

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

GUATEMALA



Provisión de servicios

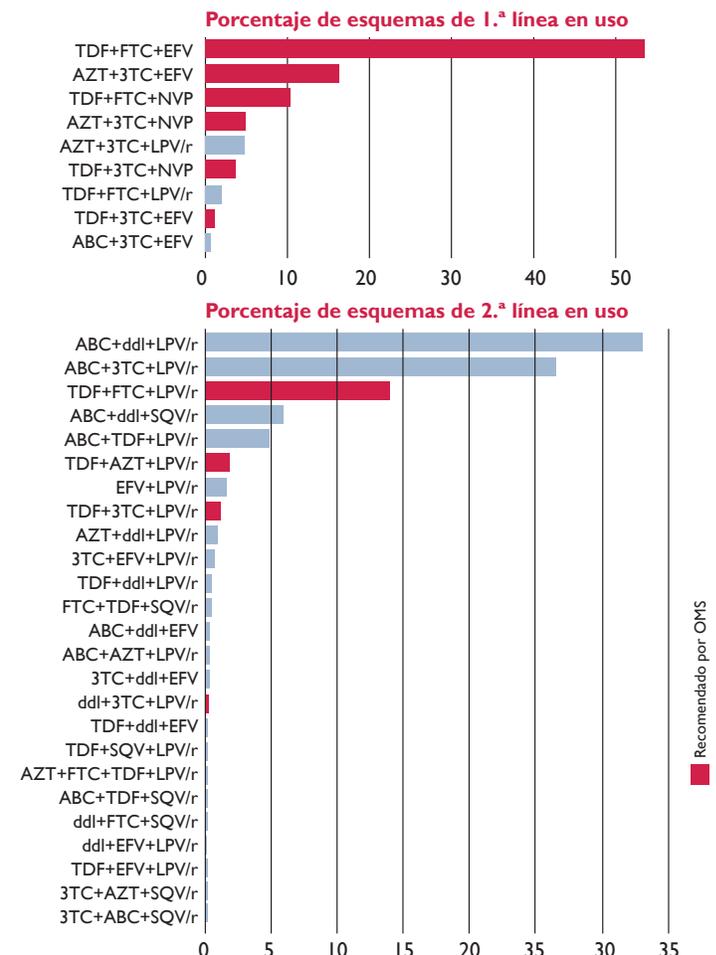
En el 2010, Guatemala contaba con 16 establecimientos públicos que proveían TAR. Una media de 753 pacientes por establecimiento recibió TAR.

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 (n°)	2
Episodios de riesgo de desabastecimiento (n°)	3
Pacientes perdidos en el 1er 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



Indicadores de desarrollo, de la epidemia delVIH y de su respuesta

Índice de desarrollo humano: Guatemala/LAC, 2009	0,569/0,72
Estimado de personas con VIH (2009)	62 000 [47 000-82 000]
% estimado de personas con VIH que son mujeres (2009)	32%
Prevalencia de VIH (15-49) (2009)	0,8%
Prevalencia VIH mujeres 15-24 (2009)	0,3%
Prevalencia VIH hombres 15-24 (2009)	0,5%

Fuente: UNAIDS 2010, Informe de Desarrollo Humano, PNUD

	2009	2010
Cobertura TAR	51% [31->95]	53% [23-89%]
Embarazadas con prueba de VIH (%)		21%
Tasa realización de prueba de VIH/1000 habitantes en Guatemala/ LAC		32/ 81,2
% CD4<200 al inicio de la atención		no disponible

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

Tratamiento

Guatemala notificó 12 053 pacientes en TAR en el 2010, de los cuales 661 eran niños y un 42% mujeres. El número notificado de pacientes iniciados en TAR fue de 1059 para el 2010, con un incremento neto de 1691 pacientes entre el 2009 y el 2010 (figura 1). Entre los pacientes en tratamiento, el 91,1% estaban en 1.ª línea, el 8,6% estaban en 2.ª línea y el 0,3% 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 76, lo que supuso una tasa de cambio anual de 0,9%.

Figura 1 Pacientes en tratamiento antirretroviral 2008-2010

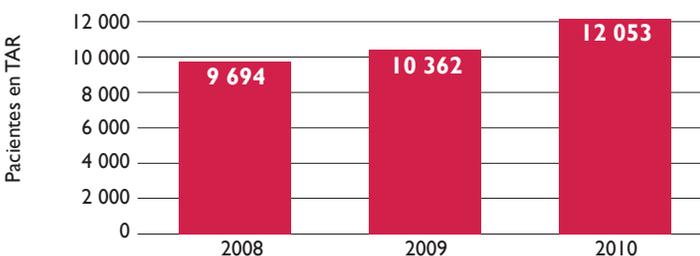
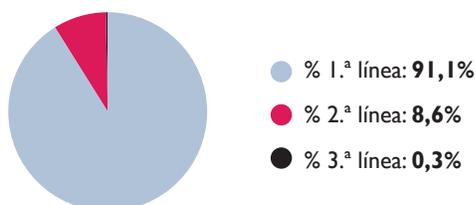


Figura 2 Porcentaje de pacientes por línea de tratamiento



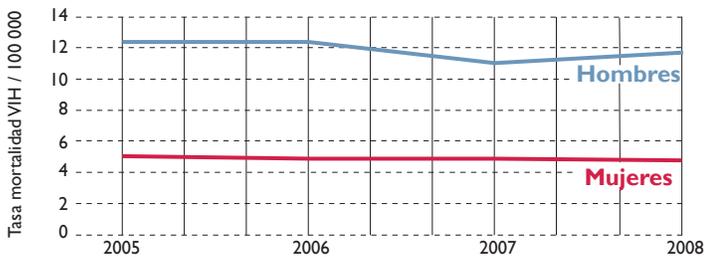
Coinfección TB-VIH

En el año 2010, el porcentaje de pacientes con TB con prueba de VIH realizada fue de 63%. De ellos, un 15% dio positivo, lo que se tradujo en 350 pacientes con coinfección TB-VIH. No se dispone de información sobre el número de muertes por TB-VIH.

Mortalidad por VIH

Durante el periodo 2005-2008, la tasa de mortalidad por VIH descendió ligeramente en varones y se mantuvo estable o ligeramente descendente en mujeres (figura 4).

Figura 4 Tasa estandarizada de mortalidad por VIH por sexo

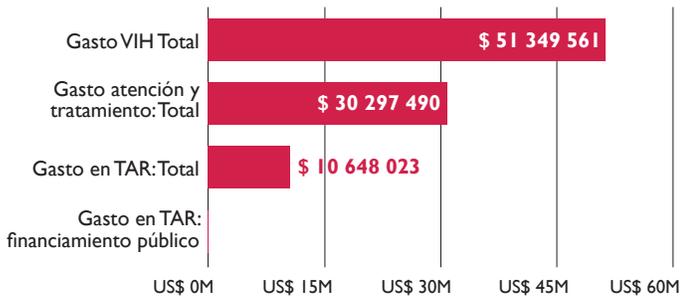


Gasto

El gasto nacional en salud en el año 2010 fue de US\$ 2364 millones, de los que el 37% fue gasto público, es decir US\$ 871 millones. El gasto público en salud representó el 2,1% del PIB.

El gasto anual público en VIH para el año 2008 aparece en la figura 5. En el 2008, el gasto en antirretrovirales fue de US\$ 10 648 023, del cual el financiamiento fue público en un 60%. El gasto en ARV supuso el 1,2% del gasto público en salud. El gasto por paciente en TAR se estimó en US\$ 1098.

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



Financiamiento externo: Fondo Mundial (FM)

Guatemala tiene el apoyo del Fondo Mundial para su respuesta al VIH. El valor de las subvenciones activas es de US\$ 24 232 977. La propuesta actualmente financiada incluye un componente TAR. Dicho financiamiento finalizará el 30 de septiembre del 2013, aunque podría prorrogarse 3 años más. Alrededor del 40% de la financiación de ARV es a través del FM. Tras esta 1.ª fase, Guatemala podrá renegociar la subvención del FM en la fase 2 del proyecto.

Análisis y conclusiones

Se observa un bajo nivel de realización de prueba de VIH. El programa nacional está actualmente revisando las cifras de pacientes en tratamiento y calculan que los valores actuales están en torno a los 9000 pacientes en lugar de 12 000. Esto se debe a la inclusión en las cifras

previas de los pacientes a los que se le habían dado ARV para profilaxis, por ello los nuevos inicios de tratamiento son menores que el incremento neto de pacientes en TAR. Asimismo, es posible que el porcentaje de mujeres en TAR que sea menor del 42% ya que aquí en años anteriores se había contado también mujeres que reciben profilaxis ARV.

La tasa de cambio anual de 1.ª a 2.ª línea es baja. Existe una alta disparidad de regímenes de 2.ª línea y solo el 15% de los esquemas de 2.ª línea siguen las recomendaciones de la OMS. La amplia variedad de esquemas en uso genera una gran presión sobre el sistema de salud, lo cual ha podido contribuir a los episodios de desabastecimiento notificados en el 2010. Hay un ligero descenso en la tasa de mortalidad por VIH en estos últimos años, pero únicamente se tienen datos a partir del año 2005. Es posible que el mayor descenso en la mortalidad ocurriera en los años anteriores a esta fecha. Guatemala compra ARV a través del fondo estratégico de la OPS y también realiza compras locales. Diversos estudios han notificado precios locales mayores que los precios de referencia internacional. Guatemala ya está trabajando para reducir la dependencia de la financiación externa de antirretrovirales (i.e Fondo Mundial), planificando que la financiación de ARV sea 100% pública a partir del 2016. En el 2008, el porcentaje de financiación pública era de 60%.

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 US\$* 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; 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 estos documentos.