retrovirales aprobados por la FDA. La situación actual de provisión de anti-retrovirales por los ADAPs estatales es:

- Actualmente, 38 estados y territorios cubren el uso de los ocho inhibidores de la proteasa aprobados. Otros 11 estados cubren el uso de 7 inhibidores de la proteasa. Colorado cubre seis PIs, mientras que Dakota del Sur no ha incluido hasta el momento ningún PIs. Todos los estados y territorios que cubren menos de los ocho PIs aprobados están resaltados en el gráfico con fondo gris. No contamos con información referente a tres territorios.

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

- Actualmente 47 estados y territorios cubren el uso de los 10 NRTIs aprobados. Otros 6 estados cubren el uso de 9 NRTIs y las Islas Vírgenes cubren 8. Los estados y territorios que cubren menos de los 10 NRTIs aprobados están resaltados en el gráfico con fondo gris. No contamos con información referente a 3 territorios.
- Actualmente 53 estados y territorios cubren el uso de los 3 NNRTIs aprobados. El único estado que no los cubre todos es Mississippi que cubre 2 (y está resaltado en gris). No contamos con información referente a tres territorios.
- Actualmente 33 estados cubren el uso del Fuzeon, el único inhibidor de fusión aprobado (cuyo uso fue definitivamente aprobado por la FDA el 15 de octubre de 2004, después de haber sido aprobado por un procedimiento de urgencia el 13 de marzo de 2003). Los estados que no cubren su uso están resaltados en gris. No contamos con información referente a tres territorios.

Medicaciones contra las infecciones oportunistas

Como hemos comentado anteriormente, el VIH debilita el sistema inmunológico haciéndolo menos efectivo en la lucha contra otras infecciones. A las infecciones que habitualmente no actúan sobre personas con sistemas inmunológicos normales, pero que afectan a las personas con sistemas inmunológicos dañados, incluidas las personas con VIH, se les llama infecciones oportunistas (OIs). El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) ha divulgado directrices sobre el tratamiento de 19 infecciones oportunistas (OIs) como la hepatitis C, la neumonía por *pneumocystis carinii* y la tuberculosis. Estas directrices se pueden encontrar en <http://www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/>. Las directrices ofrecen un listado de 14 fármacos que pueden usarse para la profilaxis (prevención) de las infecciones oportunistas.

- **Infecciones oportunistas – 14 fármacos recomendados**
 - acyclovir (Zovirax)
 - azithromycin (Zithromax)
 - cidofovir (Vistide)
 - clarithromycin (Biaxin)
 - famciclovir (Famvir)
 - fluconazol (Diflucan)
 - foscarnet (Foscavir)
 - ganciclovir (Cytovene)
 - isoniazid (INH)
 - itraconazol (Sporonox)
 - leucovorin (Wellcovorin)
 - pyrimethamina (Daraprim)
 - sulfadiazina (Microsulfon)

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

- TMP/SMX (Bactrim, Septra)

AIDS Action recomienda que todos los estados cubran el uso de los 14 fármacos recomendados para las infecciones oportunistas. Actualmente 16 estados los cubren todos. Solo 15 estados o territorios cubren menos de 10 fármacos para enfermedades oportunistas. Los estados que no los cubren todos están resaltados en gris. No contamos con información acerca de tres territorios.

Medicaciones adicionales

Por último, los estados incluyen otros fármacos bien en sus listados para tratar (en lugar de para prevenir) las infecciones oportunistas, o bien destinados a facilitar que los pacientes combatan los efectos secundarios de las medicaciones contra el VIH, el abuso de drogas, la depresión y otros problemas de salud mental, y otras enfermedades relacionadas con el VIH. Esos fármacos ayudan a los pacientes en su adherencia a la HAART y a evitar la aparición de resistencias. Dada la importancia de esos fármacos, AIDS Action recomienda que todos los estados mantengan un listado abierto de fármacos junto a las 22 medicaciones anti-retrovirales recomendadas y las 14 de profilaxis de las infecciones oportunistas.

Cuatro estados y territorios cuentan actualmente con un listado abierto que cubre todas las medicaciones. Estos estados y territorios son: **Massachusetts, New Hampshire, New Jersey y las Islas Marianas Septentrionales.**

APÉNDICE C

Crterios de inclusión médicos y financieros actuales por estado

Crterios de inclusi3n mdicos y financieros actuales por estado

Estados y Territorios de los Estados Unidos	% del FPL	Requisitos de inclusi3n mdicos del ADAP
Alabama	250%	
Alaska	300%	
American Samoa	NR	NR
Arizona	300%	
Arkansas	300%	CD4<350 o VL>55,000
California	400%	
Colorado	300%	
Connecticut	400%	
Delaware	500% (sliding)	
Distrito de Columbia	400%	
Florida	350%	
Georgia	300%	CD4<500 o VL>20,000
Guam	NR	NR
Hawaii	400%	
Idaho	200%	
Illinois	400%	
Indiana	300%	
Iowa	200%	
Kansas	300%	
Kentucky	300%	
Louisiana	200%	
Maine	300%	
Islas Marshall	NR	NR
Maryland	400%	
Massachusetts	<\$50,000 de ingresos brutos anuales	
Michigan	450%	
Minnesota	300%	
Mississippi	400%	
Missouri	300%	
Montana	330%	
Nebraska	200%	
Nevada	400%	
New Hampshire	300%	
New Jersey	500%	
Nuevo Mxico	300%	
Nueva York	<\$44,000 de ingresos brutos anuales	
Carolina del Norte	125%	
Dakota del Norte	400%	
Islas Marianas Septent	NR	
Ohio	500%	
Oklahoma	200%	
Oregon	200%	
Pennsylvania	<\$30,000 de ingresos brutos anuales	
Puerto Rico	certificado de indigencia	CD4<350 o VL>10,000
Rhode Island	400%	
Carolina del Sur	300%	
Dakota del Sur	300%	
Tennessee	300%	
Texas	200%	
Utah	200%	
Vermont	200%	
Islas Virgenes	220%	
Virginia	300%/330% en el norte de VA	CD4<500
Washington	300%	
Virginia Occidental	250%	
Wisconsin	300%	
Wyoming	200%	

LEYENDA

Los nmeros sobre fondo gris muestran estados y territorios que fijan la idoneidad financiera por debajo del 300% del Umbral de Pobreza Federal y los cuatro estados y territorios que fijan criterios de idoneidad mdica.

NR = Informaci3n no recogida

Datos de:

National ADAP Monitoring Project Annual Report (Informe Annual de Seguimiento del ADAP Nacional); Danielle Davis, Chris Aldridge, Murray Penner, Jennifer Kates, Lei Chou, Mayo 2004 pp. 11-12.

AIDS Action recomienda aumentar la portabilidad entre estados fijando el criterio m3nimo de inclusi3n para todos los ADAP estatales en ingresos anuales que no superen el 350% del Umbral de Pobreza Federal (FPL). El FPL para el 2003 para una persona sola era de 8.890\$. El 350% son 31.115 d3lares. Es importante tener en cuenta que el coste de un tratamiento para otros reg3menes de f3rmacos puede oscilar entre los 12.000\$ y los 20.000\$ anuales. AIDS Action recomienda que los estados sobrepasen el 350% del FPL. Esta recomendaci3n simplemente representa una base m3nima para permitir la portabilidad del ADAP.

Muchos estados y territorios ya han fijado el criterio de inclusi3n

en el 300% del FPL o cerca de 3l. Treinta y ocho programas estatales contemplan la inclusi3n en el programa para las personas que tengan ingresos anuales que no superen el 300% del Umbral de Pobreza Federal. Esos 38 programas cubren las medicaciones del 81,6% de todos los usuarios actuales del ADAP. En consecuencia, ser3a posible establecer un criterio m3nimo de inclusi3n sin un gasto excesivo (ver el ap3ndice D para el n3mero de usuarios cubiertos). Solo 14 estados o territorios colocan el criterio de inclusi3n por debajo del 300%. Est3n sealados en gris en el gr3fico.

Cuatro estados añaden a la inclusión financiera un criterio de inclusión médico. Estos estados son:

Arkansas – requiere un recuento de CD4 por debajo de 350 o una carga viral de más de 50.000 copias.

Georgia – requiere un recuento de CD4 de menos de 500 o una carga viral de más de 20.000 copias.

Puerto Rico – requiere un recuento de CD4 de menos de 350 o una carga viral de más de 10.000 copias.

Virginia – requiere un recuento de CD4 de menos de 500 copias.

AIDS Action no es partidaria de añadir la inclusión médica a la inclusión financiera, pero cree que los estados deberían medir esos criterios e informar llegar al Congreso para facilitarle la supervisión de los resultados del ADAP.

APÉNDICE D

Presupuestos de los ADAPs estatales actuales
Aportaciones estatales (en porcentaje)
Usuarios atendidos

La redefinición y modernización del Programa de Ayuda para Fármacos VIH (ADAP) de la Ryan White CARE Act

Recomendaciones de AIDS Action

Presupuestos de los ADAPs estatales actuales; aportaciones estatales (en porcentaje) y número de usuarios atendidos

Estados y Territorios de Estados Unidos	Presupuesto del Año Fiscal 2003	Aportación estatal en %	Usuarios atendidos por el ADAP (junio 2003)
Alabama	\$10,886,687	26%	983
Alaska	\$510,000	17%	28
Samoa Americana	NR	NR	NR
Arizona	\$8,861,540	11%	720
Arkansas	\$3,033,102	0%	350
California	\$163,400,968	40%	16,275
Colorado	\$7,998,807	14%	805
Connecticut	\$11,542,965	5%	1,080
Delaware	\$3,024,220	0%	198
Distrito de Columbia	\$12,960,419	3%	906
Florida	\$89,029,606	10%	10,175
Georgia	\$38,849,590	29%	3,646
Guam	NR	NR	NR
Hawaii	\$2,370,060	19%	181
Idaho	\$1,819,978	10%	90
Illinois	\$32,017,427	22%	2,899
Indiana	\$6,537,890	0%	45
Iowa	\$1,410,664	0%	173
Kansas	\$2,612,500	15%	338
Kentucky	\$4,972,909	2%	467
Louisiana	\$14,476,538	0%	1,748
Maine	\$851,284	7%	50
Islas Marshall	NR	NR	NR
Maryland	\$32,595,491	2%	1,617
Massachusetts	\$15,271,659	5%	864
Michigan	\$10,399,536	0%	837
Minnesota	\$4,307,008	23%	484
Mississippi	\$11,211,639	7%	565
Missouri	\$9,926,294	7%	1,137
Montana	\$475,000	0%	50
Nebraska	\$1,426,608	11%	154
Nevada	\$5,850,858	23%	525
New Hampshire	\$2,283,901	0%	174
New Jersey	\$42,153,028	0%	3,625
Nuevo México	\$5,352,144	62%	327
Nueva York	\$158,417,414	13%	12,331
Carolina del Norte	\$21,982,694	38%	1,898
Dakota del Norte	\$186,733	0%	21
Islas Marianas Septentrional	\$24,627	0%	1
Ohio	\$13,116,779	20%	1,941
Oklahoma	\$5,404,819	15%	504
Oregon	\$4,497,032	9%	755
Pennsylvania	\$35,057,292	27%	2,478
Puerto Rico	\$29,548,500	7%	2,032
Rhode Island	\$1,830,041	0%	260
Carolina del Sur	\$14,196,097	4%	1,266
Dakota del Sur	\$285,504	0%	29
Tennessee	\$9,927,566	0%	356
Texas	\$66,539,023	17%	7,007
Utah	\$2,345,455	0%	173
Vermont	\$556,740	31%	63
Islas Vírgenes	\$693,155	0%	65
Virginia	\$18,295,670	14%	1,571
Washington	\$13,720,854	36%	1,026
Virginia Occidental	\$1,769,316	8%	160
Wisconsin	\$4,267,940	2%	354
Wyoming	\$300,000	42%	18

AIDS Action mantiene la postura de que los estados deben ser animados a contribuir a los programas ADAP estatales. Actualmente 25 estados y territorios contribuyen con el 10% o más del total de fondos de su programa estatal. Esos estados y territorios están resaltados en gris (no contamos con información acerca de 3 territorios). Es una contribución significativa. AIDS Action propone que se creen incentivos para que se mantengan, inicien o aumenten las aportaciones de los estados.

26%
17%
NR

until it's over

AIDS ACTION