

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

**NICARAGUA**



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

Índice de desarrollo humano: Nicaragua/LAC, 2009	0,582/0,72
Estimado de personas con VIH (2009)	6900 [5200-9100]
% 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

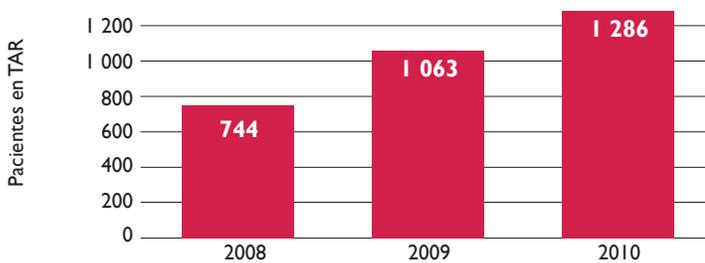
	2009	2010
Cobertura TAR	>95% [41->95]	>95% [45->95%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		65%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Nicaragua/ LAC		57,3/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención		no disponible

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

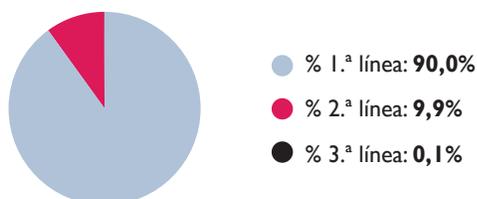
**Tratamiento**

En el año 2010, Nicaragua notificó 1286 pacientes en TAR, de los cuales 64 eran niños y un 35% mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR en el 2010 fue de 452, lo que supuso un incremento neto de 223 pacientes entre el 2009 y el 2010 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 90% estaban en 1.ª línea, el 9,9% estaban en 2.ª línea y el 0,1% en 3.ª línea (figura 2). En el 2010, 105 pacientes pasaron de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento, lo que supuso una tasa de cambio anual de 9,1%.

**Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010**



**Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento**



**Provisión de servicios**

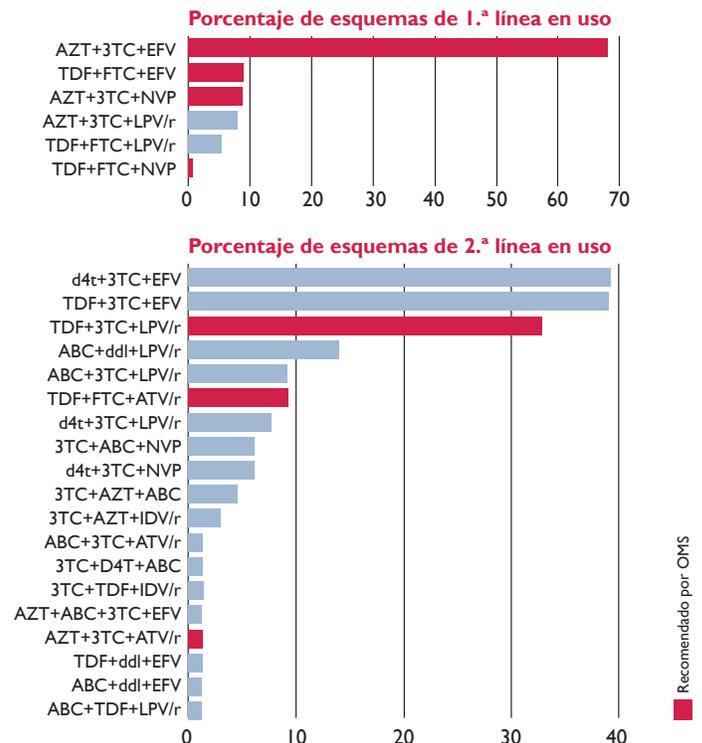
En el 2010, Nicaragua contaba con 32 establecimientos públicos que ofrecían TAR. El Hospital General Manolo Morales en Managua ofreció servicios a más de 700 pacientes.

**Calidad de servicios y uso racional de ARVs**

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	6
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	87%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	19
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	24%
Episodios de desabastecimiento (nº)	2
Episodios de riesgo de desabastecimiento (nº)	3
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	39,3%
Retención a 12 meses de inicio de TAR	70%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	0,9

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**



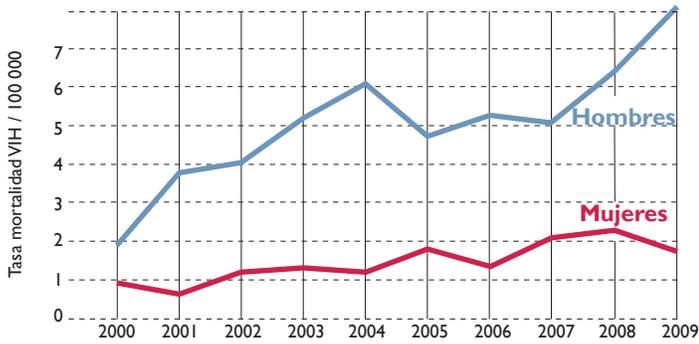
**Coinfección TB-VIH**

En el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue de 56%. De ellos, un 4% dio positivo, lo que se tradujo en 37 pacientes con coinfección TB-VIH, presentándose 3 muertes por TB-VIH.

## Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000-2009, la mortalidad por VIH ascendió en ambos sexos, duplicándose en mujeres y cuadruplicándose en hombres (figura 4).

**Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo**

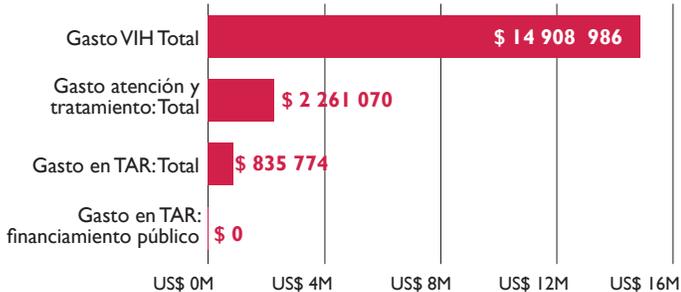


## Gasto

En el año 2010, el gasto nacional en salud fue de US\$ 635 millones, de los que el 57% fue gasto público, es decir US\$ 360 millones. El gasto público en salud, expresado como porcentaje del PIB, fue de 5,5%.

El gasto anual público en VIH para el año 2008 aparece en la figura 5. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 835 774, financiamiento que fue en su totalidad por fuentes externas. El gasto en ARV supuso el 0,2% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 1005.

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



## Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Nicaragua tiene el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 23 359 081. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR; y dicho financiamiento finalizó el 31 de diciembre del 2011. Tras esta primera fase, Nicaragua ha renegociado la subvención de la fase 2 del proyecto, por un monto de 20 millones que aprobó el FM, siendo 3,5 millones para medicamentos, sujeto a la presentación de una propuesta ajustada según condiciones del FM. El Ministerio de Salud asumirá la compra de algunos medicamentos a partir del año 4.

## Análisis y conclusiones

La tasa de realización de prueba de VIH es menor a la media regional, aunque Nicaragua ha realizado un gran esfuerzo en aumentar el acceso a la prueba, incrementándose hasta 10 veces el número de pruebas realizadas entre el 2005 y el 2009. Aún con esta tasa de realización de prueba, se ha logrado un buen acceso al tratamiento ARV y coberturas altas de tratamiento. Aunque el porcentaje de pacientes en

2.ª línea es todavía menor a la media regional, la tasa de cambio anual de 1.ª a 2.ª línea es alta, superior a la media regional. Se ha trabajado en la estandarización de esquemas, que han disminuido de 40 esquemas diferentes a 19, sin embargo la adherencia a las recomendaciones de OMS es todavía baja. Esta diversidad de esquemas supone una gran presión sobre el sistema de salud, lo que se refleja por ejemplo en episodios de desabastecimiento de fármacos ARV. Se observa que se continúa usando d4T (en un 5% de los pacientes de 2.ª línea) pero ya existe una norma nacional para no utilizar este fármaco en nuevos pacientes, manteniendo el medicamento en los que actualmente lo usan.

La retención al año de inicio de tratamiento es muy baja y presentan un alto porcentaje de pérdidas así como un monitoreo virológico de pacientes sub-óptimo. De esta forma, se observa una mortalidad por VIH llamativamente al alza en varones. Existe una dependencia completa de fondos externos para la adquisición de ARV. Nicaragua ha solicitado a Delivery-USAID el apoyo técnico en el marco de la iniciativa DAIA (Disponibilidad Asegurada de Insumos Anticonceptivos) para realizar un diagnóstico y originar una propuesta para que el país vaya asumiendo paulatinamente la adquisición de medicamentos, incluyendo los ARV.

## Fuentes y metodología

Los datos sobre pacientes en tratamiento ARV, la retención a los 12 meses así como los datos programáticos provienen de los *Informes de país sobre progreso hacia el de Acceso Universal para VIH, 2011* y de las encuestas de *Uso de antirretrovirales 2011*, ambos 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/mm<sup>3</sup> 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 Latinoamérica 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 estas fichas.