

The Way Forward

Philly ACT UPer and Health Gap Founder Tackles the Challenges of An Aging Activist Movement

'Recreating the funnel'

Among the numerous hackneyed saws of activism, a front-runner for the most obviously true and often most objectively impossible is, "We need to stop just being reactive and be proactive." But it's rare that we have the leisure to sit around and craft exquisite theories and strategies while programs get cut, people get evicted, needles don't get exchanged, and biomedical research focuses on arcane résumé-building theses—rather than closing gaping holes in our understanding of basic science and expanding actual therapeutic options.

The global epidemic continues to escalate, new HIV transmission is unabated in the U.S. and continues to reflect all the racism, homophobia and stigma our society has to offer, and Federal politics threaten to bring back the depressing first decade of the epidemic rather than sustaining the decidedly more mixed bag of the Clinton era. So we often forge ahead from problem to problem, making great strides and saving lives even as the AIDS crisis remains decidedly not over. Yet there seems to be something in the air spurring long-time and newer activists to wax pro-active these days, mining the rich history of U.S. AIDS activism—often focusing on

— continued on page 4, col. 2 —

Strain ₁	Strain ₂	Time to 2nd Infection
A/E	B	27 months
A/E	B	2-3 months
B	A/E	7 months
B	B	>18 months

Strain ₁	Strain ₂	Time to 2nd Infection
A/E	B	27 months
A/E	B	2-3 months
B	A/E	7 months
B	B	>18 months

Source: *N Engl J Med* 2002; 347: 731-36; *J Virol* 2002; 76(15): 7444-52; XIV International Conference on AIDS, 7/2002

Volviendose el Ritmo

Reina Discotequera Renacida Como Moscardón de Política Recuerda Una Década De Cambios Sísmicos En el Paisaje Clínico

* * *

'Revolución del pragmatismo'

Como amiga superleal, abogada renegada y sabelotodo del ambiente marica, Lynda Dee parece a veces haber se dedicado la vida a rescatar a compañeros de sus aprietos. La bullíciosa, equilibrada decana del pueblo natal de John Waters ha, como ella puede bien lo dice ella misma, todo visto y hecho. La llegada de la epidemia de sida, sin embargo, probaría sus talentos como nunca antes. Y por la primera vez en su vida ella encontraría sus fabulosas astucias e ingeniosidad no alcanzan la marca. Después que su nuevo esposo sucumbió a la enfermedad tarde en los ochenta, su colega, muy amigo y compinche Garey Lambert seguirían

— sigue en la página 10 —

Double Jeopardy

Series of Superinfection Reports Leave Researchers Debating Not 'If' But 'How'—And What It All Means

'Extrapolating implications'

The possibility of multiple HIV infections in a given individual has concerned both people living with HIV and researchers for many years. While the theoretical case for such an occurrence has been argued, convincing evidence has until recently been notoriously elusive. The report this past July at the Barcelona AIDS conference of a re-infection, or "superinfection," in study patient of a Harvard cohort was initially greeted with more than a little circumspection. Then, in August and September, came three additional reports—reviewed and published in none other than NEJ and J Virology. Suddenly re-infection is for real, and it has vaccine researchers and public health officials particularly dismayed. Richard Jefferys dissects the data and explains why our worst fears may not (yet) be realized.

Amidst a cacophony of information about the ever-expanding worldwide HIV epidemic, perhaps the most widely covered story from the XIV International AIDS Conference in Barcelona revolved around a single individual. Patient AC-06, a participant in a small Boston-based study of treating acute HIV infection with antiretroviral drugs, was reported to have been re-infected (or "superinfected") by a

— continued on next page —

— continued from first page —

second, slightly divergent HIV strain (belonging to the same B subtype, or “clade,” as the original infecting virus) during the trial. Principal investigator Bruce Walker divulged the data during a morning session on immunity to HIV infection, prompting French doyen of immunology Brigitte Autran to exclaim: “Bruce, this is terrible news.”

The theoretical possibility of dual (or even multiple) HIV infections has concerned both people living with HIV and researchers for many years, but convincing evidence that such superinfections can occur in humans has been notoriously hard to come by. The last time a potential case hit the headlines was in the year 2000, when a research team from Canada reported (at the annual Retrovirus Conference) that an asymptomatic individual with HIV had picked up a more virulent virus from his partner, resulting in a sudden immunologic decline and disease progression. This case, however, never made it into the medical literature. And it later transpired that the results were erroneous and most likely due to a laboratory contamination. The story fizzled out so quietly that many people never even realized that the data had been debunked.

Given this history, it is perhaps not surprising that new reports of re-infection are typically greeted with a dose of skepticism, and Bruce Walker's case is no exception (“they need to check those results with a good virologist” was one comment heard in the conference corridors). However, synchronous with Walker's data come two additional published reports of possible re-infections, the very first batch to make it through peer review and into the medical literature. The first paper, authored by Thai and U.S. collaborators, was published in the August issue of the *Journal of Virology* and reports on two individuals

in a Thai cohort of intravenous drug users that acquired a second strain of HIV within months of their initial infection. The second report (also presented in Barcelona, and subsequently published in the *New England Journal of Medicine* September 5) comes from

This accumulation of new evidence is giving even hardened re-infection skeptics pause.

investigators involved in a European study of acute infection treatment known as QUEST, and comprises data on a single individual who became infected with a second HIV strain while participating in the trial (*for details of these two published studies, including the strains of HIV involved, see “Re-infection Data Summarized” on next page*). This accumulation of new evidence is giving even hardened re-infection skeptics pause, and the discussion has begun to shift from questioning the data to debating its implications for both vaccine research and the public health messages being delivered to individuals living with HIV.

In terms of vaccine research, the immediate question appears simple: if infection with HIV cannot induce sufficient immunity to protect against other HIV strains—even those from the same genetic subtype—*how on earth* is a vaccine going to achieve broad protection against HIV infection? For some, the new re-infection data swigs another gulp from a glass already seen as half-empty. Dissecting out legitimate questions regarding potential differences between virus- and vaccine-induced immune responses is difficult, particularly since the underlying immunology is complex and still poorly understood.

Nevertheless, there may be reasons to be cautious about extrapolating implications for vaccines from these reports.

Specifically, there are two key issues relating to immune responses in the individuals that became re-infected.

One relates to *quality*: how well were the HIV-specific immune responses actually functioning? The second relates to *targeting*: which parts of the virus were being targeted by the HIV-specific immune response?

Immune Response: **Quality**

In the case of Walker's patient AC-06, high levels of HIV-specific CD8 T cells could be detected prior to the apparent re-infection. These responses were assessed using an *ELISpot* assay that measures production of the cytokine interferon-gamma by CD8 T cells in response to stimulation with epitopes (small slices of protein) derived from HIV. Prior studies have demonstrated that responses measured using this technique do not always correlate with control of viral load, but in the case of patient AC-06 viral load was below 5,000 copies before the second virus broke through, suggesting that his HIV-specific CD8 T cells were functioning relatively well.

Only limited information regarding HIV-specific CD4 T cells was reported (proliferative responses to p24 were detectable), and the quality of these responses in patient AC-06 is less clear. The ability of HIV to target HIV-specific CD4 T cells as they attempt to transition from an initial “naïve” state into memory cells suggests that live, pathogenic HIV may not be the ideal candidate for priming effective memory CD4 T cell responses. Whether vaccines could help circumvent this problem by priming HIV-specific memory CD4 T cells *prior* to exposure is a question for future research, but it is not outside the realm of possibility.

— continued on page 4 —

Re-infection Data Summarized

New England Journal of Medicine, September 5, 2002, (Stephanie Jost, et al.)

“A Patient with HIV-1 Superinfection”

- A case report involving one 38 year old male, initially diagnosed with acute HIV infection in November 1998. At that time, anti-HIV antibodies were not yet detectable and the viral load was 805,000 copies. He enrolled in the QUEST trial and was treated with HAART (AZT, 3TC, *Ziagen* and *Agenerase*) for 27 months. From month 21 – 27 he also received immunizations with the experimental HIV vaccine ALVAC vCP1452.
- HAART was interrupted in January 2001, which led to a rebound in viral load that peaked at 80,000 copies and subsequently declined to 21,000 copies. A viral load test on April 10, 2001 revealed an increase to over 200,000 copies (which the researchers describe as the “second rebound”) and the viral load remained between 200,000 and 400,000 copies for the next four months.
- Attempts to restart HAART were delayed after the development of liver toxicity, which caused the researchers to look for evidence of hepatitis. It was discovered that the individual had very recently become infected with the hepatitis C virus.
- Detailed analysis of HIV samples revealed that this individual was originally infected with virus of the subtype AE (a combination form of subtype A and subtype E). However, the second viral load rebound was associated with the emergence of a subtype B HIV, most closely related to subtype B viruses circulating in Brazil. (The report notes that the subtype B virus replicated more efficiently *in vitro* compared to the original AE virus, and this finding was mirrored *in vivo* by a decline in AE virus levels as the subtype B virus levels increased.)
- Further investigation revealed that, three weeks prior to the second rebound, the individual had visited Brazil and had several unprotected sexual contacts, leading the researchers to conclude that the subtype B HIV represented a superinfection.
- It appears that infection with hepatitis C occurred at around the same time. (Whether the acquisition of hepatitis C influenced susceptibility to HIV infection—which might theoretically result from hepatitis C-induced activation of the immune system—is unclear, and the researchers do not discuss the possibility in the report.)
- In terms of immune responses, CD8 T cells directed against a single epitope (a tiny slice of viral protein) from the AE virus were detected using an *ELISpot* assay (which detects specific CD8 T cells based on their ability to make the cytokine interferon-gamma in response to stimulation with a given epitope *in vitro*) from November 1998 onwards, but began to decline in March 2001 (as the subtype B virus appeared). Typically, CD8 T cell responses are directed at multiple epitopes, suggesting a *narrowly targeted* immune response in this individual prior to superinfection. No responses to any epitopes from the subtype B virus were detected. Data on HIV-specific CD4 T cell and antibody responses were not reported.

Journal of Virology, August 2002, (Artur Ramos et al.)

“Intersubtype HIV-1 Superinfection following Seroconversion to Primary Infection in Two Injection Drug Users”

- Two individual cases identified by analyzing stored samples from a cohort study of injection drug users in Bangkok, Thailand.
- The first case comprised a 30 year old Thai woman who tested HIV negative at the time of enrollment in June 1996. Four months later, the HIV antibody test was positive. Additional samples were collected at around 4 and 7 weeks after the positive antibody test. Follow-up subsequently occurred every four months.
- Virus samples up at the time of the positive antibody test and the first follow-up visit three weeks later all belonged to a subtype known as CRF01-AE (a circulating recombinant form of HIV subtypes A and E).
- From the second follow-up visit onwards, virus samples also contained a proportion of subtype B HIV, leading the researchers to conclude that a superinfection most likely occurred in the interval between first (24 December 1996) and second (17 January 1997) follow-up visit.
- The second case comprised a 32 year old Thai male who initially tested positive in 1996.
- Virus samples from early time points exclusively belonged to HIV subtype B.
- Approximately seven months after seroconversion, viruses belonging to CRF01-AE also became detectable, suggesting that a superinfection with this strain most likely occurred in the interval between the third (19 January 1997) and fourth (25 June 1997) follow-up visit.
- Antibody responses to the V3 envelope peptides of both HIV subtypes were assessed. In case 1, antibodies to the AE strain were present from seroconversion onwards. Antibodies to subtype B were not detected until the fourth follow-up visit. In case 2, the pattern was similar but reverse order: antibodies to subtype B were detectable from seroconversion, while reactivity to the AE strain was not seen until the fourth follow-up visit. This is consistent with the idea that superinfections had occurred within months of the initial infection.
- HIV-specific T cells were evaluated using an *ELISpot* assay to detect interferon-gamma production in response to whole HIV proteins (*env*, *gag*, *nef* and *pol*) derived from either subtype B or AE. The assay measures both CD4 and CD8 T cell responses, and the relative contributions of these subsets were not assessed.

— continued from page 2 —

Immune Response: Targeting

What about targeting? At the time of the re-infection, patient AC-06 showed CD8 T cell responses targeting eight different epitopes from HIV. After the rebound in viral load caused by the second HIV infection, HAART was reinitiated for several months followed by another interruption. Viral load once again rebounded, and HAART was restarted. Data from this timepoint indicated that the CD8 T cell response had broadened to target twelve epitopes.

Several months later, HAART was again interrupted, and control of viral replication appeared to have improved in association with a further broadening of the CD8 T cell response which now targeted 30 different HIV epitopes (this information was presented by Walker at the 2001 AIDS vaccine conference, prior to the realization that a re-infection had occurred). Although additional data have not yet been reported, this preliminary observation suggests that infection with a single HIV strain may not necessarily induce broadly targeted CD8 T cell responses. This may at least offer a glimmer of hope for vaccines, particularly “multivalent” constructs that include epitopes from a number of different HIV subtypes.

In terms of public health messages, it is not possible to dismiss all four of these reported cases as erroneous. The true incidence of re-infection remains entirely unknown but it must be acknowledged that the risk is real. Many difficult questions persist, including the degree of risk, whether the duration of infection plays a role in susceptibility (all four of the reported cases occurred relatively early after the initial infection), whether HAART is protective against reinfection and whether long-term non-progressors—whose HIV-specific immune responses are thought to be highly functional—are also susceptible to re-infection. †

— continued from first page, col. 1 —

the heyday of ACT UP New York and transitions with the advent of the discipline of treatment activism—in order to look for the way forward.

In past months, Gregg Gonsalves, David

There may be reasons to be cautious about extrapolating implications for vaccines from these reports.

Barr and other AIDS treatment activist leaders have used these and other pages to reflect on the history of AIDS activism and ponder the challenges of our current situation. As a Revson Fellow at Columbia University this year, Julie Davids has been able to take some time away from the day-to-day campaign work of ACT UP/Philadelphia and Health GAP in order to further these conversations and plan concrete next steps in U.S. AIDS organizing on local, national and international issues.

As a member of ACT UP Philadelphia since 1990, I have seen our group grown, shrink, change, grow, and change. Currently, we are likely the largest all-volunteer grassroots AIDS group in the country, and our primary constituency and membership is African American people living with HIV. In 1995, I helped start *Project TEACH* at Philadelphia FIGHT, a treatment education training program for people living with HIV that remains rooted in principles of AIDS activism and community organizing. And I am a founding member and worked as community organizer for Health GAP, the U.S. coalition focused on the fight for global AIDS treatment access.

Through these experiences, I have been able to learn AIDS treatment

activism through the lens of community organizing. Although I consider myself a treatment activist and have put my time in on the Community Constituency Group (CCG) and read my fair share of clinical trial protocols and medical journals, I spend most of my time focused on strategies to build power and effect change—often drawing on models of organizing and mobilization from a range of activist traditions.

Many times, ACT UP Philadelphia members have been asked how we have managed to build the capacity to have hundreds of people of color with HIV and their loved

ones turn out to fierce protests in Washington, D.C. on seemingly arcane issues like compulsory licensing for the manufacture of antiretroviral treatments. The short answer is that we worked very hard for many years. We kept coming back to the same community organizations—many of which are neighborhood-based drug treatment programs, intimately familiar with the realities of HIV. Even if few were interested, we returned within weeks or months, becoming a more familiar presence and ensuring that people got their questions answered and knew how to get a hold of us. We prioritized issues and sustained campaigns that most heavily affected low-income individuals and people of color living with HIV—like needle exchange, housing and Medicaid managed care—and developed training programs like *Project TEACH* that gave potential activists weeks and months to “check out” AIDS activism and decide if it was for them.

In the May 2002 *TAGline*, David Barr writes: “Research advocacy is a luxurious area of activism. Activists from poorer communities often have to work on health care access, housing needs, and other priorities before they can turn their attention to the rarified world of clinical research.” This is an undeniably legitimate but limited analysis of barriers to the participation of people with HIV

from communities hardest hit by HIV. By looking at the ways people get involved in movements and groups, the ways we prioritize and describe treatment activist campaigns, and examining what worked in the development of leaders in the histories of ACT UP/New York and other groups, we can meet this challenge for the next decade of AIDS activism.

In organizing parlance, we could say that the “parameters” of what we call treatment activism are made up of specific *issues*. Issues, unlike mere problems, refer to situations for which we think we know the solution.

As activists, we come together to be powerful enough to force the problems into issues, and to win the solutions. Thus, if people do not have a shared sense of the possible, they will not agree on whether a problem is an issue or not.

The historical perception of ACT UP as a movement is that middle class gay white men became outraged when they realized what it was like to be faced with a disease and get treated like shit by the government and medical establishment. This is oversimplistic, but does speak to the fact that many people in ACT UP felt that AIDS research issues were *issues*—that they could build power to change the way research was conducted and thereby make treatments available.

It is worth considering that if you come from a community that has always had lousy health care, has a life expectancy decades shorter than affluent white communities, and in which medical conditions like diabetes and high blood pressure are endemic, it may not seem that it is realistic to fight for research issues—especially if there are no drugs that seem to be doing anyone any good. As challenging as it can be to obtain decent housing for someone, this can often seem like more of a winnable

issue than an abstract research goal—especially during the days when people were inventing treatment activism in the vacuum of no effective treatments.

Fast forward to 2002. I have found that activists from poorer communities are

Were the AZT protests of the 1980s substantially different from the TAC campaign for antiretroviral therapy in South Africa today?

keenly interested in research. Many of them have been in research studies, and they get mad as hell when they realize they were put on drugs for which there was no evidence of efficacy. Many also want to know where the research is on neuropathy and other common toxicities—especially since the majority of many *TEACH* participants are suffering from them. They want to know if the risk of heart problems will be greater in communities of color, where heart disease is already common. If someone wants to “storm the NIH” over side effects and toxicity research, I’m sure we could fill those buses.

I’d ask us to consider that if the parameters of what gets considered as a treatment activist *issue*, and who is interested in them, have in some ways been cemented into our heads from a time in which there were little to no effective therapies for HIV. And why is it that the first pivotal images of ACT UP treatment protests—the battles to get “drugs into bodies”—are considered treatment activism and not health care access? I see the AZT protests as access activism, just as Treatment Access Campaign in South Africa is fighting for public sector antiretroviral therapy access today. Is expanded access a research issue or an access issue. It’s both, of course. Perhaps if we

allow ourselves to make these boundaries fuzzy, we can craft issues that will resonate across communities and constituencies.

David writes, “We taught ourselves and each other about how drugs are developed, how clinical research is conducted, how to understand the study results.” People who have been denied a well-funded education may need some time to discover that they can develop a facility with treatment and research issues. A good place to start is with what they already know. In *Project TEACH*, we begin by talking

about what life with HIV really feels like, and move on to issues like disclosure and spirituality. We throw in CD4 and viral load in the first week, but start it out by asking people what they already know about these surrogate markers. We don’t officially talk about antiviral guidelines until week 3 or 4—long enough for most people to settle in and recognize they don’t have to be experts in order to understand treatment information.

What these people already know is that health care is political. Shared frustration and anger about continued neglect of the AIDS crisis that rages on in our neighborhoods can inspire us to seek more information—which is where we can use reports that identify the obstacles to progress without requiring a ton of specialized research knowledge. Sometimes I have lacked the tools to give someone to take the next steps as activists: who they can call, where they should write letters. The AIDS Treatment Activist Coalition (ATAC) has started to help fill these gaps, and I commend Project Inform’s *Treatment Action Network* for providing consistent alerts for their contacts around the country.

I would guess that some of the people

— continued on next page —

— continued from previous page —

who ended up being data hound research activists cut their teeth on more broad-based issues, such as expanded access. People start with more accessible chunks of information, and then figure out that they can specialize. Or they start from experience: “Our feet burn so badly that we can’t have a march. That’s why we’re sitting here in your office until you commit to taking on this neuropathy research agenda, Mr. NIH Director.”

And we have treatment activists all over the country right now: part of the population of two million people warehoused in prisons. Like jailhouse lawyers, they are teaching themselves complex treatment information and fighting for their lives and the lives of fellow inmates. How do they tap into campaigns that are internet-based? How do we incorporate prison issues—a key case in which treatment issues are *access* issues—to help people stay alive on the inside in order to be able to join us in struggle when they are released? There are tremendous reservoirs of passion and experience in communities of people with HIV who have not traditionally been looked to as treatment activists. How do we rebuild our movement to take our next steps together? We need to recognize that activism is built from relationships, and that activists need something to do.

Imagine the heady days of ACT UP/New York like the top of a funnel. The funnel has ten different spouts at the bottom. Lots and lots of people come in. They flirt, they argue, they go out for drinks, they get arrested. Some funnel into the treatment geek spouts. Others funnel into the needle exchange spout. Those swimming around in the funnel above them, cheer them on, hear reports, argue a bit about the bottom line of what needs to be done, and

swing into action. And then some of them stick around and find their own spout. *That’s leadership development.* And it worked well for many years, not just in the well-documented years of the ACT UP chapter in New York, but in other ACT UP chapters around the

For years we have been isolating emerging AIDS activist leaders on community advisory boards and planning councils.

country to varying degrees. For me, the question is, “How do you recreate that funnel?” For years, we have been doing pretty much the opposite: noticing local HIV+ leaders and, one by one, isolating them on community advisory boards and planning councils where their potential power is often, at best, hidden behind an impenetrable wall of Robert’s Rules of Order and backroom dealing.

Perhaps, then, we need to examine the *pipeline* to the funnel. How do people get to a place where they consider joining an activist organization or campaign? Often, it is through friendship networks or existing organizations. But that can limit participation to particular communities. Community education and “teach-ins” can bring the recruitment effort to different folks, but run the risk of exposing themselves as brute opportunist recruitment efforts to diversify a movement that has already decided what it wants to do and is just after bodies.

When we started *Project TEACH*, we realized we had the opportunity to present ourselves to people living with HIV over time—twice a week for eight weeks, people get together to share experiences and ideas, debate touchy

subjects, and learn key treatment and research information in the context of the activism that made it possible. Usually, there is an ACT UP protest during the intervening time, and class members may decide to participate and then report back to the rest of the participants about their experiences.

Project TEACH and ACT UP/Philadelphia are good counterparts. *TEACH* provides a grounding in treatment education and activist concepts, and ACT UP gives people turned on by this stuff a role. About 75% of ACT UP/Philly’s HIV+ member-

ship are *Project TEACH* graduates. But, as hard as it can be to inspire people to take on a bunch of thankless activist work, it is even harder to start it from scratch. I am not sure that the *TEACH* model, even if way pro-activist, would work in a city or region without a viable activist group for people to join.

Call it the limits of volunteerism or whatever you’d like, but it is time to put some money behind hiring organizers to create structures to help community leaders come together to join or initiate campaigns. And let’s keep bringing people together through ATAC and NATAF—but focus more on the follow-up to keep us working together. ACT UP/Philly roped me in—for at least twelve years now—because it gave me a community and a role: You want to help? Write a press release. And work with an experienced person to figure out what needs to change about that press release, so you can do it better next time. And then let’s go out for a snack, and gossip, and tell you some more about living with HIV and why we are so angry, and some of the things we did as civil rights and gay liberation activists. While we’re out, we’ll learn more about what gets you going, what you are good at, and then we can give you more work to do. †

Construyéndolo

Activistas de Todas Partes Se Reunen en Barcelona Para Preparar El Suministro del Tratamiento Mundial

'Formar a proveedores, pacientes'

En la conferencia auxiliada pos-Barcelona este verano, TAG co patrocinado la primera reunión de una nueva coalición mundial enfocada a la preparación sobre tratamiento. Cuando los cuerpos globales de la salud y la economía como el Banco Mundial, la Organización Mundial de Salud y las Naciones Unidas siguen la preparación para el tratamiento y cuidado para personas con VIH/sida en países en vías de desarrollo, la importancia del involucramiento de la comunidad se ve como un requisito esencial para el éxito del programa. Desde la primera organización sobre sida en Belarús hasta los grupos activista mucho más maduros como ello en Uganda, India y México, los participantes en la sesión de estrategia mundial compartieron noticias de desafíos y éxitos de sus comunidades respectivas. Mark Harrington preparó este resumen de la reunión para TAGline.

Un grupo de 30 abogados del tratamiento de sida y representantes de la comunidad se reunieron en Barcelona por la noche de miércoles, el 10 de julio de 2002, para discutir la necesidad de informar las comunidades acerca del tratamiento para VIH/sida y para movilizar las comunidades alrededor de demandas para acceso de tratamiento mas ancho. Los participantes fueron invitados basados en su historia de, experiencia con, y el interés a conducir el trabajo sobre la preparación de tratamiento para VIH/sida en niveles internacionales, regionales, nacionales

y locales. Los países representados eran Belarús, Chile, México, India, Rusia, Tailandia, Uganda, el Reino Unido, y los Estados Unidos. Representantes adicionales invitados incluyeron países como Brasil, Burundi, Marruecos, Africa del Sur, que han indicado un interés a participar pero que no eran capaz a asistir, a causa de otras obligaciones en la Conferencia o para razones logísticas.

- Gregg Gonsalves de Gay Men's Health Crisis (Nueva York) y Mark Harrington de TAG (Nueva York) inauguraron la reunión y añadieron que ellos habían tenido palabras preliminares con ONU/SIDA, la OMS, y el Banco Mundial, acerca de la importancia de la participación de la comunidad en la preparación del tratamiento como parte de la preparación de tratamiento para VIH/sida para países en vías de desarrollo. Los participantes introdujeron a sí mismos y discutieron brevemente lo que ellos y sus organizaciones hacían.

Programas sobre preparación de tratamiento en países en vías de desarrollo

- Venkatesan Chakrapani de SAATHI (India) describió su trabajo que traza y coordina las organizaciones de VIH/sida en India. Ellos trabajan con la Red de Personas Seropositivas de India para preparar un papel sobre cuidado y apoyo en India.

- Maew Chinvarasopak, Tom Trumanka, Mit, y Tanud Paisan (Tailandia) discutieron las coaliciones Tailandesas de personas viviendo con VIH/sida y sus metas de 1) asegurar las normas buenas del gobierno, 2) "fortalecer" la vida de gente con VIH/sida, y 3) ampliar acceso a terapia antiretroviral.

- Roman Dudnik y Marina Nikitina de AFEW (Rusia) describieron la Red Rusa de Gente VIH+, la Fundación

Este/Oeste, y su proyecto de cárceles. Cuidado y apoyo para gente viviendo con VIH/sida es sólo un comienzo.

- Milly Katana del Grupo Acción sobre Derechos de Salud (Uganda) discutió sus esfuerzos acerca del apoyo para luchar contra el estigma y la discriminación, movilizar a las comunidades acerca de la prevención de la transmisión madre a niño (MTCT, por sus siglas en inglés), y los programas MTCT-Plus de tratamiento. Ella propuso que una fuerza de 6-7 personas adelanta la propuesta internacional sobre la preparación para tratamiento, inclusive la representación razonable de gente del Sur.

- Stanislas Kazihin (Penza, Rusia) describió el trabajo de ONGs rusos en campos de "harm reduction," VIH en prisiones, y el apoyo para gente con VIH.

- Abraham Kurian de la Red India de Gente con VIH (India) discutió el foco del grupo sobre la movilización de la comunidad, realizando redes más fuertes al nivel del estado, y el interés creciente del apoyo sobre tratamiento.

- Anuar Luna de la Red Mexicana de Gente Viviendo con VIH/sida (Ciudad de México) describió los talleres sobre "treatment education" y "calidad de vida," que enfocan en asuntos tales como tomar decisiones de tratamiento, comprender resultados de pruebas laboratorios, establecer grupos de apoyo, et cetera.

- Rodrigo Pascal de Vivo Positivo (Chile) discutió el trabajo del grupo que lucha para derechos civiles, la protección legal contra la discriminación en la salud y educación, grupos de apoyo, y educación sobre la prevención y tratamiento.

- Sasha Tzekmanovich de la organización Acción Humanitaria/MDM (San

— sigue en la próxima página —

— viene de la página anterior —
Petersburg, Rusia) discutió las actividades del grupo que enfoca a la reducción del daño para usuarios de drogas, asegurando un suministro de sangre libre de VIH y VHC, tratar de organizar grupos de apoyo y de ayuda de ser, y explicó que esos profesionales de salud no están a menudo dispuestos a tratar a usuarios de drogas. Mientras que la epidemia es todavía nueva en Rusia, el número de esos antiretrovirales que se necesita no es tan grande como el número de gente ya infectada.

• Ilia Viazmikin (Belarús) habló de su grupo Corriente Positiva, la primera ONG sobre sida en Belarús, que organiza grupos de ayuda de ser para gente viviendo con VIH y que enfoca también sobre programas de reducción de daño.

Programas sobre preparación de tratamiento en países desarrollados

• Keith Alcorn de NAM (Reino Unido) dijo que el antiguo Manual Nacional de Sida (ahora sólo "NAM") ha estado conduciendo programas de educación sobre tratamiento desde que el año 1988. NAM está desarrollando actualmente un manual de instrucción sobre tratamiento para usar en África oriental y sureña en asociación con la Alianza Internacional de VIH/Sida ("International HIV/AIDS Alliance," por su nombre en inglés). Ellos trabajan con Acción Sida en Zimbabwe para producir manuales de instrucción personalizados sobre tratamiento y debía reunir allí (en Zimbabwe) en agosto para adelantar el esfuerzo.

• Emily Bass de la Iniciativa Internacional sobre Vacunas de Sida ("International AIDS Vaccine Initiative," Nueva York) explicó cómo la preparación para tratamiento sería una parte integral de los esfuerzos sobre la

preparación de una vacuna. Actualmente, estudios de vacunas son en marcha en China, India, África del Sur, Uganda, y otras partes.

• Rob Camp del Grupo Europeo del Tratamiento de Sida discutió el éxito

Informar a las pacientes es tan importante como informar a las proveedores.

de la serie de talleres sobre educación de tratamiento y movilización del EATG con Estados del Sur y Estados del Oeste. Los talleres se han conducido para los pasados varios años en una tentativa para aumentar el involucramiento de la comunidad y la comprensión sobre el tratamiento de VIH/sida en los países de la Europa Mediterránea, Central y Oriental.

• Julie Davids y Asia Russell del ACT UP/Filadelfia y la coalición Health Gap discutieron su trabajo en la educación del tratamiento al nivel local así como también su trabajo global para fortalecer apoyo de EE.UU. para el tratamiento internacional de sida, bajar los precios de fármacos, y asegurar que las empresas multinacionales cubran el tratamiento de sida para sus empleados.

• Jay Dobkin del Hospital Columbia Presbiteriano (Nueva York) ofrece consejo sobre programas anti-sida sobre la reducción del daño en Europa Central y Oriental y otros países de la antigua Unión soviética. "Lo que se discute es esta noche absolutamente crítico: informar a las pacientes es tan importante como informar a las proveedores."

• Mark Harrington y Richard Jefferys del Grupo de Acción Sobre Tratamiento ("TAG," Nueva York) discutió el trabajo de TAG en el apoyo de investigación y tratamiento en los Institutos Nacionales de la Salud ("NIH," por sus siglas en inglés) y la industria farmacéutica, y varios proyectos en cuáles TAG ha colaborado con la Campaña de Acción sobre Tratamiento ("TAC)," por sus siglas en inglés) del África del Sur, y en otras asociaciones Norte-Sur.

• Kasia Malinowska-Sempruch de la Red sobre la Reducción del Daño del Instituto Sociedad Abierta describió las 200 iniciativas del grupo en Europa Central y Oriental, la necesidad para programas de reducción de daño ser conectado apretadamente con el cuidado de VIH, y la falta actual de tales conexiones.

• Subha Raghavan del Hospital Harlem (Nueva York) discutió el trabajo de la CBO SAATHI (de India) para reunir los sectores diferentes que responden a la epidemia en India.

Próximos pasos, artículos de acción

• El grupo decidió reunir en una forma más grande y más estructurada en el invierno de 2002-2003.

• Un resumen de esta reunión se está preparando, traducido, y distribuido a participantes y a otras organizaciones y redes de personas que se dedican a la movilización de la comunidad, la educación sobre tratamiento, la capacidad de leer y escribir, y en la preparación sobre tratamiento.

• Un grupo de trabajo compuesto de algunos participantes y otros se juntará para planear el taller otoñal. †

TAG Cumpla 10: El Año 1996

- 7 enero Nueva York: Ventisca de nieve lo más grande desde 1947.
- 18 enero Activista Garey Lambert mueren de sida en Baltimore (MD); Lynda Dee están allí.
- 31 enero Mark Harrington renuncia del Comité de Dirección de la Conferencia de Retrovirus debido a una política exclusiva.
- 1 febrero Retrovirus: presentación de ritonavir por laboratorios Abbott. Ellos fundan una reducción de 50% en la progresión + muerte a lo largo de seis meses. Spencer derrite en lágrimas.
- 12 febrero Gregg Gonsalves comienza el inhibidor de proteasa de Agouron (nelfinavir) + AZT/3TC en un estudio de ADARC.
- 1 marzo Aprobación de ritonavir (Norvir) en apenas un día! Entropaño de FDA sobre indinavir (*Crixivan*) de Merck.
- 13 marzo Aprobación acelerada para indinavir.
- 8 abril Aprobación de *DaunoXome* (inyección de daunorubicin liposomal) para el tratamiento de KS avanzada.
- 3 junio Aprobación de la prueba de VIH ARN *Amplicor* (de Roche).
- 12 junio Aprobación de azithromycin (*Zithromax*) de Pfizer para la profilaxis de MAC.
- 14 junio Artículo en la portada del periódico *The Wall Street Journal* sobre inhibidores de proteasa.
- 21 junio Aprobación acelerada de nevirapina (*Viramune*) del Boehringer-Ingelheim, el primer aprobado no nucleosido inhibidor (NNRTI) inverso de transcriptasa.
- 24 junio La revista *Nature* sale con dos papeles de bomba en CC-CKR-5, segundo receptor hasta ahora evasivo del VIH.
- 26 junio Aprobación de cidofovir (*Vistide*) de Gilead para el tratamiento intravenoso para retinitis CMV.
- 30 junio Desfile de Fierte Gay en Nueva York. Portada de la revista *The Economist*: "Una Solución para Sida?"
- 2 julio Las células T de Mark Harrington han caído de 320 a 152; su carga viral es 196,000.
- 8 julio XIa Conferencia Internacional de sida, Vancouver (Canadá).
- 10 julio John Mellors presenta los datos famosos de MACS sobre carga viral y desarrollo de sida.
- 30 julio Reunión entre TAG, David Ho, Marty Markowitz en oficinas de PWAC en la Calle 17. Se atasca. (El aumento de valor posterior por A. Sullivan para la revista *New York Times Magazine*: "Cuando Pestes Se Acaban.")
- 6 agosto La segunda biopsia de nodo linfático de Mark Harrington realizado en el centro clínico del INS.
- 7 agosto En NYC, Peter Staley comienza 3TC/d4T/*Crixivan*. En Bethesda, así hace Mark Harrington.
- 23 agosto Aprobación de rHGH (*Serostim*) de Serono para malgastar y caquexia.
- 21 sept Papel de Tae Wook Chun sobre el estado latente celular de provirus integrado del VIH. Esto prefiguraría el fin de la teoría de erradicación.
- 29 sept La carga viral de Spencer ha virtualmente vuelto al baseline, 400,000, siete meses después de haber comenzado ritonavir y dos meses después de cambiar a indinavir. ¿Esto es un heraldo de nuestro futuro?
- 6-9 oct Reunión de NATAF (el Foro Nacional de Activistas sobre Tratamiento de sida) en D. C.
- 5 nov Bill Clinton derrota a Bob Dole como presidente de EE.UU.
- 13-14 nov Entropaño sobre los Principios de INS: los datos de la resistencia que presionan. La burbuja del pos-Vancouver pincha. La resistencia es una vía de sentido único; el virus es "genéticamente implacable."
- 22 nov Spencer en el entropaño del FDA sobre delavirdina (el AVDAC votó, 4-4. TAG era ambivalente también).
- 17 dec La portada del *Newsday* "La Maldición del 'el Curación'" por Laurie Garrett, con fotos de Spencer y Mark (un cuento de dos TAGcitos. ¿Cuál tiene resistencia?) El mismo día la portada del *Wall Street Journal* sobre David Ho.
- Charlie Franchino renuncia como Presidente de junta directiva de TAG. Es seguido por Barbara Hughes.

— viene de la primera página —
casi diez años después. “Si sólo ese hijo de puta había colgado en otra par de semanas,” ella suspira, aludiendo a su es pasajero dentro de días meros de datos pasmosos de tierra de supervivencia de Norvir 2/96 de Abbott. La gente no acostumbra a su mimamiento brusco italiano-irlandés del quizás se tomara entendiblemente en facha, pero para los que sabe y ama y ha trabajado con ella sobre estos pasados doce años, la voz del corazón es tan meliflua como todo consume. Ella dice su cuento abajo.

Mi experiencia de TAG es bastante diferente de todos otros. Ante todo, yo soy una mujer “hetero” de Baltimore que no ha vivido en Nueva York desde que temprano en los años 80—ante-sida—cuando la vida era una fiesta grande. Mi mayor preocupación en esos días del sexo, drogas y la “rock ‘n’ roll,” o el sleaze como nosotros lo llamamos, era lo que llevarme al 12 West o luego a *The Saint*. Yo era la chica festiva original en un vestido de fiesta, y divertirse era el único objetivo.

Durante mis años como una “bruja de bar,” conocí a cientos de hombres gay fabulosos del Baltimore, de Washington, de Filadelfia, y de Nueva York así como también muchas otras mecas gay alrededor del país. (Sí, había un circuito en aquella época también. Y yo sabía que nos divertíamos un poco demasiado...)

Temprano en los años ochenta, nuestra vidas empezaron a cambiar dramáticamente. Gente comenzó a enfermarse y morir—a veces en una cuestión de días. Muchos ignoraron el dilema todavía subterráneo y siguieron divirtiéndose. Yo también lo hice para un rato. Pero todo era a punto de cambiar.

En 1984, me embarazó, me casó y volvió a Baltimore—en esa orden. Como la suerte mía, mi hijo se murió del síndrome repentino de la muerte de niño (“SIDS,” por sus siglas en inglés) en 1985. El año siguiente, 1986, mi esposo fue diagnosticado

En 1984 me embarazó, me casó, y volvió a Baltimore— en esa orden.

con sida. Fue admitido a la sala de sida en el hospital Johns Hopkins un total de nueve veces antes de morir en el 16 de julio de 1987.

Durante sus muchas hospitalizaciones, yo lo miré (y tan muchos de mis amigos locales) sufre y muere de los estragos de infección descontrolada de VIH. Ellos se murieron de PCP, meningitis, CMV, MAI, la diarrea y simplemente malgastar, o de extrañas cánceres como carcinoma Kaposi, y de los tumores raros de cerebro—pero sólo después de sufrir los tormentos de procedimientos médicos intrusos e interminables y frecuentemente la maldición de demencia. Muchos de ellos eran indigentes sin apoyo financiero o emocional. Yo sentía tan impotente: seguro que debía haber algo una fulana insistente como yo pudiera hacer para ayudarlos y para prevenir sus muertos (si para ningún otra razón que mantener mi propia cordura!)

Pat Moran, Garey Lambert y yo decidieron comenzar el grupo Acción de Sida Baltimore a ayudar a nuestros amigos con ayuda financiera. Garey y yo siempre creímos que la respuesta vendría de la investigación. En aquella época, no había aún AZT. Por amigos en la Nueva York, nosotros

comenzamos a oír acerca de cosas raras como AL-721 y DNCB. Fuimos introducidos también a fuentes subterráneas de la literatura y otras terapias alternativas. Pero ninguno de los nos servió. La gente siguió cayendo como moscas.

Poco después, ACT UP comenzó a tomar su forma enojada. Mark Harrington, a ese tiempo un afiliado del Comité de Tratamiento y Datos (“T + D”) del ACT UP, y luego un afiliado principal del Grupo de Acción sobre Tratamiento (TAG), escribió “Una Crítica sobre el ACTG.” El trabajo incluyó

una introducción por Jim Eigo y fue redactado por Ken Fornataro. Aún hoy, recuerdo leerlo en asombro. ¿Quién eran estos tipos? Ellos obviamente habían pasado horas estudiando el Grupo Clínico de Ensayos sobre Sida (“ACTG,” por sus siglas en inglés), la red cooperativa nacional preeminente sobre la investigación de VIH del INS. Ellos sabían mucho más acerca de investigación de sida que yo; y quería tener su conocimiento.

Mi primer proyecto con ACT UP/Nueva York y T + D era en 1991 acerca del inhibidor de tat de los laboratorios Roche. El centro médico Johns Hopkins es un sitio importante para pruebas clínicas de Fase I. Roche estaba a punto de comenzar un estudio de Fase I ahí. Es casi imposible, hoy en día, imaginárselo, pero el protocolo admitió a las mujeres de la edad de cojinete de niño sólo si ellos se sometiesen a la esterilización quirúrgica. Trabajar para eliminar este requisito Nazi falsificó un lazo entre nosotros que existe a hoy mismo.

Trabajé diligentemente con Derek Link de T+D para eliminar este requisito ofensivo del protocolo y para prevenir una “acción” por ACT UP a Hopkins. Es importante notar que el

inhibidor de tat era un fracaso inmenso. ¡Imagínese haber sido esterilizado sólo para encontrar luego que la droga fuera completamente ineficaz!

Después de esto, mis líos con T + D era cementados. Luego, llegaría a ser lo que yo me refiero en broma como “la chica de Roche,” trabajando en contacto muy cercano con Karl Owens quien era la persona “punto” Roche de T + D en aquel tiempo. Estaba durante este período que aprendimos (por manera dura) que una junta de consejo de la comunidad (“CAB,” por sus siglas en inglés) estancado no es necesariamente mejor que ninguna—por razones que hoy parecen obvias. En 1991, sin embargo, todavía estábamos aprendiendo.

Nuestro próximo experimento era el Grupo de Constituyentes de la Comunidad (“CCG,” por sus siglas en inglés) del ACTG. ACT UP dirigió la carga en 1990 en el campus del INS en Bethesda (Maryland) con su acción “Asaltar el INS,” asistido por centenares de protestadores de a través del país. Yo nunca me olvidaré al cofundador de TAG, Peter Staley, sobre el techo de uno de los edificios de la INS. Estábamos como un ejército ese día, y nosotros obtuvimos resultados. Después de la acción, el director Tony Fauci decidió permitir que la comunidad fue admitido en el proceso de investigación a la INS en una capacidad oficial. Tomamos el toro por los cuernos, y la comunidad afectada es todavía una parte integral hacia las normas de la INS. Ponemos el precedente que luego ha sido seguido por activistas del cáncer, Alzheimer y muchos otros tipos de activistas sobre la salud.

Teníamos muchas victorias importantes en nuestras colaboraciones con el Comité de Infecciones Oportunistas (IOs) que avanzó magníficamente esta investigación, no lo menos de que era el proyecto

“Countdown 18 Meses”. “Countdown 18 Meses” era el invento de Garance Franke Ruta T+D. Ella creyó que desemejante del VIH, muchos de las Infecciones Oportunistas responsable por los tormentos del Job que mataban verdaderamente a gente con VIH eran de hecho tratables. Tratables, y ella creyó, con una panoplia de drogas ambos nuevos y viejos que se podrían ser estudiado además y/o hecho disponibles dentro de un período de tiempo de 18 meses.

El investigador principal de Johns Hopkins, Dr. John Bartlett, un investigador prominente de enfermedades contagiosas, era el primer médico de nombre grande para apoyar públicamente la propuesta visionaria de T+D. Y el resto es historia: Muchas de las infecciones oportunistas responsables de las muertes de legiones se han sido conquistadas dentro de dieciocho meses.

Ejercimos la presión dentro y fuera del ACTG para asegurar que más recursos fluyan al Comité IO. Créalo mí, esta tarea no era fácil. Los grandes poderes tenían la mayor parte de los recursos ataron con protocolos más “atractiva” sobre VIH, ninguno de que cambió realmente el estándar del cuidado hasta la llegada de la terapia triple y los inhibidores de proteasa.

Supongo que puedo ser descrito mejor como parte de la “segunda ola” de activistas de la comunidad en el ACTG. Con mucha guía de T + D, yo era uno de los luchadores, una persona implacable de boquilla y detalle que trató de ayudar transformar el ACTG en una operación más aerodinámica, en vez de un Leviatán ineficaz y un cajón de arena para juegos infantiles para explorar a preguntas científicas eruditas—pero, clínicamente, no pertinentes.

Los científicos del ACTG son los tipos “colegiales” que no aprecian de pisar

en dedos de otros. En realidad, esto tiene mucho hacer con la incertidumbre de quien estará sentándose en su próximo entrepaño de revisión de beca, juzgando su próximo proyecto o determinando su futuro financia. En todo caso, tomó mucho esfuerzo y persuasión para convencer el ACTG que era esencial descargar los sitios que no se realizaba y protocolos que no se matriculaban. Muchos de estos asuntos plagan todavía el ACTG hoy en día, especialmente el factor de tiempo de desarrollar un protocolo. En esos días tempranos nosotros plantamos las semillas del cambio que siguen ser cultivadas hoy.

Estaba durante este período que T + D se separó oficialmente de ACT UP. Por este tiempo, ACT UP/Nueva York había llegado a ser paralizada por la anarquía: “... y la revolución se devora.” Pero la “revolución pragmática” de TAG comenzaba apenas. En 1992, Mark Harrington y Gregg Gonsalves, ambos afiliados centrales de TAG, escribieron la obra maestra en dos partes, “La INS: Una Revisión Crítica,” que resumió detenidamente y critiqué todo la investigación sobre sida conducida por la INS. (Como quizás se pueden imaginar, había poco o ninguna colaboración entre Institutos.) Una vez más, TAG ha identificado otra omisión deslumbrante en el agenda de la investigación sobre sida en la INS.

Llegó a ser uno de miembros originales de la junta directiva de TAG, trabajando con las mismas mentes magníficas que han propulsado inicialmente nuestra visión nueva para la investigación de sida. Permanezco orgullosamente a un miembro de la junta directiva de TAG. Y adelantamos todavía el agenda de investigación sobre sida con el gobierno, con las empresas y ahora a través del VIH-destrozado Tercer Mundo. Seguimos colaborando en estrategias importantes, nacionales e internacionales. TAG es un aliado magnífico

— viene de la página 11 —

del Comité de la Acción sobre Tratamiento de África del Sur ("TAC," por sus siglas en inglés), que ha sido responsable de muchos cambios de salvamento y socorrismo en el país lo mas devastado del mundo por el VIH. Por la conexión de TAG/TAC, Acción de Sida Baltimore era capaz dar una contribución de \$10,000 a este grupo de activistas Sudafricanos. Con esta mero pitanza, la Campaña de la Acción del Tratamiento importó desde Tailandia una cantidad de fluconazole genérico en África del Sur. (Fluconazole es la forma genérica de Diflucan, el tratamiento para las infecciones micóticas que causan la mayoría de las enfermedades y muertes actualmente en África del Sur.)

Con esta compra de fluconazole desde un fabricante genérico Tailandés (y una campaña de relaciones pública para acompañarlo)—todo financiando por esta diminuta contribución, TAC obtuvo la primera excepción al rechazo criminal del presidente Mbeki para reconocer la epidemia de sida en su país. Esto era una victoria enorme para un país donde hacia 20% de sus ciudadanos están infectados por VIH.

Más recientemente, TAC luchó sobre el derecho de mujeres seropositivas y embarazadas recibir terapia antiviral durante su embarazo—y TAC ganó.

A causa de esta victoria, madres infectadas por VIH tendrán finalmente el derecho de recibir tratamiento que prevendrá la transmisión de VIH por madre a niño. Paso por paso, juntos ganamos batallas.

Y la lucha continúa, con TAG adelante. Uno de mi proyectos actual de TAG implica la asociación en un nuevo grupo "grass roots" que lucha para obtener más dinero para los Programas de Ayuda sobre Drogas para Sida ("ADAP," por sus siglas en inglés) a través de la nación. TAG es también un afiliado de la Coalición para Precios Justos que combate para mantener el nivel de precios de drogas para que los aumentos de ADAP no sean devorados automáticamente por el aumento constante de precios—iniciado por las empresas glotonas.

Una vez más, TAG ha probada su misión visionaria para campionar la Coalición de Activistas sobre Tratamiento de Sida ("ATAC," por sus siglas en inglés) a lado de muchas otros grupos basados en la comunidad. Hasta ahora, hemos realizado con mucho éxito dos talleres de entrenamiento ("teach-ins," como se dicen en inglés) en un esfuerzo a formar a activistas del tratamiento en el futuro. Todavía somos aquí. Todavía luchando, día por día. Para esto, el acontecimiento del aniversario de 10 años de TAG, yo he tomado el tiem-

po de conmemorar algunos de nuestros históricos éxitos, para mostrar como las organizaciones nacionales que trabajan con grupos locales pueden producir cambios significativos que beneficia mucha gente con VIH en su vida cotidiana; y, para felicitar a nuestro equipo en el aniversario de su primera década para un trabajo bien hecho. †

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. Maccarone, Jr.
Sally Morrison
Mark O'Donnell
Bruce R. Schackman, Ph.D.
Gregory Thompson

Founding Director

Peter R. Staley

Senior Policy Director

Mark Harrington

Basic Science Project

Richard Jefferys

Administrator

William Berger-Gomez

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.
David Geffen
Michael F. Giordano, M.D.
Elizabeth Glaser (*In memoriam*)
Margaret A. Hamburg, M.D.
David D. Ho, M.D.
Mike Isbell
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.)