

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

ECUADOR



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

Índice de desarrollo humano: Ecuador/LAC, 2009	0,716/0,72
Estimado de Personas con VIH (2009)	37 000 [28 000-50 000]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	30%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,4%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,2%
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2009)	0,2%

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	39% [29-56]	63% [45-91%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		92%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Ecuador/ LAC		54,5/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención		no disponible

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

Tratamiento

A finales del 2010, Ecuador contabilizó 8977 pacientes en TAR, de los cuales 420 eran niños y el 40% eran mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR fue 1805 para el 2010, siendo el incremento neto de pacientes entre el 2009 y el 2010 de 3439 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 78,2% estaban en 1.ª línea, el 21,7% en 2.ª línea y el 0,1% en 3.ª línea (figura 2). Se desconoce el número de pacientes que pasó de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento en 2010.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010

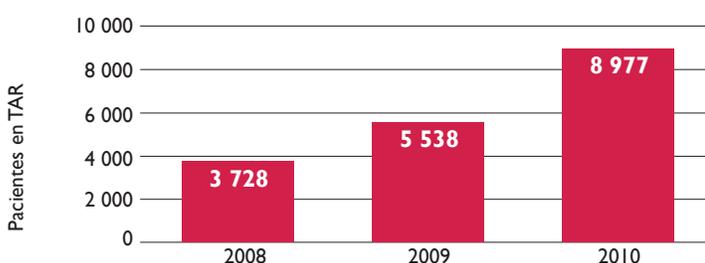
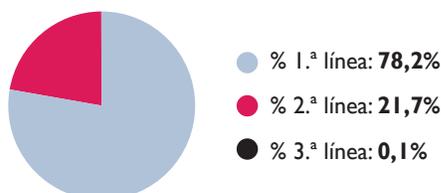


Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento



Provisión de servicios

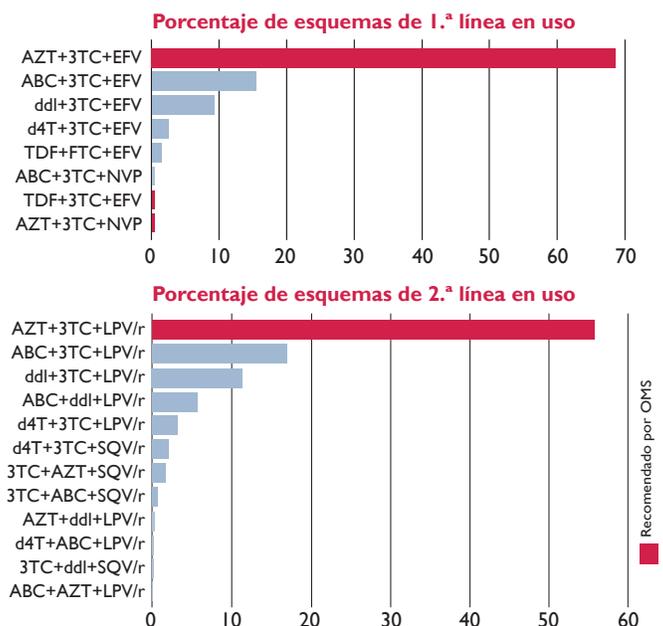
Los pacientes en TAR son atendidos en la red de servicios públicos, (MSP, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía Nacional). En el 2010, Ecuador contaba con 37 establecimientos públicos, de los cuales 5 ofrecían servicios a más de 500 pacientes por establecimiento. El mayor número de personas en TAR se concentra en las unidades de Guayaquil, Hospital Infectológico y Hospital Abel Gilbert Pontón.

Calidad de servicios y uso racional de ARV

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	8
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	61%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	21
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	6%
Episodios de desabastecimiento (n°)	---
Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)	---
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	---
Retención a 12 meses de inicio de TAR	94%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	0,8

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

Figura 3 Porcentaje de pacientes por principales esquemas de tratamiento



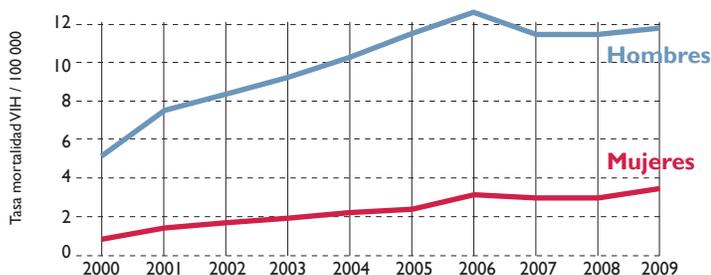
Coinfección TB-VIH

Para el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue de 66%. De ellos, un 13% dio positivo. Esto se tradujo en 526 pacientes con coinfección TB-VIH. No se dispone de información sobre el número de muertes por TB-VIH.

Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000 a 2009, existe un aumento de más del doble de las tasas de mortalidad por VIH del año 2000 para ambos sexos. Se observa una estabilización en los últimos años, posiblemente atribuible al TAR (figura 4).

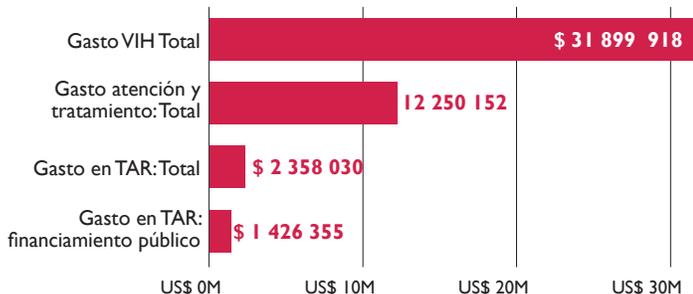
Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo



Gasto

En el año 2010, el gasto nacional en salud fue de US\$ 5066 millones, de los que el 55% fue gasto público, es decir US\$ 2769 millones. El gasto público en salud representó el 4,7% del PIB. El gasto anual público en VIH para el año 2009, de acuerdo al informe MEGAS 2010, (figura 5) fue de US\$ 31,9 millones, el gasto en atención y tratamiento fue del 38%, siendo el gasto en antirretrovirales de US\$ 2 358 030, del cual el financiamiento fue público en un 60%. El gasto en ARV supuso el 0,1% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR, para el 2009, se estimó en US\$ 734. A fecha de marzo del 2012, según cálculo del programa nacional de VIH/sida e ITS, el gasto es de US\$ 473 por paciente/año si la compra de ARV se realiza a través del Fondo Estratégico y de US\$ 1857 por paciente/año si se realiza en compra local. Se ha observado una progresión hacia el financiamiento público de ARV, cuyo valor planificado para el periodo 2011-2015 será del 83%.

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



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Ecuador cuenta con el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 8 748 093. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de diciembre del 2012, aunque podría prorrogarse 3 años más. Aproximadamente el 40% de la financiación de ARVs es a través del FM. Tras esta primera fase, Ecuador podrá renegociar la donación del FM en la fase 2 del proyecto. Cabe mencionar que existen contribuciones a la respuesta al VIH de agencias de Naciones Unidas (principalmente PNUD, UNFPA y OPS), GTZ, la Unión Europea (a través de CARE) y organizaciones privadas que contribuyen principalmente al área de prevención.

Análisis y conclusiones

La cobertura de tratamiento aumentó de forma importante pero existen brechas en facilitar datos desagregados y en indicadores esenciales para gestionar apropiadamente el programa de tratamiento así como posibles inconsistencias en la información reportada. La falta de consistencia con los regímenes recomendados por OMS y el alto número de esquemas por línea son reflejo de una falta de estandarización y puede haber contribuido a presentar un alto porcentaje de pacientes ya en 2.ª línea. Cabe mencionar, no obstante, que presentan la mayor parte de sus pacientes en regímenes recomendados por OMS, tanto en 1.ª como 2.ª línea. Se observa una debilidad en el monitoreo virológico de los pacientes. Ecuador no completó la encuesta de desabastecimiento de ARV pero la sociedad civil ha realizado varias denuncias al respecto durante el 2009. Todavía existe financiación de donantes externos para la compra de antirretrovirales pero es notable el aporte que ha realizado Ecuador en pocos años, incrementando el financiamiento público para antirretrovirales, desde un 60% en el 2009 a valores planificados del 83% para el periodo 2011-2015. La tendencia al alza en la mortalidad se ha estabilizado a partir del 2006, y con un mayor esfuerzo en mejorar la cobertura y eficacia en el manejo del paciente podría invertirse notablemente.

Fuentes y metodología

Los datos sobre pacientes en tratamiento ARV, la retención a los 12 meses así como los datos programáticos provienen de los *Informes de país sobre progreso hacia el de Acceso Universal para VIH, 2011* y de las encuestas de *Uso de antirretrovirales 2011*, ambos 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.