

Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe

EL SALVADOR



Indicadores de desarrollo, de la epidemia del VIH y de su respuesta

Índice de desarrollo humano: El Salvador/LAC, 2009	0,669/0,72
Estimado de personas con VIH (2009)	34 000 [25 000-44 000]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	32%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,8%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,3%
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2009)	0,4%

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	94% [68->95]	59% [36-82%]
% prueba VIH embarazadas		56%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en El Salvador/ LAC		116,6 (2009)/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención (I)		no disponible

Fuente: WHO/UNAIDS/UNICEF. Global HIV/AIDS Response. Progress Report 2011

Tratamiento

En el año 2010, El Salvador notificó 5843 pacientes en TAR, de los cuales 290 eran niños y un 39% eran mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR en el 2010 fue de 1393, que contrasta con la diferencia neta de pacientes del 2009 al 2010, que fue de -2505 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 87,2% estaban en 1.ª línea, el 12,7% estaban en 2ª línea y el 0,1% en 3.ª línea (figura 2). El número de pacientes que pasó de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento en el 2010 fue 184, lo que supuso una tasa de cambio anual de 3,4%.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010

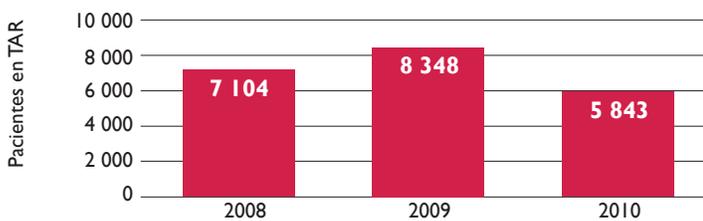


Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento



Provisión de servicios

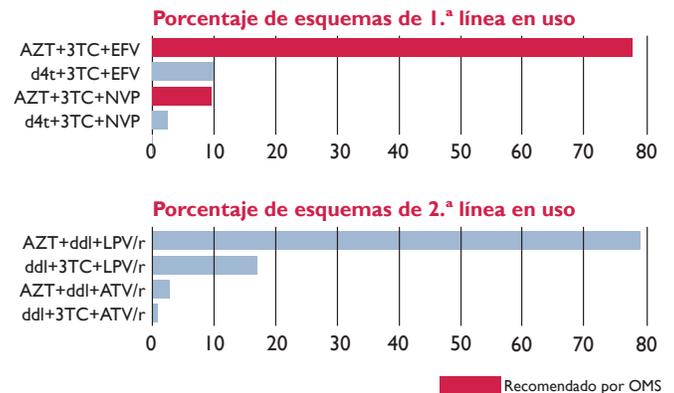
En el 2010, El Salvador contaba con 20 establecimientos públicos que ofrecían TAR, de los cuales 5 proveían tratamiento a más de 500 pacientes y 7 a menos de 100.

Calidad de servicios y uso racional de ARVs

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	4
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	87%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	4
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	1%
Episodios de desabastecimiento (nº)	2
Episodios de riesgo de desabastecimiento (nº)	1
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	5,6%
Retención a 12 meses de inicio de TAR	75%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año	1,7

Fuente: Reportes de país a la encuesta de ARV, OMS 2010. Reportes de país de Indicadores de alerta temprana (2009-2011), encuesta de desabastecimientos 2010, OPS.

Figura 3 Porcentaje de pacientes por principales esquemas de tratamiento



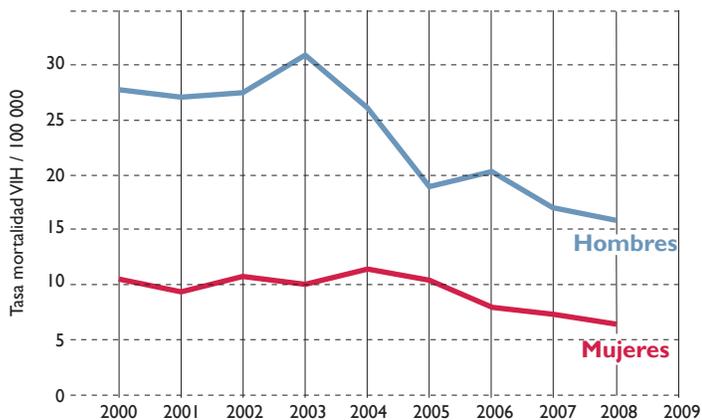
Coinfección TB-VIH

El porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada en el 2010 fue de 96%. De ellos, un 11% dio positivo, lo cual se tradujo en 180 pacientes con coinfección TB-VIH, presentándose 20 muertes por TB-VIH.

Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000-2008, se observó una tendencia decreciente, para ambos sexos, a partir del año 2003, aproximadamente cuando se instauró el programa de ARV público (figura 4).

Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo

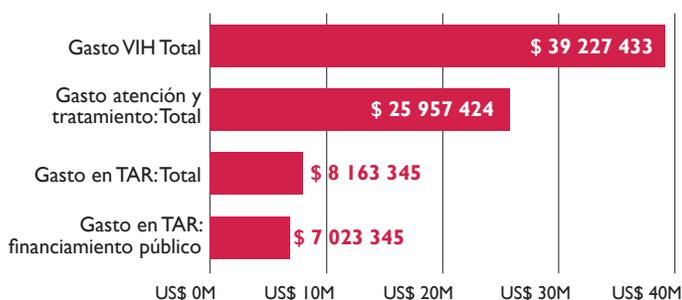


Gasto

En el año 2010, el gasto nacional en salud fue de US\$ 1715 millones, de los que el 40% fue gasto público, es decir US\$ 682 millones. El gasto público en salud, expresado como porcentaje del PIB, fue de 3,3%.

El gasto anual público en VIH en el año 2008 se muestra en la figura 5. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 8 163 345, y el financiamiento fue público en un 86%. El gasto en ARV supuso el 1,2% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 1 149.

Figura 5 Gasto anual en VIH, atención y en tratamiento ARV



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

El Salvador tiene el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 13 711 970. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de diciembre del 2013, aunque podría prorrogarse 3 años. El país financia más del 85% del gasto del tratamiento antirretroviral. El Fondo Mundial financia el 50% de los “nuevos inicios de tratamiento” y los antirretrovirales para el tratamiento de 2.ª línea. El monto arriba indicado corresponde a la primera fase del proyecto, tras la cual el país renegociará la donación del Fondo Mundial para la 2ª fase del proyecto.

Análisis y conclusiones

La tasa de realización de prueba de VIH es mayor que la media regional, sin embargo, se presenta una brecha en la cobertura de tratamiento. Parte de esta brecha estaría cubierta por los pacientes atendidos por otras instituciones, por ejemplo la Seguridad Social. No obstante, el número de pacientes en tratamiento no ha descendido entre el 2009 y el 2010, sino que estas variaciones, a la baja, se deben a efectos de mejora de los sistemas de información. La retención a los 12 meses de inicio de tratamiento es baja aunque presentan un buen monitoreo virológico de pacientes. La mortalidad por VIH presenta una tendencia decreciente y es probable que el programa de tratamiento haya jugado un rol en esta disminución. Un esfuerzo renovado en aumentar la cobertura y mejorar la retención de pacientes permitiría lograr descensos aún mayores en la mortalidad por VIH. Tienen una buena estandarización de regímenes de ARV y se está trabajando en ajustar los esquemas en función de las últimas recomendaciones de la OMS. En cuanto a los fármacos ARV, se continúa usando D4T, que, como se mencionó, están trabajando en retirarlo. El Salvador está realizando esfuerzos importantes para financiar de forma sostenible el costo de los medicamentos ARV.

Fuentes y metodología

Los datos sobre pacientes en tratamiento ARV, la retención a los 12 meses así como los datos programáticos provienen de los *Informes de país sobre progreso hacia el de Acceso Universal para VIH, 2011* y de las encuestas de *Uso de antirretrovirales 2011*, ambos reportados por los organismos competentes de cada país a OPS/OMS. Los datos relativos a la provisión de medicamentos y desabastecimiento provienen de una encuesta especial enviada en 2010 por OPS a los países de Latinoamérica y cumplimentada por los programas nacionales de VIH/sida. Los datos de mortalidad son reportados por los países a OPS. Los datos de coinfección TB-VIH provienen de *Global Tuberculosis Control 2011* de OMS. Los datos de mortalidad por TB-VIH provienen de una encuesta especial reportada por los países a la OPS (programa de TB).

Los datos relativos al gasto en VIH provienen de los estudios MEGAS realizados por ONUSIDA en colaboración con los países. Estos datos así como las estimaciones de la epidemia de VIH aparecen recogidos en *AIDSinfo database* de ONUSIDA (disponible en <http://www.unaids.org/en/dataanalysis/tools/aidsinfo/>).

Asimismo los datos de gasto en salud provienen de los indicadores básicos de la OPS y del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Los datos de los proyectos del Fondo Mundial se han obtenido de la página Web del Fondo Mundial.

Definiciones

Episodios de desabastecimiento de ARV: “situación en la cual un producto no se puede dispensar por falta de existencias y que ocasiona la interrupción forzada del tratamiento en al menos un paciente”.

Riesgo de desabastecimiento: “nivel de existencias por debajo del nivel mínimo establecido o necesidad de implementar mecanismos no planificados para evitar el desabastecimiento (compras de urgencia, prestamos, etc.)”.

% CD4<200 al inicio de la atención: “Porcentaje de pacientes con CD4 basal <200 cel/mm³ respecto del total de pacientes con CD4 basal”.

Abreviaturas

ARV=antirretroviral; CV= carga viral; FM=Fondo Mundial; LAC= Latinoamérica y el Caribe; TAR= tratamiento antirretroviral; TB= tuberculosis

Agradecimientos

A los países de Latino América y el Caribe y especialmente a los programas nacionales de VIH/sida, que reportan datos a la OPS/OMS, y que han participado en la revisión de estos documentos.