



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



Análisis de alternativas para el financiamiento de medicamentos antirretrovirales en República Dominicana, noviembre 2012

Con apoyo de:

Systems for Improved Access to Pharmaceuticals and Services (SIAPS)

Desde el 2003 –año en el que se inició la terapia antirretroviral (ARV) en instituciones públicas– a la fecha (noviembre 2012), los medicamentos ARV han estado financiados en una mayor proporción con recursos de la donación del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FM) (cuadro 1). Datos oficiales¹ evidencian que hasta el 2009, el aumento del número de casos en tratamiento guardó relación con el financiamiento. Del 2009 al 2012 sin embargo, el número de casos se incrementó a un ritmo promedio de 33.4% (2,958 casos) por año mientras que el financiamiento presentó una disminución de 21.7% promedio (965,382 dólares americanos, o USD) por año (gráfico 1). Los precios de los medicamentos se han mantenido virtualmente constantes en este período, por lo que la reducción del financiamiento se ha traducido en la adquisición de una cantidad decreciente de medicamentos.

¹ Reporte de casos en ARV 2004-2012, DIGECITSS.

Este informe ha sido preparado gracias al apoyo prestado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), bajo los términos del convenio cooperativo número GHN-A-00-07-00002-00. Las opiniones expresadas en el presente corresponden al autor y no reflejan necesariamente las opiniones de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional ni del gobierno de los Estados Unidos.

Cuadro 1. Fuentes de financiamiento de los ARV en República Dominicana, 2003-2012

Recursos ARV (USD)	2003	01 junio 2004	Año 2 (2005)	Año 3 (2006)	Año 4 (2007)	Año 5 (2008-2009)	Año 1 (2009-2010)	Año 2 (2010-2011)	Año 3 (2011-2012)	Año 4 (2012-2013)	Año 5 (2013-2014) ^d	Año 6 (2014-2015) ^d
Fondo Mundial ^a		1,623,471	1,871,071	3,333,711	5,910,000	8,390,960	2,936,034	7,363,421	7,599,474	3,013,855	5,342,098	5,042,574
Banco Mundial ^b	26,897	289,374	67,892	1,929,735								
Gobierno Dominicano-PEPFAR ^c							175,000					
PEPFAR								355,000				
Fundación Clinton	500,000	500,000		350,000	700,000							
Gobierno Dominicano-DIGECITTSS/MSP			350,000	560,000								

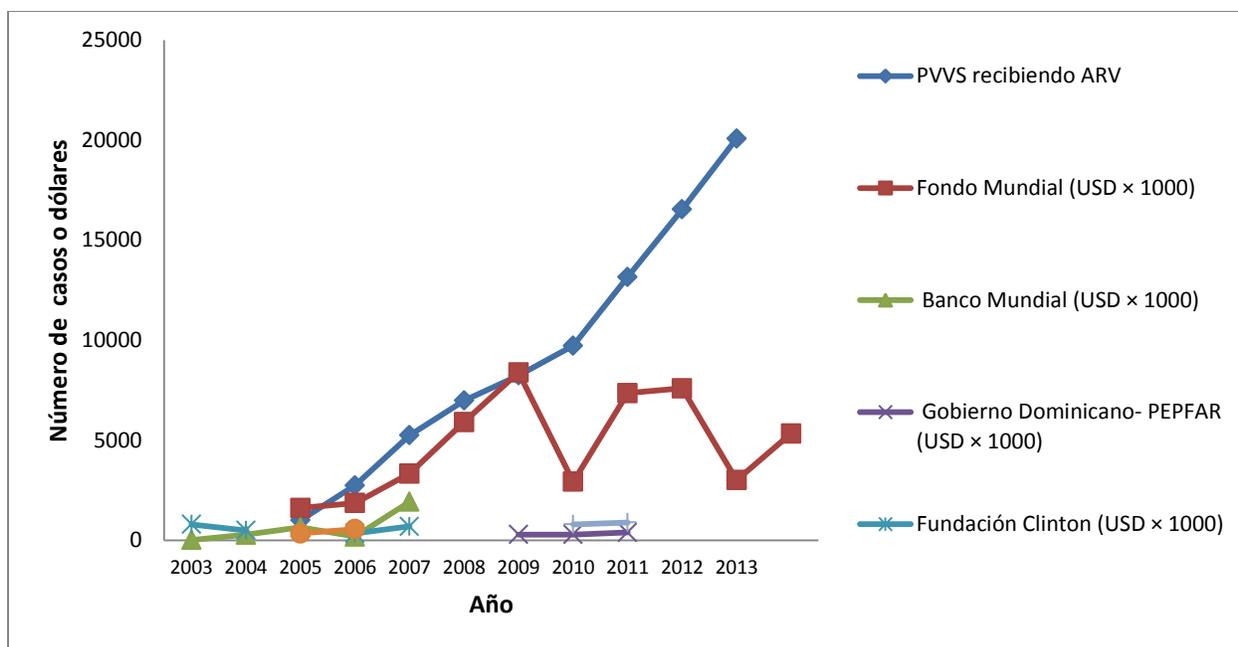
Nota: DIGECITSS = Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA; MSP = Ministerio de Salud Pública; PEPFAR = Plan de Emergencia para el Sida del Presidente de Estados Unidos.

a. El Banco Mundial aportó aproximadamente USD 2 millones por un periodo de dos años del proyecto durante 2003 y 2006.

b. La donación del FM en el 2004, cubría la totalidad de la necesidad de ARV del país.

c. El gobierno dominicano –a través de la subvención del Consejo Presidencial de SIDA (COPRESIDA)– solo aportó recursos cerca de USD 175 mil en 2009-2011, por concepto de una compra de emergencia a través de PEPFAR y compras locales. En el 2012, la Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud solicitó la inclusión de USD 2.0 millones al presupuesto del MSP.

d. Los datos de recursos estimados para el 2013, 2014 y 2015 son proyectados en base a los acuerdos de financiamiento con el FM y Consejo Nacional para el VIH y SIDA para ese periodo. Los casos esperados para el 2013, fueron proyectados bajo la metodología de programación del Sistema Único de Gestión de Medicamentos e Insumos (SUGEMI).



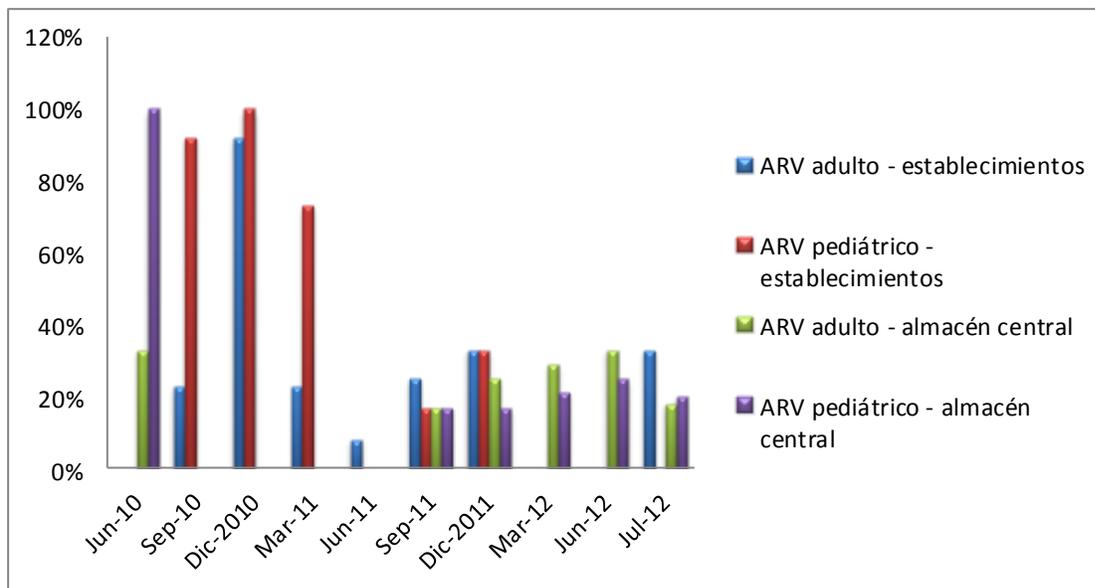
Fuentes: Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS). 2012. *Reporte consolidado de casos/esquemas anuales, 2004-2012*; Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). 2005. *Informe del primer año de la Donación del Fondo Mundial periodo 2004-2005*; Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA). 2003. *Documento Marco Préstamo Banco Mundial, Proyecto Prevención y Control del VIH en la República Dominicana*; Organización Panamericana de la Salud. 2008. *Evaluación de la Respuesta del Sistema de Salud al VIH en la República Dominicana*; Clinton HIV and AIDS Initiative. 2010. *Informe de donación de ARV Iniciativa de VIH/SIDA de la Fundación Clinton. República Dominicana*.

Nota: PPVS = personas viviendo con VIH/Sida.

Gráfico 1. Recursos financieros (de distintas fuentes) para el tratamiento y el número de casos por año, 2003-2014

Un estudio efectuado por Strengthening Pharmaceutical Systems (Programa de Fortalecimiento de los Sistemas Farmacéuticos)² en el 2010, reveló desabastecimientos recurrentes de ARV (adultos y pediátricos), insumos diagnósticos y de seguimiento clínico (CD4, carga viral y DNA-PCR) en el nivel central y en los establecimientos de salud. Además, se evidenció entrega de esquemas incompletos a usuarios en los servicios de salud. Adicionalmente, el Boletín Trimestral del Sistema Único de Medicamentos e Insumos (SUGEMI) del Ministerio de Salud ha documentado desde junio de 2010, desabastecimiento de ARV en el almacén central de medicamentos y los centros de atención (gráfico 2). La causa de este desabastecimiento crónico, es la deficiencia en los datos primarios para la programación y limitaciones en los recursos financieros para la adquisición de medicamentos.

² Management Sciences for Health. 2010. *Estudio de línea basal sobre la situación de la gestión de suministros de ITS, VIH y SIDA en República Dominicana*. Presentado a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por el Programa Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS). Arlington, VA: Management Sciences for Health.



Fuente: Boletín de Información Estratégica del SUGEMI, 2010-2012.

Nota: Junio 2010 y junio 2012 no se reportaron datos por parte de los establecimientos de salud y almacén central. El análisis se realizó en base a 13 medicamentos ARV de adultos y 13 pediátricos establecidos por el programa nacional, que deberían estar disponibles en los establecimientos de salud. La muestra fue de 20 establecimientos promedio por trimestre.

Gráfico 2: Desabastecimiento de ARV adultos y pediátricos en almacén central y establecimientos de salud, junio 2010 a julio 2011

En 2011 el Programa de Control del VIH/SIDA se incorporó al SUGEMI y en 2012 participó en el segundo ejercicio nacional de programación para la compra. La metodología empleada por el SUGEMI parte de datos epidemiológicos oficiales y sus tendencias, de los esquemas de tratamiento en uso y de los precios de adquisición más recientes³. Las estimaciones muestran que los recursos financieros totales para cubrir (a) los requerimientos de ARV para adultos en el 2013 y (b) un stock de seguridad equivalente a nueve meses de consumo, ascienden a USD 7.7 millones. De este monto, se contempla que el FM cubrirá aproximadamente USD 4 millones; por lo que son necesarios USD 3.7 millones en recursos nacionales para cubrir la diferencia. Dado que esta brecha financiera no había sido precisada antes, no se habían gestionado – hasta la fecha– recursos financieros nacionales para cubrir la diferencia.

³ El detalle metodológico y los resultados de las estimaciones se encuentran en el documento, Dirección de Desarrollo y Fortalecimiento de los Servicios Regionales de Salud. 2012. *Informe de avance del ejercicio de estimación y programación de medicamentos antirretrovirales para el 2013, en el marco de la implementación del SUGEMI.*

La metodología utilizada para las estimaciones y sus resultados fueron presentados y discutidos en mesas de trabajo con la participación de la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), el Consejo Nacional de VIH y el SIDA (CONAVIHSIDA) y agencias de cooperación técnica y financiera. En base al consenso alcanzado, la Dirección de Fortalecimiento y Desarrollo de los Servicios Regionales de Salud (DDF-SRS) presentó al Ministro de Salud estos datos para la gestión política que permita cubrir la brecha financiera identificada. En principio, y en base a estas estimaciones, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ha programado cerca de USD 2 millones para la adquisición de ARV en el 2013⁴.

Opciones de política para mejorar el suministro de ARV incluyen las siguientes:

1. En el muy corto plazo los técnicos de la DIGECITSS y la Unidad Nacional de Gestión de Medicamentos (UNGM) deben implementar un plan de emergencia para cubrir la demanda de ARV antes del arribo de la siguiente compra. Para enfrentar un probable desabastecimiento, habrá que recurrir a donaciones y/o préstamos de países de la región y a una revisión de los esquemas en uso que permita optimizar el uso de los medicamentos en stock.
2. Las estimaciones elaboradas por la UNGM deben traducirse en un plan de compras que precise las cantidades que serán adquiridas a cada proveedor y anticipe los tiempos de entrega. No es recomendable prescindir de la adquisición de un stock de seguridad de nueve meses. De no adquirirse, nuevamente habrá riesgo de un

Recuadro 1: Optimización del uso de ARV en República Dominicana

Los protocolos de tratamiento de VIH/SIDA vigentes datan del 2004 y establecen el uso de ocho medicamentos, que se combinan en 12 esquemas posibles.

Dada la falta de observancia y monitoreo de estos protocolos, los prescriptores en la actualidad usan 17 medicamentos que se combinan en 74 esquemas. Estas prácticas tienen consecuencias negativas e impacta en la precisión de los ejercicios de programación y el costo del tratamiento. Por ejemplo, un 45% de las personas viviendo con VIH/Sida (PVVS) que reciben tratamiento ARV se encuentra en esquemas con efavirenz. El número de pacientes en segunda línea comparado con otros países, supera el 20%.

En adultos la Guía de tratamiento ARV 2010 de la Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de tres medicamentos de distintos grupos terapéuticos (dos INTI + un INNTI)^a de primera línea, que se combinan en unos cinco esquemas, mientras que para segunda línea promueve el uso de tres ARV de distintas grupos terapéuticos, combinados en unos seis esquemas de tratamiento, incluyendo inhibidores de proteasas, reforzado con ritonavir (IP/r) + dos INTI.

Si República Dominicana adoptara el uso de unos ocho medicamentos ARV, podría cubrir –con aproximadamente 10 esquemas– a más del 93% de PVVS.

Fuente: SUGEMI, Estimaciones ARV adultos 2013.

a. INTI = inhibidor nucleósido de la transcriptasa inversa; INNTI = inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa

⁴ La DDF-SRS solicitó la inclusión en el mes de septiembre 2012 de DOP 79 millones, al presupuesto del MSP que se envió al Ministerio de Hacienda para el 2013.

desabastecimiento transversal de todos los medicamentos, como ha sucedido en los últimos años.

3. Como alternativa –si los recursos financieros no estuvieran inmediatamente disponibles para cubrir la brecha– se sugiere adquirir todos los ARV requeridos para cubrir el stock de seguridad recomendado y el consumo esperado del 90% de los pacientes bajo tratamiento. Para los medicamentos de menor consumo y más costosos deberán identificarse mecanismos alternativos de financiamiento.
4. En el mediano plazo, idealmente antes de finalizar el primer trimestre de 2013, un grupo de expertos deberán revisar –con un enfoque de salud pública y considerando las posibilidades financieras de país– los medicamentos y esquemas de tratamiento actuales. Tal y como se expone en el recuadro 1, es posible optimizar el uso de ARV, y consecuentemente, reducir el costo de adquisición. Los protocolos de tratamiento –debidamente respaldados y validados– deberán ser el fundamento para el ejercicio de programación de la compra en 2014.