

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

BOLIVIA



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

Índice de desarrollo humano: Bolivia/LAC, 2009	0,656/0,72
Estimado de Personas con VIH (2009)	12 000 [9000-16 000]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	30%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,2
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,1
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2009)	0,1

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	17% [9-30]	20% [10-37]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		50%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Bolivia/ LAC		52,2/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención		no disponible

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

Tratamiento

En el año 2010, Bolivia notificó 1283 pacientes en TAR, de los cuales 57 eran niños, y un 35% eran mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR en el 2010 fue de 790, lo que supone un incremento neto de 68 pacientes entre el 2009 y el 2010 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 82,3% estaban en 1.ª línea, el 17,6% estaban en 2.ª línea y el 0,1% en 3.ª línea (figura 2). El número de pacientes que pasó de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento en el 2010 fue 87, lo que supuso una tasa de cambio anual de 8,4%.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010

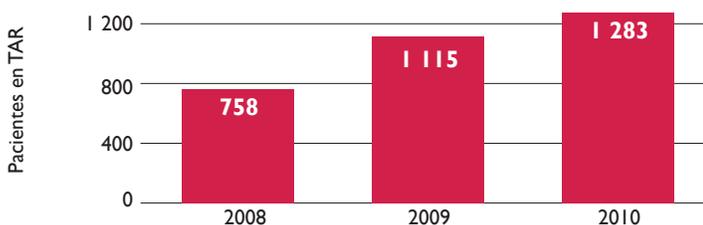
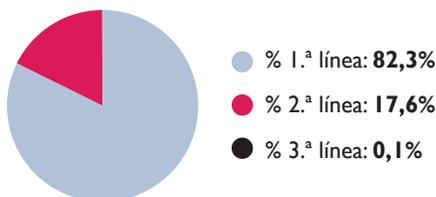


Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento



Provisión de servicios

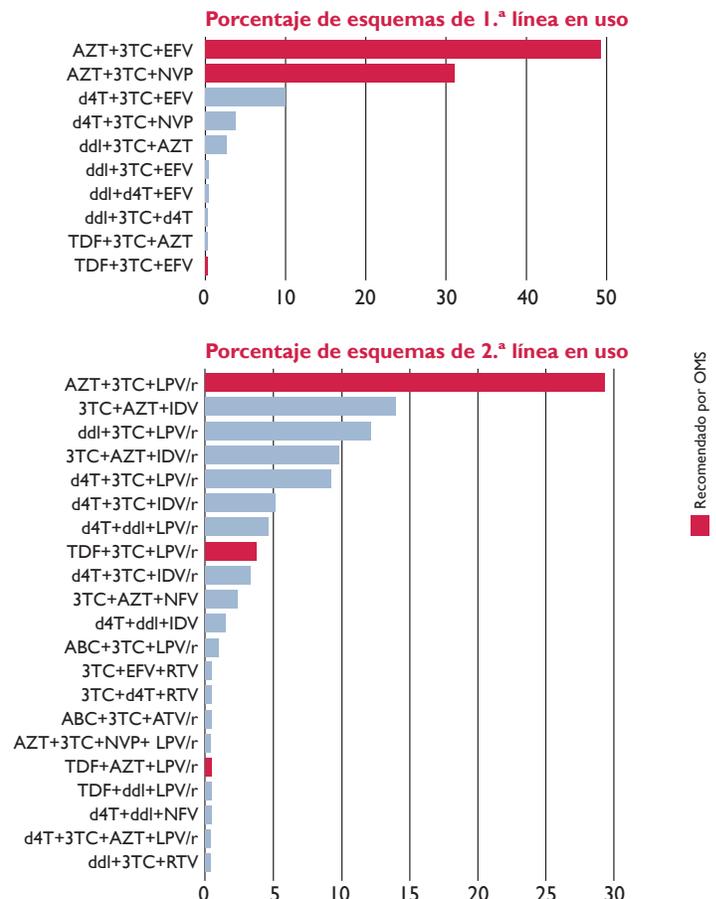
En el 2010, Bolivia contaba con 17 establecimientos públicos que proveían TAR. Esto resulta en una media de 75 pacientes en TAR por establecimiento.

Calidad de servicios y uso racional de ARV

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	21
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	81%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	21
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	33%
Episodios de desabastecimiento (n°)	1
Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)	1
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	---
Retención a 12 meses de inicio de TAR	79%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	---

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

Figura 3 Porcentaje de pacientes por principales esquemas de tratamiento



Coinfección TB-VIH

En el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue de 23%. De ellos, el 7% dio positivo, lo que implica que 140 pacientes tenían coinfección TB-VIH. No hay información sobre el número de pacientes que comenzaron tratamiento. El 15% falleció por TB-VIH.

Mortalidad por VIH

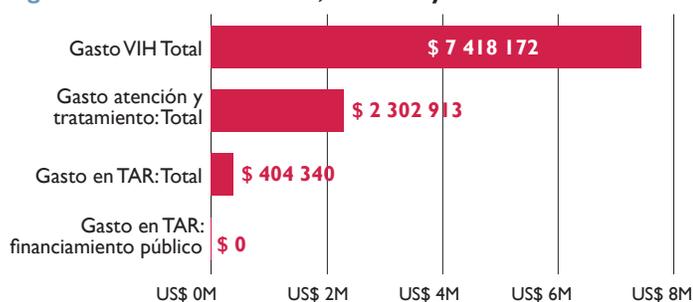
No están disponibles las estadísticas vitales de causa de muerte de Bolivia.

Gasto

En el año 2009, el gasto nacional en salud fue de US\$ 850 millones, de los que el 67,3% fue gasto público, es decir US\$ 572 millones. El gasto público en salud representó el 3,3% del PIB.

El gasto anual público en VIH en 2009 aparece en la figura 4. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 404 340 y el financiamiento público fue 0%. El gasto en ARV supuso el 0,1% del gasto en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 363.

Figura 4 Gasto anual en VIH, atención y en tratamiento ARV



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Bolivia tiene el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 10 742 550. La propuesta actualmente financiada incluye un componente de TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de agosto de 2012, aunque podría prorrogarse por 3 años. Tras esta primera fase, el país podrá renegociar la subvención del Fondo Mundial en la fase 2 del proyecto. Para el año 2011, el presupuesto del FM para ARV fue de US\$ 471 000.

Asimismo, Brasil dona ARV que se utilizan para 1.ª línea, en torno a 800 tratamientos (para los años 2010-2012) cuyo impacto se evaluará en mayo del 2012, como parte de la estrategia Sur-Sur. Si la evaluación es positiva, se dará continuidad a la donación de estos ARV. El resto de 1.ª línea, 2.ª línea y otros, es cubierto por la subvención del FM. De la subvención del FM para el primer año, el 60% se destinó a la compra de ARV, medicamentos para infecciones oportunistas e ITS, pruebas rápidas, reactivos y otros insumos. Para este segundo año será el 65% y posteriormente decrecerá un 5 a 10%.

Análisis y conclusiones

En el año 2007, Bolivia promulgó la ley 3729, sobre la prevención del VIH, protección de los derechos humanos y la asistencia integral multidisciplinaria para la personas con VIH. Se observa una baja tasa de realización de prueba de VIH en la población general y en pacientes con TB. Existe un porcentaje alto de pérdidas de los pacientes en tratamiento, atribuible a diversos factores: limitantes en el sistema de

información, mortalidad u otros factores de pérdida.

Existe también una alta tasa de cambio anual a 2.ª línea, mayor que la media regional. Se observa una importante tendencia a la desconcentración que puede generar una alta presión sobre el sistema de salud. El país ha avanzado en estandarizar y reducir el número de esquemas en uso aunque todavía se aprecia una alta dispersión de esquemas de 2.ª línea y una baja adherencia con los esquemas recomendados por OMS. El país continúa usando d4T (el 15% de los pacientes) y en un 13% se usan combinaciones de 3 nucleósidos, así como indinavir. Este último medicamento probablemente en relación a las donaciones de Brasil.

En relación al gasto, se observa que el porcentaje del gasto en ARV es bajo en relación al gasto en VIH. El costo por paciente en tratamiento también parece ser bajo. El país depende de las subvenciones y de la cooperación externa para financiar los medicamentos antirretrovirales (el Fondo Mundial y Brasil), aunque está trabajando en políticas de sostenibilidad a través de financiación departamental y/o municipal.

Fuentes y metodología

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

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

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

Definiciones

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

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

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

Abreviaturas

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

Agradecimientos

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