

2014

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

MENSAJES CLAVE

- El número de personas que reciben tratamiento antirretroviral (TAR) en América Latina y el Caribe (ALC) sigue aumentando y había llegado a unas 795.000 personas a fines del 2013. Esto indica que 44% [34%-50%] de todas las personas con infección por el VIH en América Latina y el Caribe están recibiendo un tratamiento que salva vidas. Además, se calcula que el porcentaje de niños (0-14 años) con infección por el VIH en TAR es de 51% [38%-63%].
- Los países de la región han adoptado metas programáticas ambiciosas pero factibles al 2020 para guiar la respuesta regional al VIH después del 2015: se habrá efectuado el diagnóstico de 90% de las personas con infección por el VIH; recibirán el TAR 90% de las personas aptas para la terapia antirretroviral; en 90% de los pacientes en terapia antirretroviral se observará una supresión de la carga viral. También se incluyó otra meta: reducir el diagnóstico tardío (<200 células CD4) a menos de 10% en personas con diagnóstico reciente.
- A nivel regional, se calculó que en el 2013 alrededor de 71% de las personas con infección por el VIH conocían su estado serológico, 56% de los pacientes que cumplen los criterios para el tratamiento estaban recibiendo terapia antirretroviral y en 77% de las personas en tratamiento se había logrado supresión de la carga viral. Además, 35% de los nuevos diagnósticos tenían un primer CD4 <200 cel./mm³.
- En el 2013, aproximadamente 71% de los pacientes en TAR recibían un esquema de tratamiento de primera línea, 24%, un esquema de segunda línea y 5%, uno de tercera línea. Esto indica que en alrededor de 29% de los pacientes ya se ha presentado un fracaso del tratamiento.
- Los países de América Latina y el Caribe han mejorado considerablemente el enfoque de salud pública en la prescripción del TAR. La mediana del número de esquemas de tratamiento usados en América Latina y el Caribe es respectivamente de 7 para el esquema de primera línea y de 9 para el de segunda línea. No obstante, el número de esquemas usados todavía es superior a entre 15 y 20 en varios países.
- En el 2013, a 79% de los pacientes que recibían el esquema de tratamiento de primera línea se les prescribía uno de los esquemas recomendados por la OMS (preferente o alternativo). En el 2013, 31% de los pacientes en el esquema de tratamiento de primera línea recibían el preferente recomendado por la OMS, TDF+3TC+EFV (18,2%) o TDF+FTC+EFV (12,4%).

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En América Latina y el Caribe, el número de pacientes en tratamiento antirretroviral (TAR) ha seguido aumentando y la Región ocupa el primer lugar en el mundo, entre los países de ingresos medianos y bajos, en cuanto a proporcionar tratamiento con antirretrovirales. En los dos últimos años, la Región ha adoptado la iniciativa Tratamiento 2.0 (T2.0) (1) y los países la han incorporado en sus programas nacionales, apoyados por las directrices nuevas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2013 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales para tratar y prevenir la infección por el VIH (2). Desde el 2012, se han llevado a cabo quince misiones conjuntas de T2.0 y los programas nacionales comenzaron a actualizar las pautas nacionales para alinearlas con las nuevas recomendaciones de la OMS e hicieron planes para la transición de los pacientes a regímenes más eficaces y menos tóxicos.

En la región, los países también han adoptado el modelo del continuo de la atención al VIH y están vigilando los hitos clave de la denominada cascada de atención y tratamiento de la infección por el VIH: el diagnóstico del VIH, la vinculación con los servicios, la retención en la atención y el acceso al tratamiento a la supresión de la carga viral (3).

En el 2012 y el 2013, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó los informes Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe (4). El informe del 2013 representó un producto de la colaboración con aliados clave en la respuesta al VIH en América Latina y el Caribe, como el Grupo de Colaboración Técnica Horizontal en América Latina y el Caribe (GCTH) y redes de la sociedad civil. El presente informe es una continuación de los informes previos y aprovecha la experiencia con el desarrollo de la iniciativa de Tratamiento 2.0 en la región

y aborda aspectos clave de los programas de tratamiento y aspectos de innovación además del monitoreo estratégico del proceso continuo de la atención prestada a la infección por el VIH.

2. FUENTES DE DATOS Y MÉTODOS

- Los datos incluidos en este informe fueron presentados por los países y territorios (que aquí se mencionan solo como “países”) de la Región a la OMS y el ONUSIDA como parte de los informes nacionales del sector de la salud de los países sobre los avances en la respuesta mundial al sida en el 2014 (GARPR) (5). También se tomaron datos de encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida de la OMS (AMDS, por sus siglas en inglés) sobre el uso de medicamentos antirretrovirales informado por los organismos competentes de cada país a la OPS/OMS, y datos de fuentes secundarias publicadas.
- La información sobre la escasez de droga se obtuvo a partir de:
 - Informes nacionales sobre la respuesta del sector de la salud a la infección por el VIH/sida, que contenían el número y porcentaje de establecimientos que dispensan ARV e incluían al menos un episodio de escasez de suministros.
 - Las encuestas de la OMS sobre el uso de ARV que informan el número de casos de escasez y sus causas.
- Los datos sobre infecciones nuevas provienen del ONUSIDA.
- Los datos sobre las adquisiciones de antirretrovirales provienen del Fondo Estratégico de la OPS.
- Se calculó la cobertura regional del tratamiento antirretroviral en personas que satisfacen las condiciones requeridas para el tratamiento a partir del supuesto de que 80% del número calculado de personas con infección por el VIH reúnen

los requisitos para el TAR conforme a las recomendaciones nuevas de la OMS en el 2013. Además, también se calculó la proporción del total de personas con infección por el VIH que están en tratamiento antirretroviral, basada en los cálculos del ONUSIDA provenientes de los calculados de la herramienta Spectrum para América Latina y el Caribe.

3. RESULTADOS

3.1. POLÍTICAS

Se han instaurado múltiples políticas con respecto a los criterios acerca de la iniciación del TAR y los esquemas de TAR recomendados en América Latina y el Caribe (figura 1, cuadro 1 del apéndice).

• Valor de corte de linfocitos CD4/mm³ para la iniciación del TAR

- En la actualidad, en la mayoría de los países (23 de los 33 países que notifican) se recomienda la iniciación del TAR con 500 linfocitos CD4/mm³, mientras que 8 países recomiendan la iniciación del tratamiento con 350 CD4/mm³ y 1 país, con 200 CD4/mm³.
- Un país promueve actualmente la iniciación del TAR independientemente del recuento de linfocitos CD4 (Brasil).

• Iniciación del TAR en poblaciones específicas

- En el caso de las personas coinfectadas con tuberculosis activa, la mayoría de los países actualmente recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de linfocitos CD4/mm³ (29 de los 30 países que notifican).
- En las personas coinfectadas con hepatitis B, una cantidad levemente menor de países pero todavía la mayoría actualmente recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de linfocitos CD4/mm³ (24 de los 28 países que notifican).

- En las parejas serodiscordantes, un número menor de países, pero todavía la mayoría, actualmente recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4/mm³ (21 de los 33 países que notifican).

• TAR en los niños

- La iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4/mm³ actualmente es recomendada para los niños menores de 1 año en 9 países, para los menores de 2 años en 9 países y para los menores de 5 años en 9 países.
- La iniciación del TAR para menores de 3 años con esquemas basados en lopinavir/ritonavir actualmente se recomiendan en solo 14 de los 17 que notifican datos.

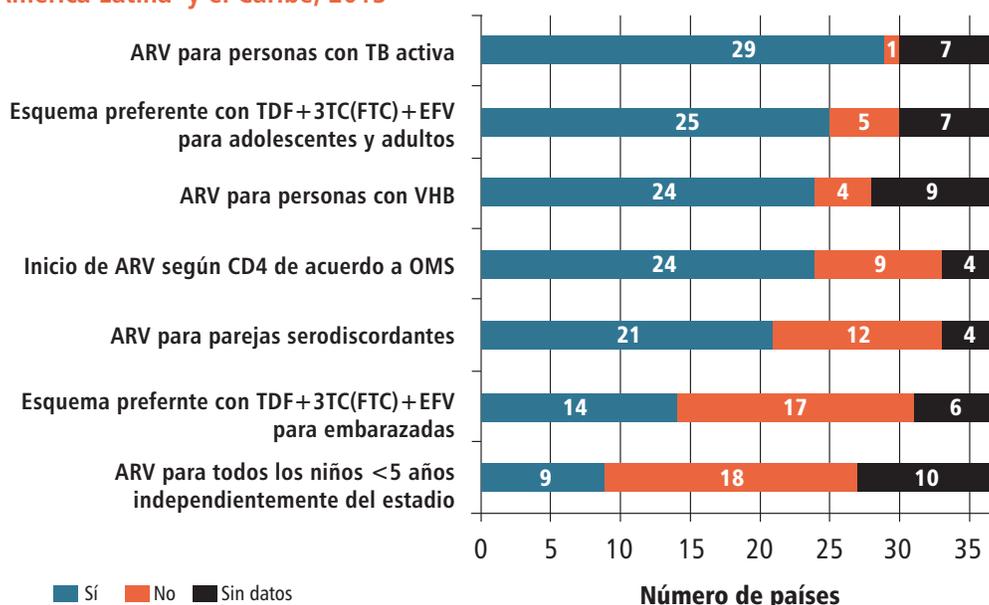
• TAR en las embarazadas

- La iniciación de TDF + 3TC (o FTC) + EFV como esquema preferente para las embarazadas y las mujeres que amamantan se recomienda en 14 de los 31 países que notifican datos.
- La opción B+ (definida como tratamiento con antirretrovirales durante toda la vida recomendada por la OMS para todas las embarazadas seropositivas al VIH) actualmente se recomienda en la mayoría de los países (30 de los 35 que notifican). Los restantes 5 países proporcionan la opción B (definida como tratamiento con antirretrovirales durante el embarazo y la lactancia materna).

• Iniciación del TAR en adultos y adolescentes con el esquema preferente de la OMS

- Se recomienda la iniciación del tratamiento con TDF + 3TC (o FTC) + EFV como esquema preferente para adultos y adolescentes en la mayoría de los países (25 de los 30 que notifican).

FIGURA 1. Políticas relacionada con el tratamiento de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe, 2013



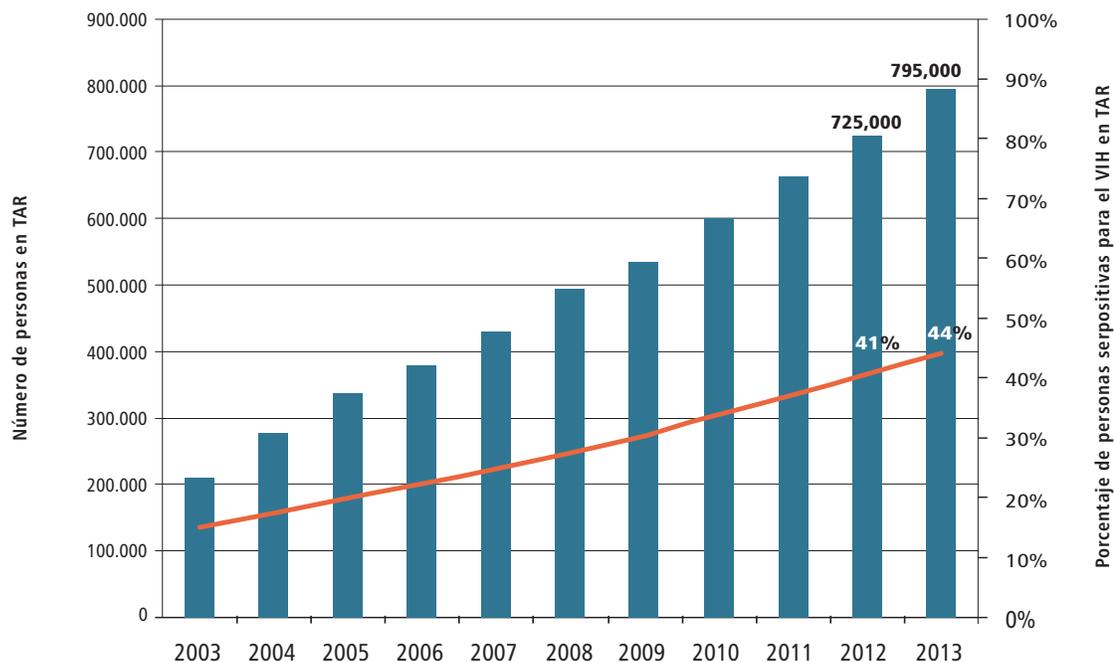
Fuente: ONUSIDA/OMS, Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2014) y comunicación directa de la OPS con los países, 2014.
 Nota: 23 países adoptaron punto de corte de CD4 de 500 cel./mm³; 1 país inicia TAR independientemente del recuento de linfocitos CD4; 8 países usan el punto de corte de CD4 de 350 cel./mm³ y 1 país usa el punto de corte de CD4 de 200 cel./mm³.
 Nueve países recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4/mm³ para todos los menores de 1 año de edad, 9 países recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4/mm³ para todos los menores de 2 años de edad, 9 países recomiendan la iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4/mm³ para todos los menores de 5 años de edad.

3.2. COBERTURA DEL TAR Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

- El número de adultos y niños en TAR en América Latina y el Caribe aumentó de 725.000 en el 2012 a 795.000 en el 2013 (figura 2).
- En el 2013, 44% [34%-50%] de las personas con infección por el VIH en los países de ingresos bajos y medianos en América Latina y el Caribe recibían TAR, un aumento de 29% con respecto al 2010 (figura 2). Además, se calcula que el porcentaje de niños (de 0 a 14 años) con infección por el VIH que recibían TAR era de 51% [38%-63%].
 - En América Latina, 45% [33%- 49%] de las personas con VIH recibían TAR en el 2013. Específicamente, la cobertura del tratamiento abarcaba a 64% [42%-84%] de los niños, en comparación con 44% [33%-50%] de los adultos.

- En el Caribe, en los siete países que informan, solo 24% [20%-28%] de los niños estaban cubiertos, en comparación con 42% [37%-47%] de los adultos. Este porcentaje bajo de niños en TAR se debe a que algunos países informan una cobertura muy baja en los niños, como República Dominicana (28% [12%-30%]) y Haití (20% [17%-23%]).
- A pesar de los considerables aumentos de la cobertura del TAR con el transcurso del tiempo, el número de defunciones no ha disminuido notablemente y el número de infecciones nuevas por el VIH ha permanecido relativamente estable (figura 3). Esto destaca la necesidad de conocer mejor la epidemiología de esta situación a fin de asegurar que la prevención siga un enfoque de combinación, se promueva el diagnóstico y el acceso al TAR tempranos y se trabaje para cerrar la brecha entre quienes necesitan el tratamiento y los que ya lo reciben.

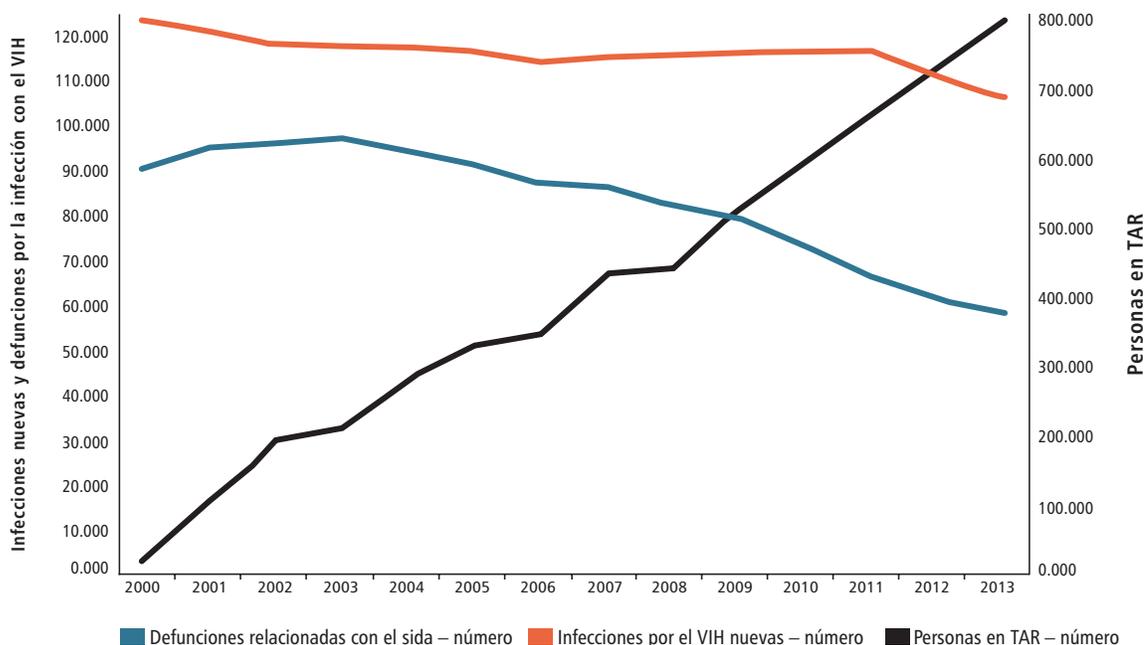
FIGURA 2. Número y porcentaje de adultos y niños seropositivos para el VIH que recibían TAR en América Latina y el Caribe, 2003-2013



Fuente: OMS, Informes hacia el acceso universal, 2005-2014; OPS, Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, informe del 2013.

Nota: El número de personas en tratamiento en todos los años incluye países de ingresos bajos, medianos y altos de la región. El porcentaje de personas en tratamiento incluye datos de los países de ingresos bajos y medianos en América Latina y el Caribe.

FIGURA 3. Cálculo de infecciones por el VIH nuevas, muertes relacionadas con el sida y personas en TAR en América Latina y el Caribe, 2000-2013



Fuente: 2014 UNAIDS Gap Report: HIV estimates, 200-2013 y ONUSIDA/OMS, Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2014).

Nota: Los datos provienen de países de ingresos bajos, medianos y altos de América Latina y el Caribe.

3.3. NUEVAS METAS REGIONALES EN RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR EL VIH: LAS METAS 90-90-90 Y LA CASCADA DEL CONTINUO DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH

Del 26 al 28 de mayo del 2014, se celebró en la ciudad de México el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH. El tema abordado fue *Del diagnóstico al tratamiento efectivo: optimizando las etapas en el continuo de atención*, con la intención de contribuir a la expansión y sostenibilidad de la respuesta a la infección por el VIH y, en particular, la atención integral por medio de asociaciones entre programas nacionales, servicios de salud, médicos clínicos y representantes de la sociedad civil. El Foro contó con la presencia de más de cien personas de 26 países e incluyó a representantes de programas nacionales relacionados con el VIH/sida, científicos, académicos y expertos en la infección por el VIH, integrantes de la sociedad civil y las diferentes organizaciones colaboradoras y patrocinadores del evento (Secretaría de Salud de México, Gobierno de Brasil, Grupo de Colaboración Técnica Horizontal [GCTH], la organización Aids Healthcare Foundation [AHF], la Asociación Internacional de Médicos en la Atención del Sida [IAPAC, por sus siglas en inglés], el Gobierno de los Estados Unidos [el PEPFAR, la USAID y los CDC], la Alianza Pan Caribeña contra el VIH/Sida [PANCAP], el ONUSIDA [Equipo Regional de Apoyo para América Latina y el Caribe] y la OPS/OMS).

Durante ese foro los participantes acordaron nuevas metas programáticas ambiciosas pero factibles (llamadas “90-90-90”) para guiar la respuesta regional al VIH después del 2015: a 90% de las personas con infección por el VIH se les habrá diagnosticado la infección; 90% de los pacientes aptos para el tratamiento recibirán la terapia antirretroviral; en 90% de los pacientes en tratamiento antirretroviral se habrá producido la supresión viral. Los participantes en el foro también propusieron que los países definieran metas nacionales basadas en las regionales (90-90-90) a fin de ampliar el tratamiento y cuidados de la infección por el VIH y para usar estas metas como herramientas de abogacía política.

- Con respecto a las metas 90-90-90, la situación regional basal en el 2013 es la siguiente: se calculó que 71% de las personas con infección por el VIH conocían su estado; 56% de las personas que elegibles para el tratamiento lo estaban recibiendo; y en 77% de las personas en tratamiento tenían carga viral suprimida (esta última con variaciones considerables del porcentaje según los países, entre 43% y 88%).
- Sobre la base de la cascada regional del proceso continuo de atención en el 2013, se estima que 71% de las personas con infección por el VIH son conscientes de su estado positivo al VIH, mientras que 44% actualmente reciben la terapia antirretroviral y en 34% se ha logrado la supresión de la carga viral (figura 4).

CUADRO 1. Metas regionales concernientes a la infección por el VIH para el 2020 acordadas por países de América Latina y el Caribe

METAS PARA EL 2020	OBJETIVOS REGIONALES PARA EL 2020
Cerrar la brecha de personas con infección por el VIH que no saben su diagnóstico	Porcentaje de personas con infección por el VIH que saben su diagnóstico $\geq 90\%$
Aumentar la cobertura de las personas con infección por el VIH en tratamiento antirretroviral ^a	Porcentaje de personas con VIH que satisfacen las condiciones para el tratamiento que reciben terapia antirretroviral $\geq 90\%$ ^b
Aumentar el número de personas en tratamiento con supresión de la carga viral	Porcentaje de personas en tratamiento con una carga viral suprimida $\geq 90\%$ ^{c,d}
Diagnóstico de la infección por el VIH y acceso a la atención más tempranos: reducción del porcentaje de personas con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm ³	Porcentaje $\leq 10\%$ de personas con recuentos iniciales de CD4 inferiores a 200/mm ³

Notas:

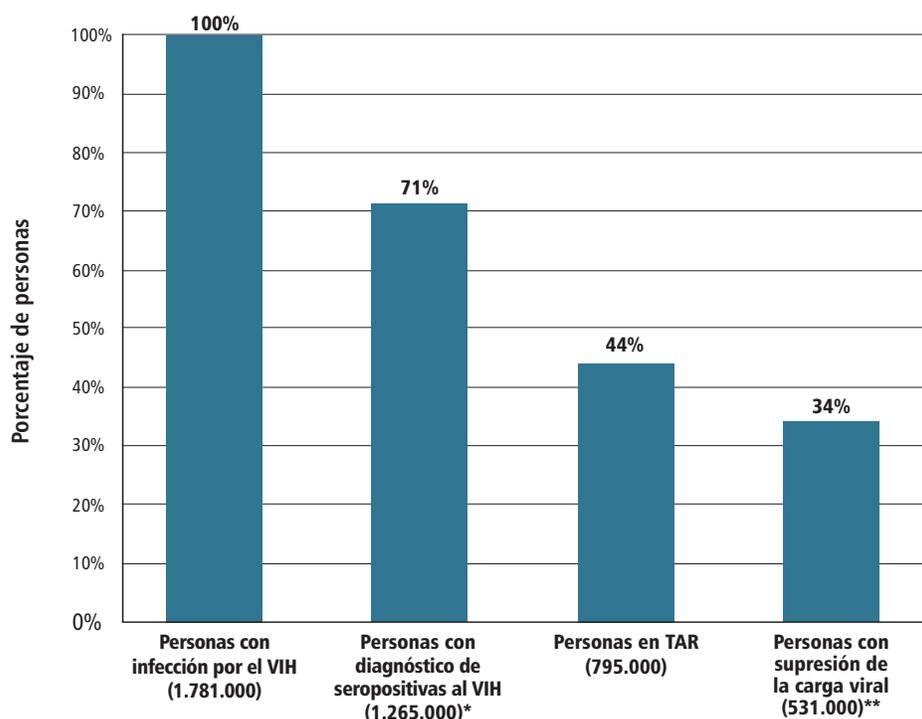
a Inclusión de una submeta para los niños: Para el 2020, 90% o más de los niños (de 0 a 14 años de edad) que satisfagan las condiciones para el TAR recibirán tratamiento con antirretrovirales.

b Las personas en TAR deben representar aproximadamente 80% del total de personas con infección por el VIH.

c Las personas con supresión de la carga viral deben representar aproximadamente 75% del total de personas con infección por el VIH.

d Supresión viral: carga viral < 1.000 copias/mm³. Un valor de corte más alto para la supresión de la carga viral, que requiere una carga viral indetectable (por ejemplo, < 50 copias) es la meta aplicada en la mayoría de países de América Latina y el Caribe.

FIGURA 4. Cascada del proceso continuo de la atención y tratamiento de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe, 2013



Fuente: OPS, 2014. Datos basados en ONUSIDA/OMS, informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2014) y en comunicaciones directas a la OPS.

Nota: Personas en TAR incluye a países de ingresos bajos, medianos y altos de América Latina y el Caribe.

* Datos de 13 países, que representan 73% del total de personas con infección por el VIH.

** Datos de 21 países, que representan 76% del total de personas en tratamiento.

3.4. CASCADAS DE LOS PAÍSES

En los últimos años, la respuesta al VIH en los países de América Latina y el Caribe ha experimentado un proceso de actualización del tratamiento de la infección por el VIH y de los programas de atención basados en los pilares de la estrategia del Tratamiento 2.0 y el monitoreo del proceso continuo de la cascada de la atención para la infección por el VIH. Durante el Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el Continuo de Atención del VIH los participantes recomendaron que los países usen la cascada del continuo de atención del VIH como herramienta para fortalecer la respuesta a la infección por el VIH.

Los países han estado mejorando sus sistemas de información y análisis de los datos para establecer sus cascadas del proceso continuo de atención a la infección por el VIH. En la figura 5 aparecen ejemplos de estos esfuerzos. Los países ahora se están concentrando en mejorar la calidad de sus sistemas de información y datos a fin de generar cálculos mejores y más exactos de estos indicadores. Las cascadas que aparecen en la figura 5 no necesariamente representan los valores nacionales finales y pueden basarse en cifras preliminares.

FIGURA 5. Ejemplos de la cascada del proceso continuo de atención y tratamiento de la infección por el VIH establecida por países de América Latina y el Caribe, 2012-2013

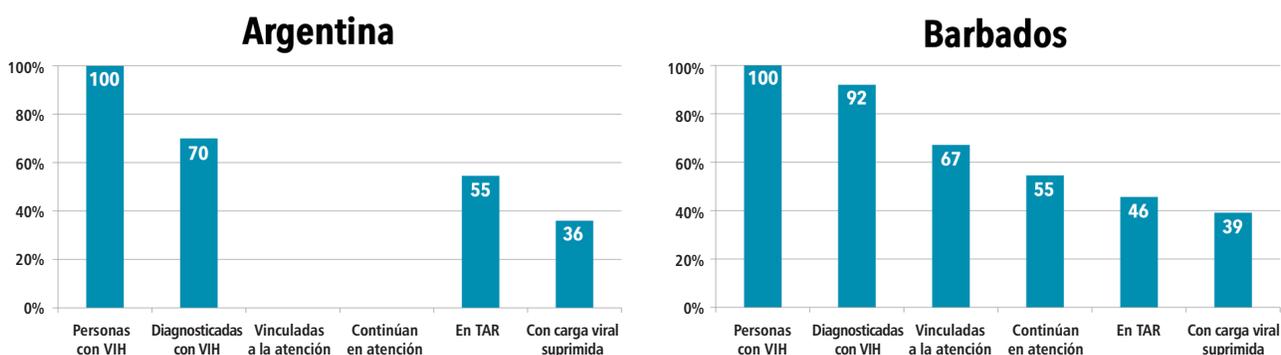


FIGURA 5, continuación

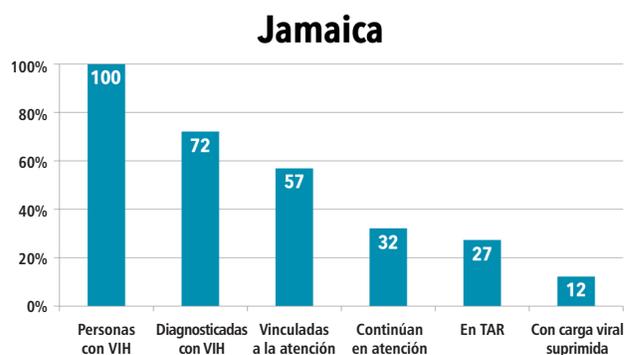
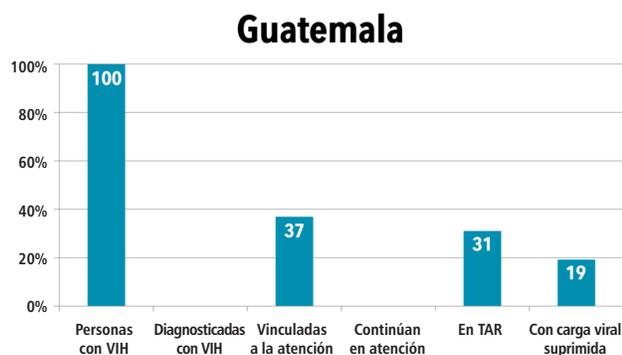
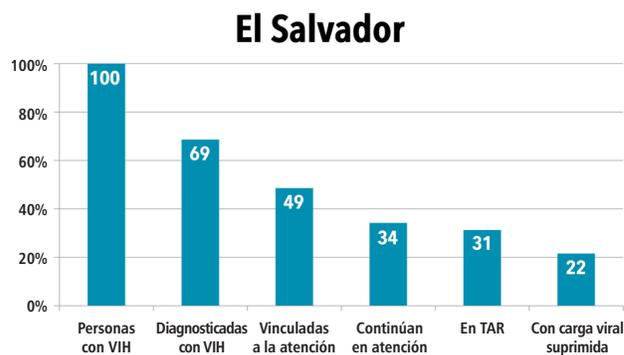
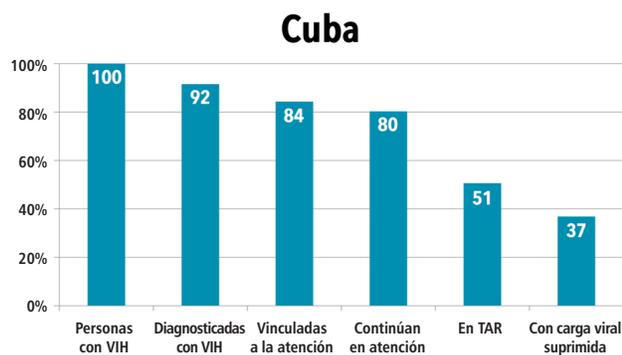
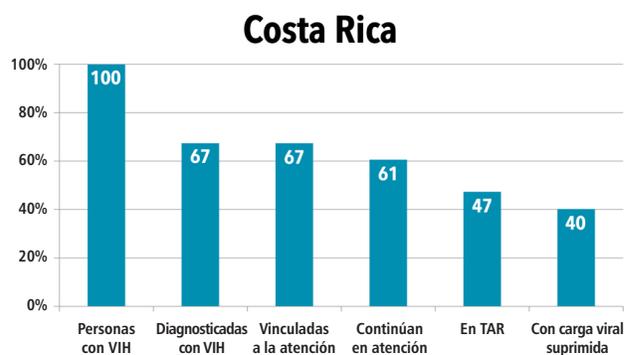
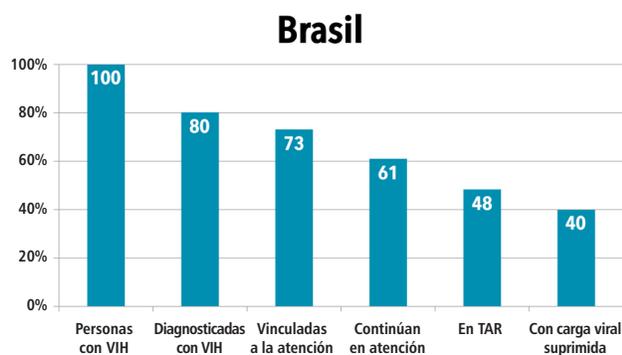
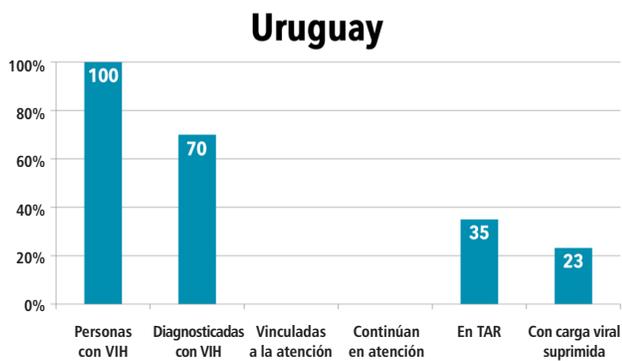
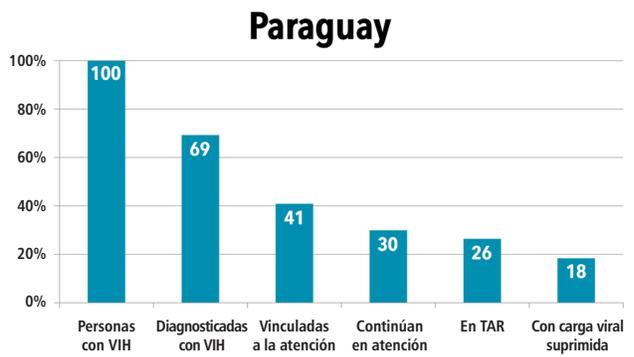
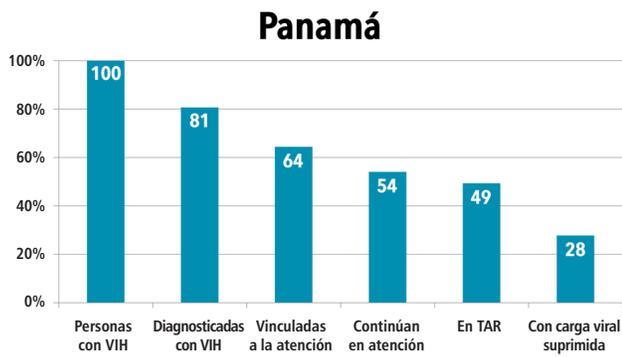
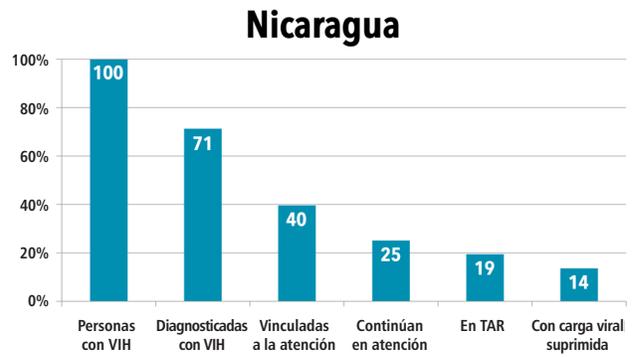
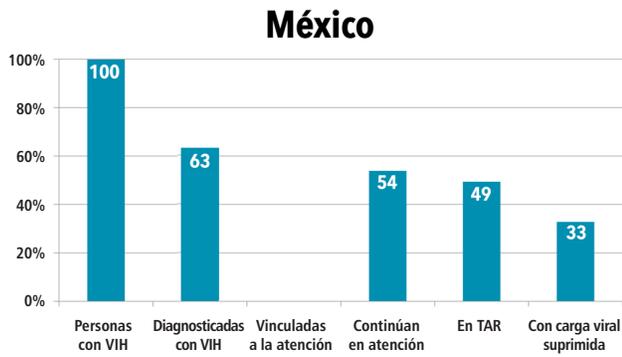


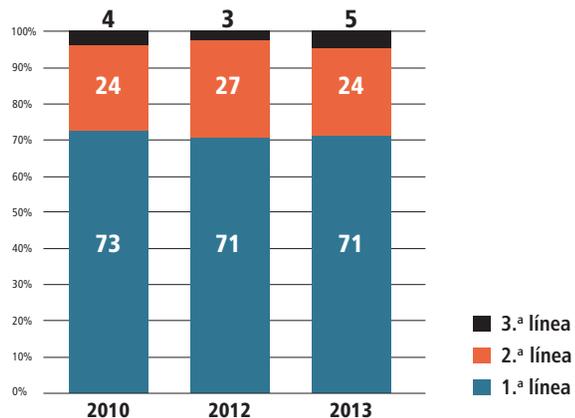
FIGURA 5, continuación



3.5. TRATAMIENTO 2.0 Y OPTIMIZACIÓN DE LOS ESQUEMAS FARMACOLÓGICOS

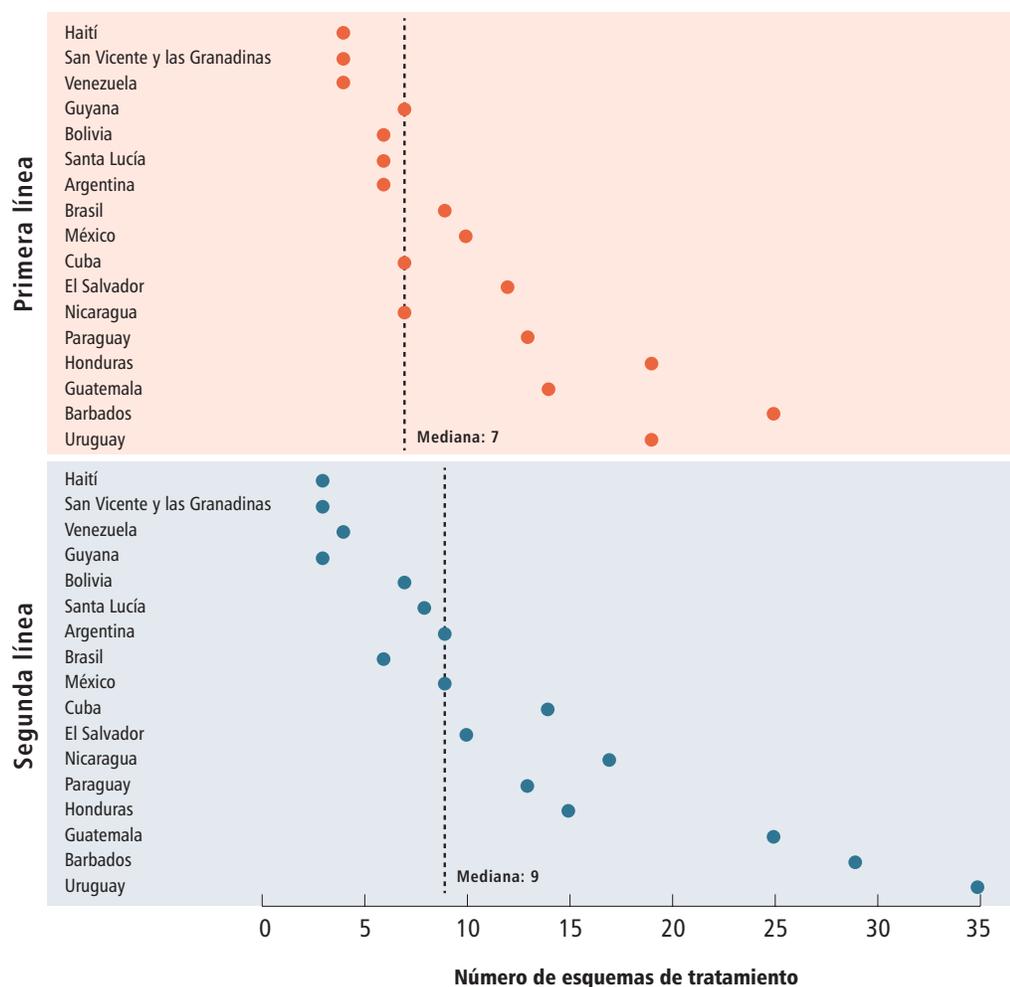
- El primer pilar de la iniciativa del Tratamiento 2.0 se refiere a la optimización de los esquemas de TAR y busca suministrar esquemas de tratamiento antirretroviral potentes, eficaces y asequibles, con una sola píldora, con toxicidad e interacciones medicamentosas mínimas y grandes barreras a la resistencia. Esto implica la actualización de las pautas nacionales con la inclusión del esquema preferente de primera línea recomendado por la OMS, un enfoque de salud pública de las prácticas de prescripción con una cantidad reducida de esquemas para el tratamiento de primera y de segunda línea, el acceso a combinaciones de dosis fijas y la eliminación de los medicamentos antirretrovirales obsoletos.
- En el 2013, aproximadamente 71% de los pacientes en TAR recibían un esquema de tratamiento de primera línea, 24%, uno de segunda línea y 5%, uno de tercera línea (figura 6). Esto indica que alrededor de 29% de los pacientes ya han experimentado un fracaso del tratamiento y probablemente tengan virus con resistencia a los fármacos.
- Los porcentajes de personas en tratamientos de primera, segunda y tercera líneas han permanecido sin cambios en el transcurso del tiempo, a pesar del considerable aumento de personas que con el paso del tiempo inician un esquema de TAR de primera línea en América Latina y el Caribe.
- En los países de América Latina y el Caribe ha mejorado notablemente el enfoque de salud pública para la práctica de prescripción del TAR. La cantidad mediana de esquemas en uso en América Latina y el Caribe es respectivamente de 7 para el tratamiento de primera línea y de 9 para el de segunda línea (figura 7). No obstante, el número de esquemas de tratamiento en uso todavía supera los 15 a 20 en varios países.
- En un subconjunto de 16 países, la comparación entre los datos del período 2010-2011 y los del 2013 muestra una reducción del 50% en la mediana de los esquemas de primera línea y una reducción del 33% en la mediana de los esquemas de segunda línea.
- Según los datos informados en el 2013 sobre el uso de medicamentos antirretrovirales, a 79% de los pacientes en tratamiento de primera línea se les prescribió uno de los esquemas (preferentes o alternativos) recomendados por la OMS; el más común fue AZT+3TC+EFV (35%) (figura 8).
- Los datos también muestran que en la práctica las prescripciones en general se restringían a los cuatro esquemas más comunes recomendados por la OMS, basados en un inhibidor no nucleosídico de la transcriptasa inversa (NNRTI) para el tratamiento de primera línea de 75,5% de los pacientes. Por lo menos 16,8% de los pacientes recibían un tratamiento de primera línea basado en inhibidores de la proteasa (PI).
- En el 2013, 31% de los pacientes en tratamiento de primera línea recibían un esquema preferente recomendado por la OMS, ya fuera TDF+3TC+EFV (18,2%) o TDF+FTC+EFV (12,4%), lo cual revela un notable aumento a partir el 2010 (figura 8). En un subconjunto de 13 países, la comparación entre los datos del período 2010-2011 (16,3%) y los del 2013 (29,7%) mostró un aumento de 82%, que se atribuye principalmente a los pacientes que iniciaron el tratamiento con esquemas preferentes recomendados por la OMS y, en menor medida, a la emigración los pacientes ya en tratamiento de primera línea al esquema preferente.

FIGURA 6. Distribución de los pacientes por línea de tratamiento con antirretrovirales en América Latina y el Caribe, 2010, 2012 y 2013



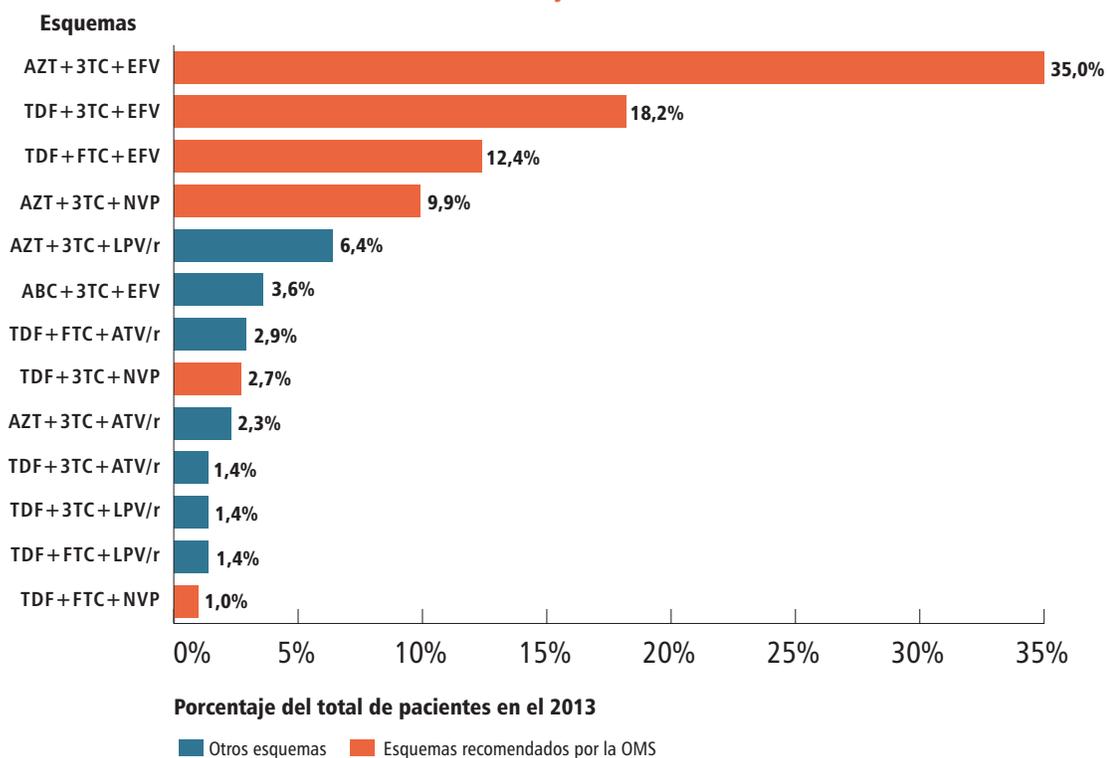
Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida de la OMS. Para el 2013, los datos se basan en 17 países, 11 de América Latina y 6 del Caribe, que representan aproximadamente 73% del total de personas en TAR en la Región.
Nota: Las cifras se han redondeado.

FIGURA 7. Número de esquemas de tratamiento: TAR de primera línea y de segunda línea en el 2013



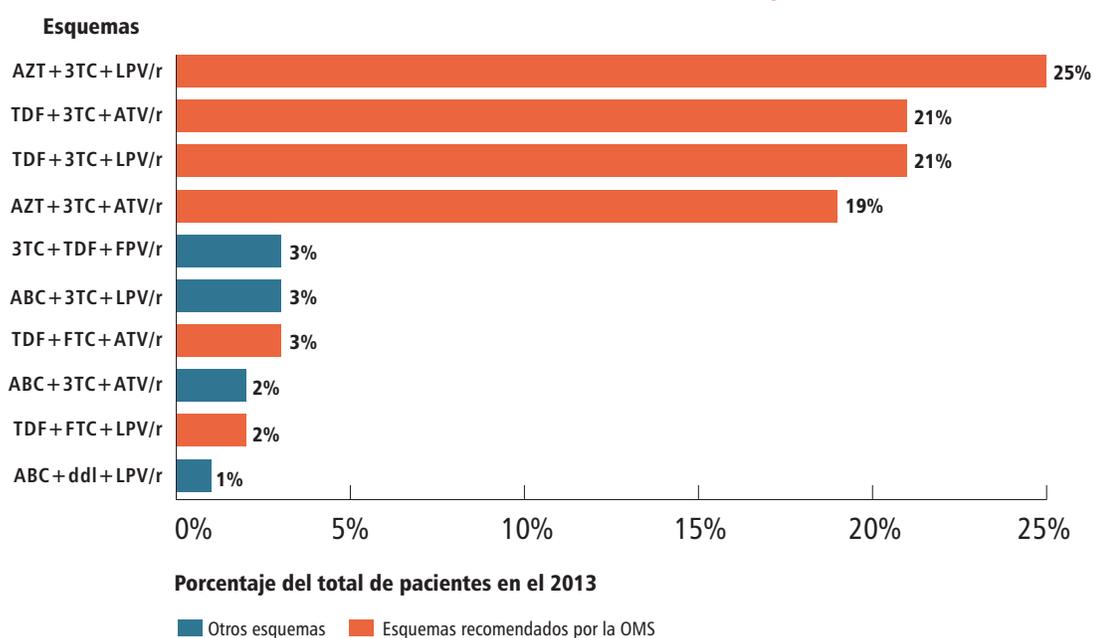
Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) de la OMS (2014).
Nota: Para el 2013, los datos se basan en 17 países, 11 América Latina y 6 del Caribe, que representan aproximadamente 73% del total de personas en TAR en la región.

FIGURA 8. Porcentaje de personas en esquemas de TAR de primera línea usados más comúnmente en América Latina y el Caribe en el 2013



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) de la OMS (2014).

FIGURA 9. Porcentaje de personas en los esquemas de tratamiento antirretroviral de segunda línea más comúnmente usados en América Latina y el Caribe, 2013



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) de la OMS (2014).

- En el 2013, el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS fue aun mayor en el caso del tratamiento de segunda línea y 91% de los pacientes recibieron esquemas de tratamiento recomendados por la OMS. En un subconjunto de 13 países, la comparación entre los datos del período 2010-2011 (44,3%) y los del 2013 (88,4%) indica un aumento de casi 100% en el cumplimiento de las recomendaciones de la OMS sobre los esquemas de tratamiento de segunda línea.
- También en el tratamiento de segunda línea, la elección de esquemas en general se restringió a los cuatro esquemas más comunes de tratamiento basados en inhibidores de la proteasa (IP) recomendados por la OMS, que fueron suministrados a 86% de los pacientes (figura 9).
- El uso de medicamentos obsoletos o no recomendados (ddI, d4T, NFV, IDV) es muy limitado en la región y llegó a <1% de las personas en TAR (0,4% de las personas en tratamiento de primera línea y 1,6% de las que recibían TAR de segunda línea) en el 2013. Aun cuando la mayoría de los países están avanzando o completando planes de eliminación gradual, en 13 todavía se prescriben uno o más medicamentos no recomendados.
- Las directrices de la OMS en el 2013 recomiendan el uso de combinaciones de dosis fijas (CDF) para el esquema preferente de tratamiento de primera línea (TDF/FTC o 3TC/EFV). Si bien no se dispone de datos regionales sobre el uso de combinaciones de dosis fijas para el esquema preferente de primera línea, el Fondo Estratégico de la OPS ha podido observar un aumento importante en la adquisición de esas combinaciones a partir del 2011 (figura 10). En el

2011, solo un país (Ecuador) adquiría CDF preferentes para el tratamiento de primera línea con un costo medio de US\$ 19,9 por frasco, mientras que en el 2014 seis países compraban esos productos a un costo medio de US\$ 11,5 por frasco.

3.6. TAR PEDIÁTRICO

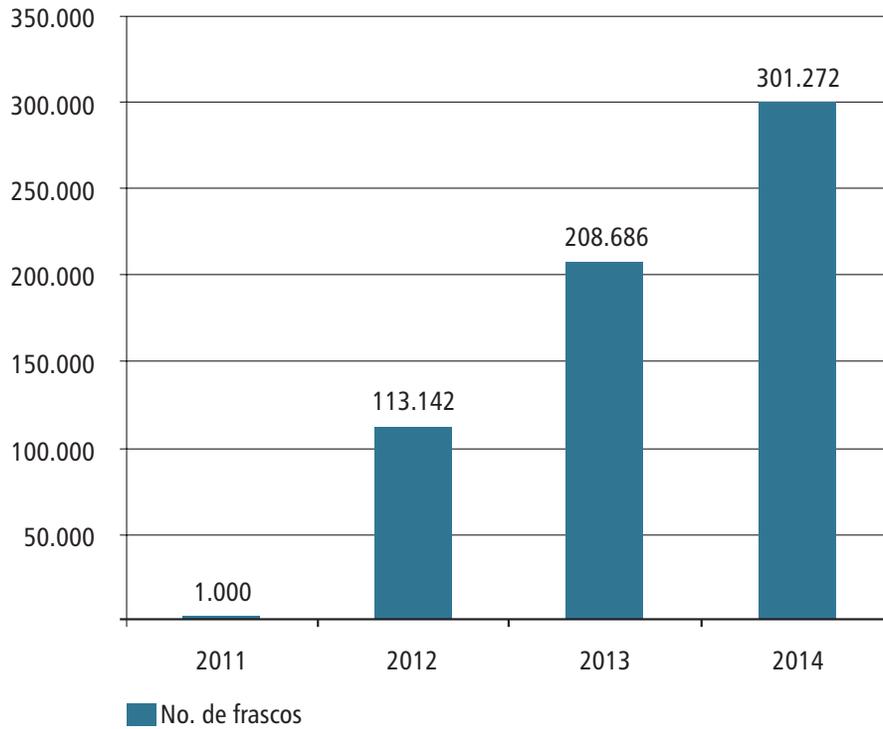
En el 2013, 26.000 niños menores de 15 años recibían TAR en América Latina y el Caribe. En comparación con los adultos y los adolescentes, la proporción de niños en tratamiento de segunda y de tercera línea es más elevada.

La práctica de prescripción de medicamentos antirretrovirales a niños indica un buen enfoque de salud pública, con una mediana de 4 esquemas para el tratamiento de primera línea y de 3 esquemas para el de segunda línea. Esto tal vez se deba también a las limitadas disponibilidad y opciones de formulaciones pediátricas en los países. El cumplimiento de las recomendaciones de la OMS para el tratamiento de primera línea fue bastante elevado, con 95,5% de los niños tratados con un esquema recomendado por la OMS, mientras que el cumplimiento de las recomendaciones para el tratamiento de segunda línea siguió siendo bajo (39%).

3.7. EPISODIOS DE DESABASTECIMIENTO DE TAR

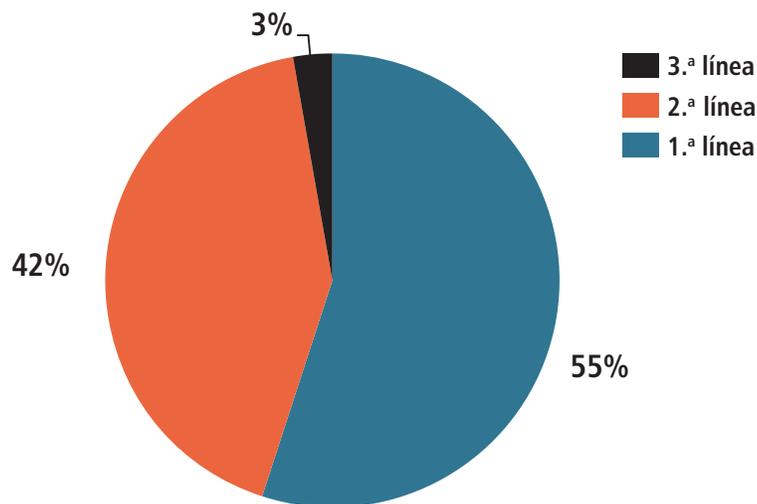
- En el 2013, 41% de los países (9 de los 22 países que informan) sufrieron al menos un desabastecimiento en un sitio de tratamiento (cuadro 2). Este problema continúa persistiendo en países de América Latina y el Caribe e indica la necesidad de un mayor fortalecimiento y previsión alineada con los procesos de adquisición en el sistema de salud, y de políticas para simplificar los esquemas de tratamiento.

FIGURA 10. Adquisición de combinaciones de dosis fijas del esquema preferente de tratamiento de primera línea a través del Fondo Estratégico de la OPS, 2011-2014



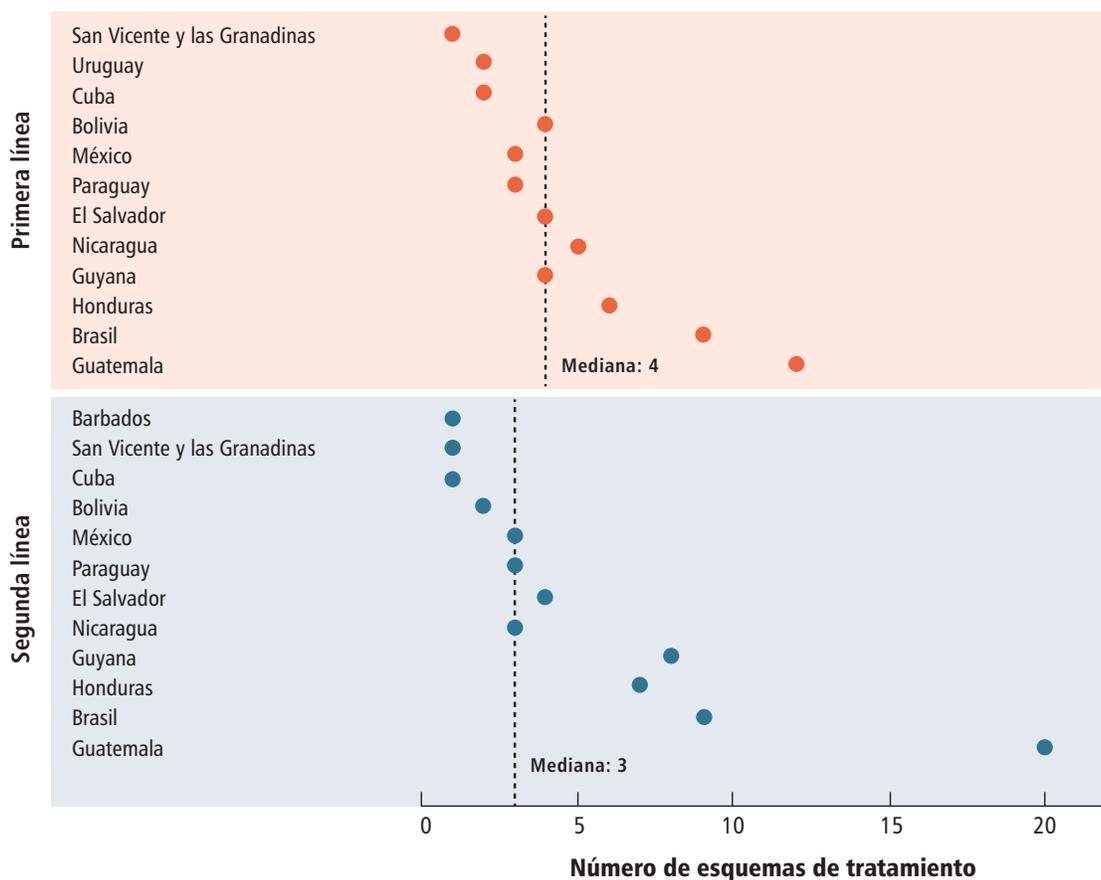
Fuente: OPS, base de datos del Fondo Estratégico, 2014.
 Notas: Los datos del 2014 incluyen datos hasta el 6 de noviembre del 2014.

FIGURA 11. Distribución de pacientes pediátricos (<10 años de edad) por línea de tratamiento antirretroviral en América Latina y el Caribe en el 2013



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) de la OMS (2014).

FIGURA 12. Número de esquemas de TAR en uso para los tratamientos de primera línea y de segunda línea de pacientes pediátricos (<10 años de edad)



Fuente: Encuestas del Servicio de Medicamentos y Pruebas Diagnósticas del Sida (AMDS) de la OMS (2014).

CUADRO 2. Porcentaje notificado de sitios de tratamiento que proporcionan medicamentos antirretrovirales que experimentaron al menos un desabastecimiento de medicamentos durante el período 2011-2013

	2011	2012	2013
Antigua y Barbuda	100%	0%	0%
Argentina	0%	0%	1%
Bahamas	0%	50%	50%
Barbados	0%	0%	50%
Belice	33%	8%	
Bolivia	0%	0%	0%
Brasil		7%	
Chile	0%		0%
Costa Rica	83%	0%	0%
Cuba	4%	0%	4%
Dominica	0%		0%
Ecuador		0%	
Grenada	50%		100%
Guatemala	24%	25%	0%
Guyana	0%	0%	0%
Honduras		0%	0%
Jamaica	100%	0%	
México	18%	2%	6%
Nicaragua	0%	3%	0%
Panamá	80%	73%	93%
Paraguay	0%	0%	0%
Perú		37%	
República Dominicana	78%	22%	
Saint Kitts y Nevis	0%	0%	0%
Santa Lucía	0%	0%	0%
San Vicente y las Granadinas	100%	0%	100%
Suriname		0%	
Trinidad y Tabago	0%	0%	0%
Uruguay		0%	8%

Fuente: OMS, Informes de país hacia el acceso universal, 2012, 2013, 2014.

Nota: El porcentaje reportado en Brasil en el 2012 se refiere a desabastecimiento de antirretrovirales en 48 de las 647 unidades de distribución de medicamentos debido a falla de logística de redistribución a nivel estatal. Desde el 2012, el Ministerio de la Salud no reporta desabastecimiento de antirretrovirales a nivel central.

CUADRO 1 DEL APÉNDICE. Políticas relacionadas con el tratamiento de la infección por el VIH en América Latina y el Caribe, 2013

Países	Criterios de valor de corte de CD4 para la iniciación del TAR	Iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4 para los pacientes con tuberculosis activa	Iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4 para los pacientes con hepatitis B	Iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4 para las personas con parejas serodiscordantes	Iniciación del TAR independientemente del recuento de CD4 para niños < 5 años	Iniciación del TAR en adultos y adolescentes con TDF + 3TC (o FTC) + EFV como opción preferida	Iniciación del TAR para los niños < 3 años con un esquema basado en lopinavir/ritonavir	Suministro de la opción B+ para embarazadas seropositivas al VIH	Iniciación del TAR en embarazadas y mujeres que amamantan con TDF + 3TC (o FTC) + EFV como opción preferida
Anguila	...	...	...	...	...	...	...	Sí	Sí
Antigua y Barbuda	500	...	...	Sí	...	No	...	Sí	Sí
Argentina	500	Sí	Sí	Sí	<2	Sí	Sí	Sí	Sí
Aruba	...	...	...	No	...	...	...	En curso	No
Bahamas	350	Sí	...	No	<1	No	No	No	Sí
Barbados	350	Sí	Sí	No	<2	Sí	...	No	No
Belize	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No	...
Bolivia	500	Sí	No	Sí	<2	Sí	...	Sí	No
Brasil	Independientemente del recuento de células CD4	Sí	Sí	Sí	<1	Sí	Sí	Sí	Sí
Chile	350	Sí	...	Sí	<1	Sí	Sí	Sí	No
Colombia	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Costa Rica	500	Sí	Sí	Sí	<1	Sí	Sí	Sí	No
Cuba	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	...	Sí	No
Dominica	500	Sí	Sí	Sí	<2	Sí	...	Sí	Sí
Ecuador	500	Sí	Sí	No	...	Sí	...	Sí	Sí
El Salvador	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	...	Sí	Sí
Grenada	500	Sí	Sí	No	<2	Sí	...	Sí	Sí
Guatemala	500	Sí	Sí	Sí	<1	Sí	Sí	Sí	...
Guyana	500	Sí	No	Sí	<2	Sí	...	Sí	No
Haití	500	Sí	Sí	Sí	<2	Sí	...	Sí	Sí
Honduras	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Islas Turcas y Caicos	...	...	Sí	Sí	...	...	...	Sí	...
Islas Vírgenes (Reino Unido)	...	No	No	No	...	...	...	Sí	No
Jamaica	350	Sí	...	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí
México	500	Sí	Sí	Sí	<1	Sí	Sí	Sí	No
Nicaragua	350	Sí	Sí	No	<2	No	Sí	No	No
Panamá	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No	No
Paraguay	350	Sí	Sí	No	Sí	No	Sí	Sí	No
Perú	350	Sí	Sí	No	<1	No	Sí	Sí	No
República Dominicana	350	Sí	No	No	<1	Sí	...	Sí	Sí
Saint Kitts y Nevis	500	...	...	...	...	Sí	...	Sí	No
Santa Lucía	500	...	...	...	...	Sí	...	...	...
San Vicente y las Granadinas	500	Sí	...	Sí	<2	Sí	...	...	...
Suriname	200	Sí	Sí	No	...	No	...	Sí	Sí
Trinidad y Tabago	500	...	Sí	...	...	...	...	Sí	...
Uruguay	500	Sí	Sí	Sí	<1	No	Sí	Sí	No
Venezuela	500	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	No

Fuente: OMS. Informes de país hacia el acceso universal, 2014 y comunicación directa de los países con la OPS.

Siglas

3TC	lamivudina
ARV	medicamentos antirretrovirales
ATV	atazanavir
ATV/r	atazanavir/ritonavir
CARICOM	Comunidad del Caribe
CDF	combinación de dosis fijas
EFV	efavirenz
FTC	emtricitabina
GCTH	Grupo de Colaboración Técnica Horizontal en América Latina y el Caribe
INH	isoniazida
ITS	infecciones de transmisión sexual
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PANCAP	Alianza Pancaribeña contra el VIH/sida
TAR	tratamiento antirretroviral
TDF	tenofovir
VHB	virus de la hepatitis B

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Marco de acción del tratamiento 2.0: Impulsando la próxima generación del tratamiento, la atención y el apoyo. Ginebra: OMS; 2011.
2. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre el uso de los antirretrovirales en el tratamiento y la prevención de la infección por VIH. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Ginebra: OMS; 2011.
3. Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo del continuo de la atención al VIH, 2014. Washington, DC:OPS; 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud. Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe, 2013. Washington, DC:OPS; 2013.
5. ONUSIDA/OMS, Informes de país sobre los avances en la respuesta mundial al sida (2014).

