

Tratamiento antirretroviral bajo la lupa:

**un análisis
de salud pública
en Latinoamérica
y el Caribe**

2013



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Tratamiento antirretroviral bajo la lupa:

**un análisis
de salud pública
en Latinoamérica
y el Caribe**

2013



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud.

Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013. Washington, DC: OPS, 2013.

1. Antirretrovirales – uso terapéutico. 2. Salud Pública. 3. VIH. 4. Américas. I. título.

ISBN 978 92 75 31806 5

(Clasificación NLM: QV 268.5)

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes deberán dirigirse al Departamento de Gestión de Conocimiento y Comunicaciones (KMC), Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., EE. UU. (pubrights@paho.org). El Departamento de Enfermedades Transmisibles y Análisis de Salud podrá proporcionar información sobre cambios introducidos en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

© Organización Panamericana de la Salud, 2013. Todos los derechos reservados.

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan en las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Panamericana de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

	página
Agradecimientos	iv
Prólogo	v
Lista de siglas y acrónimos	vii
1. Resumen ejecutivo	ix
2. Introducción y objetivos	1
3. Metodología	2
3.1 Cálculos y definiciones	3
3.2 Fuentes de datos	4
4. Resultados	5
4.1 Financiación de medicamentos antirretrovirales	5
4.2 Costo de los esquemas de tratamiento antirretroviral	7
4.3 Optimización del tratamiento antirretroviral	12
4.3.1 Normativa nacional sobre tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe	12
4.3.2 Adhesión a las recomendaciones de la OMS sobre tratamiento antirretroviral para primera y segunda línea	14
4.3.3 Uso del esquema preferente (TDF/FTC o 3TC/EFV) de primera línea recomendado por la Organización Mundial de la Salud para adultos y adolescentes	16
4.3.4 Número de esquemas de tratamiento antirretroviral de primera y segunda línea	18
4.3.5 Uso de medicamentos obsoletos o no apropiados	21
4.3.6 Episodios de desabastecimiento de ARV	23
4.4 Resultados del continuo de atención de la infección por el VIH	26
4.4.1 Distribución de pacientes por líneas de tratamiento antirretroviral y tasa de cambio de primera a segunda línea	26
4.4.2 Monitoreo de pacientes	28
4.4.3 Pruebas de detección del VIH y acceso temprano al diagnóstico y la atención	29
4.4.4 Cobertura y retención en tratamiento	33
4.4.5 Medición de la efectividad del programa de tratamiento: la cascada de la atención del VIH	37
4.4.6 Coinfección por VIH y tuberculosis	40
4.5 Participación comunitaria	43
5. Conclusiones	45
6. Referencias	48
Anexo 1. Fondo Estratégico de la OPS y los medicamentos antirretrovirales	50
Anexo 2. Características de las guías nacionales para tratamiento antirretroviral en marzo de 2013, América Latina y el Caribe	54
Anexo 3. Organizaciones de sociedad civil que tomaron parte en la encuesta sobre participación comunitaria y desabastecimiento de ARV	55
Anexo 4. Número de personas en tratamiento antirretroviral y porcentajes de cobertura del tratamiento, América Latina y el Caribe, por país, 2012	57
Excerpta. Presentación de los resultados del análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el Ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe	60

Agradecimientos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) agradece la colaboración brindada por los jefes de programas nacionales de VIH/sida de América Latina y el Caribe y los miembros de sus equipos para elaborar este informe, especialmente a Marjorie Arias Jiménez, Susana Cabrera, José J. Fiol, María Iselda Lantero, Carlos Magis, Francisco Maldonado, Marvin Manzanero, Héctor Sucilla, Sandra Margarita Núñez Rubio y al Departamento de ITS/Sida y Hepatitis Virales del Ministerio de Salud del Brasil. Asimismo, agradece al Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), en especial a Carlos Falistocco, Gabriela de la Iglesia y Marcela Alcina; a las redes de la sociedad civil en América Latina y el Caribe que respondieron la encuesta de la OPS y el GCTH y a los siguientes colegas de la Organización Panamericana de la Salud: Mónica Alonso González, Adrián Barojas, Sonja Caffè, Paul Edwards, Claudette Francis, Massimo Ghidinelli, Nora Girón, Bertha Gómez, Noreen Jack, Sandra Jones, Francisco León, Rafael López Olarte, Rafael Mazín, Freddy Pérez, Analía Porras, los puntos focales de VIH de la OPS en los Países Miembros, y especialmente a Pedro Avedillo Jiménez. También agradece a Michel Beusenbergh, Txema García Calleja de la Organización Mundial de la Salud y Christian Aran, Victoria Bendaud, Patricia Bracamonte, Mary Mahy y Claudia Velásquez del ONUSIDA.

La Organización agradece a los autores del estudio titulado Resultados del Análisis de Precios de Medicamentos Antirretrovirales en el Ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe por compartir los datos del mismo. La excerpta de dicho informe se encuentra en forma textual al final de este documento.

PRÓLOGO

Después de más de tres décadas de epidemia del VIH, y con una movilización sin precedentes tanto en los niveles políticos más altos como en la sociedad civil, se observan frutos de los esfuerzos realizados y un progreso tangible en la respuesta a la epidemia. En América Latina y el Caribe, hay países que han mostrado una importante expansión del acceso a la atención del VIH y han alcanzado el punto de inflexión en la epidemia en el que el número de personas que inicia tratamiento cada año es más alto que el de nuevas infecciones, lo que indica que la respuesta al VIH empieza a ir por delante de la epidemia. Esto demuestra cómo el apoyo político sostenido, la inversión financiera creciente y la provisión de servicios con alta cobertura pueden lograr resultados y acelerar los progresos.

El tratamiento antirretroviral representa una de las intervenciones de más alto impacto para hacer frente al VIH. Todos los países de América Latina y el Caribe ofrecen servicios gratuitos para la atención y el tratamiento del VIH, financiados en su mayoría por fondos nacionales. Sin embargo, 10 países, algunos con alta carga de VIH, todavía muestran una dependencia elevada de mecanismos de financiación internacional. Varios de ellos han emprendido pasos para avanzar hacia una reducción de esa dependencia. Por ello, es importante apoyar y documentar este esfuerzo en el avance hacia estrategias que permitan un financiamiento sostenible del tratamiento antirretroviral en el marco de una cobertura universal.

En este contexto, me complace presentar este segundo informe sobre el tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe. Como parte de los bienes públicos de esa región, el informe ha sido realizado con la colaboración y el apoyo de socios clave como el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal y redes de la sociedad civil. Este documento contribuirá a promover el pensamiento crítico y las estrategias de expansión e integración de la respuesta al VIH en la región. Además, refleja el trabajo realizado en los países y el progreso alcanzado en los dos años transcurridos desde el

informe anterior. En comparación con el primer informe, en este se consolida el marco analítico y se avanza en la calidad y cantidad de información disponible para medir el progreso en la respuesta frente al VIH. El informe muestra cómo la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe avanza hacia la aplicación de los principios de salud pública, tal como se describe en la Iniciativa de Tratamiento 2.0 de la Organización Mundial de la Salud y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

La región de América Latina y el Caribe es un líder mundial en la provisión y expansión del tratamiento antirretroviral, aplicando la innovación tecnológica y la evidencia científica para lograrlo. La región está a las puertas del acceso universal al tratamiento antirretroviral, y siete países ya lo han alcanzado. Queda por cerrar esa brecha en cobertura de tratamiento asegurando la equidad en el acceso y en la provisión de servicios.

El informe *Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2013* muestra aspectos prioritarios que deben ser abordados para maximizar los beneficios del tratamiento antirretroviral tanto en la salud individual de cada paciente como en el fortalecimiento de la prevención combinada del VIH. El diagnóstico oportuno y el acceso a la atención de las personas con VIH, en un marco de respeto de los derechos humanos, son premisas indispensables para asegurar la sostenibilidad de los esfuerzos realizados. Para ello, los países deberían aplicar principios básicos de simplificación, integración, e innovación.

La Organización Panamericana de la Salud insta a los Estados Miembros, la sociedad civil y los socios técnicos a continuar apoyando los esfuerzos de progreso mostrados en este informe. Al mismo tiempo, es imperativo redoblar el énfasis en las áreas prioritarias rezagadas por medio del apoyo político, las medidas programáticas y la prestación de cooperación técnica de calidad, para lograr las metas planteadas y avanzar hacia el fin de la epidemia del VIH en las Américas.

Dra. Carissa F. Etienne
Directora

Lista de siglas y acrónimos

3TC	lamivudina
ARV	antirretroviral
ATV	atazanavir
ATV/r	atazanavir/ritonavir
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDF	combinación de dosis fija o dosis fija combinada
EFV	efavirenz
FE	Fondo Estratégico (de la Organización Panamericana de la Salud)
FTC	emtricitabina
GCTH	Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe
ITS	infecciones de transmisión sexual
MSF	Médicos Sin Fronteras
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANCAP	Pan Caribbean Partnership against HIV and AIDS
TAR	tratamiento antirretroviral
TDF	tenofovir
TPI	isoniazida

Introducción y objetivos

Desde el lanzamiento de la Iniciativa de Tratamiento 2.0, el tratamiento antirretroviral (TAR) en el mundo y en América Latina y el Caribe, ha tenido avances sustanciales. Se ha dado un nuevo impulso en los niveles políticos más altos para ampliar el tratamiento antirretroviral promoviendo la aplicación de avances científicos que muestran que el TAR salva vidas y reduce significativamente la transmisión del VIH. Complementariamente, en junio de 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó las directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Las recomendaciones de esas directrices implican la provisión de TAR a un mayor número de personas.

Este es el contexto de este segundo informe sobre la situación del tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, sus avances, dificultades y vulnerabilidades. La línea de base está dada por los datos de 2010 publicados en el primer informe sobre este tema. Por lo tanto, se muestran los progresos de los últimos dos años en materia de atención y tratamiento antirretroviral y su relación con los cambios en las recomendaciones mundiales, así como áreas rezagadas o vulnerables. El informe también tiene el propósito de estimular el avance regional sostenible para lograr la meta de acceso universal al tratamiento antirretroviral en 2015. Por primera vez, la elaboración del informe contó con el apoyo y trabajo conjunto de varios socios clave en la Región, como el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe (GCTH) y las redes de la sociedad civil.

Metodología

En este documento se ha empleado el marco de análisis del primer informe (1) (línea de base) con algunas actualizaciones.¹ Los criterios operativos del análisis de la sostenibilidad y eficacia de un programa de TAR son:

- el costo de esquemas prioritarios de medicamentos antirretrovirales;
- la dependencia de financiamiento externo para el TAR en los programas públicos;
- el margen de optimización, y

Se muestran los progresos de los últimos dos años en materia de atención y tratamiento antirretroviral y su relación con los cambios en las recomendaciones mundiales.

La elaboración del informe contó con el apoyo y trabajo conjunto de varios socios clave en la Región, como el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe y las redes de la sociedad civil.

· la eficacia programática en relación al retorno de la inversión realizada, el cumplimiento de los objetivos de acceso universal y la disminución de la morbilidad por VIH y la transmisión de la infección.

Los datos del informe provienen de los que proporcionarían los países al ONUSIDA y la OMS en 2010, 2011 y 2012; de los resultados de encuestas aplicadas entre grupos de la sociedad civil, y datos de análisis específicos de país sobre la cascada de atención al VIH (por ejemplo, los elaborados por el Programa Nacional de VIH de Cuba). También se utilizó un resumen de las conclusiones del estudio Resultados del Análisis de Precios de Medicamentos Antirretrovirales en el Ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe del GCTH. Ese último documento se publica en su totalidad y textualmente al final de este informe.

¹ La actualización del marco de análisis fue realizada en consenso con el GCTH.

Resultados

En América Latina y el Caribe, el TAR es un componente importante del gasto en VIH. Para 2009–2010, independientemente del origen de la financiación, 70% del gasto en VIH se asignaba a tratamiento y atención y 18% a prevención. Del gasto total, 94% se cubrió con fondos nacionales, cuya mayoría también se destinó a tratamiento y atención. El gasto en tratamiento antirretroviral constituye también una proporción muy importante del presupuesto de la atención del VIH, ya que alcanza, en promedio, 75% de ese presupuesto en los países de América Latina y el Caribe (2009–2010). Las variaciones de costo de los principales esquemas de antirretrovirales (ARV) entre los países de esas subregiones son muy altas; de hecho, el precio más alto puede ser hasta 77 veces más que el más bajo. Por ejemplo, para el esquema tenofovir (TDF)/emtricitabina (FTC), 300 mg/200 mg en combinación de dosis fija + efavirenz (EFV), 600 mg en comprimido, el costo anual varía entre \$ 119² y \$9 174, con una mediana de \$1 579.

De los 42 países y territorios analizados, 62% financian el TAR sin apoyo externo. Es más, se observa una disminución de la dependencia de la financiación externa a lo largo de los años. De los países clasificados en la categoría de dependencia financiera media-alta, 12 pasaron a una categoría de menos dependencia financiera entre el período 2007–2008 y 2013. No obstante, el avance es lento, ya que desde 2007–2008, de los 13 países clasificados en categoría de dependencia alta aún quedan 10. Estos países de alta vulnerabilidad representan 9% de los pacientes en TAR, ligeramente menos que en 2010, cuando los países de alta vulnerabilidad financiera representaban 11%.

En cuanto a la nueva recomendación de las directrices de la OMS de 2013 (2) de iniciar el TAR en adultos asintomáticos con recuento de CD4 de menos de 500 células/mm³, hasta la fecha siete países, Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador y Honduras, la adoptaron en sus guías. Del resto, ocho países se encuentran ya en proceso de revisión de su guía nacional y adoptarán próximamente el nuevo criterio. Con respecto a los protocolos de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, 20 de los

De los 42 países y territorios analizados, 62% financian el TAR sin apoyo externo.

34 países que han informado datos recomiendan la opción B+.³

El número de pacientes en tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe sigue aumentando; en diciembre de 2012, ese número llegaba a 725 000 (715 000 de países de ingresos medios y bajos), de los cuales aproximadamente 26 900 son menores de 15 años de edad (26 700 de países de ingresos medios y bajos). En 2012, 75% [66%–85%] de todos los pacientes que reúnen los criterios de tratamiento de la OMS según la guía de 2010 reciben TAR, al igual que 67% [50% – 82%] de los menores de 15 años de edad. En ese mismo año, la cobertura del TAR subió dos puntos porcentuales respecto a 2011. Es más, Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, Guyana y México alcanzaron el acceso universal al tratamiento en 2012. La cobertura de tratamiento ARV para América Latina es del 76% [66%–87%] y para el Caribe es de 71% [65%–77%].

En la región en 2012, 71% de los pacientes en TAR recibían medicamentos de primera línea, similar a los valores de 2010 (73%). Del resto, 27% recibían tratamiento de segunda línea y 2,5%, de tercera línea.

² Todos los costos en este documento se expresan en dólares de los Estados Unidos de América (US\$), a no ser que se indique lo contrario.

³ Consiste en iniciar la administración de triple terapia con ARV a todas las embarazadas con VIH, independientemente de su recuento de CD4 y continuar con su tratamiento de por vida.

En relación a la adhesión a las recomendaciones de la OMS, en 2012, 78% de los adultos que estaban en tratamiento de primera línea recibían esquemas recomendados por la OMS, al igual que 39% de los que tomaban tratamiento de segunda línea. De 2010 a 2012, la adhesión a los esquemas recomendados por la OMS ha aumentado en 13 puntos porcentuales para los tratamientos de primera línea y 12 puntos para los de segunda línea (datos de 21 países que aportaron información para ambos años sobre la primera y segunda línea de tratamiento).

En cuanto a la administración del esquema TDF+ (FTC o 3TC) + EFV, recomendado por la OMS como tratamiento preferente de primera línea, 16 de 25 países informaron haber adoptado esa recomendación en sus normas nacionales. Por otra parte, en 17 países aumentó el porcentaje de uso de dicho esquema preferente en 2012 comparado con el período 2010–2011 y 22% de los pacientes en tratamiento de primera línea recibían ese esquema en 2012, comparado con 7% en 2010.

Si bien el número de esquemas en uso en América Latina y el Caribe sigue siendo alto, ha habido una concentración de pacientes en un número más reducido de esquemas. El promedio regional es de 11 esquemas diferentes para tratamiento de primera línea y 15 para segunda línea, similar a 2010.

En 2012, solo 4% de los pacientes de la región recibían tratamiento con ARV obsoletos o no apropiados, tres puntos porcentuales menos que en 2010. Al comparar la información de 2012 con la de 2010, se observa una reducción del uso de esos ARV en países como Belice, Bolivia, Cuba, Ecuador, Paraguay, República Dominicana y Uruguay.

Ha mejorado la situación de los desabastecimientos de ARV en 2012, pero todavía 45%, o 14 de 31 países, informaron al menos un episodio de ese tipo.

Ha mejorado la situación de los desabastecimientos de ARV en 2012, pero todavía 45%, o 14 de 31 países, informaron al menos un episodio de ese tipo. En 2010, esa proporción era de 54% (14 de 26 países).

Aunque en la mayoría de los países se realizan menos de dos exámenes de carga viral por paciente en TAR por años, (1,8 cargas virales por paciente en TAR y año en 2012), se observa un aumento de 33% con respecto a 2010 al comparar los valores medianos de ambos años.

En el 2012, el número de pruebas de detección del VIH por 1 000 habitantes fue de 36 por 1 000 habitantes (mediana de 29 países), es decir, unos 23 millones de personas se hicieron la prueba de detección en los países estudiados. América Latina y el Caribe, como región, ocupa el segundo lugar con respecto a ese indicador entre las regiones de ingresos medianos y bajos en el mundo, ya que solo en África Subsahariana esa tasa es más alta. Entre las diferentes estrategias aplicadas para realizar la prueba de detección del VIH en la región, se destacan las dirigidas a mujeres embarazadas en la atención prenatal, cuya cobertura fue de 63% en 2012. Las estrategias dirigidas a los servicios que ofrecen pruebas de VIH a pacientes con tuberculosis han logrado alta cobertura en algunos países, pero los valores regionales se mantienen bajos y su aumento, lento. La cobertura de la prueba de VIH era de 39% en 2006 y 52% en 2011. Un obstáculo que afrontan muchos países para promover el diagnóstico más temprano de la infección por el VIH es la persistencia de algoritmos de diagnóstico que dependen de una prueba de confirmación por Western Blot u otras técnicas complejas y múltiples pruebas intermedias. De los 42 países con datos sobre este asunto, todavía 40% utilizan exclusivamente la prueba de Western Blot para la confirmación. El desabastecimiento de reactivos de diagnóstico y la escasa información sobre los resultados de las estrategias de oferta de pruebas también impiden mejorar el diagnóstico temprano del VIH, que es un reto en la región, ya que en 2012, en la mitad de los países, 40% o más de los pacientes se encontraban en un estadio avanzado de depleción inmunológica (<200 CD4 células/mm³) en su primera determinación de CD4.

De acuerdo con los últimos datos informados, los avances en las actividades de colaboración entre los programas de tuberculosis y VIH en el ámbito nacional han sido lentos. La provisión de tratamiento antirretroviral a los pacientes con ambas infecciones se mantenía en alrededor del 63% en 2011, prácticamente sin cambios desde 2007.

La participación comunitaria en la provisión de servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del VIH es irregular y presenta una situación de alta vulnerabilidad financiera. Solo 5 de 14 países financian con fondos nacionales la participación comunitaria en la provisión de servicios de TAR; el resto es financiado principalmente por el Fondo Mundial. Sin embargo 50% de los países cuentan con normas que incluye la participación comunitaria en la provisión de servicios de atención y tratamiento.

En 2012, en la mitad de los países, 40% o más de los pacientes se encontraban en un estadio avanzado de depleción inmunológica (<200 CD4 cél./mm³) en su primera determinación de CD4.

En resumen, la región ha hecho grandes progresos en la expansión del tratamiento ARV y se encuentra cerca del cierre de las brechas de cobertura universal al tratamiento.

Queda por plantearse si la región está aprovechando al máximo los beneficios que ofrece el tratamiento ARV en concreto, en materia de reducción de nuevas infecciones y de mortalidad por VIH. Para que en América Latina y el Caribe se pueda llegar al fin de la epidemia de VIH, habrá que abordar los retos implícitos en la expansión del tratamiento. El primero es lograr un acceso más temprano al diagnóstico del VIH. Para ello se deben incrementar los esfuerzos para ampliar el acceso a la prueba y consejería del VIH y usar estrategias apropiadas para llegar a las diferentes poblaciones. El segundo reto es lograr una atención de calidad que maximice la retención en TAR y reducción de la carga viral a niveles indetectables para todos los pacientes. El acercamiento de los servicios a la población, la participación comunitaria, la optimización de los tratamientos y el monitoreo virológico son elementos clave para el logro de esta atención de calidad.

Este segundo informe, como bien público regional, detalla estos avances y las brechas que persisten en América Latina y el Caribe y se espera que, basado en información estratégica esencial, se promueva el diálogo entre socios clave en los países para apoyar la marcha conjunta hacia los compromisos contraídos de cero nuevas infecciones y cero muertes por VIH.

Desde el lanzamiento de la Iniciativa de Tratamiento 2.0 (T2.0), la disponibilidad de tratamiento antirretroviral (TAR) en el mundo y en nuestra Región ha tenido avances sustanciales. Se ha dado un nuevo impulso en los niveles políticos más altos a la ampliación del tratamiento antirretroviral al promover los avances científicos que muestran que el TAR salva vidas y detiene la transmisión del VIH⁴ (3). Sin embargo, la financiación internacional se ha estancado o ha disminuido (1). En junio de 2013, la Organización Mundial de la Salud publicó las directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH (2), que contienen nuevas recomendaciones que implicarán un aumento del número de personas que necesitarán tratamiento antirretroviral en el mundo. Desde 2010, se ha ampliado la disponibilidad de medicamentos antivirales genéricos precalificados por la OMS, principalmente la formulación genérica en dosis fija combinada (CDF) del esquema preferente de primera línea.⁵ Asimismo, los precios propuestos por los fabricantes para esquemas de primera y segunda línea siguen disminuyendo – en gran parte gracias al impacto de la competencia de nuevos proveedores que ingresan al mercado de los fármacos genéricos. No obstante, los precios de los medicamentos más nuevos continúan siendo muy altos, principalmente debido a las patentes registradas en países como la India, que bloquean la competencia de los genéricos (4).

En América Latina y el Caribe (la región),⁶ el número de pacientes en tratamiento antirretroviral ha crecido constantemente y la región sigue a la cabeza mundial entre los países de ingresos medios y bajos con respecto a la provisión de TAR. En los últimos dos años, los países de la región han adoptado la Iniciativa T2.0 y la han aplicado en sus programas nacionales, con el respaldo de las nuevas guías de tratamiento antirretroviral de la OMS. Simultáneamente, se está trabajando para lograr la sostenibilidad del tratamiento antirretroviral e incorporar la innovación técnica. Ese interés es evidente en las misiones conjuntas de T2.0 y en la elaboración de planes de transición para los pacientes a esquemas más eficaces y menos tóxicos; asimismo, se ha iniciado la actualización de las guías nacionales para alinearlas con las de la OMS.

En este periodo, en la región también se ha reforzado la aplicación del modelo del continuo de atención y el monitoreo de hitos en la cascada de la atención de la infección por VIH: desde el diagnóstico precoz, la vinculación con los servicios, el tratamiento temprano y el monitoreo continuo, hasta la adhesión al tratamiento antirretroviral. Es más, en 2011, los países acordaron los indicadores estratégicos para la gestión y evaluación de los programas de TAR.

En 2012, la Organización Panamericana de la Salud publicó el informe Tratamiento Antirretroviral Bajo la Lupa: un Análisis de Salud Pública en Latinoamérica y el Caribe (1). El presente informe es una continuación de ese trabajo y aprovecha la experiencia de la aplicación de la Iniciativa de Tratamiento 2.0 y su avance en los países. Aquí se refina el análisis crítico del primer informe, con el propósito de destacar aspectos prioritarios de la gestión de los programas de TAR y promover el monitoreo estratégico de la cascada de atención del VIH. Este informe es fruto de la colaboración con socios clave en la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe, como el GCTH y las redes de la sociedad civil.

Además de refinar el marco analítico inicial del informe, se mantuvieron los aspectos que más competen a la región y se agregaron otros elementos para apoyar el monitoreo de la cascada de atención y tratamiento.

⁴ Aunque había evidencia circunstancial sobre el efecto del tratamiento de las personas VIH positivas en la reducción del riesgo de transmisión del virus a sus parejas sexuales, no fue hasta 2011, con la publicación de los resultados de la Red de Ensayos de Prevención del VIH (HPTN) 052 que se demostró que el tratamiento precoz del VIH tiene grandes beneficios de prevención. El HPTN 052 se diseñó, en parte, para evaluar si el inicio temprano de la terapia antirretroviral puede prevenir la transmisión sexual del VIH entre parejas heterosexuales en las que uno de sus miembros es VIH+ y el otro no. Los resultados mostraron que el riesgo de transmitir el VIH a una pareja no infectada se redujo 96%.

⁵ Combinación en dosis fija con lamivudina precalificada en octubre de 2010 y con emtricitabina, en octubre de 2011.

⁶ En este documento la expresión región o regional se refiere a América Latina y el Caribe, cuyos países son el objeto de este informe.

3. Metodología

Los criterios operativos para analizar la sostenibilidad y eficacia de un programa de TAR son el costo de esquemas de ARV prioritarios, la dependencia de financiamiento externo para el TAR en los programas públicos de tratamiento, el margen de optimización y la eficacia programática en términos del retorno de la inversión, del cumplimiento de los objetivos de acceso universal y de la disminución de la morbilidad por VIH y la transmisión de la infección.

Para este segundo informe se adecuó el marco analítico a los temas más sobresalientes de 2013, teniendo en cuenta la información disponible. En el cuadro 1, a continuación, se presenta el marco de análisis del primer informe y del informe actual.

Cuadro 1

Comparación del marco de análisis aplicado en la publicación **Tratamiento Antirretroviral Bajo la Lupa: un Análisis de Salud Pública en Latinoamérica y el Caribe 2012** y en el presente informe

Marco de análisis informe regional 2012	Marco de análisis informe regional 2013
Costo por paciente en TAR	---
Costo según esquemas de 1.ª, 2.ª y 3.ª línea en uso	Costo de esquemas de ARV prioritarios
Porcentaje del gasto en tratamiento antirretroviral financiado por fondos externos	Porcentaje del gasto en tratamiento antirretroviral financiado por fondos externos
Adhesión a recomendaciones de la OMS (para tratamiento de 1.ª y 2.ª línea)	Adhesión a recomendaciones de la OMS (para tratamiento de 1.ª y 2.ª línea)
---	Situación de las guías nacionales de tratamiento: año de última actualización y criterios de inicio del TAR
Número de esquemas de ARV de 1.ª y 2.ª línea	Número de esquemas de ARV de 1.ª y 2.ª línea
Porcentaje de pacientes que reciben medicamentos obsoletos o no apropiados	Porcentaje de pacientes que reciben medicamentos obsoletos o no apropiados
Episodios de ruptura del abastecimiento de ARV	Episodios de ruptura del abastecimiento de ARV
Cobertura de TAR	Cobertura del TAR
Retención a los 12 meses	Retención a los 12 meses
Tasa de cambio de 1.ª a 2.ª línea	Tasa de cambio de 1.ª a 2.ª línea
Porcentaje de pacientes en 1.ª, 2.ª y 3.ª línea	Porcentaje de pacientes en 1.ª, 2.ª y 3.ª línea
Intensidad de monitoreo virológico: número de exámenes de carga viral por paciente en TAR por año	Intensidad de monitoreo virológico: número de exámenes de carga viral por paciente en TAR por año
---	Número de pruebas anuales de detección del VIH en mayores de 15 años de edad por 1 000 habitantes mayores de 15 años de edad
Porcentaje de prueba de VIH en pacientes con tuberculosis y embarazadas	Porcentaje de prueba de VIH en pacientes con tuberculosis y embarazadas
Porcentaje de pacientes que llegan a la atención con CD4 basal <200 cél./mm ³ (datos de artículos publicados)	Porcentaje de pacientes que llegan a la atención con CD4 basal <200 cél./mm ³ . (Datos de programas nacionales y, en su ausencia, de artículos publicados.)
---	Porcentaje de pacientes con carga viral indetectable
---	Participación comunitaria en el trabajo de pares en los centros de prueba y de TAR
---	Punto de inflexión programático: razón de nuevas infecciones sobre nuevas personas en tratamiento antirretroviral

TAR: tratamiento antirretroviral; ---: tema no incluido; ARV: antirretrovirales.

3.1 Cálculos y definiciones

Otros aspectos analizados en este informe son el gasto regional en antirretrovirales basado en precios de referencia según se trate de primera, segunda o tercera línea de tratamiento y ahorro potencial de los esquemas ARV, según precios de referencia. La metodología para dichos cálculos se detalla a continuación.

Cálculo del gasto regional en ARV por línea de tratamiento y paciente

El gasto por paciente y esquema resulta de la multiplicación del precio de cada esquema por el número de pacientes en ese esquema. La suma por línea de tratamiento de dicha multiplicación se divide por el total de pacientes en esa línea. Se utilizaron los precios de referencia de Médicos Sin Fronteras (MSF) de 2012 (5). En el caso de esquemas con presentaciones en combinaciones de dosis fija, se tomaron los precios de referencia de este tipo de formulación aun cuando no estuviesen especificados por el país. El gasto medio por paciente y línea resulta de la suma del precio de todos los esquemas multiplicado por el número de pacientes en cada esquema dividido por el total de pacientes en esa línea.

Punto de inflexión entre las nuevas infecciones y el tratamiento

El cociente entre las nuevas infecciones (estimadas) en un periodo y las personas que inician tratamiento ARV en el mismo periodo puede ser un marcador de la calidad de la respuesta al VIH. Cuando se llega al punto de inflexión o *tipping point* en el cual el número de personas que inicia tratamiento es más alto que el de nuevas infecciones, la respuesta al VIH empieza a ir adelante de la epidemia. Esto surge del concepto de tratamiento como prevención, en el que el tratamiento ARV reduce significativamente la transmisión del VIH y, por lo tanto, las nuevas infecciones.

Las siguientes definiciones fueron consensuadas con el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y el Caribe en 2010. Ese grupo cuenta con la participación de los jefes de programas nacionales de VIH y representantes de organizaciones de la sociedad civil.

- **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, préstamos, etc.).

Otra definición utilizada es:

- **% CD4 < 200 al inicio de la atención:** porcentaje de pacientes con CD4 basal < 200 células/mm³ respecto del total de pacientes con una medición CD4 basal, en el año de estudio.

3.2 Fuentes de datos

Los datos fueron proporcionados por los países a la OMS y el ONUSIDA por medio de informes nacionales sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013 y la respuesta del sector salud a la infección por el VIH/sida. También se tomaron datos del informe sobre uso de medicamentos antirretrovirales de la OMS, que son notificados por los organismos competentes de cada país a la OPS/OMS, así como de fuentes secundarias ya publicadas. Los datos sobre coinfección de tuberculosis y VIH provienen de la publicación titulada Global Tuberculosis Report 2012 de la OMS.⁷

La información relacionada con la participación de la comunidad y la sociedad civil proviene de una encuesta realizada en 2013 entre los puntos focales de las redes de la sociedad civil que pertenecen al GCTH en América Latina y el Caribe, por medio del cual se distribuyó tal encuesta. Para los países de habla inglesa, se contactó a informantes clave de la sociedad civil de dichos países (Anexo 3).

La información sobre desabastecimiento de medicamentos se obtuvo de:

- informes de país sobre la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida que contienen el número y porcentaje de establecimientos que dispensan ARV que tuvieron al menos un episodio de falta de existencias.
- encuestas de uso de ARV de la OMS, en las que se informa el número de episodios de desabastecimiento y sus causas.
- encuesta del GCTH y la OPS a grupos de la sociedad civil de los países, incluidas las redes de pacientes VIH positivos, que cuantifica en una escala de Likert la percepción de grupos de la sociedad civil en los países acerca de cuán bien se asegura la provisión continua de ARV en el país.

Los datos sobre nuevas infecciones y número de personas que necesitan tratamiento ARV provienen del ONUSIDA; los de adquisición de antirretrovirales, del Fondo Estratégico de la OPS; los datos del costo de los antirretrovirales, del estudio Resultados del Análisis de Precios de Medicamentos Antirretrovirales en el Ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe, con fecha probable de publicación en diciembre de 2013.

Para el cálculo del gasto regional en ARV se utilizaron los precios de referencia publicados por Médicos Sin Fronteras en 2012 (5).

⁷ Disponible en http://www.who.int/publications/global_report/en/.

4.1 Financiación de medicamentos antirretrovirales

Los países de la región gastaron un total de \$1,95 mil millones en los programas y servicios de VIH durante el último año informado (entre 2007 y 2011). Los países que proporcionan información detallada sobre los gastos mostraron que un alto porcentaje de los recursos se destinan a tratamiento y atención (70%) y prevención (18%).

Las fuentes de financiamiento nacionales cubrieron 94% del gasto total y la mayoría de los fondos nacionales se dirigieron a tratamiento y atención. Los fondos internacionales representaron 6% del total de la financiación para el VIH en la región y se destinaron principalmente a llegar a poblaciones de más alto riesgo y a la prevención (6,7).

En 62% de los 42 países y territorios con información disponible, la financiación del TAR es independiente del apoyo externo.

En 62% de los 42 países y territorios con información disponible, la financiación del TAR es independiente del apoyo externo, tendencia que ha sido creciente a lo largo de los años. En total, 12 países con dependencia media-alta de recursos externos pasaron a una categoría de menor de dependencia financiera entre el periodo 2007/2008 y 2013. No obstante, la marcha es lenta, ya que en 2007/2008 había 13 países con alta dependencia⁸ y actualmente todavía hay 10 (Cuadro 2). Estos países de alta vulnerabilidad representan 9% de los pacientes en TAR, ligeramente menos que en 2012, año en que era 11%.

⁸ Para el propósito de este análisis, alta dependencia significa que de 75 a 100% de los fondos para el tratamiento antirretroviral provienen de fuentes internacionales.

Cuadro 2

Progresos en la dependencia de la financiación externa del tratamiento antirretroviral, América Latina y el Caribe, por país, 2007/2008 a 2013

	Alta	Media	Baja	Sin dependencia	
	75-100% financiación externa de ARV	20-75% financiación externa de ARV	5-20% financiación externa de ARV	0%-5 % financiación externa de ARV	
2007-2008	Antigua y Barbuda Bolivia Dominica Granada Guyana Haití Jamaica Nicaragua St. Kitts y Nevis St. Vicente y las Granadinas República Dominicana Santa Lucía Suriname	Cuba Guatemala Anguila Belice Ecuador Honduras Islas Vírgenes Británicas Monserrat Perú El Salvador Paraguay		Argentina Bahamas Barbados Brasil Chile Colombia Costa Rica México Panamá Trinidad y Tobago Uruguay Venezuela	
2013	Antigua y Barbuda* Bolivia Dominica Granada Guyana Haití Jamaica ^a Nicaragua St. Kitts y Nevis ^a St. Vicente y las Granadinas	Cuba Guatemala República Dominicana Santa Lucía^a	El Salvador Paraguay	Anguila Belice Ecuador Honduras Islas Vírgenes Británicas Monserrat Perú Suriname	Antillas Holandesas Argentina Aruba Bahamas Barbados Brasil Chile Colombia Costa Rica Curaçao Islas Caimán Islas Turcas y Caicos México Panamá Sint Maarten Trinidad y Tabago Uruguay Venezuela

Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de OMS, 2013; Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe 2012. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012.

^aDatos de 2011.

4.2 Costo de los esquemas de tratamiento antirretroviral

El gasto en tratamiento antirretroviral es un componente muy importante del gasto en atención del VIH y representa 75% del presupuesto de atención y tratamiento en un país medio de América Latina y el Caribe (2009-2010) (Figura 1) o 46% del presupuesto total para VIH.

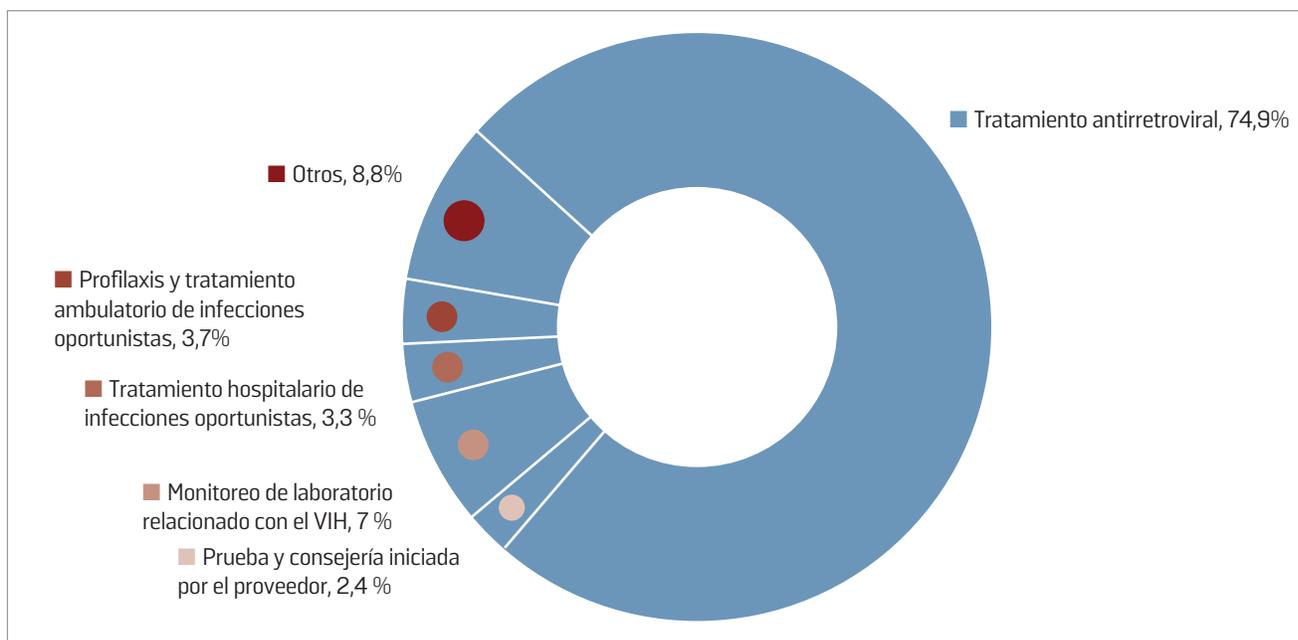
Las nuevas directrices de la OMS implican una expansión del TAR a un mayor número de personas. En la región se estima que, para 2013, alrededor de 1,4 millones de personas necesitarán tratamiento, es decir, aproximadamente 400 000 más que con las recomendaciones de las directrices anteriores. Esto supondrá un aumento del gasto regional en ARV estimado entre \$250 y \$475 millones o entre 13% y 24% del gasto total en VIH.

El gasto en tratamiento antirretroviral representa 75% del presupuesto de atención y tratamiento en un país medio de América Latina y el Caribe.

Si bien el precio no es el único factor determinante del acceso a los medicamentos, puede constituir un obstáculo importante para el uso generalizado de productos de salud esenciales, en particular, los de alto costo (8). A la hora de analizar el gasto en ARV, es necesario considerar la distribución de los pacientes por línea de tratamiento.

Figura 1

Distribución del gasto en tratamiento y atención del VIH en América Latina, 2009-2010



Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2010-2013. Datos de 17 países de América Latina, último año informado.

En 2012 en la región, según los precios de referencia, el gasto en fármacos de primera línea habría sido 48% del total del gasto en ARV, mientras que el de medicamentos de segunda y tercera línea, 41% y 11%, respectivamente.

Los precios internacionales normalizados de los ARV continúan su tendencia decreciente; por ejemplo, en un solo año (2012 a 2013) el precio del esquema preferente (TDF+ 3TC+ EFV) ha disminuido 19% (4). Por lo tanto, se observa una disminución importante del gasto regional por paciente y línea, según los precios de referencia.⁹

Estudios recientes han mostrado una variación muy amplia de precios de los ARV entre los países de América Latina y el Caribe, lo que indica que hay oportunidades de ahorro en la adquisición de estos medicamentos esenciales (9). Por lo tanto, la compra de ARV de calidad al precio más bajo posible constituye un paso difícil, pero indispensable para mantener y ampliar los tratamientos del VIH con miras a lograr la meta de cobertura universal. Los datos del estudio realizado en 2012-2013 por el GCTH sobre los precios de los medicamentos antirretrovirales muestran variaciones en los costos de los principales esquemas de ARV, en los que el precio más alto puede ser hasta 77 veces más que el más bajo. Por ejemplo, para el esquema tenofovir/emtricitabina (300/200 mg) en combinación de dosis fija + efavirenz (600 mg) comprimidos, el costo anual varía entre \$119 y \$9 174, con una mediana de \$1 579 (Cuadro 3). La variabilidad del costo del esquema está asociada principalmente al precio unitario de tenofovir/emtricitabina.

⁹ Según los esquemas en uso y precios de referencia internacionales de Médicos Sin Fronteras.

Cuadro 3

Gasto estándar (mínimo de referencia) por paciente y por línea de tratamiento, América Latina y el Caribe, 2010 y 2012

Línea de tratamiento	Gasto estándar por paciente 2010 ^a (US\$)	Gasto estándar por paciente 2012 ^a (US\$)
Primera	316	224
Segunda	810	500
Tercera	2 321	1 419

Fuente: elaboración propia de la OPS. Respuestas de país a la encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2013.

Nota: ^aEl gasto por paciente está basado en precios normalizados de referencia y en el supuesto de que los países tienen acceso a esos precios.

Para el mismo esquema (tenofovir/emtricitabina/efavirenz [300 mg/200 mg/600 mg]), pero en un solo comprimido en combinación de dosis fija, se observa que el costo anual varía entre \$158 y \$2 643, con una mediana de \$625. Por lo tanto, para el período 2012-2013, la comparación de los precios de la combinación en un solo comprimido con la asociación de dos comprimidos muestra que el primero es más económico (Figura 2).

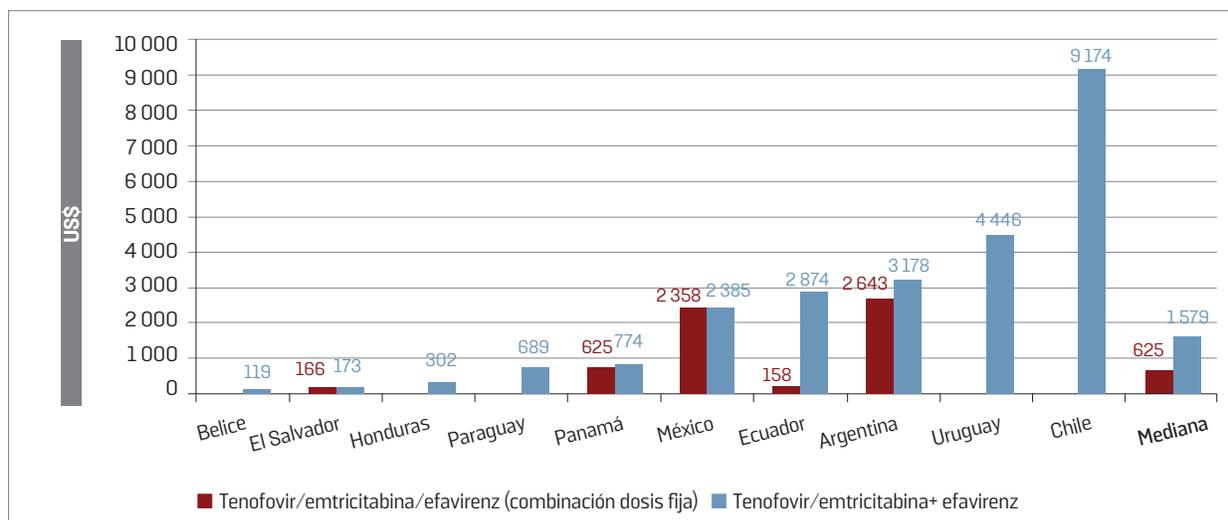
Asimismo, el costo del tratamiento anual por paciente para el esquema zidovudina/lamivudina (300 mg/150 mg) + efavirenz (600 mg) en comprimidos presenta una gran dispersión, entre un mínimo de \$126 y un máximo de \$1 959, es decir, unas 15 veces más. La mediana es de \$352.

En cuanto al tratamiento de segunda línea, el esquema zidovudina/lamivudina (300 mg/150 mg) en comprimidos + lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) en tabletas tiene un costo anual por paciente que puede ser 12 veces más en un país que en otro de los analizados, es decir, entre \$331 y \$4 035 (Figura 3).

En el caso de lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg), si se considera la modalidad de compra como la causa de la diferencia en los precios de compra, se observa que los precios más altos fueron en casos de compra directa y licitación pública nacional y los más bajos, principalmente en licitaciones públicas internacionales. En el caso de zidovudina/lamivudina no se observa una relación entre precio y la modalidad de compra.

Figura 2

Costo anual por paciente de tenofovir/emtricitabina + efavirenz (2012) y de tenofovir/emtricitabina/efavirenz en combinación a dosis fija (2012-2013), por país



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

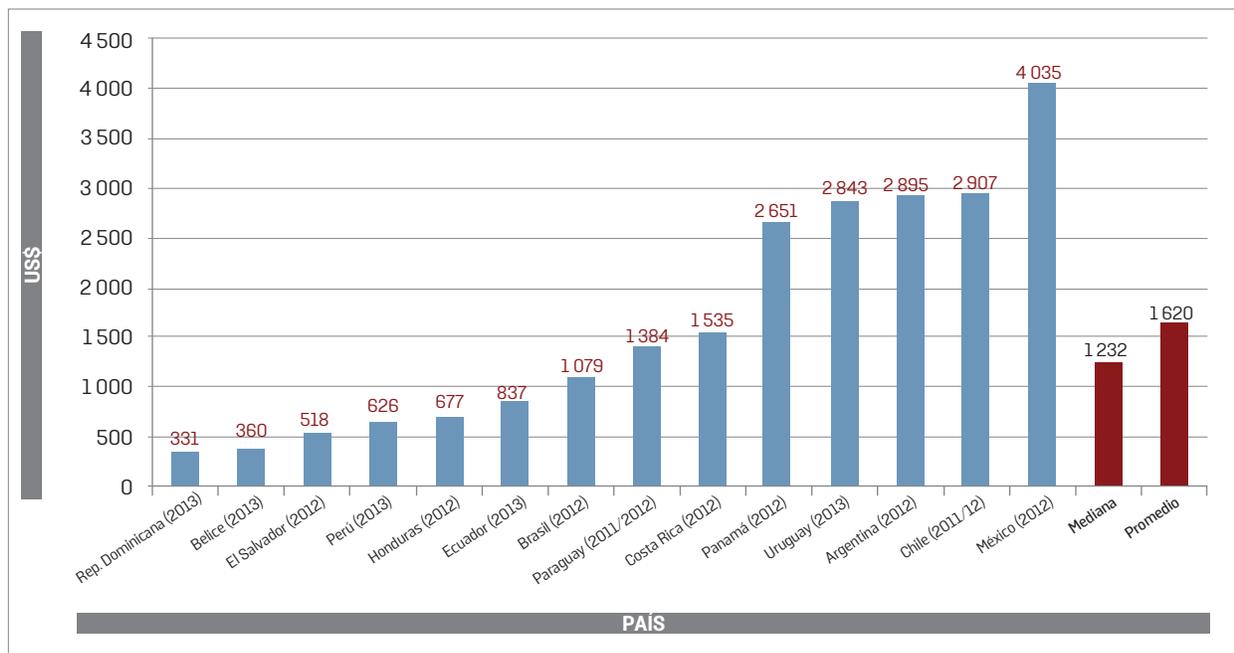
Considerando el mayor peso porcentual del costo de lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) dentro de este esquema, se observa que los cinco países ubicados por encima de la media del costo anual adquieren el medicamento por medio de licitaciones públicas nacionales o por compra directa al mismo laboratorio y no existen otros productos o marcas registradas disponibles en el país (con excepción de un país), es decir, que no hay competencia en sus mercados para ese medicamento específico. Sin embargo estas características coincidentes en estos cinco países no son suficientes para sacar conclusiones sobre la variación del costo anual por paciente.

El esquema zidovudina/ lamivudina (300 mg/150 mg) en comprimidos + lopinavir/ ritonavir (200 mg/50 mg) en tabletas tiene un costo anual por paciente de hasta 12 veces más en un país que en otro.

Para el esquema tenofovir/emtricitabina (300 mg/200 mg) tabletas + lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) tabletas, el costo anual en un lugar puede ser 29 veces más que en otro, entre \$349 y \$10 124, con una mediana de \$3 312. La variabilidad del costo del esquema está asociada principalmente a la variación en el precio unitario de emtricitabina/tenofovir (Figura 4).

Figura 3

Costo anual por paciente del esquema zidovudina /lamivudina + lopinavir/ritonavir, 2011-2013, por país



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH, 2013.

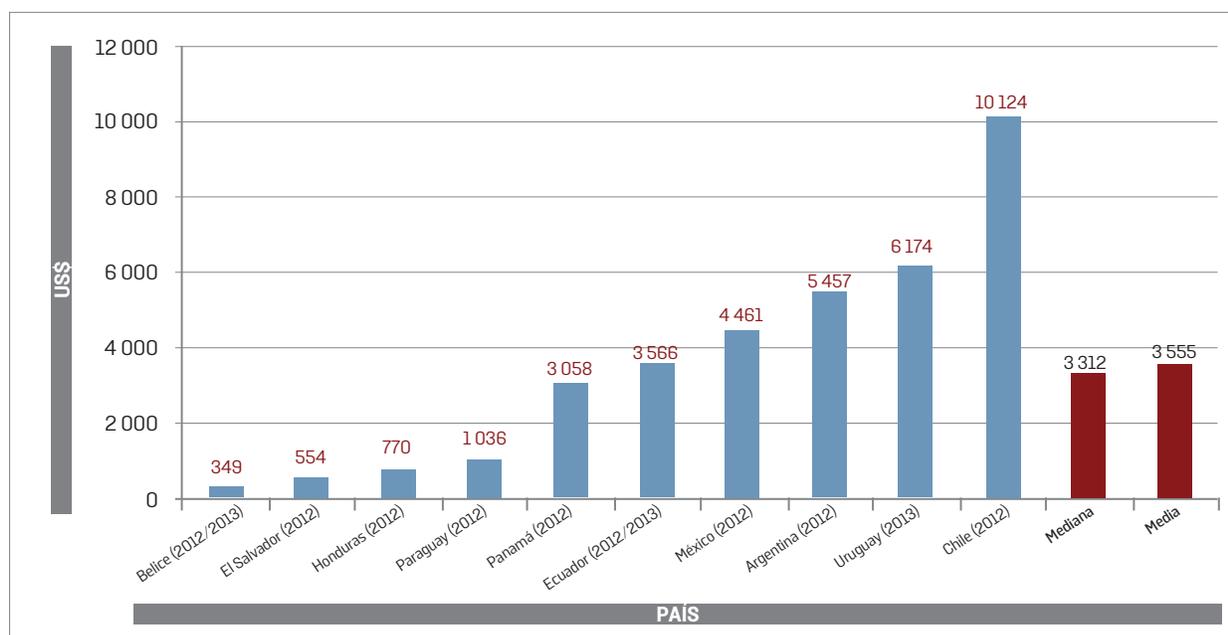
Dado el alto peso proporcional del costo de los ARV en el gasto total de la respuesta al VIH y la alta variabilidad en la región del precio de compra de los medicamentos antirretrovirales, habrá que buscar estrategias para reducirlo. Una de esas estrategias, recomendada para mejorar la eficiencia de las compras de medicamentos antirretrovirales, es aprovechar la flexibilidad del mercado y el comercio (10, 11). El uso de fármacos genéricos precalificados, de calidad garantizada, ha sido una estrategia eficaz para obtener un ahorro mayor que el que se logra en programas de precios diferenciales¹⁰ (7). Otra opción innovadora es la contratación conjunta para mejorar los precios y otros aspectos de la gestión de la cadena de suministro de medicamentos. La contratación conjunta se ha definido como "la compra realizada por una oficina de compras en nombre de un grupo de instituciones, sistemas de salud o países" (12,13).

El Fondo Estratégico de la OPS ofrece un servicio de adquisiciones internacional de antirretrovirales de calidad a precios asequibles y permite, cuando es posible, agrupar las adquisiciones para aprovechar las economías de escala (Anexo 1).

¹⁰ Los precios diferenciales se refieren a los establecidos por las compañías farmacéuticas para sus medicamentos de marca según la situación económica de los países. Las compañías tienen diferentes criterios de selección para la fijación de precios diferenciales, es decir, no todos los países y no todas las entidades (por ejemplo, gobiernos, organizaciones no gubernamentales, entidades del sector privado) pueden tener acceso a los mismos precios.

Figura 4

Costo anual por paciente del esquema tenofovir/emtricitabina + lopinavir/ritonavir, 2012-2013, por país



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013

4.3. Optimización del tratamiento antirretroviral

4.3.1 Normativa nacional sobre tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe

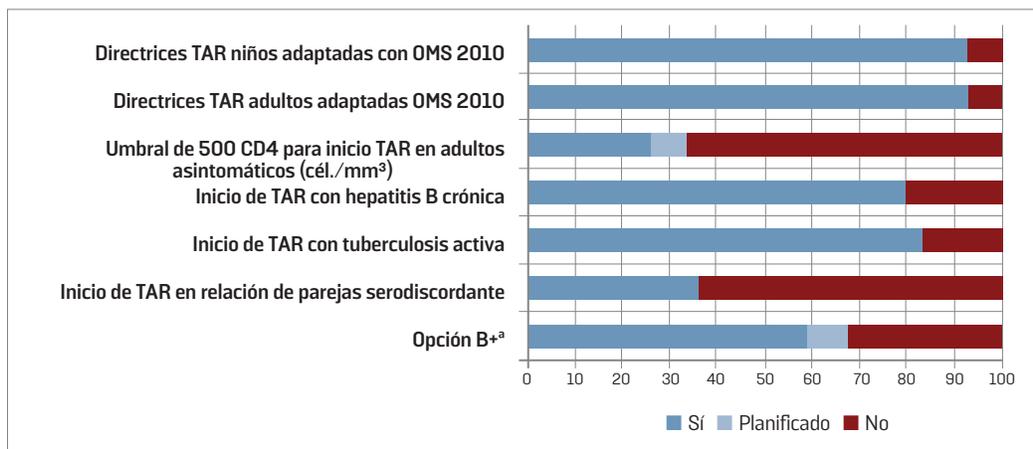
Una guía nacional basada en evidencia científica para el tratamiento antirretroviral es un elemento indispensable de la excelencia clínica, ya que asegura la calidad de la atención y reduce la variación de la práctica médica. A lo largo de los años, la OMS ha publicado recomendaciones para el TAR basadas en la evidencia científica más actualizada disponible, con el fin de apoyar a los países en la elaboración de sus guías nacionales. Las últimas se publicaron en junio de 2013 y las penúltimas, en julio de 2010.

En 2013, de los 27 países de América Latina y el Caribe que informaron sobre sus directrices nacionales, 93% había revisado sus guías de tratamiento antirretroviral de adultos, adolescentes y niños de acuerdo a las recomendaciones de la OMS de 2010

(Figura 5, Cuadro 4 y Anexo 2). Es más, en cuanto a la nueva recomendación de la guía de la OMS de 2013 de iniciar el TAR en adultos asintomáticos con recuento de CD4 < 500 células/mm³, hasta la fecha Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador y Honduras la incluyen en sus guías. Incluso, Brasil planifica modificar próximamente su política de inicio para ofrecer tratamiento a todos los pacientes VIH+ independientemente de su nivel de CD4. Asimismo, varios países se encuentran revisando su guía nacional y adoptarán próximamente el criterio de inicio de < 500 células/mm³. En una reunión realizada para el lanzamiento de las Directrices de la OMS sobre el uso estratégico de los antirretrovirales (ARV) en América Latina, que tuvo lugar en Argentina en agosto de 2013, muchos países mostraron interés en la adaptar sus guías nacionales a las directrices de la OMS. Por tanto, la información presentada en la figura 6 debe considerarse situación basal, ya que se prevé que muchos más países se embarquen en la revisión y actualización de sus normas nacionales para adoptar las recomendaciones de la OMS.

Figura 5

Proporción (%) de países de América Latina y el Caribe que adaptaron sus guías nacionales a recomendaciones de la OMS y criterios de inicio de tratamiento ARV agosto de 2013



Fuente: Encuesta de antirretrovirales de la OMS, 2013.

Nota: Tras la reunión para el lanzamiento en América Latina de las Directrices de la OMS sobre el uso estratégico de los antirretrovirales en agosto de 2013, muchos más países mostraron interés en adaptar sus guías nacionales a las directrices de la OMS. Esa información se actualizará en la próxima ronda de informes.

^aIniciar la administración de triple terapia con ARV a todas las embarazadas con VIH, independientemente de su recuento de CD4 y continuar con su tratamiento de por vida.

**Cuadro
4**
Crterios de inicio de tratamiento ARV en las guías nacionales de América Latina y el Caribe, 2013

Inicio <500	Independiente del recuento CD4 en pacientes con tuberculosis	Independiente del recuento CD4 en pacientes con hepatitis B crónica	Independiente del recuento CD4 en pacientes con pareja serodiscordante	B+ para mujeres embarazadas ^a
Argentina Belice Brasil Bolivia Costa Rica Ecuador Honduras	Argentina Belice Bolivia Brasil Costa Rica Cuba Dominica Ecuador El Salvador Granada Guyana Haití Honduras México Panamá Paraguay Suriname Uruguay Venezuela	Argentina Barbados Belice Brasil Costa Rica Cuba Dominica Ecuador Granada Haití Honduras Islas Turcas y Caicos México Nicaragua Panamá Paraguay Perú Suriname Uruguay Venezuela	Argentina Belice Brasil Costa Rica El Salvador Honduras Islas Turcas y Caicos Uruguay Venezuela	Argentina Belice Bolivia Chile Colombia Costa Rica Cuba Curaçao Ecuador Granada Guatemala Guyana Haití Honduras México Nicaragua Perú Suriname ^b Uruguay Venezuela
Países que planean actualizar sus guías en 2013 para adaptarlas a la guía de la OMS 2013	Bolivia, Colombia, El Salvador, Guyana, Islas Vírgenes Británicas, México, Nicaragua, Perú Brasil y Paraguay para las recomendaciones para niños Belice y Brasil para mujeres embarazadas Brasil planifica modificar próximamente su política de inicio de TAR para ofrecer tratamiento a todos los pacientes independientemente de su nivel de CD4.			

Fuente: Respuestas de país a la encuesta de uso de antirretrovirales de OMS, 2013.

Notas: ^aIniciar la administración de triple terapia con ARV a todas las embarazadas con VIH, independientemente de su recuento de CD4 y continuar con su tratamiento de por vida.

^bSuriname no lo ha incorporado en su guía nacional pero está incorporado en la práctica clínica.

En una proporción importante de países se recomienda iniciar el TAR independientemente del recuento de CD4 en casos de tuberculosis activa (19/23) y hepatitis B crónica (20/25), pero solo 9 de 25 países recomiendan el TAR a personas con infección por VIH en una relación de pareja serológicamente discordante.

En cuanto a los protocolos de prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH, de los 34 países que han informado datos, 20 recomiendan la opción B+, que consiste en iniciar la administración de triple terapia con ARV a todas las embarazadas con VIH, independientemente de su recuento de CD4 y continuar con su tratamiento de por vida. (Figura 6.)

4.3.2 Adhesión a las recomendaciones de la OMS sobre tratamiento antirretroviral de primera y segunda línea

De acuerdo a la nueva guía consolidada de la OMS (2), los esquemas recomendados para tratamiento de primera y segunda línea de adultos son los que aparecen en el Cuadro 5.

En la región en 2012, 78% de los adultos en tratamiento de primera línea reciben esquemas de ARV recomendados por la OMS, al igual que 39% de los que reciben tratamiento de segunda línea,¹¹ aunque varía de 28 a 100% según el país para primera línea y de 0 a 95% para segunda línea (Figura 6). De 2010 a 2012, aumentó en la región la adhesión a los esquemas recomendados por la OMS en 13 puntos porcentuales para los tratamientos de primera línea y en 12 puntos para los de segunda línea (comparación de los datos de 21 países que aportaron datos en ambos años para primera línea y 19 países para segunda línea).

Entre el período 2010-2011 y 2012 se observa un incremento de más de 10 puntos en el porcentaje de pacientes en tratamiento con esquemas recomendados por la OMS en 12 países de 23 países. Es el caso de Bolivia (primera y segunda línea), El Salvador (segunda línea), República Dominicana y Venezuela (primera línea). También se observan mejoras en el caso de Belice y Cuba (primera línea), Islas Vírgenes Británicas (primera y segunda línea), Granada, Nicaragua, Paraguay y Perú (segunda línea).

¹¹ Para los cálculos de tratamiento de segunda línea no se incluyen los datos de Brasil ni Argentina.

Cuadro 5

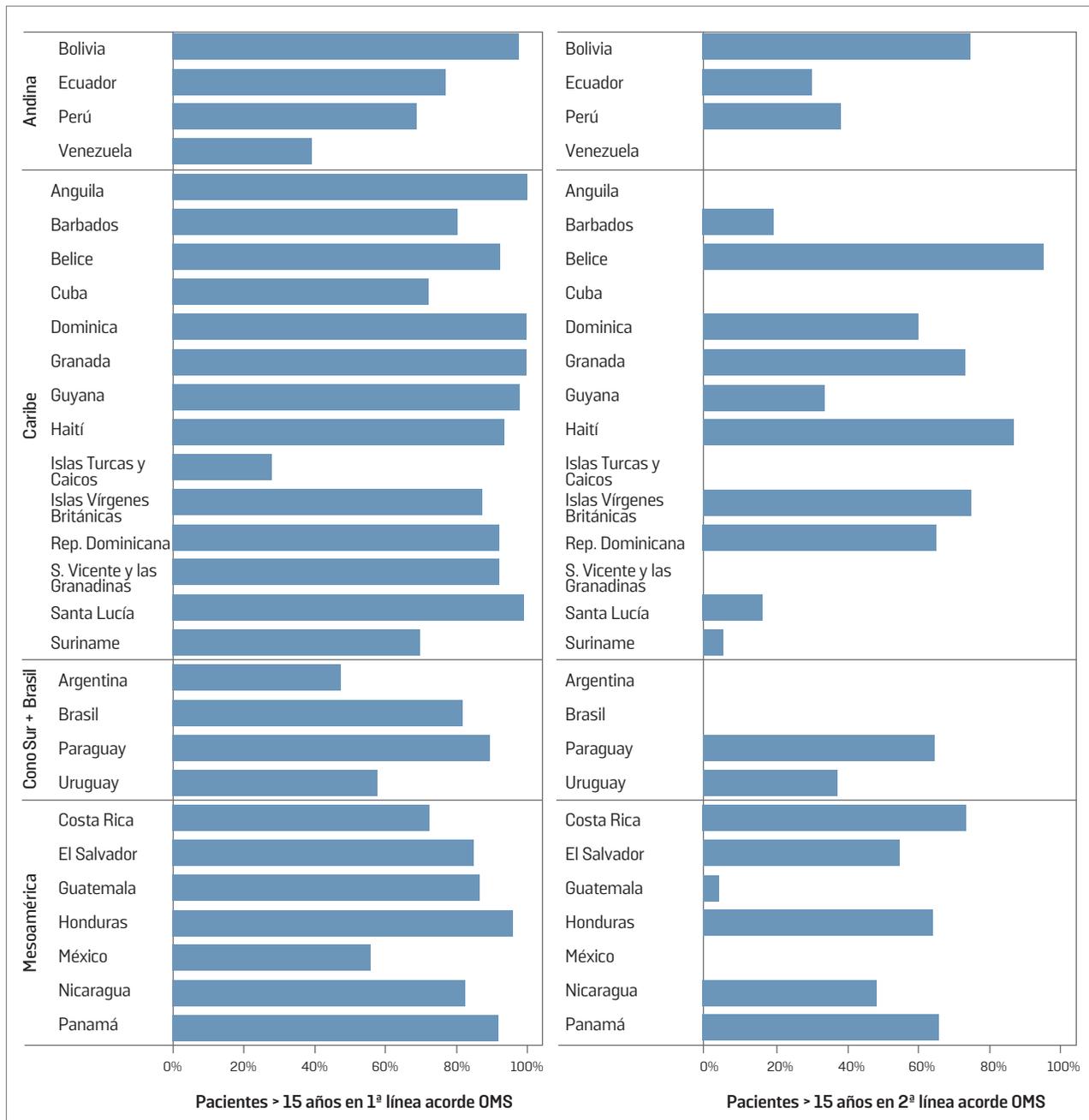
Esquemas recomendados para tratamiento antirretroviral en adultos por la OMS, 2013

Tratamiento antirretroviral	Primera línea	Segunda línea
Esquema preferente	TDF+3TC (o FTC)+EFV	AZT+3TC+LPV/r AZT+3TC+ATV/r
Esquemas alternativos	AZT+3TC+EFV (o NVP) TDF+3TC (o FTC)+NVP	TDF+3TC (o FTC)+ATV/r TDF+3TC (o FTC)+LPV/r

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de medicamentos antirretrovíricos para el tratamiento y la prevención de la infección por el VIH. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2013.
Notas: TDF: tenofovir; 3TC: lamivudina; FTC: emtricitabina; EFV: efavirenz; AZT: zidovudina; LPV/r: lopinavir/ritonavir; ATV/r: atazanavir/ritonavir.

Figura 6

Proporción (%) de pacientes (> 15 años) en esquemas recomendados por la OMS, según línea de tratamiento, 2012



Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de OMS, 2013.

Notas: Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas: datos corresponden a 2011. Argentina y Brasil: no hay datos disponibles de 2ª línea. Anguila, Cuba, Islas Turcas y Caicos, México y Venezuela: el valor para 2ª línea es 0%.

4.3.3 Uso del esquema preferente (TDF/FTC o 3TC/EFV) de primera línea recomendado por la Organización Mundial de la Salud para adultos y adolescentes

En cuanto al uso del esquema preferente recomendado por la OMS para primera línea (TDF+FTC o 3TC+EFV), 17 de 25 países informaron que sus normas nacionales lo recomendaban como combinación preferente de primera línea (Cuadro 6).

Para 2012, en 17 países había aumentado el porcentaje de uso del esquema preferente comparado con el período de 2010–2011. Para la región en su conjunto, los datos de 27 países para 2012, indican que 22% de los pacientes en primera línea de tratamiento recibían ese esquema; esa proporción era 14% en 2011 y 7% en 2010, según los datos de 17 y 22 países, respectivamente (Cuadro 7). Al comparar los datos de los 21 países de los que se dispone información tanto para 2010 como para 2012, el porcentaje de pacientes en esquema preferente aumenta desde 7% a 22%.

Cuadro 6

Países cuya norma nacional recomienda la combinación TDF+FTC o 3TC+EFV como esquema preferente para el tratamiento de primera línea, 2012

Países que recomiendan TDF+FTC o 3TC+EFV ^a			
SÍ		NO	
Argentina ^b	Guatemala	Colombia	Perú
Barbados	Haití	Costa Rica	Suriname
Belice ^b	Honduras	Cuba	Uruguay
Bolivia	Islas Vírgenes Británicas	Granada	
Brasil ^b	México	Nicaragua	
Ecuador	Panamá		
El Salvador ^c	Paraguay ^b		
Guyana	República Dominicana		
	Venezuela		

Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la Organización Mundial de la Salud, 2013.

Notas:

^aTDF: tenofovir; FTC: emtricitabina; 3TC: lamivudina; EFV: efavirenz.

^bTDF+FTC o 3TC+EFV es uno de varios esquemas preferentes.

^cEn proceso de actualizar la norma.

Cuadro
7**Porcentaje de pacientes en esquema de primera línea preferente (TDF+FTC o 3TC+EFV)^a recomendado por la Organización Mundial de la Salud, por país y por año, 2010 a 2012**

País	Pacientes en esquema de primera línea preferente (TDF+FTC o 3TC+EFV) (%)		
	2010	2011	2012
Anguila	0,0	0,0	0,0
Antigua y Barbuda	0,0	ND	ND
Argentina	2,2	4,8	6,6
Barbados	ND	29,1	41,6
Belice	4,5	ND	7,4
Bolivia	0,3	0,0	36,2
Costa Rica	ND	ND	1,8
Cuba	0,0	0,0	0,0
Dominica	ND	ND	19,1
Ecuador	2,3	ND	19,6
El Salvador	0,0	0	7,5
Granada	0,0	3,5	12,5
Guatemala	54,8	57,0	57,8
Guyana	73,4	70,3	76,7
Haití	ND	ND	18,5
Honduras	5,6	0,0	6,6
Islas Turcas y Caicos	ND	ND	6,9
Islas Vírgenes (RU)	ND	6,7	12,5
México	39,9	ND	43,4
Nicaragua	9,1	11,3	12,4
Panamá	8,1	ND	66,0
Paraguay	0,7	1,7	5,1
Perú	0,0	ND	0,0
República Dominicana	11,0	11,1	21,2
Santa Lucía	ND	17,9	ND
San Vicente y las Granadinas	ND	11,1	ND
Suriname	1,0	ND	1,1
Uruguay	0,1	0,5	0,9
Venezuela	0,0	ND	24,6
TOTAL	7,0	14,1	21,6

Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la Organización Mundial de la Salud, 2011, 2012, y 2013.

Notas:

^aTDF: tenofovir; FTC: emtricitabina; 3TC: lamivudina; EFV: efavirenz; ND: no disponible.

4.3.4 Número de esquemas de tratamiento antirretroviral de primera y segunda línea

Desde 2013, la OMS recomienda esquemas preferentes y alternativos por línea, que suman un total de seis por línea de tratamiento. Aunque los esquemas preferentes concentran más pacientes, como se menciona en el apartado 4.3.3, el número de esquemas en uso en América Latina y el Caribe sigue alto (Figura 7). La media regional es de 11 esquemas diferentes de primera línea y 15 de segunda línea, similar a 2010 con una media de 12 y 15 esquemas de primera y segunda línea, respectivamente. Muy pocos países han reducido suficientemente el número de esquemas en cada línea, sin embargo, sí se observa una concentración de pacientes en un número de esquemas más reducido: El 70% de los pacientes se concentran en solo 6 esquemas. (Cuadro 8).

Para los niños menores de 15 años de edad, el número de esquemas utilizados era menor que el de los adultos, con una media regional de seis esquemas, tanto para los de primera como para los de segunda línea (datos de 24 países) en 2012 (Figura 9). Al comparar los 17 países que tienen datos para 2010 y 2012, no se observan cambios en la media regional del número de esquemas utilizados.

Cuadro 8

Cambios en el número de esquemas, por línea de tratamiento, 2010-2012

	Primera línea	Segunda línea
Países que aumentaron número de esquemas	Argentina, Brasil, El Salvador, Granada, Guyana, Honduras, ^a Panamá, Paraguay, Perú y Uruguay	Argentina, Brasil, El Salvador, Guyana, Honduras, ^a México, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela
Países que disminuyeron el número de esquemas	Belice, Bolivia, Cuba, Ecuador, República Dominicana, Suriname y Venezuela	Bolivia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Nicaragua, República Dominicana y Uruguay
Países con el mismo número de esquemas	Guatemala, México, Nicaragua	---

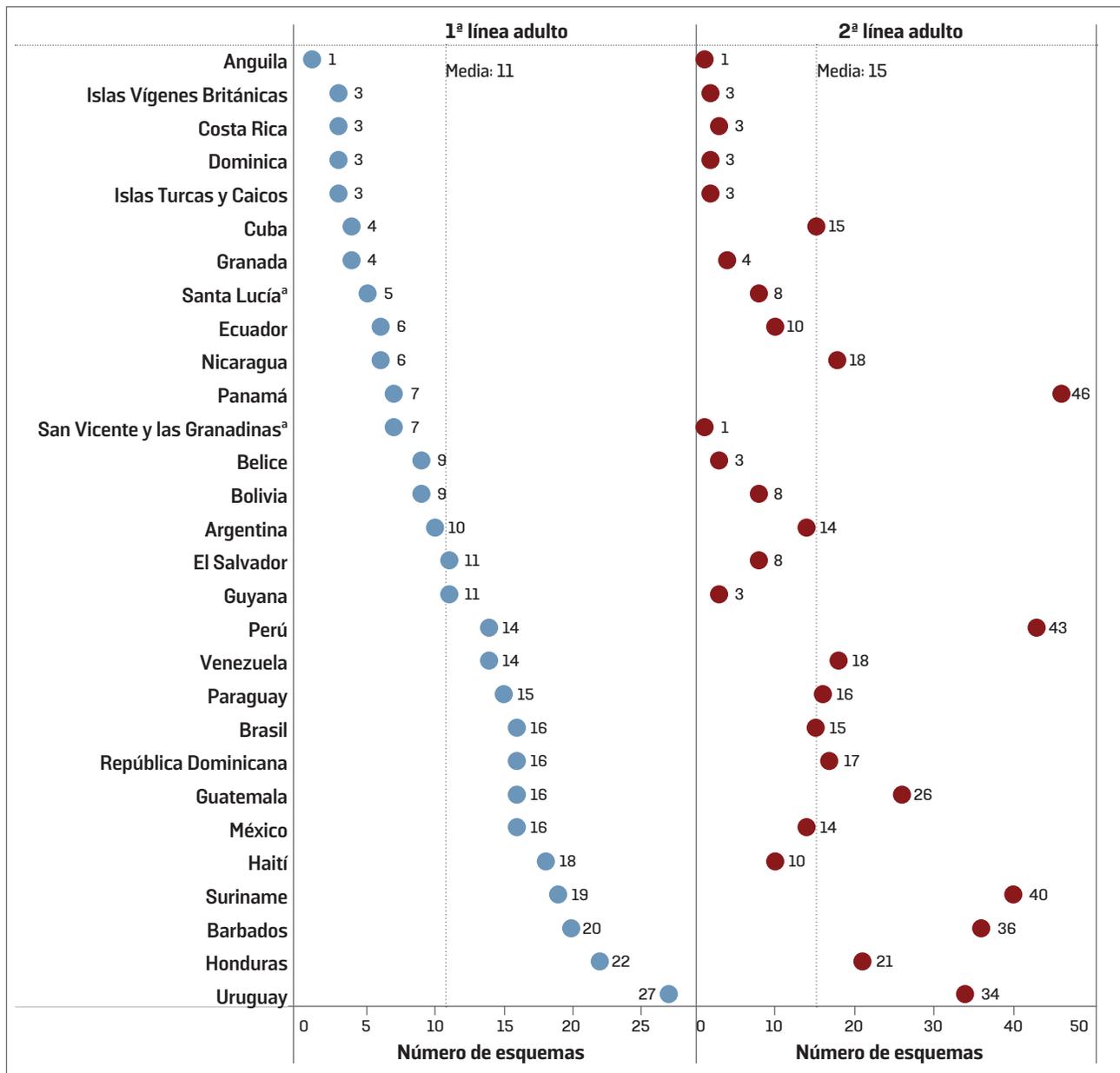
Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2011 y 2013.

Nota: ^aEn Honduras para 2012, el tenofovir se consideró fármaco de primera línea, lo que aumenta el número de esquemas en comparación con el 2010, pero la mayoría se concentra en cuatro esquemas, más 11 esquemas con didanosina (ddi), que continuarán hasta que se terminen las existencias de ese medicamento.

--- Sin datos.

Figura 7

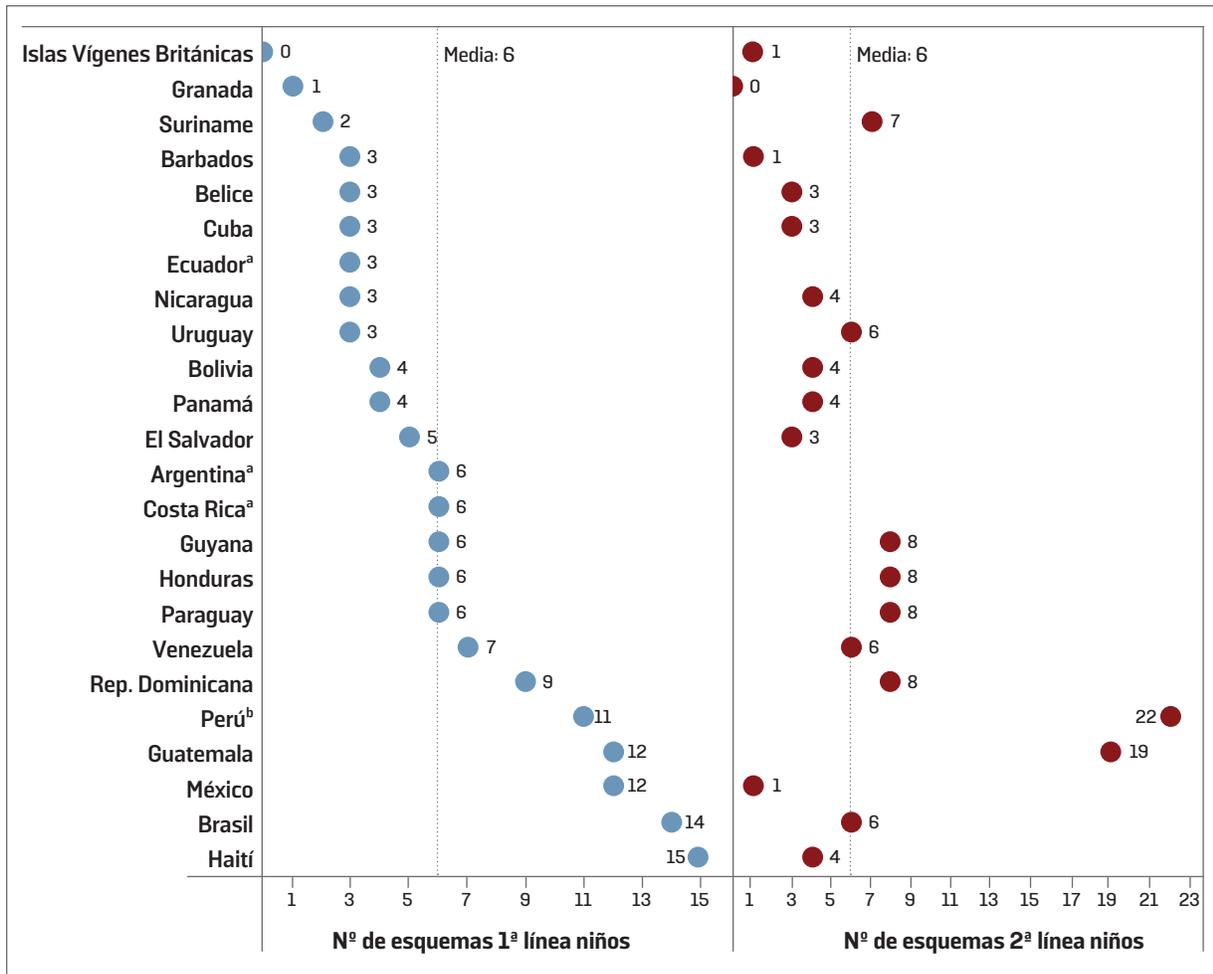
Número de esquemas diferentes de tratamiento de adultos, por línea de tratamiento, 2012



Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2013
 Nota: ^aLos datos de Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas se refieren a 2011.

Figura 8

Número de esquemas diferentes de tratamiento de menores de 15 años de edad, por línea de tratamiento, 2012



Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2013.
 Notas: Anguila y Dominica no tienen niños en tratamiento antirretroviral.
^aArgentina, Costa Rica y Ecuador no aportaron datos de esquemas de segunda línea.
^bLos datos del Perú corresponden a menores de 17 años de edad.

4.3.5 Uso de medicamentos obsoletos o no apropiados

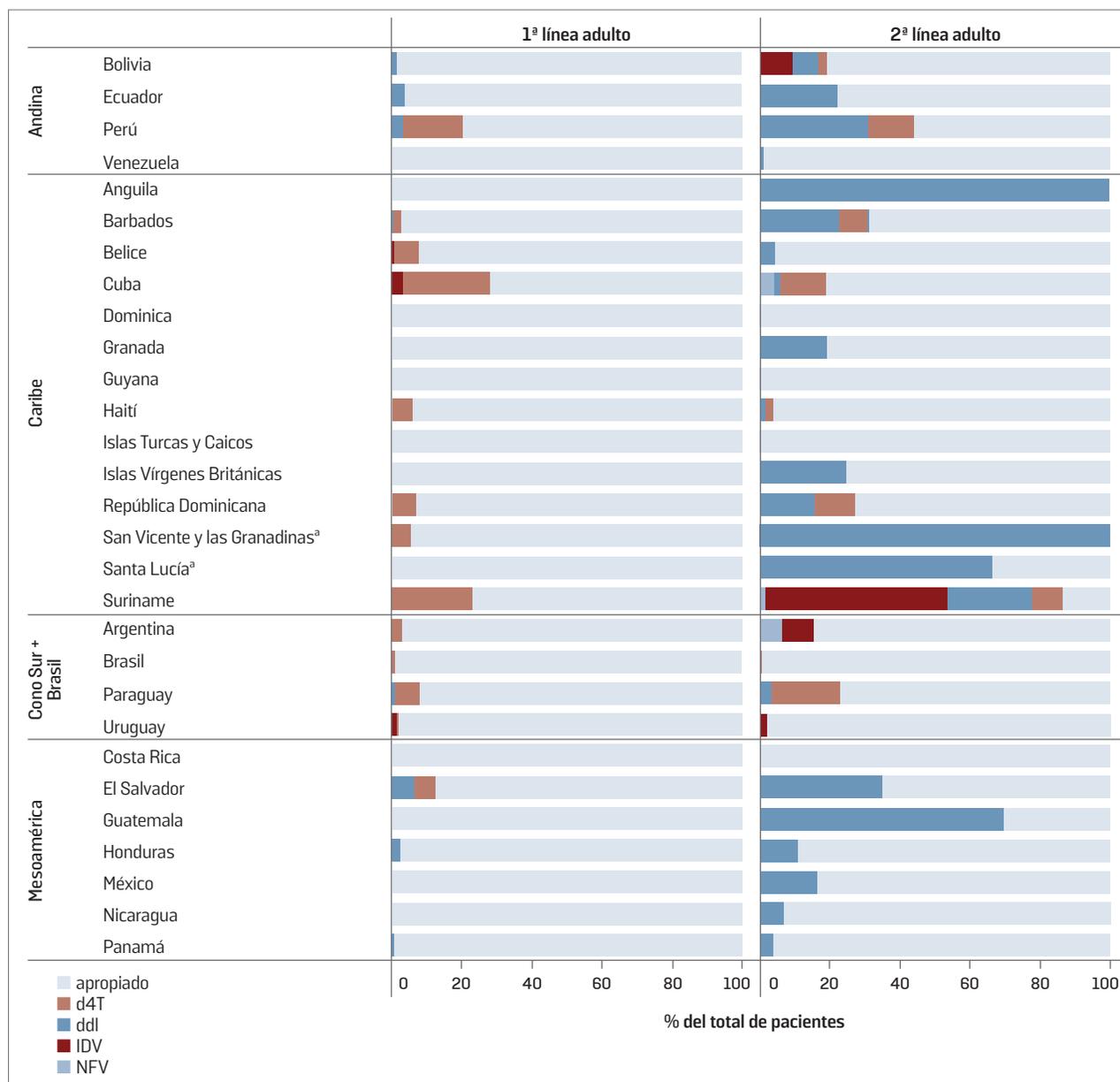
La OMS recomienda discontinuar el uso de estavudina (D4T) como fármaco de primera línea por su alta toxicidad metabólica (recomendación sólida y calidad de la evidencia moderada). Añade que su administración debe limitarse a casos excepcionales en los cuales no se pueda usar otros ARV, por el menor tiempo posible y bajo estricto monitoreo (1). El nelfinavir se eliminó de la lista de medicamentos esenciales de la OMS y otros ARV, como la didanosina o el indinavir, deben ser de uso limitado debido a que su eficacia es menor o su toxicidad mayor o ambas cosas.

Para 2012, 4% de los pacientes de la región, aproximadamente 30 000 pacientes de los 725 000 que reciben TAR, se encuentran en tratamiento con ARV obsoletos o no apropiados.

Para 2012, 4% de los pacientes de la región, aproximadamente 30.000 pacientes de los 725 000 que reciben TAR, se encuentran en tratamiento con ARV obsoletos o no apropiados, tres puntos porcentuales menos que en 2010. Según los datos de 2012, 3% de los pacientes en tratamiento de primera línea y 5% de los de segunda línea recibían esquemas obsoletos. De los últimos, el más utilizado es d4T, que se administra a 3% de los pacientes en tratamiento de primera línea (equivale a 86% de los ARV obsoletos utilizados en primera línea). Al d4T sigue didanosina, que se administra a 0,4% y 3% de los pacientes en tratamiento de primera y segunda línea, respectivamente. Al comparar la información con datos de 2010 se observa una reducción en el uso de estos ARV en países como Belice, Bolivia, Cuba, Ecuador, Paraguay, República Dominicana y Uruguay (Figura 9).

Figura 9

Porcentaje de pacientes que reciben fármacos antirretrovirales inapropiados, según línea de tratamiento y país, 2012



Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2013
 Nota: ^aLos datos de Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas se refieren a 2011.

4.3.6 Episodios de desabastecimiento de ARV

El desabastecimiento de antirretrovirales en el punto de dispensación es un problema de salud pública grave, ya que generan modificaciones e interrupciones al tratamiento de los pacientes (14,15). La eficacia del TAR depende de que el grado de adhesión sea excelente, porque las interrupciones se asocian con la aparición de resistencia a los medicamentos, infecciones oportunistas y mayor mortalidad (16,17).

En 2012, 45% (14/31) de los países informaron al menos un episodio de desabastecimiento¹² (Cuadro 9); esa proporción había sido de 54% (14/26) en 2010. Aunque se observa alguna mejoría de 2010 a 2012, la región todavía experimenta una frecuencia alta de estos eventos, que siguen planteando un reto cuando se trata de dar una respuesta adecuada a la epidemia del VIH.

En 2012, 45% (14/31) de los países informaron al menos un episodio de desabastecimiento.

Al comparar países que informaron datos para 2010, 2011 y 2012, se observa que en 17 hubo mejoría en cuanto al desabastecimiento de ARV y que hubo una disminución del porcentaje de establecimientos con episodios de ese tipo (Cuadro 9).

¹² Informado como número de episodios en 2012 o número de centros que han presentado desabastecimiento en el 2012.

Cuadro 9

Países de América Latina y el Caribe que presentaron algún episodio de desabastecimiento de ARV durante 2012

Desabastecimiento	País ^a
Sí	Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Belice, Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú, República Dominicana, Venezuela
No	Argentina, Barbados, Bolivia, Cuba, El Salvador, Granada, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes (RU), Jamaica, Paraguay, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay.

Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de la OMS, 2013. Informes de país a la OMS acerca de la marcha hacia el acceso universal, 2013.

Nota: ^a Hay países sin datos oficiales informados en los que declaraciones de grupos de la sociedad civil sugieren la presencia de problemas de abastecimiento de ARV, por ejemplo, Chile y Colombia.

Cuadro 10

Porcentaje de establecimientos con episodios de desabastecimiento de ARV notificados en 2010, 2011 y 2012, América Latina y el Caribe, por país y por año, y número de episodios de falta de abastecimiento de ARV en el 2012^a

Progreso 2010-2012	País	Porcentaje de establecimientos que dispensan TAR con episodio de desabastecimiento de antirretrovirales ^a			Número de episodios de desabastecimiento 2012
		2010	2011	2012	
Mejoría	Argentina	5	0	0	0
	Barbados	50	0	0	0
	Belice	0	33	8	1
	Brasil	100	--	7	1
	Costa Rica	100	83	0	1
	Cuba	4	4	0	0
	Dominica	100	0	--	--
	Granada	0	50	0	0
	Guatemala	82	24	25	0
	Guyana	16	0	0	0
	Jamaica	87	100	0	--
	México	0	18	2	1
	Nicaragua	19	0	3	1
	Panamá	80	80	73	8
	Rep. Dominicana	84	78	22	--
	San Vicente y las Granadinas	--	100	2	--
Trinidad y Tobago	67	0	2	--	
Sin cambios	Antigua y Barbuda	100	100	100	--
	Ecuador	0	--	0	4
Aumentó	Perú	0	--	37	--
Sin datos para evaluar progreso	Anguila	--	--	--	1
	Bahamas	--	--	50	--
	Venezuela	--	--	--	16

Otras observaciones: De los 34 episodios informados por 10 países en 2012, la duración media fue de 17 días. Las causas del desabastecimiento informadas con mayor frecuencia fueron retrasos en el proceso de compra (46,3%), retrasos en el proceso de licitación (31,7%) y falta de entrega por parte del fabricante o agente de compra (14,6%). En general los episodios tienen múltiples causas.

Fuente: Encuesta de uso de antirretrovirales de OMS, 2013. OMS. Informes de país del progreso hacia el acceso universal 2011, 2012, 2013.

Notas: ^aLos datos están redondeados.

Los países que informaron que no habían tenido ningún episodio de desabastecimiento no están en el cuadro y son: Antigua y Barbuda, Bolivia, Chile, El Salvador, Granada, Haití, Honduras, Paraguay, San Kitts y Nevis, Santa Lucía, Suriname y Uruguay

--: no disponible

Se solicitó también información a grupos de la sociedad civil acerca de su percepción del suministro constante de ARV en sus respectivos países mediante la encuesta de la OPS y el GCTH. Participantes de 18 países respondieron la siguiente pregunta: "En una escala de 1 a 10, ¿cuál es su percepción de lo bien que el país proporciona un suministro constante de ARV

a los pacientes en TAR en el último año? (siendo 1 la puntuación más baja y peor en la percepción de un suministro constante y 10 la más alta y favorable en la proporción de un suministro constante)". Entre los países que habían informado que no habían tenido episodios de desabastecimiento de ARV en 2012, la puntuación media otorgada por los grupos de la sociedad civil fue 7,9 (mediana 8, rango 6-10). De los 7 países que informaron que sí habían experimentado desabastecimientos, la puntuación media de la sociedad civil fue 6,1 (mediana 7, rango 1-8). (Cuadro 10).

Cuadro 11

Percepción de grupos de la sociedad civil acerca del suministro constante de ARV a los pacientes en TAR, por país, 2012

País	Percepción de grupos de la sociedad civil sobre suministro constante de ARV, Escala de 1 (peor) a 10 (mejor) ^a
Argentina	9
Barbados	10
Bolivia	6
Colombia	4,5
Costa Rica	8
Chile	4 y 10
Ecuador	5,5
El Salvador	8
Guatemala	8
Honduras	6
Nicaragua	8
Paraguay	6 (nivel periférico) 8 (nivel central)
Perú	7
República Dominicana	5
Santa Lucía	9
Suriname	6
Uruguay	9
Venezuela	1

Fuente: Encuesta de OPS-GCTH a sociedad civil, 2013.

Nota: ^aUn 1 corresponde al puntaje más bajo y peor en la percepción de un suministro constante y un 10, al más alto y favorable.

Las amenazas de desabastecimiento no han sido captadas por estas estadísticas. Sin embargo, tales amenazas requieren medidas correctivas, como sustitución de ARV; además, se acortan los tiempos entre dispensaciones (por ejemplo, en el Ecuador y Honduras) o se fracciona la dispensación (por ejemplo, en Nicaragua). Estas amenazas de desabastecimiento son obstáculos para la buena adhesión al tratamiento ARV.

No obstante e independientemente de que haya episodios de desabastecimiento, los pacientes en tratamiento enfrentan múltiples barreras (por ejemplo, económicas, sociales, incluidos estigma y discriminación, laborales, de transporte) para recoger sus medicamentos en tiempo y forma adecuados (18), situación que se les presenta a veces mensualmente, cuando deben acudir a sus centros de atención.

Asimismo, en algunos países hay información anecdótica de desabastecimientos de otros insumos estratégicos para la atención a la infección por VIH, como reactivos para determinar la carga viral o CD4 e, incluso, pruebas diagnósticas. La magnitud de estos desabastecimientos y su impacto no han sido determinados aún.

**En la región en 2012,
71% de los pacientes en
TAR recibían fármacos
de primera línea.**

4.4. Resultados del continuo de atención de la infección por el VIH

4.4.1 Distribución de pacientes por línea de tratamiento antirretroviral y tasa de cambio de primera a segunda línea

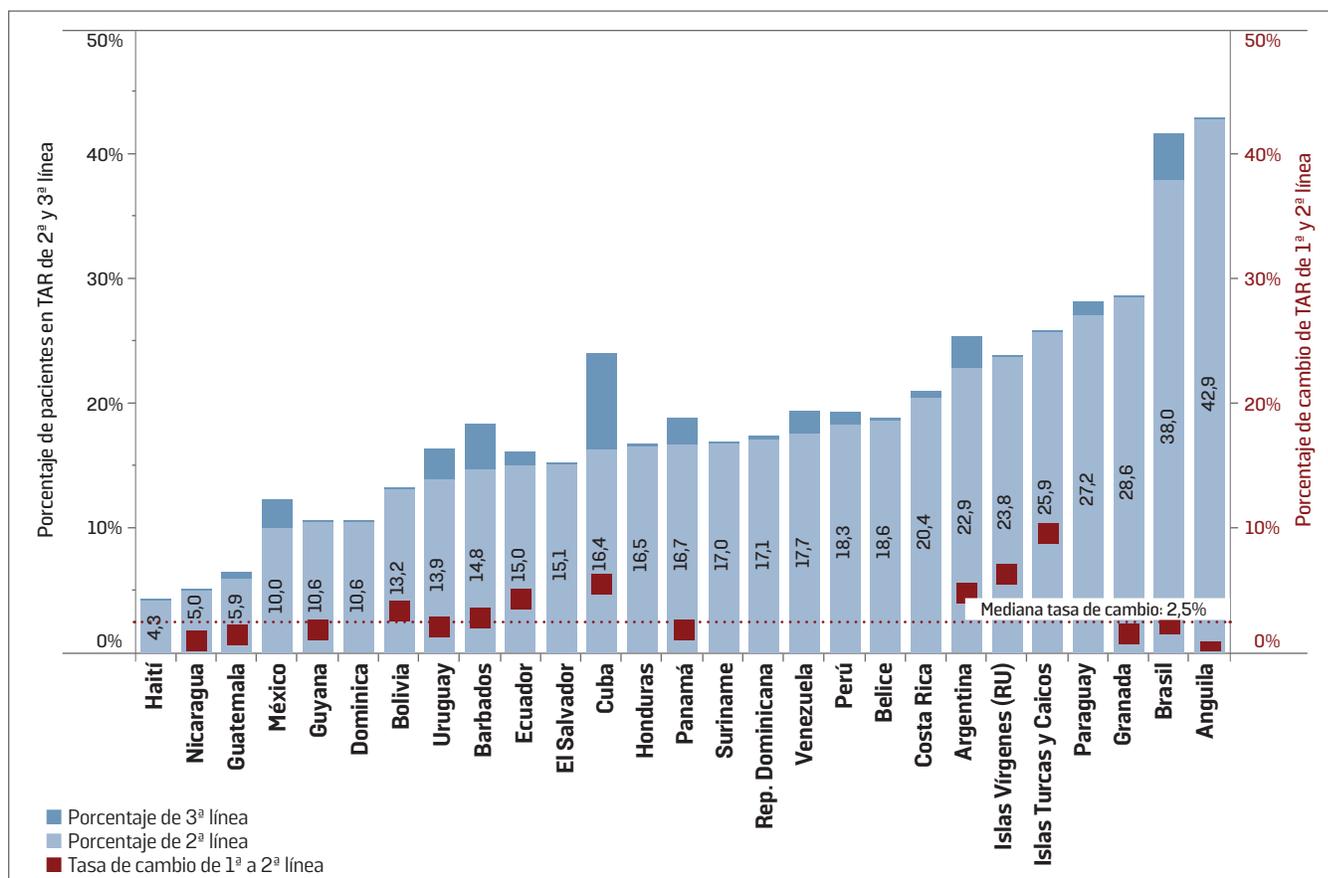
En la región en 2012, 71% de los pacientes en TAR recibían fármacos de primera línea, similar a la proporción de 2010 (73%), aunque con una variación desde 57% en Anguila a 96% en Haití. De los países con datos, 18 de 27 tienen más del 80% de sus pacientes en tratamiento de primera línea y de ellos, los que tienen más pacientes (más de 85%) en ese régimen son del más alto al más bajo, Haití, Nicaragua, Guatemala, Dominica, Guyana, México y Bolivia. En segunda línea se encuentran 27% (varía de 4% en Haití a 43% en Anguila) de las personas en TAR de la región.¹³ En general, el porcentaje más alto de pacientes en TAR de segunda línea se encuentra en países cuyos programas de tratamiento son más antiguos o en los que tienen números muy bajos de pacientes; en el último caso, el cambio de régimen de unos pocos pacientes puede afectar significativamente los porcentajes en tratamiento de primera o segunda línea.

Hay 2,5% de pacientes que reciben TAR de tercera línea; esa proporción varía de 0% en Anguila, Bolivia, Dominica, Granada, Guyana, Haití y Suriname a 8% en Cuba (Figura 10).

¹³ Referido a datos de 27 países de la región.

Figura 10

Porcentaje de pacientes en 2ª y 3ª línea y tasa de cambio de 1ª a 2ª línea, en países seleccionados de América Latina y el Caribe, 2012



Fuente: Respuesta de país a la encuesta de antirretrovirales de la OMS, 2013.
 Nota: ^aSin dato para la tasa de cambio de primera a segunda línea de tratamiento.

El cambio de esquema de tratamiento de primera a segunda línea se define como toda modificación del tratamiento antirretroviral de un paciente a como consecuencia del fracaso del tratamiento. Si la razón del cambio es toxicidad, se denomina sustitución. Se cuenta con datos sobre la tasa de cambio de primera a segunda línea de 16 países de la región para 2012 (véase la figura 10). Esta tasa varía desde 0% en Anguila a 9,5% en las Islas Turcas y Caicos y la mediana es 2,5%. La validez de ese indicador es limitada, dadas las dificultades relacionadas

con la definición de primera y segunda línea, por ejemplo, en países que usan inhibidores de proteasa en el TAR de primera línea o por fallas en la determinación del motivo del cambio (se debe diferenciar falla de sustitución por toxicidad). Asimismo, los porcentajes de cambio de tratamiento en los países con pocos pacientes pueden oscilar significativamente de un año a otro. Por otra parte, las tasas muy bajas pueden reflejar poco acceso a pruebas de monitoreo virológico y retrasos en el cambio del tratamiento.

4.4.2 Monitoreo de pacientes

Intensidad de monitoreo virológico

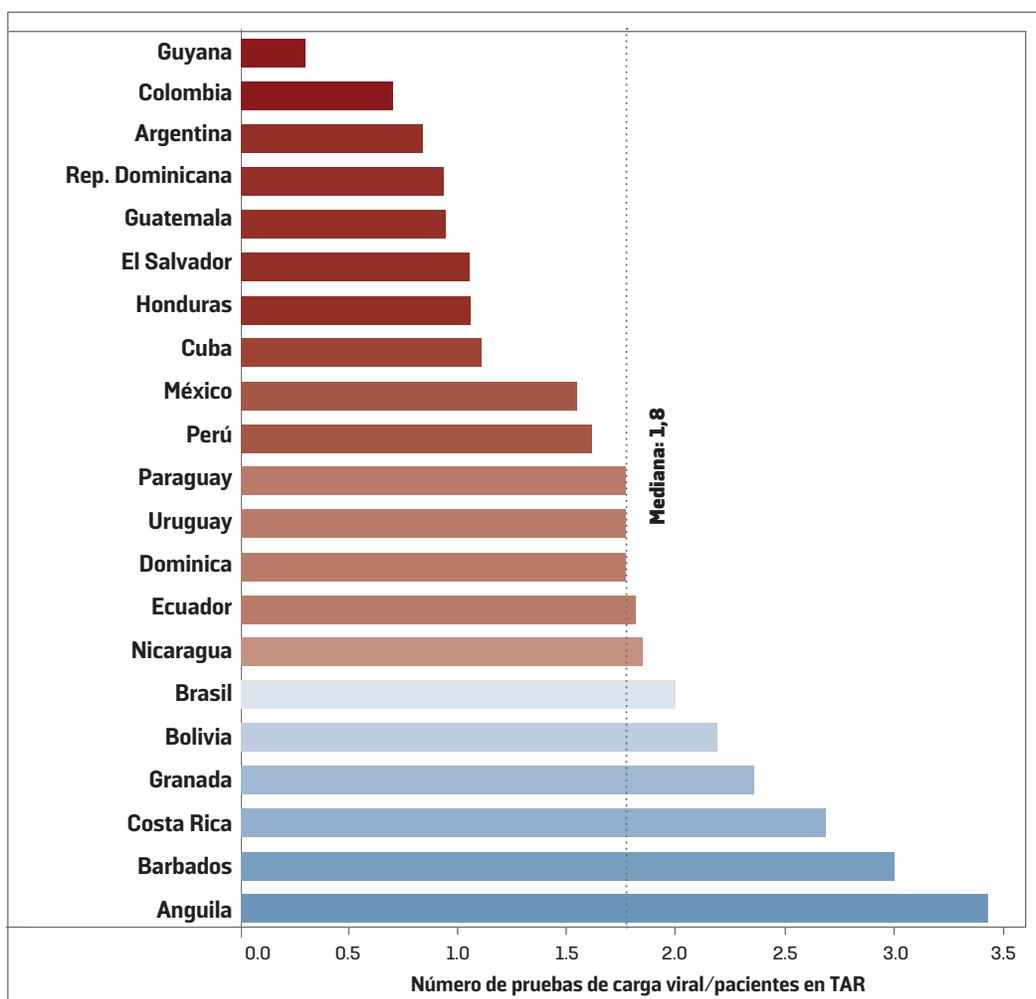
El monitoreo de los pacientes en TAR es importante para asegurar el éxito del tratamiento, detectar problemas de adhesión y determinar si es necesario cambiar de esquema por fracaso terapéutico. La medición de la carga viral se considera un indicador sensible y temprano para el diagnóstico del fracaso terapéutico en comparación con indicadores clínicos o inmunológicos. La OMS recomienda el uso de la carga viral como método de monitoreo de

elección para diagnosticar y confirmar el fracaso terapéutico de los antirretrovirales. La carga viral debe realizarse poco después de iniciar el TAR (a los 6 meses) y posteriormente cada 6 meses.

La intensidad del monitoreo virológico de los pacientes en TAR se calcula como la razón del número total de pruebas de carga viral anuales realizadas en un país dividido por el total de paciente en tratamiento. Aunque la mayoría de los países presentan valores de menos de dos pruebas de carga viral por paciente en TAR al año (Figura 11), en 2012 se observa un aumento de la mediana del 33% respecto al 2010 (mediana de 1,2 pruebas de carga viral por paciente en TAR) al comparar los datos de los 15 países que informaron en ambos años.

Figura 11

Razón de pruebas de carga viral anuales por paciente en TAR, por país, 2012



Fuente: Encuesta de antirretrovirales de la OMS, 2013.

4.4.3 Pruebas de detección del VIH y acceso temprano al diagnóstico y la atención

La puerta de entrada al tratamiento, atención y prevención del VIH es el diagnóstico de la infección por ese virus. El objetivo de los programas nacionales de VIH al realizar pruebas y dar consejería es identificar el mayor número de personas infectadas por el VIH lo más pronto posible tras adquirir la infección y vincularlos de forma adecuada y oportuna a los servicios de prevención, atención y tratamiento, con el objeto de proteger así su salud y bienestar y al mismo tiempo, minimizar la transmisión del virus. Se estima que en la región 50% de las personas con VIH desconocen su situación serológica (19, 20, 21), aunque persisten brechas de información que impiden conocer con precisión el progreso en el diagnóstico de las personas VIH+.

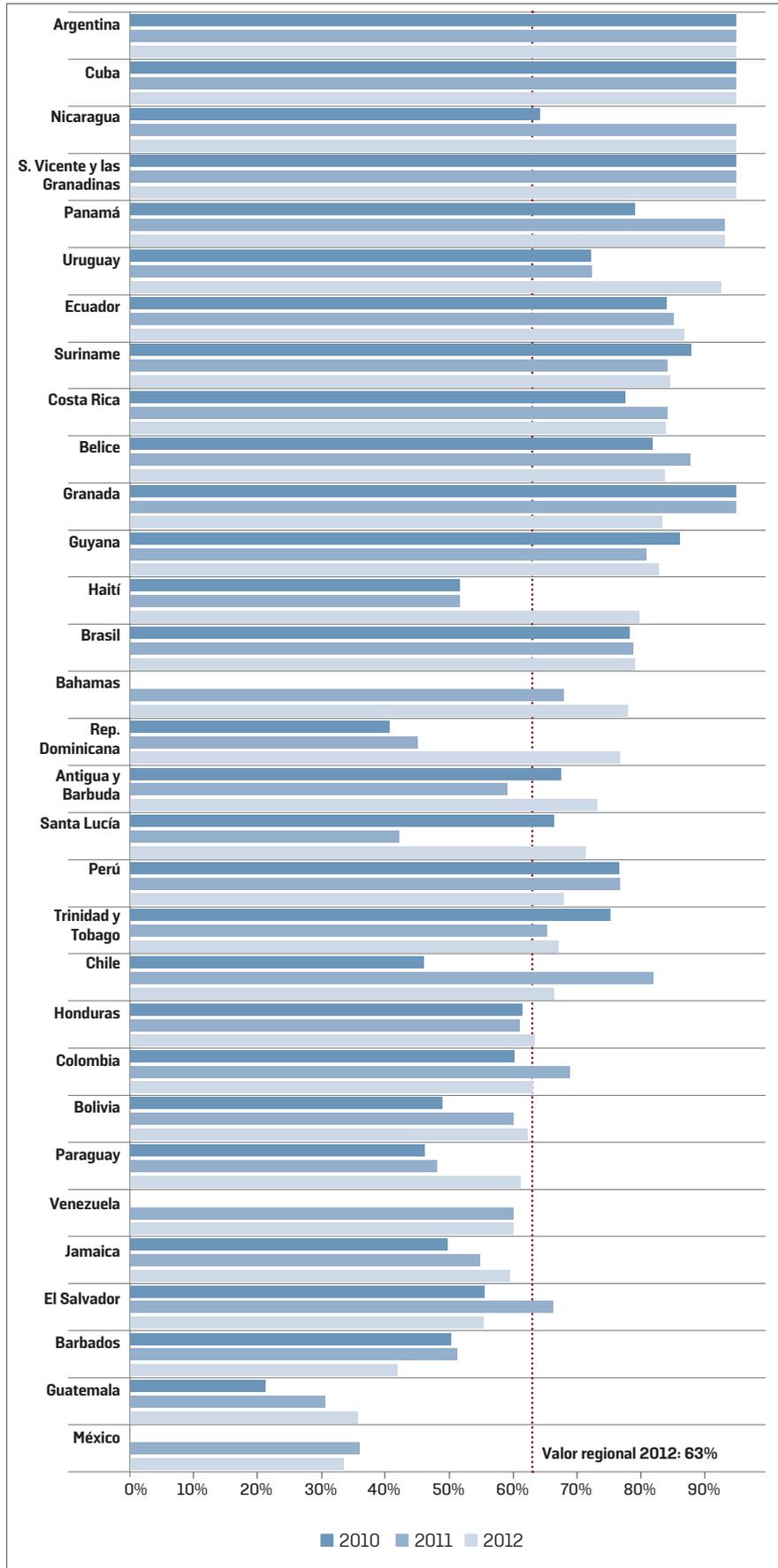
La OMS recomienda mantener una combinación de estrategias de prueba y consejería para mejorar el acceso al diagnóstico de la infección por el VIH. Este conjunto de estrategias incluye la prueba ofrecida a mujeres embarazadas, pacientes con tuberculosis y pacientes con ITS integrada en los centros de atención; estrategias basadas en los centros de prueba y consejería voluntaria y la expansión de estrategias comunitarias, como unidades móviles, prueba y consejería durante eventos, de alcance a poblaciones clave, campañas especiales, entre otras.

Las pruebas dirigidas a mujeres embarazadas suponen en torno al 30% de todas las pruebas realizadas en ALC en 2012.

El empeño puesto en la realización de la prueba de VIH puede medirse por el número de personas que se hicieron la prueba por 1000 habitantes por año. En la región, esa tasa fue 36 por 1 000 habitantes para 2012 (valor mediano de datos de 29 países) o un total de 23 millones de personas, lo que ubica a América Latina y el Caribe en segundo lugar entre las regiones de países de medianos y bajos ingresos en el mundo, precedida solo por el África Subsahariana.

Entre las diferentes estrategias aplicadas para realizar la prueba de detección del VIH, en la región se destacan las dirigidas a mujeres embarazadas en la atención prenatal, tuvieron una cobertura de 63% en 2012. Ello supone en torno a un 30% de todas las pruebas realizadas en ALC (Figura 12).

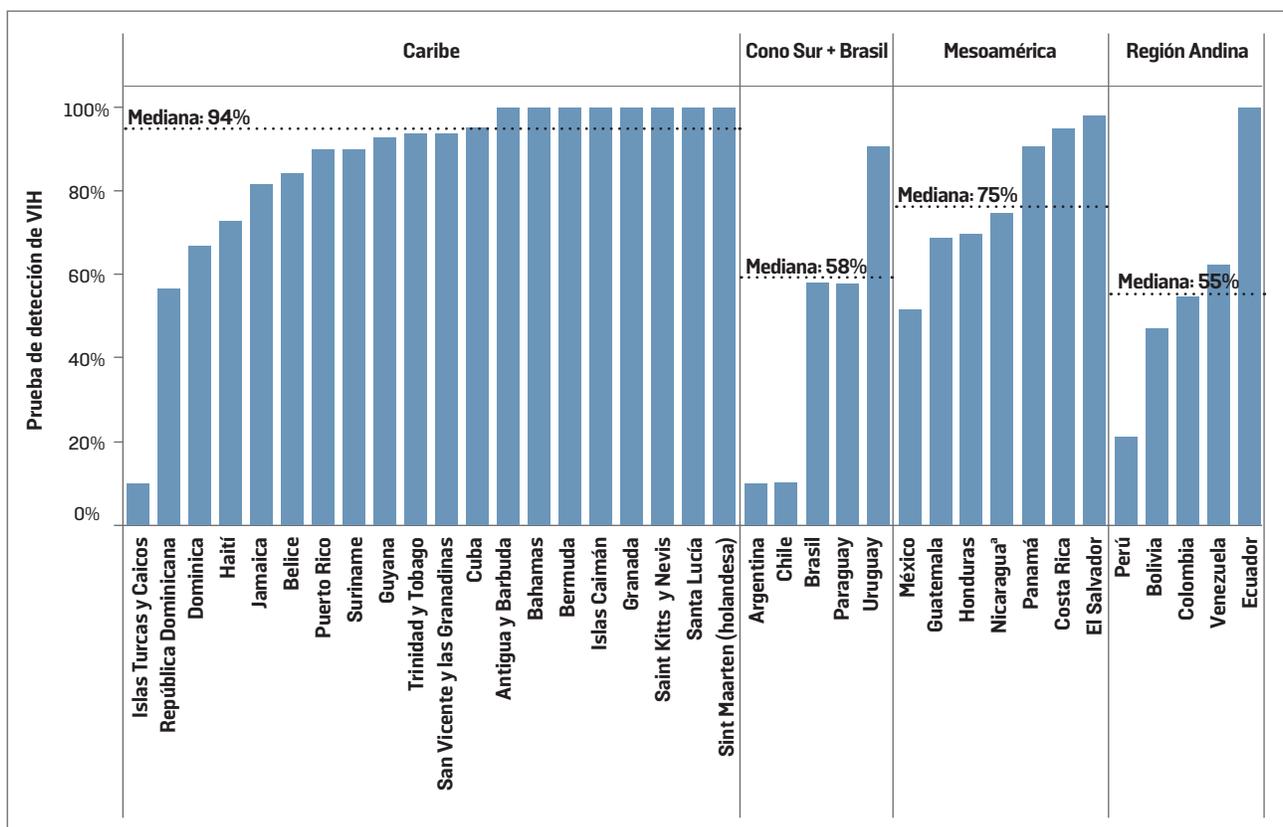
Figura 12
Porcentaje de embarazadas que se hicieron la prueba de VIH y conocen su resultado, América Latina y el Caribe, por país, 2010-2012



Fuente: informes de país de progreso hacia el acceso universal OMS, 2011-2013. Estimaciones de población de las Naciones Unidas 12ª revisión (Referencia original; United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2013). World Population Prospects: The 2012 Revision, CD-ROM Edition.) El denominador para Colombia proviene de fuentes nacionales - Cuenta de Alto Costo. El denominador de Uruguay para 2012 proviene de fuentes nacionales: Certificado de Nacido Vivo electrónico.

Figura 13

Cobertura de la prueba del VIH en pacientes con tuberculosis, América Latina y el Caribe, por país, 2011



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Global tuberculosis report: 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2012.

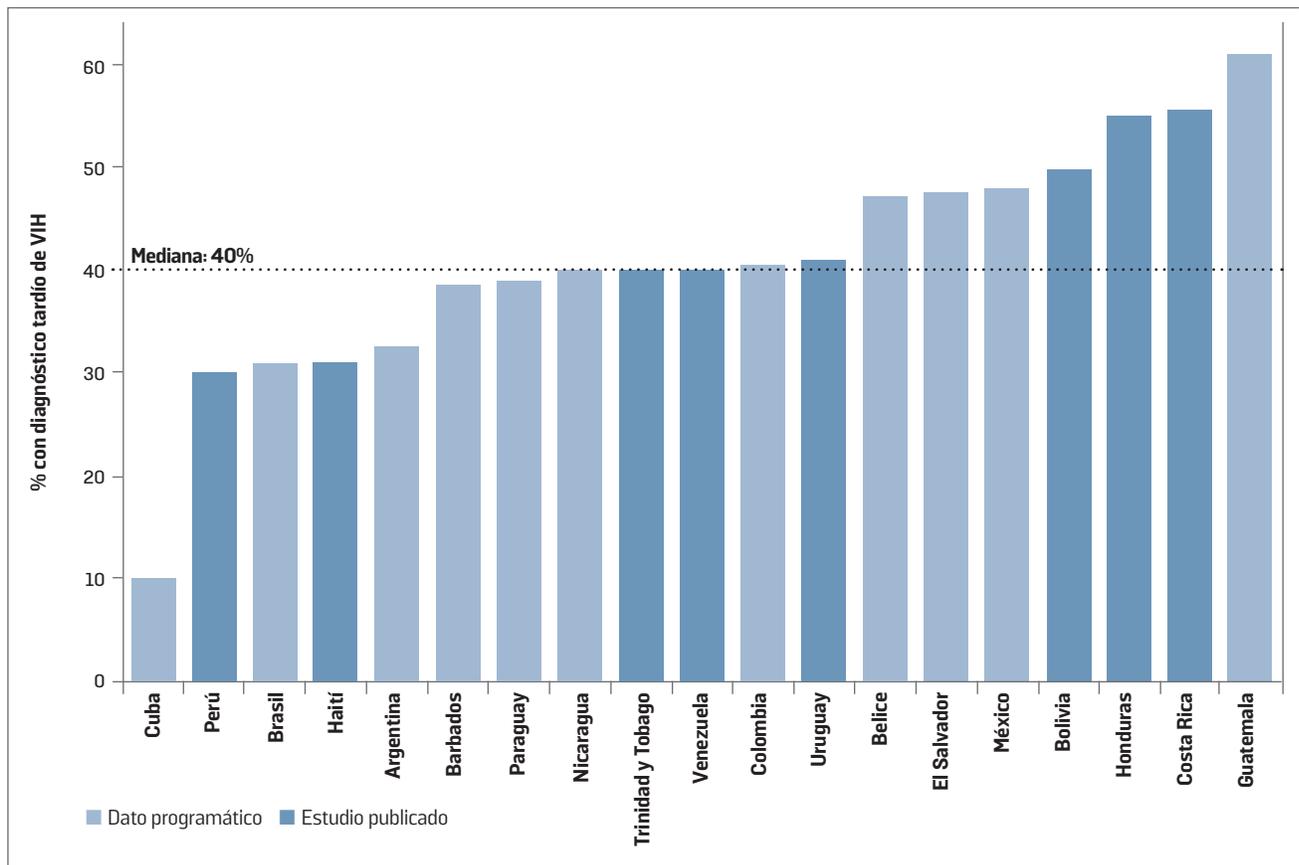
^aLos datos de Nicaragua se actualizaron en septiembre de 2013 con la información provista por el Programa Nacional de VIH al Fondo Mundial.

Asimismo, las estrategias dirigidas por el proveedor de oferta de prueba de VIH a pacientes con tuberculosis tiene alta cobertura en algunos países (Figura 13), pero los valores regionales para América Latina y el Caribe como un todo siguen siendo bajos y su progreso lento: de 39% en 2006 a 52% en 2011. Sin embargo, este indicador se ha estancado en los dos últimos años (2010 y 2011) (Figura 21).

El progreso es lento y la región enfrenta numerosas barreras para avanzar hacia un diagnóstico más temprano de la infección por el VIH, tal como muestran los datos referidos al estado inmunológico en el momento de acceso a la atención. En la mitad de los países un 40% o más de los pacientes presentan un estadio inmunológico avanzado (<200 células/mm³) en su primera determinación de CD4 (Figura 14).

Figura 14

Porcentaje de pacientes con diagnóstico tardío de VIH en América Latina y el Caribe, 2008-2013



Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013, excepto para los siguientes, cuya referencia bibliográfica figura en paréntesis: Bolivia (Protto JP, 2008) (22); Costa Rica (Vargas C y Boza R, 2012) (23); Haití (Noel et al, 2013) (24); Honduras (Crabtree-Ramírez, 2011; Dept/ VIH/sida/ITS Honduras, 2010) (25); Perú (Crabtree-Ramírez, 2011) (25); Trinidad y Tobago (Soyer-Labastide S, 2010) (26); Uruguay (Cabrera S, 2011) (27); Venezuela (Vicentelli R, 2008) (28).
 Nota: El diagnóstico tardío en su mayoría se refiere a pacientes con recuento de CD4 basal <200 cél./mm³. Sin embargo, las publicaciones de Bolivia y Honduras usan síntomas clínicos al diagnóstico o ambos criterios (CD4 y síntomas clínicos al diagnóstico).

El obstáculo para muchos países es la persistencia de algoritmos de diagnóstico de VIH que todavía dependen exclusivamente de la confirmación por Western Blot (Cuadro 12) u otras técnicas complejas y con múltiples pruebas intermedias. Recientemente, algunos países han avanzado en la aplicación de algoritmos de diagnóstico más eficientes y costo-efectivos, que reducen la multiplicidad de pruebas y mejoran el acceso al diagnóstico en el punto de atención, con inicio con pruebas rápidas –donde sea apropiado– y más cortos; como por ejemplo, Argentina, Bolivia, Costa Rica, Honduras y República Dominicana.

También persisten obstáculos para avanzar en la provisión de prueba, de detección del VIH a poblaciones clave, en condiciones culturalmente apropiadas y con respeto a los derechos humanos. En la región, predomina el modelo tradicional de consejería y prueba que tiene limitaciones para responder a las necesidades de las poblaciones más expuestas y más vulnerables. Pocos países cuentan con información y análisis que orienten las decisiones estratégicas y de gestión de programas para el diagnóstico del VIH. Por ejemplo, es importante conocer cómo se distribuye la realización de la prueba del VIH por estrategia (en centros de atención –iniciado por el proveedor, prueba y consejería voluntarias– y fuera de los centros de atención) y el porcentaje de positividad según cada estrategia.

4.4.4 Cobertura y retención en tratamiento

El número de pacientes en tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe sigue aumentando. En diciembre de 2012, había unos 725 000 pacientes en TAR, de los cuales aproximadamente 26 900 eran menores de 15 años de edad. Ese grado de cobertura es el más alto de las regiones del mundo entre países de ingresos medios y bajos. De hecho, de esos pacientes, 688 000 adultos eran de países de ingresos medio y bajos, al igual que 26 700 menores de 15 años de edad. En ese mismo año, 75% [66%–85%] de todos los pacientes que reunían los criterios de tratamiento y 67% (50% – 82%) entre los menores de 15 años de edad de países de ingresos medios y bajos recibían TAR. Llama la atención que la cobertura de TAR pediátrico en el Caribe es del 45%. La cobertura de TAR subió 2 puntos porcentuales en 2012 con respecto a 2011 (Figura 15).

Cuadro 12

Países que utilizan Western Blot para la confirmación de la infección por VIH, 2013

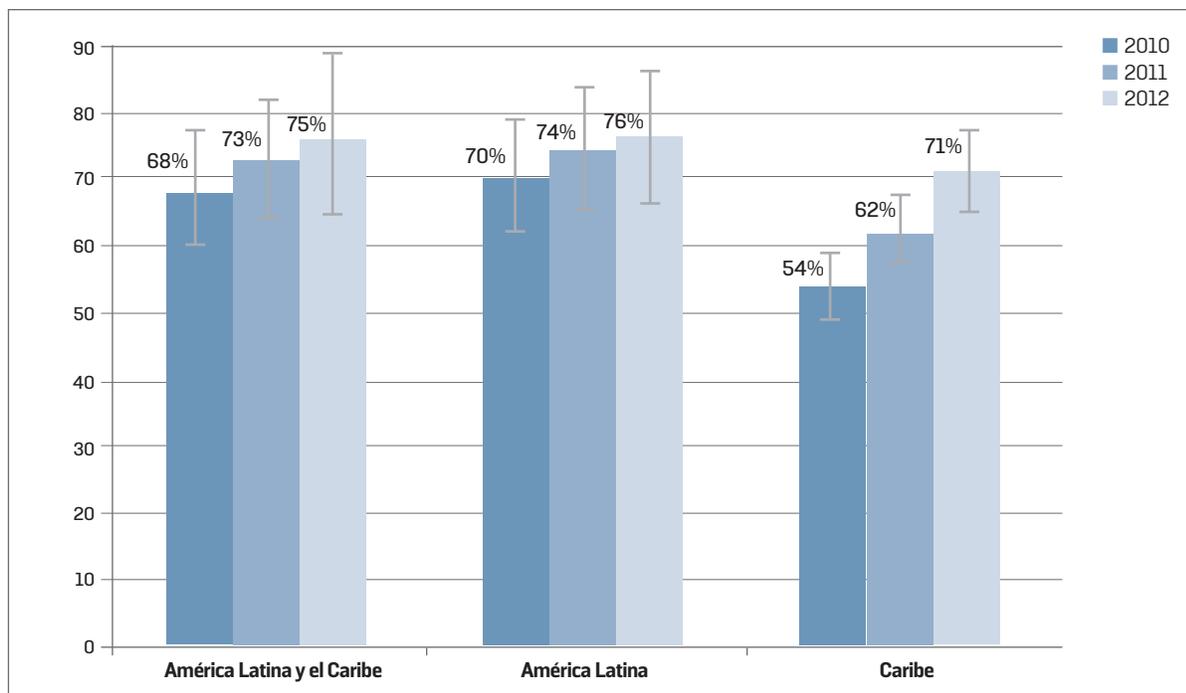
Confirman exclusivamente con Western Blot	No confirman exclusivamente con Western Blot
América Latina: Chile, Colombia, Ecuador, México, Paraguay, Perú ^a , Uruguay y Venezuela	América Latina: Argentina, Bolivia (en transición), Brasil, Costa Rica (en transición), El Salvador, Guatemala (en transición), Honduras, Nicaragua, Panamá.
Caribe: Anguila, Bonaire, Islas Caimán, Jamaica, Saba, Statia, St. Eustatius, St. Maarten (francesa y holandesa), Islas Turcas y Caicos	Caribe: Antigua y Barbuda, Barbados, Bahamas, Belice, Cuba, Dominica, Granada, Guyana, Haití, Islas Vírgenes Británicas, Montserrat, St. Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago

Fuente: OPS. Elaboración propia. 2013

Nota: ^aConfirmación con inmunofluorescencia, no con Western Blot.

Figura 15

Cobertura de tratamiento antirretroviral (%) en América Latina y el Caribe, por año, 2010 a 2012



Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2011-13 y estimaciones de ONUSIDA sobre necesidades de tratamiento basado en umbral de CD4 de 350 células/mm³.

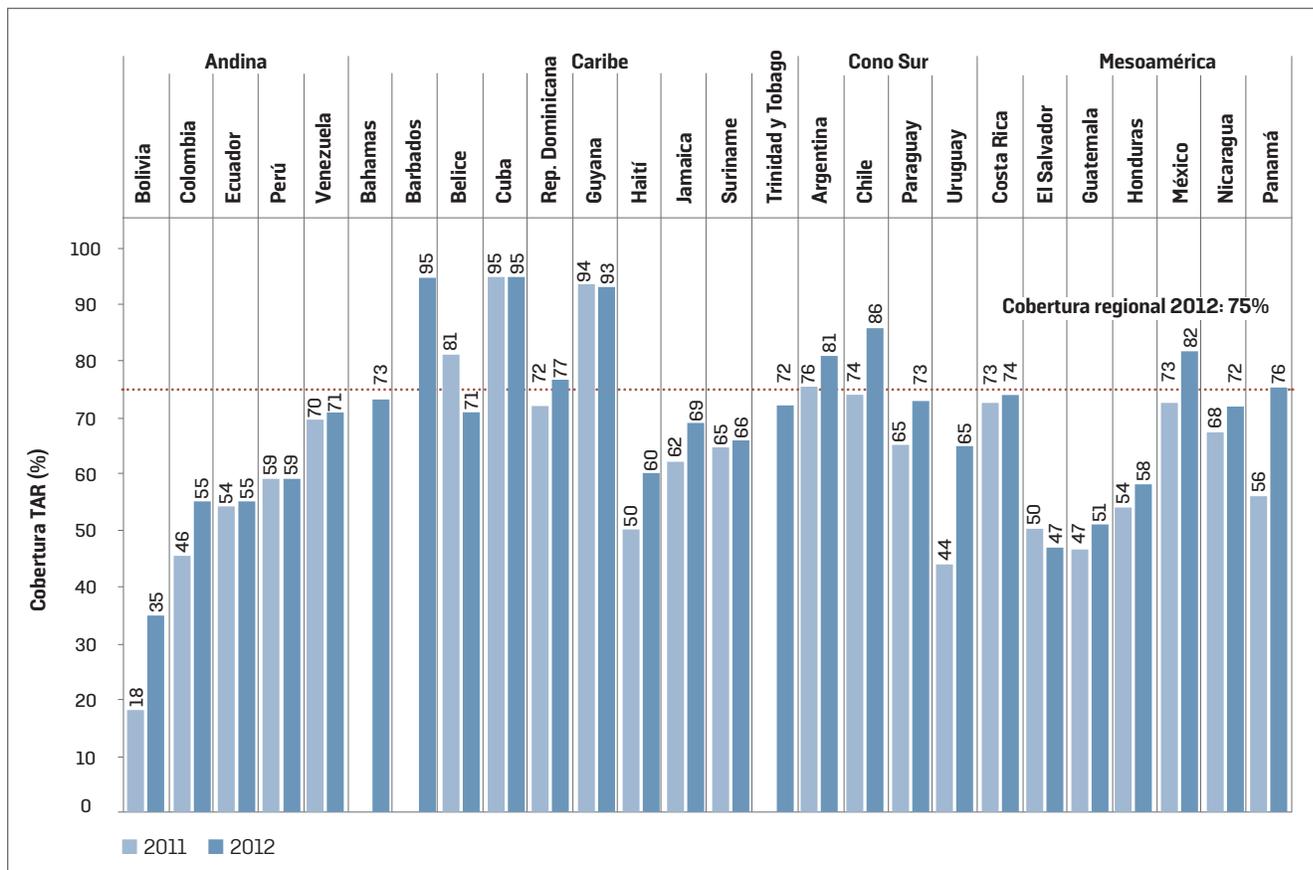
Las barras verticales reflejan los intervalos de incertidumbre.

La cobertura de tratamiento ARV por subregión es del 76% para América Latina y 71% para el Caribe. La cobertura de tratamiento por sexo para la región como un todo es 77% para hombres y 80% para mujeres, (basado en datos de 700 000 pacientes). Los países que alcanzaron el acceso universal al tratamiento en el 2012 fueron Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, Guyana y México (Figura 16 y Anexo 4). Once países más se encuentran cercanos a lograr el acceso universal (Bahamas, Belice, Costa Rica, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela).

La permanencia en tratamiento de los pacientes que inician TAR es uno de los elementos más importantes del éxito de un programa de tratamiento. A pesar de los avances en la cobertura del tratamiento antirretroviral, muchos pacientes comienzan su régimen con un recuento de CD4 muy bajo, con lo cual la mortalidad en los 6 meses siguientes al inicio del tratamiento es significativa y se refleja en las cifras de retención en tratamiento (29). La retención a los 12 meses de iniciar tratamiento varía entre los países de la región de 53% a 97% para 2012. Aunque hay diferencias entre países, no se observan patrones claros de retención a los 12 meses de TAR entre hombres y mujeres. En el Cuadro 13 figuran los países clasificados según el porcentaje de retención a los 12 meses de iniciar TAR, ya sea en la categoría suficiente, cuando es > 85% o baja, es decir, ≤ 85% (30).

Figura 16

Cobertura del tratamiento antirretroviral (%) en América Latina y el Caribe, por país, 2011 y 2012



Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2012-2013 y estimaciones de ONUSIDA sobre necesidades de tratamiento basado en umbral de CD4 de 350 células/mm³.

Nota: Las necesidades de cobertura se han calculado basadas en los criterios de punto de corte de CD4 de 350, según la Guía de Tratamiento Antirretroviral de la OMS de 2010.

Cuadro 13

Retención en tratamiento antirretroviral (%) a los 12 meses de inicio, América Latina y el Caribe, por país y por año, 2009 a 2012

Categoría de retención ^a	País	Retención en tratamiento antirretroviral (%) 12 meses después del inicio					
		Año					
		2009	2010	2011	2012		
					Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Retención suficiente > 85%	Anguila	86	ND	ND	ND	ND	ND
	Antigua y Barbuda	78	85	86	92	88	99
	Belice	76	76	89	ND	ND	ND
	Chile	94	94	94	97	ND	ND
	Costa Rica	94	97	ND	ND	ND	ND
	Cuba	94	94	93	95	94	99
	Dominica	100	ND	88	ND	ND	ND
	El Salvador	90	75	83	87	ND	ND
	Guatemala	83	88	87	86	85	87
	Honduras	79	76	84	88	84	87
	México	88	88	88	92	93	89
	Paraguay	85	82	81	87	ND	ND
	Perú	86	88	88	ND	ND	ND
	Saint Kitts y Nevis	100	ND	100	ND	ND	ND
	Trinidad y Tobago	86	93	83	92	92	91
	Venezuela	84	ND	95	94	ND	ND
Retención baja ≤ 85%	Argentina	ND	ND	ND	ND	ND	ND
	Bahamas	91	ND	71	53	56	49
	Barbados	89	90	95	83	75	89
	Bolivia	79	79	60	67	67	67
	Brasil	99	89	93	80	82	77
	Colombia	ND	ND	ND	53	54	51
	Ecuador	95	83	95	85	85	84
	Granada	60	100	52	ND	ND	ND
	Guyana	72	81	80	81	81	81
	Haití	ND	61	78	75	74	76
	Jamaica	92	86	76	74	74	74
	Nicaragua	67	70	71	74	75	71
	Panamá	77	77	ND	ND	ND	ND
	República Dominicana	83	81	82	ND	ND	ND
	San Vicente y las Granadinas	86	ND	70	75	68	85
	Santa Lucía	100	ND	77	81	91	70
	Suriname	62	68	66	67	64	74
	Uruguay	87	86	65	72	73	70

Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2010-13.

Notas: ^aLa clasificación en retención corresponde al último año con información disponible. Uruguay cambió en 2011 el método de cálculo de este indicador.

ND: no disponible

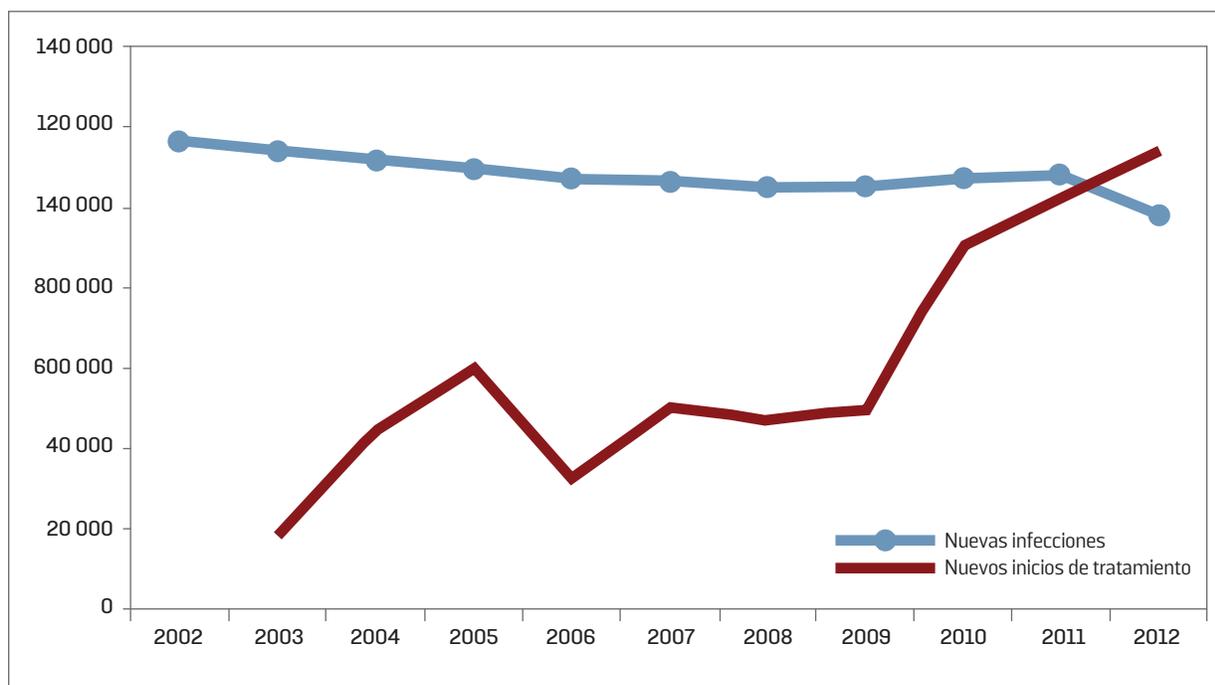
4.4.5 Medición de la efectividad del programa de tratamiento: la cascada de la atención del VIH

La expansión de las intervenciones de prevención combinadas del VIH que incluya la provisión de TAR puede lograr en última instancia una generación libre de VIH. Una forma de medir la marcha en ese sentido es mediante el llamado punto de inflexión programático o *tipping point*, que se calcula como la razón del número estimado de nuevas infecciones en un año dividido por el número de personas que inician tratamiento antirretroviral en ese mismo año.

Una razón de menos de 1 indica que hay una expansión amplia del TAR y una reducción de la infectividad. El punto de inflexión regional, basado en datos de 26 países, se alcanzó en 2011; en el 2012 se situó por debajo de 1 (con un valor de 0,9). Sin embargo, todavía hay países que deben reforzar la respuesta preventiva, incluida la ampliación del diagnóstico y su vinculación con la atención de los pacientes VIH positivos (Figura 17 y 18).

Figura 17

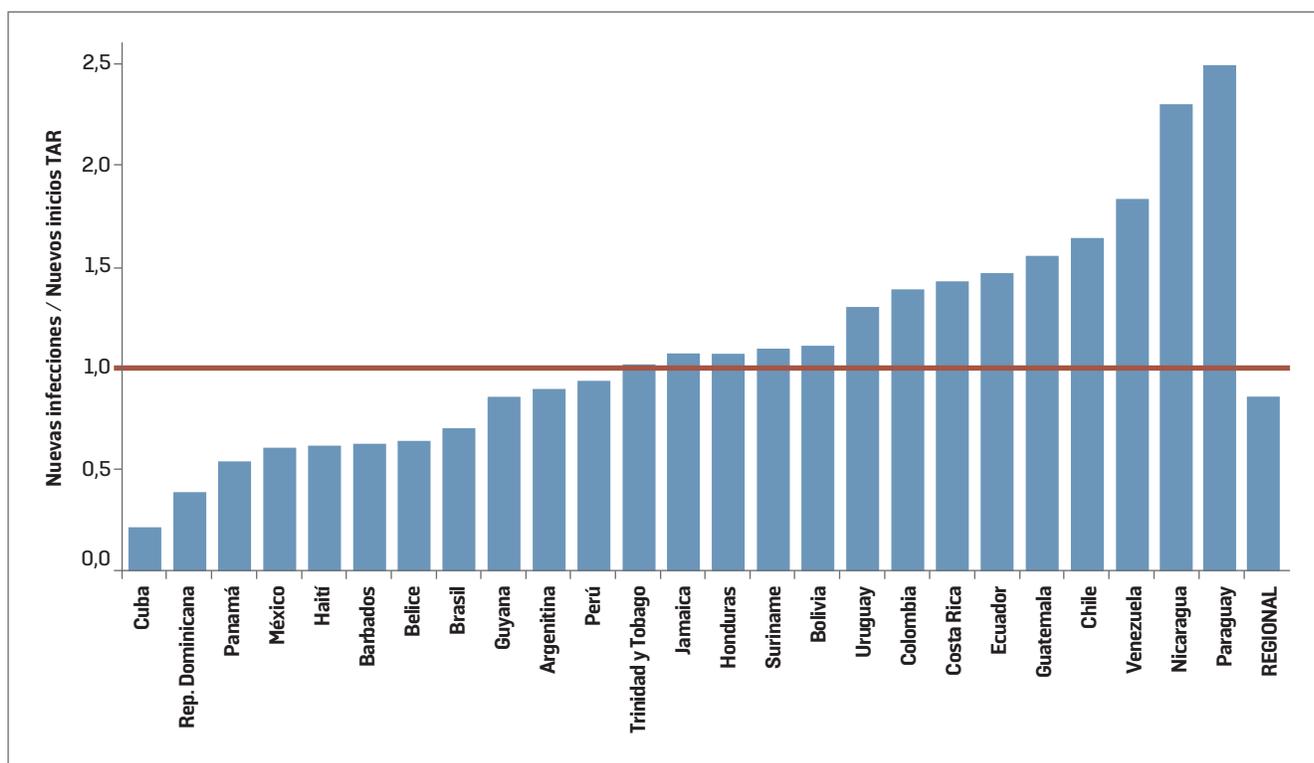
Punto de inflexión (*tipping point*) en la respuesta al VIH y el tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe, por año, 2002 a 2012



Fuente: Datos de nuevos inicios al tratamiento antirretroviral; OMS. Informes de país sobre progreso hacia el acceso universal, 2005-2012. Datos de nuevas infecciones: ONUSIDA. Estimaciones de nuevas infecciones. Ginebra, 2013.

Figura 18

Punto de inflexión programático en la respuesta de prevención del VIH: razón de nuevas infecciones de VIH entre pacientes que inician TAR, América Latina y el Caribe, por país, 2012



Fuente: Pacientes que inician TAR de los Informes de país del progreso hacia el acceso universal 2013 (OMS). Nuevas infecciones, ONUSIDA. Estimaciones de nuevas infecciones. Ginebra, 2013.

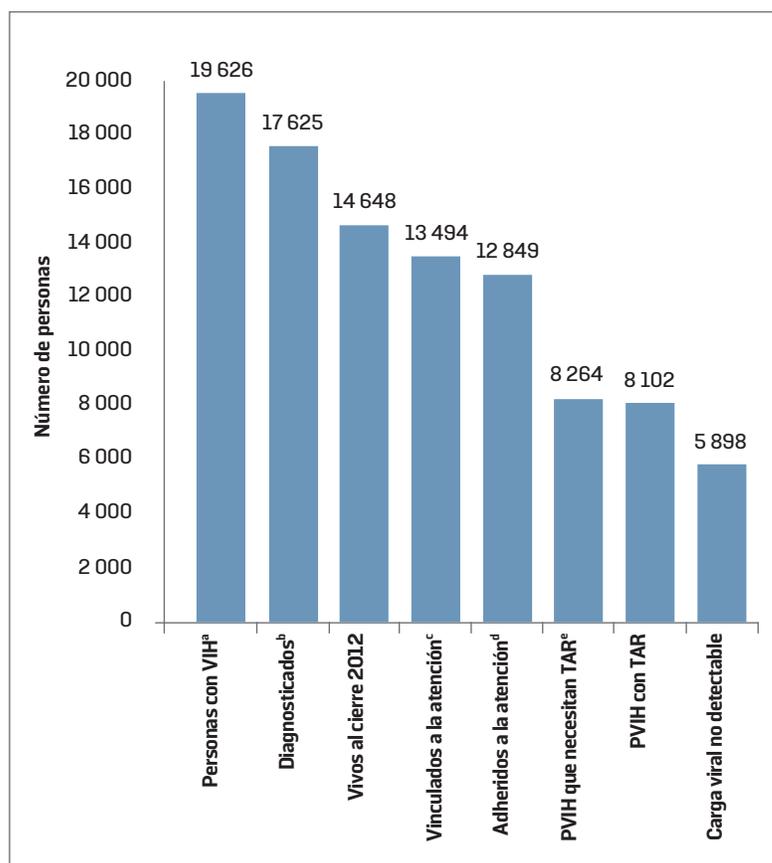
Medición de la cascada del continuo de la atención al VIH

El análisis de eventos centinela para evaluar el continuo de la atención del VIH ayuda a los programas de tratamiento antirretroviral a monitorear sus resultados. Con ese fin, en el ámbito internacional se ha definido un método de trabajo e indicadores relacionados con el continuo de atención que permiten determinar el número de pacientes que recibe cada uno de los servicios de atención y tratamiento y el resultado, medido por la reducción de la carga viral (31). En noviembre 2012, el método y sus indicadores fueron discutidos y aceptados por los

países como un valor añadido pertinente a la gestión de sus programas; asimismo, se estableció el compromiso de avanzar en su monitoreo. Los países de la región han empezado a avanzar en dichos análisis construyendo las cascadas nacionales del continuo de atención del VIH. Por ahora, pocos países han logrado construir toda la cascada de atención; entre ellos se destaca el análisis de Cuba basado enteramente en datos programáticos y de vigilancia (Figura 19). Otro ejemplo es Nicaragua, que combina cifras estimadas con base en modelos de la epidemia con datos programático (Figura 20).

Figura 19

La cascada de la atención del VIH en Cuba, 2013



Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba. Registro Informatizado de VIH/sida, 2013.

Notas:

^aNúmero de personas con VIH: estimado como la diferencia entre todos los diagnosticados y un porcentaje no diagnosticado, en función de la proporción diagnosticada tardíamente, que ha oscilado anualmente entre 10% y 15%.

^bDiagnosticados: todas las personas diagnosticadas entre 1986 y 2012.

^cVinculados a la atención: personas VIH positivas que reciben atención en cualquier nivel del sistema de salud.

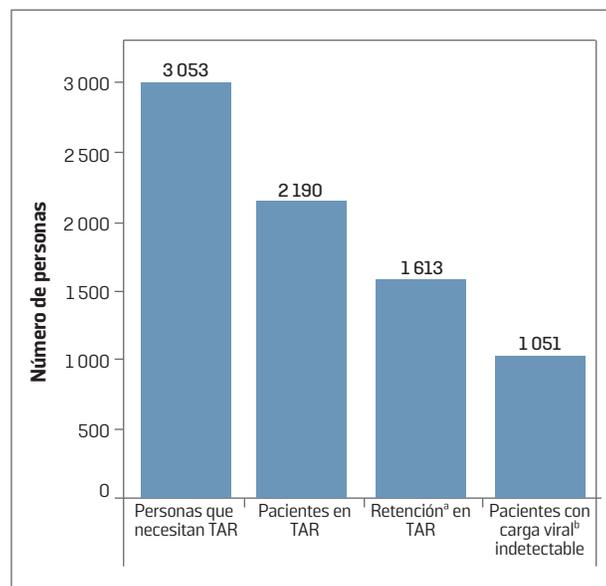
^dAdheridos a la atención: personas VIH positivas que asistieron al menos a una consulta de seguimiento en el año.

^eNecesitan TAR: personas VIH positivas que cumplen el criterio de 350 células/mm³.

En caso de que los países no cuenten con toda la información, pueden completar su cascada combinando las cifras estimadas de personas con VIH (basadas en modelos EPP/Spectrum) y los pacientes vivos y con diagnóstico de VIH (basado en datos de la vigilancia de casos de VIH actualizados con el estado vital) y los pacientes que están en atención (de datos del programa).

Figura 20

Ejemplo de construcción de la cascada de la atención al VIH en Nicaragua, 2012



Fuente: Para las personas que necesitan TAR, ONUSIDA. Estimaciones de necesidades de tratamiento. Ginebra, 2013; para los pacientes en TAR y retención en TAR, Informe de Nicaragua del progreso hacia el acceso universal 2013 (OMS); para los pacientes con carga viral indetectable, encuesta de antirretrovirales de la OMS, 2013

Notas: ^aLa columna referida a la retención se basa en los valores de retención a los 12 meses, por lo que el número de personas puede ser más alto que el que figura aquí.

^bLa carga viral se midió en 1 951 pacientes, de los cuales en 1 051 era indetectable.

Los programas nacionales deben priorizar este tipo de información estratégica para la gestión de sus programas. A la fecha, solo siete países cuentan con información sobre el porcentaje de pacientes en TAR con carga viral indetectable (según parámetros nacionales).

4.4.6 Coinfección por VIH y tuberculosis

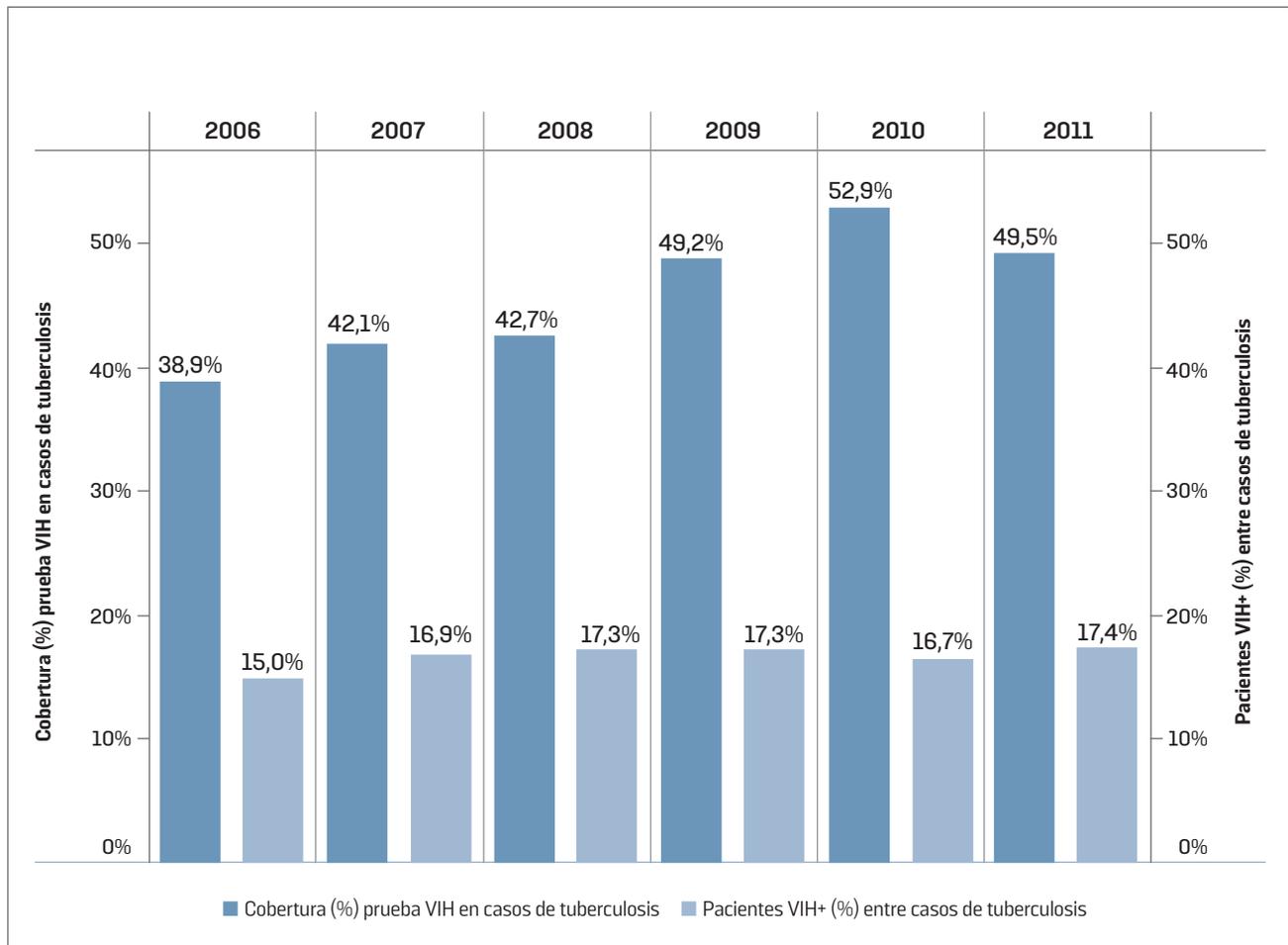
De acuerdo con los últimos datos informados, las actividades de colaboración entre los programas de TB y VIH están rezagadas. Del número total de casos de tuberculosis notificados en la región, la proporción de pacientes a quienes se les realiza la prueba de VIH aumentó de 39% en 2006 a 52% en 2010 y no tuvo cambios entre 2010 y 2011. Eso quiere decir que, para el 2011, unos 105 700 pacientes con tuberculosis no

se realizaron la prueba de detección del VIH (48% de los casos nuevos de tuberculosis notificados); por lo tanto, se estima que no se diagnosticaron unos 18 400 casos de infección concomitante por tuberculosis y VIH (Figura 21).

El Cuadro 14 muestra los países de acuerdo al porcentaje de pacientes con tuberculosis que se hicieron la prueba de detección del VIH y el porcentaje de positividad entre esos casos para 2011.

Figura 21

Cobertura regional de la prueba de VIH en pacientes con tuberculosis en América Latina y el Caribe y porcentaje de positividad, por año, 2006 a 2011



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Control 2012. Ginebra: OMS; 2012

Cuadro
14**Cobertura de la prueba de VIH en pacientes con tuberculosis y porcentaje de positividad, América Latina y el Caribe, 2011**

Subregión	País	Prueba de VIH a pacientes con tuberculosis (%)	Pacientes con tuberculosis y prueba VIH+ (%)
Caribe	Antigua y Barbuda	100,0	62,5
	Bahamas	100,0	28,6
	Bermuda	100,0	0,0
	Islas Caimán	100,0	0,0
	Granada	100,0	0,0
	Saint Kitts y Nevis	100,0	0,0
	Santa Lucía	100,0	14,3
	Sint Maarten	100,0	0,0
	Cuba	95,0	8,8
	San Vicente y las Granadinas	94,1	31,3
	Trinidad y Tobago	94,0	33,2
	Guyana	93,0	23,4
	Suriname	90,1	32,2
	Puerto Rico	90,0	20,0
	Belice	84,2	37,5
	Jamaica	81,5	17,0
	Haití	72,8	19,4
	Dominica	66,7	0,0
República Dominicana	56,8	25,5	
Islas Turcas y Caicos	10,0	0,0	
Cono Sur + Brasil	Uruguay	90,7	14,8
	Paraguay	59,6	11,4
	Brasil	58,3	19,5
	Chile	10,2	46,3
	Argentina	9,9	53,1
Mesoamérica	El Salvador	98,0	10,3
	Costa Rica	95,0	9,4
	Panamá	90,5	16,0
	Nicaragua ^a	75,2	2,3
	Honduras	69,6	11,3
	Guatemala	68,8	12,2
	México	51,6	18,7
Región Andina	Ecuador	100,0	10,8
	Venezuela	62,3	12,9
	Colombia	54,9	19,6
	Bolivia	47,1	3,4
	Perú	21,5	13,6

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Control 2012. Ginebra: OMS; 2012.

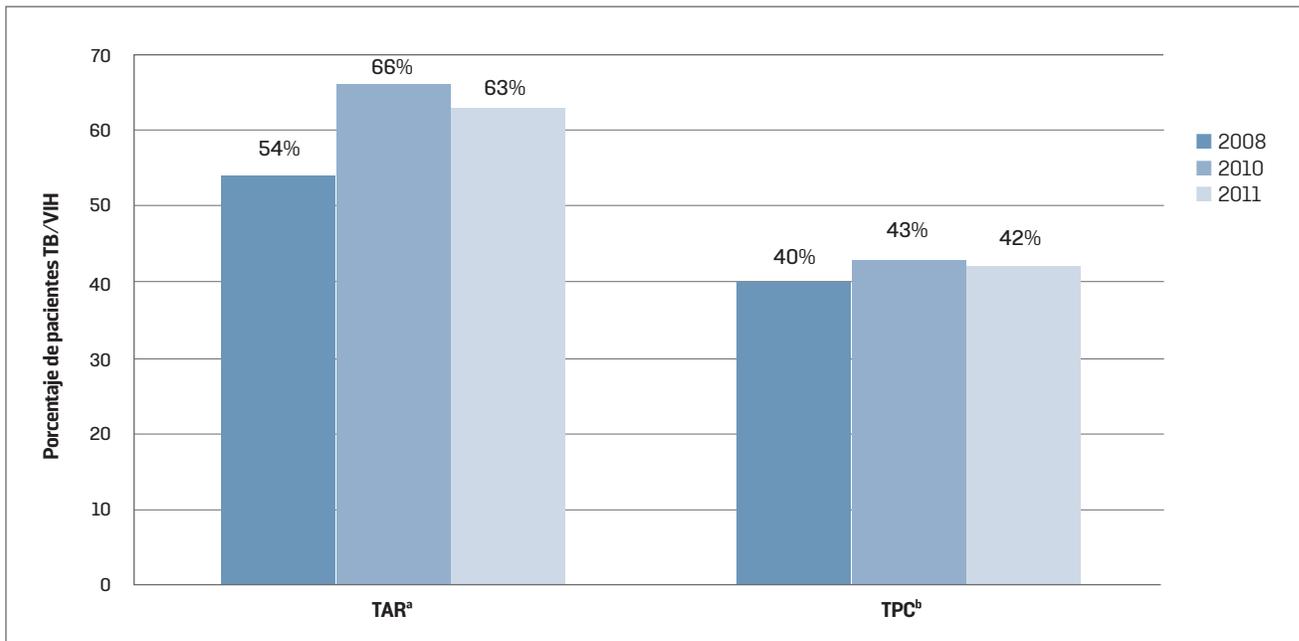
^aDatos de Nicaragua actualizados en septiembre de 2013 con la información provista por el Programa Nacional de VIH al Fondo Mundial.

La provisión de tratamiento antirretroviral a los pacientes con coinfección se mantiene, en promedio, alrededor de 61% entre los países que notificaron datos para 2008, 2010 y el 2011. Por lo tanto, eso significa que, en 2011, unos 7 700 (37%) casos con infección concomitante de tuberculosis y VIH notificados no se beneficiaron del TAR. El número de países que informaron sobre la provisión de TAR a pacientes con coinfección VIH/TB aumentó de 18 en 2006 a 25 en 2011 (de un total de 36 países). Por otra parte, la provisión de terapia preventiva con cotrimoxazol (TPC) ha mejorado, aunque no todos los países la notifican. En los países que sí la notifican, 42% de las personas con coinfección recibieron TPC, lo que significa que 12 166 (58%) pacientes TB/VIH no se beneficiaron de esta tratamiento preventivo en 2011 y que los valores se han mantenido estables a lo largo de los últimos años (Figura 22).

Para reducir la carga de enfermedad por tuberculosis en personas VIH positivas, se contemplan tres actividades, conocidas como Tres íes para TB/VIH, a cargo de los programas nacionales de VIH/SIDA: intensificar la búsqueda de casos de tuberculosis entre las personas VIH positivas, proporcionar tratamiento preventivo con isoniazida (TPI) a las que no tienen tuberculosis activa y aplicar medidas de control de infecciones en centros de TAR. Si bien se llevan a cabo actividades en estos rubros, no todas se informan. Por ejemplo, en 2011, solo seis países notificaron el descarte de tuberculosis activa en personas con VIH (2 653 personas) y solo tres informaron sobre la administración de TPI. Por otra parte, 17 informaron el número de trabajadores de la salud que se enfermaron de tuberculosis durante el 2011, que totalizó 1 470 casos de esa enfermedad, poniendo en evidencia las fallas en el control de infecciones.

Figura 22

Cobertura de provisión de TAR (%) y de TPC (%) a pacientes con coinfección TB/VIH, América Latina y el Caribe, 2008, 2010 y 2011



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Global Tuberculosis Control 2012. Ginebra: OMS; 2012.

Notas:

^aInformación de 19 países.

^bInformación de 11 países.

TPC: terapia preventiva con cotrimoxazol; TAR: tratamiento antirretroviral

4.5. Participación comunitaria

Desde los primeros años de la epidemia del sida, la sociedad civil¹⁴ ha desempeñado una función importante, tanto en la abogacía para que los gobiernos cumplan sus compromisos relacionados con la respuesta a la epidemia, como para contribuir al desarrollo de abordajes innovadores para proveer servicios y mejorar el acceso a ellos y empoderar a los grupos más afectados por la epidemia. En la reunión sobre Tratamiento 2.0 en América Latina realizada en Buenos Aires en 2012, la sociedad civil definió su función en tres temas fundamentales: a) denuncia social; b) veeduría y c) provisión de servicios de consejería de pares, especialmente en relación a la adhesión al tratamiento y el alcance a comunidades más expuestas. Se determinó que esas funciones deben situarse en un marco de cooperación que implique no solo la coordinación, sino también la sustentabilidad financiera.

La participación comunitaria en la provisión de servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del VIH es irregular y su financiación es muy dependiente del apoyo externo.

En 2013, la OPS y el GCTH elaboraron una encuesta dirigida a organizaciones de la sociedad civil en países de América Latina y el Caribe, en la cual se indagaba sobre su participación en servicios de consejería y pruebas de detección y tratamiento ARV. Se recibieron respuestas de organizaciones de 18 países de la región (Anexo 3). De los resultados de la encuesta se sabe que la participación comunitaria en la provisión de servicios relacionados con el diagnóstico y tratamiento del VIH es irregular (no es universal en los países) y es muy vulnerable desde el punto de vista financiero (Cuadro 15).

¹⁴ La respuesta de la comunidad a la epidemia del VIH incluye una multitud de acciones a nivel local, nacional y regional. Algunas respuestas se han iniciado dentro de la comunidad, mientras que otras han sido introducidas y apoyadas financieramente por una variedad de actores externos, entre los que se destaca el Fondo Mundial. Las respuestas han sido informales, impulsadas por la necesidad u organizadas de manera más formal con una misión escrita, recursos humanos, etc. Tanto las organizaciones de base comunitaria formales como informales caen bajo el marco general de la denominada sociedad civil.

Cuadro 15

Participación de la sociedad civil en centros de prueba y consejería y en centros de atención y tratamiento, América Latina y el Caribe, 2013

Participación de la sociedad civil en los centros de prueba y consejería de VIH	Número/total que responden (%)
Países con participación en los centros de prueba y consejería de VIH	14 / 18 países (78)
Cobertura nacional de la participación comunitaria en centros de prueba y consejería de VIH	
<30% centros	7/12 (58)
30-60% centros	5/12 (42)
Financiación de la participación comunitaria en centros prueba y consejería de VIH	
-Por donantes	10 /14 (71)
-Sin financiación: voluntarios	7 / 14 (50)
-Presupuesto nacional	6/14 (43)
Presencia de normativa o directiva nacional	4/11 (36)
Participación de la sociedad civil en los centros de TAR	Número/total que responde (%)
Países con participación en los centros de TAR (como apoyo de pares de personas que viven con VIH)	14/18 (78)
Cobertura nacional de la participación comunitaria en centros TAR	
<30% centros	5/13 (38)
30-60% de los centros	7/13 (54)
>60%	1/13 (8)
Financiación de la participación comunitaria en centros TAR	
-Por donantes	12/14 (86)
-Sin financiación: voluntarios	8/14 (57)
-Presupuesto nacional	5/14 (36)
Presencia de normativa o directiva nacional	7/14 (50)

Fuente: Encuesta de GCTH y OPS a redes de sociedad civil en los países, 2013.

Este es el segundo informe sobre tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe que presenta un análisis de salud pública en el marco del compromiso de expansión y sostenibilidad del tratamiento antirretroviral. Constituye un instrumento importante para promover el diálogo entre socios clave en los países y apoyar el avance conjunto hacia el cumplimiento de los compromisos contraídos con las metas de cero nuevas infecciones y cero muertes por VIH.

Aspectos salientes del informe

- Este segundo informe de análisis de salud pública se afianza como bien público regional y acoge la participación de socios como el Grupo Técnico de Cooperación Horizontal y redes de la sociedad civil.
- Se documenta el progreso en América Latina y el Caribe en cuanto a la expansión y sostenibilidad del tratamiento ARV, con una mirada a la innovación (Cuadro 16). Cuatro países de América Latina y 3 del Caribe han alcanzado acceso universal al tratamiento. Y 9 países, 4 de América Latina y 5 del Caribe, están cerca de alcanzarlo.
- En relación a la sostenibilidad, se constata un mayor compromiso político que produce una tendencia favorable a aumentar la inversión de fondos nacionales en ARV y una reducción en la dependencia de financiación internacional para el tratamiento.
- Se han realizado esfuerzos y trabajo sistemático dirigidos a temas críticos que han dado impulso a los resultados regionales, como los siguientes:
 - Reuniones regionales y subregionales temáticas sobre asuntos prioritarios, como la Consulta Regional en Desabastecimientos en República Dominicana, 2011; la Reunión de Consenso sobre Prueba y Consejería del VIH en Sur América; la Reunión sobre Prueba y Consejería del VIH en Centro América y el Caribe en Panamá; la Reunión de Tratamiento 2.0 en Sur América en Buenos Aires; la Consulta Regional en Información Estratégica en América Latina y el Caribe en Panamá, todas en 2012 y la reunión en Suriname sobre expansión y sostenibilidad de la respuesta al VIH en el Caribe en 2013.

- Misiones conjuntas sobre Tratamiento 2.0 a siete países, además de las cinco que están planificadas para fines de 2013.
- Diálogo con y entre grupos de la sociedad civil, tanto presenciales como virtuales, por ejemplo, el que se mantuvo durante la Conferencia Internacional del Sida en Washington DC, en 2012 y las mantenidas por grupos de la sociedad civil en los países (por ejemplo, en Bolivia y Guatemala).
- En estos dos años, se observa que la perspectiva de salud pública del tratamiento antirretroviral se ha fortalecido.
- Los nuevos lineamientos de la OMS empiezan a ser aplicados en América Latina y el Caribe. Ya varios países habían empezado a interpretar y aplicar dichas recomendaciones de forma adelantada. En esas directrices se traduce la evidencia científica a recomendaciones políticas y prácticas en relación con el TAR.
- La encuesta del GCTH sobre costo de los ARV proporciona información estratégica, de manera transparente, para que se pueda mejorar la eficiencia de las compras de ARV.
- Varios países ya cuentan con normas que incluyen la participación comunitaria en la provisión de servicios de atención y tratamiento. Sin embargo, en los casos en que existen estos servicios, su cobertura es limitada y su financiación proviene en su mayoría de fondos externos (principalmente del Fondo Mundial para el Sida, la Tuberculosis y la Malaria). Por lo tanto, la eficacia y sostenibilidad de este trabajo peligran.

Limitaciones del informe

Estas surgen principalmente de la calidad de los datos o de los indicadores empleados. Persisten algunos problemas relacionados con la definición de indicadores (por ejemplo, la definición de tratamiento de segunda línea y tasa de cambio de primera a segunda línea) o en algunos casos la limitada representatividad de los datos. En casos de incapacidad de medir algunas cuestiones de forma directa, se han utilizado datos sustitutos ("indicadores proxy"), por ejemplo, el porcentaje de diagnóstico tardío o razón de monitoreo de la carga viral. A pesar de estas limitaciones, el monitoreo regional de estos aspectos clave es útil para mejorar la calidad de la información a la vez que se observa la marcha de la respuesta. Otras limitaciones surgen de la falta de información en algunos temas pertinentes; se destaca, por ejemplo, la falta de datos sobre el acceso y cobertura de servicios para poblaciones clave (cobertura de TAR en HSH, mujeres transgénero o trabajadores sexuales VIH+ y con criterios de tratamiento).

¿Hacia dónde va la Región en la atención y tratamiento del VIH?

La región ha hecho grandes progresos en la expansión del tratamiento ARV y se encuentra cerca al cierre de las brechas de cobertura universal al tratamiento. Queda, sin embargo, por plantearse si la región está aprovechando al máximo los beneficios que ofrece el tratamiento ARV. En concreto, ¿por qué el impacto en la reducción de las nuevas infecciones no es más sobresaliente?, y ¿podemos lograr un mayor impacto en la reducción de la mortalidad por VIH?

Para que ALC pueda llegar al fin de la epidemia de VIH debe abordar todavía retos implícitos en la expansión del tratamiento. El primero, y más acuciante, es lograr un acceso más temprano al diagnóstico del VIH y acceso a la atención oportuna. Para ello se deben incrementar los esfuerzos para ampliar la oferta de pruebas y consejería del VIH y usar estrategias apropiadas para llegar a las diferentes poblaciones. Por ello el trabajo debe ser en varias áreas: simplificar el diagnóstico, aplicar estrategias que acerquen la prueba a la población, normalizar la prueba del VIH y asegurar la vinculación efectiva a la atención. El segundo reto es lograr una atención de calidad que maximice la retención en TAR y reducción de la carga viral a niveles indetectables para todos los pacientes. El acercamiento de los servicios a la población, la participación comunitaria, el monitoreo virológico y el uso de ARV eficaces, en dosis fijas y con un mínimo de toxicidad son elementos clave que deben ser abordados para el logro de esta atención de calidad. Abordando estas brechas y expandiendo el TAR, la región puede visualizar el logro de las metas de cero nuevas infecciones y cero muertes por VIH.

Cuadro 16

Resumen de resultados del informe regional de tratamiento 2013 comparado con el de 2010

Marco de análisis informe regional 2013	Resultados comparativos de datos del 2010 y 2012
Porcentaje del gasto en tratamiento antirretroviral financiado por fondos externos	Progreso hacia menor dependencia financiamiento externo. Todavía 10 países, 8 de ellos del Caribe, y con alta carga de enfermedad—como Haití y República Dominicana— presentan alta dependencia a la financiación externa del TAR.
Costo de esquemas de ARV prioritarios	Alta variabilidad del costo de los esquemas entre países.
Adhesión a recomendaciones de la OMS (para tratamiento de 1.ª y 2.ª línea)	Progreso en la adhesión a los esquemas de tratamiento recomendados por la OMS: 78% de los adultos en 1ª línea de tratamiento y 39% en segunda línea están en esquemas recomendados por la OMS.
Situación de las guías nacionales de tratamiento: año de última actualización y criterios de inicio del TAR	Países en proceso de revisión de sus directrices para mayor alineación con las directrices de la OMS.
Número de esquemas de ARV de 1.ª y 2.ª línea	Todavía múltiples esquemas en uso. Diez países han reducido el número de esquemas, pero el progreso del 2010 al 2012 es pequeño. Concentración de pacientes en un número reducido de esquemas.
Porcentaje de pacientes que reciben medicamentos obsoletos o no apropiados	Reducción número y porcentaje de pacientes con ARV inapropiados/obsoletos.
Episodios de ruptura del abastecimiento de ARV	Reducción del porcentaje de establecimientos con ruptura de abastecimiento, aunque persiste como problema clave en la región.
Cobertura del TAR	Aumento del número de personas en TAR y la cobertura ARV de 2010 al 2012. Siete países alcanzan cobertura universal del TAR (Argentina, Barbados, Brasil, Chile, Cuba, Guyana y México) y once están cerca (Bahamas, Belice, Costa Rica, Jamaica, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Trinidad y Tobago y Venezuela).
Retención a los 12 meses	Igual
Porcentaje de pacientes en 1.ª, 2.ª y 3.ª línea	Igual
Intensidad de monitoreo virológico: número de exámenes de carga viral por paciente en TAR por año	Mejoría, aunque todavía subóptimo.
Número de pruebas anuales de detección del VIH por 1 000 habitantes, en mayores de 15 años de edad.	2.ª región de países de medianos y bajos ingresos con mayor número de personas (>15 años) con prueba de VIH en el 2012. Sin embargo, una mayor expansión de la prueba y consejería del VIH es crítica para aprovechar los beneficios que surgen de la aplicación de las nuevas recomendaciones de la OMS sobre TAR en 2013.
Porcentaje de prueba en pacientes con tuberculosis y embarazadas	Estabilización. Alta cobertura en algunos países, pero valores regionales bajos y aumento lento.
Porcentaje de pacientes que llegan a la atención con CD4 basal <200 cél./mm ³ . (Datos de programas nacionales y, en su ausencia, de artículos publicados.)	Acceso a diagnóstico temprano subóptimo, aunque hay una mejoría en la disponibilidad de información a partir de datos rutinarios de los programas nacionales.
Porcentaje de pacientes con carga viral indetectable	Información escasa (solo siete países aportaron datos).
Participación comunitaria en el trabajo de pares en los centros de prueba y de TAR	Participación irregular, con cobertura limitada y vulnerable desde el punto de vista financiero.

6. Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: Un análisis de Salud Pública en Latinoamérica y el Caribe 2012. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2012.
2. World Health Organization. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. In: World Health Organization., editor. Geneva: World Health Organization; 2013.
3. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365(6): 493-505
4. Médecins Sans Frontières. Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions: Médecins Sans Frontières.; 2013.
5. Médecins Sans Frontières. Untangling the Web of Antiretroviral Price Reductions. In: Médecins Sans Frontières., editor. 15th ed; 2012.
6. Arán-Matero D, Amico P, Arán-Fernández C, Gobet B, Izazola-Licea JA, Avila-Figueroa C. Levels of spending and resource allocation to HIV programs and services in Latin America and the Caribbean. *PLoS One* 2011; 6(7): e22373.
7. ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2012.; 2013.
8. World Health Organization. Dept. of Essential Drugs and Medicines Policy. Equitable access to essential medicines : a framework for collective action. Geneva: World Health Organization; 2004.
9. Wirtz VJ, Santa-Ana-Tellez Y, Trout CH, Kaplan WA. Allocating scarce financial resources for HIV treatment: benchmarking prices of antiretroviral medicines in Latin America. *Health Policy Plan* 2012.
10. Hirschall G, Schwartländer B. Treatment 2.0: catalysing the next phase of scale-up. *Lancet* 2011; 378(9787): 209-11.
11. Hirschall G, de Joncheere C. Generic antiretroviral therapy is safe and effective. Online commentary responding to *Annals of Internal Medicine* article: Economic Savings Versus Health Losses: The Cost-Effectiveness of Generic Antiretroviral Therapy in the United States.; 2013.
12. Health MSf. MDS-3: Managing Access to Medicines and Health Technologies. Arlington, VA: Management Sciences for Health; 2012.
13. Huff-Rousselle M. The logical underpinnings and benefits of pooled pharmaceutical procurement: a pragmatic role for our public institutions? *Soc Sci Med* 2012; 75(9): 1572-80.
14. Sued O, Schreiber C, Girón N, Ghidinelli M. HIV drug and supply stock-outs in Latin America. *Lancet Infect Dis* 2011; 11(11): 810-1.
15. Pasquet A, Messou E, Gabillard D, et al. Impact of drug stock-outs on death and retention to care among HIV-infected patients on combination antiretroviral therapy in Abidjan, Côte d'Ivoire. *PLoS One* 2010; 5(10): e13414.
16. Oyugi JH, Byakika-Tusiime J, Ragland K, et al. Treatment interruptions predict resistance in HIV-positive individuals purchasing fixed-dose combination antiretroviral therapy in Kampala, Uganda. *AIDS* 2007; 21(8): 965-71.
17. García de Olalla P, Knobel H, Carmona A, Guelar A, López-Colomé JL, Caylà JA. Impact of adherence and highly active antiretroviral therapy on survival in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002; 30(1): 105-10.
18. Palar K, Martin A, Oropeza Camacho ML, Derose KP. Livelihood experiences and adherence to HIV antiretroviral therapy among participants in a food assistance pilot in Bolivia: a qualitative study. *PLoS One* 2013; 8(4): e61935.
19. Okie S. Fighting HIV--lessons from Brazil. *N Engl J Med* 2006; 354(19): 1977-81

20. Cabello Chávez R. Iniciativas en América Latina para promover la prueba de VIH. Acción en SIDA. 2007.
21. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Buenos Aires: Dirección de sida y Enfermedades de Transmisión sexual; 2011.
22. Protto JP, Schaaf D, Suárez MF, Darras C. Epidemiological environment and response to the HIV epidemic in Bolivia. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 23(4): 288-94.
23. Vargas C, Boza R. Condición inmunológica de los pacientes portadores de VIH/Sida en el momento de su diagnóstico en el Hospital San Juan de Dios. *Acta méd costarric* 2012; 54(3): 6.
24. Noel E, Esperance M, McLaughlin M, et al. Attrition from HIV testing to antiretroviral therapy initiation among patients newly diagnosed with HIV in Haiti. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013; 62(3): e61-9.
25. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Shepherd B, et al. Cross-sectional analysis of late HAART initiation in Latin America and the Caribbean: late testers and late presenters. *PLoS One* 2011; 6(5): e20272.
26. Soyer-Labastide S. Circumstances that led to a diagnostic HIV test in a Caribbean Island. In: MOPEO477 TaTAn, editor. Trinidad and Tobago: Medical Research Foundation.
27. Cabrera S, Coteló A, Antelo V, et al. Late diagnosis of HIV infection in Uruguay. 2007-2009. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Roma; 2011. Abstract no. CDB028.
28. Vicentelli R, Llovera V, Ovalles R, Pérez-Ibarra L. Inmunofenotipificación basal en personas diagnosticadas con VIH-1 en una unidad regional de inmunología (URIC), Venezuela, 2004-2006. *Revista Soc Venezolana de Microbiología* 2008: 4.
29. Yiannoutsos CT, Johnson LF, Boule A, et al. Estimated mortality of adult HIV-infected patients starting treatment with combination antiretroviral therapy. *Sex Transm Infect* 2012; 88 Suppl 2: i33-43.
30. Organización Mundial de la Salud. World Health Organization global strategy for the surveillance and monitoring of HIV drug resistance: an update. Ginebra: OMS; 2012.
31. Gardner EM, McLees MP, Steiner JF, Del Rio C, Burman WJ. The spectrum of engagement in HIV care and its relevance to test-and-treat strategies for prevention of HIV infection. *Clin Infect Dis* 2011; 52(6): 793-800.

ANEXO 1. Fondo Estratégico de la OPS y medicamentos antirretrovirales

El Fondo Estratégico (FE) de la OPS/OMS, también conocido como el Fondo Rotatorio Regional para Suministros Estratégicos de Salud Pública, está a la disposición de los países como mecanismo de adquisición regional para mejorar la disponibilidad y acceso a medicamentos y otros insumos. Todos los ARV recomendados por la OMS de primera línea (incluido los esquemas preferentes en combinación de dosis fija) y de segunda línea, se pueden adquirir por medio del FE. Los insumos para el diagnóstico de la infección por VIH también se pueden adquirir por el FE.

De los 24 Estados Miembros que han firmado acuerdos con el Fondo, 10 han realizado compras de ARV mediante ese mecanismo en los últimos años. Actualmente,

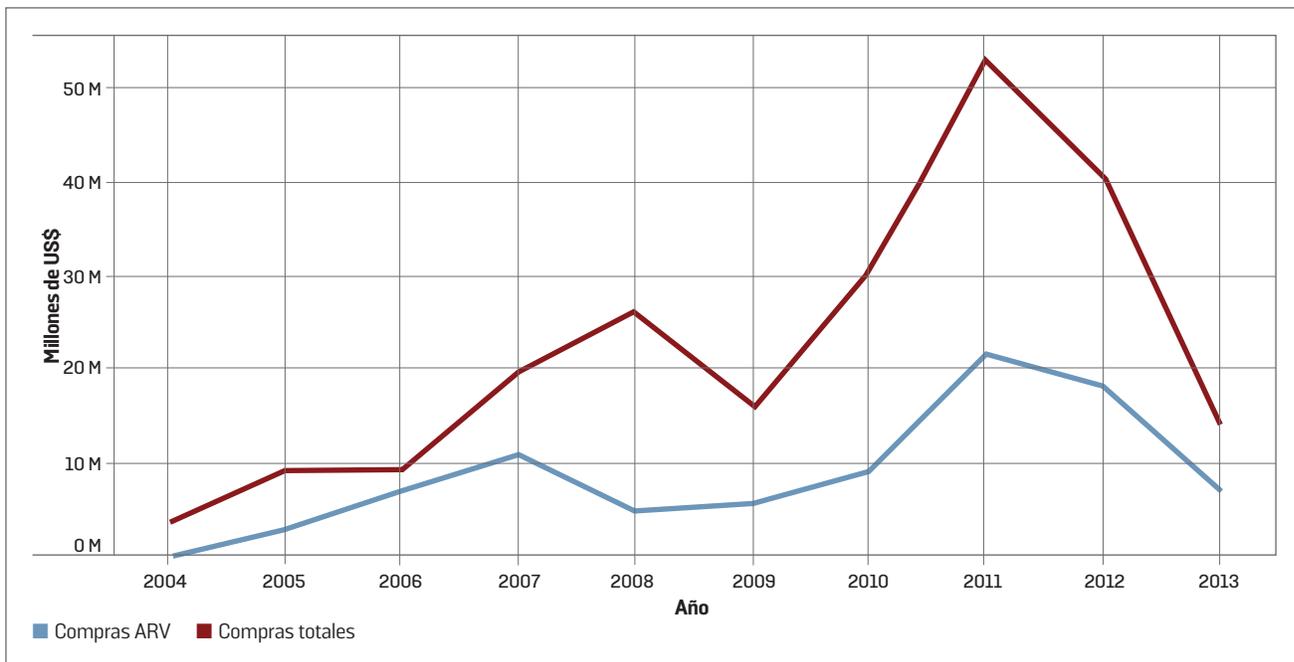
las compras de ARV constituyen aproximadamente 50% del total de compras que realiza el FE. Aunque las compras de ARV varían mucho de año en año, sí se observa un incremento a lo largo del tiempo (Figura 1). La adquisición de antirretrovirales por medio del FE, en US\$, aumentó más de 1 500 veces entre 2004 y 2012 y casi 4 veces de 2008 a 2012.

Capitalización del Fondo Estratégico

El FE ha creado una cuenta de capitalización que permite a los países adquirir antirretrovirales y otros insumos en situaciones de emergencia, por ejemplo, en casos de rupturas de las existencias. El Fondo puede ser utilizado por los países participantes que experimenten dificultades financieras, con el fin de prevenir la escasez de suministros. En estas situaciones el FE puede adelantar los recursos para comprar los

Figura 1

Compras (total y de ARV), en US\$, por medio del Fondo Estratégico de la OPS, por año, 2004 a 2013



insumos y evitar el desabastecimiento. La cuenta se capitaliza mediante la asignación de 3% del costo total de los productos adquiridos por los países participantes. Por lo tanto, mientras más países realicen sus compras a través del Fondo, más aumentará su poder adquisitivo. La cuenta de capitalización se ha utilizado con éxito para prevenir el desabastecimiento de ARV en varios países, como Brasil, El Salvador y Guatemala.

Precios de ARV y los acuerdos de largo plazo

El Fondo Estratégico, en coordinación con el departamento de compras y suministros de la OPS, ha logrado acuerdos a largo plazo con fabricantes de ARV genéricos precalificados que aseguran el suministro de determinados medicamentos a un precio fijo para el periodo del contrato, que suele ser de 12 meses. Los precios de los ARV negociados por el FE/OPS han disminuido en los últimos años y están llegando a ser muy competitivos en comparación con los precios de referencia internacional, a continuación se presentan los precios obtenidos para el año 2013 (Cuadro 1).

Cuadro 1

Acuerdos de largo plazo para productos antirretrovirales

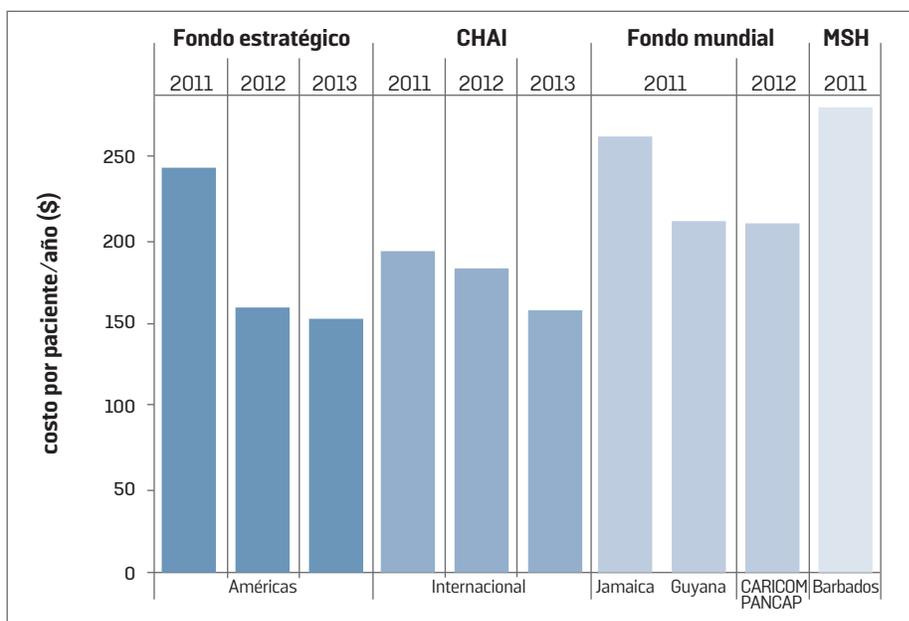
Acuerdo a largo plazo: Productos antirretrovirales				
Periodo de validación del precio unitario				15 mayo a 31 diciembre 2013
Item	Producto	Presentación ofertada	Unidad	Precio unitario (FCA)USD\$
1	ABACAVIR 20 MG/ML SUSP BOTE 240 ML	BOTE/ 240 ML	BOTE	7,10
2	ABACAVIR 300 MG TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	11,23
3	ABACAVIR 600 MG + LAMIVUDINA 300 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	13,49
4	ATAZANAVIR 300 MG, CÁPSULAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	15,00
5	EFAVIRENZ 200 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	1,50
6	EFAVIRENZ 50 MG, CÁPSULAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	2,08
7	EFAVIRENZ 600 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	3,19
8	EFAVIRENZ 600 MG + LAMIVUDINA 300 MG + TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	11,00
9	EFAVIRENZ 600 MG + EMTRICITABINE 200 MG + TENOFOVIR 300 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	12,48
10	EMTRICITABINE 200 MG + TENOFOVIR 300 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	5,91
11	LAMIVUDINA 150 MG + NEVIRAPINE 200 MG + ZIDOVUDINA 300 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	8,11
12	LAMIVUDINA 150 MG + ZIDOVUDINA 300 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	6,10
13	LAMIVUDINA 300 MG + TENOFOVIR 300 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	4,60
14	LAMIVUDINA 30 MG + ZIDOVUDINA 60 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	1,98
15	LAMIVUDINA 10 MG/ML SUSP BOTE/240 ML	BOTE/ 240 ML	BOTE	1,50
16	LAMIVUDINA 150 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	1,80
17	LOPINAVIR 200 MG + RITONAVIR 50 MG, TABLETAS	BOTE/120 TABLETAS	BOTE	20,00
18	LOPINAVIR 100 MG + RITONAVIR 25 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	8,50
19	NEVIRAPINE 200 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	2,16
20	NEVIRAPINE SUSP 10 MG/ML, BOTE 240 ML	BOTE/ 240 ML	BOTE	1,95
21	RITONAVIR 100 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	7,28
22	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 300 MG, TABLETAS	BOTE/30 TABLETAS	BOTE	3,58
23	ZIDOVUDINA 300 MG, TABLETAS	BOTE/60 TABLETAS	BOTE	5,25
24	ZIDOVUDINA 100 MG, CÁPSULAS	BOTE/100 CÁPSULAS	BOTE	4,50
25	ZIDOVUDINA 10 MG/ML, BOTE/240 ML	BOTE/ 240 ML	BOTE	2,10

En concreto, en 2013, los precios de los principales ARV se encuentran por debajo del precio de los de la Iniciativa VIH/SIDA de la Fundación Clinton, excepto en el caso de TDF/3TC/EFV, que es 2% más caro. Todos los productos negociados en los acuerdos de largo plazo son genéricos y pueden estar sujetos a protección de patentes u otras restricciones para su comercialización en los países.

En la Figura 2 se muestra la reducción de precios obtenida en la compra de la presentación farmacéutica a dosis fijas del medicamento TDF/3TC/EFV que actualmente se adquiere a través del FE a \$132/año por tratamiento.

Figura 2

Comparación de precios del Fondo Estratégico de la OPS con precios de referencia internacional y regional para TDF/FTC/EFV^a (2011-2013)



Fuente: Precios de referencia de medicamentos antirretrovirales obtenidos del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud. Precios de medicamentos antirretrovirales.

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1042%3Aproduct-list-and-reference-prices-&catid=1159%3Astrategicfund&Itemid=986&lang=es

Clinton Health Access Initiative (CHAI). Antiretroviral Ceiling Price List. 2011, 2012, 2013. Último acceso 25 de octubre del 2013.

<http://www.clintonhealthaccess.org/news-and-information/press-releases>.

The Global Fund To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria. Price and Quality Reporting. Último acceso 25 de octubre del 2013

<http://bi.theglobalfund.org/analytics/saw.dll?Dashboard>

Management Sciences for Health (MSH). La Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos. Edición 2012, MSH, 2013. Último acceso 25 de octubre del 2013

<http://erc.msh.org/mainpage.cfm?file=1.0.htm&id=6119&temptitle=Introduction&module=dmp&language=spanish>

Notas: Para el Fondo Mundial y MSH solo se muestran transacciones realizadas por países de la región de América Latina y el Caribe. Los precios del Fondo Mundial corresponden al precio pagado más reciente. Los precios para Jamaica y CARICOM/PANCAP incluyen el costo de transporte; para Guyana se desconoce si están incluidos; para Barbados, se incluyen gastos de transporte y seguro hasta el puerto de destino.

a TDF: tenofovir; FTC: emtricitabina; EFV: efavirenz; CARICOM: Comunidad del Caribe; PANCAP: Pan Caribbean Partnership against HIV and AIDS.

Otros insumos para diagnóstico y seguimiento al tratamiento ARV

Con el objetivo de aumentar el acceso de los países a las pruebas de diagnóstico para el VIH y para otras enfermedades de transmisión sexual, el Fondo Estratégico actualizó recientemente la lista de pruebas rápidas de VIH. En la actualidad cuatro países de la región han iniciado la adquisición de pruebas rápidas y se está evaluando la incorporación de pruebas rápidas para sífilis e insumos para medición de carga viral y CD4.

Cooperación técnica del Fondo Estratégico

En la gestión de adquisiciones, el Fondo Estratégico, en coordinación con la Unidad de Gestión de Compras y Suministros de la OPS, atendió en 2012 solicitudes de estimación de precios y compra de ARV de nueve países de la región: Brasil, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela.

El Fondo Estratégico se ha integrado a las misiones conjuntas realizadas a los países por el Programa Regional de VIH de la OPS para la implementación de la Iniciativa del Tratamiento 2.0, por ejemplo a Argentina, El Salvador, Honduras y República Dominicana. En estos países se han iniciado acciones concretas para la optimización de la terapia anti-retroviral de acuerdo a las recomendaciones de la OMS; como la inclusión y adquisición de los esquemas de ARV a dosis fijas, la revisión de los procesos de planificación y programación de necesidades de nuevos medicamentos y pruebas de laboratorio y el apoyo al fortalecimiento de la gestión del suministro de medicamentos e insumos.

Se ha desarrollado también una herramienta para el monitoreo del suministro de los ARV, incluida en la Plataforma Regional de acceso e innovación a las Tecnologías en Salud y utilizada en algunos países centroamericanos para apoyar la gestión del suministro de ARVs.

Para obtener más información sobre la cooperación técnica que brinda el FE, procedimientos, lista de medicamentos e insumos, listas de precios e información adicional, se puede visitar la página web del Fondo Estratégico en el enlace www.paho.org/fondoestrategico (Cuadro 2).

Cuadro 2

Lista de pruebas rápidas para el diagnóstico de VIH disponibles en el Fondo Estratégico 2013

Alere Determine HIV - 1/2
InstantCHEK™ HIV1+2
ImmunoComb™ HIV 1&2
First Response® HIV 1-2.0
Uni-Gold™ HIV
Alere Determine HIV Combo - 1/2 AG/AB
HIV 1/ 2 STAT-PAK® Assay
HIV 1/2 STAT-PAK® Dipstick Assay
OraQuick® HIV-1/2 Rapid Antibody Test
Double Check Gold™ HIV1&2
SD BIOLINE HIV-1/2 3.0

Anexo 2. Características de las guías nacionales para tratamiento antirretroviral en marzo de 2013, América Latina y el Caribe, por país

País	¿Se han actualizado las directrices nacionales de conformidad con las emitidas por la OMS en 2010 o con los protocolos regionales de la OMS?				Umbral CD4 inicio TAR en adultos asintomáticos (cél/mm ³)	Inicio TAR independientemente de CD4 si:			
	Directrices TAR adultos	Año de actualización	Directrices TAR niños	Año de actualización		Tuberculosis activa	Hepatitis B	Parejas serodiscordantes	Opción B+
Anguila	Sí		No		350				planificado
Argentina	Sí	2013	Sí	2012	500	Sí	Sí	Sí	Sí
Aruba								No	No
Barbados	Sí	2013	Sí	2013	350	No	Sí	No	No
Belice	Sí	2012, en proceso	Sí	2012	500	Sí	Sí	Sí	Sí
Bolivia	Sí	2011, en proceso	Sí	2011	500	Sí	No	No	Sí
Brasil	Sí	2013	Sí	2011, en proceso	500	Sí	Sí	Sí	No
Colombia	Sí	En proceso	Sí	En proceso	250				Sí
Costa Rica	Sí	2011	Sí	2011	500	Sí	Sí	Sí	Sí
Cuba	Sí	2011, en proceso	Sí	2012	350	Sí	Sí	No	Sí
Dominica	Sí	2012	Sí	2012	350	Sí	Sí		
Ecuador	Sí	2013	Sí	2013	500	Sí	Sí	No	Sí
El Salvador	Sí	2011, en proceso	Sí	2011	350, en revisión	Sí	No	Sí	planificado
Granada	Sí	2012	Sí	2012	350	Sí	Sí	No	Sí
Guatemala	Sí	2012-13	Sí	2012-13	350				Sí
Guyana	Sí	2011, en proceso	Sí	2011	350	Sí	No	No	Sí
Haití	Sí		Sí		350	Sí	Sí	No	Sí
Honduras	Sí	2013	Sí	2013	500	Sí	Sí	Sí	Sí
Islas Vírgenes (RU) ^b	Sí	2012	Sí	2012	En revisión	No	No	No	planificado
México	Sí	2012	Sí	2012	350	Sí	Sí	No	Sí
Nicaragua	No	2009, en proceso	Sí	2012	350	No	Sí	No	Sí
Panamá	Sí	2010	Sí	2010	350	Sí	Sí	No	No
Paraguay	Sí	2012	Sí	2011, en proceso	350	Sí	Sí	No	No
Perú	Sí	2012, en proceso	Sí	2013	350	No	Sí	No	Sí
República Dominicana	Sí	2013			350		No	No	No
Suriname ^a	No	2010	No	2010	200, en la práctica inician < 350	Sí	Sí	No	Sí
Islas Turcas y Caicos					350		Sí	Sí	No
Uruguay	Sí	2011	Sí	2013	350	Sí	Sí	Sí	Sí
Venezuela	Sí	2012-14	Sí	2012-14	350	Sí	Sí	Sí	Sí

Notas: Anguila, El Salvador e Islas Vírgenes Británicas tienen planificado el cambio a opción B+. ^aEn Suriname se recomienda que las personas con CD4 entre 200 y 350 células/mm³ comiencen TAR. Igualmente se recomienda tratamiento a la pareja serodiscordante de una persona VIH+. No obstante, ninguna de estas recomendaciones forma parte de las de la guía en vigor. ^bEn las Islas Vírgenes Británicas se utiliza la guía de CAREC.

Anexo 3. Organizaciones de la sociedad civil que tomaron parte en la encuesta sobre participación comunitaria y desabastecimiento de ARV, por país

País	Organizaciones y/o personas que participaron en la respuesta sobre:	
	Sociedad civil en el trabajo de pares en los centros de prueba y consejería de VIH y centros de tratamiento ARV	Sociedad civil en el apoyo de pares para el fortalecimiento de la adhesión en los centros de TAR y desabastecimiento
Argentina	Red Bonaerense de Personas con VIH (RBPVIH) Fundación Huésped	Red Bonaerense de Personas con VIH Fundación Huésped
Barbados	CARE Barbados	CARE Barbados
Bolivia	Asociación Un Nuevo Camino Vivo en Positivo Fundación Redvihda Red Nacional de Personas Viviendo con el VIH y Sida (REDBOL)	Asociación un Nuevo Camino Vivo en Positivo Fundación Redvihda Red Nacional de Personas Viviendo con el VIH y Sida (REDBOL)
Chile		Julio Vargas Araya, Presidente Agrupación PUKARA ESPLAVIDA de la Comuna de Padre Las Casas Temuco Agrupación Grupo Acción Solidaria Región metropolitana Santiago Agrupación Positivamente Positivos, Talcahuano Agrupación Renacer de Chillán Agrupación AMISEX de Lota-Coronel
Colombia	Ligia López Rivas, Nubia Rojas, Nayibe Gil, Paola Hoyos	Ligia López Rivas, Nubia Rojas, Nayibe Gil, Paola Hoyos
	Asociación de Mujeres Buscando Libertad (ASMUBULI)	Asociación de Mujeres Buscando Libertad (ASMUBULI)
Costa Rica		Puntos Focales de REDCA+ CR Representantes de la Asociación Esperanza Viva
República Dominicana	Dulce Almonte, REDOVIIH Pepe Castro, Coalición de ONG SIDA Felipa García, ASOLSIDA Félix Reyes, REDNAJCER	Dulce Almonte, REDOVIIH Pepe Castro, Coalición de ONG SIDA Felipa García, ASOLSIDA Félix Reyes, REDNAJCER
Ecuador	Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH (CEPVVS)	Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH: Edwin Hidalgo, Fausto Vargas, Ernesto Luna y Santiago Jaramillo
El Salvador	PASMO Entre Amigos Asociación ATLACATL ICW-El Salvador REDSAL	Otoniel Ramírez Hernández, Secretario Regional REDCA+
Guatemala	Asociación Gente Nueva y personal clave de Proyectos que se ejecutan tanto en la capital como en las tres sedes departamentales de la República de Guatemala (Director, Administrador, Coordinadora de Educación y Encargado de Monitoreo y Evaluación).	Asociación Gente Nueva

continúa

continuación anexo 3

País	Organizaciones y/o personas que participaron en la respuesta sobre:	
	Sociedad civil en el trabajo de pares en los centros de prueba y consejería de VIH y centros de tratamiento ARV	Sociedad civil en el apoyo de pares para el fortalecimiento de la adhesión en los centros de TAR y desabastecimiento
Honduras	ASONAPVSIIDA: Yolanda Vélez, GAA, Hospital del Tórax/Grupo Triunfando con VIH+ Ery Zavala Palacios, GAA, Grupo Buen Samaritano, Hospital Escuela Leticia Suyapa Calix, GAA, Grupo Buen Samaritano, Hospital del Tórax María Julia, GAA, Grupo Buen Samaritano, Centro de Salud Alonso Suazo Fredy García, Grupo Buen Samaritano, Centro de Salud Alonso Suazo Sandra Lorena Ruiz, GAA, Solidaridad y Vida, Hospital Escuela Wendy Savillon, GAA Josué 1:9-IHSS Asociación Multicultural de Mujeres +: Benita Ramírez. Foro Nacional de Sida: Xiomara Bu.	ASONAPVSIIDA: Yolanda Vélez, GAA, Hospital del Tórax/Grupo Triunfando con VIH+ Ery Zavala Palacios, GAA, Grupo Buen Samaritano, Hospital Escuela Leticia Suyapa Calix, GAA, Grupo Buen Samaritano, Hospital del Tórax María Julia, GAA, Grupo Buen Samaritano, Centro de Salud Alonso Suazo Fredy García, Grupo Buen Samaritano, Centro de Salud Alonso Suazo Sandra Lorena Ruiz, GAA, Solidaridad y Vida, Hospital Escuela; Wendy Savillon, GAA Josué 1:9-IHSS Comité de acceso a ARV de ITPC LATCA Asociación Multicultural de Mujeres +: Benita Ramírez Foro Nacional de Sida: Xiomara Bu
Nicaragua	Carlos Contreras, ANICP+VIDA Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud/Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN Managua) Norman Gutiérrez, CEPRESI CEPRESI, ANIC+VIDA, XOCHIQUETZAL, REDTRANS, entre otros	Silvia Martínez REDTRANS Nicaragua miembro del MCP Carlos Contreras – ANICP+VIDA Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud/Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (CIES-UNAN Managua) Norman Gutiérrez, CEPRESI ICW NICARAGURA a través de ICW Latina y ASONVIHSIDA
Paraguay	Red de ONG que trabajan en VIH/sida-PY: Tatarendy, Fundación Vencer, Paragay, Unes, Grupo Ñepyrú Socializado con el pleno de organizaciones: Fundación Marco Aguayo, Prealpa, Asociación Vivir	Red de ONG que trabajan en VIH/sida-PY: Tatarendy, Fundación Vencer, Paragay, Unes, Grupo Ñepyrú. Socializado con el pleno de organizaciones: Fundación Marco Aguayo, Prealpa, Asociación Vivir
Perú	Coordinación de GIVAR	Coordinación de GIVAR
Santa Lucía	Tender loving Care (TLC)	CRN+, CHAA, TLC Support Group
Suriname	Double Positive Foundation Lovely Hands Foundation Foundation He and HIV	Double Positive Foundation
Uruguay	Laura Pérez Ottonello, Asesora Red Uruguaya PVVS y Miembro de REDLA- Junta Directiva GNP por la región de América Latina y el Caribe María José Fraga Torres- PF REDLA+ Uruguay_Miembro CONASIDA y MCP URUGUAY	Uruguaya PVVS_REDLA. María José Fraga Torres- PF REDLA Uruguay, CONASIDA Y MCP Uruguay. Yenny Viera-PF REDLA, suplente
Venezuela	Red Venezolana de Gente Positiva/ Alberto Nieves Director Ejecutivo de ACCSI Acción Ciudadana Contra el Sida	Red Venezolana de Gente Positiva/Alberto Nieves Director Ejecutivo de ACCSI Acción Ciudadana Contra el Sida

Anexo 4. Número de personas en tratamiento antirretroviral y porcentajes de cobertura del tratamiento, América Latina y el Caribe, por país,^a 2012

País	Personas en TAR (diciembre 2012)	Personas que precisan TAR 2012 ^b	Cobertura TAR (%) (adultos y niños) 2012	Cobertura TAR (%) intervalo 2012 (adultos y niños)	Niños en TAR (diciembre 2012)	Cobertura TAR niños (%) 2012	Cobertura TAR adultos (%) 2012
Antigua y Barbuda	248	---	---	---	6	---	---
Argentina	50 725	62 000	81	[72-90]	3 000	[90-94]	81 [71-90]
Bahamas	2 819	3 800	73	[71-76]	39	[34-38]	74 [72-77]
Barbados	1 012	960	>95	[95->95]	8	[66-79]	>95 [>95->95]
Belize	1 261	1 800	71	[67-77]	95	[54-70]	73 [68-77]
Bolivia	2 364	6 800	35	[24-50]	86	[11-26]	36 [25-52]
Brasil	297 138	---	---	[82-93]	6 150	[92->95]	[81-93]
Chile	19 071	22 000	86	[67->95]	173	[>95->95]	86 [67->95]
Colombia	39 397	71 000	55	[44-71]	6 249	[62->95]	51 [41-65]
Costa Rica	3 955	5 300	74	[69-80]	63	[25-34]	76 [71-82]
Cuba	8 098	3 900	>95	[>95->95]	24	[>95->95]	>95 [>95->95]
Dominica	56	---	---	---	0	---	---
Ecuador	13 938	25 431	55	[44-93]	550	[33-78]	55 [44-93]
El Salvador	6 978	14 000	50	[38-72]	335	[35-82]	50 [38-72]
Granada	92	---	---	---	1	---	---
Guatemala	15 136	30 000	51	[37-87]	1 024	[22-64]	53 [39-89]
Guyana	3 717	4 000	93	[60->95]	201	[>95->95]	93 [58->95]
Haití	43 229	72 000	60	[55-65]	2 265	[29-40]	63 [58-68]
Honduras	8 970	15 000	58	[51-68]	783	[37-55]	60 [53-70]
Jamaica	10 468	15 000	69	[61-78]	454	[>95->95]	68 [60-77]
México	84 058	103 000	82	[74-91]	1 744	[83->96]	82 [74-91]
Nicaragua	2 190	3 100	72	[53->95]	104	[69->95]	72 [52->95]
Panamá	7 310	9 600	76	[62-95]	310	[62->95]	76 [62-93]
Paraguay	3 787	5 200	73	[50->95]	181	[64->95]	72 [49->95]
Perú	22 157	37 000	59	[38->95]	596	[21-83]	60 [39->95]
Rep. Dominicana	22 221	29 000	77	[71-85]	1 083	[56-72]	78 [72-86]
Saint Kitts y Nevis	48	---	---	---	1	---	---
Santa Lucía	176	---	---	---	2	---	---
San Vicente y las Granadinas	202	---	---	---	2	---	---
Suriname	1 372	2 100	66	[63-71]	84	[80-93]	65 [62-70]
Trinidad y Tobago	5 565	7 700	72	[69-75]	158	[69-72]	72 [69-75]

continúa

continuación anexo 4

País	Personas en TAR (diciembre 2012)	Personas que precisan TAR 2012 ^b	Cobertura TAR (%) (adultos y niños) 2012	Cobertura TAR (%) intervalo 2012 (adultos y niños)	Niños en TAR (diciembre 2012)	Cobertura TAR niños (%) 2012	Cobertura TAR adultos (%) 2012
Uruguay	4 048	6 200	65	[53-81]	120	[>95->95]	64 [52-81]
Venezuela	43 032	61 000	71	[55->95]	972	[27-74]	72 [56->95]
Total	715 000 ^{bc}	950 000	75	[66-85]	26 700 ^b	67 [50 -82]	76 [66 -85]
Total América Latina	624 000 ^b	822 000	76	[66 -87]	22 300 ^b	73 [56->95]	76 [66 -86]
Total Caribe	90 400 ^b	128 000	71	[65 -77]	4 200 ^b	45 [39-52]	73 [67 -79]

Fuente: ONUSIDA. Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida 2013 y estimaciones de ONUSIDA sobre necesidades de tratamiento antirretroviral.

Notas:

^aLos valores pueden variar respecto a otros publicados previamente por ONUSIDA u OMS debido a actualizaciones en las cifras y, en los casos de los valores subregionales, a diferencia en la composición de las subregiones.

^bLas cifras están redondeadas.

^cEl total regional de personas en TAR incluye los datos de países de ingresos bajos, medios de América Latina y el Caribe. La cobertura regional de TAR, total y en adultos y niños, está calculada solo para los países de ingresos medios y bajos.

---: no disponible

Excerpta

Presentación de los resultados del análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el Ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe

Coordinación editorial:

Dr. Carlos Falistocco, Director, Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Presidente del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe - Presidencia Argentina;

Lic. Tomás Pippo, Director, Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación Argentina

Autores:

Dra. Gabriela de la Iglesia, Secretaría Técnica del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe - Presidencia Argentina

Lic. Juan Altuna - Dirección de Economía de la Salud, Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias del Ministerio de Salud de la Nación, Argentina

Introducción

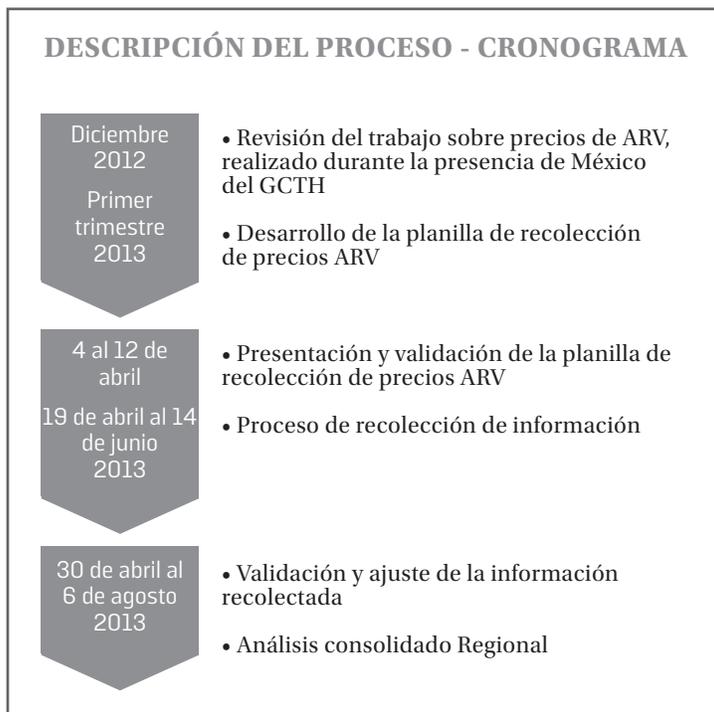
El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) de Latinoamérica y el Caribe acordó, con la anuencia de directores y directoras de programa de sida, llevar a cabo un ejercicio de recolección de información estratégica sobre precios de compra de medicamentos antirretrovirales (ARV) en cada país. En seguimiento a dicho acuerdo, se desarrolló una herramienta

de recolección de información sobre precios de adquisición de medicamentos ARV con diferentes campos referidos a las características técnicas del medicamento (específicamente, formulación y presentación comercial), datos del comprador, características comerciales, componentes del precio, comentarios relevantes referidos a la compra y datos de contacto. El proceso de trabajo se llevó a cabo en base a un cronograma pautado para la recopilación de la información, validación y realización de un análisis consolidado regional (Figura 1).

Objetivo

El principal objetivo del ejercicio fue colaborar en la gestión de compras de medicamentos ARV, a través del conocimiento de la información compartida por los países de la Región que integran el GCTH. Fundamentalmente para conocer los precios de adquisición más actualizados posible, las mejores negociaciones realizadas y toda aquella información referida a precios de medicamentos antirretrovirales que los países consideren relevante o pertinente de compartir con el GCTH. Es importante destacar que este ejercicio no tuvo como objetivo la evaluación de calidad de la compra. Se acordó realizar, en una primera fase, un análisis con la información consolidada, con el propósito de presentar el potencial de esta herramienta, comparando el costo de algunos esquemas y los precios de compras de medicamentos ARV entre los países que participaron del ejercicio. En una etapa posterior, se realizará un análisis más exhaustivo, con el objeto

Figura 1. Proceso de trabajo



de esbozar hipótesis que expliquen las diferencias de precios entre países (patentes, modalidad de compra, oferentes únicos o múltiples, etc.).

Metodología

En esta sección se detallan los criterios definidos para el análisis comparativo de la información estratégica recopilada, y los medicamentos ARV seleccionados para su inclusión en el análisis.

Los criterios definidos para realizar el análisis comparativo de precios de esquemas ARV han sido los siguientes:

- Se seleccionaron medicamentos con las mismas características técnicas (forma farmacéutica, concentración y presentación comercial), con la excepción de algunos casos en los cuales no se contaba con la formulación combinada del medicamento y se incorporaron al análisis los medicamentos ARV individuales que componen esa formulación (se identifican esos casos particulares al presentar los resultados).

- En referencia al cálculo del costo anual por paciente de cada esquema, se definió que se construiría la información en base al período de análisis, considerando los años más recientes; esto se debe a que no se cuenta con información sobre precios de cada medicamento ARV en todos los años del período analizado (con excepción del esquema emtricitabina/tenofovir + efavirenz).¹

- Se consideró el precio más reciente para el período seleccionado en cada esquema y, en caso de contar en un año con más de una compra del mismo medicamento, se utilizó el precio más bajo de compra por unidad mínima, excepto para el período 2012-2013, en el que se consideró indistintamente el mejor precio.

- En caso de que el medicamento en

formulación combinada no estuviera disponible, se utilizó la asociación de los fármacos individuales que componen el mismo y se sumó el precio de ambos.

La selección de esquemas ARV para el análisis comparativo de precios se basó en los esquemas más utilizados en la región, así como el esquema preferente y recomendado actualmente por las guías de la OMS:

- Lamivudina/zidovudina (150 mg/300 mg) comprimidos + efavirenz comprimidos (600 mg)

- Lamivudina/zidovudina (150 mg/300 mg) comprimidos + lopinavir/ritonavir tabletas (200 mg/50 mg)

- Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato cada tableta contiene 200 mg/300 mg + efavirenz comprimidos (600 mg)

- Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato cada tableta contiene 200 mg/300 mg + lopinavir/ritonavir tabletas (200 mg/50 mg)

- Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil fumarato combinación a dosis fija; cada comprimido contiene 600 mg/200 mg/300 mg

Dosis diaria:

- Lamivudina/zidovudina (150 mg/300 mg) comprimidos: dosis diaria 2 comprimidos

- Lopinavir/ritonavir tabletas (200 mg/50 mg): dosis diaria 4 tabletas

- Efavirenz 600 mg: dosis diaria 1 comprimido

- Emtricitabina/tenofovir disoproxil fumarato cada tableta contiene 200 mg/300 mg: dosis diaria 1 comprimido

- Efavirenz, emtricitabina, tenofovir disoproxil fumarato combinación a dosis fija: dosis diaria 1 comprimido

Cálculo del costo anual por paciente de los esquemas:

Para la obtención del costo anual por paciente de los esquemas ARV seleccionados, se calculó la dosis diaria requerida por el precio unitario de cada

medicamento por los días del mes y los meses del año y luego se sumó el resultado de cada componente del esquema, como se observa en el siguiente ejemplo para lamivudina/zidovudina + efavirenz:

- lamivudina/zidovudina (dosis diaria: 2 comprimidos): (precio x comprimido) x 2 x 30 x 12 = subtotal 1

- efavirenz (dosis diaria: 1 comprimido): (precio x comprimido) x 30 x 12 = subtotal 2

- luego, subtotal 1 + 2 = costo anual del esquema por paciente

Los criterios definidos para realizar el análisis comparativo de precios de medicamentos ARV individual han sido los siguientes:

- Se decidió seleccionar el año más actualizado sobre el cual exista información disponible. Debido a que en el año 2012 se disponía de información de la mayoría de los países que participaron del ejercicio, ese ha sido el año de referencia en el análisis de precios de medicamentos ARV individuales.

- En caso de que se disponga de varias compras del mismo medicamento en el mismo año, se consideró el mejor precio de adquisición por unidad mínima de forma farmacéutica.

Los medicamentos ARV individuales considerados para el análisis fueron los siguientes:

- abacavir comprimidos de 300 mg
- atazanavir cápsulas de 200 mg
- raltegravir comprimidos de 400 mg

Resultados generales

De los 20 países que integran el GCTH, 14 completaron la planilla, por lo cual la recolección y consolidación de la información brindada por los países tuvo un nivel de participación de 70%. Habiéndose acordado que 2010 sería el año a partir del cual se realizaría la recolección de información, se obtu-

¹ Esto, a su vez, permitió incluir en la comparación algunos países que no contaban con información completa para 2012 y 2013.

vieron datos de compras realizadas hasta los primeros meses del año 2013 inclusive (cinco países), siendo 2012 el año con mayor información brindada por todos los países.

Con la información consolidada se obtuvieron datos de 1023 compras con el precio unitario incluido, en las que se incluyen 27 principios activos de medicamentos ARV.

Resultados del análisis consolidado regional

El análisis realizado ha permitido establecer un comparativo de precios unitarios de compra y del costo anual del esquema por paciente, calculándose la media regional como referencia y la mediana debido a la gran dispersión de valores. En este ejercicio se realizó un corte transversal en el tiempo como primera aproximación, sin poder aun establecer, en esta etapa, un análisis de todo el período considerando to-

das las variables que pudieran haber influenciado el precio final de cada medicamento ARV analizado.

Es por ello que se considera pertinente resaltar que existen algunas limitantes a ser consideradas en esta fase de análisis:

El costo del esquema ARV debió construirse considerando el período de análisis, ya que como se mencionó previamente, no se contaba con suficiente información referida a precios de cada ARV para un mismo año, debido a que el objetivo del ejercicio estuvo enfocado en compartir precios de la mejor negociación que obtuvieron y toda aquella información referida a precios de medicamentos antirretrovirales que consideraran relevante compartir. Por lo tanto, la información recabada no necesariamente incluye todas las compras realizadas por cada país. Por el mismo motivo no puede correlacionarse esta información con

otros datos, como puede ser el número de pacientes en seguimiento por año.

De igual forma debe considerarse que algunos de estos medicamentos se pueden utilizar en más de un esquema y con la información recabada no siempre será posible conocer cómo se asignan esos medicamentos entre los posibles esquemas que lo incluyen, es decir, que no puede establecerse una correlación con los esquemas más utilizados en cada país.

Asimismo es importante realizar la siguiente aclaración al momento de interpretar los resultados:

En el caso de los esquemas ARV combinados por al menos dos drogas, es necesario señalar que en el costo anual del esquema tendrá mayor peso aquel medicamento del cual se requieran más cantidad de comprimidos o tabletas diarias, como ocurriría por ejemplo en el caso de la combina-

Tabla 1. Países participantes y período con información

Pais	AÑO 2009 trimestre	AÑO 2010 trimestre	AÑO 2011 trimestre	AÑO 2012 trimestre	AÑO 2013 trimestre
Argentina		1º 3º 4º	2º 3º 4º	2º 3º 4º	1º
Belize				1º 4º	1º
Brasil				1º 2º 3º 4º	
Chile	4º	2º 3º 4º	1º 2º 4º	1º	
Costa Rica				1º 2º 3º 4º	
Ecuador				3º 4º	1º 2º
El Salvador		1º	1º 2º	1º 2º 4º	1º
Honduras			✓*	✓*	
México		2º 3º	1º 2º 3º 4º	1º 2º 3º 4º	1º 2º
Panamá				1º 3º 4º	
Paraguay		1º 4º	4º	1º 2º	1º 2º
Perú				2º 4º	1º 2º
Rep. Dominicana		4º	1º 2º 3º	1º 2º 3º 4º	1º
Uruguay					1º

*Información consignada por año.

Tabla 2. Precio unitario y costo anual por paciente

País	Precio unitario de compra (US\$)		Costo anual esquema por paciente (US\$) (2011-2013)
	Lamivudina/zidovudina	Efavirenz	
Rep. Dominicana (2013)	0,12	0,11	126
Belice (2012/13)	0,12	0,12	130
El Salvador (2012)	0,12	0,14	137
Ecuador (2012/13)	0,13	0,13	144
Perú* (2013)	0,15	0,22	187
Honduras (2012)	0,16	0,26	209
Costa Rica** (2012)	0,37	0,19	336
Panamá (2012)	0,35	0,32	367
Argentina (2012)	0,50	0,71	617
Brasil (2012)	0,54	0,66	626
Paraguay (2011)	1,35	0,19	1.037
Uruguay (2013)	0,86	1,37	1,115
Chile (2011/12)	0,54	4,36	1.957
México (2012)	2,17	1,11	1.959
Mediana			352
Media			639

* En el caso del Perú, la presentación comercial contenía una mayor cantidad de comprimidos de ambos medicamentos, en relación al resto de los países.

** En el caso de Costa Rica, hubo que asociar los fármacos individuales lamivudina y zidovudina por no contar con una combinación de ambas.

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

ción de lamivudina/zidovudina + efavirenz, donde se requieren en forma diaria dos comprimidos y un comprimido respectivamente.

Análisis comparativo de esquemas

1) Esquema lamivudina/zidovudina (150 mg/300 mg) comprimidos + efavirenz comprimidos (600 mg)

En este esquema se observa que el costo de tratamiento anual por paciente puede variar entre un mínimo de US\$ 126 y un máximo de \$1 959, lo que representa una diferencia de hasta a 15 veces entre ambos. El valor medio de referencia es \$639. La mediana de \$352 es casi la mitad de la media y permite evidenciar también la gran dispersión que se observa en

los valores agrupados en tres rangos (entre \$100 y \$200, entre \$300 y \$600 y entre \$1 000 y \$2 000.

La búsqueda de hipótesis que permitan explicar estas diferencias de precios no fue posible al utilizar una muestra acotada por los criterios de selección presentados anteriormente. Es decir, en esta muestra no se observaron relaciones causales que pudieran explicar con precisión la diferencia de precios de las compras de cada país.

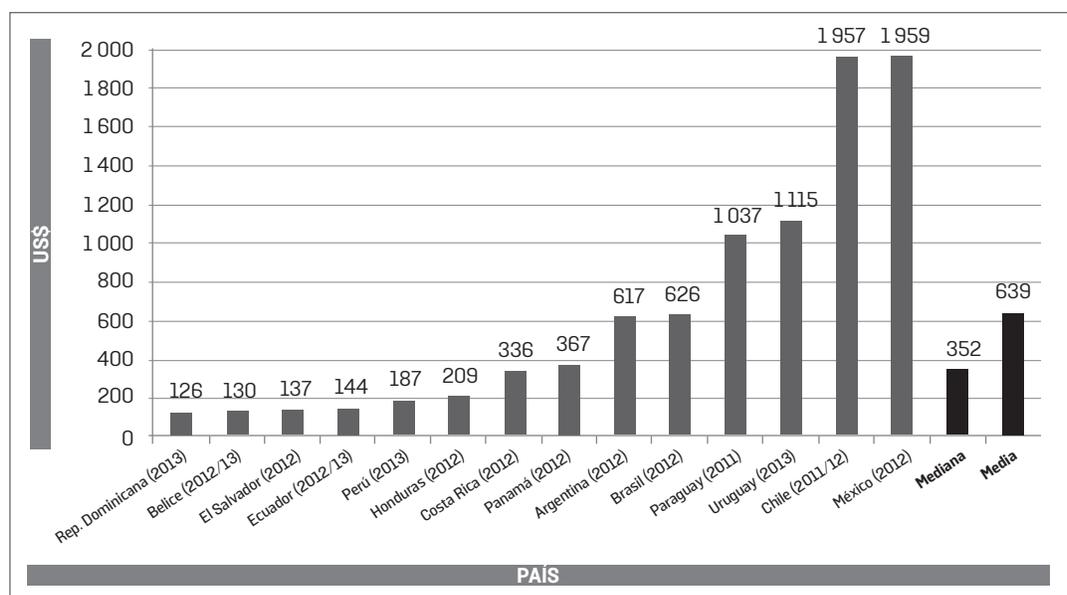
2) Esquema lamivudina/zidovudina (150 mg/300 mg) comprimidos + lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) tabletas.

El esquema lamivudina/zidovudina

+ lopinavir/ritonavir tiene un costo anual por paciente que varía entre los \$331 y \$4 035 para la muestra analizada. Esto implica una variación de hasta 12 veces entre el valor más bajo y el más alto. El valor medio de referencia es \$1 620. La mediana de \$1 232 se encuentra cercana a la media, pero existe una gran dispersión que se puede agrupar en tres rangos (entre \$300 y \$799, entre \$800 y \$1 600 y entre \$2 600 y \$4 100).

En este esquema la medicación lopinavir/ritonavir tiene mayor peso porcentual en el costo anual, ya que en la dosis diaria se requieren cuatro tabletas, mientras que la dosis diaria de lamivudina/zidovudina es de dos comprimidos.

Figura 2. Costo anual por paciente lamivudina/zidovudina + efavirenz, por país, 2011-2013



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Tabla 3. Precio unitario y costo anual por paciente lamivudina/zidovudina + lopinavir/ritonavir

País	Precio unitario de compra (US\$)		Costo anual esquema por paciente (US\$) (2011-2013)
	Lamivudina/zidovudina	Lopinavir/ritonavir	
Rep. Dominicana (2013)	0,12	0,17	331
Belice (2013)	0,12	0,19	360
El Salvador (2012)	0,12	0,30	518
Perú* (2013)	0,15	0,36	626
Honduras (2012)	0,16	0,39	677
Ecuador (2013)	0,13	0,51	837
Brasil (2012)	0,54	0,48	1 079
Paraguay (2011/12)	0,35	0,29	1 384
Costa Rica** (2012)	0,37	0,88	1 535
Panamá (2012)	0,35	1,67	2 651
Uruguay (2013)	0,86	1,54	2 843
Argentina (2012)	0,50	1,76	2 895
Chile (2011/12)	0,54	1,75	2 907
México (2012)	2,17	1,72	4 035
Mediana			1 232
Media			1 620

*En el caso de Perú, la presentación comercial contenía una mayor cantidad de comprimidos en ambos medicamentos, en relación al resto de los países.

**En el caso de Costa Rica, hubo que asociar los fármacos individuales lamivudina y zidovudina por no contar con una combinación de ambas.

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

De esta forma, en el caso de lopinavir/ritonavir, si se considera la modalidad de compra como una hipótesis causal de la diferencia de los precios de compra, se observa que los precios más altos fueron a través de compra directa y licitación pública nacional y los más bajos, principalmente en base a licitaciones públicas internacionales. Sin embargo, no se observa una clara relación entre modalidad de compra y precio, ya que las primeras modalidades señaladas también se observan (con menor frecuencia) entre los precios más bajos. Existe un único caso, ubicado como el quinto precio unitario más bajo (US\$ 0,30), donde el país realizó la compra a través del Fondo Estratégico (FE) de la OPS.

En el caso de lamivudina/zidovudina, no se observa una relación causal

entre precio y modalidad de compra, pero se presenta la misma situación que en el caso anterior donde la compra a través del FE de la OPS, se encuentra entre los precios unitarios más económicos (US\$ 0,12).

De lo mencionado, se observa que el único país que obtuvo la medicación que compone este esquema a través del FE de OPS obtuvo un costo para el esquema anual ubicado entre los más económicos del listado (tercera posición).

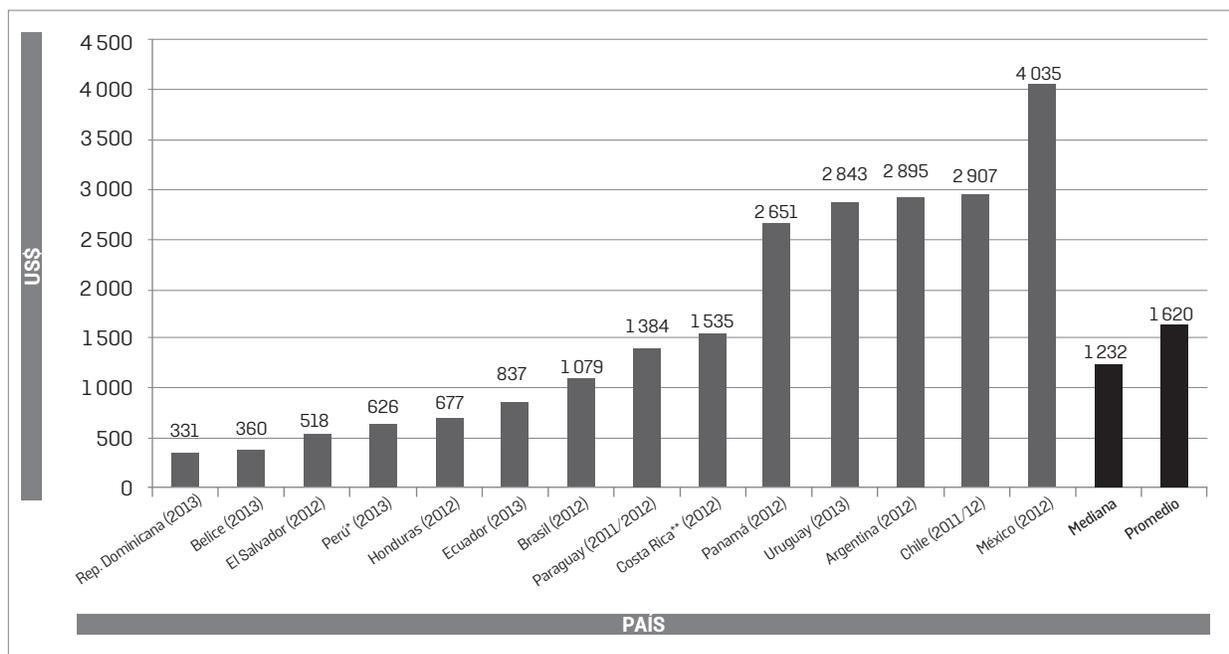
Considerando el mayor peso porcentual del costo de lopinavir/ritonavir dentro de este esquema, se observa que los cinco países ubicados por encima de la media del costo anual compran el medicamento a través de licitaciones públicas nacionales o

compra directa, al mismo laboratorio y no existen otros productos o marcas registradas disponibles en el país (con excepción de un país), es decir, que en base a la información remitida por los países no hay competencia en sus mercados para este medicamento específico. Sin embargo, estas características coincidentes en estos cinco países no son suficientes para elaborar conclusiones determinantes para la variación del costo anual por paciente.

3) Esquema emtricitabina/tenofovir (200 mg/300 mg) tabletas + efavirenz (600 mg) comprimidos

En este esquema se observa que el costo anual varía entre los US\$ 119 y \$9 174, que implica una diferencia de 77 veces. Con una media de \$2 411 y una mediana de \$1 579, con grupos de

Figura 3. Costo anual por paciente lamivudina/zidovudina + lopinavir/ritonavir, por país, 2011-2013



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

valores muy diferenciados, el primero entre los \$100 y \$800, frente a un segundo grupo de costos entre los \$2 300 y los \$4 500 y un único caso con un costo anual superior a los \$9 000. Cabe destacar que la variabilidad del costo del esquema está asociada principalmente al precio unitario de emtricitabina/tenofovir.

4) Esquema emtricitabina/tenofovir (200 mg/300 mg) tabletas + lopinavir/ritonavir (200 mg/50 mg) tabletas. En este esquema se observa que el costo anual varía entre US\$349 y \$10 124, que implica una diferencia de 29 veces, con una media de \$3 555 y una mediana de \$3 312. Como en el esquema anterior, la variabilidad en el costo está asociada principalmente al precio unitario de emtricitabina/tenofovir.

5) Esquema efavirenz/emtricitabina/tenofovir combinación a dosis fija (600 mg/200 mg/300mg) comprimidos.

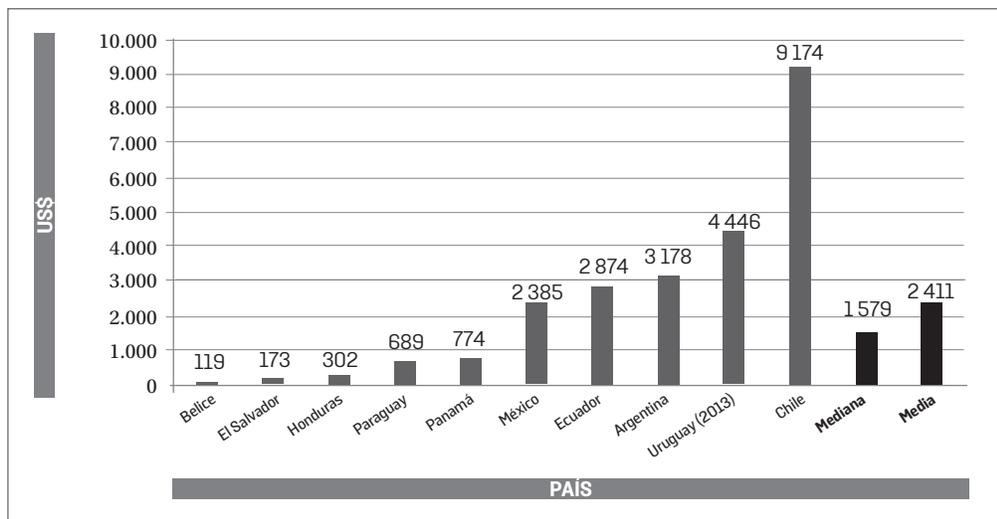
En este esquema se observa que el costo anual varía entre US\$ 158 y \$2 643, que implica una diferencia de 16,7 veces, Con una media de \$1 190 y una mediana de \$625.

Tabla 4. Precio unitario de compra (US\$) y costo anual esquema por paciente (US\$).

País	Precio unitario de compra (US\$)		Costo anual esquema por paciente (US\$) (2012)
	Emtricitabina/tenofovir	Efavirenz	
Belice	0,21	0,12	119
El Salvador	0,34	0,14	173
Honduras	0,58	0,26	302
Paraguay	1,73	0,19	689
Panamá	1,83	0,32	774
México	5,51	1,11	2 385
Ecuador	7,85	0,13	2 874
Argentina	8,12	0,71	3 178
Uruguay (2013)	10,98	1,37	4 446
Chile	21,12	4,36	9 174
Mediana			1 579
Media			2 411

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013

Figura 4. Costo anual por paciente emtricitabina/tenofovir + efavirenz, por país, 2012



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Análisis comparativo ARV individuales
Se seleccionaron tres medicamentos ARV individuales para el análisis comparativo de precios, dos de los cuales (atazanavir y raltegravir) corresponden a medicamentos no utilizados en esquemas de primera línea. En referencia a atazanavir, a pesar de contar con información de pocos países se incluyó la información a fin de tener valores de referencia en la región.

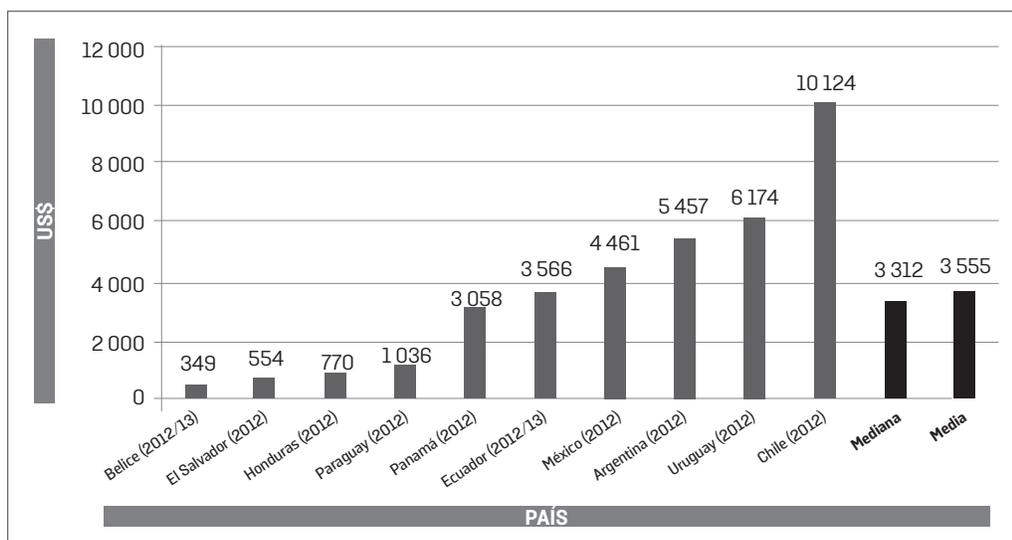
6) Abacavir comprimidos (300 mg)
En el ejemplo analizado, la mayoría de los países contaban con precios de compras realizadas en 2012, con excepción de los casos indicados en la tabla 7, que fueron incluidos para ampliar el análisis y correspondían a etapas cercanas a ese año. El precio del abacavir varía entre los US\$ 0,21 y \$4,94, con una diferencia de 23,5 veces entre sí, una media de US\$ 1,08, lo cual señala la dispersión de los precios a los que compran este medicamento en los países de la Región.

Tabla 5. Precio unitario y costo anual por paciente emtricitabina/tenofovir + lopinavir/ritonavir

País	Precio unitario de compra (US\$)		Costo anual esquema por paciente (US\$) (2012/13)
	Emtricitabina/tenofovir	Lopinavir/ritonavir	
Belice (2012/13)	0,21	0,19	349
El Salvador (2012)	0,34	0,30	554
Honduras (2012)	0,58	0,39	770
Paraguay (2012)	1,73	0,29	1 036
Panamá (2012)	1,83	1,67	3 058
México (2012)	5,51	1,72	4 461
Ecuador (2012/13)	7,85	0,51	3 566
Argentina (2012)	8,12	1,76	5 457
Uruguay (2013)	10,98	1,54	6 174
Chile (2012)	21,12	1,75	10 124
Mediana			3 312
Media			3 555

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Figura 5. Costo anual por paciente emtricitabina/tenofovir + lopinavir/ritonavir, por país, 2012-2013



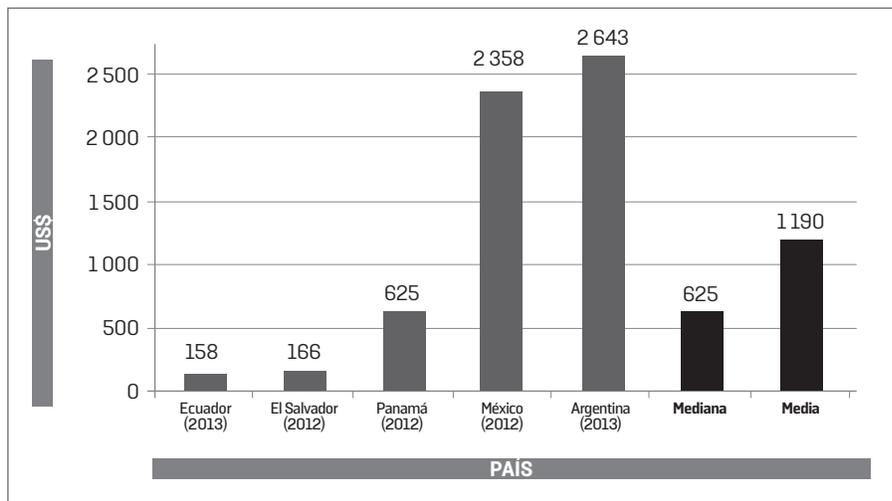
Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Tabla 6. Precio unitario y costo anual efavirenz/emtricitabina/tenofovir combinación a dosis fija

Pais	EFV/emtricitabina/TDF combinación a dosis fija, precio unitario de compra (US\$)	Costo anual por paciente (US\$) (2012/13)
Ecuador (2013)	0,44	158
El Salvador (2012)	0,46	166
Panamá (2012)	1,74	625
México (2012)	6,55	2 358
Argentina (2013)	7,34	2 643
Mediana		625
Media		1 190

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Figura 6. Costo anual efavirenz/emtricitabina/tenofovir combinación a dosis fija, por país



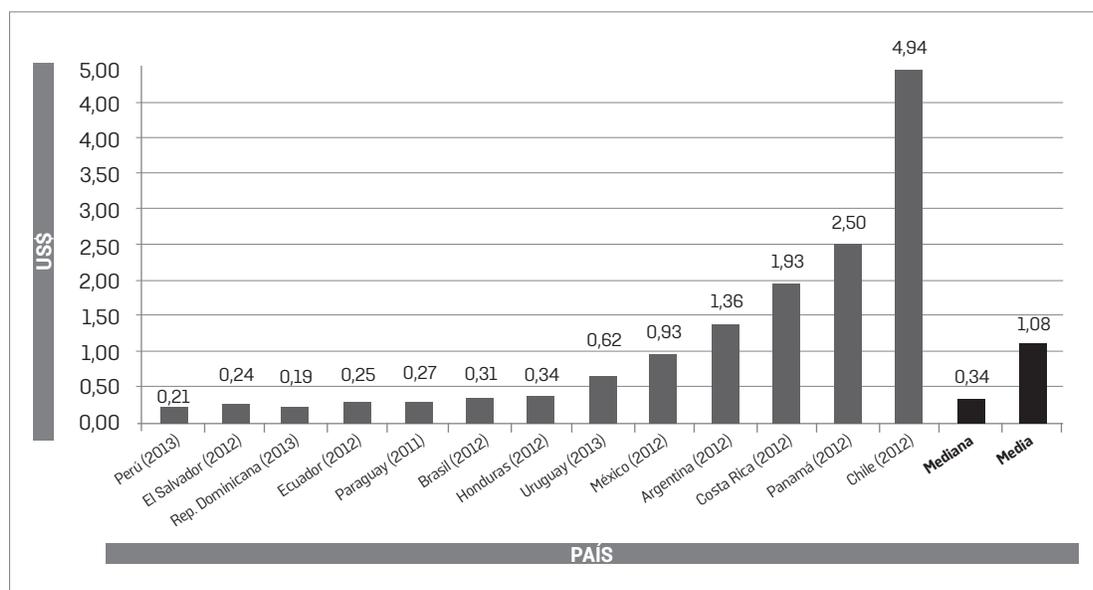
Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Tabla 7. Precio unitario abacavir, por país

País	Abacavir 300 mg. Precio unitario (US\$) (2012/13)
Perú (marzo 2013)	0,21
El Salvador (2012)	0,24
República Dominicana (enero 2013)	0,19
Ecuador (2012)	0,25
Paraguay (noviembre 2011)	0,27
Brasil (2012)	0,31
Honduras (2012)	0,34
Uruguay (enero 2013)	0,62
México (2012)	0,93
Argentina (2012)	1,36
Costa Rica (2012)	1,93
Panamá (2012)	2,50
Chile (2012)	4,94
Mediana	0,34
Media	1,08

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Figura 7. Precio unitario abacavir, por país, 2011-2013



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013

7) Atazanavir cápsulas (200 mg)

Tabla 8. Precio unitario atazanavir

País	Atazanavir 200 mg. Precio unitario de compra (US\$) (2012)
Brasil	1,71
Argentina	4,14
Chile	6,51
Mediana	4,14
Media	4,12

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

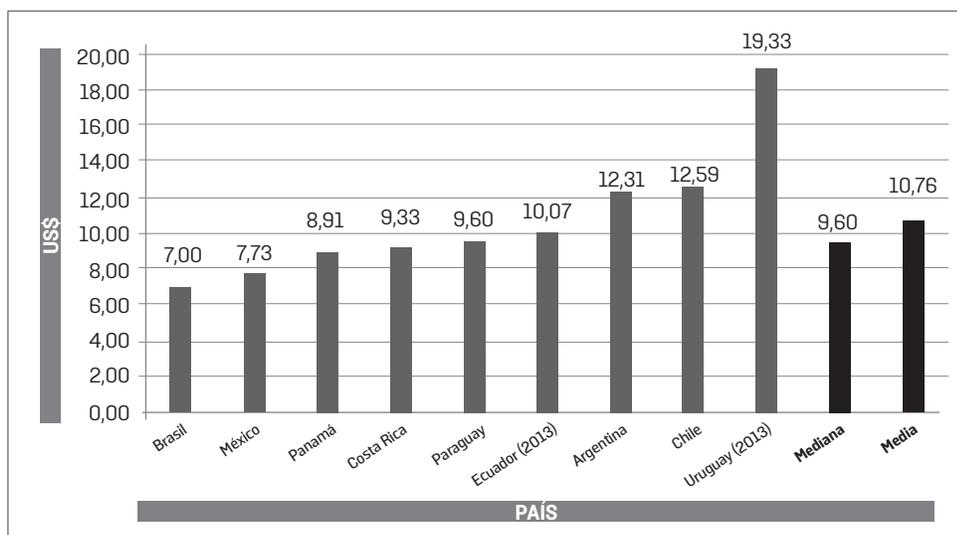
8) Raltegravir comprimidos (400 mg)

Tabla 9. Precio unitario raltegravir (400 mg), por país, 2012

País	Raltegravir 400 mg. Precio unitario (US\$) (2012)
Brasil	7,00
México	7,73
Panamá	8,91
Costa Rica	9,33
Paraguay	9,60
Ecuador (2013)	10,07
Argentina	12,31
Chile	12,59
Uruguay (2013)	19,33
Mediana	9,60
Media	10,76

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Figura 8. Precio unitario de raltegravir (400 mg), por país, 2012



Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Análisis potenciales

Considerando la información que contiene la base de datos de las compras de medicamentos ARV se presenta, a modo de ejemplo, otra clase de análisis, en el cual se compara el mismo esquema combinado en un comprimido con la combinación en dos comprimidos:

- emtricitabina/tenofovir/efavirenz combinación a dosis fija (cada tableta contiene 200 mg/300 mg/600 mg respectivamente) y
- emtricitabina/tenofovir (cada tableta contiene 200 mg/300 mg) más efavirenz comprimidos (600 mg).

Para ello se comparan los precios en los países de la combinación en un solo comprimido con la asociación de dos comprimidos en los países que compran ambos, durante el período 2012-2013.²

Se observa que en los cinco países que compran ambas combinaciones, en el período analizado, el precio de compra es más económico cuando se compra el

esquema a dosis fija. Sin embargo, el diferencial de precios dentro de cada país, es muy variable. En dos de ellos, México y el Salvador, la diferencia es mínima (1% y 4%, respectivamente). Luego Argentina y Panamá presentan diferencias más amplias (20% y 24%, respectivamente) y por último, la mayor diferencia se observa en el caso del Ecuador (18 veces más costoso el esquema con la combinación de dos comprimidos que la combinación a dosis fija).

Conclusión

Finalmente, quisiéramos resaltar que consideramos que este ejercicio ha permitido generar información sobre precios de ARV en tiempo real y que este primer paso es parte de un proceso que gradualmente se irá perfeccionando a fin de generar información estratégica que permita catalizar una adecuada gestión basada en la evidencia. Asimismo quisiéramos destacar los potenciales identificados en la herramienta desarrollada:

- Mejorar las compras públicas en fun-

ción de disponer de información actualizada referida a precios de medicamentos.

- Disponer de información referida a los procesos de compras que permitan identificar factores que puedan influir sobre el precio final consignado.
- Promover los canales de información que permitan compartir información estratégica relevante a precios de medicamentos entre los miembros del GCTH.
- Facilitar la identificación de referentes a nivel de cada país que puedan aclarar información referida al tema a través de los datos de contacto.
- Sensibilizar a los referentes nacionales de la importancia esencial de compartir información clave para que todos se beneficien de los procesos de negociación y adquisición de medicamentos ARV.

² Cabe aclarar que en el caso de Ecuador y Argentina el precio para el esquema a dosis fija corresponde a 2013 y en el caso del esquema en dos comprimidos todos los precios corresponden a 2012.

Tabla 10. Comparación precio unitario esquema combinado en un comprimido y combinación en dos comprimidos

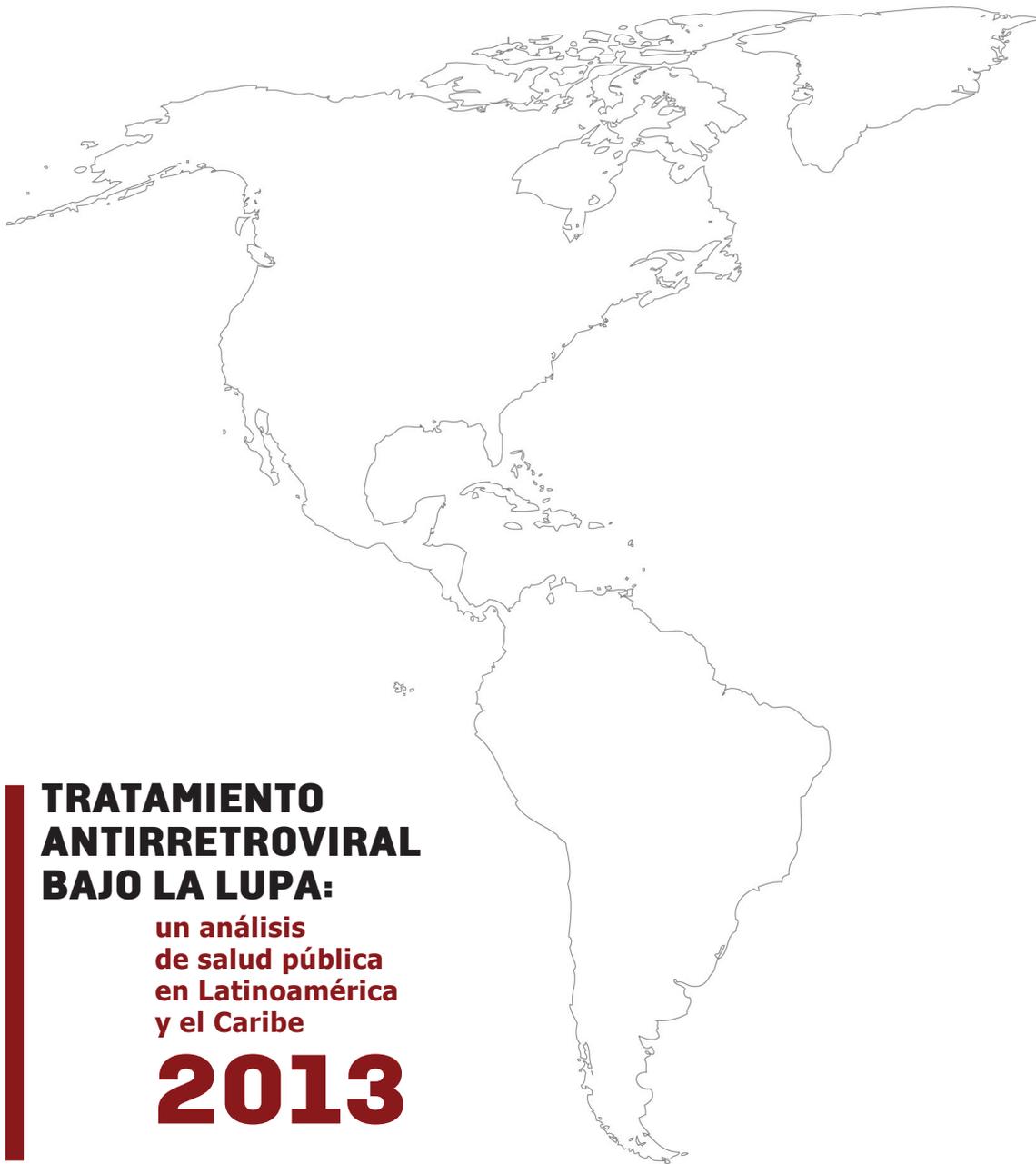
País	Emtricitabina/tenofovir/efavirenz combinación a dosis fija precio unitario de compra (US\$)	Costo anual por paciente (US\$) (2012/13) (a)	Precio unitario de compra (US\$)		Costo anual esquema por paciente (US\$) (2012) (b)	Diferencia (b)-(a)	
			Emtricit./tenofovir	Efavirenz		US\$	%
Ecuador (2013)	0,44	158	7,85	0,13	2 874	2 716	1 723
El Salvador	0,46	166	0,34	0,14	173	7	4
Panamá	1,74	625	1,83	0,32	774	149	24
México	6,55	2 358	5,51	1,11	2 385	27	1
Argentina (2013)	7,34	2 643	8,12	0,71	3 178	535	20
Mediana		625		Mediana	2 385	1 760	281
Media		1 190		Media	1 877	687	58

Fuente: Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) con la asistencia técnica de la Dirección de SIDA y ETS y la Dirección de Economía de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina). Análisis de precios de medicamentos antirretrovirales en el ámbito del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal de Latinoamérica y el Caribe. Argentina: GCTH; 2013.

Agradecimientos:

Se desea agradecer a las personas de cada país que colaboraron con el aporte de información y validación del proceso en lo relacionado a la publicación de precios de medicamentos ARV:

País	Director/a de Programa de Sida	Punto focal técnico	Responsable de completar la planilla
Argentina	Dr. Carlos Falistocco		Farmacéutica Cynthia Ballery / Valeria Sanguinetti
Belice	Dr. Marvin Manzanero		
Brasil	Dr. Fabio Mesquita Dr. Dirceu Bartolomeu Greco (cargo previo)	Cintia Freitas	Fábio O´Brien - Coordinador General de Gestión y Gobernanza
Chile	Dra. Ana María San Martín	Lic. Edith Ortiz	Dra. Gloria Berrios Campbell
Costa Rica	Lic. Alejandra Acuña		Marjorie Arias Jiménez Lic. Alejandra Acuña
Ecuador	Dr. Rodrigo Tobar		Dr. Rodrigo Tobar
El Salvador	Dra. Ana Isabel Nieto	Dr. Humberto Andreu	Dr. Humberto Andreu
Honduras	Dra. Elvia Ardón		Dra. Flavia Girón
México	Dra. Patricia Uribe	Mtro. Héctor Sucilla	Mtro. Héctor Sucilla, Lic. Juan José García, Mtra. Diana Nicté-Há Sansores
Panamá	Dr. Aurelio Núñez		Farmacéutico Rafael Pitti
Paraguay	Dra. Ramona Valdez		Dra. Ramona Valdez Lic. Humberto Espínola
Perú	Dr. Carlos Benites		Dr. Jan Karlo Zavalaga Manaya
Rep. Dominicana	Dr. Luis Ernesto Feliz Báez		Licda. María Elizabeth Rodríguez Santana
Uruguay	Dra. Susana Cabrera		Lourdes Galván / Javier Díaz



**TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL
BAJO LA LUPA:**

**un análisis
de salud pública
en Latinoamérica
y el Caribe**

2013



9 789275 318065