

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

PERÚ



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

Índice de desarrollo humano: Perú/LAC, 2009	0,714/0,72
Estimado de Personas con VIH (2009)	75 000 [58 000-100 000]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	24%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,4%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,1%
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2009)	0,2%

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	62% [43-84]	57% [41-84%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		78%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Perú/ LAC		63,7/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención (1)		47%

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

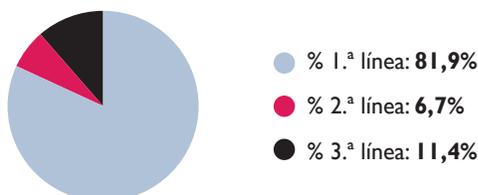
**Tratamiento**

En el año 2010, Perú notificó 20 042 pacientes en TAR, de los cuales 517 eran niños y un 30% mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR fue 1544 para el 2010, con un incremento neto de 5262 pacientes entre el 2009 y el 2010 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 81,9% estaban en 1.ª línea, el 6,7% estaban en 2.ª línea y el 11,4% 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 685, lo que supuso una tasa de cambio anual de 5,1%.

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



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



**Provisión de servicios**

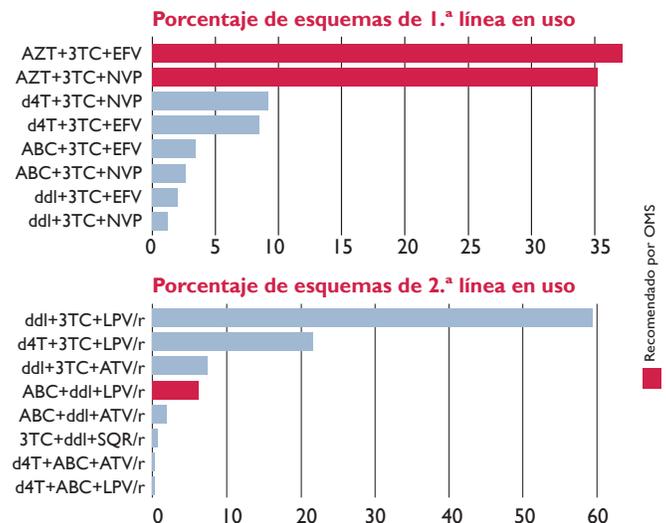
Para el 2010, Perú contaba con 89 establecimientos públicos que proveían TAR, lo que resultó en una media de 225 pacientes en TAR por establecimiento.

**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	72%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	10
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	1%
Episodios de desabastecimiento (n°)	0
Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)	6
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	---
Retención a 12 meses de inicio de TAR	88%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	2,2

Fuente: Informes de país a la encuesta de ARVs, 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**



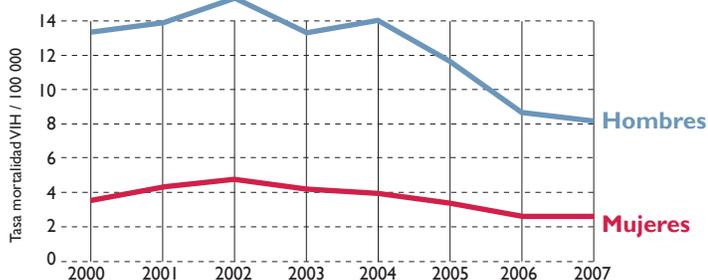
**Coinfección TB-VIH**

En el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada era de 29%. De ellos, un 9% dio positivo, lo que se tradujo en 853 pacientes con coinfección TB-VIH. No se dispone de información sobre el número de muertes por TB-VIH.

**Mortalidad por VIH**

Se observa a partir del año 2002, una tendencia decreciente en la tasa de mortalidad estandarizada por VIH para ambos sexos (figura 4).

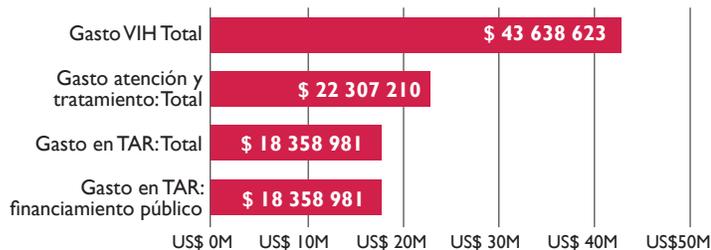
**Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo**



## Gasto

En el año 2010, el gasto nacional en salud fue de US\$ 8181 millones de los que el 56% fue gasto público, es decir US\$ 4562 millones. El gasto público en salud representó el 2,9% del PIB. El gasto anual público en VIH para el año 2009 aparece en la figura 5. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 18 358 981, del cual el financiamiento fue público en un 100%. El gasto en ARV supuso el 0,4% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 1242.

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



## Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Perú cuenta con el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 37 013 922. La propuesta actualmente financiada no incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de diciembre del 2012, aunque podría prorrogarse 3 años más. Presenta proyectos en fase 1 y 2.

## Análisis y conclusiones

Perú muestra valores de cobertura altos de realización de prueba de VIH para embarazadas aunque bajos para pacientes con TB, una tasa de realización de prueba menor que la media regional y un porcentaje alto de pacientes que acceden tardíamente a la atención. Referente a la brecha en cobertura de tratamiento, se observa una oportunidad de mejora del sistema de información para validar el número de pacientes en tratamiento, ya que como se muestra el número notificado para el 2010, puede ser un valor acumulado de pacientes, y por ello existen inconsistencias entre el aumento neto de pacientes y el número de nuevos inicios de tratamiento. Con un programa de ARV gratuito y de varios años de duración, Perú presenta uno de los porcentajes más altos de pacientes en 3ª línea. Asimismo, la elevada tasa de cambio de 1.ª a 2.ª línea puede poner en peligro la sostenibilidad del programa de tratamiento a medio plazo. La adherencia a las recomendaciones de OMS para esquemas de primera línea es apropiada, pero existe poca alineación en segunda línea. El país deberá adoptar esquemas más seguros y combinaciones a dosis fijas, ya que la mayor parte de las diferencias con las recomendaciones se deben principalmente al alto uso de d4T y a la selección de ddi o

abacavir como la opción preferida en segunda línea. El monitoreo virológico de pacientes es apropiado y tienen una buena retención a los 12 meses de TAR así como una significativa reducción de la mortalidad en hombres y mujeres. Estos dos últimos datos contrastan con los indicadores de cobertura de tratamiento y de acceso tardío a la atención y al tratamiento. Por ello, se debe analizar con mayor profundidad datos nacionales sobre oportunidad del acceso a la atención.

El gasto en ARV es de financiación pública en su totalidad, lo cual es un garante de la sostenibilidad de TAR aunque el gasto por paciente es mayor a los valores medios regionales probablemente obedeciendo al alto número de pacientes en 3.ª línea. Perú debería realizar un análisis de las oportunidades para optimizar precios de compra a nivel local, utilizar opciones más seguras que el d4T y enfatizar medidas de mejora de la adherencia a los antirretrovirales para alargar la vida media de los esquemas de 1.ª línea y contener el paso a 2.ª y 3ª línea.

## 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

## Referencias

(1) Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Shepherd BE, Wehbe F, Cesar C, Cortés C, Padgett D, Koenig S, Gotuzzo E, Cahn P, McGowan C, Masys D, Sierra-Madero J; CCASAnet Team. Cross-sectional analysis of late HAART initiation in Latin America and the Caribbean: late testers and late presenters. *PLoS One*. 2011;6(5)

## 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 estos documentos.