

Peligro triple

Resurgimiento de epidemias,
un sistema fallido de salud
pública y la indiferencia global
sobre la crisis en Venezuela

Octubre 2017
Impreso julio 2018



icaso
until **we** end aids

Agradecimientos

ICASO y Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) agradecen a las personas que viven con y afectadas por el VIH, tuberculosis y malaria en Venezuela por compartir sus historias, angustias y esperanzas.

También agradecen a todos aquellos valientes activistas comunitarios, doctores, académicos, investigadores y representante del Fondo Mundial y sistema de las Naciones Unidas por compartir información para este informe, a pesar del alto riesgo personal en algunos casos. Adicionalmente, agradecemos a Tamara Tarcuk Broner, Peter Bouckaert y otros en Human Rights Watch.

Este informe es el resultado del arduo trabajo de investigación, redacción y edición de textos por el personal de ICASO y ACCSI, con el apoyo profesional de Gemma Oberth, Javier Hourcade B., Jorge Saavedra y Rebeca Schleifer.

ICASO es una organización canadiense que actúa como una voz global en asuntos de VIH que impactan comunidades diversas alrededor del mundo. Nuestra incidencia política abanderará el liderazgo de la sociedad civil y las poblaciones clave en un esfuerzo conjunto de acabar con la epidemia del SIDA. Esto lo hacemos a través de alianzas de colaboración con personas y organizaciones en todas regiones y con diversos sectores, siempre con la visión de servir y empoderar a las comunidades. www.icaso.org.

Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) es una organización venezolana que trabaja para asegurar estrategias efectivas y coordinadas para proteger, promover y defender los derechos humanos de las personas que viven con VIH y otras poblaciones clave y vulnerables. www.accsi.org.ve.

Contenido

02	Resumen Ejecutivo
06	Introducción
07	Crisis y caos, la catástrofe del sistema de salud
18	El rol de la comunidad internacional: El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y malaria
25	Conclusiones
26	Una oportunidad para actuar
27	Notas



Una mirada a la crisis ...

Hay una crisis humanitaria sin precedentes en Venezuela. En 2017, el producto interno bruto se desplomó en un 12% y la inflación se elevó a 1.600%. El colapso económico dificulta o imposibilita, para la gran mayoría, el acceso a alimentos y medicamentos que salvan vidas. La respuesta global ha tenido una indiferencia pasmosa. La naturaleza política de la crisis significa que el acceso a información también es limitado, impidiendo los esfuerzos para lograr una respuesta efectiva. Se necesita de una mayor transparencia para forzar una acción global urgente.

Para documentar la emergencia sanitaria en Venezuela, ICASO y Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) realizaron una evaluación rápida durante septiembre de 2017. La revisión de la información disponible fue realizada conjuntamente con una serie de entrevistas a informantes claves, incluyendo personas que viven con VIH, doctores, activistas, académicos y representantes de la ONU. El enfoque también incluyó el resumen de la información generada de una consulta de emergencia convocada por comunidades afectadas (con apoyo de ICASO) en Caracas del 29 de septiembre al 1 de octubre de 2017.

Venezuela vive, sin duda alguna, una profunda emergencia sanitaria. Los casos de malaria han aumentado en un 205%, luego que el país había declarado su eliminación. No hay acceso a pruebas de tuberculosis para poblaciones vulnerables como prisioneros o comunidades indígenas. El número de muertes relacionadas con el SIDA en el país ha subido casi 75% desde el 2011. La escasez de alimentos y casos de malnutrición e inanición son cada vez más comunes. Las personas que viven con VIH y SIDA en Venezuela describen frecuentes ausencias de medicamentos como antirretrovirales y temen una inminente muerte.

El sufrimiento en Venezuela es palpable, mientras que la comunidad mundial todavía no ha implementado acciones decisivas. Eso es tanto moralmente reprochable como peligroso desde la perspectiva de salud pública. El resurgimiento de epidemias implica que el mundo no logrará los Objetivos de Desarrollo Sostenibles de salud, si continúa ignorando la catástrofe en Venezuela. Una solución es posible. Donantes bilaterales y multilaterales – incluyendo el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria – deberían atender urgentemente la crisis en Venezuela antes que sea demasiado tarde.

Resumen Ejecutivo

Venezuela está en el medio de una compleja emergencia humanitaria, sin precedentes y producto del mismo Estado, con amplias consecuencias sociales. Su Programa Nacional de SIDA, alguna vez puesto como ejemplo, ha colapsado con una escasez crónica de medicamentos y falta de condones y pruebas de diagnóstico, poniendo a miles de personas en riesgo de enfermedades prevenibles y muerte.

Las personas que viven con VIH, tuberculosis y malaria mueren a un paso cada vez más acelerado, mientras que los hospitales y farmacias no tienen productos básicos de salud. El sarampión y la difteria, que habían sido eliminados en Latinoamérica, regresaron con fuerza. La escasez de alimentos, malnutrición e inanición se propagan. En el último año, activistas venezolanos han acudido a instancias internacionales para demandar ayuda urgente. La respuesta ha sido una indiferencia pasmosa, pero necesitamos urgentemente de acciones: es un asunto de vida o muerte. Continuar ignorando este desastre humanitario implica que muchas más personas morirán y que las bases de la solidaridad mundial en la respuesta al SIDA, tuberculosis y malaria serán socavadas.

En septiembre 2017, ICASO y ACCSI realizaron una evaluación rápida de la data recolectada y el alcance y extensión de la crisis. Realizamos entrevistas con más de 30 activistas venezolanos en derechos humanos, SIDA y salud, proveedores de servicios, académicos y doctores, incluyendo algunos que arriesgaron su trabajo para poder compartir información de salud censurada. La data compartida por los informantes clave describe una emergencia de salud pública: los casos de malaria aumentaron en un 205%, luego que el país había declarado su eliminación; hay una ausencia casi completa de pruebas diagnósticas para tuberculosis en poblaciones vulnerables como prisioneros y comunidades indígenas; y existen unos niveles peligrosamente bajos (7%) de supresión viral en las personas que viven con VIH. Sus historias personales de angustias y frustración resaltan aún más la necesidad de una intervención urgente.

De la información emanada de los informantes clave, la conclusión es inobjetable: El Fondo Mundial no logrará los objetivos en su nueva estrategia (2017-2022), así como tampoco el mundo alcanzará los Objetivos de Desarrollo Sostenibles para la salud, si la comunidad internacional ignora la catástrofe de salud pública en Venezuela.

Casi seis meses han transcurrido desde que la Junta Directiva del Fondo Mundial decidiera sobre Venezuela (Gráfico 1) y todavía no se ha elaborado – y menos aún implementado- una respuesta integral, sostenible o

“La gente muere porque no hay tratamiento. La gente muere por causa de enfermedades prevenibles y tratables. La gente muere porque no hay voluntad política. Yo vivo con VIH desde hace 30 años y pienso que pronto moriré.”

PERSONA QUE VIVE CON VIH

“Estamos en el filo del abismo...no hay vacunas para ninguna enfermedad.”

PRESENTACIÓN DE JORGE
DÍAZ POLANCO
EN LA REUNIÓN SOCIEDAD CIVIL ANTE
LA CRISIS DE SALUD (CARACAS, 29
SEPTIEMBRE 2017)

alineada regionalmente. Aunque reconocemos los esfuerzos de las agencias regionales de la ONU (particularmente la Organización Panamericana de la Salud (OPS) UNICEF y ONUSIDA), los mismos no corresponden con la urgencia y necesidades, y tampoco son sostenibles. Como lo recomendó el Fondo Mundial en mayo 2017, se debe elaborar e implementar una respuesta regional integral y en la ausencia de acciones, la Junta Directiva del Fondo Mundial debe ofrecer un liderazgo más sólido y efectivo.

La crisis de salud en Venezuela es un síntoma y una consecuencia de las fallas en el sistema de salud mundial, que debería poder desarrollar una respuesta a cualquier crisis humanitaria sin importar el país o región donde esta crisis sea evidenciada. La devastación que se vive en Venezuela es perpetuada en parte por las reglas y regulaciones arbitrarias que rigen la elegibilidad para ayuda internacional. Es otra evidencia que la arquitectura de la salud mundial no está preparada para responder adecuadamente a emergencias y ha puesto al descubierto una brecha enorme en el marco de lo que debería ser una respuesta de salud mundial robusta y efectiva

Asimismo, a pesar que existe documentación extensiva, el gobierno de Venezuela niega que exista una emergencia – lo que sirve para que muchos gobiernos y algunas agencias de las Naciones Unidas desvíen su mirada.

Este informe describe un desastre en desarrollo: un sistema de salud en caos, sin disponibilidad de calmantes para el dolor, antibióticos o insumos de emergencia. Y mientras el mundo espera que el gobierno pida ayuda para una crisis que ellos mismos niegan que exista, el resto de la comunidad internacional no necesita esperar a que el país caiga en un caos más profundo, con la pérdida de vidas que esto causará.

El informe presenta un resumen de la crisis en Venezuela y describe el desastre de la salud pública como consecuencia. Al mismo tiempo hace una demanda urgente al Fondo Mundial para que intervenga. El documento contiene una serie de citas que fueron recogidas durante el proceso de entrevistas con los informantes claves. Las recomendaciones están resumidas a continuación.

“¿Cómo esperamos que el gobierno declare una emergencia humanitaria que ellos mismos crearon?”

ACTIVISTA VENEZOLANO DE DERECHOS HUMANOS

Punto de decisión

GF/B37/DP11

Aprobado por la Junta en:

4 de mayo 2017

La Situación de la Salud en Venezuela

1

La Junta expresa:

- a. Su preocupación constante por el resurgimiento de la malaria, la escasez de productos básicos críticos para el VIH y la tuberculosis y la crisis sanitaria en Venezuela y el impacto que pueda tener en la región; y
- b. Su apreciación por el compromiso de las comunidades, los grupos de la sociedad civil, la OPS, el ONUSIDA, la OMS y otros, y sus esfuerzos para crear conciencia y explorar soluciones para esta situación.

2

La Junta examinó detenidamente la situación, señalando que Venezuela no es actualmente elegible para el financiamiento del Fondo Mundial y hace un llamado a una respuesta regional coordinada a la crisis de salud en Venezuela y que aborde el impacto en la región incorporando socios, donantes y financiadores relevantes.

3

En tales circunstancias, en el contexto de una respuesta regional, el Fondo Mundial seguirá participando y, si es posible, apoyará la respuesta regional.

4

La Junta instruye al Comité de Estrategia y a la Secretaría que examinen circunstancias excepcionales en países no elegibles como parte de la revisión en curso de la Política de Elegibilidad.

Gráfico 1: Decisión de la Junta del Fondo Mundial 4 mayo 2017.

RECOMENDACIONES

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria fue creado como una ‘reserva para la guerra’ para enfrentar las tres enfermedades. Es necesario que el liderazgo de la Junta Directiva utilice ese espíritu de lucha con el fin de enfrentar la crisis en crecimiento de VIH, tuberculosis y malaria en Venezuela.

1

Específicamente, la Junta Directiva debería dar instrucciones inmediatas a la Secretaría para que realice las siguientes acciones en los próximos tres a seis meses:

- **Convocar una reunión con todos los aliados relevantes de la ONU y ONG para elaborar una respuesta regional integral** que dirija ayuda humanitaria a organizaciones que trabajan en el país, incluyendo OPS, ONUSIDA, ONG y organizaciones con base en la fe que tengan experiencia comprobada y acceso a las personas con más necesidades.
- **Reprogramar los fondos no gastados en subvenciones regionales de la sociedad civil para apoyar a las ONG venezolanas** para que ayuden y continúen monitoreando e informando sobre la situación.
- **Pedir a los Gerentes de Portafolio del Fondo que trabajan en países vecinos que evalúen el impacto actual del colapso del sistema de salud venezolano en países vecinos y reprogramen fondos para atender las necesidades urgentes** en las fronteras, particularmente en relación a la malaria, pero también para el VIH y tuberculosis.
- Convocar y apoyar a ONG venezolanas para que **elaboren una solicitud de financiamiento** que pueda generar un alivio inmediato, y monitorear e informar sobre desabastecimiento mediante el uso del mecanismo de subvención multi-país.

2

A largo plazo (18-24 meses) la Junta Directiva del Fondo Mundial debería:

- Usar el caso de Venezuela para **revisar y simplificar los criterios de elegibilidad para alinearlos mejor con la Estrategia del Fondo Mundial**, que se enfoca en combatir las tres enfermedades en “poblaciones clave y vulnerables afectadas desproporcionadamente por las tres enfermedades.”
- Revisar los criterios utilizados para determinar qué países tienen acceso al **fondo de emergencia** para asegurar en aquellos países con circunstancias similares a Venezuela, puedan cumplir con los criterios de elegibilidad.
- **Establecer un proceso de apelación para países y componentes de enfermedad no elegibles.**

3

Acciones requeridas por otras organizaciones:

- **UNICEF** y otras organizaciones que trabajan con mujeres embarazadas y niños deberían suministrar inmediatamente fórmulas lácteas a mujeres embarazadas que viven con VIH y madres de niños con VIH y expuestos al VIH.
- **ONUSIDA** debe convocar a todos los entes relevantes, incluyendo organizaciones internacionales y regionales de la sociedad civil, **sociedad civil** venezolana, ONG y aliados del sector privado para que elaboren un plan de acción práctico y financiable para enfrentar la crisis.
- **El Banco Mundial, donantes bilaterales y fundaciones privadas** – deberían financiar a la OPS y ONUSIDA para que suministren los medicamentos y productos necesarios en el país y financien a **instituciones académicas y sociedad civil venezolana** para documentar la crisis y realizar la investigación epidemiológica, especialmente entre poblaciones clave y vulnerables como las comunidades indígenas.
- **El sector privado y otros entes de apoyo pueden ayudar donando** comida, fórmulas lácteas, medicamentos, pruebas médicas, jeringas y otros productos esenciales.

4

El gobierno venezolano debe respetar, promover y cumplir con el derecho a la salud:

- Abriendo un corredor **humanitario** para permitir la entrada de ayuda al país;
- **Publicando sus investigaciones y boletines epidemiológicos; y**
- Presentando un estimado del costo y planes de salud para 2018.

Introducción

Venezuela es una nación de 31 millones de personas en la costa norte de América del Sur y es reconocida ampliamente como un país que depende de la exportación de petróleo para la importación de productos, con el fin de cubrir las necesidades básicas de su población.

A principios del 2000, los altos precios del petróleo impulsaron un boom económico que permitió al gobierno venezolano establecer políticas populistas que inicialmente activaron la economía y aumentaron el gasto social, reduciendo temporalmente la inequidad económica y la pobreza. Sin embargo, esas políticas luego fueron inadecuadas, debido a que sus excesos – especialmente un subsidio extremo de la gasolina – terminaron desestabilizando la economía del país. Eso generó una crisis con una hiperinflación (hasta 1.600% en 2017)¹ y una depresión económica² con desabastecimiento de productos básicos y un aumento severo en la pobreza, enfermedades, mortalidad infantil, malnutrición y crimen.^{3,4}

Los medios de comunicación, muchas veces con videos y documentos sacados del país clandestinamente, presentan las condiciones cada vez peores de los hospitales venezolanos.⁵ Los activistas que trabajan con personas que viven con o que están afectadas por VIH, tuberculosis y malaria han contactado a sus aliados internacionales para demandar una urgente ayuda humanitaria.

Este informe está basado en una investigación rápida realizada en septiembre 2017, incluyendo la revisión de documentos, así como también una serie de entrevistas con informantes clave que incluyó a personas que viven con VIH, doctores, activistas, académicos y representantes del sistema de las Naciones Unidas. Sus voces están entrelazadas en el documento. En muchos casos, los informantes claves pidieron anonimato por el miedo a repercusiones al compartir información confidencial sobre la salud que ha sido censurada por las autoridades. En todos los casos se les dijo a los entrevistados del propósito de esta investigación y ellos dieron su consentimiento informado. Algunos entrevistados compartieron informes, documentos, fotografías y videos para usarlos en este informe. ICASO resguarda todas las notas y grabaciones de las entrevistas.

“Algunas veces puedo encontrar medicamentos en el mercado negro, pero cuestan la mitad de mi salario. Pero ya no importa, he interrumpido tanto mis ARV que pienso que los medicamentos ya no hacen su efecto.”

PERSONA VIVIENDO CON VIH

Para darle mayor profundidad al análisis de los documentos y entrevistas con informantes clave, este informe también aprovechó las discusiones durante una consulta de emergencia, realizada por comunidades afectadas en Caracas, Venezuela. La consulta fue realizada entre el 29 de septiembre y el 1 de octubre del 2017 y organizada por Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI) y la Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+) con el apoyo de ICASO. Los participantes y presentadores incluyeron personas que viven con VIH, expertos en derechos humanos y SIDA, así como también representantes de las Naciones Unidas. Este documento incluye información de esa consulta, como la presentación de data e intervenciones y discusiones de los participantes, para así dar una perspectiva final de primera mano desde el centro de la crisis. Un informe de la reunión, así como de las presentaciones, están disponibles en www.icaso.org y en www.accsi.org.ve.

Crisis y caos, la catástrofe del sistema de salud

La drástica reducción de productos importados básicos ha contribuido a la inseguridad alimenticia y a una crisis de salud que afecta a toda la población, pero desproporcionadamente a los grupos vulnerables: recién nacidos y niños menores de 5 años (Gráfico 1), mujeres, prisioneros, comunidades indígenas y personas que viven con VIH y otras enfermedades crónicas. El desabastecimiento severo de medicamentos, productos médicos y alimentos se ha reportado desde el 2014.⁶ Ese desabastecimiento se intensificó en 2016 y 2017.⁷

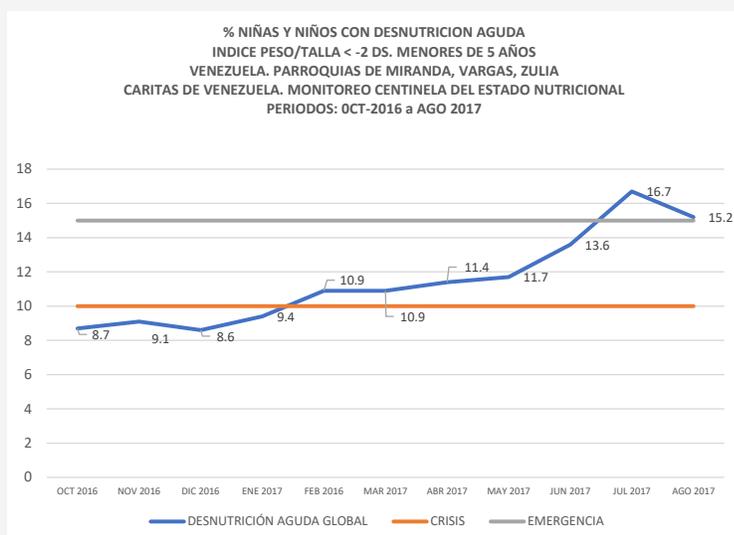
Los informantes clave que hablaron con ICASO dieron ejemplos que destacan el impacto de esos números en las vidas de las personas: por ejemplo, la canasta básica para una familia de cuatro personas cuesta el salario promedio de 90 personas. Un medio de comunicación reportó en septiembre 2017 que el costo de un cartón de huevos, aproximadamente US\$5, es el equivalente al 80% del salario mensual de una persona.⁸

La crisis económica descrita anteriormente ha impulsado un rápido deterioro de un sistema de salud que en algún momento fue próspero. Los hospitales han sido destruidos, sus equipos robados o están

“La crisis en Venezuela no es el resultado de un desastre natural. La crisis es causada por políticas fallidas, una grave inestabilidad política, una economía en ruinas y un gobierno que se niega a reconocerlo. ¿Cómo podemos esperar que el gobierno declare la emergencia humanitaria que ellos mismo crearon?”

ACTIVISTA VENEZOLANO DE DERECHOS HUMANOS

Gráfico 1: MALNUTRICIÓN AGUDA (GLOBAL ACUTE MALNUTRITION O GAM)



Caritas de Venezuela mantiene un registro de los niños y niñas menores de 5 años en las cinco parroquias más vulnerables. Este registro está basado en una red de sitios centinelas que permiten investigar y proteger a los niños con malnutrición aguda. La prevalencia de malnutrición aguda va en aumento y actualmente es mayor que el umbral endosado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 15% para considerarla como emergencia humanitaria.

Caritas de Venezuela. [Cuarto Boletín del Sistema de Monitoreo y Alerta Temprana Nutricional](#), agosto 2017.

Precio del cartón de leche en Venezuela

*basado en el valor de la moneda en el mercado negro, comparado con la tasa de cambio del 26 julio 2010

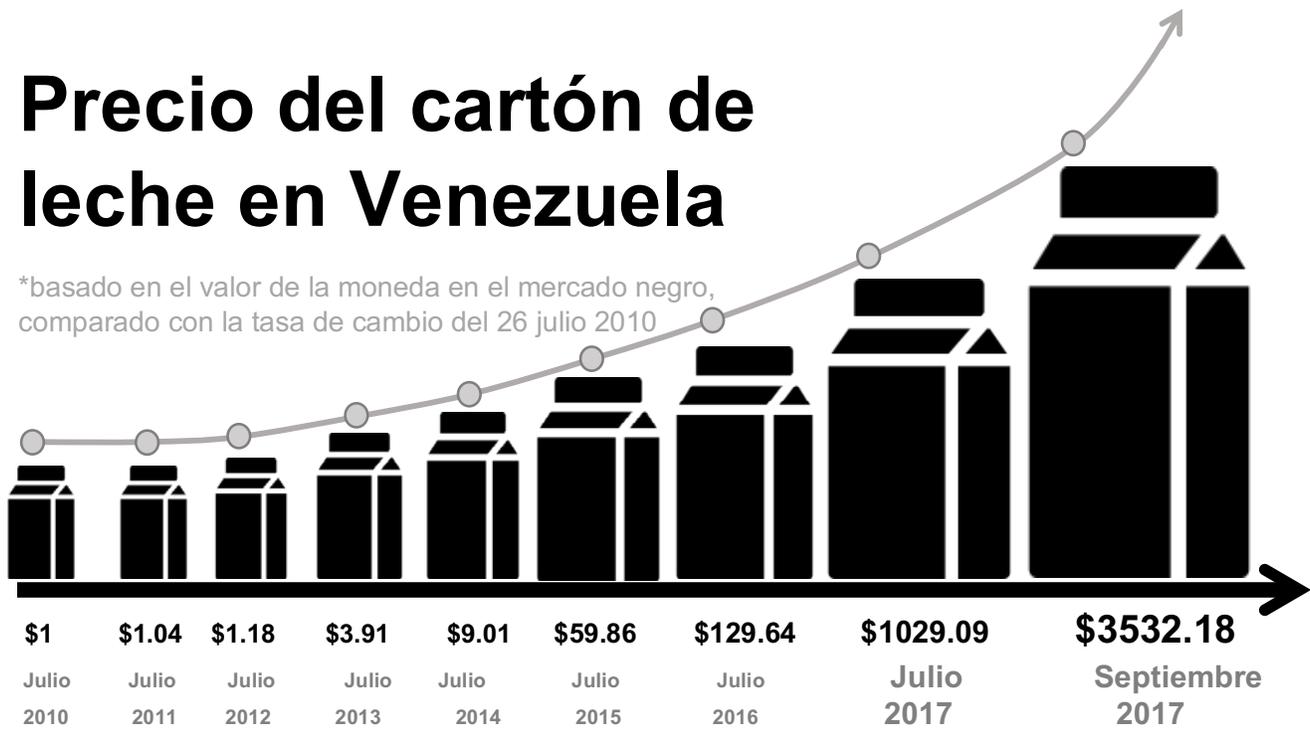


Gráfico 2: Precio de un cartón de leche en Venezuela⁹

en muy mal estado y las agujas y otros materiales quirúrgicos son reusados.¹⁰ En agosto 2017, un vocero del Colegio de Bioanalistas indicó, en una entrevista, que solo el 10% de la red pública y privada de laboratorios en el país estaban funcionando.¹¹ El Observatorio Venezolano de Salud (OVS), un centro de investigación en la Universidad Central de Venezuela en Caracas, estimó que en 2016 el 76% de los hospitales sufrieron escasez de medicinas, 81% no tenían material quirúrgico, 64% no tenían fórmulas lácteas pediátricas, algo clave para madres que viven con VIH, y 70% se quejaban de los cortes de agua. Esos números solo han aumentado.¹²

Un memo del gobierno (Gráfico 3), compartido con ICASO, da instrucciones al personal hospitalario para que no boten sino reúsen “agujas raquídeas, agujas peridurales, cánulas de mayo y tubos endotraqueales”. Recientemente, los medios de comunicación informaron que el Ministerio de Salud no suministrará más reactivos a los bancos de sangre por el resto del año.¹³

La escasez de medicinas es generalizada. En marzo 2017, el Observatorio Venezolano de Salud junto a Médicos por la Salud (una red de médicos de hospitales públicos) publicaron los resultados de la Encuesta Nacional Hospitalaria 2016 que encontró un severo desabastecimiento de medicamentos básicos en 76% de los



Gráfico 3: Memorándum del gobierno

hospitales encuestados, algo que además se empeora año tras año.¹⁴ De acuerdo con uno de los activistas de SIDA que conversó con ICASO, en junio 2017, una coalición de ONG venezolanas (CODEVIDA) que documentan el desabastecimiento de medicamentos reportaron que aproximadamente 70% de los medicamentos de la lista esencial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se encontraban en las farmacias por varios meses.

Que la data epidemiológica de Venezuela esté disponible es, en parte, gracias a la anterior Ministra de Salud. Antes de eso, se había interrumpido la publicación de los boletines epidemiológicos oficiales de Venezuela. A principios del 2017, la anterior ministra publicó retroactivamente los boletines correspondientes a 2015 y 2016¹⁵ que documentan un deterioro alarmante en el estatus de salud general de la población (por ejemplo, un aumento del 30% en la mortalidad en niños menores de un año). Luego que se publicó esa información despidieron a la Ministra.

Malaria

La mayoría de los países en el continente americano han presentado una tendencia descendiente considerable en la incidencia de malaria entre 2000-2014, menos Venezuela.¹⁶ Venezuela fue el primer país certificado por la OMS como libre de malaria en 1961.¹⁷ Hoy en día la epidemia está fuera de control (Gráficos 4 y 5) aumentando la amenaza de la resistencia a los medicamentos y poniendo en peligro los logros en países vecinos.

El gobierno está consciente de eso, debido a que ha sido ampliamente documentado por expertos y más recientemente evidenciado en los boletines oficiales que fueron filtrados. Uno de esos últimos boletines epidemiológico, publicado por el Ministerio de Salud, de la semana 25-31 de diciembre 2016 indicó un aumento del 76.4% de los casos de malaria en comparación con la misma semana en 2015.¹⁸

En esa sola semana se registraron 3.081 nuevos casos de malaria. Esto fue confirmado por el Dr. José Félix Oletta, renombrado especialista en enfermedades infecciosas y ex Ministro de Salud: la malaria ahora ha reaparecido en 20 de los 24 Estados en Venezuela (incluyendo el Distrito Capital donde se ubica la ciudad de Caracas) con nuevos casos que se registran en regiones tanto endémicas como no endémicas.²⁰ En el boletín epidemiológico oficial de julio 2017 filtrado a ICASO, se indica un rápido aumento de una forma de malaria difícil de erradicar, *plasmodium vivax* (*p. vivax*).²¹ Ese boletín indica que *p. vivax* ha aumentado a un 65.79% de todas las infecciones de malaria

“En 2017 tenemos 67% más casos que en todo el 2016. A este paso tendremos más de un millón de casos en un año. Esos eran los números que tenía Venezuela a principios del siglo XX. La malaria está fuera de control en Venezuela.”

DR. JOSÉ FÉLIX OLETTA, ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y EX MINISTRO DE SALUD

Venezuela, como sus países vecinos, sufre de dos formas de malaria: *plasmodium falciparum* y *p. vivax*. *P. vivax* puede causar varios relapsos con una sola picada de mosquito y requieren un tratamiento más largo y sostenido.²² En el boletín de salud oficial de julio 2017, se indica que mientras *p. vivax* representaba un 38.46% de todas las infecciones por malaria en diciembre 2016, eso aumentó a un 65.79% de todas las infecciones de malaria en julio 2017.²³

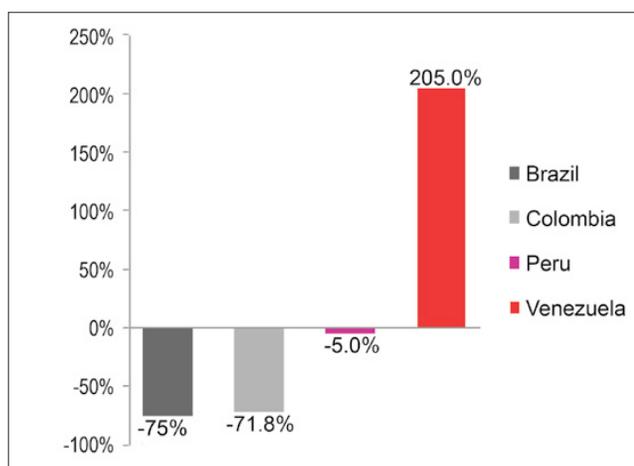


Gráfico 4: Variación (%) en casos de malaria en 2015 comparados con el 2010¹⁹

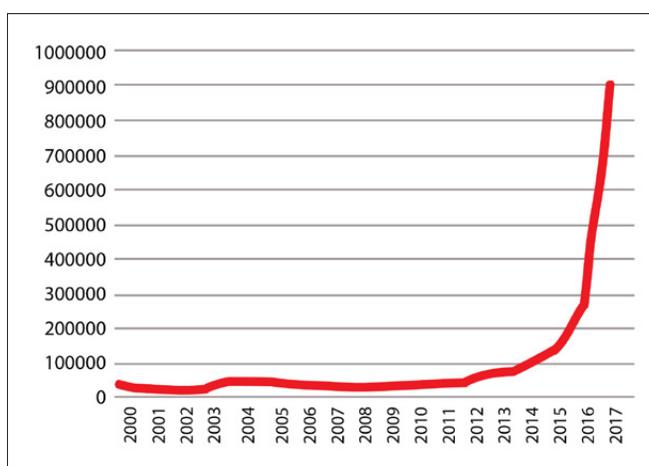


Gráfico 5: Casos nuevos, notificados de malaria en Venezuela 2000-2017

Sin embargo, no hay suficientes medicamentos para tratar efectivamente la *p. vivax*, lo que aumenta el riesgo de resistencia a los medicamentos como resultado de dosis sub-óptimas²⁴, incluyendo por partir pastillas entre familiares y miembros de la comunidad. Esto ha sido indicado en una reciente publicación en el *Malaria Journal*.²⁵ El Observatorio Venezolano de Salud también reportó un gran desabastecimiento de medicamentos contra la malaria.²⁶

Igualmente preocupa que la resistencia a los medicamentos pueda desarrollarse en las fronteras con otros países que están combatiendo la malaria. El Estado Bolívar históricamente ha registrado la incidencia más alta con un 74.3% en 2016.²⁷ El boletín epidemiológico oficial correspondiente a la semana 26 del 2017 indicó que el número de casos de malaria en 2017, hasta esa fecha, fue de 184 225, un aumento del 63% en comparación con el mismo período en 2016 y con el Estado Bolívar contribuyendo con 84.1% de los casos. Entre 60 000 y 70 000 personas que trabajan en las minas de oro en Bolívar vienen de otros estados. Ellos trabajan en las minas y luego regresan a sus casas. Muchos se llevan la malaria y por eso hay casos en la mayoría de los estados.

La crisis del Estado Bolívar es, por lo tanto, una crisis potencial para la región. En octubre 2016, 12 instituciones académicas y de salud venezolanas advirtieron conjuntamente sobre la epidemia de malaria, llamándola “una emergencia de salud pública de magnitud nacional e internacional” que requiere de ayuda de la comunidad internacional. Ese comunicado de prensa incluyó cifras que indican que, del total de casos de malaria importados

“En el segundo trimestre del 2017, cuatro miembros de la comunidad indígena Jodí salieron de su comunidad en Caño Iguana con un niño con malaria en búsqueda de ayuda. El niño murió antes de recibir la medicina.”

DOCTOR VENEZOLANO

que ha recibido Brasil de países vecinos en 2016 (2 100 casos), el 78% parecen venir de Venezuela. En Colombia y Guayana el 81% de los casos importados de malaria provienen de Venezuela.²⁸ En febrero 2017, la Organización Panamericana de la salud (OPS) emitió una alerta epidemiológica señalando el reciente aumento de casos de malaria en varios países de Latinoamérica incluyendo Colombia, Ecuador y Venezuela.²⁹

Tan dramáticas como son esas cifras en el actual año, el rápido deterioro combinado con el amplio desabastecimiento de medicamentos y el fallido sistema de salud, sugiere que el 2018 será aún peor para Venezuela y sus países vecinos.

“Muchos tuvimos esta terrible enfermedad [malaria] dos, tres y hasta cuatro veces (en el pasado año). Debido a la falta de tratamiento muchos murieron. Muchas veces teníamos que dividir el tratamiento entre dos debido a que no teníamos más pastillas.”

CARTA A LA COMUNIDAD INTERNACIONAL DE LAS 25 AUTORIDADES REPRESENTANDO A LAS COMUNIDADES JODÍ

Caja 1: Los Jodís



Los *Jodís*, un grupo indígena de aproximadamente 1 500 personas en los estados Bolívar y Amazonas (fronterizos con Brasil y Guyana), reportan el impacto de *p.vivax* and *falciparum*, y denuncian que están partiendo las pastillas porque no hay suficiente tratamiento. En mayo 2017, autoridades de las 25 villas Jodís publicaron una carta a la comunidad internacional, donde describen la emergencia de salud que viven. La carta indica que, en el 2016, se registraron 3 792 casos de malaria (*P. vivax* y *P. falciparum*) en el dispensario de una villa de 900 habitantes. Esto significa que la mayoría de la población (adultos y niños), contrajeron malaria dos, tres y hasta cuatro veces en un año. La carta describe cómo comparten los medicamentos limitados entre varios pacientes y hace un llamado a la ayuda urgente.

VIH y SIDA

Como con la respuesta a la malaria, el programa venezolano de VIH alguna vez fue citado como ejemplo internacional. Hoy en día ese programa colapsó dejando a miles sin acceso a medicamentos que salvan vidas. En la ausencia de data confiable, las comunidades de personas que viven con VIH se han organizado ellas mismas en todo el país para monitorear e informar sobre el desabastecimiento de medicamentos. Esta sección comparte alguna de esa data recolectada, analizada y publicada por grupos nacionales de la sociedad civil de personas que viven con VIH y sus proveedores de salud.

En Venezuela hoy en día hay cerca de 120 000 personas que viven con VIH (Gráfico 6).³⁰ La prevalencia nacional en adultos (15-49) es más alta que el promedio regional en Latinoamérica (0.6% en comparación con 0.5%).

Debido al frecuente desabastecimiento de los antirretrovirales (ARV), el número de muertes en Venezuela relacionadas con el SIDA ha aumentado casi tres cuartos, de 1 900 en 2011 a 3 300 en 2016 (Gráfico 7). Al mismo tiempo, el número de muertes evitadas debido a los ARV ha caído casi un cuarto, de 3 500 en 2011 a 2 700 en 2017. Con 6 500 nuevas infecciones en 2016, la epidemia continúa expandiéndose.

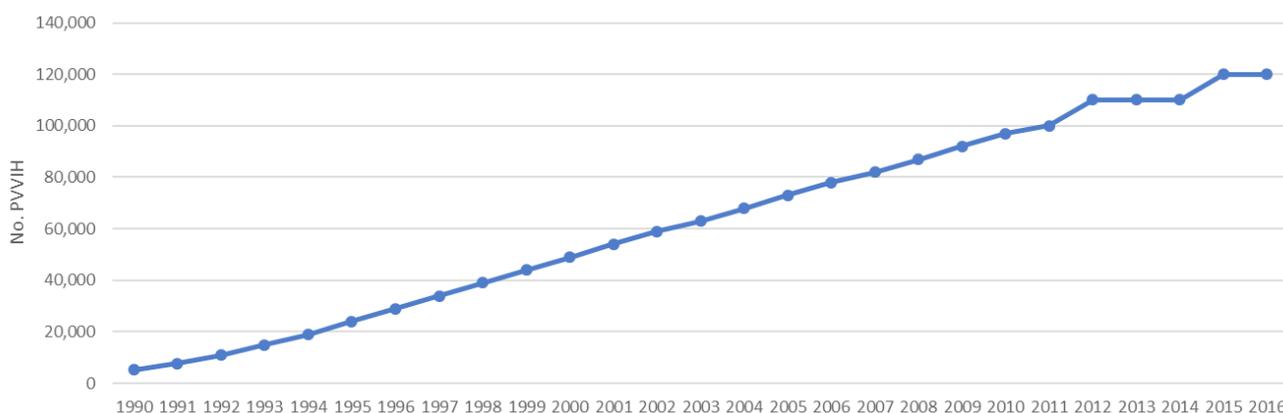


Gráfico 6: Personas que viven con VIH (todas las edades) en Venezuela³¹

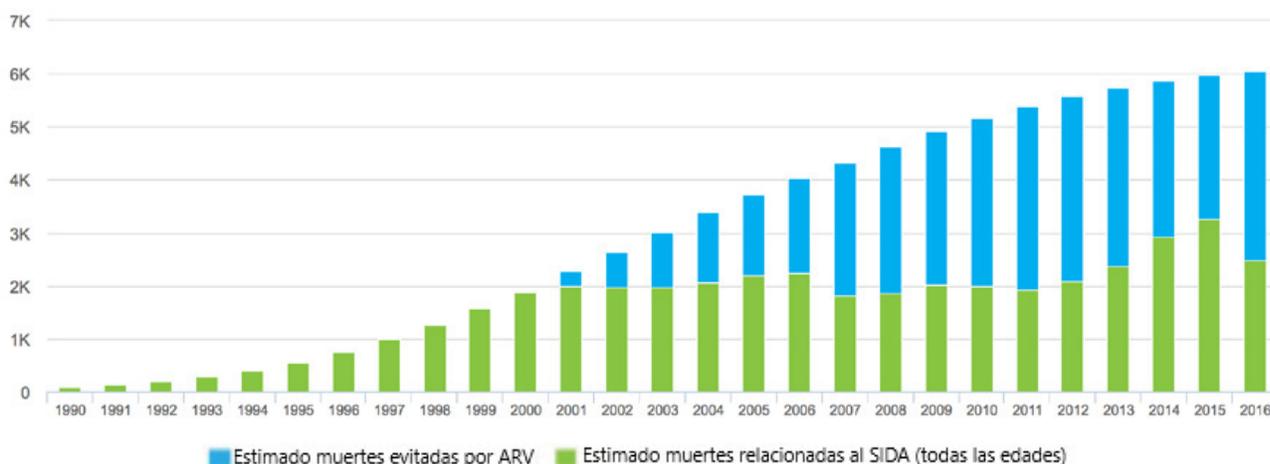


Gráfico 7: Número de muertes relacionadas al SIDA vs número de muertes evitables gracias a los ARV en Venezuela³²

El país no tiene data sobre cobertura de pruebas de VIH, uso de condones o conocimiento sobre el VIH en personas jóvenes. No hay data para poblaciones clave como trabajadoras sexuales, hombres que tienen sexo con hombres, prisioneros, personas transgéneros o personas que se inyectan drogas. El impacto social y los impulsores de la epidemia, como violencia de la pareja íntima y el estigma y discriminación tampoco se conocen.

Acceso a ARV y otros medicamentos

Hasta la actual crisis, el compromiso constitucional al tratamiento sin costo alguno logró que miles de personas tuvieran acceso a tratamiento antirretroviral, luego de ser diagnosticadas con VIH.³³ En teoría, el Programa Nacional de SIDA de Venezuela debe suministrar ARV sin costo en todos los 24 estados a través de la red pública de farmacias. Hasta la crisis, las personas que viven con VIH recogían su asignación de ARV en la farmacia local cada mes. En su mejor momento, el programa de tratamiento incluía hasta 12 combinaciones distintas de tratamiento para regímenes individualizados.

De acuerdo a ONUSIDA, actualmente hay 73.000 personas registradas para recibir tratamiento ARV³⁴ (aunque no lo reciban). Aproximadamente 57.000 son hombres y 16.000 son mujeres. Hay 1.298 niños (incluyendo adolescentes). No existe información sobre su género. Tampoco se ofrece información sobre poblaciones clave registradas para recibir tratamiento.

“Si el Programa Nacional de SIDA no tienen Atazanavir me dan Kaletra y luego Viraday o lo que tengan si tienen algo. No pueden hacer eso... no puedo cambiar mi régimen basado en la disponibilidad o falta de disponibilidad de ARV. No quiero morir ... pero moriré.”

PERSONA VIVIENDO CON VIH (DEL NOROESTE DE VENEZUELA)

Monitoreo del desabastecimiento de medicamentos

La Red Venezolana de Gente Positiva (RVG+) ha monitoreado el desabastecimiento de ARV en el país desde 2013 y más detalladamente desde 2015. La RVG+ asigna a un Punto Focal en cada una de las farmacias públicas en los 24 estados. Anteriormente, los Puntos Focales enviaban informes mensuales sobre la disponibilidad de ARV. Recientemente, debido al desabastecimiento de hasta 6 meses y la información discordante sobre cuándo deben llegar los medicamentos, la RVG+ ha iniciado un sistema de informes en tiempo real.

Desde el comienzo de 2016, la escasez ha sido ampliamente documentada. La Tabla 1, abajo, resume el desabastecimiento en los últimos 18 meses.

Basados en la observación directa de los servicios comunitarios e informes de estos Puntos Focales, la RVG+ estima que en aproximadamente diez por ciento de las personas que viven con VIH, la infección ha avanzado a

Tabla 1. Lista de desabastecimiento de ARV a septiembre 8, 2017, documentada por la RVG+.

Medicamento (ARV)	# de personas x mes
LOPINAVIR/RITONAVIR 200/50 mg x 120 tab.	20.940 (incluyendo niños)
RILPIVIRINA/TENOFOVIR/EMTRICITABINA 25/300/200 mg x 30 tab	550
Abacavir (líquido) + Lamivudina (tabletas de 150 mg o líquido) + Kaletra (líquido)	1.800 (niños)
Emtricitabine (200 mg), Efavirenz (600 mg) y Tenofovir (300 mg).	180 (adolescentes)
ATAZANAVIR/RITONAVIR 300x100mgs combinados	14.606
ABACAIVIR/LAMIVUDINE 600/300 mg x 30 tab.	15.836
EFAVIRENZ/TENOFOVIR/EMTRICITABINA 600/300/200 mg x 30 tab	18.200
EFAVIRENZ 600mg x 30 tab.	13.067
TENOFOVIR/EMTRICITABINE 300/200 mg x 30 tab.	13.116
LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE 150/300 mg x 60 tab.	10.454
RITONAVIR 100 mg x 30 tab.	16.389
RALTEGRAVIR 400mg x 60 tab	1.915

caso SIDA. Ellos indican que es difícil de confirmar, ya que el sistema público de salud no ha practicado pruebas de carga viral en los últimos 18 meses. Actualmente no existe un monitoreo oficial de muertes relacionadas con el SIDA.

Otras fuentes confirman el desabastecimiento general de medicamentos reportado por la RVG+. Desde 2003, Acción Solidaria (ACSOL), ha documentado la disponibilidad y desabastecimiento de medicamentos. De acuerdo con ACSOL los problemas de disponibilidad tienen años especialmente en aquellos Estados lejanos a la ciudad de Caracas. La escasez se empeoró desde 2016 con ausencias frecuentes y prolongadas de otras medicinas para VIH e infecciones oportunistas.³⁵ Esas interrupciones y cambios no programados generan un daño irreversible a largo plazo, incluyendo la resistencia a los medicamentos ARV. ONUSIDA publicó recientemente una data³⁶ sobre Venezuela que establece que solo un siete por ciento de las personas que viven con VIH tienen supresión viral.³⁷ La supresión viral (o indetectable) significa que el virus ya no es detectable en la sangre haciendo imposible su transmisión a la pareja sexual.³⁸ La resistencia a los medicamentos ARV actualmente no es monitoreada en Venezuela; los activistas informan que no se han practicado éstas pruebas en los últimos 18 meses y que los exámenes de genotipo y fenotipo tampoco han sido realizados por la escasez. En 2016, la Sociedad Venezolana de Infectología, personas que viven con VIH y médicos que trabajan en VIH en todo el país publicaron información sobre el desabastecimiento de medicamentos y su impacto.³⁹

Mujeres embarazadas que viven con VIH

De especial preocupación es el impacto de la falta de acceso a tratamiento por parte de mujeres embarazadas, nuevas madres y sus hijos. Con el conocimiento de su estatus de VIH y un adecuado tratamiento, las mujeres pueden prevenir la transmisión del VIH a sus bebés y recién nacidos durante el amamantamiento. Sin acceso a las pruebas necesarias, ni a los tratamientos ARV ni a las fórmulas lácteas, las madres que viven con VIH no tienen otra opción que amamantar, sabiendo que eso muy probablemente transmita el VIH a sus hijos en un contexto en donde el tratamiento pediátrico es difícil de obtener en el mejor de los casos. UNICEF opera en Venezuela, y ha donado algunos medicamentos para el VIH y otras enfermedades que afectan a mujeres y niños. UNICEF tiene una política que indica que en ciertas emergencias podría suministrar “sustitutos de leche materna”.⁴⁰ A pesar de su propia política en relación a las ‘emergencias en el área de nutrición’, UNICEF no suministra ni dona fórmulas pediátricas en Venezuela.

“Las (nuevas) madres deben amamantar debido a que no hay fórmulas. En Lara (un estado en el centro de Venezuela) usan leche fresca de cabra para alimentar a sus recién nacidos.”

RAIZA FARNATARO EN LA REUNIÓN ‘SOCIEDAD CIVIL ANTE LA CRISIS DE LA RESPUESTA AL VIH, TUBERCULOSIS Y MALARIA EN VENEZUELA’ (CARACAS 30 SEPTIEMBRE 2017)

Niños, niñas y adolescentes

De la población que vive en situación de pobreza (87% del total de la población)⁴¹ al menos 15% de los niños sufren de una malnutrición aguda con alto riesgo de enfermarse y morir. Sesenta y siete por ciento están malnutridos.⁴²

Actualmente existen 1.298 niños con tratamiento para el VIH, de acuerdo a la información ofrecida por el Programa Nacional de SIDA. Cerca del 70% tiene un diagnóstico confirmado y el resto ha sido expuesto y esperan por los resultados de las pruebas. En el noventa y dos por ciento de los casos, los niños adquirieron el VIH por transmisión vertical. La inexistencia de fórmulas lácteas juega un rol negativo en toda esta situación. Venezuela había implementado recomendaciones internacionales sobre el amamantamiento por parte de mujeres que viven con VIH. Ahora las mujeres enfrentan este dilema: amamantan o se arriesgan a la malnutrición y hasta la inanición de sus hijos.

En el caso de niños y niñas que viven con VIH (que incluyen a adolescentes), la cifra preocupante es la que no conocemos: ¿cuántos niños viven con VIH sin saberlo?

MÉDICO PEDIATRA EN HOSPITAL DE NIÑOS

La infección por neumococo y otras enfermedades están matando a los niños. Esto es una muestra de la decadencia estructural. Esas infecciones son fácilmente prevenibles mediante la vacunación, un pilar de la salud pública preventiva y algo que en Venezuela se hacía bien. La reaparición de estas infecciones indica que los niños no reciben la atención básica que podría mantenerlos saludables y vivos. Los niños menores de 5 años que viven con VIH tienen 100 veces más probabilidades de desarrollar infecciones con neumococo y no ha habido vacunas en los últimos 18 meses.

Poblaciones clave y VIH

Informantes clave, incluyendo expertos y activistas del VIH, le comunicaron a ICASO que el país carece de un estudio de prevalencia nacional, o investigación sobre las poblaciones clave. Por eso, el último Plan Estratégico Nacional sobre el SIDA (PEN 2012-2016) solo hace una vaga referencia a las poblaciones clave.⁴³ El índice de prevalencia entre hombres que tienen sexo con hombres se basa en un grupo auto-reportado en un estado en 1997.⁴⁴ En 2016 un estudio de Perez-Brumer y colegas encuestó a 2.851 hombres sexualmente activos que tienen sexo con hombres a través una red virtual. La prevalencia de VIH auto-reportada por los mismo encuestados fue de 6.6%.⁴⁵

Grupos indígenas

Estudios académicos han reportado una extremadamente alta prevalencia del VIH en comunidades indígenas como los Warao (ver caja 2). En 2013, Villalba y colegas encontraron una prevalencia “dramáticamente alta” del VIH (de 9.55%) en 576 waraos que participaron en una encuesta.⁴⁶ La población Warao es de aproximadamente 25.000 personas. Los hombres tienen una prevalencia del 15.6% y las mujeres del 2.6%. El estudio señaló que más de la mitad de las infecciones habían ocurrido el año anterior.

Caja 2: Los Waraos



En noviembre 2015, un grupo de médicos liderados por el doctor Martín Carballo fue al Delta a llevar ARV a las personas que habían tenido un diagnóstico positivo el año anterior. Lo que encontraron después de varios días de viaje en la jungla, fue la inexistencia de una infraestructura de salud que los dejó asombrados. Pudieron prestar algunos servicios básicos de salud e introdujeron el concepto ‘foráneo’ de antirretrovirales a los Warao. Habían llevado suficientes medicamentos para 3 meses. Cuando el doctor Carballo regresó, reflexionaba que, si la prevalencia era realmente 10%, necesitaban tratamiento para 2.500 personas. Solo habían llevado para 60.

Tucupita, Delta Amacuro.
Photo: Erik Cleves Kristensen

Tuberculosis

El Programa Venezolano Integrado para el Control de la Tuberculosis, fundado en 1936 era un “ejemplo en el campo de la salud pública”.⁴⁷ La información epidemiológica de la OMS y OPS sobre tuberculosis (TB) publicada en línea es de 2015.⁴⁸ La información de 2016 fue compartida por entrevistados con acceso privilegiado a la información y documentos oficiales del Ministerio de Salud.

La falta de data oficial de salud hace que el tema de la documentación sobre asuntos relacionados con la tuberculosis sea un reto para este informe. Algunos expertos que conversaron con ICASO compartieron información sin publicar que sugiere un aumento rápido de la incidencia.

Durante una reunión para evaluar el Programa Nacional de Tuberculosis, organizada a por la OPS y la OMS⁴⁹ se presentó la siguiente data:

- Cincuenta y dos por ciento de todos los nuevos casos fueron encontrados en cinco estados, que muestran una incidencia mayor del 30.0 X 100.000 habitantes: Distrito Capital (79.89), Delta Amacuro (50.53), Portuguesa (38.82), Amazonas (38.79) y Cojedes (31.09).
- Los grupos más afectados identificados fueron: personas indígenas (631 casos), personas diabéticas (618 casos), personas privadas de libertad (588 casos), personas que viven con VIH (585 casos), personal de salud (150 casos) y contactos de pacientes con resistencia múltiple a medicamentos (7 casos).

Activistas y expertos en tuberculosis a nivel nacional e internacional que conversaron con ICASO y ACCSI, describieron un patrón de importantes deficiencias: falta de pruebas de PPD (sensible a *tuberculina*) en la mayoría de los hospitales y de PCR (*cadena de reacción polimerasa*) fuera de Caracas; falta de acceso a muchos exámenes críticos excepto en laboratorios privados a altos costos (incluyendo serología, cultivo bacterial, anatomía patológica, exámenes Ziehl Neelsen, exámenes de amplificación ADA y ADN); falta de medicamentos para efectos secundarios; transferencias frecuentes entre clínicas para poder completar exámenes del tórax y sanguíneos; interrupciones de tratamientos; y falta de personal entrenado en algunas áreas del país. Adicionalmente, ellos describen la subestimación de la TB y co-infección TB/VIH en grupos indígenas y la falta de descarte del VIH en pacientes con TB.

“La principal barrera para obtener información epidemiológica sobre la tuberculosis es el rol dominante de los militares que controlan el acceso a la data relacionada con la enfermedad y su falta de voluntad de publicarla.”

MÉDICO ESPECIALISTA EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS
Y MIEMBRO DE LA SOCIEDAD
VENEZOLANA DE INFECTOLOGÍA

El rol de la comunidad internacional: El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y malaria

El Fondo Mundial es un mecanismo de financiamiento internacional para asuntos de salud, fundado en 2002, que reúne recursos de los gobiernos y fundaciones privadas, y los redistribuye a los programas nacionales y regionales de salud elegibles.

La elegibilidad para recibir financiamiento del Fondo Mundial⁵⁰ está estrictamente gobernada por dos criterios:

- a. Una calificación por ingreso de país (basada en el promedio a tres años de la Renta Nacional Bruta *per cápita* (RNBpc), tal como lo reporta anualmente el Banco Mundial);⁵¹
- b. La carga de enfermedad (basada en data reportada por las agencias de salud de las Naciones Unidas, que también es usada para evaluar a un subgrupo de países de ingresos medio-alto que podrían no calificar de la otra manera.⁵²

Los países deben ser elegibles por “dos períodos de elegibilidad” consecutivos (por ejemplo, años), para así ser elegibles al financiamiento del Fondo Mundial y, aun así, si ese fuera el caso, no siempre reciben una asignación. Hay una cantidad de excepciones y exclusiones que afectan a los países de ingresos medio-altos que estén en el Grupo de los 20 (G-20) o en la lista de Asistencia para el Desarrollo Internacional del Comité de Ayuda al Desarrollo (OECD DAC) o que son pequeños estados insulares.⁵³ Venezuela nunca ha sido elegible al financiamiento del Fondo Mundial debido sus altos ingresos medidos por la RNBpc.

Entendiendo la elegibilidad

Un país de ingresos medio-alto (PIMA) es elegible si el promedio de ingresos en dos años consecutivos es menor a “ingreso alto”. En 2015, Venezuela era considerada como de “ingreso alto”, pero la clasificación fue revisada en 2016 a ingreso medio-alto y en 2017 continua como PIMA (como Perú y Colombia, beneficiarios de dinero del Fondo Mundial). Por lo tanto, en términos de ingresos, Venezuela es elegible para recibir apoyo del Fondo Mundial ya. Sin embargo, un PIMA necesita cumplir con ciertos criterios en términos de carga de la enfermedad. En el caso del VIH debe tener ya sea 1% o más de índice de prevalencia en la población en general o al menos 5% en una población clave (tal como lo define el Fondo Mundial: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas que usan drogas o personas transgéneros). Venezuela no tiene 1% de prevalencia del VIH en la población en general y no hay información o estudios que validen el índice de prevalencia del VIH en cualquiera de esas poblaciones clave.

Sin embargo, muchos países en la región tienen una prevalencia mayor de 5% en hombres que tienen sexo con hombres. Con el empeoramiento de la crisis de salud en 2016, activistas venezolanos en el área del SIDA estuvieron entre los grupos más visibles que sonaron las alarmas a los aliados internacionales. En junio 2016, La RVG+ escribió una carta al presidente y vice-presidente de la Junta Directiva y al director ejecutivo del Fondo Mundial describiendo las condiciones en Venezuela (Gráfico 8) y le solicitaron al liderazgo del Fondo Mundial que aprobara “una excepción para brindar ayuda urgente y humanitaria en VIH-SIDA y tuberculosis, literalmente no solo estamos sufriendo hambre, sino que también nos estamos muriendo porque nuestro sistema de salud está totalmente colapsado y sin capacidad de respuesta.”

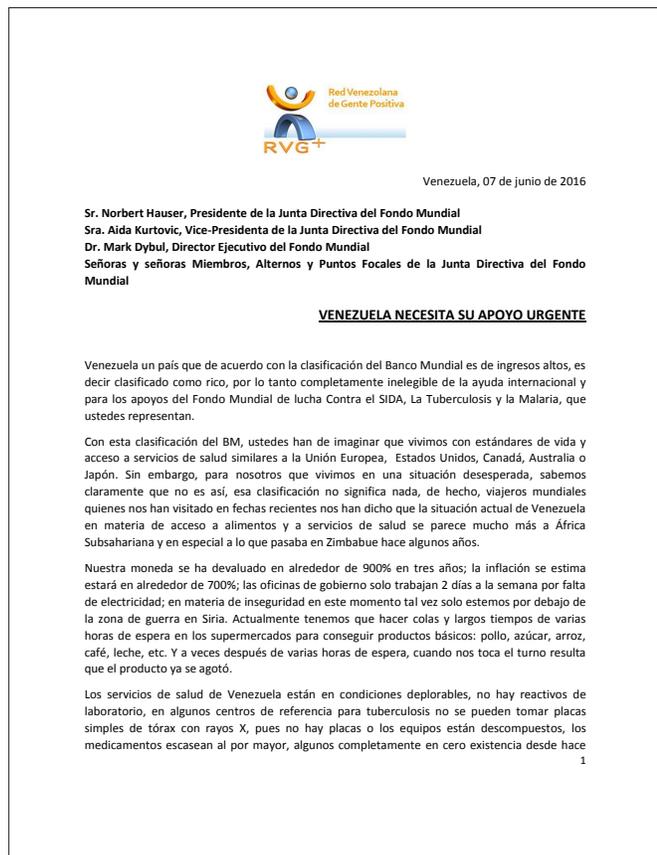


Gráfico 8: Carta de la RVG+ al Fondo Mundial junio 2016

Por razones que nadie ha podido explicar públicamente, el Fondo Mundial esperó siete meses antes de responder. En la respuesta (Gráfico 9), el Fondo Mundial declinó a dar ayuda: “como ustedes indican correctamente, y de acuerdo con los umbrales de la RNB *per cápita* publicados por el Banco Mundial para la calificación de ingresos, Venezuela está entre los países de más altos ingresos fuera del OECD y por lo tanto no es elegible. Como agencia que se basa en donaciones de muchos actores interesados, el Fondo Mundial no puede hacer una excepción a la regla.”

La respuesta a esa negativa categórica de ayuda fue inmediata y severa. ICASO, la Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+) y la AIDS Healthcare Foundation (AHF), entre otros, denunciaron la respuesta.⁵⁴ Una petición en línea exhortando al Fondo Mundial a ofrecer un financiamiento excepcional para Venezuela recibió más de mil firmas.⁵⁵ Los activistas en SIDA también respondieron a la carta pidiendo al Fondo Mundial que revisara su respuesta. Las tres delegaciones de la sociedad civil (países desarrollados, países en desarrollo y comunidades que viven con las tres enfermedades), así como la delegación de Latinoamérica y el Caribe reclamaron formalmente la manera como el Fondo Mundial respondió originalmente.

Debido a las acciones anteriores, en febrero 2017, el liderazgo del Fondo Mundial volvió a responder, esta vez con una carta más conciliadora (Gráfico 10). Ellos ofrecieron ayudar a Venezuela para que tenga acceso a productos a precios competitivos, a considerar una subvención multi-país sobre malaria y trabajar con la OPS en la adquisición de medicamentos.

Un comentario de AIDSPAN aplaudió cautelosamente esta segunda respuesta, pero planteó la pregunta de por qué el Fondo Mundial no puede ser más flexible, tal como lo hizo en el pasado.⁵⁶

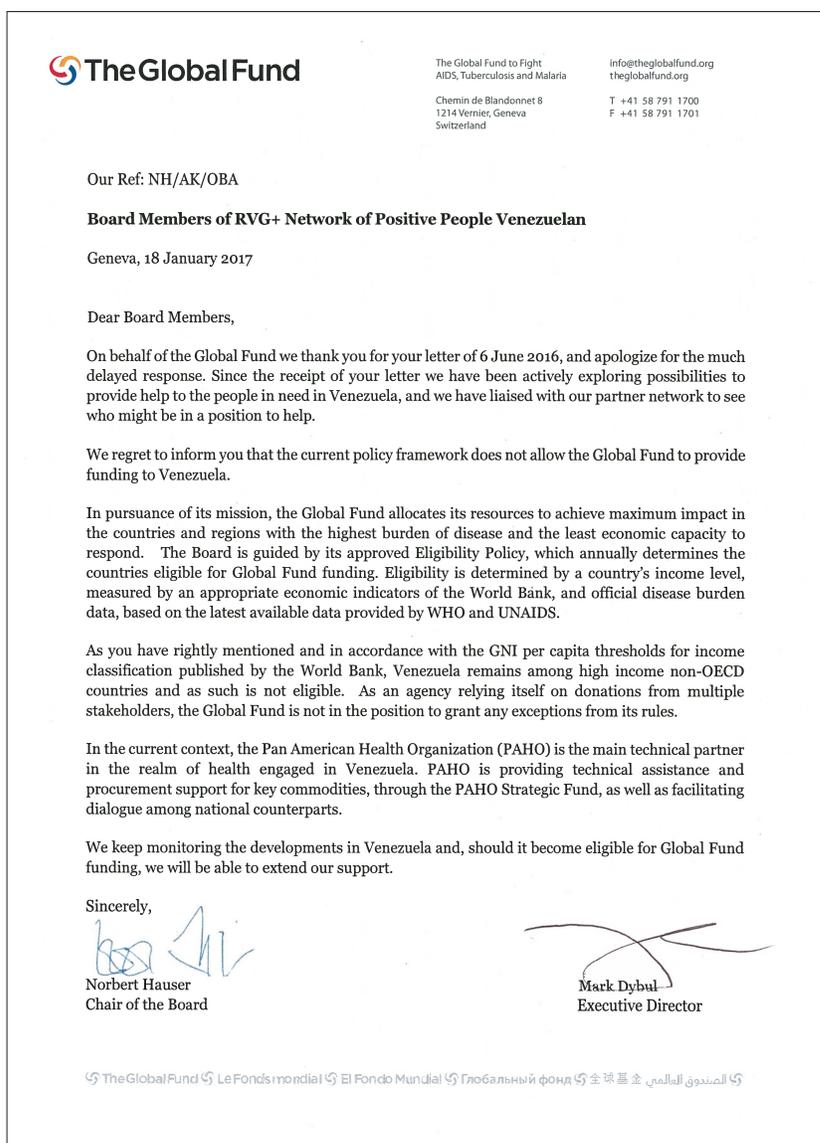


Gráfico 9: Primera carta del Fondo Mundial en respuesta a la RVG+ *

*la traducción al español de esta carta se encuentra [disponible aquí](#).

Our Ref: OED/MD/DM/HF/NH/SI/2017.02.02-Venezuela

Board Members of RVG+ Network of Positive People Venezuelan

Geneva, 02 February 2017

Dear Colleagues,

We'd like to take this opportunity to clarify our previous letter of 18 January 2017, which did not fully describe the Global Fund's work with partners or potential to assist in a response in Venezuela.

The Global Fund has been following the developments and remains very concerned about the effect of the current crisis on the people of Venezuela, the public health system, and on HIV, TB, and malaria.

We are working closely with the leadership of Pan American Health Organization (PAHO) and UNAIDS as the agencies best placed to lead the response to this crisis. The Global Fund has never operated a country grant in Venezuela and therefore must work behind these lead organizations, particularly because the government has not requested health assistance.

As previously stated, the Global Fund Board has established clear eligibility requirements on which countries can apply for grants and these are weighted towards countries with the highest disease burden and the lowest economic capacity. Venezuela remains ineligible for a country grant.¹

However we are collaborating with our colleagues at the PAHO, UNAIDS and other partners on the ground to assess ways in which we could potentially assist in a response. Specifically, the Global Fund would consider any requests for assistance from partners who are leading in the response for:

- Access to competitive pricing for emergency procurement of commodities which (while requiring a Board exception) could support a short-term to response with regards to essential commodities for HIV, TB and malaria;

¹ The Global Fund's eligibility policy (which was approved by the Board in April 2016), requires countries to be eligible for at least two consecutive determinations/years in order to be eligible to receive an allocation of funding and that to determine income classification the Global Fund uses an a three-year average of GNI per capita.

- Longer-term support through a multi-country malaria grant to provide support to address the regional consequences of Venezuela's increasing malaria rates;
- Other needs that the Global Fund can provide within our mandate and resources.

In addition, the Global Fund has negotiated prices for ARVs through our framework agreements and PAHO is accessing these competitive prices to procure ARVs for its member countries, including Venezuela.

We will continue to closely monitor the situation and work with the lead agencies. We stand ready to consider requests any specific requests for assistance.

Sincerely,



Norbert Hauser
Chair of the Board



Mark Dybul
Executive Director

Gráfico 10: Segunda carta del Fondo Mundial a la RVG+ (febrero 2017) *

*la traducción al español de esta carta se encuentra disponible [aquí](#).

En los siguientes meses, en preparación para la reunión de Junta Directiva de mayo 2017, el debate continuó tras bastidores, incluyendo en la delegación Latinoamericana y del Caribe. La incidencia política interna y externa tenía varias metas, entre ellas que el Fondo Mundial reconociera la situación de Venezuela como una crisis y que la Junta Directa instruyera a sus aliados técnicos y a la Secretaría a calcular la necesidad de recursos para las tres enfermedades. La OPS realizó algunos estudios para calcular las necesidades de medicamentos para las tres enfermedades y lo presentó al Fondo Mundial.

Los principios que dieron origen al Fondo Mundial, tal como están establecidos en el Documento Marco, claramente establecen que distintos criterios de elegibilidad son ‘esenciales’, incluyendo “el potencial de un aumento rápido de la enfermedad” y “compromiso político, medido por una serie de indicadores”.⁵⁷ El Documento Marco indica que “se podrían hacer excepciones para países en circunstancias especiales (como países en conflicto).” Pero los criterios usados para evaluar la elegibilidad de hoy en día tienen poca relación con el enfoque inicial del Fondo, que veía a la movilización de recursos como una “reserva para la guerra” (*war chest*) para luchar contra las tres enfermedades. Quince años más tarde, el Fondo Mundial se ha posicionado más como un actor en el área del desarrollo, apoyando a países mientras transitan la línea del desarrollo hacia un estado permanente de sostenibilidad. Sin embargo, el caso de Venezuela desafía esos conceptos lineales de desarrollo, como un país que alguna vez logró todo lo que podría esperar en términos de desarrollo económico – incluyendo la meta elusiva de erradicar la malaria - y cómo rápidamente está perdiendo todo lo ganado.

El caso también señala las maneras como las enfermedades infecciosas no respetan fronteras nacionales: la RNB *per cápita* de un país no dice nada sobre su habilidad o deseo de responder a las necesidades de salud de las comunidades más marginadas en las fronteras nacionales – comunidades indígenas y rurales, migrantes y refugiados, quienes frecuentemente cruzan a países vecinos. A pesar de que la estrategia actual del Fondo Mundial se basa en las poblaciones más afectadas, el enfoque en la RNBpc limita el grado en el cual el Fondo puede dirigir financiamiento a las comunidades que más lo necesitan.

Con el avance de los debates en la Junta Directiva, varias reglas y excepciones parecen excluir a Venezuela de la elegibilidad. Como país con ingresos medio-alto, Venezuela podría potencialmente ser elegible, si evidencia una carga de enfermedad alta, severa o extrema en VIH, tuberculosis o malaria. Para VIH, eso incluye la prevalencia nacional de más del 1% y de un 5% en las poblaciones clave (ver tabla 2). La ausencia de data epidemiológica oficial hace difícil esa estimación. Un representante de la ONU que habló con ICASO señaló que ONUSIDA argumentó al Fondo Mundial que un estudio académico publicado sobre la prevalencia en las comunidades indígenas Warao debería ser suficiente para declarar elegible a Venezuela. Sin embargo, la Secretaría del Fondo Mundial respondió que las poblaciones indígenas no son reconocidas como poblaciones clave.

Una última opción propuesta por los activistas fue que se financie la ayuda a Venezuela con un fondo de emergencia para situaciones críticas creado por el Fondo Mundial, como fue el caso de programas de salud para refugiados de Siria. Sin embargo, Venezuela no es elegible al financiamiento del Fondo Mundial y tampoco para el fondo de emergencia - que también fue reducido por la Junta Directiva de 30 millones, presupuestados inicialmente, a 20 millones. Como un oficial de la Secretaría mencionó “tenemos cuatro países elegibles este año y 20 millones no es suficiente para atender las necesidades de Venezuela.”

El monto actual necesario es, en sí mismo, difícil de calcular debido a la falta de data. Para finales de julio de 2017, un ejercicio de estimación de un grupo de expertos usando data del Programa Nacional de SIDA de Venezuela y la lista de precios de medicamentos esenciales de la OMS, crearon un estimado mensual: para suministrar ARV a todas las personas que los necesitan por 6 meses, se requieren de unos 12 millones de dólares, algo más cercano a 35 millones de dólares si incluimos sustitutos de leche materna y kits de detección rápida del VIH. Los cálculos para las otras dos enfermedades no estaban disponibles.

La única manera que el Fondo Mundial pueda financiar programas en Venezuela es que la Junta Directiva apruebe una decisión específica para ese país. Los activistas presionaron por esa vía a varios delegados de la Junta Directiva. En la reunión de Junta Directiva de mayo del 2017 se consideraron varias opciones en una sesión cerrada. El punto de decisión aprobado por la Junta Directiva expresó que ‘continúa la preocupación sobre el

Tabla 2: Indicadores de carga de morbilidad⁵⁸

	VIH*	TUBERCULOSIS*	MALARIA* ‡
Categoría	<i>Prevalencia del VIH en la población y/o en poblaciones clave</i>	<i>Combinación de la tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes (todas las formas, incluidas las recaídas); junto con la lista de la OMS de países con carga de enfermedad elevada (tuberculosis, tuberculosis/VIH o tuberculosis multirresistente).</i>	<i>Combinación de mortalidad por cada 1.000 habitantes en riesgo de malaria, tasa de morbilidad por cada 1.000 personas en riesgo, y contribución al número mundial de muertes atribuibles a la malaria.</i>
Extrema	Prevalencia nacional del VIH $\geq 10\%$	Tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes ≥ 300 y país con carga elevada de tuberculosis, tuberculosis/VIH o tuberculosis multirresistente.	Tasa de mortalidad ≥ 2 O contribución al número mundial de muertes $\geq 2,5\%$
Grave	Prevalencia nacional del VIH $\geq 2\%$ y $< 10\%$	Tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes ≥ 100 § O país con una tasa de notificación de tuberculosis ≥ 50 y < 100 y una carga elevada de tuberculosis, tuberculosis/VIH o tuberculosis multirresistente.	Tasa de mortalidad $\geq 0,75$ § y tasa de morbilidad ≥ 10 O contribución al número mundial de muertes $\geq 1\%$ § O país con resistencia documentada a la artemisinina.
Alta	Prevalencia nacional del VIH $\geq 1\%$ y $< 2\%$ O prevalencia en una población clave $\geq 5\%$	Tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes ≥ 50 y < 100 O país con una tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 personas ≥ 20 y < 50 y una carga elevada de tuberculosis, tuberculosis/VIH o tuberculosis multirresistente.	Tasa de mortalidad $\geq 0,75$ y tasa de morbilidad < 10 O tasa de mortalidad $\geq 0,1$ y $< 0,75$ independientemente de la tasa de morbilidad O contribución al número mundial de muertes $\geq 0,25\%$ y $< 1\%$
Moderada	Prevalencia nacional del VIH $\geq 0,5\%$ y $< 1\%$ O prevalencia en una población clave $\geq 2,5\%$ y $< 5\%$	Tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes ≥ 20 y < 50 O país con una tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 personas < 20 y una carga elevada de tuberculosis, tuberculosis/VIH o tuberculosis multirresistente.	Tasa de mortalidad $< 0,1$ y tasa de morbilidad ≥ 1 O contribución al número mundial de muertes $\geq 0,01\%$ y $< 0,25\%$
Baja	Prevalencia nacional del VIH $< 0,5\%$ y prevalencia en una población clave $< 2,5\%$ O sin datos	Tasa de notificación de tuberculosis por cada 100.000 habitantes < 20 O sin datos	Tasa de mortalidad $< 0,1$ y tasa de morbilidad < 1 O contribución al número mundial de muertes $< 0,01\%$ O sin datos

Fuentes de datos: VIH y sida: ONUSIDA y OMS. Si existen datos disponibles para poblaciones clave específicas, se tendrá en cuenta la prevalencia más alta. Tuberculosis:

OMS. Malaria: OMS

‡ La Secretaría utilizará los datos sobre la malaria de años anteriores (2000) como recomienda la OMS. En caso de que una solicitud la presente un solicitante subnacional, el

Fondo Mundial utilizará la incidencia y las tasas de mortalidad para las zonas específicas correspondientes (y la contribución de estas zonas a la carga de morbilidad mundial).

§ Y no cubierta por los criterios para la categoría extrema.

resurgimiento de la malaria, falta de medicamentos y productos críticos para VIH y tuberculosis, y la amplia crisis de salud en Venezuela y su impacto en la región,' y se comprometieron a participar en una respuesta regional (Ver gráfico 1).

Al momento de la publicación del presente informe, todavía no existe una respuesta regional. Los activistas en el país entrevistados para este informe indicaron que ONUSIDA trabaja activamente en Venezuela, particularmente apoyando a la sociedad civil. La OPS ha usado parte de sus propios recursos para comprar ARV, medicamentos para la malaria y kits de prevención post exposición. UNICEF ha otorgado de sus propios recursos ARV para niños. Sin embargo, se necesita urgentemente de una ayuda humanitaria regional más integral y coordinada.

En resumen, la respuesta regional que tanto se necesita parece estar estancada. Es fundamental lograr un esfuerzo coordinado. La Junta Directiva del Fondo Mundial podría dirigir financiamiento de emergencia para ser asignado a la OPS, y podría pedirle a la Secretaría que trabaje con las ONG y organizaciones con base en la fe para apoyar la elaboración de una solicitud de financiamiento regional.

El Banco Mundial también tiene una oportunidad para liderar ese trabajo. Quizás de manera sorprendente (dado que su propia data de ingresos ha sido utilizada para declarar a Venezuela inelegible de recibir ayuda del Fondo Mundial), el Banco Mundial ofreció públicamente ayuda a Venezuela en abril del 2017.⁵⁹ Venezuela se retiró del Banco Mundial en 2007 y todos los proyectos del Banco Mundial en ese país están cerrados.⁶⁰ Sin embargo, si el Banco Mundial liderara o participara en la respuesta regional, se podrían incrementar las probabilidades que el Fondo Mundial contribuya, asumiendo que se cumplan con los otros criterios contables y de la elaboración de la subvención.

“El director (de una ONG) y su equipo van a Colombia constantemente en autobús. Llegan a Cúcuta y compran ARV para llevarlos a Venezuela. Siempre corren el riesgo que la policía nacional se los quiten en las aduanas.”

ACTIVISTA VENEZOLANO

Conclusiones

Venezuela es un estudio de caso de las muchas maneras como las políticas internacionales, basadas en indicadores numéricos y data, no pueden enfrentar una gigantesca crisis en un país y región. La crisis en Venezuela es el resultado de un largo período de inestabilidad política y malas decisiones económicas. A pesar de que es, en muchos sentidos, una situación particular, este caso también pudiera ser una muestra de problemas por venir. Muchos países de altos ingresos en la actualidad son más vulnerables de lo que parecen y pueden vivir conmociones– debido a conflictos o desastres naturales – que podrían moverlos de un lado del desarrollo al otro.

Mientras la comunidad internacional observa y algunos debaten la crisis en Venezuela, la sociedad civil en el país continúa respondiendo con recursos mínimos. CODEVIDA, una coalición de organización que lucha por los derechos a la salud y vida en Venezuela participó en las audiencias en la Comisión Interamericana de los Derechos Humanos (CIDH) y sus integrantes se reunieron con varias misiones en Ginebra en enero y agosto 2017. Otros activistas han destacado estos temas en reuniones y foros mundiales, y continúan dando apoyo a organizaciones y activistas que lideran la respuesta.⁶¹

Las organizaciones de base comunitaria continúan realizando acciones extraordinarias para encontrar, adquirir y llevar medicamentos que salvan vidas al país, así como para documentar la escala de la crisis y hacer incidencia política por sus comunidades. Estas personas – y aquellos a quienes les prestan servicios-, se merecen algo mejor por parte de la comunidad internacional de lo que han recibido hasta ahora.

Una oportunidad para actuar

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria fue creado como una “reserva para la guerra” para combatir las tres enfermedades. El liderazgo de la Junta Directiva debería usar ese espíritu de lucha para enfrentar la crisis creciente de VIH, tuberculosis y malaria en Venezuela. La sociedad civil, organizaciones basadas en la fe y entes académicos están listos para recibir y distribuir ayuda en el país.

La Junta Directiva debería girar instrucciones a la Secretaría para que reúnan urgentemente a los aliados de las Naciones Unidas y sociedad civil para que elaboren una respuesta integral que dirija ayuda humanitaria, incluyendo a través de la OPS, ONUSIDA, Roll Back Malaria, Stop TB Partnership, sociedad civil, y organizaciones con base en la fe, que tengan trayectoria reconocida y acceso a los más necesitados.

A través de las subvenciones regionales activas para la sociedad civil, el Fondo Mundial debería reprogramar los recursos no utilizados a la sociedad civil en Venezuela para que puedan prestar ayuda y servicios, y también para que puedan jugar su rol de guardianes. Los gerentes de portafolio del Fondo Mundial responsables de financiar a países vecinos deberían evaluar el impacto actual del colapso del sistema de salud venezolano en esos países y reprogramar fondos para atender las necesidades urgentes en las fronteras, particularmente en relación a la malaria. A largo plazo, el Fondo Mundial y ONUSIDA deberían trabajar con las ONG venezolanas para elaborar una subvención regional para la sociedad civil que puede proveer un alivio inmediato y continuar el importante trabajo de la documentación del desabastecimiento de medicamentos.

A más largo plazo, la Junta Directiva debería utilizar el caso venezolano para mejorar y simplificar los criterios de elegibilidad alineados con la Estrategia del Fondo Mundial, que se enfoca en combatir las tres enfermedades en “poblaciones clave y vulnerables desproporcionalmente afectadas por estas.” La Junta Directiva debería crear un fondo para emergencias, incluyendo aquellos países que no cumplan con los criterios de elegibilidad, así como establecer un proceso de apelación para países y componentes de enfermedad no elegibles.

Otros donantes – el Banco Mundial, donantes bilaterales, y fundaciones privadas – deberían aportar recursos a la OPS y ONUSIDA para que envíen los medicamentos y productos necesarios al país. Ellos deberían proveer ayuda financiera a entes académicos y sociedad civil venezolana para documentar la crisis y realizar investigación epidemiológica, especialmente en poblaciones clave y vulnerables, como poblaciones indígenas. El sector privado y otros entes que quieran apoyar podrían donar alimentos, fórmulas lácteas, medicamentos, pruebas médicas, inyectadoras y otros productos esenciales. UNICEF y otras organizaciones que trabajan con mujeres embarazadas y niños deberían enviar de manera urgente fórmulas lácteas a las madres y mujeres embarazadas que viven con VIH. ONUSIDA y las organizaciones de la sociedad civil internacional y regional deberían movilizarse para identificar maneras prácticas para apoyar a la sociedad civil y a las redes venezolanas, a través de la ayuda e incidencia política.

Por último, todo lo anterior sería más probable y tendría un mayor impacto si el gobierno venezolano respetara, promoviera y cumpliera el derecho a la salud: por ejemplo, abriendo un corredor humanitario que permita la entrada de ayuda al país, así como también cumplir con su deber de publicar todos los boletines e investigaciones epidemiológica y presentar un estimado de los costos y planes de salud para 2018.

NOTAS

- 1 RTT News, “Venezuela: IMF expects GDP to shrink”, 25 julio 2017.
- 2 Banco Mundial (mayo 2017), <http://www.bancomundial.org/es/country/venezuela/overview>
- 3 Scharfenberg, Ewald (1 febrero 2015). “Volver a ser pobre en Venezuela”. El País; Herrero, Ana Vanessa; Malkin, Elisabeth (16 enero2017). “Venezuela Issues New Bank Notes Because of Hyperinflation”. The New York Times. “Chamber of Commerce: 80% of Venezuelans are in poverty”. El Universal. 1 April 2016; Gillespie, Patrick (12 diciembre 2016). “Venezuela shuts border with Colombia as cash crisis escalates”. CNNMoney; Gillespie, Patrick (12 abril 2016). “Venezuela: the land of 500% inflation”. CNNMoney; Rosati, Andrew (11 January 2017). “Venezuela’s Economy Was the Worst Performing of 2016, IMF Estimates”. Bloomberg.
- 4 Osío C., R. “Venezuela Is About to Explode” https://www.huffingtonpost.com/rafael-osao-cabrices/venezuela-crisis_b_10321756.html?ncid=engmodushpimg00000003
- 5 Ver por ejemplo Channel 4 News, “Venezuela health system in crisis,” 2 abril, 2016, <https://www.youtube.com/watch?v=0vwe2kHKDYg>; IRIN News, “Inside Venezuela’s hidden health care crisis,” 4 enero, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=nSljLXKA1k8>.
- 6 Human Rights Watch, “Venezuela Events of 2016”, World Report 2017 (enero 2017). <https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/venezuela>; Amnistía Internacional, “Venezuela 2016/17”. <https://www.amnesty.org/es/countries/americas/venezuela/report-venezuela/>
- 7 Acción Ciudadana Contra el SIDA, “120 ONG denuncian emergencia en Venezuela ante avance de discriminación y desabastecimiento de antiretrovirales” (Junio 2017). <http://www.accsi.org.ve/noticias/124-ong-denuncian-emergencia-en-venezuela-ante-avance-de-discriminacion-y-desabastecimiento-de-antirretrovirales.html>; El Nacional, “Depósito de SEFAR queda sin medicamentos Antiretrovirales” (9 junio 2017), http://www.el-nacional.com/noticias/sociedad/depositos-del-sefar-quedan-sin-medicamentos-antirretrovirales_186939 ; Acción Ciudadana Contra el SIDA. “Comunicado público ante desabastecimiento de antiretrovirales” (noviembre 2016). <http://www.accsi.org.ve/noticias/comunicado-publico-ante-desabastecimiento-de-medicamentos-antirretrovirales-en-venezuela.html>.
- 8 Vad redaccion IJ, “El irreal y doloroso precio de un cartón de huevos,” Venezuela al Día (20 septiembre 2017). <http://www.venezuelaaldia.com/2017/09/20/irreal-doloroso-precio-carton-huevos/>.
- 9 Imagen original de ICASO. Basado en la relación del cambio histórico de divisas. En línea www.dolartoday.com
- 10 El Universal. “Crisis de salud” (notas de prensa), <http://www.eluniversal.com/localizador/crisis-de-salud>; Comunicación personal de Judith Rech, investigadora de salud pública, 10 septiembre 2017; The Washington Post (septiembre 2017). https://www.washingtonpost.com/world/the_americas/a-venezuelan-woman-had-grown-used-to-shortages-then-her-hiv-drugs-ran-out/2017/09/06/62a7d694-8125-11e7-9e7a-20fa8d7a0db6_story.html?utm_term=.826adad35cfc
- 11 Egui Brito, Verónica. Estudio: El 80% de los servicios hospitalarios de Venezuela están inoperativos <https://www.diariolasamericas.com/america-latina/estudio-el-80-los-servicios-hospitalarios-venezuela-est-an-inoperativos-n4146474>
- 12 Fraser B y Willer H. “Venezuela: Aid needed to ease health crisis.” The Lancet 388 (3 September 2016). DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31523-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31523-9)
- 13 Tal Cual Digital. MinSalud no enviará más reactivos a bancos de sangre en lo que resta de año. <http://www.talcualdigital.com/Nota/147945/minsalud-no-enviara-mas-reactivos-a-bancos-de-sangre-en-lo-que-resta-de-ano>
- 14 Observatorio Venezolano de la Salud <http://www.ovsalud.org/publicaciones/salud/encuesta-nacional-de-hospitales-2016/>
- 15 Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.52. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2016. <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-52.pdf>

- 16 Recht et al. Malaria in Brazil, Colombia, Peru, and Venezuela: current challenges in malaria control and elimination. *Malaria Journal* 2017; 16:273.
- 17 Ibíd
- 18 Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.52. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2016. <https://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/documentos-oficiales/Boletin-Epidemiologico-52.pdf>
- 19 Data de la OPS. Plan of action for malaria elimination 2016–2020 (CD55/13). 55th directing council, 68th session of the PAHO regional committee. Washington, D.C.: Pan American Health Organization/World Health Organization; 2016 And Annual Report FY 2015. Amazon malaria initiative; 2016, as cited in Recht, J., Siqueira, A.M., Monteiro, W.M., Herrera, S.M., Herrera, S. y Lacerda, M.V., 2017. Malaria in Brazil, Colombia, Peru and Venezuela: current challenges in malaria control and elimination. *Malaria journal*, 16(1), p.273.
- 20 Recht et al. Malaria in Brazil, Colombia, Peru, and Venezuela: current challenges in malaria control and elimination. *Malaria Journal* 2017; 16:273; Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.52. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2016.
- 21 Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.26 (June 25th –July 1st). Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2017. http://www.icaso.org/wp/wp-content/uploads/2017/10/Boletin-26-2017_malaria.docx.pdf
- 22 Chu C, White N. Management of relapsing *Plasmodium vivax* malaria. *Expert Rev Anti Infect Ther.* 2016 Oct 2; 14(10): 885–900. Publicado en línea 31 agosto 2016. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5039400/>
- 23 Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.26 (June 25th –July 1st). Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2017.
- 24 Howes R, et.al. Global Epidemiology of *Plasmodium Vivax*. *AM J T Med Hyg.* 2016 Dec 28; 95(6 Suppl): 15–34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5198891/>
- 25 Recht et al. Malaria in Brazil, Colombia, Peru, and Venezuela: current challenges in malaria control and elimination. *Malaria Journal* 2017; 16:273.
- 26 Oletta F. Escasez de medicamentos para a malaria e impacto de la epidemia en curso. Venezuela, hasta la semana 34, 2016. Observatorio Venezolano de la Salud (septiembre 2016). <http://www.ovsalud.org/descargas/publicaciones/salud/Escasez-de-medicamentos-para-la-malaria-2016.pdf>.
- 27 Recht et al. Malaria in Brazil, Colombia, Peru, and Venezuela: current challenges in malaria control and elimination. *Malaria Journal* 2017; 16:273; Boletín Epidemiológico. Semana Epidemiológica No.52. Gobierno Bolivariano de Venezuela. Ministerio del Poder Popular para la Salud; 2016.
- 28 Epidemia de malaria, sin control ni medicamentos, puede llegar a 350mil casos al finalizar 2016. <https://www.derechos.org/ve/actualidad/ovs-epidemia-de-malaria-sin-control-ni-medicamentos-puede-llegar-a-350-mil-casos-al-finalizar-2016>
- 29 Alerta epidemiológica. Aumento de casos de malaria. OPS/OMS (febrero 2017). http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=38148&lang=es
- 30 Estimados de ONUSIDA 2017 <http://aidsinfo.unaids.org/>
- 31 Ibíd
- 32 Ibíd
- 33 Torres, M.A., The Human Right to Health, National Courts, and Access to HIV/AIDS Treatment: A case Study from Venezuela. *3 Chicago Journal of International Law* 105 (2002)
- 34 ONUSIDA, Data 2017, página 130 tomado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf

- 35 Acción Ciudadana Contra el SIDA. “Comunicado público ante desabastecimiento de antiretrovirales” (noviembre 2016). <http://www.accsi.org.ve/noticias/comunicado-publico-ante-desabastecimiento-de-medicamentos-antirretrovirales-en-venezuela.html>
- 36 ONUSIDA, Data 2017, página 130 tomado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20170720_Data_book_2017_en.pdf
- 37 Estos estimados fueron confirmados por Dr. Krisell Contreras, presidenta de la Sociedad Venezolana de Infectología.
- 38 Center for Disease Control (CDC), HIV Prevention, https://docs.wixstatic.com/ugd/de0404_1f9f737da1674cdda5a42f7857cd4fa6.pdf .
- 39 Acción Ciudadana Contra el SIDA. “Comunicado público ante desabastecimiento de antiretrovirales ” (noviembre 2016). <http://www.accsi.org.ve/noticias/comunicado-publico-ante-desabastecimiento-de-medicamentos-antirretrovirales-en-venezuela.html>
- 40 UNICEF, “Nutrition in emergencias.” https://www.unicef.org/nutrition/index_emergencias.html
- 41 ENCOVI 2016. <http://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Alimentacion.pdf>; Banco Mundial (mayo 2017). <http://www.bancomundial.org/es/country/venezuela/overview>
- 42 Intervención de Susana Raffali, 30 septiembre 2017. Ver también: <http://www.caritas.org/2017/08/caritas-on-venezuela/>
- 43 Gobierno Bolivariano de Venezuela, Ministerio del Poder Popular para la Salud. “Plan Estratégico Nacional 2012-2016 para la Respuesta al VIH y SIDA y otras ITS” (noviembre 2012).
- 44 Ibíd
- 45 Perez-Brumer AG, Oldenburg CE, Biello KB et al. “HIV prevalence, sexual behaviours and engagement in HIV medical care among an online sample of sexually active MSM in Venezuela.” Int J STD AIDS. 2016 Aug;27(9):790-7. doi: 10.1177/0956462415596298. Epub 2015 Sep 16.
- 46 Villalba JA, Bello G, Maes M et. al., “HIV-1 epidemic in Warao Amerindians from Venezuela: spatial phylodynamics and epidemiological patterns.” AIDS 2013 Jul 17;27(11):1783-91. doi: 10.1097/QAD.0b013e3283601bdb.
- 47 Organización Panamericana de la Salud, Evaluación Nacional del Programa de Tuberculosis. (septiembre 2017). http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=210:evaluacion-nacional-del-programa-de-tuberculosis-se-realizo-en-la-opsoms-venezuela&Itemid=215
- 48 Venezuela. Perfil de Tuberculosis (2005). https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Replet&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=VE&LAN=ES&outtype=html
- 49 Organización Panamericana de la Salud, Evaluación Nacional del Programa de Tuberculosis. (septiembre 2017). http://www.paho.org/ven/index.php?option=com_content&view=article&id=210:evaluacion-nacional-del-programa-de-tuberculosis-se-realizo-en-la-opsoms-venezuela&Itemid=215
- 50 Un país de ingresos medio-alto (PIMA) es elegible si el promedio de clasificación de ingresos en dos años consecutivos es menor a “ingreso alto”. En 2015, Venezuela era considerada como de “ingreso alto”, pero la clasificación fue revisada en 2016 a ingreso medio-alto y en 2017 continua como PIMA (como Perú y Colombia, beneficiarios de dinero del Fondo Mundial). Por lo tanto, en términos de ingresos, Venezuela es elegible para recibir apoyo del Fondo Mundial ya. Sin embargo, un PIMA necesita cumplir con ciertos criterios en términos de carga de la enfermedad. En el caso del VIH debe tener ya sea 1% o más de índice de prevalencia en la población en general o al menos 5% en una población clave (tal como lo define el Fondo Mundial: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras y trabajadores sexuales, personas que usan drogas o personas transgéneros). Venezuela no tiene 1% de prevalencia del VIH en la población en general y no hay información o estudios que validen el índice de prevalencia del VIH en cualquiera de esas poblaciones clave. Sin embargo, muchos países

en la región tienen una prevalencia mayor de 5% en hombres que tienen sexo con hombres.

- 51 Banco Mundial, World Bank Country and Lending Groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>.
- 52 Fondo Mundial, 35ª Reunión de la Junta Directiva: Política de Elegibilidad del Fondo Mundial Revisión 1 GF/B35/06 Revisión 1. https://www.theglobalfund.org/media/4228/bm35_06-eligibility_policy_es.pdf.
- 53 Ibíd
- 54 Red Global de personas viviendo con VIH (GNP) <http://www.accsi.org.ve/noticias/red-global-de-personas-viviendo-con-vih-exige-al-fondo-mundial-no-debe-dar-la-espalda-a-venezuela.html/> ; ICASO <http://www.icaso.org/statement-venezuela-needs-global-fund-now/> , AHF <http://www.businesswire.com/news/home/20170120005690/en/AHF-Global-Fund-Venezuelan-PWAs-Drop-Dead!>
- 55 Petition: Help People with HIV in Venezuela https://www.change.org/p/global-fund-aids-tb-malaria-help-people-with-hiv-in-venezuela?recruiter=576754874&utm_source=share_petition&utm_medium=copylink
- 56 AIDSpan, Fund says it will try to provide assistance through other agencies http://www.aidspace.org/gfo_article/after-initially-rejecting-plea-assistance-venezuelan-ngos-out-hand-global-fund-now-says.
- 57 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria, Documento Marco (2001) https://www.theglobalfund.org/media/6019/core_globalfund_framework_en.pdf
- 58 Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria, 35ª Reunión de la Junta Directiva Política de Elegibilidad del Fondo Mundial. GF/B35/06/ Revisión 1 https://www.theglobalfund.org/media/4228/bm35_06-eligibility_policy_es.pdf, Anexo 2, p. 10.
- 59 World Bank ready to help Venezuela if asked. Reuters, 19 abril 2017. <http://www.reuters.com/article/us-imf-g20-worldbank-venezuela/world-bank-ready-to-help-venezuela-if-asked-latam-chief-idUSKBN17L1IG?il=0>
- 60 Venezuela quits IMF and World Bank. The Guardian, 1 mayo 2007. <https://www.theguardian.com/business/2007/may/01/venezuela.imf>
- 61 ICASO, "ICASO makes plea for Venezuela at 40th UNAIDS PCB." 29 June 2017. <http://www.icaso.org/icaso-makes-plea-venezuela-40th-unaid-pcb/> ; AID FOR AIDS, "IAS 2017: Intervention regarding humanitarian crisis in Venezuela." 25 July 2017. <http://www.icaso.org/ias-2017-intervention-regarding-humanitarian-crisis-venezuela/>.

Diseño gráfico:
Daniel Cordner Design
www.cargocollective.com/danielcordnerdesign

icaso
until **we** end aids

120 Carlton St., Suite 311
Toronto, ON
Canada M5A 4K2

+1 416 921 0018
www.icaso.org
icaso@icaso.org