

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

PARAGUAY

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

Índice de desarrollo humano: Paraguay/LAC, 2009	0,651/0,72
Estimado de Personas con VIH (2010)	12 449
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	32%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,3%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,2%
Prevalencia VIH hombres 15-24(2009)	0,2%

Fuente: UNAIDS 2010. PRONASIDA, Paraguay, 2012. Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	53% [30-89]	66% [38-→95%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		46% (notificado por el país: 53%)
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Paraguay/ LAC		24,8/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención (1)		38%

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

Tratamiento

En el año 2010, Paraguay notificó 2962 pacientes en TAR, de los cuales 177 eran niños y un 34% eran mujeres. El número notificado de pacientes que iniciaron TAR fue 786 para el 2010, con un incremento neto de 889 pacientes entre el 2009 y el 2010 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 76,8% estaban en 1.ª línea, el 22,6% estaban en 2.ª línea y el 0,6% en 3.ª línea (figura 2). El número de pacientes que pasó de 1.ª a 2.ª línea de tratamiento en 2010 fue 150, lo que supuso una tasa de cambio anual de 5,2%.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010

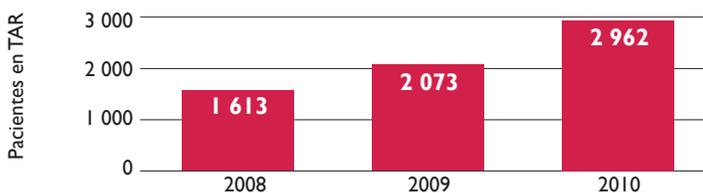
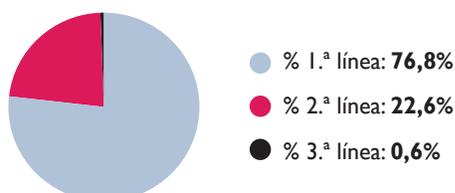


Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento



Provisión de servicios

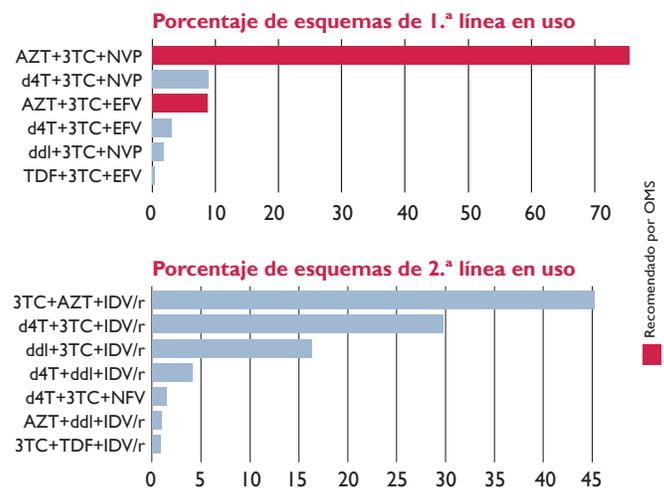
Para el 2010, Paraguay contaba con 7 establecimientos públicos que proveían TAR, lo que resultó en una media de 423 pacientes en TAR por establecimiento.

Calidad de servicios y uso racional de ARV

Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)	12
Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	85%
Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)	11
Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS	%
Episodios de desabastecimiento (n°)	0
Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)	1
Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR	---
Retención a 12 meses de inicio de TAR	82%
Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)	1,7

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



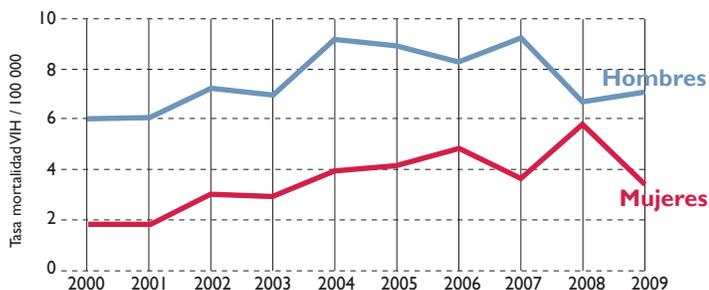
Coinfección TB-VIH

En el 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue del 32%. De ellos, el 18% dio positivo, lo que se tradujo en 99 pacientes con coinfección TB-VIH y 10 muertes por TB-VIH.

Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000-2009, aunque con una curva con tendencia quebrada, se observa un alza en la mortalidad por VIH con una baja en el último año a dos años, según sexos (figura 4).

Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo

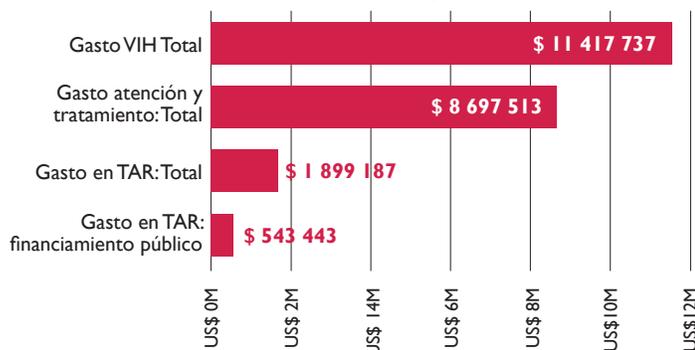


Gasto

En el año 2010, el gasto nacional en salud fue de US\$ 1556 millones, de los que el 48% fue gasto público, es decir US\$ 751 millones. El gasto público en salud representó el 4,2% del PIB.

El gasto anual público en VIH para el año 2009 aparece en la figura 5. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 1 899 187, del cual el financiamiento fue público en un 29%. El gasto en ARV supone el 0,3% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 916.

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



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Paraguay cuenta con el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 20 822 355. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 31 de agosto del 2014, aunque podría prorrogarse 3 años más. Presenta proyectos en fase 1 y 2. Cabe resaltar que durante el periodo 2011-2012, el Estado, a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, financia el 85% del presupuesto para la adquisición de antirretrovirales, reactivos y otros (esta cifra en el 2009 era del 29%) y el Fondo Mundial financia el 14%.

Análisis y conclusiones

Paraguay presenta una tasa de realización de prueba por debajo de la media regional y con diferencias de realización de prueba entre mujeres y hombres (de 1 a 9) y un acceso tardío a la atención en un porcentaje significativo, principalmente también en varones. Por ello, se está implementando la nueva estrategia de oferta activa de prueba de VIH a todo usuario de servicios de salud.

En relación al tratamiento, se observa un porcentaje alto de pacientes en 2.ª línea. Ante el uso de ARV de mayor toxicidad como el d4T (en un 10% de los casos) u obsoletos como el indinavir, el PRONASIDA ha retirado el indinavir/ritonavir de circulación a partir de enero del 2012 siendo reemplazado por lopinavir/ritonavir. Existen oportunidades de optimización en 2.ª línea al presentar un alto número de esquemas. La mortalidad se mantiene en tasas bajas aunque sin disminuciones significativas. El país ha avanzado ostensiblemente en asegurar la sostenibilidad del tratamiento mediante la financiación pública de ARV en un alto porcentaje (85%) desde cifras del 29% en 2009.

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, préstamos, 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

Referencias

(1) Programa Nacional VIH Paraguay. Informe epidemiológico sobre VIH y sida y sostenibilidad del acceso universal en VIH/SIDA en el Paraguay; 2011

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.