

# Informe situación Canasta VIH

---

DR. PABLO HERRERA MORGADO

INMUNÓLOGO CLÍNICO

JEFE POLICLÍNICO INMUNOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

VICEPRESIDENTE CORPORACIÓN SIDA CHILE

MIEMBRO COMITÉ CONSULTIVO VIH – SOCHINF

ASESOR TÉCNICO ONG ACCIÓN GAY

# Problemática

---

Los problemas se pueden dividir en tres grandes puntos

1. Situación droga Bictegravir/Tenofovir Alafenamida/Emtricitabina (TAF/FTC/BIC)
2. Exclusión de drogas innovadoras
3. Despriorización del GES de VIH

# 1. Situación droga TAF/FTC/BIC

---

Esta droga tiene una indicación aprobada por el ISP y por las entidades regulatorias internacionales:

- Tratamiento para personas que viven con VIH sin experiencia al tratamiento (náive) o con experiencia al tratamiento sin resistencia a los componentes ni a la familia de los componentes.

## Indicación MINSAL

- En nuestra canasta, tiene una indicación para personas con experiencia al tratamiento con fracaso previo y resistencia documentada a antirretrovirales
- **No está acorde con la evidencia científica** ni con las recomendaciones internacionales.
- Restringida al 3% de las personas en tratamiento.

Esta indicación no tiene justificación ni sustento científico, especialmente considerando que es un tratamiento seguro y más económico que otras drogas antirretrovirales, cuyos componentes son más antiguos y resultan menos efectivos y menos seguros en presencia de TAF/FTC/BIC.

# 1. Situación droga TAF/FTC/BIC

Tabla comparativa de precios (esquemas de 3 drogas, de 1 solo comprimido al día)

Droga	Nombre comercial	Precio unitario neto mensual	Posición en canasta	# PVVIH en este tratamiento
TDF/FTC/EVG/c	Stribild®	\$178.440	1° línea	~1.200
TAF/FTC/EVG/c	Genvoya®	\$150.148	1° línea	~5.000
TAF/FTC/BIC	Bictarvy®	\$115.020	2° línea con fracaso con resistencia previa	Restringido al 3% de la población

Actualmente existen 6.200 personas en tratamientos con elvitegravir.

Si se levantara esta restricción y se cambiaran todos los esquemas basados en elvitegravir a bictegravir, el programa podría ahorrar 250 millones de pesos al mes (aproximadamente **\$3.000 millones al año**)

## 2. Exclusión de drogas innovadoras

---

Previo a la última actualización de la canasta, se ofrecieron al programa drogas innovadoras compuestas por dos medicamentos, como Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC) en formato oral y el tratamiento inyectable cada dos meses Cabotegravir + Rilpivirina (CAB+RPV).

Ninguna de estas drogas fue incorporada al programa, por motivos que se desconocen, a pesar de ser:

- Alternativas igual de eficaces
- Más económicas que las existentes actualmente (o similar precio en el caso del inyectable)
- Podrían reemplazar algunos tratamientos, reduciendo aún más los gastos asociados a la terapia.

## 2. Exclusión de drogas innovadoras

---

DTG/3TC fue ofertada a un precio inferior a todas las drogas actuales

- Podría reemplazar en gran medida a la combinación de Abacavir/Lamivudina/Dolutegravir (ABC/3TC/DTG), cuyo costo neto es de \$99.990 (incluso podría reemplazar al 100%).

Actualmente existen en el sistema público alrededor de 14.500 personas en tratamiento con ABC/3TC/DTG.

- Asumiendo un costo 10% inferior vs ABC/3TC/DTG (Aprox. 10.000 pesos mensuales por paciente)

Si se realizara el cambio al 60% de los usuarios desde ABC/3TC/DTG a 3TC/DTG, y se asume un costo de al menos \$10.000 menor, se produciría un ahorro mensual de \$87.000.000, lo que traduce un ahorro anual de \$1.044.000.000.

Total de pacientes	% Cambio	Ahorro mensual	Ahorro anual
14.500	60%	\$87.000.000	\$1.044.000.000
	100%	\$145.000.000	\$1.740.000.000

## 2. Exclusión de drogas innovadoras

---

### Tratamiento inyectable CAB+RPV, administrado cada 2 meses

- Precio mercado público: \$506.000 cada 2 meses (precio al que lo están comprando instituciones públicas y FF.AA.)
- Precio ofertado al programa: \$303.600 Cada 2 meses
  - 40% inferior al precio de mercado público
  - Menos costoso que esquemas de primera línea basados en elvitegravir

Incorporar este medicamento no sólo no tendría un impacto presupuestario, sino que también afectaría significativamente la calidad de vida de las personas considerando todos los beneficios adicionales.

Existe evidencia internacional que la modalidad de administración no encarece ni afecta a los servicios de atención.

El precio ofertado fue validado en un estudio de costo efectividad, realizado por el departamento de ETESA de la Pontificia Universidad Católica, y presentado al ministerio considerando escenarios con los costos y pacientes reales de la canasta actual.

## 2. Exclusión de drogas innovadoras

---

Estudio de costo-efectividad demostró lo siguiente:

- La incorporación de CAB+RPV de larga acción dentro de la canasta GES es una opción costo-efectiva.
- Este tratamiento mejora significativamente la calidad de vida de los pacientes en comparación con las terapias actuales incluidas en la canasta GES (QUALYs).
- Existen grupos específicos de pacientes que se beneficiarían aún más de este tratamiento, lo que se traduce en ahorros significativos para el sistema de salud de Chile.

Los análisis de costo efectividad y las ofertas se presentaron y/o enviaron en 8 oportunidades (agosto 2023, noviembre 2023, diciembre 2023, enero del 2024, marzo del 2024, julio del 2024, agosto de 2024 y noviembre 2024).

Estas terapias son accesibles en el sistema privado (algunas ISAPRES) y en Fuerzas Armadas, lo que genera una inequidad importantísima en el acceso al tratamiento antirretroviral para las personas que viven con VIH.

# 3. Despriorización del GES de VIH

---

En el acta pública N°130 del Consejo Consultivo GES, se observa que la patología N°18 (VIH) quedó en la posición 82 de 87, siendo despriorizada para el estudio de verificación de costos (EVC) a realizarse para el próximo decreto GES 2025-2028.

El impacto de esta decisión es preocupante; si la Patología N°18 no es evaluada, la canasta de medicamentos, prestaciones y oportunidades de acceso asociadas al VIH no tendría cambios hasta el próximo decreto GES, que sería recién en 2029-2030.

Esto implica que el gasto adicional, injustificado y sin respaldo científico, se mantendría al menos hasta 2030.

# Resumen Gastos/Ahorros

Terapia	Acción	Gasto extra mensual	Gasto extra anual	Gasto extra al 2030
BIC/TAF/FTC	Switch de todas las terapias basadas en EVG/c	\$250.000.000	\$3.000.000.000	\$15.000.000000
DTG/3TC	Switch al 60% de las personas con terapias basadas en ABC/3TC/DTG	\$87.000.000	\$1.044.000.000	\$5.220.000.000
	Switch al 100% de las personas con terapias basadas en ABC/3TC/DTG	\$145.000.000	\$1.740.000.000	\$8.700.000.000

**Gasto sin justificación: 20.220 a 23.700 millones de pesos al 2030**

# Propuesta

---

Hacer que el uso de recursos por el estado sea más eficiente

Mantener DTG/3TC/TDF como esquema preferente en primera línea (esquema genérico, de muy bajo costo, recomendado por programa en primera línea)

- BIC/TAF/FTC y DTG/3TC como alternativos a primera línea, cuando usuario no pueda recibir DTG/TDF/3TC

Simplificación del tratamiento (y ahorro de costos)

- Levantar restricción del 3% de BIC/TAF/FTC y cambiar todos los esquemas basados en elvitegravir a BIC/TAF/FTC
- Incorporar DTG/3TC y cambiar todos los esquemas basados en DTG/ABC/3TC

Incorporar CAB + RPV, restringido (Ej. 3% de la población) con ciertos criterios (ej.)

- Situaciones clínicas que imposibiliten absorción de terapia oral (ej. intestino corto, TBC intestinal, etc.)
- Situaciones psiquiátricas que se beneficien de un esquema a inyectable (ej. EQZ, trastorno bipolar, etc.)
- Situaciones particulares de los usuarios (ej. ansiedad por la adherencia, miedo a divulgación de estado serológico, agotamiento en el uso de terapia oral, etc.)

# Informe situación Canasta VIH

---

DR. PABLO HERRERA MORGADO

INMUNÓLOGO CLÍNICO

JEFE POLICLÍNICO INMUNOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

VICEPRESIDENTE CORPORACIÓN SIDA CHILE

MIEMBRO COMITÉ CONSULTIVO VIH – SOCHINF

ASESOR TÉCNICO ONG ACCIÓN GAY