

The IBT Pipeline: Missing in Action?

The HCV Pipeline: Where the Money Is

Take the TAGline Readers' Survey

TAGline en español

Blockbusters Beckon

Proliferation of Polymerase Inhibitors and Others Tales from the HCV Crypt

Building a better ribavirin

Liver disease has become increasingly prominent in the HAART era. Hepatitis C progresses more rapidly in HIV-positive people, and is more difficult to treat. More effective, less toxic treatments for the hepatitis C virus (HCV) are urgently needed. Tracy Swan prepared this HCV pipeline report exclusively for TAGline.

The current standard of care for hepatitis C involves six to twelve months of combination treatment with pegylated interferon alfa, injected weekly, and ribavirin, a nucleoside analogue taken orally every day. Unlike HIV, successful hepatitis C treatment can result in viral clearance. The main goal of treatment is a sustained virologic response, when HCV remains undetectable six months after completion of therapy. More than 85% of people who have achieved an sustained virologic response remain free of HCV five years after completion of therapy. Secondary goals of treatment include normalization of liver enzymes and improvement in liver inflammation and fibrosis.

Hepatitis C treatment only succeeds in about half of people with hepatitis C. Various factors

— continued on page 4 —

Seventeen Simple Questions

What kind of TAGline reader are you?

- How long have you been with us?
- Do you find the prose impenetrable?
- What types of articles do you find most—and least—useful?

It literally takes less than 60 seconds to do.

And it's waiting for you at

www.aidsinfo.org/tag

Click on "Take the TAGline reader survey"

under the TAGline column of text.

And thanks.

El Ojo Crítico

El Fondo Global Y El Acceso A Tratamiento En Latinoamérica: Un Comentario

* * *

'Sacrificada por burocracia'

* *

El Fondo Global ofrece promesas y esperanzas para muchos. Sin embargo, la realidad que se vive en Latinoamérica y el Caribe nos demuestra que en lo relacionado al acceso a tratamientos antirretrovirales, existen muchas complicaciones y las promesas ofrecidas por el Fondo son lentas en cumplirse. Richard Stern de la Asociación Agua Buena ha preparado este informe.

En Ecuador y República Dominicana, las prolongadas disputas internas entre los gobiernos y los Beneficiarios Principales han significado que a pesar de que las propuestas del Fondo fueron aceptadas en enero 2003, a finales de noviem-

— sigue en la página 9 —

Shot in the Dark

Against the Odds, Immune-Based Therapies for HIV Slog Along

Industry 'leery'

Despite more than two decades of research, there is as yet no approved immune based therapy (IBT) for HIV infection. And while antiretrovirals continue to course through the developmental pipeline, relatively few potential immunologic interventions are dripping their way toward efficacy trials. This imbalance is partly due to an incomplete understanding of HIV's effects on the human immune system compared to our detailed knowledge of the viral life cycle. Absent this information, targets for IBTs are typically based on theories regarding pathogenesis and thus are susceptible to failure if a particular theory turns out to be incorrect. (By contrast, a new antiretroviral compound can be targeted to a well understood step in the HIV replication process.)

In addition, several IBTs (including Jonas Salk's ill-starred therapeutic vaccine candidate, Remune, and the bone marrow stimulant GM-CSF) have progressed to phase III efficacy trials but have failed to show clinical benefit, making industry leery of pursuing compounds that risk a similar fate. It is also difficult to assess the prospective market for IBT given that none

— continued on next page —

— continued from first page —

is available, while there are years of accumulated data on the sales of antiretroviral drugs. Despite these problems, there are a variety of IBTs in development at the current time. Richard Jefferys prepared this IBT pipeline report for TAGline.

The advent of HAART has led to a resurgence of interest in therapeutic immunization, based on the idea that viral suppression and the attendant immune reconstitution may provide an opportunity to induce new and more effective T cell responses targeting HIV. The primary goal of these products is to maintain better control of viral replication during HAART interruptions, thereby reducing dependence on drug therapy over the long term. Although this is certainly a desirable outcome, there are as yet no convincing human data showing that therapeutic immunization can improve control of viral load when HAART is withdrawn. Some researchers—including French doyen of immunology Brigitte Autran—are optimistic about the prospects for this approach, while many others remain profoundly skeptical. This area of IBT research has recently been invigorated by the involvement of two large pharmaceutical companies, Merck and GSK, who now have therapeutic vaccine candidates undergoing human testing.

Interleukin-2: Forgotten But Not Gone

Another category of IBTs is comprised of candidates intended to improve overall immune function as opposed to just HIV-specific immunity. The hardy perennial of this class of therapies is **interleukin-2 (IL-2)**, which has been in trials since the mid-1980s. IL-2 belongs to a family of chemical messengers called cytokines that transmit signals between the cells

of the immune system. Initially dubbed “T cell growth factor” due to its ability to induce T cell proliferation, IL-2 is now understood to have more complex effects, including an unexpectedly important role in programmed T cell death.

The disappointing and costly legacies of Remune and GM-CSF have made industry leery of pursuing compounds that risk a similar fate.

Many studies have demonstrated that IL-2, administered either intravenously or subcutaneously, can increase peripheral blood CD4 T cell counts in people with HIV infection. However, questions persist about the functionality of these IL-2-induced CD4 T cells, with one recent ACTG study finding that they did not appear to improve—and may in some cases have diminished—the response to a variety of routine vaccinations (such as hepatitis A vaccine – see TAG’s Basic Science Review, January/February 2003). Side effects such as fever, chills and malaise are also typically associated with IL-2 administration. Nevertheless, it remains possible that the CD4 T cell increases associated with IL-2 therapy will lead to long-term clinical benefit by delaying HIV-induced CD4 T cell depletion, and this hypothesis is being investigated in two large clinical endpoint trials, SILCAAT and ESPRIT. Preliminary results from these trials should be available in 2005. An engineered and potentially less toxic form of IL-2 known as **BAY 50-4798** is also under investigation in a phase I/II trial.

The New Interleukins: IL-7 and IL-15

Studies are planned for two newer members of the cytokine family,

IL-7 and IL-15. **IL-7** studies in SIV-infected rhesus macaques have shown dramatic increases in peripheral blood CD4 and CD8 T cell counts, without a concomitant increase in SIV replication. A phase I study is now in the works at the ACTG. **IL-15** is a cytokine that can induce T cell proliferation and enhance virus-specific CD8 T cell responses *in vitro* and in rhesus macaques. Higher levels of IL-15 have also recently been associated with enhanced control of HIV viral load after treatment interruption in humans (see TAGline,

November 2003). A pilot study of IL-15 administered to SIV-infected cynomolgus macaques was presented at the February 2004 Retrovirus Conference in San Francisco, with preliminary results indicating significant increases in CD8 T cells counts. Analyses of IL-15’s effect on viral load and SIV-specific immune responses are ongoing. Researchers at the ACTG are also hoping to move IL-15 into human trials in the near future.

Blocking the ‘Bad’ Interleukins: Anti-IL-4 and IL-13

Another IBT strategy involves blocking potentially harmful cytokines. A small biotech company called Regeneron is developing a product called **IL-4/IL-13 Trap** based on the idea that these cytokines inhibit virus-specific CD8 T cell responses. Results from a phase I dose-ranging trial in HIV-negative volunteers were presented at the 2004 Retrovirus conference, showing that the construct was well tolerated with a long half-life of 13 days. Further studies in HIV-infected individuals are planned.

Glaxo Dusts Off Something for APCs

Tucaresol is a relatively obscure IBT candidate that has languished in GlaxoSmithKline’s HIV drug

portfolio since the early 1990s. The drug appears to enhance interactions between antigen-presenting cells and T cells and has been shown to boost cell-mediated immune responses both in mice and in humans. Preliminary data from a phase I trial in 17 HIV-infected individuals were presented at the 2004 Retrovirus conference, demonstrating increases in naïve CD4 T cell counts and the number of T cells containing TRECs (a potential marker for T cells recently produced by the thymus) in the group of participants receiving HAART treatment. Larger studies are now likely.

Two That Target Defective Cellular ‘Signaling’

Two experimental IBTs aim to influence T cell function by interacting with signaling molecules on the T cell surface. One such molecule is CTLA-4, which is upregulated on T cells in HIV infection and associated with the induction of T cell unresponsiveness or anergy. In June of 2003, the biotech company Medarex launched a phase I trial of an anti-CTLA-4 antibody dubbed **MDX-010** in heavily treatment experienced HIV-infected individuals that are failing HAART, with the aim of blocking the suppressive activity of CTLA-4 and thus improving HIV-specific immunity. Results from this study have not yet been presented. Another molecule that is a target for IBTs is CD40. Signaling via CD40 is triggered by CD40 ligand (CD40L) and can potentially enhance the function of otherwise lethargic virus-specific CD8 T cells. The rights to **CD40L** were held by Immunex, a company that was recently bought by Amgen. The current developmental status of CD40L is unclear as Amgen did not return calls prior to going to press.

The Also Rans: Hollis-Eden’s Wonder Drug and Good ‘Ole Alpha Interferon

Straddling the boundary between antiretrovirals and IBTs is the approved hepatitis C treatment,

Some researchers are optimistic about the prospects for IBT, while many others remain profoundly skeptical.

pegylated alpha interferon. Alpha interferon appears to have direct antiviral effects and also enhances cell-mediated immune responses in humans. The unpegylated form of alpha interferon was studied for many years as a potential HIV therapy, but eventually abandoned due to underwhelming results. However, the newer pegylated form is now once again being studied as an adjunct to HAART and in the context of treatment interruptions. Another proposed enhancer of cell-mediated immune responses is the DHEA derivative **HE2000**, but no data have been published on this IBT and many distrust the drug’s developer, Hollis-Eden, who have hyped the results from a small South African study without ever managing to get them into the scientific literature.

Immunosuppressive Agents Gone But Not Forgotten

The association between heightened levels of immune activation and HIV disease progression has led some researchers to pursue studies of several drugs that are typically referred to as “immune suppressants.” These drugs include cyclosporine, prednisone, hydroxyurea and mycophenylate mofetil. All are approved for other indications, and none of the manufacturers is specifically develop-

ing these compounds as IBTs. However, academic researchers continue to evaluate their potential, typically as an adjunct to HAART or in the context of treatment interruptions.

CD4 Re-infusion

Finally, there is a grab bag of approaches involving infusing CD4 T cells that are isolated from HIV-infected individuals, expanded and in some cases genetically modified in the laboratory and then reinfused as a potential IBT. NeoProbe’s **Activated Cellular Therapy (ACT)**

does not involve genetic modification but expands CD4 T cells isolated from the lymph nodes using a technique designed to select the cells secreting HIV-suppressing factors such as beta-chemokines. Despite the publication of intriguing data from a pilot study of the approach, the development of ACT are currently on hold pending identification of commercial partners that might support further research. At least three different biotech companies are attempting to genetically modify CD4 T cells in the lab in order to enhance their resistance to HIV infection, subsequently reinfusing them into the matched HIV-infected donor. A similar approach modifies both CD4 and CD8 T cells in an attempt to improve their ability to restrict HIV replication. Preliminary results from trials of these approaches have shown some limited promise, but it remains uncertain as to whether any of these gene therapy/IBT combinations will eventually enter efficacy trials. †

Richard’s IBT pipeline report, complete with detailed references, will be available shortly at the TAG web site. A more subjective, big-picture evaluation of the IBT pipeline is to appear in the March issue.

influence treatment outcome, including HCV genotype and viral load, HIV status, race, age, and body weight. Data from three pivotal coinfection trials, ACTG A5071, ANRS HC02 (RIBAVIC) and Roche's APRI-COT (AIDS *Pegasys* and Ribavirin International Co-Infection Trial) are expected later this month. Preliminary data from A5071 and RIBAVIC indicate that pegylated interferon appears to be more effective than non-pegylated interferon in coinfecting patients after both 24 and 48 weeks of treatment, but the response rates remain lower than those reported in HCV monoinfection treatment trials.

Pegylated interferon and ribavirin have several serious side effects, including depression, anemia, and neutropenia. Some of these side effects overlap with symptoms of HIV disease and side effects of certain HIV medications. Potentially dangerous drug interactions between ribavirin and other nucleoside analogues—notably ddI (*Videx*) and d4T (*Zerit*)—have also been documented.

Coinfecting people often experience severe side effects during HCV treatment, making adherence difficult. In HCV treatment trials—where monitoring and management of side effects and adverse events is generally most vigilant—drop-out rates have been high. In ANRS HC02, only 224 of an original 416 completed 48 weeks of treatment. Severe adverse events—psychiatric side effects, sepsis, pneumonia, hepatic failure, acute pancreatitis and hyperlactatemia—were reported among 23% of the pegylated interferon group, and 19% of the interferon group, and four people died during the study.

The suboptimal efficacy and tolerability of HCV therapy does not bode well for coinfecting persons for whom

HCV has become a major medical concern. Hepatitis C is prevalent among people with HIV in the United States and Europe. In the United States, approximately 25% of HIV-positive people are coinfecting with hepatitis C. Among those who

The most exciting new antiviral treatments target HCV directly by inhibiting viral proteins such as the HCV protease and polymerase.

attribute their HIV to injection drug use, HCV is far more prevalent: as many as 90% are coinfecting. HIV infection accelerates HCV disease progression, increasing the risk for developing cirrhosis, hepatocellular carcinoma, and liver failure. End-stage liver disease resulting from HCV coinfection has become a leading cause of death among HIV-positive people in the developed world.

Coinfecting people and their clinicians must weigh current HCV treatment options against the immediacy of the need for treatment. Over the short term, until new therapies become available, researchers and clinicians are trying to optimize HCV treatment outcomes among coinfecting people by various strategies, which include extending the duration of therapy by an additional six months, using growth factors instead of dose reductions to manage anemia from ribavirin and neutropenia from pegylated interferon, and using induction therapy with high-dose interferon. For virologic non-responders, researchers are exploring whether long-term maintenance therapy with low-dose pegylated interferon may prevent progression of liver disease.

Over the longer term, improvements in HCV treatment will require drugs with one or more of the following

characteristics:

- More effective—increased likelihood of achieving a sustained virologic response, especially in people at high risk of disease progression (people with HIV, people with advanced fibrosis or cirrhosis)
- Effective across all groups—drugs that will work better in those who are less likely to respond to current therapies, such as African-Americans and people with HCV genotype 1
- Effective as second-line therapies—drugs that will work for those who did not respond to previous HCV therapy
- Better tolerated—therapies with fewer or more benign side effects
- Beneficial to the liver—drugs that halt or decrease liver inflammation and fibrosis progression, even in the absence of sustained virologic responses
- High genetic barrier to resistance—drugs that delay or prevent the emergence of drug-resistant virus
- Easily administrated—treatments that do not require injection or long-term (>1 year) course of treatment
- Replacements for current therapy—drugs that eliminate the need for interferon and/or ribavirin

While no single drug may meet all of these criteria, combinations of new

drugs may ultimately bring dramatic improvements in the efficacy and tolerability of HCV treatment. As with HIV, combination treatment will remain the standard, since viral resistance to most single-drug therapy is likely. In the near future, any new drug will need to be used in combination with pegylated interferon (and, in some cases, ribavirin) until enough new agents are available for novel combinations.

The most exciting new antiviral treatments target HCV directly by inhibiting viral proteins such as the hepatitis C protease and polymerase enzymes. This approach parallels the development of antiretrovirals used in HIV treatment. Alternative forms of interferon and ribavirin, along with other immunomodulatory drugs, are also in development. However, strategies aimed at stimulating the immune system to fight HCV could in theory be less effective in people with impaired immune responses due to HIV infection.

A new class of HCV drugs: serine protease inhibitors

Many companies have pursued drugs designed to inhibit the HCV serine protease enzyme, based on the success of protease inhibitors in HIV treatment. As with HIV, the hepatitis C virus encodes a protease enzyme essential for viral replication; however, the HCV protease has proven a more difficult target due to the shape of the molecule. While many compounds have demonstrated antiviral efficacy *in vitro*, few have moved into human studies.

Early excitement was generated from proof-of-concept reports on Boehringer Ingelheim's serine protease inhibitor, **BILN-2061**. In small phase I studies, BILN-2061 reduced HCV viral load by 2-3 logs during two days of treatment in people with HCV genotype 1. Despite these promising results, Boehringer Ingelheim has temporarily halted development of

BILN-2061, pending evaluation of animal toxicity data. After four weeks of BILN-2061, at much higher doses than those used in humans, monkeys developed cardiac lesions. No similar toxicities have appeared in humans over

Antisense strategies target HCV RNA itself—rather than the viral proteins.

shorter dosing intervals, although long-term safety data have not been reported.

Two other HCV protease inhibitors have moved into early clinical development. In mid-2004, Vertex will open a phase I study of their HCV serine protease inhibitor, **VX-950**. According to Vertex's *in vitro* data, VX-950 is active against HCV that has developed resistance to BILN-2061 (and vice versa, according to BI). **Schering** has an as yet unnamed HCV protease inhibitor in early phase I research. Other companies are developing HCV serine protease inhibitors, but none has entered testing in humans.

Several other drugs in development are targeting other aspects of HCV replication, such as the HCV RNA-dependent RNA polymerase (roughly analogous to HIV reverse transcriptase).

Idenix Pharmaceuticals has an oral HCV polymerase inhibitor, **NM283**, in phase I/II. A phase I/II trial of Rigel's HCV oral polymerase inhibitor, **R803** will open in mid-2004. Japan Tobacco is developing two oral HCV polymerase inhibitors, **JTK-109** and **JTK-003**. In Japan, JTK-003 has moved into phase II; both drugs are in phase I studies outside of Japan. Several other companies have compounds in pre-clinical development.

Other strategies target HCV RNA rather than viral proteins. Antisense oligonucleotides bind to HCV RNA and prevent synthesis of HCV's viral proteins. Isis Pharmaceuticals has developed **ISIS-14803**, an injectable antisense oligonucleotide. Initial phase II studies have demonstrated safety and efficacy. ISIS-14803 is being evaluated in non-responders to prior HCV therapy with pegylated interferon and ribavirin; trial participants will receive all three drugs.

Drugs to replace or potentiate ribavirin

Viramidine is a pro-drug of ribavirin that becomes active in the liver. Anemia, the major dose-limiting toxicity of ribavirin, may not occur as frequently with **viramidine** as with ribavirin, because less of viramidine's active form enters red blood cells. At the end of 2003, Valeant Pharmaceuticals (formerly ICN) opened VISER1 (Viramidine's Safety and Efficacy vs. Ribavirin), an international phase III study of 1,000 persons, combining pegylated interferon alfa-2b with ribavirin or viramidine. Another international phase III study, VISER2, combining pegylated interferon alfa-2a with ribavirin or viramidine, is expected to open in mid-2004.

Ribavirin may partially function as an IMPDH (inosine-5'-monophosphate dehydrogenase) inhibitor. Inhibition of IMPDH may help block HCV production by decreasing levels of guanosine triphosphate, one of the four essential components of RNA strands. Other IMPDH inhibitors may work in synergy with ribavirin, increasing its other antiviral effects. Vertex's oral IMPDH inhibitor, **merimepodib**, will enter phase III in 2004. It is being used in combination with pegylated interferon and ribavirin.

Immunomodulators

Several drugs that may alter or

— continued on next page —

— continued from preceding page —

enhance immune responses are under investigation as HCV treatments. In general, compounds with immunomodulatory properties may have unexpected or unintended consequences in people with HIV, either harmful or benign. The effects of immunomodulators must be carefully evaluated in coinfecting people.

Zadaxin, or **thymosin alfa**, is an injectable synthetic peptide based on substances found in thymus gland extracts. It may enhance immune responses through various mechanisms. Zadaxin has not been approved as part of hepatitis C therapy in the United States or Europe, although it has been approved in other countries. Currently, phase III studies are evaluating responses to treatment with pegylated interferon alfa-2a, with or without thymalfasin, in non-responders.

Isatorbine, an injectable drug from Anadys Pharmaceuticals, elicits innate immune responses (natural killer cells, interferon-alfa and tumor necrosis factor) via Toll-like receptor 7, a white blood cell receptor. Phase II trials combining isatorbine with interferon are planned for 2004, as are phase I studies of an oral pro-drug of isatorbine, **ANA 971**. Coley Pharmaceuticals recently initiated phase I studies of **Actilon**, a drug that stimulates similar effects by targeting Toll-like receptor 9.

Maxim Pharmaceuticals' injectable **histamine dihydrochloride** (*Ceplene*) may protect and stimulate immune system cells. A phase II study in Europe and Canada has enrolled 302 non-responders to prior interferon and ribavirin therapy. This trial will compare efficacy of pegylated interferon alfa-2b and ribavirin with or without histamine dihydrochloride.

Preventing recurrent infection

after transplantation

Two novel approaches are being evaluated in liver transplant recipients, as hepatitis C almost always recurs after transplantation. **HepeX-C**, an infusible monoclonal antibody made by XTL Pharmaceuticals, targets the

Several HCV therapeutic vaccine candidates are in development at Chiron/CSL, as well as companies called Intercell and Innogenetics.

envelope proteins of HCV. If successful, this approach will neutralize the virus before it infects cells. HepeX-C has entered phase II studies in liver transplant recipients. **Civacir**, an infusible HCV immunoglobulin made from pooled antibody-positive blood, is being evaluated in a NIAID-sponsored phase I/II trial. Immunoglobulins have been used to prevent recurrent hepatitis B in liver transplant recipients.

The interferon menu

In addition to the new classes of HCV drugs, other types of interferon are in development, including a pegylated "consensus" interferon made from a sequence of twelve interferon subtypes (**Peg-Alfacon** from **InterMune**) and an interferon-alfa fused to albumin (which enables less frequent injections) by Human Genome Sciences.

Vaccines

Several therapeutic vaccine candidates are in development. **Chiron** and **CSL Limited** have a therapeutic vaccine in phase I, and Intercell has launched a multi-center dose-ranging study for its therapeutic vaccine in Europe. **Innogenetics** has completed small phase II studies of their vaccine candidate and are planning a larger, placebo-controlled phase II study in 150 non-responders. If therapeutic vaccination proves to be a successful

approach in HCV monoinfection, efficacy in HIV-positive persons will need to be evaluated.

Challenges in HCV Drug Development

Many additional compounds are in pre-clinical development, and new approaches, such as **RNA interference**, appear promising. However, some of these drugs may never make it into human trials, and others may take years to develop.

Currently no trials are open to HIV-positive participants. The design of

clinical trials often restricts participation to those most likely to show good responses to treatment. People with HIV may be on medications whose interactions with a new drug have not been studied. The symptoms or side effects that an HIV-positive person may experience during a clinical trial could be due to anti-retroviral therapy and concomitant medications, HIV disease itself, or the investigational HCV drug, thus complicating evaluation of the new drug's safety profile. In addition, people with HIV comprise about 10% of all people with chronic hepatitis C infection in the United States, a relatively small market. However, coinfecting people make up a greater proportion of those in most need of HCV treatment due to increased risk of disease progression. Many will not have the luxury of deferring treatment until more data become available when a new HCV drug receives FDA approval.

Trials of current therapies in coinfecting people have opened years after pivotal monoinfection treatment studies used for FDA approval. This situation has left coinfecting people and their doctors without a solid evidence base for making treatment decisions in the three years since the first pegylated interferons reached the market. This pattern must not continue. †

Bolivia Se Enciende

Activistas Interrumpen A Vice Ministro En La Ceremonia de Inauguración

'Los tratados que firman'

"No estamos aquí para celebrar el Día Mundial del SIDA. Estamos aquí porque este es un día de luto para nosotros. Nuestros amigos continúan muriendo porque nuestro gobierno no les suministra los medicamentos antirretrovirales." Con estas palabras, Julio Cesar Aguilera, Director de la Red de Personas que Viven con VIH/SIDA de Santa Cruz, Bolivia, inició la ceremonia inaugural de la celebración del Día Mundial de Lucha contra el SIDA realizada durante un húmedo y lluvioso 1 de diciembre en Santa Cruz, la segunda ciudad más grande de Bolivia con una población de 1.5 millones de habitantes.

Una hora mas tarde, en el momento en que el Vice ministro Boliviano de Salud inició su discurso, Aguilera y otras 18 personas se pararon frente a él mostrando pancartas y cruces con el nombre miembros de "REDBOL" (La Red Boliviana de PVVS) quienes han muerto durante el último año, a pesar de contar con medidas cautelares dictadas en octubre de 2002 por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. La Comisión ordenó al gobierno Boliviano proveerles medicamentos antirretrovirales. Después de 14 meses, el gobierno aún no ha suministrado los antirretrovirales a ninguna de las 52 personas beneficiadas por las medidas cautelares, hasta el momento 19 de éstas personas han fallecido y varias de ellas se encuentran seriamente enfermas.

Al inicio de la demostración, Violeta Ross una activista PVS de

La Paz, tomó el micrófono de las manos del Viceministro y explicó que quienes protestaban estaban cansados de las falsas promesas del gobierno y de le Programa Nacional de SIDA. "Ahora dicen que los medicamentos llegarán el 19 de diciembre, justo antes que todos se vayan de vacaciones. ¿Cuáles médicos están entrenados para distribuir los medicamentos? ¿Cuál es el plan de distribución?" preguntó la señora Ross.

El Vice-Ministro Larrain visiblemente contrariado por los 10 minutos de protesta, prometió que se tomarán las medidas necesarias para asegurar la compra de los antirretrovirales a la compañía CIPLA y que se entregarán a las PVVS que los necesitan tan pronto como sean recibidos de la compañía.

La ceremonia de inauguración fue seguida por una marcha por la ciudad y una misa en la Catedral La protesta y la marcha tuvo una gran cobertura por parte de la prensa Boliviana.

Temprano en la mañana del Día Mundial del SIDA, el señor Stern junto con Aguilera y la señora Ross y el activista Daniel Ruiz, testificaron ante el Comité de Asuntos Sociales del Congreso Boliviano, el cual está considerando crear una Ley Nacional del SIDA. Stern preguntó a los seis miembros del Comité: "¿Quiere Bolivia esperar hasta que las 52 personas con medidas cautelares dictadas por la Comisión Interamericana mueran? ¿Respetar Bolivia los tratados que firma?" Jorge Alvarado encargado del Comité prometió presentar una moción ante el Congreso pidiendo que el Ministro de Salud sea llamado a dar explicaciones de lo que está sucediendo con las personas con medidas cautelares. Durante la misma audiencia, el señor Aguilera recalcó que Bolivia es el único país hispanohablante que todavía no ha comenzado a proveer terapia antirretroviral.

Durante el Encuentro Nacional de PVVS realizado días antes del 1 de diciembre en la ciudad de Sammypata, a unos 100 kilometros de Santa Cruz, el Director de Agua Buena Richard Stern mencionó que la señora Miriam Cuellar, Directora del Programa Nacional de SIDA de Bolivia había previamente prometido que la orden de compra de antirretrovirales había sido enviada a CIPLA el 10 de octubre del presente año, sin embargo personeros de CIPLA respondieron que hasta el 25 de noviembre, la compañía no había recibido ninguna orden de compra de Bolivia. "La credibilidad del Programa Nacional de SIDA está siendo cuestionada. Después de todo un año, no han sido capaces de organizarse para comprar medicamentos sólo para 52 personas, a pesar que el cóctel en Bolivia a pasado de \$5,000 por año a menos de \$600 por año por persona, esto como resultado de las negociaciones regionales del área Andina realizadas en junio en Lima, Perú y a cuyas negociaciones asistió el mismo Ministro de Salud de Bolivia" comentó el señor Stern a más de 80 PVVS que se reunieron durante tres días en un rústico hotel en las afueras de Santa Cruz.

Durante la reunión en Sammypata, Stern también animó a los PVVS participantes a no depender de los recientes \$14 millones asignados por el Fondo Global a Bolivia que incluye dinero para comprar los medicamentos. "El Fondo Global es excelente, pero el dinero no llegará a tiempo para salvar la vida de las personas que necesitan los antirretrovirales en este momento y como ejemplo tenemos los casos de Ecuador, República Dominicana y Perú, el total de dinero asignado por el Fondo Global para los próximos cinco años para estos países sobrepasa los \$80 millones, las propuestas fueron aprobadas en enero pasado, hace casi un año, y ofrecían la oportunidad de proveer tratamiento a varios miles de PVVS.

— sigue en la próxima página —

~~Sin embargo hasta el momento,~~ todavía no hay ni una sola persona recibiendo antirretrovirales con este dinero," afirmó Stern.

"Los activistas que han dejado su lucha a un lado esperando que el Fondo Global les resolviera sus problemas están cometiendo un serio error. El proceso del Fondo Global es bastante burocrático y las luchas a lo interno de los Mecanismos de Control de País, también están provocando serios retrasos en la firma de los contratos. Inconscientemente, la política del Fondo de Global de no interferir en los problemas internos de los MCP's no está ayudando a las poblaciones meta. El Fondo Global necesita ser más pro-activo para evitar que los conflictos sigan creciendo y asegurarse que quienes vayan a implementar los programas tengan el apoyo y las habilidades técnicas para hacerlo," dijo Stern.

Después de la conclusión de las actividades del Día Mundial del SIDA Stern resumió que: "Las PVVS no pueden depender de la OPS tampoco. Según la Organización Mundial de la Salud, OPS, La Organización Panamericana de la Salud es supuestamente responsable de implementar el programa "3 por 5" (3 millones de personas en todo el mundo con tratamiento antirretroviral para el 2005) en la región. El representante de OPS en Bolivia, Dr. Didi Schaaf, me dijo que 'no podemos hacer nada en cuanto a la compra de antirretrovirales si el Ministerio de Salud no nos llama.' Sin embargo Schaaf paso horas durante ese día al lado del Director del Programa Nacional de SIDA y del Grupo Temático de ONUSIDA,"

"Esto es una comedia de errores trágicos. ¿Qué tal si la OPS y ONUSIDA asumen un enfoque pro-activo y hacen las cosas que son necesarias?"

"En este momento no estamos tratando de salvar 3 millones de per-

sonas en Bolivia, estamos tratando de comenzar con las 33 personas sobrevivientes que tienen medidas cautelares de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos," concluyó.

La OPS y la Iniciativa 3 x 5

Los días 12 y 13 de enero se llevó a

Bolivia es el único país hispanohablante que todavía no ha comenzado a proveer terapia antirretroviral.

cabo una reunión en las oficinas de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Washington, D.C. para definir las estrategias de acción que permitan a los países de América Latina y el Caribe ser parte del programa del 3 x 5 (tres millones de PVVS con medicamentos antirretrovirales para el 2005), impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Cabe anotar que la iniciativa no sólo busca acceso a tratamiento sino también un mejoramiento en la salud integral de las PVVS.

Esta reunión fue organizada por el equipo encargado del tema VIH/SIDA de la OPS, a cargo de la Dra. Carol Vlassoff. Estuvieron presentes más de 40 personeros de la OPS de diferentes programas incluyendo a cinco representantes de país, directivos de la OMS en Ginebra, así como tres jefes de programas nacionales de SIDA de la región, también participaron Oswaldo Rada, Secretario de la Red Latinoamericana de Personas que Viven con VIH/SIDA, REDLA+ y Guillermo Murillo, activista de la Asociación Agua Buena, como miembros de la sociedad civil.

El objetivo de la reunión dentro del marco del 3 x 5 fue definir una estrategia regional por medio de una propuesta para lograr el acceso a medicamentos y otros insumos en

los países de América Latina y el Caribe por medio del apoyo urgente a los países y del intercambio de prácticas adecuadas y sencillas en las estrategias propuestas, bajo principios conductores claros entre los que se incluyen la urgencia y la equidad en el acceso para evitar que diferentes poblaciones queden excluidas.

Es importante mencionar que como parte de la iniciativa del 3 x 5 la OMS incrementará su presupuesto en US \$220 millones de dólares, de los cuales el 80 % irá directamente a los países y regiones e incrementará su personal con 480 nuevos puestos. Sin embargo la OPS aún no sabe cuál será su presupuesto para apoyar la iniciativa del 3 x 5.

La principal meta de la OPS es desarrollar esta política de una manera efectiva en los países y no en la sede central, por medio del fortalecimiento de los programas nacionales de VIH/SIDA y la sociedad civil en general para lograr una atención integral y sostenida. Una diferencia importante entre la OMS y la OPS es que la organización mundial seleccionará los países metas que recibirán el apoyo dentro de esta iniciativa, mientras que la OPS apoyará a todos los países que soliciten el apoyo técnico.

Sin embargo, es importante destacar que para poder planificar adecuadamente las estrategias de acceso es indispensable tener conciencia real de la problemática país por país, sino se podría caer en el error de minimizar las necesidades de la población, de ahí la importancia de que las bases de país se apropien de la iniciativa y la ejecuten de acuerdo a las realidades de cada país.

Así, según fuentes de la OMS, en América Latina y el Caribe hay una cobertura del 84 % de personas que necesitan medicamentos y que los

— sigue en la última página —

— viene de la primera página —

bre de ese mismo año los acuerdos de donación aún estaban sin firmar y por lo tanto los fondos no habían sido recibidos. Estos países complicaron aún más la situación al tomar la decisión de no iniciar la adquisición de antirretrovirales para las poblaciones meta hasta no recibir primero el dinero del Fondo Global. Irónicamente, la misma existencia del Fondo Global ha demorado el acceso a tratamiento en estos países.

Tragedia en Nicaragua

Una situación igual de grave se presenta en Nicaragua. A este país se le aprobó el proyecto del Fondo Global en enero de 2003 y recibió el dinero desde noviembre de ese año, sin embargo, según fuentes del Recipiente Principal y del mismo Programa Nacional de SIDA los medicamentos antirretrovirales no se comprarán con este dinero sino hasta el segundo trimestre de este año, lo que significa que si las PVVS de Nicaragua tienen “suerte” estarán recibiendo los medicamentos hasta finales de abril o mayo del 2004 y los que no tuvieron “suerte” morirán esperando los medicamentos.

Además, existe otro problema—aunque menos dramático—en casi todos los países. Las ONGs que en el pasado habrían reclamado las violaciones de derechos humanos o las demoras en el acceso a tratamiento, ahora deben primero considerar si tales acciones podrían afectar de manera negativa el financiamiento que recibirían del Fondo Global a través de los MCP. Es importante recordar que en Latinoamérica, antes del Fondo Global, la sociedad civil tenía solamente acceso a montos mínimos de apoyo financiero mediante programas nacionales de SIDA. La presencia del Fondo Global representa una fuente importante de recursos y la dinámica relacionada al “advocacy” ha cambiado considerablemente.

El dominio de los gobiernos en los Mecanismo de Coordinación del País (MCP) quedó claramente demostrado durante la Reunión Regional Latinoamericana y del Caribe del Fondo Global, realizada del 16 al 21 de noviembre en Playa

Irónicamente, la misma existencia del Fondo Global ha demorado el acceso a tratamiento en estos países.

Blanca, Panamá, a la cual asistí. Increíblemente, de los 160 participante solamente 8 de ellos eran personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). De la Delegación del Caribe había solamente una PVVS presente. El Fondo con anterioridad había pedido a los MCP realizar sus propias elecciones de personas asistentes y de los más de veinte países representados solamente cuatro países incluyeron PVVS entre su delegación (Costa Rica, Bolivia, Colombia y Cuba). Las demás PVVS participantes representaban varias redes regionales, así como al mismo Fondo Global que envió su propio representante de su Directiva.

Millones de Dólares pero No Hay Antirretrovirales

Uno de los momentos más interesantes ocurrido durante la reunión en Panamá, se presenta el día final cuando un grupo de representantes de Agencias de Cooperación Internacional se dirigió en fila hacia el podium, a todos se les concedió tres minutos para presentarse ante la audiencia. Entre los presentes habían representantes de USAID, OPS, GTZ, ONUSIDA, el Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, el Fondo de Población, UNICEF, entre otros. Varios de los representantes hicieron referencia sobre los mil-

lones de dólares que sus Agencias han aportado para la lucha contra la pandemia del VIH. Después de sus presentaciones, Julio Cesar Aguilera, un PVVS de Bolivia dijo durante la sesión de discusiones que “Me siento muy agradecido de que casi todas las Agencias aquí presentes estén trabajando para ayudarnos en Bolivia. Pero me pregunto: ¿Cómo es posible que hasta el momento, ni siquiera una PVVS de mi país esté recibiendo tratamiento antirretroviral?”. Excluyendo a Argentina, Chile y Brasil, solamente cerca de un 9% de un

estimado de 170 mil personas de Latinoamérica y el Caribe tienen acceso a la terapia antirretroviral y hasta este momento el Fondo Global no ha tenido ningún impacto significativo en esta situación.

En términos de acceso a antirretrovirales en los países más pobres de la región, sólo cerca de 1,000 personas están en este momento recibiendo estos medicamentos en todo Latinoamérica, producto de los recursos del Fondo Global, dieciocho meses después de que entró en operación el Fondo Global (Argentina, y Chile puede que también estén suministrando antirretrovirales adquiridos con recursos del Fondo; pero cabe resaltar que estos países prácticamente contaban con acceso universal antes de entrar en operación el FG.). La mayoría de las 1,000 PVVS que reciben antirretrovirales gracias a los recursos del FG, son de Honduras, cuya propuesta fue aprobada en la primera ronda. Algunas otras personas en El Salvador también se están beneficiando. En el área del Caribe; en Haití unas mil personas están siendo beneficiadas con el acceso a tratamientos.

Los retrasos prolongados en la implementación de los programas

— viene de la página anterior —

aprobados en la segunda ronda continúan y lo mismo pareciera ocurrirá en la tercera ronda. Los retrasos se deben mayormente a problemas con los MCP. Estos problemas parecen inherentes al proceso del Fondo Global (FG), los cuales no han sido abordados adecuadamente por el Fondo.

Con la inminente llegada del dinero, parece que es casi inevitable que se desate una intensa competencia y desconfianza entre la sociedad civil y los gobiernos, así como entre las mismas ONGs. Todas aquellas PVVS que necesitaban iniciar su terapia en el 2003, tendrán ahora que esperar hasta el 2004. Al menos un 25% de ellos no sobrevivirá.

En el momento que el dinero del FG apareció en el horizonte, muchos países abandonaron el proceso de acceso acelerado a tratamientos, utilizando la excusa (si bien es cierto no de manera abierta) que el dinero del FG resolvería el problema.

Exclusion de los grupos Gays

Otro problema que existe en la región, se relaciona con la inclusión de minorías vulnerabilizadas como potenciales beneficiarios del FG. En algunos países, ONGs de gays, lesbianas, bisexuales o transgenéricos, rutinariamente se les niega la Cédula Jurídica, a pesar que las regulaciones normales de los MCP estipulan que sólo ONGs legalmente registradas puedan beneficiarse del dinero del FG. Esto, a pesar de su potencial para trabajar en prevención dentro sus propias comunidades, estos grupos son reemplazados por ONGs que aparecen repentinamente en la escena, las cuales no presentan evidencia alguna de tener un historial de trabajo con poblaciones vulnerabilizadas.

Es de lamentar también que algunas de las propuestas en la región Latinoamericana fueron escritas por expertos altamente capacitados quienes unieron esfuerzos con los MCP con el único propósito de redactar tales propuestas. En algunos casos, las propuestas

De todas aquellas PVVS que necesitaban iniciar terapia ARV en el 2003, al menos un 25% de ellos no sobrevivirá.

aceptadas por el FG no reflejan de manera fiel la capacidad de infraestructura en relación con los Programas Nacionales de SIDA de los países y su capacidad de absorber grandes montos de dinero para implementar de manera efectiva los programas necesarios.

También cabe mencionar que muchos representantes de la sociedad civil ante los MCP, a menudo muy bien intencionados; están muy pobremente entrenados en temas relacionados con la parte técnica de la implementación de programas y compra de medicamentos. Muchos representantes PVVS no fueron entrenados debidamente. Esto los dejó en gran desventaja cuando tenían o tienen que enfrentar a los burócratas de los gobiernos y de las agencias internacionales encargados del tema del VIH/SIDA, quienes ejercen un dominio en el proceso de toma de decisiones en ciertas áreas relacionadas con el acceso a antirretrovirales y otros asuntos "técnicos."

"Soluciones Viables"

Una solución viable a los problemas expuestos en este documento podría estar en una participación más activa por parte del FG en las actividades de los MCP y en la implementación de programas, algo que el Fondo aparentemente

no desea hacer. El FG quiere desarrollar la capacidad local y que los Programas Nacionales de SIDA sean autosuficientes. Pero este proceso podría desarrollarse en etapas con el apoyo de expertos entrenados en este tema, a quienes el FG podría emplear durante los pasos iniciales después de que una propuesta haya sido aprobada. Los "Portfolio Managers" (delegados del Fondo Global para supervisar los países), no tienen el suficiente tiempo para resolver e impactar en algunos de los problemas antes mencionados.

En cualquier caso, sin una mayor guía y sin una participación activa del FG, situaciones que son destructivas y que conllevan a largos retrasos en el acceso a tratamientos, indudablemente seguirán ocurriendo. Las personas que viven con el VIH/SIDA y que necesitan tratamiento hoy en enero de 2004, son sacrificadas por un proceso burocrático que no es congruente con un verdadero compromiso para aliviar el sufrimiento humano. †

Este artículo fue publicado en la última edición del "Global Fund Observer" (GFO). El Global Fund Observer es un boletín distribuido por internet que tiene como meta dar un espacio para noticias, análisis, y comentarios acerca del Fondo Global contra el SIDA, Tuberculosis y Malaria. Hay 4,500 suscriptores en más de 150 países. Hasta el momento sólo está publicado en inglés, pero durante el primer cuatrimestre de 2004 va a ser distribuido en español y francés. Para recibir el boletín GFO en español, envíe una carta al: recibir-gfo-espanol@aidspan.org. (Se puede dejar asunto y texto en blanco.) Recibirá una o dos ediciones por mes, una vez que la edición en español esté disponible. (Antes, recibirá la versión en inglés.)

Para Miles de Personas con VIH/SIDA, 'Scale Up'=Muerte

12 de diciembre de 2003

Queridos Amigos:

En respuesta a mi carta acerca de la conferencia mundial sobre sida en Toronto, previsto para 2006, he recibido la siguiente carta de una persona que vive con VIH/SIDA (PVVS) en Jamaica quién desea quedarse anónima:

"Asistí la undécima conferencia de GNP+ [Red Mundial de Personas que Viven con VIH/SIDA] en Trinidad (apenas sobre hace dos años). Dentro de 24 meses después de la conferencia, se habían muertos 7 del los 11 delegados Jamaíquinos. ¿Podría ser que la información que ellos recibieron por la conferencia aumentó su desesperanza? ¿Fueron puestos su cuidado y tratamiento primero? ¿O fueron invitados ellos meramente para aumentar las cifras de asistencia (o diversidad) de la conferencia?"

Mi comentario:

Esto no es decir que conferencias de sida no vale nada o que la red GNP+ no trata mejorar la situación de Personas que Viven con VIH/SIDA. Pero, por otro lado, ciertamente es válido levantar preguntas acerca de los resultados de tantas actividades dirigidas hacia mejorar la situación de ellos que las más necesitan.

Hay que recordar que Jamaica no es Africa subsahariana. Es un país de "desarrollo medio alto" con una infraestructura inmensa de turismo y carreteras modernas, aeropuertos modernos, hoteles modernos, etcétera. El ingreso por habitante se acerca \$2,000 por año. No hay patentes sobre los medicamentos anti-retrovirales, pues los precios podrían ser tan bajos como \$1 por día para el tratamiento de la primera línea.

¿Pero qué tal el cuidado de salud? ¿Qué tal el acceso al tratamiento para Personas que Viven con VIH/SIDA?

Jamaica actualmente ha recibido aprobación para su propuesta al Fondo Global que permitirá a muchas personas tener acceso al antirretrovirales en un país donde el gobierno no lo hace.

En el encuentro regional del Fondo Global en Panamá hablé recientemente con Dr. Yitades Gebre, del Programa Jamaíquino Nacional de SIDA y miembro del CCM (significa "Country Coordinating Mechanism" en inglés). Él estaba ansioso para recibir información acerca del "scale up" sobre acceso antirretroviral para empezar proporcionar el tratamiento lo más pronto posible con el apoyo del Fondo Global. En mi opinión, la participación de Dr. Gebre como representante de Jamaica del encuentro en Panamá estaba entusiasmado, sincero y proactivo.

¿Pero realmente se sucederá esta "aumentación" en tiempo a salvarse la vida de los que necesitan el tratamiento hoy en día?

El Fondo Global toma un promedio de acerca de 9 meses en Iberoamérica (y en algunos casos más de un año) para desembolsar fondos para el acceso antirretroviral a causa de una variedad de factores relacionadas a asuntos internos del CCM así como sus propios procedimientos del Fondo.

¿Qué sucedería si todos envueltos, el Programa Jamaíquino Nacional de SIDA, el Mecanismo de Coordinación de País ("CCM"), el Fondo Global, CARICOM, PANCAP, PAHO, ONUSIDA, USAID, y otros actores claves, juntaran sus habilidades, inteligencia y esfuerzos para intentar hacer realidad el sueño del acceso al tratamiento en Jamaica hasta el 15 de marzo 2004 para que los que necesitan tratamiento puedan, de hecho, tener esperanza? ¿Se puede ser hecho esto?

Richard Stern
Director
Asociación Agua Buena sobre Derechos Humanos
San José, Costa Rica
www.aguabuena.org
Tel/Fax 506-234-2411

— viene de la página 8 —

están recibiendo, ellos estiman que hay 250,000 PVVS que necesitan tratamiento antirretroviral y que de éstas 210,000 los están recibiendo. Esta cifra se discutió pues para algunos no se ajusta a la realidad y también no nos dice mucho, pues si se considera que sólo Brasil está dando unos 125,000 tratamientos, entonces el dato general no nos dice nada y se debe examinar país por país.

Por ejemplo se podría mencionar que la mayoría de países del cono sur tienen una cobertura amplia, mientras que en la mayoría de países de la región andina la cobertura es mínima, o en Centroamérica donde algunos países dan los antirretrovirales a la mayoría de PVVS mientras otros sólo cubren a pequeños porcentajes de esta población y si se analizaran los países del caribe, se encontraría que con la excepción de Cuba y Bahamas, el resto de países tienen una cobertura mínima.

Análisis de lo Que Viene

Sin duda, la iniciativa 3 x 5 impulsada por la OMS y retomada en nuestras regiones por la OPS es una excelente oportunidad para lograr un efectivo acceso a medicamentos antirretrovirales y un mejoramiento de los programas nacionales y los sistemas de salud en la región.

La situación de acceso no es tan grave como en África subsahariana, (pero tampoco se puede minimizar como lo hacen las estadísticas de

OMS), por tal motivo en América Latina y el Caribe la iniciativa 3 x 5 puede ser alcanzada por medio de una cobertura universal, pues se estaría hablando de entre 150,000 y 200,000 nuevos tratamientos para antes de que termine el año 2005. Situación que con voluntad y compromiso político y con la capacidad de saltarse los procedimientos burocráticos que muchas veces impiden la agilización de los trámites en situaciones de urgencia, se podría lograr.

La OPS ha tenido un importante papel técnico, pero su actitud ha sido demasiado cauta, lo que le ha impedido tener mayor incidencia en las políticas nacionales. Para alcanzar los objetivos en la iniciativa 3 x 5 e implementar las estrategias definidas, es necesario que se desarrolle una política general pero que se implementen estrategias concretas a nivel de cada país.

Estas estrategias deben incluir una participación más efectiva dentro de los MCP (mecanismos de coordinación de país) de los proyectos del Fondo Global, en la cual se logre priorizar el acceso a medicamentos, para lograrlo se requiere un adecuado acercamiento de las oficinas de la OPS en cada país con los grupos de base comunitaria, ONGs y asociaciones de PVVS, quienes por su experiencia pueden aportar ideas e insumos importantes para definir e implementar estas estrategias de acceso a medicamentos.

También las diferentes organiza-

ciones de la sociedad civil; ONGs, OBCs, redes y grupos de PVVS deben entender el papel protagónico que pueden desarrollar, principalmente en la labor de apoyo a estas iniciativas y por supuesto en la evaluación y monitoreo de los distintos compromisos asumidos tanto por los diferentes gobiernos como por las propias organizaciones internacionales, principalmente ONUSIDA y OMS/OPS en el tema de acceso a medicamentos y atención integral. †

TAGline is published monthly by the Treatment Action Group (TAG), a 501(c)(3) non-profit treatment advocacy organization in New York City.

Editor

Mike Barr

Translation

Jesús Agüais

Board of Directors

Barbara Hughes
President

Laura Morrison
Secretary/Treasurer

Lynda Dee, Esq.
Richard Lynn, Ph.D.
Alby P. Maccaroni, Jr.
Mark O'Donnell
Jason Osher
Bruce R. Schackman, Ph.D.
Gregory Thompson

Founding Director

Peter R. Staley

Executive Director

Mark Harrington

Basic Science Project Director

Richard Jefferys

Antiviral Project Director

Rob Camp

Coinfection Project Coordinator

Tracy Swan

Administrator

William Berger

Honorary Board of Advisors

Arthur J. Ammann, M.D.
Constance Benson, M.D.
Ross Bleckner
David Caddick
Barry Diller
Matthew Epstein
Judith Feinberg, M.D.
Harvey V. Fineberg, M.D., Ph.D.
Elizabeth Glaser (*In memoriam*)
Margaret A. Hamburg, M.D.
David D. Ho, M.D.
Michael Isbell, Esq.
Donald Kotler, M.D.
Mathilde Krim, Ph.D.
Susan E. Krown, M.D.
Jonathan M. Mann, M.D., M.P.H. (*In memoriam*)
Michael Palm (*In memoriam*)
James G. Pepper
William Powderly, M.D.
Joseph A. Sonnabend, M.D.
Timothy J. Sweeney
Tommy Tune
Urvashi Vaid
Simon Watney

Treatment Action Group

611 Broadway, Suite 612
New York, NY 10012
Tel. (212) 253-7922
Facs. (212) 253-7923
E-mail: tagnyc@msn.com
www.treatmentactiongroup.org

Would you like to continue receiving TAGline?

A one-year subscription is \$30 for individuals, \$50 for institutions.
Send your check, payable to TAG, to us at:

**Treatment Action Group (TAG)
611 Broadway, Suite 612
New York, New York 10012-2608**

(If you have previously sent TAG a donation of \$30 or more, we would like to thank you with a complimentary one-year subscription.)