

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

## URUGUAY

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

|                                                       |                    |
|-------------------------------------------------------|--------------------|
| Índice de desarrollo humano: Uruguay/LAC, 2009        | 0,773/0,72         |
| Estimado de Personas con VIH (2009)                   | 9900 [8400-12 000] |
| % estimado de personas con VIH que son mujeres (2009) | 31%                |
| Prevalencia de VIH (15-49) (2009)                     | 0,5%               |
| Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)                  | 0,2%               |
| Prevalencia VIH hombres 15-4 (2009)                   | 0,3%               |

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

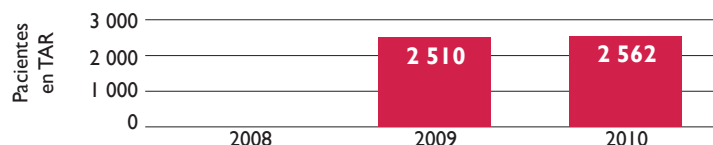
|                                                                   | 2009         | 2010                                         |
|-------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------|
| Cobertura TAR                                                     | 58% [37->95] | 71% [32-95%];<br>notificado por el país: 52% |
| Embarazadas con prueba de VIH (%)                                 |              | 72%                                          |
| Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Uruguay/ LAC |              | no disponible/ 81,2                          |
| % CD4<200 al inicio de la atención (I)                            |              | 45,2%                                        |

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

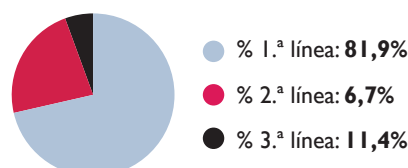
### Tratamiento

En el 2010, Uruguay cuantificó 2562 pacientes en TAR, de los cuales 124 eran niños y un número indeterminado eran mujeres. El número de pacientes que iniciaron TAR fue 210 para el 2010. El incremento neto entre el 2009 y el 2010 fue de 52 pacientes (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 71,5% estaban en 1.ª línea, el 23,0% estaban en 2.ª línea y el 5,6% 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 152, lo que supuso una tasa de cambio anual de 5,72%.

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



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



### Provisión de servicios

Para el 2010, Uruguay contaba con 5 establecimientos públicos que ofrecían TAR. Esto resultó en una media de 512 pacientes en TAR por establecimiento.



**Organización Panamericana de la Salud**  
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

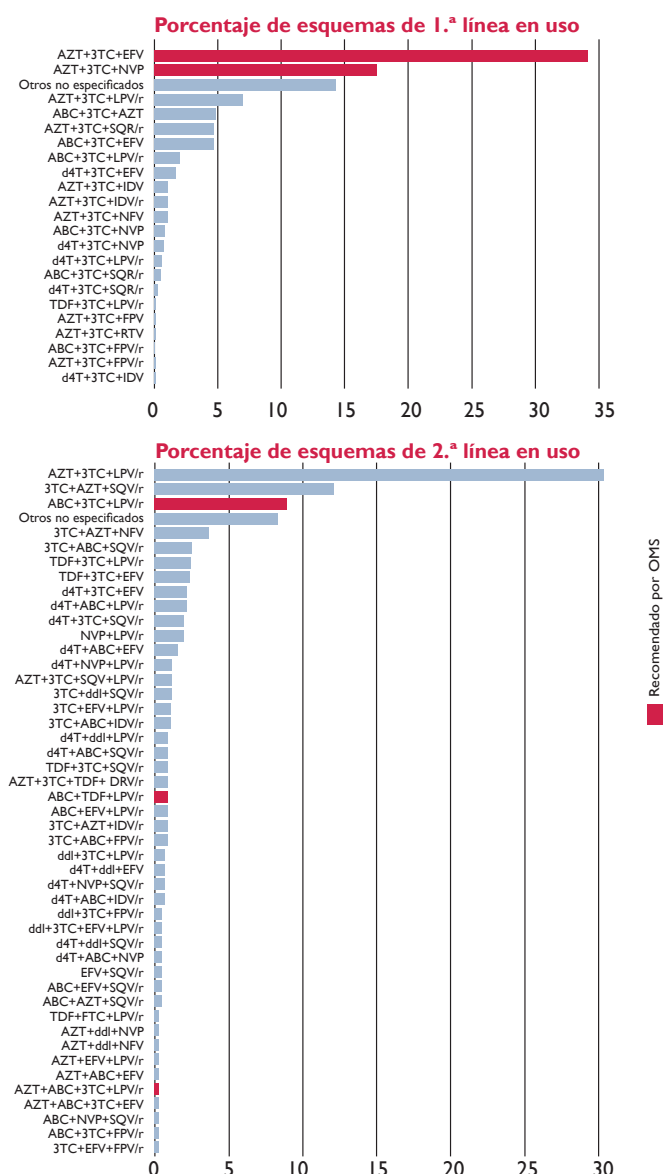


### Calidad de servicios y uso racional de ARV

|                                                          |     |
|----------------------------------------------------------|-----|
| Total esquemas de TAR para adultos (1.ª línea)           | 26  |
| Adultos en 1.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS | 52% |
| Total esquemas de TAR para adultos (2.ª línea)           | 47  |
| Adultos en 2.ª línea TAR con esquema recomendado por OMS | 33% |
| Episodios de desabastecimiento (n°)                      | 1   |
| Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)            | --- |
| Pacientes perdidos en el 1.º año de TAR                  | --- |
| Retención a los 12 meses de inicio de TAR                | 86% |
| Pruebas de carga viral por paciente en TAR/año (media)   | 2,4 |

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**



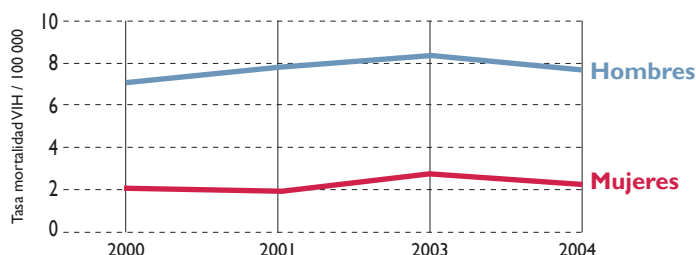
## Coinfección TB-VIH

En el año 2010, se ofreció y realizó la prueba de VIH al 89% de los pacientes con TB. De ellos, el 17% dio positivo, lo que se tradujo en 103 pacientes con coinfección TB-VIH y 34 muertes por TB-VIH.

## Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2000-2004, los valores de mortalidad siguieron un patrón ligeramente creciente en ambos sexos (figura 4).

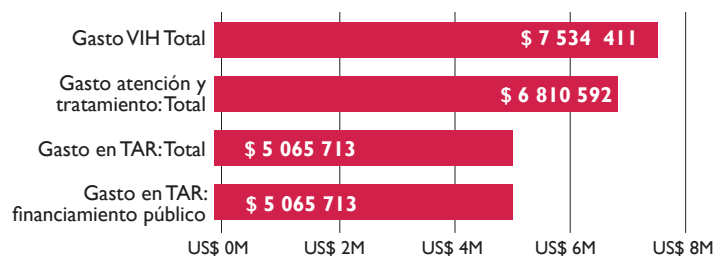
**Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo**



## Gasto

En el año 2009, el gasto nacional en salud fue de US\$ 3038 millones, de los que el 46% fue gasto público, es decir US\$ 1410 millones. El gasto público en salud, expresado como porcentaje del PIB, fue del 4,5%. El gasto anual público en VIH para el año 2007 aparece en la figura 5. El gasto en antirretrovirales fue de US\$ 5 065 713, del cual el financiamiento fue público en un 100%. El gasto en ARV supone el 0,4% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 2358.

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



## Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

El país cuenta con el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de la subvención activa de US\$ 3 800 876. La propuesta no incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finaliza el 14 de diciembre del 2022, aunque podría prorrogarse 3 años más.

## Análisis y conclusiones

Uruguay ha presentado un aumento importante en la cobertura antirretroviral y un gran esfuerzo en identificar nuevas infecciones, con un porcentaje alto de realización de prueba en mujeres embarazadas y personas con tuberculosis. La atención se brinda en pocos centros de atención, lo que facilita un buen monitoreo virológico, y una retención a 12 meses moderadamente alta. La mortalidad no ha mostrado descensos importantes, aunque se mantienen tasas estandarizadas bajas.

Actualmente, el país no depende de fondos externos para la respuesta al VIH. En Uruguay el Programa asegura el acceso a todos los fármacos que sean necesarios, para lo cual invierte en medicamentos más de la mitad del gasto en VIH. Por ello, preocupa la gran variedad de esquemas en uso, la alta tasa de cambio anual de 1.ª a 2.ª línea y el alto número de pacientes en esquemas de 3.ª línea. Estos factores podrían explicar el alto costo por paciente y pueden comprometer la sostenibilidad del programa a mediano o largo plazo. Asimismo se identifican importantes oportunidades para optimizar el gasto en antirretrovirales. Un mayor alineamiento con las líneas de tratamiento recomendadas por la OMS, el abandono de fármacos con mayor perfil de toxicidad o menor eficacia como d4T o indinavir, un mayor uso de esquemas combinados y la reducción del uso de inhibidores de proteasa en 1.ª línea son algunas de estas oportunidades. El país está realizando las recomendaciones para el plan de abandono y sustitución del Nelfinavir.

## 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/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) Cotel A, Cabrera S, Savio E. Situación epidemiológica y etapa diagnóstica de la infección por VIH en el Uruguay durante el año 2007. Congreso Uruguayo de Infectología, 2-3 Octubre, 2009. Resumen No. 006.

## 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.