

Costos de medicamentos utilizados en pacientes con VIH o SIDA en una EPS. Medellín. 2016

Autoras

Beatriz Elena Castrillón Gutiérrez
Diana Alexandra Vargas Piedrahita

Asesora

Alba Emilse Gaviria Méndez
Médica, Bioenergética, Mg. en Salud Pública

Universidad Católica Luis Amigó
Facultad de Ciencias Administrativas, Económicas y Contables
Medellín
2017

Contenido

Resumen	10
Introducción	12
1. El problema de investigación	16
1.1 Antecedentes del problema.....	16
1.1.1 En el mundo	16
1.1.2 En Latinoamérica	18
1.1.2.1 México.....	18
1.1.2.2 Argentina.....	19
1.1.2.3 Chile	20
1.1.3 Antecedentes en Colombia	20
1.1.3.1 Costos del tratamiento del VIH/ Sida en Colombia	22
1.1.4 Antioquia y Medellín	24
1.2 Antecedentes investigativos	24
1.2.1 En Latinoamérica	24
1.2.2 En Colombia	24
1.2.3 En Medellín.....	26
1.3 El problema.....	26
1.4 Pregunta de investigación	27
2. Justificación.....	28
3. Objetivos	29
3.1 Objetivo general	29
3.2 Objetivos específicos.....	29
4. Marco teórico	30
4.1 Marco conceptual	30
4.1.1 El VIH/SIDA	30
4.1.1.1 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.....	30
4.1.2 El plan de respuesta al VIH	31

4.1.2.1 Promoción de la salud sexual y reproductiva, y la prevención de la infección.....	31
4.1.2.2 Atención integral	32
4.1.2.3 Apoyo y protección social.....	32
4.1.3 El tratamiento y pronóstico del VIH/SIDA	33
4.1.4 Definición de costo	34
4.1.4.1 Definición de costo – efectividad.....	34
4.1.4.2 Costos medicamentosos del VIH/SIDA	35
4.2 Marco contextual	41
4.3 Marco legal	43
4.3.1 En Colombia	43
4.3.1.1 Decreto 1543/1997	43
4.3.1.2 Acuerdo 53/1997	43
4.3.1.3 Acuerdo 129/1999	43
4.3.1.4 Acuerdo 282/2004	44
4.3.1.5 Ley 972/2005.....	44
4.3.1.6 Resolución 3442/2006.....	44
4.3.1.7 El Decreto 3518/2006.....	45
4.3.1.8 Acuerdo 336/2006	45
4.3.1.9 Decreto 3039/2007	45
4.3.1.10 Ley 1581/2012.....	45
4.3.1.11 Decreto 1377/2013	46
4.4 Marco ético	46
5. Metodología	48
5.1 Diseño de la investigación	48
5.2 Fuentes de información	48
5.3 Población	48
5.4 Unidad de análisis.....	48
5.5 Criterios de inclusión y exclusión	48
5.5.1 Criterios de inclusión	48
5.5.2 Criterios de exclusión	49
5.5.3 Variables	49

6. Plan de análisis	50
7. Resultados	51
7.1 Variables sociodemográficas	51
7.1.1 Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el 2016	51
7.1.2 Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	53
7.1.3 Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	54
7.1.4 Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	55
7.1.5 Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	56
7.1.6 Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016	57
7.1.7 Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	58
7.1.8 Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	60
7.1.9 Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	61
7.2 Variables propias de la investigación	62
7.2.1 Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016.....	62
7.2.2 Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	63
7.2.3 Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	64
7.2.4 Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.....	66

7.2.5 Costo promedio por medicamentos utilizados por los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016	67
7.2.6 Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	68
8. Discusión.....	71
Conclusiones	76
Recomendaciones.....	78
Referencias bibliográficas	82

Lista de tablas

Tabla 1. Medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH/SIDA. EPS Medellín. 2016.	38
Tabla 2. Listado de medicamentos utilizados por una IPS de Medellín, año 2016.	39
Tabla 3. Unidad de análisis.	48
Tabla 4. Variables.	49
Tabla 5. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	51
Tabla 6. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	52
Tabla 7. Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	53
Tabla 8. Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	54
Tabla 9. Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	55
Tabla 10. Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	56
Tabla 11. Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	57
Tabla 12. Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	58
Tabla 13. Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	60
Tabla 14. Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	61
Tabla 15. Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016.	62
Tabla 16. Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	64

Tabla 17. Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.....66

Tabla 18. Costo promedio por medicamentos utilizados por los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.....67

Tabla 19. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.68

Tabla 20. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.69

Lista de gráficos

Gráfico 1. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	52
Gráfico 2. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	53
Gráfico 3. Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	54
Gráfico 4. Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	55
Gráfico 5. Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	56
Gráfico 6. Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH en una EPS de Medellín en el año 2016.	57
Gráfico 7. Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín, en el año 2016.	58
Gráfico 8. Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.	59
Gráfico 9. Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	60
Gráfico 10. Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	61
Gráfico 11. Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016.....	62
Gráfico 12. Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	63
Gráfico 13. Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.....	64
Gráfico 14. Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los pacientes con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín, en el año 2016.	65

Gráfico 15. Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.66

Gráfico 16. Costo promedio por medicamentos utilizados por los pacientes con diagnóstico de VIH.....67

Gráfico 17. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.69

Resumen

El objetivo de esta investigación fue “Analizar los costos de los medicamentos utilizados en pacientes con VIH/SIDA en una empresa promotora de salud EPS de Medellín en el año 2016”. Para hacer el análisis de estos costos se tomaron los medicamentos recomendados en la guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia que fue adoptada por Colombia. Buscando lograr una eficiencia en relación con el costo del programa que atiende este tipo de pacientes.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con la base de datos suministrada por la EPS de 1661 usuarios, donde se encontró que el mayor grupo etario está en los rangos de 31-45 años con un porcentaje del 43%, el sexo masculino predomina en un 82%, con respecto al estudio clínico, el C3 es el que más predomina con un 16.7%. En relación con los costos, se tiene destinado promedio mes/usuario del total de la población de \$ 521.181.144; de este rubro se gasta en medicamentos un costo promedio mes de \$ 313.776 y un costo promedio de medicamentos por usuario año de \$ 3.765.306.

La discusión permitió comparar los resultados obtenidos con otras investigaciones donde se señaló una fuerte variabilidad en los mecanismos de compras, precios, legislaciones, acuerdos internacionales.

Se pudo concluir que la EPS podrá hacer planes de mejora que ayude a controlar el costo tan alto que genera la enfermedad del VIH/SIDA y que al mismo tiempo los usuarios tengan una mejor calidad de vida.

Palabras claves: Programa de VIH/SIDA, medicamentos antirretrovirales, costos, Entidad Promotora de Salud.

Summary

The objective of this research was "To analyze the costs of medicines used in patients with HIV / AIDS in a health promotion company EPS of Medellín in 2016". To make the analysis of these costs, the recommended medications were taken in the guide for the management of HIV / AIDS based on the evidence that was adopted by Colombia. Seeking to achieve an efficiency in relation to the cost of the program that attends this type of patients.

A quantitative, descriptive, retrospective study was carried out, with the database provided by the EPS of 1661 users, where it was found that the largest age group is in the ranges of 31-45 years with a percentage of 43%, Male sex predominates in 82%, with respect to the clinical stage, C3 is the most predominant with 16.7%. In relation to costs, the average month / user of the total population of \$ 521,181,144 is allocated; of this item, an average monthly cost of \$ 313,776 is spent on medications and an average cost of medication per user per year of \$ 3,765,306.

The discussion made it possible to compare the results obtained with other researches where a strong variability in purchasing mechanisms, prices, legislations, international agreements was pointed out.

It was concluded that EPS can make improvement plans that help to control the high cost generated by the HIV/AIDS disease and at the same time users have a better quality of life.

Introducción

A comienzos de la década de los 80, cuando inició la epidemia del VIH/SIDA, los pacientes raramente vivían más años. Actualmente, existen tratamientos y medicamentos efectivos para combatir la infección y las personas infectadas con VIH tienen vidas más largas y sanas.

El incremento de los gastos para el VIH/SIDA en los presupuestos de los servicios sanitarios, han fomentado el interés en las decisiones basadas en estudios de evaluaciones farmacoeconómicas sobre las intervenciones terapéuticas y la asignación de los recursos, a pesar de los resultados obtenidos en estas evaluaciones para el tratamiento del VIH/SIDA.

Colombia no ha estado ajeno a la epidemia mundial del VIH/SIDA, patología que ha pasado de ser una enfermedad crónica transmisible que afecta la población, la cual por sus características especiales denominada catastrófica posee una connotación sobre la administración y destinación de los recursos del sistema de salud en Colombia y la gestión de la EPS del riesgo en salud sobre su población con diagnóstico de VIH/SIDA. (Acosta y Suescun, 2016, p.7)

Se sobrepasa la capacidad de sostenimiento, dados los altos precios de los regímenes farmacéuticos necesarios, que son a su vez una consecuencia probable del poco control gubernamental que existe sobre el costo de los medicamentos. (Urueña, Salazar, Ojeda, y Mantilla, 2014, p. 51)

El programa del VIH/SIDA de la EPS desde su creación, respondiendo a las exigencias de la Normatividad vigente, hasta hoy no ha encontrado una evaluación de costos que aporten elementos importantes para la toma de decisiones sobre estrategias innovadoras y rediseñar los programas existentes. El programa tiene una alta importancia para la EPS y obedece a que el VIH/SIDA es una de las patologías denominadas catastróficas y consideradas de alto costo para el sistema de aseguramiento. El impacto social que representa afecta de manera predominante a la población en edad reproductiva (15-60 años); a diferencia de otras enfermedades denominadas crónicas no trasmisibles donde predomina la afectación a la población adulta mayor. (Acosta y Suescun, 2016, p.8)

En la ley 972 de 2005 en su artículo 5 hace referencia a los costos de los medicamentos para el programa del VIH/SIDA: “Con el objeto de reducir el costo de los medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento y dispositivos médicos de uso en enfermedades consideradas ruinosas o catastróficas en particular el VIH/SIDA, la Insuficiencia Renal Crónica y el Cáncer, se faculta el Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras, que permita conseguir para el país y para el SGSSS reducciones sustanciales de los costos de estas patologías y tener un mejor control sobre la calidad y la farmacovigilancia de los productos adquiridos. (Ley 972, 2005 párr. 15)

Actualmente, el VIH/SIDA es considerado en el SGSSS (Sistema General de Seguridad Social en Salud) como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas del sistema. La realidad es que las restricciones al acceso afectan dramáticamente la calidad de vida y la economía de los pacientes y sus familias.

El análisis de los costos en un programa de la EPS de atención integral de VIH/SIDA se justifica por las siguientes razones:

Para el asegurador la investigación aportará información que le permitirá tener los elementos del costo de medicamentos para la atención y a su vez tomar decisiones en la asignación de los recursos y orientación de estrategias en una forma más eficiente. En cuanto al usuario son importantes los resultados obtenidos de la investigación para fortalecer las estrategias que mejoren la calidad, eficacia y satisfacción de los usuarios. Para la EPS, el sistema de salud y la sociedad en general el análisis del costo de medicamentos suministrados en pacientes con VIH/SIDA nos ayudará a diseñar estrategias costo efectivas para el mejoramiento del funcionamiento de los programas de patologías catastróficas y alto costo nos aportarán información que servirá de referencia.

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo principal “Analizar los costos de los medicamentos utilizados en pacientes con VIH/SIDA en una empresa promotora de salud EPS de Medellín en el año 2016” buscando que la EPS tuviera conocimiento de los costos de medicamentos utilizados en pacientes con VIH o SIDA en el año 2016. Se identificaran patrones de tarifas de atención y tratamientos de pacientes VIH positivos y se estimaron los precios anuales de atención a pacientes VIH/SIDA, según la etapa de la enfermedad.

De esta forma se pretende aportar información a la aseguradora que le permita crear estrategias que le ayude a fortalecer el programa de atención a pacientes con

VIH/SIDA y al mismo tiempo promover hábitos de vida saludable sexual activa, que contribuya a disminuir el costo médico que esta enfermedad genera.

La EPS tiene contratado con una IPS de Medellín, un paquete integral para el tratamiento del VIH/SIDA por usuario de \$ 639.000 pesos, el cual debe garantizar la no progresión de la enfermedad, con calidad, oportunidad, pertinencia, seguridad, mitigando las barreras de acceso orientado a lograr la mejoría de la calidad de vida de las personas. De igual forma garantizará el manejo del paciente a través del concepto “Disease Management” (gestión de enfermedades), en el que se logrará un gerenciamiento del riesgo, con la atención integral multidisciplinaria de la patología, lo que permite la estandarización de la mayoría de procesos relacionados.

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, retrospectivo, con la base de datos suministrada por la EPS, la fuente de información fue secundaria, los registros de la base de datos de los usuarios de la EPS con diagnóstico VIH/SIDA, cuenta con una población de 1661 usuarios con este diagnóstico.

Los resultados que se encontraron en relación con la edad, el mayor porcentaje corresponde entre las edades de 31 a 45 años con el 43%. El 58% de los usuarios estuvieron ubicados en la ciudad de Medellín, en segundo lugar con un 13% para los municipios de Bello e Itagüí. El estado civil soltero obtuvo un porcentaje del 48.3%; en el menor porcentaje se encontraron los de estado civil casado con el 8.4%, llamó la atención el porcentaje de sin dato con un 28.8%. El 99.5% de la población objetivo fueron mestizos, en segundo lugar los afrodescendientes con el 0.4% y en tercer lugar estuvieron la población indígena con un porcentaje de 0.1%. De acuerdo al nivel educativo, el grupo de bachilleres tuvo un porcentaje del 60% es el más alto del total; siguiendo en orden descendente los técnicos con un 22%, luego los profesionales con un 9% y finaliza con los tecnólogos con un 8%. De la población total estudiada, el 86% corresponde a la zona urbana y el 14% restante corresponde a la zona rural. En relación con la afiliación al Sistema de Seguridad Social el 92% correspondió a los usuarios afiliados al régimen contributivo y el 8% a usuarios afiliados al régimen de movilidad – subsidiado. Con respecto al estadio el C3 fue el que más predomina con un porcentaje del 16.7%, en segundo lugar estuvo el estadio A2 con un porcentaje de 16.3% y en tercer lugar el estadio A1 con un 9.4%. En relación al esquema de tratamiento el 10% no recibió ningún medicamento, el 66% consumieron 2 medicamentos siendo éste el porcentaje más relevante, y un 24% consumieron 3 medicamentos. En relación con el

costo de los medicamentos, la EPS destinó como costo promedio mes por usuario del total de la población de \$ 521.181.144; de este rubro se gastó en medicamentos un costo promedio mes de \$ 313.776 y un costo promedio de medicamentos por usuario año de \$ 3.765.306.

La discusión permitió hacer comparaciones con otras investigaciones que se han hecho con respecto al costo de los medicamentos para el programa del VIH/SIDA, se ha señalado una fuerte variabilidad en los mecanismos de compras, precios, legislaciones, acuerdos internacionales, situación de patentes y contratos de exclusividad que se producen en Colombia y en otros países del mundo. Estas circunstancias determinan una gran diferencia en la inversión necesaria para la adquisición de los medicamentos, lo que constituye una barrera a la expansión y sostenibilidad de los programas del tratamiento del VIH/SIDA.

Se pudo concluir que al realizarse esta investigación aportó información a la EPS con el objetivo de lograr eficiencia en relación con el costo de los medicamentos del programa de atención a los pacientes que conviven con el virus del VIH/SIDA.

El estudio evidenció la importancia de involucrar recursos en una estrategia de prevención, atención y contención de la epidemia del VIH/SIDA. Esto se podría dar involucrando los recursos en todo el sector salud, así permitiría el fortalecimiento y posicionamiento de la estrategia en el gasto del país.

Las secciones que contiene la investigación son: Resumen, introducción, justificación, objetivos, marco teórico, metodología, plan de análisis, resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.

1. El problema de investigación

1.1 Antecedentes del problema

1.1.1 En el mundo

En la década de los 80, el mundo científico se conmocionó con la aparición de una enfermedad desconocida hasta entonces. Todo comenzó en los EE.UU en 1981 con el reconocimiento en varones homosexuales de infecciones respiratorias causadas por un patógeno poco frecuente, *Pneumocystis carinii*, y de un tumor poco común, el sarcoma de Kaposi, ambos parecían ser consecuencia de un defecto en la inmunidad de causa desconocida.

Clínicas, científicos y responsables sanitarios, primero de EE UU y paulatinamente de todo el mundo occidental, empezaron a organizarse, a crear registros de casos, a intercambiar información, muestras, hipótesis. Los más rápidos y potentes, EE UU a la cabeza, se constituyeron en fuerzas de choque para afrontar la investigación sobre las causas de la dolencia, sobre su transmisión, su tratamiento y sus consecuencias de salud pública. (Suárez, 2003 párr. 2)

Esta enfermedad fue el VIH/sida en EEUU, en 2013 se produjeron aproximadamente 88.000 [44.000 - 160.000] nuevas infecciones por el VIH. (ONU, 2014, párr. 11)

En los últimos 30 años los tratamientos contra el SIDA han evolucionado a tal grado, que las personas que actualmente padecen VIH tienen mayores posibilidades de hacerle frente.

El Dr. Jay Grobler comenta que actualmente hablar de una cura es complejo, ya que durante el ciclo de vida del virus, éste se convierte en parte del genoma humano y se integra al ADN; el reto es hacer que las células donde se introduce el virus sean visibles para poder eliminarlas. (Legorreta, 2015, párr. 7)

El VIH es una enfermedad que se puede sobrellevar, los tratamientos contra el SIDA ahora con más eficaces pero se recomienda la detección temprana y, por supuesto, la prevención, para mejores estrategias o evitar el contagio.

Se estima que mediante el uso de estos fármacos se han evitado entre 4.000 y 6.000 casos de sida entre 1995 y 1998. La terapia antirretroviral potente ha conseguido que esta enfermedad, tradicionalmente mortal y que asediaba a prácticamente todos los países del mundo, para a ser una enfermedad crónica y bien tolerada. (Farmaindustria, 2003, p. 14)

Gracias a las nuevas terapias antirretrovirales, la incidencia de las enfermedades oportunistas más importantes en pacientes con VIH descendió de un 21,9% de los pacientes en el año 1994 a tan solo un 3,7% de los pacientes a mediados de 1997, con el impacto en la mortalidad que esto supone. La implementación de estos nuevos medicamentos impactó en únicamente tres años de modo espectacular en los pacientes que sufrían VIH/sida. (Farmaindustria, 2003, p. 14)

La aportación de los nuevos medicamentos antirretrovirales altamente activos, disponibles desde 1996 para el tratamiento de la infección por VIH/sida ha supuesto un cambio fundamental en el patrón de la enfermedad, en el impacto de la misma en la supervivencia de los pacientes y en su calidad de vida. La contribución de la industria farmacéutica basada en la investigación de nuevos fármacos más activos ha sido clave y lo ha cambiado todo en el panorama del VIH/sida en pocos años. La mortalidad ha caído en apenas 15 años a la mitad en todo el mundo desarrollado y una enfermedad considerada fatal se ha convertido en una enfermedad crónica y controlada. (Farmaindustria, 2003, p. 4)

Se estima que el manejo del VIH/Sida ha comprometido en los últimos años el 0,5 % del gasto en salud y cerca del 1 % del gasto en seguridad social en salud. (Rossi, Sáenz y Vargas, 2002, p. 11)

Esto acarrea una seria preocupación y considerables restricciones por parte de las instituciones sanitarias del país, a la hora de atender a pacientes con dicha enfermedad.

De acuerdo con la comunidad científica, son cada vez más numerosos los estudios relacionados con los costos de provisión de tratamiento antirretroviral en los países

industrializados (Bautista, Dmytraczenko, Kombe y Bertozzi, 2003) y con la permanencia en latencia del VIH. Paralelo a ello se han llevado a cabo investigaciones completas sobre precios y costo-efectividad del tratamiento antirretroviral, sobre todo en naciones europeas. (Urueña, et al., 2014, p. 52)

Las políticas de medicamentos basadas en el concepto de medicamento esencial, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), son fundamentales para asegurar el acceso a los medicamentos en un contexto internacional donde los precios de los medicamentos son cada vez más altos y donde los individuos o los sistemas de salud encuentran cada vez más dificultad para enfrentar el gasto en medicamentos.

1.1.2 En Latinoamérica

“En 2013, 47.000 [39.000 - 75.000] personas murieron por causas relacionadas con el sida en América Latina”. (ONU, 2014, párr. 8)

1.1.2.1 México

Según estimaciones conjuntas realizadas por Onusida-Censida, a finales del 2013 existían 180 mil personas viviendo con VIH y sida (rango: 140,000-230,000). La prevalencia de VIH en la población de 15 y más años fue del 0.2 por ciento, lo que significa que dos de cada mil personas de esas edades estaba viviendo con el VIH. Se considera una prevalencia baja y su tendencia se ha estabilizado en los últimos diez años. (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2013, p.2)

El número anual de nuevas infecciones por VIH alcanzó su valor máximo en el año 2005, con una estimación promedio de 15 mil nuevas infecciones, y ha venido disminuyendo para llegar a 9 mil 300 en el 2013. (Rango: 6,000-15,000). Del total de personas infectadas por el VIH, se ha estimado que el 50% no lo saben.³ En el año 2003, se logró que las personas sin seguridad social tuvieran acceso universal y gratuito a la terapia antirretroviral contra el VIH y el sida. A finales del 2013, 89 mil 410 personas estaban recibiendo antirretrovirales en todas las instituciones de salud públicas y privadas. En ese año, la Secretaría de Salud atendió a 57,073 personas con un costo promedio anual de \$44,997 pesos por tratamiento. (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2013, p. 3)

En 1983 se reportó el primer caso de sida en México. Desde esa fecha, y hasta el 30 de septiembre del 2014, existe un registro acumulado de 223 mil 995 personas que se han infectado por el VIH o desarrollado el sida. Sin embargo, sólo 116 mil 936 personas se encontraban vivas, 94 mil 812 ya fallecieron y 12 mil 247 se desconoce su status actual. El 80.2 por ciento de los casos corresponden a hombres y el 19.8 por ciento a mujeres, lo que significa una proporción de 4:1. Por edades, el 2.1 por ciento ocurrieron en menores de 15 años de edad; el 33.5 por ciento en jóvenes de 15-29 años; el 63.8 por ciento en adultos de 30 años y más; y en el 0.6 por ciento se desconoce la edad. (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2013, p.4)

“La tasa de incidencia nacional en el período 1983-2014 fue de 186.7 casos por cada 100 mil habitantes”. (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA, 2013, p.4)

El acceso al tratamiento, incluidos los antirretrovirales, en México varían considerablemente de un grupo socioeconómico a otro (Saavedra, 1998, p. 13). Desde 1992, las cinco instituciones de seguridad social de México han estado ofreciendo acceso a atención gratuita del VIH/SIDA en hospitales de niveles secundario y terciario. Sin embargo, para las personas no aseguradas a un seguro social o al programa público FONSIDA (Fondo Nacional para las personas que viven con el VIH/SIDA), que acuden a los establecimientos de la Secretaría de Salud, ha sido mucho más difícil tener acceso al tratamiento antirretroviral. Con el fin de atender esta situación, el Ministro de Salud se comprometió a entregar, para el año 2006 tratamiento antirretroviral a todo aquél que lo necesite. (Bautista, Dmytraczenko, Kombe & Bertozzi, 2003, p. 13)

1.1.2.2 Argentina

Un estudio de precios realizado por la Red Latinoamericana por el Acceso a los Medicamentos (RedLAM), demostró que Argentina es el país de Latinoamérica que paga los más altos precios por la adquisición de tratamientos antirretrovirales. Por ejemplo: el medicamento TDF + FTC que es comercializado con exclusividad en Argentina bajo el nombre y marca comercial “TRUVADA®” costó en 2012 al programa de provisión pública US\$ 4.047,86 dólares, por persona por año. (Portalsida, 2014, párr 2)

"(...) la DNS y ETS promueve el inicio temprano del tratamiento antirretroviral sin tomar en cuenta los valores de carga viral y cd4, como se venía haciendo. La DNS y ETS cambió los estándares de inicio de tratamiento sin mostrar evidencia contundente de que ello mejorará la salud de la persona que debe comenzar el tratamiento ni bien reciben su diagnóstico VIH+ (...) con esta política la DNS y ETS incrementará el presupuesto asignado a la compra de medicamentos en más del doble. (Portalsida, 2014, párr 6)

Para asegurar el "Acceso Universal" a medicamentos antirretrovirales, la Argentina realiza inversiones extremadamente altas, significando actualmente una inversión de más del 90% del presupuesto asignado a la DNS y ETS dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Según informaciones suministradas por la DNS y ETS, el presupuesto de la misma aumenta significativamente año a año a causa del precio de los medicamentos. (Portalsida, 2014, párr 10)

1.1.2.3 Chile

En la ley 19.966. AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud), que asegura el acceso a TARV para personas de cualquier edad que lo requieran de acuerdo al Protocolo Nacional. (Ley 19.966 de 2004).

1.1.3 Antecedentes en Colombia

En Colombia a partir del año 1993, cuando se crea la Ley 100 se dio una transformación muy importante en la demanda de medicamentos. De un mercado determinado principalmente por compradores individuales con pago de bolsillo, se ha ido transitando a un crecimiento del mercado sistémico-institucional, dado el nivel de aseguramiento de la población que se acerca al 80% de la población colombiana. Actualmente no existen estudios que puedan determinar la distribución relativa de los dos mercados, dado que la información sobre el mercado institucional es muy limitada. Esto particularmente obedece a que son relaciones de compras por volumen donde los precios se transan de manera privada a través de contratos donde se busca generar utilidades o rentas sobre el valor de los medicamentos en la cadena de adquisición. (Garavito, 2007, párr. 11)

En Colombia, desde 1985 y hasta finales del 2011, se reportaron un total de 75.620 casos de infección por VIH y Sida. La edad de los casos notificados con estas

enfermedades se concentra en el grupo de 20 años a 39 años, que representa el 52,7 %, de 25 años a 29 años (15,3 %), seguido de 30 años a 34 años (14,4 %). El grupo de personas con 60 o más años presenta un incremento en los últimos tiempos. (Moreno, 2012, p. 2)

“No obstante, de acuerdo con los resultados del estudio centinela, realizado en mujeres gestantes, se calcula para la población general una prevalencia de 0,22% (2009)”.

(Ministerio de Salud y protección social de Colombia, 2012, p. 2)

Con la última estimación realizada el 30 de marzo de 2012, la prevalencia para el año 2011 se estimó en 0,52% con una población de 129.630 personas infectadas en las edades de 15 a 49 años. Según el Objetivo del Milenio 6 de Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades, la meta para población general es haber mantenido la prevalencia de la epidemia por debajo de 1% en población entre 15 y 49 años. Por otra parte, se disponen de los datos de notificación obligatoria de casos través del Sistema de vigilancia epidemiológica – SIVIGILA. Desde 1983, cuando se reportó el primer caso de infección por VIH en Colombia, y hasta el 31 de diciembre de 2011 se han notificado un total de 86.990 casos de infección por VIH, casos en estadio de sida y son menores de 18 años. (Ministerio de Salud y protección social de Colombia, 2012, p. 3)

“En Colombia, hasta el 2009 se habían reportado 71509 casos y para el 2011 la cifra aumentó a 83.467”. (Ministerio de Salud y protección social de Colombia, 2012)

En Colombia, el VIH/Sida se cataloga dentro del sistema de salud y seguridad social como un flagelo de alto costo, los datos oficiales hablan de un aumento considerable en la cobertura de su tratamiento (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2012), el enfermo debe recurrir con mucha regularidad a la vía jurídica, especialmente a la acción de tutela, para poder acceder a la totalidad del procedimiento médico y a los medicamentos que necesita para garantizar su calidad vida.

La Corte Constitucional Colombiana (2013) se pronunció resaltando la condición de vulnerabilidad y necesidad del enfermo de VIH, y sobre la obligación que tiene el Estado de garantizar la atención médica del mismo, respondiendo por sus derechos a la salud, a la vida, a la dignidad y a la seguridad social. (Urueña et al, 2014, p. 55)

Un resultado muy importante de la implantación del Sistema General de Seguridad Social en Salud ha sido el progresivo crecimiento del mercado de medicamentos genéricos, impulsados especialmente por la definición del Plan Obligatorio de Servicios de Salud, en el cual se ha favorecido las compras en volumen y la reducción de las economías de escala al no existir una política que favorezca los medicamentos de marca sino que por el contrario equipara el medicamento de marca con el (y favorece) el medicamento genérico, básicamente sobre el reconocimiento aislado del principio activo en el Plan Obligatorio de Servicios de Salud. (Garavito, 2007, p. 11)

1.1.3.1 Costos del tratamiento del VIH/ Sida en Colombia

El dinero que cuesta la enfermedad, unos quince millones de pesos anuales en promedio, hay que multiplicarlo por 47.000 infectados que habría en el país, según el cálculo más optimista de un estudio elaborado, a petición del Ministerio de Salud, por la firma Cinssa (Consultores Internacionales en Seguridad Social y Salud). Esas cifras corresponderían al total de enfermos y no sólo a los casos detectados. (Novoa, 1998, párr 2)

Para atender a todos esos pacientes, habría que destinar unos 705 mil millones de pesos. Una cifra que es astronómica, pero manejable, en comparación con la que saldría de hacer el mismo cálculo con el pronóstico más pesimista, que habla de 138.000 posibles infectados en Colombia. (Novoa, 1998, párr 3)

Si se tratara sólo a la mitad de esa población (porque no se pueda detectar a la otra mitad, por ejemplo) el gasto sería de 2.080 millones de dólares, unos 2,7 billones de pesos de hoy, lo que equivale al 27 por ciento del gasto total en salud en Colombia, según el estudio de Cinssa. (Novoa, 1998, párr 4)

El costo del tratamiento del VIH/ Sida por persona le costó al país unos 44.600 dólares (cerca de 60 millones de pesos actuales) para un total de 340 millones de dólares en 1995, un 0,4 del PIB (Producto Interno Bruto). Y la cifra va en aumento, tanto que en el año 2000, cuando habrá entre 60.000 y 190.000 colombianos infectados, la pérdida por años de trabajo puede equivaler al 0,8 por ciento del PIB. (Novoa, 1998, párr 10)

Así, por ejemplo, el 70 por ciento de las mujeres diagnosticadas en el hospital Simón Bolívar de Bogotá, el centro de referencia más importante sobre sida, la adquirieron de

su cónyuge. Cuando comenzó la epidemia en Colombia en 1983 la proporción de hombres por cada mujer infectada era de 20 a 1. Hoy bordea el 3.5 hombres por cada mujer y se calcula que para el año 2000 la proporción será de 1 a 1. (Novoa, 1998, párr 13)

Según los expertos, los costos causados por la epidemia aumentarán como consecuencia de la decisión del CNSSS (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud) de suministrar a los pacientes con sida terapias virales triconjugadas (coctel).

El panorama ha hecho que entidades como las aseguradoras busquen un mayor control al que tiene ahora sobre el ingreso de afiliados a los planes de medicina prepagada, complementarios al POS y seguro de vida. Por eso quiere que el Consejo de Estado les permita realizar exámenes de sida antes de afiliar a alguien.

Los que están a favor de esa intención dicen que estas entidades están en todo su derecho porque su negocio es asegurar riesgos no eventos ya sucedidos y porque tienen un número de afiliados muy pequeño (Entre 700 mil y un millón de personas, nada comparado con los 18 millones de afiliados al sistema de seguridad social en salud), que no les permite tener un número de infectados muy grande sin correr el riesgo de una quiebra. (Novoa, 1998, párr 15)

En relación con el costo de estos medicamentos para el tratamiento a un paciente con sida (en pesos) Medicamentos coctel 12 inhibidores de transcriptasa, un solo producto (Entre 1 y 3 drogas) y 1 de proteasa al mes 930.000 al mes. 400.000. Dos productos al mes 700.000 Costo anual \$11. 160.000 Entre \$4.800.000 y \$8.400.000 anuales, 3 controles anuales de defensas de \$60.000 c/u arroja \$ 180.000. Pruebas de carga viral entre 600.000 Entre 200.000 entre 200.000 y 390.000 y 1.700.000 y 390.000 exámenes de control para 3 veces al año. Una vez al año sangre, orina, riñones etc \$300.000 100.000 Tratamiento enfermedades 100.000 mensuales no se requiere oportunistas (ej. tuberculosis) \$1.200.000 anuales Consulta a especialistas 1 mensual No se requiere especialmente oftalmólogos \$480.000 anuales neurólogos y dermatólogos (Unos 40.000 cada una) Tac y Punción lumbar 1 vez al año no se requiere \$200.000 anuales Totales Entre \$14.120.000 Entre \$5 280.000 y \$14 790.000 y \$9 070.000. (Novoa, 1998, párr 18)

Teniendo en cuenta no solo las implicaciones económicas, sino también la calidad de vida y la atención en los servicios de salud, en diferentes ámbitos académicos,

científicos e institucionales, se evidencia la necesidad de implementar programas de prevención primaria y secundaria, con el fin de fortalecer el diagnóstico temprano, definir y aplicar protocolos de tratamiento, frenar la transición del VIH al sida y disminuir los costos de hospitalización, complicaciones, incapacidad y mortalidad (Díaz, 2003). La permanencia en etapa latente o infección asintomática representa no solo un mejor manejo de la enfermedad, sino que puede constituir un beneficio de tarifas para las entidades prestadoras de salud en Colombia.

1.1.4 Antioquia y Medellín

En Antioquia se reportaron 872 casos durante el 2010 con una incidencia de 14,4/100.000 habitantes, de éstos 484 se presentaron en Medellín para una tasa de 20,7/100.000. En Colombia, la prevalencia estimada de VIH/Sida es de 0,6 % en personas de 15 a 49 años; con el 75,3 % de los casos en hombres y 24,0 % en mujeres. (Cardona, 2013, p. 3)

No se encontraron en la revisión bibliográfica datos sobre el costo en Antioquia y en Medellín.

1.2 Antecedentes investigativos

1.2.1 En Latinoamérica

En México se realizó una investigación del costo de medicamentos utilizados en pacientes con VIH o SIDA, en México cuesta \$180 mil pesos al año. El costo que implica la detección y tratamiento del VIH en México va de 15 a 20 mil pesos, dependiendo del avance de la enfermedad, según datos del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. (CENSIDA, 2009, p. 1)

1.2.2 En Colombia

En este contexto, las directrices del Ministerio de la Protección Social de Colombia, resulta evidente la importancia de realizar investigaciones sobre la prevalencia de la infección por VIH/SIDA en poblaciones específicas y describir algunas propiedades de

las pruebas presuntivas. En concordancia con ello, se realizó un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de la infección por VIH/SIDA y su asociación con factores demográficos en Medellín-Colombia, entre el 2006 y el 2012; además, explorar el desempeño de la prueba presuntiva en Medellín.

Materiales y métodos. Tipo de estudio: Retrospectivo. El estudio se desarrolló en una población de 5.851 personas quienes voluntariamente se realizaron la prueba presuntiva para la infección por VIH/Sida entre junio de 2006 y febrero de 2012 en una Institución Prestadora de Servicios de Salud de Medellín. Un sujeto se clasificó como infectado cuando presentó dos pruebas presuntivas positivas para VIH-1/ VIH-2 y el Western Blot positivo en mayores de 18 meses o presencia de Antígeno p24 en mayores de un mes en dos muestras consecutivas. Recolección de la información se utilizó fuente de información secundaria basada en registros de variables demográficas y los resultados de las pruebas presuntiva y confirmatoria para VIH del laboratorio clínico. La edad se categorizó en niños entre 0 y 9 años, adolescentes entre 10 y 19 años, adultos jóvenes entre 20 y 44 años, adultos medio entre 45 y 64 años y adultos mayores a partir de los 65 años. Prueba presuntiva: HIV combi PT® Antígeno del HIV-1 y anticuerpos totales contra el HIV-1 y el HIV-2; prueba in vitro basada en un inmuno-ensayo electroquimioluminiscente de cuarta generación para la determinación cualitativa del antígeno p24 de VIH-1 y de anticuerpos totales contra VIH-1 y VIH-2; presenta mayor sensibilidad y menor ventana diagnóstica frente a otras pruebas que detectan anticuerpos. Se basa en el uso de antígenos recombinados derivados de las regiones genéticas env- y pol de VIH-1 y VIH-2, y para la detección de antígeno Cardona - Prevalencia VIH/Sida en Medellín 933 p24 del VIH-1 se emplean anticuerpos monoclonales. Con esta prueba se pueden obtener tres resultados: no reactiva ($< 1,0$); y reactivas para muestras $\geq 1,0$. La sensibilidad obtenida en 1 532 infectados por VIH-1/2 en diversas fases de la enfermedad ha sido 100 %. La especificidad fue de 99,9 % en 7 343 donantes de sangre europeos y asiáticos escogidos aleatoriamente; mientras que en 4 103 muestras de paciente en diálisis y embarazadas la especificidad fue del 99,8 (99,6-100). Prueba confirmatoria: Western Blot, permite detectar anticuerpos específicos contra las proteínas virales gp60/120, p66, p55, p51, gp41, p31, p24 y p17 con cada reacción observable en forma de banda.

Se emplearon medidas de resumen y frecuencias para la descripción de la población de estudio, la prevalencia de infección se calculó con base en los resultados de la prueba confirmatoria. Se evaluó el supuesto de normalidad con la prueba de Kolmogorov Smirnov y el supuesto de homocedasticidad a través del Estadístico de Levene. La

comparación de la prevalencia de VIH/Sida según sexo y grupo etario se realizó con las pruebas Chi-cuadrado y Exacta de Fisher, mientras que la comparación según la edad con ANOVA y comparaciones múltiples HSD de Tukey.

Aspectos éticos en todas las etapas del proyecto se tuvieron presentes los principios de la declaración de Helsinki y la resolución 8430 de Colombia según la cual el estudio corresponde a una investigación sin riesgo.

Resultados: El 70,5 % de los participantes eran mujeres, en la población de estudio se obtuvo una edad promedio de 27 años, con rango entre 0 y 94 años, y el 50 % de los valores centrales estuvo entre 20 y 33 años; el grupo etario más frecuente fue el de adultos jóvenes. En la prueba de tamización se obtuvo una frecuencia de reactividad contra VIH-1 y VIH-2 del 2,7 %, la prevalencia de la infección hallada en el periodo de estudio fue 1,8 %. (Cardona, Álvarez, & Gil Ruiz, 2013, p.932)

1.2.3 En Medellín

En Medellín en los últimos años ha habido avances importantes en los tratamientos para este virus y en aras de mejorar la calidad de vida de las personas, pero permanece una de las grandes dificultades para quienes conviven con VIH/SIDA, la discriminación que sufren, lo que les impide que otras personas acepten su condición y puedan acceder a la prueba y a los tratamientos con mayor oportunidad. Por ello, mediante distintas campañas que se adelantan en la ciudad se busca sensibilizar a las personas para que eviten el estigma frente a quienes poseen la enfermedad.

En la búsqueda realizada con respecto a los costos de los medicamentos utilizados en pacientes con VIH/SIDA en el año 2016, en los estudios encontrados pero no se conoce el costo, por ser un mercado venta libre.

1.3 El problema

En una EPS de Medellín, se tuvo una población total afiliada en Antioquia de 497.990 personas; con diagnóstico de VIH/SIDA son 1.607, de los cuales, hombres adultos son 1299, niños 17; mujeres adultas 278, niñas 13.

La EPS tuvo una contratación con una IPS de Medellín para el programa del VIH/SIDA, la modalidad por capitación, un paquete donde están incluidos los medicamentos por valor de \$ 639.000 pesos.

Se hizo una proyección con respecto a los costos que se incurren en los medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA con el objetivo de conocer el costo total de los medicamentos antirretrovirales requeridos por los afiliados de una EPS en Medellín y su costo – efectividad, de tal forma que permita a la EPS reorientar las acciones y recursos que garanticen su conveniencia económica.

La metodología que se utilizó en esta investigación estuvo basada en un estudio bibliográfico y descriptivo, ya que se buscaron las causas de los fenómenos, las variables, y características que se presentaron y cuáles son sus efectos.

1.4 Pregunta de investigación

¿Cuáles son los costos de medicamentos utilizados en pacientes con VIH o SIDA en una EPS de Medellín, durante el año 2016?

2. Justificación

Esta investigación es importante para Colombia – Antioquia - Medellín porque los ingresos de la salud son finitos y se distribuyen hasta donde alcancen y en el caso de los pacientes infectados por el virus VIH/SIDA, conocer los costos de los medicamentos que requieren, permitirá proyectar estrategias financieras y de salud pública, que redunden en el beneficio de los pacientes y la empresa que vela por su salud.

Para la EPS de Medellín, le va a facilitar trazar políticas y presupuestar sus requerimientos financieros especialmente con este grupo poblacional en la que ya se sabe que una vida saludable depende de gran medida del tratamiento farmacológico. Para la universidad Luis Amigó, podrá verificar la capacidad investigativa de los estudiantes y el compromiso social alcanzado y más aún en relación con enfermedades como el VIH/Sida que generan alto impacto económico y social. Para nosotros como estudiantes de gerencia en servicios de salud, nos ayudó a adquirir un conocimiento sólido, estructurado de alta calidad que nos incremente nuestra competitividad en el medio laboral y más específicamente en el área de la salud, en relación con la gerencia y el manejo de costos en una entidad de salud.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar los costos de los medicamentos utilizados en pacientes con VIH/Sida en una EPS. Medellín. 2016.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población que está en tratamiento con antirretrovirales de una EPS en Medellín, enfatizando en edad, sexo, escolaridad, tendencia sexual, lugar de residencia, fecha de diagnóstico.
- Cuantificar el costo total de los medicamentos antirretrovirales requeridos por los afiliados de una EPS en Medellín.
- Evaluar las diferencias del costo de acuerdo a variables relacionadas con las características de los usuarios.
- Describir el comportamiento de las infecciones en los pacientes del programa integral de VIH/SIDA en relación con la frecuencia de costo y ocurrencia que le permita a la EPS realizar planes de acción para mitigar el impacto.

4. Marco teórico

4.1 Marco conceptual

4.1.1 El VIH/SIDA

El VIH/Sida es una de las enfermedades que actualmente ha causado impacto a nivel mundial, desde su aparición, adquiriendo una gran trascendencia por el hecho de que no se ha logrado encontrar una cura para esta enfermedad; la razón de no ser curable es la capacidad que tiene el virus para modificar el ADN y replicarse y solo se ha logrado combatir a través de tratamientos antirretrovirales que dificultan la multiplicación viral y retrasan la aparición del SIDA. (Mendez, Sandoval, y Gamboa, 2014, p. 24)

4.1.1.1 Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Se puede definir al sida como una enfermedad degenerativa del sistema inmunológico humano causada por la infección con el VIH, y que puede darse por vía sexual, contacto sanguíneo o por transmisión entre la madre portadora del VIH al feto o al menor lactante.(Urueña et al., 2014,p. 1)

Los estados clínicos de El VIH/SIDA

Las tres fases de infección por el VIH son:

1. Infección aguda: Es la etapa más temprana de infección por ese virus y, por lo general, se manifiesta en un lapso de 2 a 4 semanas después de que la persona ha contraído esa infección. Durante esta fase, algunas personas tienen síntomas similares a los de la influenza (gripe), como fiebre, dolor de cabeza y erupción cutánea. En esta fase, el VIH se reproduce rápidamente y se propaga por todo el cuerpo. El virus ataca y destruye una clase de glóbulos blancos (células CD4 o linfocitos CD4) del sistema inmunitario que luchan contra la infección. (Infosida, 2016, párr 4)
2. Infección crónica: La segunda fase es la infección crónica por el VIH (también llamada infección asintomática por el VIH o fase de latencia clínica.) Durante esta fase de la enfermedad, el VIH sigue reproduciéndose en el cuerpo pero en concentraciones

muy bajas. Aunque personas con infección crónica por el VIH no tienen ningún síntoma relacionado con la misma, pueden propagar el virus a otras. Sin tratamiento con medicamentos contra el VIH, la infección crónica suele evolucionar a SIDA en 10 años o más, aunque ese período puede ser menor en algunas personas. (Infosida, 2016, párr 5)

3. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): El SIDA es la fase final de la infección por el VIH. Puesto que el virus ha destruido el sistema inmunitario, el cuerpo no puede luchar contra las infecciones oportunistas y el cáncer. (Las infecciones oportunistas son infecciones y tipos de cáncer relacionados con infecciones que se presentan con más frecuencia o son más graves en las personas con inmunodeficiencia que en las personas con un sistema inmunitario sano.) A las personas con el VIH se les diagnostica SIDA cuando tienen un recuento de linfocitos (células) CD4 de menos de $200/\text{mm}^3$, presentan una o más infecciones oportunistas, o ambas cosas. Sin tratamiento, por lo general, las personas con SIDA sobreviven unos 3 años. (Infosida, 2016, párr 6)

4.1.2 El plan de respuesta al VIH

Plan de respuesta al VIH aborda 4 ejes:

4.1.2.1 Promoción de la salud sexual y reproductiva, y la prevención de la infección

Se trata de la búsqueda de pacientes por parte del prestador a través de censos hospitalarios, generando mejor oportunidad en el ingreso al modelo, seguimiento del paciente prevalente hospitalizado y captación inmediata luego del egreso hospitalario, así como ser un aliado del asegurador, en la detección oportuna de casos con alta probabilidad pretest, coinfecciones o patología marcadoras para su adecuado tamizaje. (Información sacada del contrato realizado entre la EPS y una IPS de Medellín, año 2014).

La EPS tiene contratado con una IPS la atención integral de los usuarios con VIH/SIDA el programa se llama “Atención integral del paciente modelo de contratación desde la gestión del riesgo”.

4.1.2.2 Atención integral

Los prestadores contratados para la atención integral del paciente con VIH/SIDA garantizarán la disminución de costos asociados a complicaciones derivadas del VIH/SIDA, como enfermedades oportunistas, problemas relacionados con la terapia y hospitalizaciones por complicaciones evitables. Así mismo, propender por una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral, menos cambios de esquema y disminuir las fallas terapéuticas.

El prestador asegurara la intervención farmacéutica en VIH/SIDA, enfocada en la búsqueda de la adherencia farmacológica del paciente, facilitando la toma del tratamiento antirretroviral en cada uno de los pacientes.

Incluye dentro de las atenciones la orientación por el químico farmacéutico, con una periodicidad semestral, donde se enfocarán en el estilo de vida, su adherencia al tratamiento farmacológico y al correcto uso de los medicamentos. El estilo de vida a nivel nutricional, social y emocional del paciente permitirá identificar una red de apoyo para fomentar la adherencia, los posibles inconvenientes e interacciones medicamento - alimento que se pueden presentar, así como también cuales son las mejores estrategias para lograr que la terapia farmacológica de su mejor resultado. (Información sacada del contrato realizado entre la EPS y una IPS de Medellín año 2014)

El programa de “Atención integral del paciente modelo de contratación desde la gestión del riesgo” en la EPS consta de:

4.1.2.3 Apoyo y protección social

Garantizar la atención integral en salud de las personas viviendo con VIH/SIDA coadyuvando a prevenir la progresión de la enfermedad, el desarrollo de infecciones oportunistas a partir de una mirada sistémica sobre el proceso Salud Enfermedad, brindando actividades de prevención, promoción y atención ambulatoria y hospitalaria dentro de las normas del Sistema General de Servicios en Salud, con calidad, oportunidad, pertinencia, seguridad y mitigando las barreras de acceso orientado a lograr la mejoría de la calidad de vida de las personas.

La EPS hace un llamado a los jóvenes de todas las edades para que consulten sus necesidades en salud física y psicológica en un espacio confidencial atendido por profesionales, donde tendrán manejo inmediato.

De igual manera la EPS invita a sus afiliados y a la comunidad, a participar de las campañas, charlas, y ante la duda, a realizarse el examen de detección de la enfermedad; asimismo a acceder a los programas de prevención que se brindan de manera gratuita en las IPS y Unidades de confianza de la EPS en todo el país.

4.1.2.4 Seguimiento y evaluación

El manejo del VIH supone la conformación de un equipo de trabajo básico con profesionales de medicina, enfermería, psicología, nutrición, trabajo social, químico farmacéutico y el apoyo permanente del especialista en infectología, así como la participación de las especialidades de psiquiatría y oftalmología. (Información sacada del contrato realizado entre la EPS y una IPS de Medellín, 2014).

En la IPS se cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinarios, que lidera el médico encargado del programa en cada una de las sedes, con el apoyo constante de la dirección científica y un grupo de infectólogos con amplia experiencia.

4.1.3 El tratamiento y pronóstico del VIH/SIDA

Actualmente existen tratamientos antirretrovirales, que si son bien administrados, mejoran la calidad de vida y la sobrevivencia de las personas que viven con VIH, lo que permite considerar al VIH/SIDA una enfermedad crónica.

Existen diferentes familias de medicamentos antirretrovirales que actúan en distintas etapas de la replicación del virus:

- Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR).
- Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR).
- Inhibidores de la proteasa (IP).
- Inhibidores de la integrasa.
- Inhibidores de fusión.
- Antagonista de receptor CCR5.

El eje central del tratamiento durante la etapa asintomática es la administración de medicamentos antirretrovirales que mantienen al virus en fase de latencia, ayudando a evitar la aparición de otros síntomas y de enfermedades oportunistas, lo que a su vez mejora la calidad y la expectativa de vida del paciente.

En cuanto a los costos de tratamiento, la terapia con antirretrovirales debe ser vista no solo como una simple inversión de presupuesto, sino además como una medida de ahorro, ya que impide la aparición de infecciones y enfermedades oportunistas, que requieren a su vez gastos elevados para su tratamiento, y llevan a la necesidad de la hospitalización del paciente, lo que también crea una carga económica y humana para el sistema de salud.

Dado que los medicamentos son considerados bienes esenciales, en situaciones de necesidad la población sin cobertura específica de salud espera que el Estado se los provea. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los Estados tienen que garantizar el acceso a los medicamentos y por ello deciden brindar cobertura a fármacos esenciales para tratar patologías prevalentes que afectan a la gran mayoría de la población. No obstante, existen enfermedades graves y generalmente de baja prevalencia llamadas enfermedades catastróficas que tienen un alto impacto económico porque requieren de medicamentos de alto costo. (Marin y Polach, 2011, p. 167)

4.1.4 Definición de costo

Es la inversión de dinero que una empresa hace, con el fin de producir un bien, comercializar un producto y/o prestar un servicio. Estos no involucran los gastos de operación, representados por los gastos administrativos y los de ventas, entre otros gastos. (Brito, 2001, p. 1)

4.1.4.1 Definición de costo – efectividad

Tipo de evaluación económica donde se consideran los resultados o beneficios en términos de salud del tratamiento farmacológico y los costos netos de los recursos más relevantes utilizados en la intervención sanitaria. Se establece una relación o razón en la que en el numerador tiene en cuenta los costos de la farmacoterapia empleada como: Tratamiento principal, tratamiento secundario para las enfermedades oportunistas y por efectos adversos, y otros costos inducidos por la intervención farmacoterapéutica;

mientras que en el denominador se refiere a la efectividad del tratamiento, expresados en unidades utilizadas para medir los efectos sobre la salud de una intervención terapéutica.

De esta forma, el Análisis Costo Efectividad, determina la eficiencia del tratamiento, como la relación existente entre los costos del tratamiento farmacológico y la efectividad terapéutica alcanzada, que no es más que el grado en el que una intervención sanitaria produce un resultado o efecto beneficioso en términos de salud en función de los recursos utilizados por concepto de medicamentos y hospitalización.(Collazo et al, 2005, p. 4)

Se comparan efectos sobre la salud y sobre los recursos:

- Los costes se valoran en unidad monetaria.
- Los efectos sobre la salud se valoran en unidades de efectividad.
- La misma unidad de efectividad para todas las alternativas.

4.1.4.2 Costos medicamentosos del VIH/SIDA

Los elevados costos para el tratamiento del VIH/SIDA dependen en gran parte de la adherencia y el cumplimiento estricto por parte del paciente para lograr una mayor efectividad.

En Colombia se sobrepasa la capacidad de sostenimiento de las EPS, dados los altos precios de los medicamentos para el tratamiento del VIH positivo y la destinación de los precios anuales para la atención de pacientes VIH/SIDA, según la etapa de la enfermedad; que son a su vez una consecuencia probable del poco control del gobierno que existe sobre el costo de los medicamentos. Las infecciones de transmisión sexual (ITS), donde se incluye el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), se ha convertido en uno de los agentes infecciosos de mayor impacto en la salud pública y considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud como una patología de alto costo, por generar un fuerte impacto económico sobre las finanzas de este sistema, y por causar un dramático efecto sobre la calidad de vida del paciente y su familia, incluidas las repercusiones laborales.

En el caso de Colombia, el VIH/sida se cataloga dentro del sistema de salud y seguridad social como un flagelo de alto costo, y si bien los datos oficiales hablan de un aumento

considerable en la cobertura de su tratamiento (Ministerio de Salud y la Protección Social, 2012), el enfermo debe recurrir con mucha regularidad a la vía jurídica, especialmente a la acción de tutela, para poder acceder a la totalidad del procedimiento médico y a los medicamentos que necesita para garantizar su calidad vida.

“Se estima que el manejo del VIH / sida ha comprometido en los últimos años el 0,5% del gasto en salud del país y cerca del 1% del gasto en seguridad social en salud”. (Rossi, Sáenz y Vargas 2002 citados por Ureña et al., 2014, p.52).

Frente a esta situación, y no sólo sobre la base de las implicaciones económicas, sino frente a la calidad de vida y de la atención en los servicios de salud, en diferentes ámbitos se ha venido planteando la necesidad de implementar programas de prevención primaria y secundaria, fortalecer el diagnóstico temprano, definir y aplicar protocolos de tratamiento, frenar la transición del VIH al sida y disminuir los costos de hospitalización y complicaciones, la incapacidad y la mortalidad. (Ministerio de Salud, 2013, p.9)

El Estado colombiano paga aproximadamente USD \$1683 anuales por paciente, considerando los precios más bajos para las instituciones públicas, pues los costos que se manejan para las instituciones privadas son más altos y llegan hasta USD \$4449 anuales por paciente. Teniendo en cuenta el número de personas que consumen el medicamento, este le cuesta al sistema de salud colombiano USD \$2.144.633. Es decir, \$3.792.847.799, con la tasa representativa del mercado para hoy (\$1.768,53 por dólar). Sin embargo, el tratamiento antirretroviral constituye la manera más efectiva de prevenir las infecciones oportunistas del paciente con VIH/sida, evitando así otros gastos colaterales. (Ureña et al., 2014, p.58)

Actualmente en Colombia se cuenta con información acerca de la caracterización y comportamiento de la enfermedad del VIH/SIDA, mediante el reporte anual de la cuenta de alto costo, pero no se dispone de información detallada sobre la composición del gasto en la atención del VIH/SIDA.

A finales de 2001 y comienzos de 2002, a partir de los acuerdos 217 de 2001 y 227 de 2002 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), se planteó la necesidad de gestionar la mitigación del riesgo de los administradores de planes de beneficio y, por ende, de determinar el valor de la UPC y de los contenidos de los

planes de beneficios frente a las enfermedades de alto costo. Estos acuerdos pusieron en marcha incentivos financieros que pretendían corregir la selección adversa hacia las patologías de elevado importe, incluido el VIH/SIDA, la cual se relaciona con las tarifas de los medicamentos y con los procedimientos sugeridos en los contenidos de los planes de beneficio, que se expresan en el plan obligatorio de salud (POS), tanto contributivo como subsidiado. (Urueña et al., 2014, p.56)

La Red Nacional de Farmacéutica (2006) señala que en el contexto de salud de Colombia, debido a la escasez de recursos humanos y económicos, la oferta del servicio de seguimiento farmacoterapéutico se encuentra muy ligada a los criterios de selección de los pacientes, los cuales son en parte definidos por la institución de salud que los atiende, y que se basan en el historial clínico (por ejemplo pacientes que reinciden en reacciones adversas o ineffectividad del tratamiento antirretroviral, o pacientes con hospitalizaciones frecuentes). (Urueña et al., 2014, p.58)

En la EPS evaluada el costo total promedio de un usuario en el año 2014 fue de US \$1.982.

Medicamentos Utilizados en la IPS para el tratamiento del VIH/SID

Tabla 1. Medicamentos utilizados para el tratamiento del VIH/SIDA. EPS Medellín. 2016.

DESCRIPCIÓN	PRINCIPIO ACTIVO	CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA
AZITROMICINA	AZITROMICINA	1 gr	TABLETA CON O SIN RECURBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA
AZITROMICINA	AZITROMICINA	200mg/5 ml(4%)	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL
AZITROMICINA	AZITROMICINA	500 mg	TABLETA CON O SIN RECURBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO, CÁPSULA
CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	125 mg/5(2.5%)	SUSPENSIÓN ORAL
CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	250 mg/5ml (5%)	SUSPENSIÓN ORAL
CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	500 mg	POLVO ESTÉRIL PARA INYECCIÓN
CLARITROMICINA	CLARITROMICINA	500 mg	TABLETA CON O SIN RECURBRIMIENTO QUE NO MODIFIQUE LA LIBERACIÓN DEL FÁRMACO.
FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	1%-4%	POLVO PARA RECONSTITUIR A SUSPENSIÓN ORAL
FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	200 mg/100 ml	CÁPSULA
FLUCONAZOL	FLUCONAZOL	200 mg/100 ml	SOLUCIÓN INYECTABLE
SULFAMETAZOL Y TRIMETOPRIMA	TRIMETOPRIM + SULFAMETOXAZOL	(160+800)mg	TABLETA
TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	(40+200)mg/5ml	SUSPENSIÓN ORAL
TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	(80+400)mg	TABLETA
TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	TRIMETROPRIM + SULFAMETOXAROL	(80mg+400mg)/5ml	SOLUCIÓN INYECTABLE

Fuente. Datos obtenidos del contrato pactado de la EPS con una IPS de Medellín, año 2016.

Tabla 2. Listado de medicamentos utilizados por una IPS de Medellín, año 2016.

MEDICAMENTO	ORIGINAL	HUMAX -	UNIDADES	TOTAL MES
	AFIN	BIOTOSC ANA	NECESARIAS MES	
	AFIN	AFIN	AFIN	
Abacavir Tableta 300 mg - precio por tableta	\$ 975.00		1560.00	1,521,000.00
Abacavir Solución oral - precio por frasco	\$ 40,909.00		6.00	245,454.00
Abacavir/Lamivudina Tableta 600/300 mg - precio por tableta KIVEXA	\$ 3,566.00		25080.00	89,435,280.00
Abacavir/Lamivudina Tableta 600/300 mg - precio por tableta				-
Abacavir/Lamivudina/Dolutegravir Tableta 600/300/50 mg - precio por tableta TRIUMEQ	\$ 33,440.00			-
Abacavir/Lamivudina/Zidovudina Tableta 300/150/300 mg - precio por tableta TRIZIVIR	\$ 5,555.00		120.00	666,600.00
Abacavir/Lamivudina/Zidovudina Tableta 300/150/300 mg - precio por tableta			60.00	-
Atazanavir Tableta 200 mg - precio por tableta REYATAZ	\$ 9,616.00			-
Atazanavir Tableta 200 mg - precio por tableta	\$ 5,900.00		180.00	1,062,000.00
Atazanavir Tableta 300 mg - precio por tableta REYATAZ	\$ 15,333.00		60.00	919,980.00
Atazanavir Tableta 300 mg - precio por tableta	\$ 7,411.00		6330.00	46,911,630.00
Atazanavir/ritonavir Tableta 300/100 mg - precio por tableta				-
Darunavir Tableta 800 mg - precio por tableta PREZISTA	\$ 14,972.00		2820.00	42,221,040.00
Darunavir Tableta 600 mg - precio por tableta PREZISTA	\$ 11,229.00		2640.00	29,644,560.00
Darunavir Tableta 400 mg - precio por tableta			1200.00	-
Didanosina Tableta 250 mg - precio por tableta VIDEX	\$ 7,100.00		180.00	1,278,000.00
Didanosina Tableta 250 mg - precio por tableta				-
Didanosina Tableta 400 mg - precio por tableta VIDEX	\$ 9,800.00		1200.00	11,760,000.00
Didanosina Tableta 400 mg - precio por tableta				-
Dolutegravir Tableta 50 mg - precio por tableta TIVICAY	\$ 26,882.00		810.00	21,774,420.00
Efavirenz Tableta 200 mg - precio por tableta	\$ 538.00	\$ 538.00	60.00	32,280.00
Efavirenz Tableta 600 mg - precio por tableta	\$ 625.00		22830.00	14,268,750.00
Efavirenz Tableta 600 mg - STOCRIN precio por tableta	\$ 1,500.00			-
Enfuvirtide Ampolla 90 mg - Kit por 60 - precio por kit	\$ 3,271,320.00		1.00	3,271,320.00
Etravirina Tableta 200 mg - precio por tableta INTELENCE	\$ 12,913.00		780.00	10,072,140.00
Fosamprenavir Tableta 700 mg - precio por tableta TELZIR	\$ 8,334.00		3420.00	28,502,280.00
Lamivudina Tableta 150 mg - precio por tableta	\$ 180.00		1620.00	291,600.00
Lamivudina Solución oral - precio por frasco	\$ 17,812.00	\$ 17,812.00	28.00	498,736.00
Lopinavir/ritonavir Tab 200/50 mg -	\$ 900.00		28800.00	

precio por tableta KALETRA				25,920,000.00
Lopinavir/ritonavir Tab 100/25 mg - precio por tableta	\$ 466.00		300.00	139,800.00
MEDICAMENTO	ORIGINAL	HUMAX - BIOTOS CANA	UNIDADES NECESARIAS MES	TOTAL MES
Lopinavir/ritonavir Solución oral - precio por frasco	\$ 56,500.00		2.00	113,000.00
Maraviroc Tableta 150 mg - precio por tableta MARAVIROC	\$ 20,870.00		840.00	17,530,800.00
Maraviroc Tableta 300 mg - precio por tableta MARAVIROC	\$ 21,818.00		60.00	1,309,080.00
Nevirapina Tableta 200 mg - precio por tableta VIRAMUNE	\$ 9,388.00		120.00	1,126,560.00
Nevirapina Tableta 200 mg - precio por tableta	\$ 515.00		10140.00	5,222,100.00
Raltegravir Tableta 400 mg - precio por tableta ISENTRESS	\$ 14,004.00		6330.00	88,645,320.00
Ritonavir Tableta 100 mg - precio por tableta NORVIR	\$ 1,860.00		60.00	111,600.00
Ritonavir Tableta 100 mg - precio por tableta RITONAX	\$ 1,100.00	\$ 1,100.00	14040.00	15,444,000.00
Tenofovir DF Tableta 300 mg - precio por tableta VIREAD	\$ 12,000.00		30.00	360,000.00
Tenofovir DF/Emtricitabina Tableta 300/200 mg - precio por tableta TRUVADA	\$ 11,666.00		13470.00	157,141,020.00
Tenofovir DF/Emtricitabina/Efavirenz Tableta 300/200/600 mg - precio por tableta ATRIPLA	\$ 13,333.00		120.00	1,599,960.00
Tenofovir DF/Emtricitabina/Elvitegravir/cobicistat Tableta 300/200/150/150 mg - precio por tableta STRIBILD	\$ 18,500.00		30.00	555,000.00
Tenofovir DF/Emtricitabina/Rilpivirine Tableta 300/200/25 mg - precio por tableta COMPLERA	\$ 18,400.00		240.00	4,416,000.00
Zidovudina Tableta 300 mg - precio por tableta	\$ 417.00	\$ 417.00	120.00	50,040.00
Zidovudina Solución oral - precio por frasco RETROVIR	\$ 77,700.00		16.00	1,243,200.00
Zidovudina/Lamivudina Tableta 300/150 mg - precio por tableta	\$ 390.00	\$ 390.00	17460.00	6,809,400.00
Zidovudina/Lamivudina Tableta 300/150 mg COMBIVIR - precio por tableta	\$ 1,900.00		60.00	114,000.00

Fuente. Información suministrada de una IPS de Medellín, a través de un contrato establecido con la EPS. Medellín, 2016

4.2 Marco contextual

La EPS mencionada se encuentra ubicada en Medellín.

Su Misión: Garantizar un eficiente servicio y atención en salud de manera integral, desde un enfoque familiar, que promueva estilos de vida saludables.

Su Visión: Consolidarnos como líderes y referentes a nivel nacional del aseguramiento en salud, mediante nuestro modelo de atención familiar, innovador, oportuno e integral, basado en la gestión del riesgo, logrando la satisfacción de los afiliados.

Promesa de valor: Garantizar, promover y facilitar a los colombianos la atención integral en los servicios de salud.

La EPS es una institución pensada y dedicada al bienestar de los colombianos, promoviendo la salud desde la prevención hasta su implementación diaria para generar una mejor calidad de vida a nuestros afiliados.

Dentro de los servicios que presta la EPS están los programas de promoción y prevención:

Para niños: Este es un programa donde niños menores de diez (10) años, son atendidos por el médico o la enfermera quienes les realizan una serie de actividades que se establecen según la edad y permiten evaluar cómo están creciendo y desarrollándose.

Programa ampliado de inmunizaciones: Este programa pretende erradicar y controlar las enfermedades prevenibles con la aplicación de vacunas, para prevenir la enfermedad y muerte en los niños menores de cinco años.

Mujeres: Se han desarrollado diferentes estrategias para brindar atención oportuna y de calidad y para garantizar toda la atención que la gestante requiere en ésta etapa tan importante de la vida, por esto se diseñó el Programa de Bienestar Integral Materno Perinatal (BIP).

Programa de planificación familiar: Planear cuántos hijos se desea tener y cuál es el mejor momento de tenerlos es una decisión muy importante, por esto, a través de la consulta médica y de enfermería se informa a los usuarios sus derechos sexuales y reproductivos, da educación y hace consejería en planificación familiar.

Jóvenes: Para los jóvenes de 10 a 29 años se realiza una consulta médica con el fin de detectar e intervenir temprana los factores de riesgo o los problemas de salud

prioritarios en este grupo de edad, y algo muy importante se brinda información y orientación sobre la protección de la salud.

Adultos: Con éste programa se busca hacer una identificación de los riesgos y un diagnóstico temprano de estas enfermedades con el fin de incluir los usuarios lo más temprano posible en el programa y evitar las complicaciones propias de éstas patologías.

Detección de alteraciones del adulto: Mediante las cuales se logra la detección temprana y el diagnóstico oportuno de una o algunas patologías crónicas propias de este grupo poblacional, con fin de ofrecer alternativas para el control de los factores de riesgo.

Programa de salud visual: En el programa de salud visual se realiza el examen para detectar problemas de agudeza visual a nuestros afiliados en diferentes edades importantes de la vida 4, 11, 16 y 45 años y se practica un examen oftalmológico a personas de 55, 65, 70, 75 y 80 años.

Programa de salud oral: Se enseñará cómo controlar la placa bacteriana y mantener una buena higiene oral, con un correcto hábito de cepillado y uso de la seda dental. Se realiza profilaxis, aplicación de flúor (5-19 años), sellantes (3 a 15 años) y retiro de los cálculos dentales (mayores de 12 años). A través de las IPS de primer nivel ofrece este importante programa a todos nuestros usuarios.

En relación con el programa VIH/SIDA se realiza seguimiento, monitoreo y manejo del paciente diagnosticado: Se cuenta con un equipo de profesionales multidisciplinarios, que lidera el médico encargado del programa, con el apoyo constante de la dirección científica y un grupo de infectólogos con amplia experiencia en el manejo del programa. Se cuenta con soporte interinstitucional que consiste en capacitaciones a técnicos profesionales de IPS primarias de la red de atención del asegurador en temas relacionados con el VIH/SIDA, capacitación a pacientes en derechos sexuales y reproductivos y conductas de riesgo que facilitan la transmisibilidad de VIH/SIDA. Además se cuenta con recurso profesional y de soporte, el grupo de médicos infectólogos está disponible para la atención a los pacientes, de acuerdo a las especificaciones de la guía práctica clínica.

4.3 Marco legal

4.3.1 En Colombia

4.3.1.1 Decreto 1543/1997

“Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ITS)”. (Decreto 1543, 1997)

Artículo 8: Ninguna persona que preste sus servicios en el área de la salud o institución de salud se podrá negar a prestar la atención que requiera una persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) asintomática o enferma del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), según asignación de responsabilidades por niveles de atención, de incurrir en una conducta sancionable de conformidad con las disposiciones legales; salvo las excepciones contempladas en la Ley 23 de 1981. (Decreto 1543,1997)

4.3.1.2 Acuerdo 53/1997

Modificar el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud, adoptado mediante el artículo 4o. del Acuerdo No. 3 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, en la parte correspondiente al Listado de Medicamentos para el tratamiento de la infección por VIH – SIDA. (Acuerdo 53, 1997)

4.3.1.3 Acuerdo 129/1999

Que por medio del Acuerdo 51 de 1997 se creó el Comité Técnico Asesor de medicamentos y se dictaron normas sobre su funcionamiento, con el objeto de estudiar y recomendar los criterios que deben regir al proceso de actualización del listado de medicamentos esenciales incluidos en el Plan Obligatorio de Salud. Que se hace necesario modificar y actualizar la composición del Comité

Técnico de medicamentos, con el fin de permitir la participación de otros actores del Sistema, tales como los aseguradores y prestadores de los servicios de salud, así como de otras dependencias del Ministerio de Salud. (Acuerdo 129, 1999)

4.3.1.4 Acuerdo 282/2004

“Por el cual se fija el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Plan Obligatorio de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado para el año 2005 y se dictan otras disposiciones”. (Acuerdo 282, 2004)

Artículo 5: fijar el valor de la Unidad de Pago por Capitación del Régimen Subsidiado para el año 2005 en la suma anual de \$203.886 que corresponde a un valor diario de \$566,35 el cual será único por afiliado independientemente de su grupo atareó. El monto anterior cubre el costo de los servicios que hacen parte del Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado según normas vigentes. (Acuerdo 282, 2004)

4.3.1.5 Ley 972/2005

“Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA”. (Ley 972, 2005)

Artículo 3: Las entidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud no podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, según lo aprobado por el CNSSS a un paciente infectado con el VIH/SIDA o que padezca de alguna enfermedad ruinosa o catastrófica. Esta prestación del servicio deberá llevarse a cabo aun si la persona hubiera perdido la afiliación por motivo de la incapacidad prolongada; en este caso la EPS tendrá la facultad de hacer el recobro al FOSYGA a cargo de la cuenta ECAT. (Ley, 972, 2005)

4.3.1.6 Resolución 3442/2006

Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH / SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. (Resolución 3442, 2006)

4.3.1.7 El Decreto 3518/2006

El artículo 23 del Decreto 2323 de 2006 se refiere a la financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública. La financiación de los exámenes de laboratorio de interés en salud pública, acorde con las normas vigentes. (Decreto 3518, 2006)

4.3.1.8 Acuerdo 336/2006

Artículo 2: Incluir en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado la Fórmula Láctea para suministrar a los Lactantes Hijos(as) de Madres VIH (+) durante los primeros 6 meses de edad, según lo recomendado en la Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH /SIDA. (Acuerdo 336, 2006)

4.3.1.9 Decreto 3039/2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Salud Sexual y Reproductiva, y dentro de ella el VIH, establece: “Adoptar y aplicar las normas técnico-científicas, administrativas y financieras para el cumplimiento de las acciones individuales en salud pública, incluidas en el Plan obligatorio de salud-POS del régimen contributivo y del régimen subsidiado”. (Decreto 3039, 2007)

4.3.1.10 Ley 1581/2012

Se expidió el Régimen General de Protección de Datos Personales, el cual, de conformidad con su artículo 1, tiene por objeto:

(...) Desarrollar el derecho constitucional que tienen todas las personas a conocer, actualizar y rectificar las informaciones que se hayan recogido sobre ellas en bases de datos o archivos, y los demás derechos, libertades y garantías constitucionales a que se refiere el artículo 15 de la Constitución Política; así como el derecho a la información consagrado en el artículo 20 de la misma. (Ley 1581, 2012)

4.3.1.11 Decreto 1377/2013

La Corte Constitucional Colombiana (2013) se pronunció resaltando la condición de vulnerabilidad y necesidad del enfermo de VIH, y sobre la obligación que tiene el Estado de garantizar la atención médica del mismo, respondiendo por sus derechos a la salud, a la vida, a la dignidad y a la seguridad social. (Decreto 1377, 2013)

4.4 Marco ético

La investigación está basada en los principios fundamentales de la ética: autonomía, respeto por las personas, justicia y beneficencia”. De acuerdo con la Resolución número 008430 de 1993 de la República de Colombia expedida por el Ministerio de Salud y tal como dicta el título II, capítulo 1, artículo 11 esta es una investigación sin riesgo, no se realizó ningún tipo de manipulación de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los pacientes, la información se tomó de una fuente secundaria (base de datos) y en ningún momento hubo contacto con el paciente. Respeto por las personas, no se manejó información personal sobre los usuarios del programa. El propósito de la investigación es generar conocimiento que permita brindar un beneficio a la población que participa.

Para la Universidad Luis Amigó es muy importante la responsabilidad social universitaria, como ámbito de investigación y desarrollo conceptual y metodológico, ya que es identificada como un elemento transversal a las instituciones de educación superior, tanto desde el punto de vista como organización, así como desde su misión de formar ciudadanos implicados con la sociedad (local y global) y de investigar en pro de un desarrollo científico y tecnológico que contribuya a una evolución humana sostenible

y de acuerdo con su identidad católica y su Misión, inserta en la tradición, experiencia y obra de los Terciarios Capuchinos, que regirá todas las acciones desde la promoción y la búsqueda del saber que debe servir a la persona humana en el desarrollo de su dignidad y de su libertad, para el cumplimiento de su tarea transformadora del mundo, la realización de la justicia y la equidad y, sobre todo, el apoyo al desprotegido. No hay más que una cultura, la humana, la del hombre para el hombre. El humanismo cristiano afirma la unidad del género humano, la solidaridad de destino y la fraternidad como fundamento de una comunidad mundial formada por comunidades menores que tienen por finalidad la búsqueda del bien común en la paz, la justicia y la libertad. (Tobón, 2016, p. 5)

Con el área de Dirección Médica, se acordó de manera verbal el manejo que se iba tener con la información suministrada por parte de la EPS en mención, respetando la confidencialidad de los pacientes.

5. Metodología

5.1 Diseño de la investigación

Esta investigación fue cuantitativa, descriptiva, transversales cuya característica fue la recolección de datos en un único momento, la información fue retrospectiva, porque son sucesos ocurridos en el pasado.

5.2 Fuentes de información

La fuente de información fue secundaria, porque se obtuvo de la base de datos suministrada por la EPS.

5.3 Población

La población fueron los registros de la base de datos de los usuarios con diagnóstico VIH/SIDA en el periodo 2016.

5.4 Unidad de análisis

Cada uno de los registros de la base de datos que consta de:

Tabla 3. Unidad de análisis.

EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL	TIPO AFILIADO	DE RAZA	ESCOLARIDAD	FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA DE VIH	ESTADIO CLÍNICO	MUNICIPIO DE RESIDENCIA
------	------	--------------	---------------	---------	-------------	-------------------------------------	-----------------	-------------------------

Fuente. Elaboración propia.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

5.5.1 Criterios de inclusión

Registros de los usuarios del programa de VIH/SIDA de una EPS de Medellín tanto del régimen contributivo, como del subsidiado durante el año 2016.

5.5.2 Criterios de exclusión

- Registros no completos de los usuarios del programa de VIH/SIDA.
- Registros de los pacientes de los usuarios del programa de VIH/SIDA que no pertenece al período establecido, año 2016.
- Registros de los pacientes de los usuarios del programa de VIH/SIDA que pertenecen al régimen vinculado.

5.5.3 Variables

Tabla 4. Variables.

VARIABLE	NATURALEZA	ESCALA DE	
		MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Edad	Cuantitativa	Razón	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino, femenino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Unión Libre
Régimen de afiliación	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo, 2. Subsidiado
Tipo de afiliado	Cualitativa	Nominal	1. Cotizante 2. Beneficiario
Raza	Cualitativa	Nominal	1. Blanca 2. Afrodescendiente 3. Mestizo 4. Indígena
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria, secundaria, universitaria
Lugar de residencia	Cualitativa	Nominal	1. Zona Rural, 2. Zona urbana
Municipio de residencia	Cualitativa	Nominal	1. Medellín, 2. Itagüí, 3. Envigado, 4. La Estrella, 5. Bello, 6. Copacabana, 7. Barbosa, 8. Otro Municipio.
Fecha de ingreso al programa	Cuantitativa	Razón	Años
Estadio clínico	Cualitativa	Nominal	A1 A2 A3 B1 B2 B3 C1 C2 C3
Esquema de terapia antiviral	Cualitativa	Nominal	1. No recibe terapia, 2. Terapia con 1 medicamento. 3. Terapia con 2 medicamentos, 4. Terapia con 3 medicamentos.
Nombre medicamento	Cualitativa	Nominal	Medicamentos para el VIH/SIDA
Costo promedio de medicamento por usuario por mes	Cuantitativa	Razón	\$ 24.720 hasta \$ 2.089.200
Costo promedio anual por paciente tratado	Cuantitativa	Razón	\$ 3.765.306 hasta 5.000.000

Fuente. Elaboración propia.

6. Plan de análisis

Para el plan de análisis de una investigación cuantitativa se trabajó en tablas de Excel y gráficas con frecuencias relativas y absolutas.

7. Resultados

Esta investigación se basó en el análisis de la base de datos con un total de 1661 usuarios diagnosticados con la enfermedad de VIH o SIDA de una EPS de Medellín, en el año 2016. Se analizaron las siguientes variables.

7.1 Variables sociodemográficas

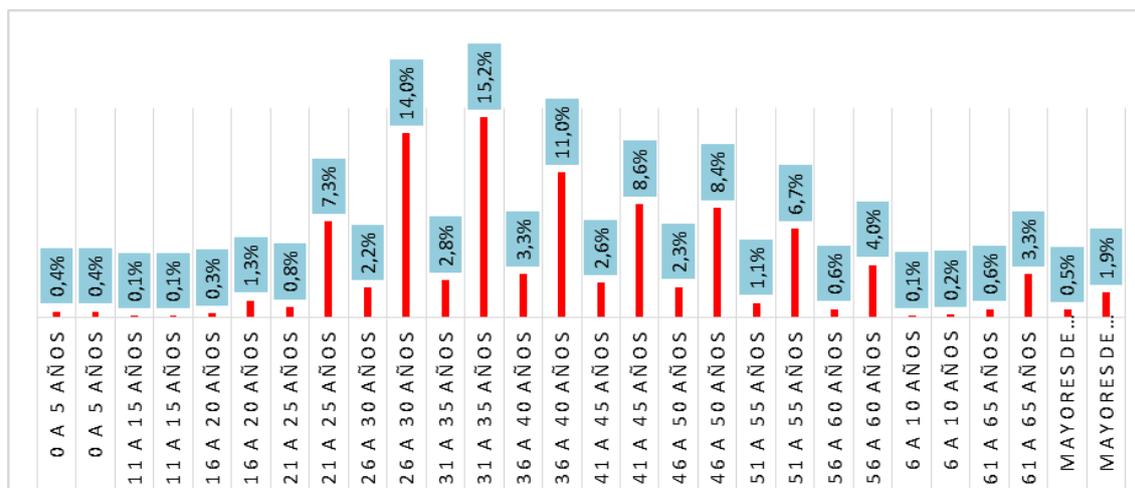
7.1.1 Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el 2016

Tabla 5. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

GENERO	GRUPO DE EDAD EN QUINQUENIO	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
F	0 A 5 AÑOS	7	0.4%
M	0 A 5 AÑOS	7	0.4%
F	11 A 15 AÑOS	1	0.1%
M	11 A 15 AÑOS	1	0.1%
F	16 A 20 AÑOS	5	0.3%
M	16 A 20 AÑOS	21	1.3%
F	21 A 25 AÑOS	13	0.8%
M	21 A 25 AÑOS	121	7.3%
F	26 A 30 AÑOS	37	2.2%
M	26 A 30 AÑOS	233	14.0%
F	31 A 35 AÑOS	47	2.8%
M	31 A 35 AÑOS	253	15.2%
F	36 A 40 AÑOS	54	3.3%
M	36 A 40 AÑOS	183	11.0%
F	41 A 45 AÑOS	43	2.6%
M	41 A 45 AÑOS	143	8.6%
F	46 A 50 AÑOS	38	2.3%
M	46 A 50 AÑOS	139	8.4%
F	51 A 55 AÑOS	18	1.1%
M	51 A 55 AÑOS	112	6.7%
F	56 A 60 AÑOS	10	0.6%
M	56 A 60 AÑOS	66	4.0%
F	6 A 10 AÑOS	2	0.1%
M	6 A 10 AÑOS	3	0.2%
F	61 A 65 AÑOS	10	0.6%
M	61 A 65 AÑOS	54	3.3%
F	MAYORES DE 66 AÑOS	9	0.5%
M	MAYORES DE 66 AÑOS	31	1.9%
TOTAL		1661	100.0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 1. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



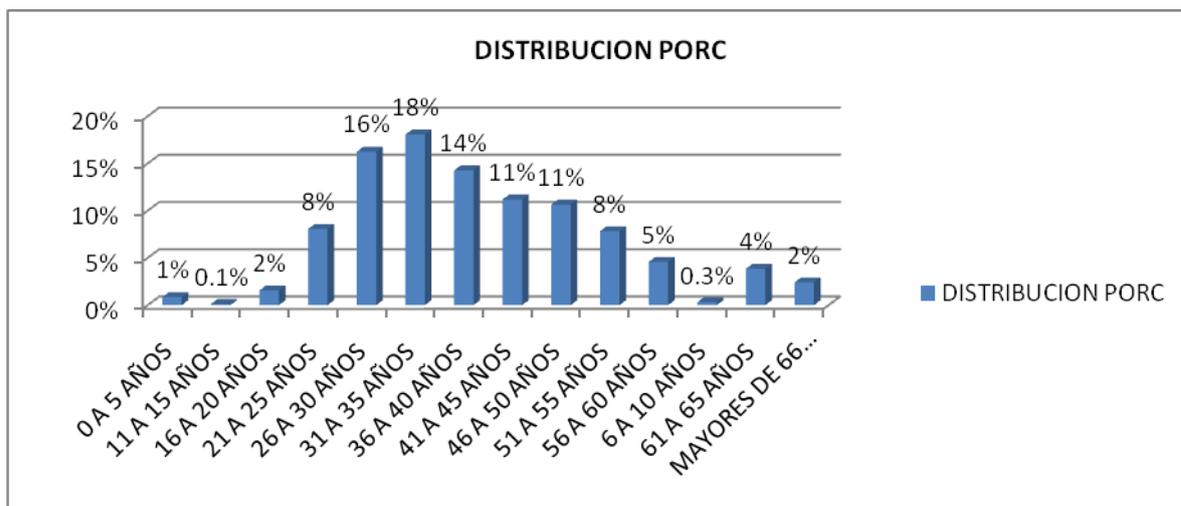
Fuente. Elaboración propia.

Tabla 6. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

GRUPO DE EDAD EN QUINQUENIO	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
0 A 5 AÑOS	14	1%
11 A 15 AÑOS	2	0.1%
16 A 20 AÑOS	26	2%
21 A 25 AÑOS	134	8%
26 A 30 AÑOS	270	16%
31 A 35 AÑOS	300	18%
36 A 40 AÑOS	237	14%
41 A 45 AÑOS	186	11%
46 A 50 AÑOS	177	11%
51 A 55 AÑOS	130	8%
56 A 60 AÑOS	76	5%
6 A 10 AÑOS	5	0.3%
61 A 65 AÑOS	64	4%
MAYORES DE 66 AÑOS	40	2%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 2. Distribución por rango de edades de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo con la tabla 5 y gráfica 1, en esta investigación de acuerdo con la edad la población más diagnosticada con VIH o SIDA son adultos los jóvenes con un 18%, con una edad de 31 a 35 años, siguiéndoles los jóvenes con una edad de 26 a 30 años con un porcentaje del 16%, llama la atención el compromiso de la edad infantil con un porcentaje de 1.1%.

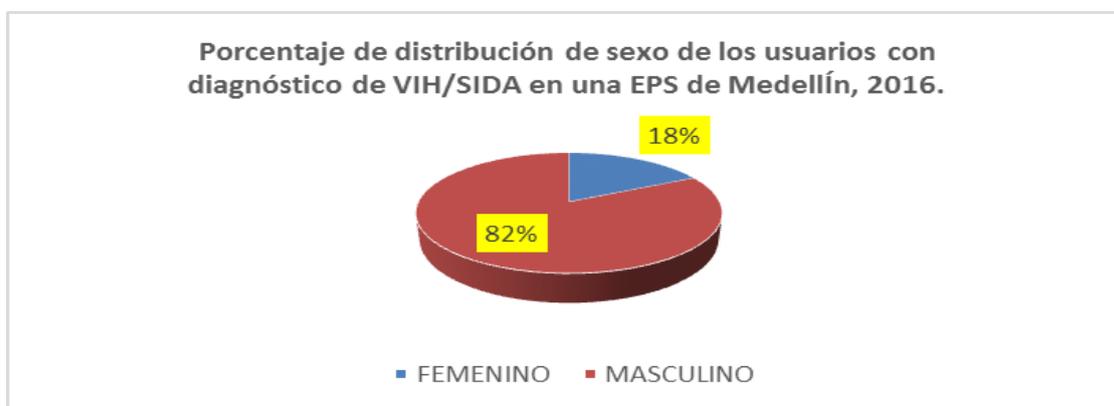
7.1.2 Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 7. Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

SEXO	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
FEMENINO	294	18%
MASCULINO	1367	82%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 3. Distribución de sexo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se evidencia en la tabla 6 y gráfica 2 que el sexo masculino es el más relevante con un porcentaje del 82%, con respecto al sexo femenino que corresponde al 18% de la población estudiada.

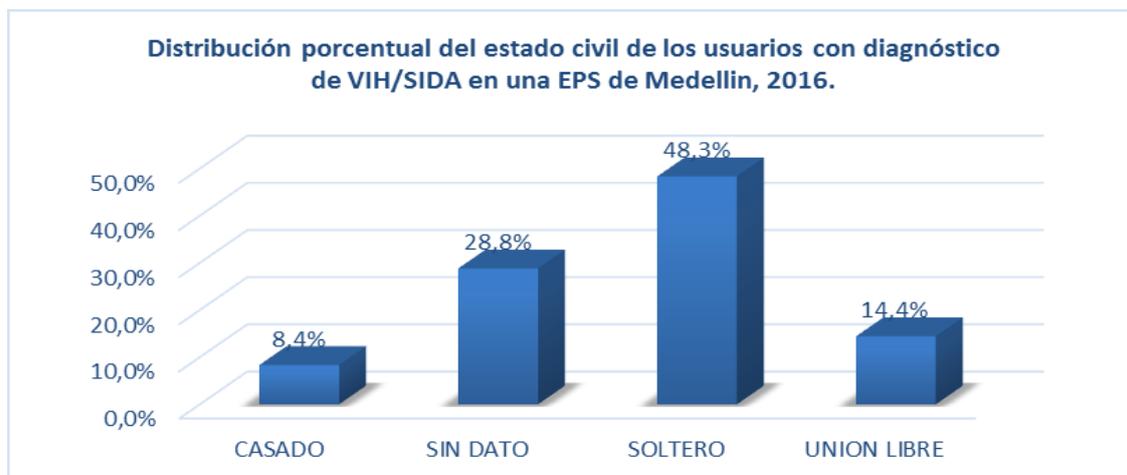
7.1.3 Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 8. Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
CASADO	139	8,4%
SIN DATO	479	28,8%
SOLTERO	803	48,3%
UNION LIBRE	240	14,4%
TOTAL	1661	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 4. Distribución del estado civil de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se observa que en la tabla 7 y gráfica 3, el estado civil soltero con un porcentaje del 48.3% es el que lidera este indicador, es una alerta que se le genera a la EPS para que replantee su manera de llevar a cabo los programas de promoción y prevención; en segundo lugar llama la atención el porcentaje de sin dato con un 28.8%, se detecta que desde la recolección de datos no se está haciendo un correcto diligenciamiento de la información, en el menor porcentaje se encuentran los de estado civil casado con el 8.4%.

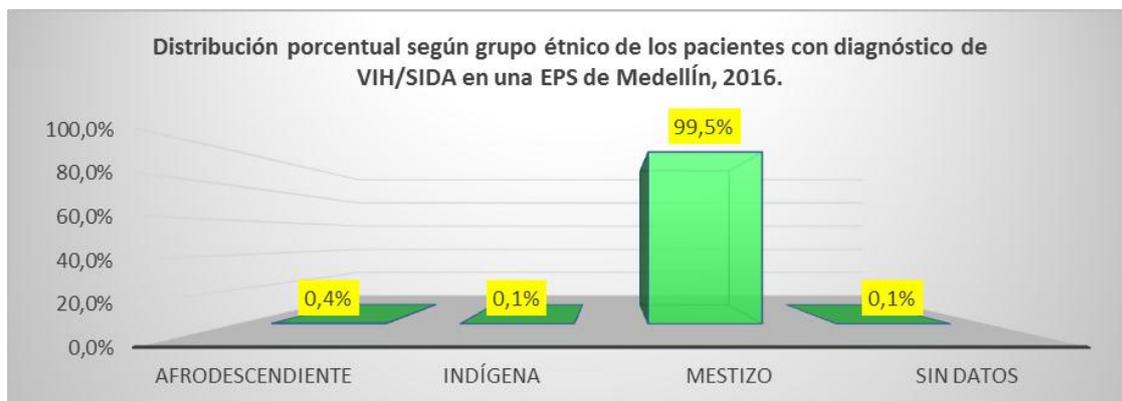
7.1.4 Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 9. Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

PERTENENCIA ÉTNICA	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
AFRODESCENDIENTE	6	0,4%
INDÍGENA	1	0,1%
MESTIZO	1653	99,5%
SIN DATOS	1	0,1%
TOTAL	1661	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 5. Distribución según grupo étnico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

La tabla 8 y la grafica 4, indica que el 99.5% de la población objetivo son mestizos, en segundo lugar se encuentran los afrodescendientes con el 0.4% y en tercer lugar se encuentra la población indígena con un porcentaje de 0.1%.

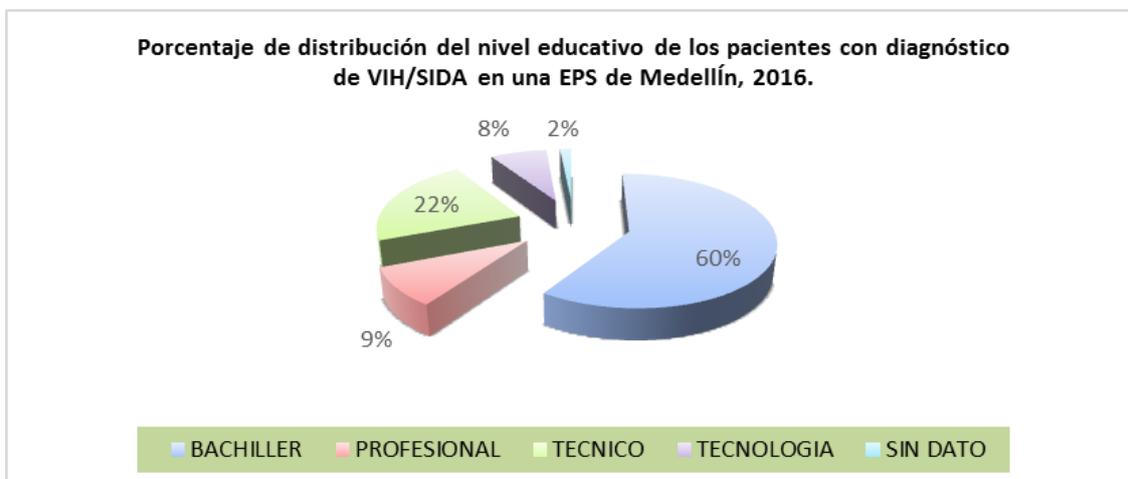
7.1.5 Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 10. Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
BACHILLER	989	60%
PROFESIONAL	156	9%
TECNICO	366	22%
TECNOLOGIA	125	8%
SIN DATO	25	2%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 6. Distribución del nivel educativo de los usuarios con diagnóstico de VIH en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se observa en la tabla 9 y gráfica 5 de acuerdo al nivel educativo que el grupo de bachilleres tienen un porcentaje del 60% es el más alto del total; siguiendo en orden descendente los técnicos con un 22%, luego los profesionales con un 9% y finaliza con los tecnólogos con un 8%.

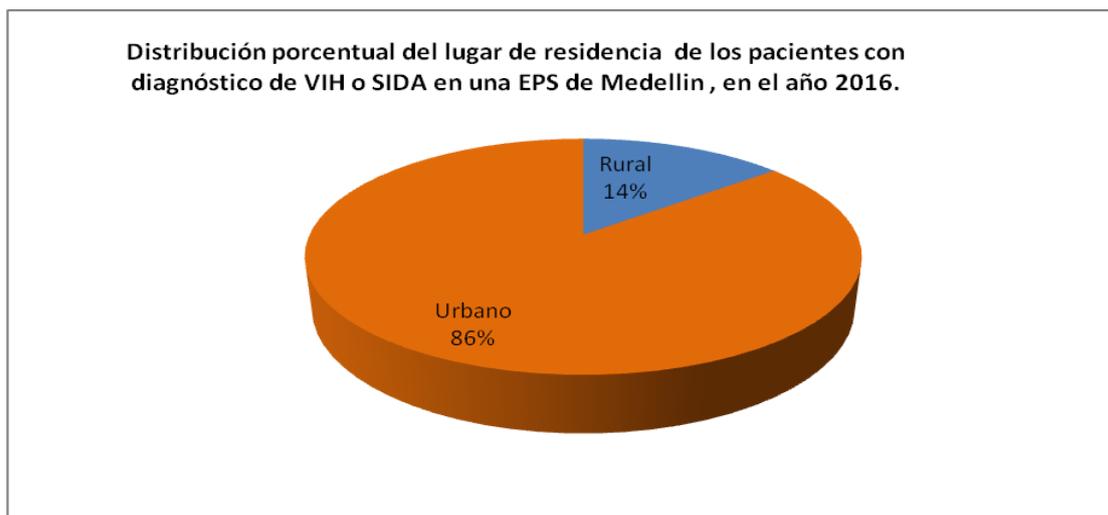
7.1.6 Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 11. Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

LUGAR DE RESIDENCIA	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
RURAL	236	14%
URBANO	1425	86%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 7. Distribución porcentual del lugar de residencia de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín, en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se observa en la tabla 11 y gráfica 7, que de la población total estudiada, el 86% corresponde a la zona urbana y el 14% restante corresponde a la zona rural.

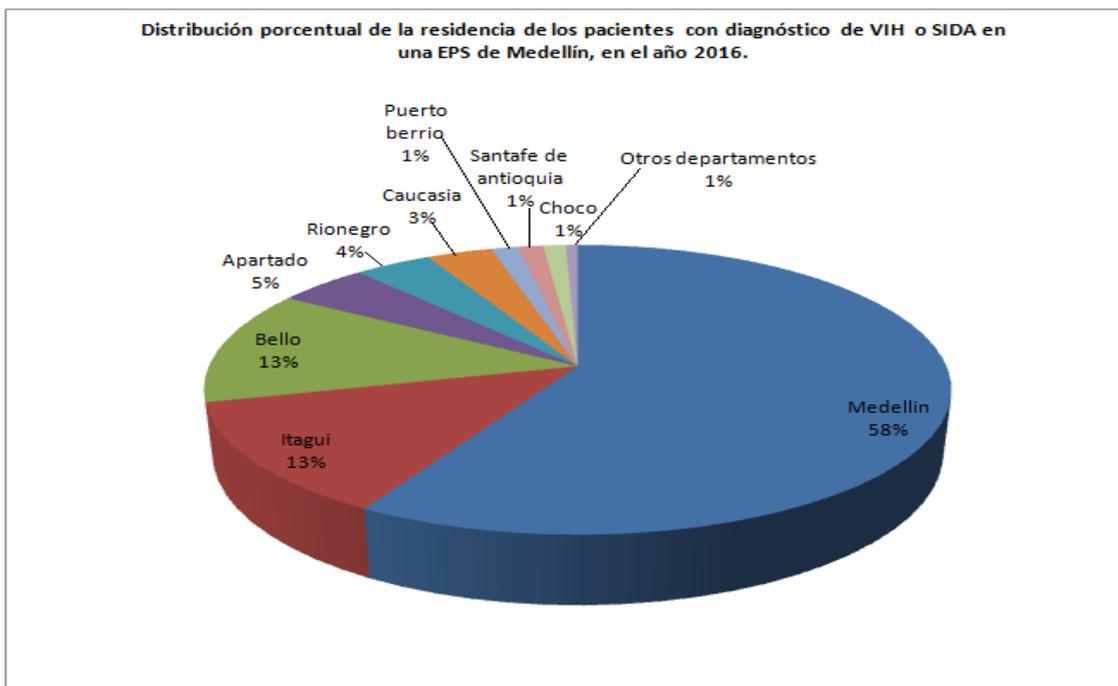
7.1.7 Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 12. Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

SECCIONAL / DEPARTAMENTO	CANTIDAD	DISTRIBUCIÓN PORC
MEDELLÍN	968	58%
ITAGUÍ	212	13%
BELLO	211	13%
APARTADO	77	5%
RIONEGRO	65	4%
CAUCASIA	55	3%
PUERTO BERRIO	23	1%
SANTAFE DE ANTIOQUIA	21	1%
OTROS DEPARTAMENTOS	19	1%
CHOCO	10	1%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 8. Distribución porcentual de la residencia (Seccional/ Departamento) de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

En la tabla 12 y gráfica 8, se tuvo en cuenta la seccional del municipio de residencia, debido al gran volumen de municipios y ciudades donde la EPS tiene presencia. De la población total de 1661 usuarios, se agrupan en 86 municipios, ciudades y departamentos; para la tabla 12 y gráfica 8, se tiene en cuenta las seccionales de la EPS. En primer lugar se encuentra la seccional Medellín con un porcentaje de 58%, en segundo lugar están las seccionales de Itagüí y Bello con un 13% y en tercer lugar se encuentra la seccional Apartadó con un 5%.

En relación con otros departamentos se tiene un porcentaje de 1% e incluye los departamentos del Valle y Eje Cafetero.

El departamento del Chocó no está incluido en el grupo de otros departamentos porque éste es una seccional para la EPS.

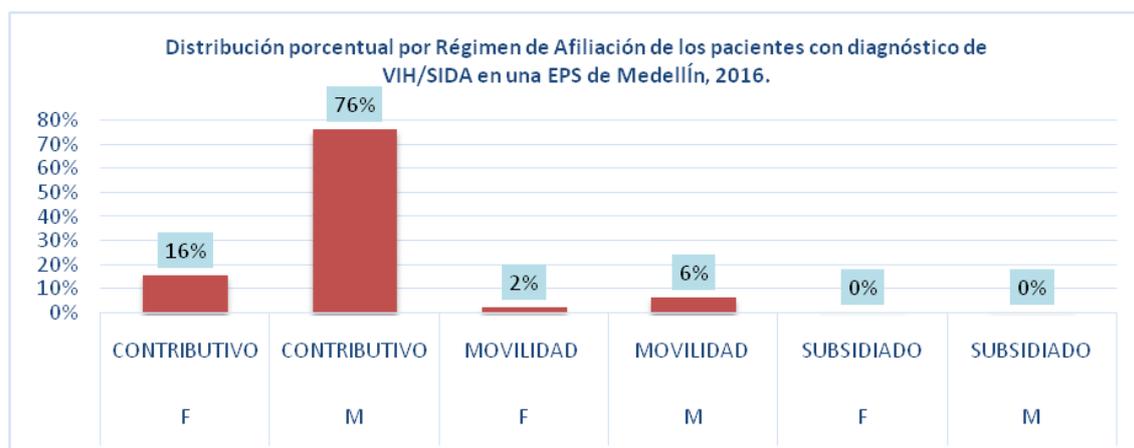
7.1.8 Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

Tabla 13. Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

SEXO	REGIMEN	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
F	CONTRIBUTIVO	259	16%
M	CONTRIBUTIVO	1261	76%
F	MOVILIDAD	33	2%
M	MOVILIDAD	101	6%
F	SUBSIDIADO	2	0%
M	SUBSIDIADO	5	0%
TOTAL		1661	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 9. Distribución por régimen de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se aprecia en la tabla 10 y gráfico 6, que la población se encuentra afiliada al régimen contributivo con un porcentaje del 92% con predominio del sexo masculino 76% en relación con el sexo femenino con el 16%; en el régimen de movilidad o vinculado se tiene un porcentaje del 8%, en éste quedan los usuarios que dejan de cotizar (se quedan sin empleo) y la EPS es la encargada de subsidiar y garantizar la atención; el régimen subsidiado tiene un porcentaje del 0%.

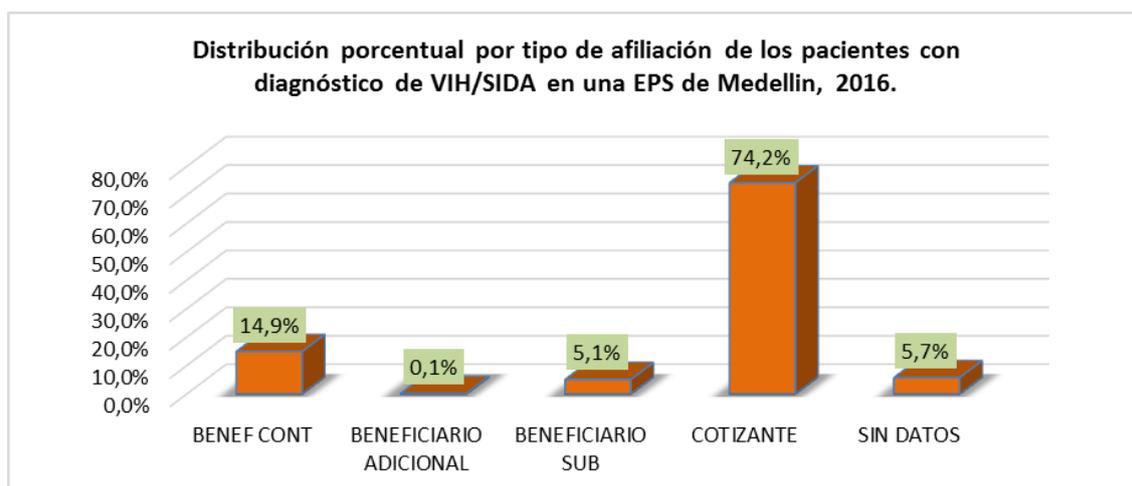
7.1.9 Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

Tabla 14. Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

TIPO DE ASEGURAMIENTO	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
BENEF CONT	247	14,9%
BENEFICIARIO ADICIONAL	2	0,1%
BENEFICIARIO SUB	84	5,1%
COTIZANTE	1233	74,2%
SIN DATOS	95	5,7%
TOTAL	1661	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 10. Distribución por tipo de afiliación de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

La base de datos de acuerdo con el tipo de afiliación revela que el porcentaje superior que representa el 74.2% son cotizantes activos en la EPS, seguidos de los beneficiarios del régimen contributivo con un porcentaje del 14.9%, en tercer lugar se encuentran los usuarios sin datos con un porcentaje de 5.7% y por último los beneficiarios del régimen subsidiado con un porcentaje del 5.1%.

7.2 Variables propias de la investigación

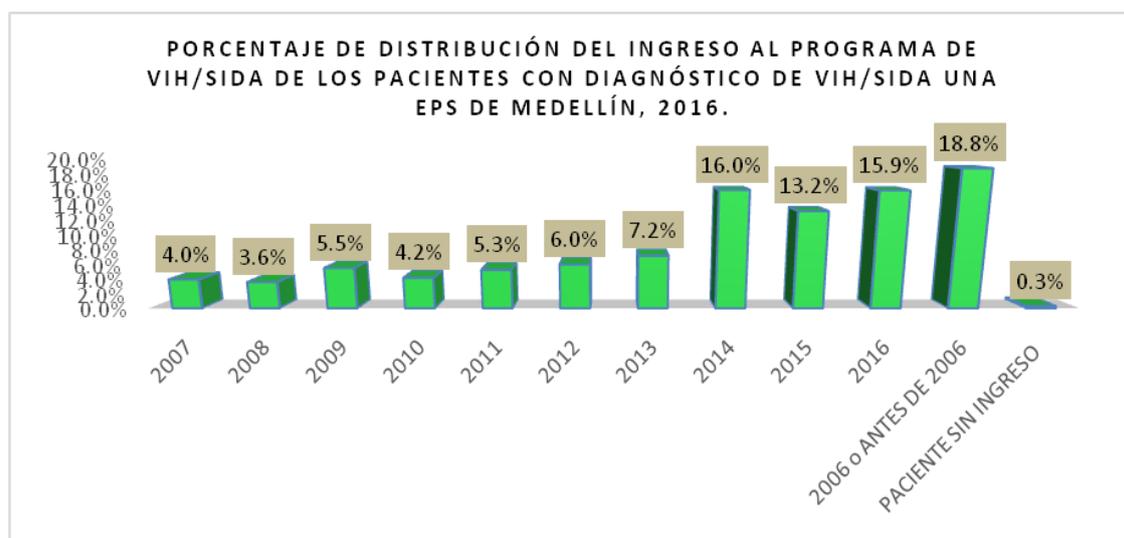
7.2.1 Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 15. Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016.

AÑO DE INGRESO AL PROGRAMA	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
2007	66	4,0%
2008	60	3,6%
2009	92	5,5%
2010	70	4,2%
2011	88	5,3%
2012	100	6,0%
2013	120	7,2%
2014	265	16,0%
2015	219	13,2%
2016	264	15,9%
2006 o ANTES DE 2006	312	18,8%
PACIENTE SIN INGRESO	5	0,3%
TOTAL	1661	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 11. Distribución según el año de ingreso al programa de VIH o SIDA de los usuarios con diagnóstico confirmado en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se aprecia en la tabla 14 y gráfica 10, que en el año 2006 y anteriores ingresaron al programa de VIH/SIDA 312 personas que equivalen al 18.8%, siendo éste el más alto, para el año 2008 ingresaron 60 usuarios (3.6%) siendo éste el año más bajo de ingresos

al programa; es relevante mencionar que para el año 2015 ingresaron 219 usuarios, es decir un 13.2% y para el año 2016 ingresaron 264 personas que equivale a un 15.9%.

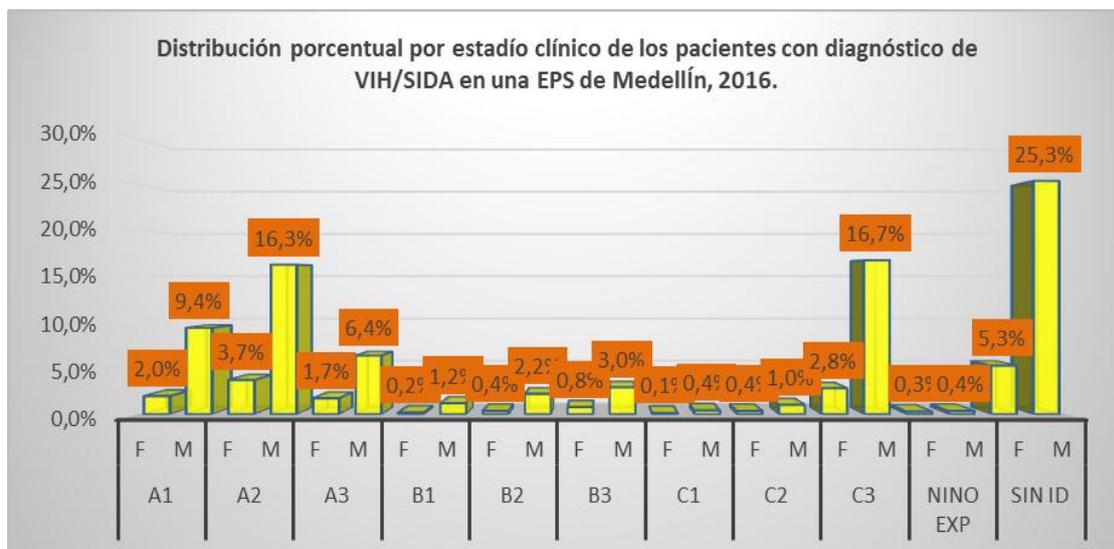
7.2.2 Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Gráfico 12. Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

ESTADIO CLINICO	SEXO	CANTIDAD	DISTRIBUCION PORC
	F	33	2,0%
A1	M	156	9,4%
	F	62	3,7%
A2	M	270	16,3%
	F	29	1,7%
A3	M	106	6,4%
	F	3	0,2%
B1	M	20	1,2%
	F	6	0,4%
B2	M	37	2,2%
	F	13	0,8%
B3	M	49	3,0%
	F	2	0,1%
C1	M	7	0,4%
	F	6	0,4%
C2	M	17	1,0%
	F	47	2,8%
C3	M	278	16,7%
	F	5	0,3%
NINO EXP	M	6	0,4%
	F	88	5,3%
SIN ID	M	421	25,3%
TOTAL		1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 13. Distribución por estadio clínico de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo con el estadio clínico se demuestra que el estadio C3 con un porcentaje del 16.7% es el que más predomina, en segundo lugar se encuentra el estadio A2 con un porcentaje de 16.3% y en tercer lugar el estadio A1 con un 9.4%.

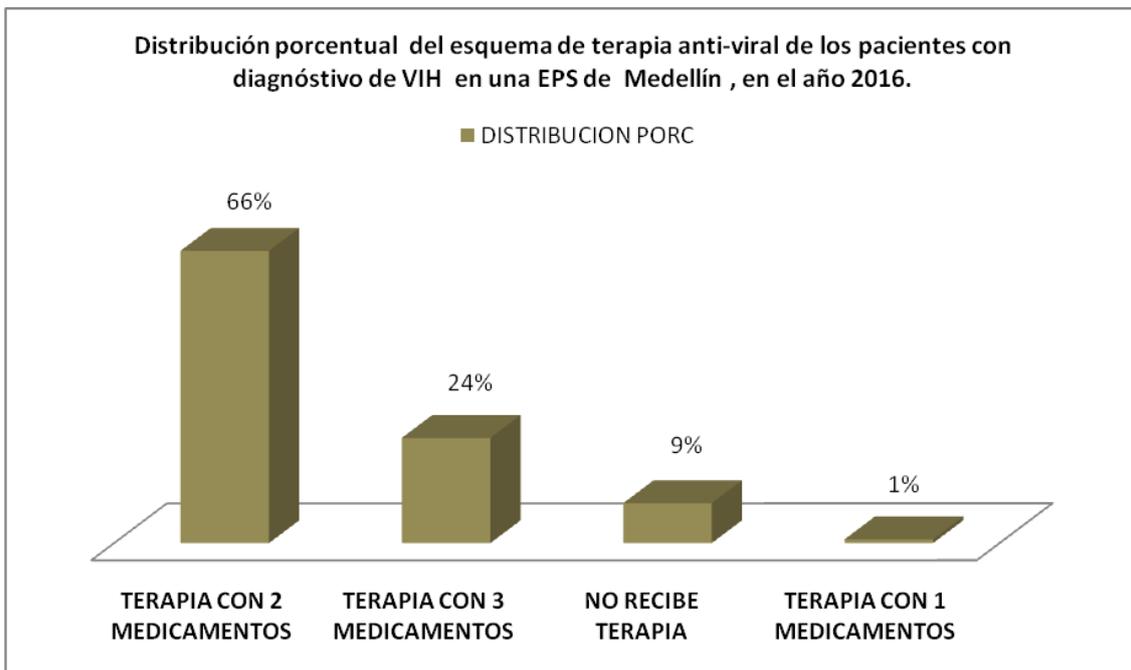
7.2.3 Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016

Tabla 16. Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

ESQUEMA DE TERAPIA ANTI-VIRAL	CANTIDAD	DISTRIBUCIÓN PORC
NO RECIBE TERAPIA	158	9%
TERAPIA CON 1 MEDICAMENTOS	14	1%
TERAPIA CON 2 MEDICAMENTOS	1095	66%
TERAPIA CON 3 MEDICAMENTOS	394	24%
TOTAL	1661	100%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 14. Distribución porcentual del esquema de terapia anti-viral de los pacientes con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín, en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

De acuerdo a la tabla 16 y gráfica 12, se determina que del total de la población estudiada el 66% consumen 2 medicamentos siendo éste el porcentaje más relevante, en segundo lugar con un 24% consumen 3 medicamentos y en tercer lugar no reciben aún medicamentos un 10%.

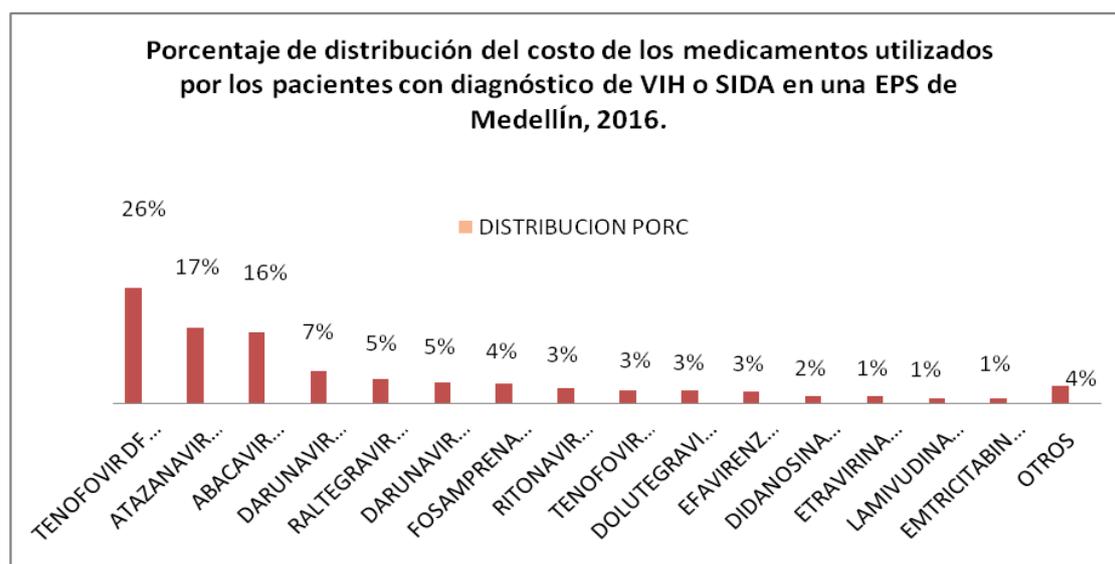
7.2.4 Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016

Tabla 17. Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	COSTO DEL MEDICAMENTO POR MES	DISTRIBUCION PORC
TENOFOVIR DF X300MG + EMTRICITABINA X200MG TABLETA	133.920.000	26%
ATAZANAVIR X300MG CAPSULA	87.398.100	17%
ABACAVIR SULFATO 600mg + LAMIVUDINA 300mg TABLETA	81.946.680	15,7%
DARUNAVIR X800MG TABLETA	37.280.280	7,2%
RALTEGRAVIR X400MG TABLETA	27.307.800	5,2%
DARUNAVIR ETANOLATO X600MG TABLETA	23.580.900	4,5%
FOSAMPRENAVIR CALCICO X700MG TABLETA	22.501.800	4,3%
RITONAVIR x100mg TABLETA	17.242.200	3,3%
TENOFOVIR X300MG + EMTRICITABINA X200MG TABLETA	15.049.140	2,9%
DOLUTEGRAVIR X50 MG TABLETA	14.516.280	2,8%
EFAVIRENZ x600mg TABLETA	13.612.500	2,6%
DIDANOSINA x400mg CAPSULA LIB. PROG.	8.526.000	1,6%
ETRAVIRINA X200MG TABLETA	7.747.800	1,5%
LAMIVUDINA 150mg + ZIDOVUDINA 300mg TABLETA	5.692.980	1,1%
EMTRICITABINA 200 + TENOFOVIR DF 300 + RILPIVIRINA 25 MG TABLETA	5.520.000	1,1%
OTROS	19.338.684	3,7%
TOTAL	521.181.144	100,0%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 15. Distribución del costo de los medicamentos utilizados para los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Se analiza en la tabla 17 y gráfica 13, Según el cuadro anterior la EPS espera gastar por paciente mes \$ 521.181.144; que en primer lugar con un porcentaje del 26% es para el medicamento *tenofovir df x300mg + emtricitabina x200mg tableta*; en un segundo lugar con un 17% es para el medicamento *atazanavir x300mg capsula* y en el tercer lugar está el medicamento *abacavir sulfato 600mg + lamivudina 300mg tableta* con un 16%; es importante anotar que según el orden de importancia es el costo del medicamento.

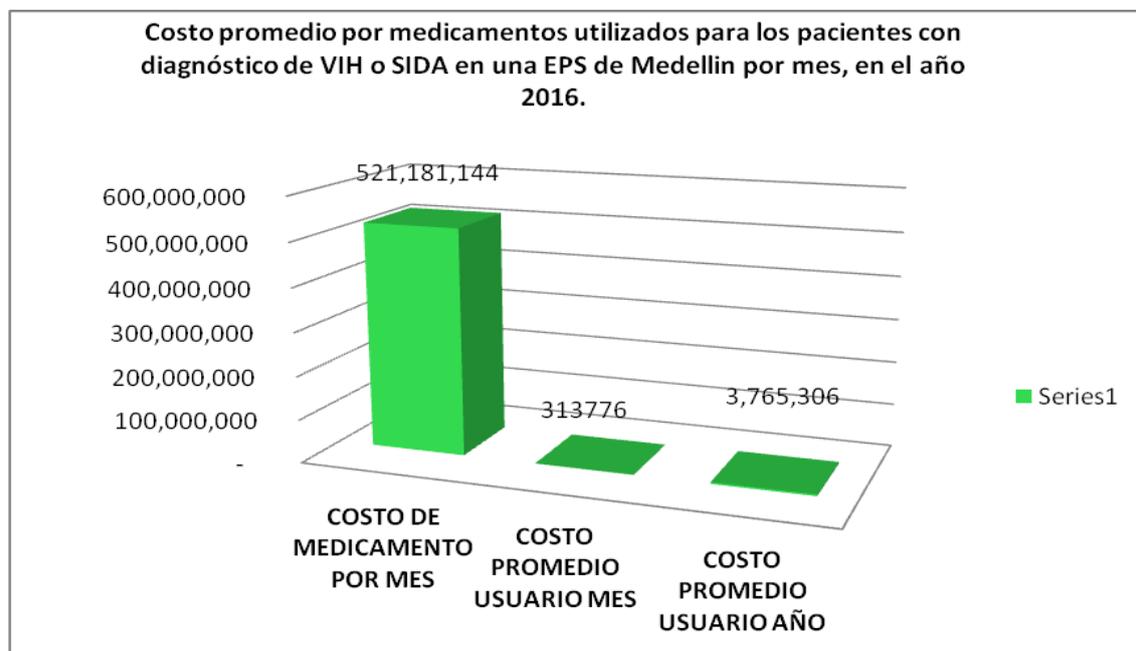
7.2.5 Costo promedio por medicamentos utilizados por los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016

Tabla 18. Costo promedio por medicamentos utilizados por los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.

CANTIDAD DE USUARIOS	COSTO DE MEDICAMENTO POR MES	COSTO PROMEDIO USUARIO MES	COSTO PROMEDIO USUARIO AÑO	PORCENTAJE DEL COSTO MES
1661	521,181,144	313,776	3,765,306	0.1%

Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 16. Costo promedio por medicamentos utilizados por los pacientes con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín por mes en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Según la tabla 18 y gráfica 14, se analiza que la EPS tiene destinado como costo de medicamentos promedio mes por usuario de \$ 521.181.144; el usuario de este rubro se gasta en medicamentos un costo promedio mes de \$ 313.776 y un costo de medicamentos por usuario año de \$ 3.765.306.

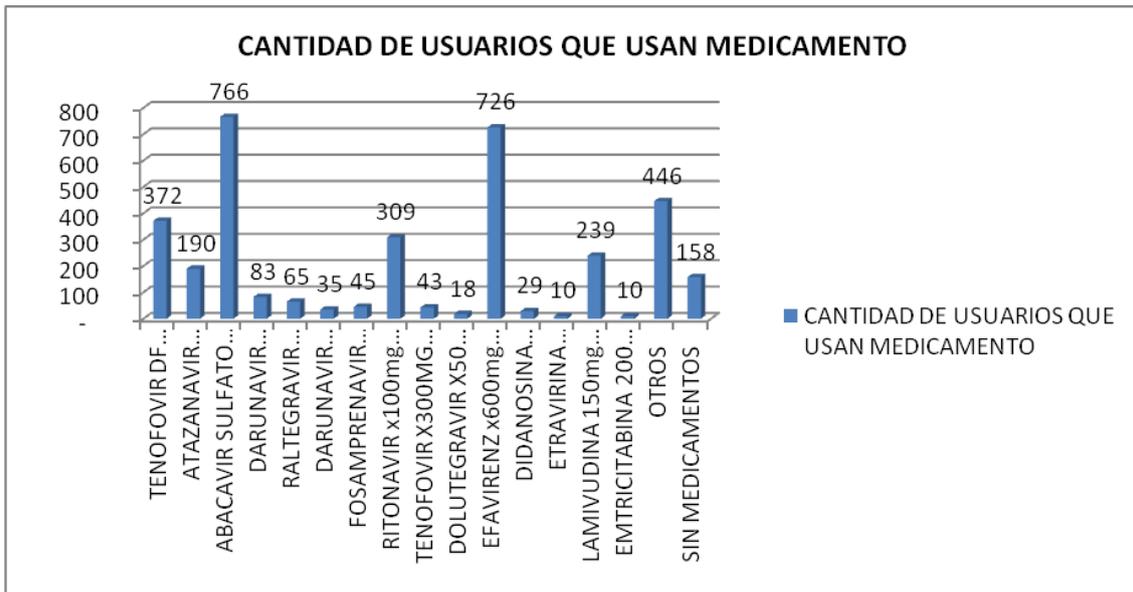
7.2.6 Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

Tabla 19. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.

<i>MEDICAMENTO</i>	<i>CANTIDAD DE USUARIOS QUE USAN MEDICAMENTO</i>	<i>COSTO DEL MEDICAMENTO</i>	<i>PROMEDIO DE MEDICAMENTO POR USUARIO POR MES</i>	<i>PROMEDIO DE MEDICAMENTO POR USUARIO POR AÑO</i>
TENOFOVIR DF X300MG + EMTRICITABINA X200MG TABLETA	372	133,920,000	360,000.00	4,320,000
ATAZANAVIR X300MG CAPSULA	190	87,398,100	459,990.00	5,519,880
ABACAVIR SULFATO 600mg + LAMIVUDINA 300mg TABLETA	766	81,946,680	106,980.00	1,283,760
DARUNAVIR X800MG TABLETA	83	37,280,280	449,160.00	5,389,920
RALTEGRAVIR X400MG TABLETA	65	27,307,800	420,120.00	5,041,440
DARUNAVIR ETANOLATO X600MG TABLETA	35	23,580,900	673,740.00	8,084,880
FOSAMPRENAVIR CALCICO X700MG TABLETA	45	22,501,800	500,040.00	6,000,480
RITONAVIR x100mg TABLETA	309	17,242,200	55,800.00	669,600
TENOFOVIR X300MG + EMTRICITABINA X200MG TABLETA	43	15,049,140	349,980.00	4,199,760
DOLUTEGRAVIR X50 MG TABLETA	18	14,516,280	806,460.00	9,677,520
EFAVIRENZ x600mg TABLETA	726	13,612,500	18,750.00	225,000
DIDANOSINA x400mg CAPSULA LIB PROG	29	8,526,000	294,000.00	3,528,000
ETRAVIRINA X200MG TABLETA	10	7,747,800	774,780.00	9,297,360
LAMIVUDINA 150mg + ZIDOVUDINA 300mg TABLETA	239	5,692,980	23,820.00	285,840
EMTRICITABINA 200 + TENOFOVIR DF 300 + RILPIVIRINA 25 MG TABLETA	10	5,520,000	552,000.00	6,624,000
OTROS	446	19,338,684	43,360.28	520,323
SIN MEDICAMENTOS	158	-	-	-
TOTAL GENERAL		521,181,144		

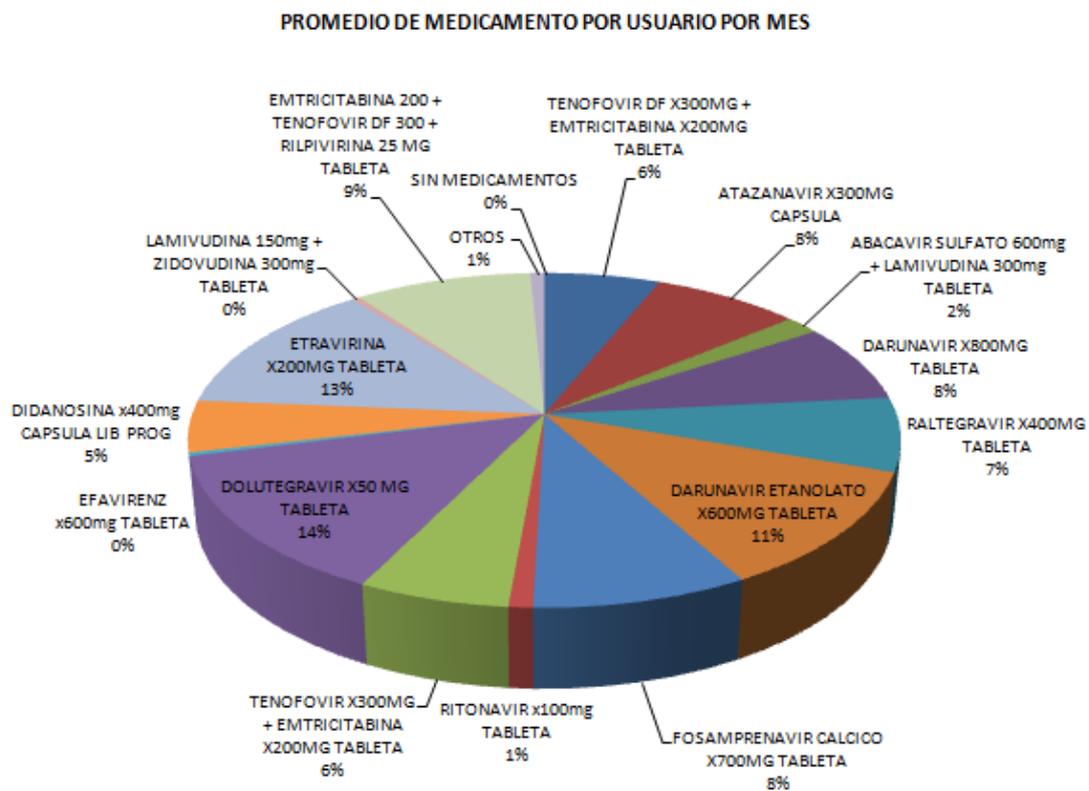
Fuente. Elaboración propia.

Gráfico 17. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Tabla 20. Gasto promedio de medicamentos utilizados por usuario mensual y anual con diagnóstico de VIH o SIDA en una EPS de Medellín en el año 2016.



Fuente. Elaboración propia.

Según la tabla 19 y gráfica 15.1 los usuarios con mayor consumo y que impactan en el costo médico de la EPS, son los siguientes de acuerdo a su costo: *Dolutegravir x50 mg tableta* \$ 806,460, *etravirina x200mg tableta* 774,780, *darunavir etanolato x600mg tableta* \$ 673,740.00.

- El gasto de todos los medicamentos es de \$ 521.181.144 pesos
- El gasto promedio mes por todos los medicamentos de este programa es de \$ 5.845.620 pesos
- El gasto anual de todos los medicamentos de este programa es de \$ 69.522.828 pesos.

8. Discusión

Esta investigación se enfocó en el estudio de los costos de los medicamentos de los usuarios afiliados a una EPS de una ciudad de Medellín, 2016. Para hacer el análisis de estos costos se tomaron los medicamentos recomendados en la guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia que fue adoptada por Colombia. En ésta se recomendaban la Zidovudina (AZT) mas Lamivudina (3TC) como los inhibidores de transcriptasa reversa análogos de nucleótido preferidos. En la actualización de 2014 de esta Guía, el régimen AZT/3TC pasó a ser recomendado como régimen alternativo. (Arenas, 2004, párr. 4)

En otros países de Latinoamérica, como Argentina y Chile las tres combinaciones se mantienen dentro de los regímenes recomendados para el inicio de la terapia.

Los medicamentos utilizados por los usuarios de la EPS en este estudio son TENOFOVIR DF X300MG + EMTRICITABINA X200MG TABLETA, ATAZANAVIR X300MG CAPSULA, ABACAVIR SULFATO 600mg + LAMIVUDINA 300mg TABLETA, DARUNAVIR X800MG TABLETA, RALTEGRAVIR X400MG TABLETA, DARUNAVIR ETANOLATO X600MG TABLETA, FOSAMPRENAVIR CALCICO X700MG TABLETA, RITONAVIR x100mg TABLETA, DOLUTEGRAVIR X50 MG TABLETA, DIDANOSINA x400mg CAPSULA LIB. PROG, ETRAVIRINA X200MG TABLETA, LAMIVUDINA 150mg + ZIDOVUDINA 300mg TABLETA, EMTRICITABINA 200 + TENOFOVIR DF 300 + RILPIVIRINA 25 MG TABLETA. Información suministrada por una EPS de Medellín, año 2016.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONU/SIDA han planteado el tratamiento 2.0 para responder a los desafíos financieros y técnicos que todavía limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TAR). La iniciativa del Tratamiento 2.0: “Expansión y Sostenibilidad de la Atención al VIH en América Latina y el Caribe”, tiene por objetivo alcanzar el acceso universal a la atención por VIH en las Américas. Es decir que busca que todas las personas que viven con el VIH y necesitan tratamiento puedan obtener una atención de calidad que incluya el acceso a las combinaciones más eficaces y seguras de antirretrovirales y la eliminación del riesgo de desabastecimiento. La iniciativa busca estimular la innovación y mejorar la eficiencia y el impacto de los programas de atención y tratamiento del VIH. Este enfoque de salud pública busca la

simplificación y la estandarización, y además incorpora nuevos elementos como el mayor acceso a servicios de laboratorio para diagnóstico y monitoreo, la reducción de costos, la mejora en la provisión de servicios y el involucramiento pleno de las comunidades en la respuesta al VIH. (Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, 2012, p. 3)

La iniciativa representa un abordaje de la atención y tratamiento del VIH para asegurar la expansión y la sostenibilidad a largo plazo y la provisión de servicios en una manera costo eficiente. El impacto esperado a corto plazo es la mejora en la calidad de vida y en la adherencia al TAR en las Polivinilpirrolidona, también conocido como povidona en tratamiento y a largo plazo es la reducción de la morbi-mortalidad asociada al VIH y la reducción de nuevas infecciones por VIH. Según las estimaciones de ONUSIDA-OMS, la implementación de esta iniciativa evitaría diez millones de muertes hasta el 2025. Recientemente se demostró que el uso de TAR en parejas serodiscordantes se asocia a una reducción del riesgo de transmisión del 96% mediante la reducción de la carga viral en el organismo, que refuerza el concepto de tratamiento como prevención. Si todos los individuos que necesitan TARV pudieran iniciarlo y mantenerlo de acuerdo a las guías actuales de tratamiento, se podrían evitar un tercio de las nuevas infecciones por el VIH. (Organización Panamericana de la Salud, ONUSIDA, 2012, p. 3)

En la investigación realizada por Acosta y Suescun en el año 2016 en Medellín, de nombre “Evaluación del costo de un programa de VIH/SIDA de asegurador en Colombia”, se encontraron en relación con la edad, que los usuarios con el diagnóstico de VIH/SIDA con un porcentaje de un 44.5% corresponden entre las edades de 31 a 45 años, lo cual está de acuerdo con lo obtenido en esta investigación donde la edad se encuentra entre el mismo rango de edades de 31 a 45 años con un porcentaje del 43%.

En la investigación por Acosta y Suescun en relación con la ubicación geográfica, el 73% de los pacientes están ubicados en las regionales Antioquia y Eje Cafetero lo que está acorde con la mayor concentración de población afiliada a la aseguradora con una población de (1.401.617) usuarios lo que equivale al 69.3 % de la población total (2.020.133). En cuanto a la distribución por ciudad, el 50 % se encuentra en la ciudad de Medellín; en la ciudad de Bogotá el 12.7 % y en Cali el 6.2 % (Acosta Restrepo y Suescun Giraldo, en la investigación realizada, el 58% de los usuarios están ubicados en

la ciudad de Medellín, en segundo lugar con un 13% para los municipios de Bello e Itagüí.

En una EPS en la ciudad de Medellín, en el año 2016, se encontró en relación con la afiliación al sistema de seguridad social que, el 92% corresponden a los usuarios afiliados al régimen contributivo y el 8% corresponden a usuarios afiliados al régimen de movilidad – subsidiado y en el régimen subsidiado no se encontraron pacientes, dato semejante a lo encontrado en el trabajo realizado por Acosta y Suescun en el año 2007 donde, el régimen contributivo mantiene la mayor cantidad de pacientes afiliados.

(Acosta y Suescun, 2017 p. 3)

En la investigación realizada por Acosta y Suescun, en relación con el estadio de la enfermedad, se evidencia que en la regional Antioquia hay una proporción menor de pacientes con SIDA (Estadio3) con respecto a las demás regionales alcanzando un 37.2 % y en estadio 2 una proporción mayor (45.3%); lo cual es semejante a lo encontrado en esta investigación, donde se observa que el estadio C3 con un porcentaje del 16.7% es el que más predomina, en segundo lugar se encuentra el estadio A2 con un porcentaje de 16.3% y en tercer lugar el estadio A1 con un 9.4%.

En la investigación realizada Acosta y Suescun, en relación con el esquema de tratamiento, el 21 % de la población en estudio está sin presencia de síntomas y por lo tanto no son candidatos para inicio de terapia antiretroviral y el 79.0 % restante reciben terapia antirretroviral. En esta investigación, un 10% no reciben aún medicamentos, el 66% consumen 2 medicamentos siendo éste el porcentaje más relevante, y un 24% consumen 3 medicamentos.

En relación con el costo por paciente de una EPS esta investigación , tiene destinado como costo de medicamentos promedio mes por usuario del total de la población de \$ 521.181.144; de este rubro se gasta en medicamentos un costo promedio mes de \$ 313.776 y un costo promedio de medicamentos por usuario año de \$ 3.765.306, en el estudio realizado en el Perú por Robert W Aldridge y col en el año 2.008 sobre “Los determinantes de una intervención costo efectiva de un programa de VIH/SIDA”, se encontró que el costo de atención con esquema completo fue de \$ US 3.792. Aunque por la diferencia de años, los dos montos no son absolutamente comparables si evidencia una diferencia importante en los costos de atención que podría explicarse en la reducción que ha sucedido a nivel mundial en los costos de los

medicamentos, así como hay factores que estabilizaron el costo de los ARV (antirretroviral) apoyados por políticas estatales. (Collazo, y otros, 2005, p. 3)

Al comparar los costos de los medicamentos de la EPS estudiada con los costos de la investigación realizada en Cuba por Collazo, Martínez, Castro, González, Martínez, Gil, Espinosa y Sánchez (2003) de nombre “Análisis costo-efectividad de la farmacoterapia antirretroviral para los pacientes VIH/SIDA en Cuba”, desde el punto de vista del importe económico, la implantación de la terapia antirretroviral implica un elevado costo total de US \$ 325 900.6/año para el total de los pacientes, y un costo promedio de US \$ 5523.7/caso tratado; mientras que con la ausencia del tratamiento antirretrovírico, solamente se incurre en un costo total de US \$ 70 138.8/año para el total de los pacientes (solamente por tratamiento de enfermedades oportunistas y hospitalización), y un costo promedio de US \$ 1 188.8/caso tratado, para una diferencia significativa en el importe del costo total de US \$ 255 761.8/año, y en el costo promedio e US \$ 4 334.9/caso tratado. (Collazo, et, al. 2005, párr 1)

Con respecto a los costos de los medicamentos, se ha señalado una fuerte variabilidad en los mecanismos de compras, precios, legislaciones, acuerdos internacionales, situación de patentes y contratos de exclusividad que se producen en Colombia y en otros países del mundo. Estas circunstancias determinan una gran diferencia en la inversión necesaria para la adquisición de los medicamentos, lo que constituye una barrera a la expansión y sostenibilidad de los programas del tratamiento del VIH/SIDA.

En la investigación realizada por Acosta y Suescun, los medicamentos representan el renglón con el mayor peso en el costo con un 49%, y en cuanto a estos, son los antiretrovirales los que encabezan la lista. A pesar de disminuir el costo en los medicamentos en relación a las demás referencias descritas es importante tener en cuenta que un análisis a mediano y largo plazo arrojaría información importante sobre los costos que los eventos adversos de los medicamentos y el estado de salud en especial con patologías de riesgo cardiovascular se presentaría en la población que recibe medicamentos antiretrovirales. En comparación con la investigación realizada en una EPS de Medellín, en el año 2016, solo el 1% del costo medicamento por mes, por usuario (\$ 521.181.144) corresponde al costo médico total mes de la EPS.

La investigación por ser descriptiva, solo permite, lo que comúnmente se denomina reflejo superficial de los fenómenos.

Otra limitante en esta investigación, fue que la información suministrada por la EPS al trabajar con bases de datos creadas y alimentadas de manera manual, lleva a una información confiable en un 70%, lo cual se evidencia en que muchas de las variables están sin diligenciar, está contratado a través de un tercero. Esto también generó el no obtener la información clara y veraz acerca de los costos y medicamentos (fuente fundamental para esta investigación) suministrados a cada uno de los usuarios de la EPS, lo cual nos llevó a contactar a los responsables del programa, ya que la EPS no contaba con dicha información.

Se propone para futuras investigaciones una investigación de tipo explicativa, para encontrar posibles relaciones de causa-efecto, ya que son más estructurados y giran en torno al establecimiento de relaciones de causalidad, de modo tal que ofrecen elementos para explicar los eventos y en este caso específico permitirá a la investigación analizar la información respecto al factor de riesgo, medida terapéutica o preventiva que se desea estudiar.

Conclusiones

La evidencia científica en los últimos años, muestra que el acceso a tratamiento antirretroviral temprano, además de disminuir las tasas de morbi-mortalidad proporciona un beneficio adicional a la prevención, en particular para las parejas bisexuales, heterosexuales y población general por la reducción de los niveles de carga viral.

En relación con los costos de los medicamentos del año 2016, que es el centro de la investigación se gastó por paciente mes \$ 521.181.144; el gasto mes promedio por usuario es de \$ 313.776 y el gasto promedio por usuario año es \$ 3.765.306; quedando en primer lugar con un porcentaje del 26% es para el medicamento *tenofovir df x300mg + emtricitabina x200mg tableta* con un costo por mes de \$ 133.920.000; en un segundo lugar con un 17% es para el medicamento *atazanavir x300mg capsula* con un costo por mes de \$ 87.398.100 y en el tercer lugar está el medicamento *abacavir sulfato 600mg + lamivudina 300mg tableta* con un 16% con un costo por mes de \$ 81.946.680

Esta investigación que buscó costos de medicamentos utilizados en pacientes con VIH o SIDA en una EPS de Medellín se encontró que la edad la población más diagnosticada con VIH o SIDA son adultos jóvenes con un 43.4%, con una edad de 31 a 46 años, siguiéndoles los jóvenes con una edad de 21 a 26 años con un porcentaje del 24.3%. En relación con el sexo, se encontró que el porcentaje más relevante es del 82% masculino, y para el sexo femenino el porcentaje es del 18%, en cuanto al estado civil, se encontró que el porcentaje que más predomina es el soltero con el 48.3%, seguido unión libre con un 14.4% y en el menor porcentaje se encuentran los de estado civil casado con el 8.4%.

En relación con el grupo étnico, el 99.5% de la población objetivo son mestizos, en segundo lugar se encuentran los afrodescendientes con el 0.4% y en tercer lugar se encuentra la población indígena con un porcentaje de 0.1%.

Con respecto al nivel educativo, el grupo de bachilleres tienen un porcentaje del 60% es el más alto del total; siguiendo en orden descendente los técnicos con un 22%, luego los profesionales con un 9% y finaliza con los tecnólogos con un 8%.

En esta investigación, el lugar de residencia de la población total estudiada, el 86% corresponde a la zona urbana y el 14% restante corresponde a la zona rural.

El régimen de afiliación que predominó fue el régimen contributivo con un porcentaje de 74.2% siendo éste el más alto y son cotizantes activos en la EPS, seguidos de los beneficiarios del régimen contributivo con un porcentaje del 14.9%, en tercer lugar se encuentran los usuarios sin datos con un porcentaje de 5.7% y por último los beneficiarios del régimen subsidiado con un porcentaje del 5.1%.

En relación con el ingreso al programa de usuarios con diagnóstico VIH/SIDA, en esta EPS, se cuenta con una población total de 1661 usuarios inscritos a éste, así: 312 personas ingresaron en el año 2006 y anteriores con un porcentaje de 18.8%, siendo éste el más alto, para los años 2007 al 2010 ingresaron 288 usuarios con un porcentaje de 17.3%; para el año 2011 al 2014 ingresaron 219 usuarios con un porcentaje de 34.5%, para el año 2015 ingresaron 219 personas que equivale a un 13.2% y para el año 2016 ingresaron 264 usuarios con un porcentaje de 15.9%

De acuerdo con el estadio clínico de la enfermedad, los pacientes se encontraban en el estadio clínico C3 con un porcentaje del 19.5%, seguido del estadio A2 con un porcentaje de 20.0% y el estadio A1 con un 11.4%,

El esquema de terapia antiviral utilizada fue la siguiente: El 66% consumen 2 medicamentos siendo éste el porcentaje más relevante, seguido del 24% consumen 3 medicamentos y en tercer lugar no reciben aún medicamentos un 10%.

Recomendaciones

Para el gobierno

- Es importante que, desde el Ministerio de Salud, mediante la Cuenta de Alto Costo se recolecte y brinde información del costo de la atención de los pacientes del programa de VIH de cada uno de los aseguradores y del costo total/país. Dicha información debería tener en cuenta: La inversión en las estrategias de salud pública gubernamentales de promoción y prevención y de las organizaciones no gubernamentales; La descripción de los diferentes segmentos del costo en la atención y los costos de administración de los programas de atención integral de VIH/SIDA.
- Asegurar recursos y una inversión eficiente, usando los presupuestos nacionales y dejando progresivamente la dependencia de la cooperación internacional, para expandir la cobertura de tratamiento antirretroviral, no sólo a través de la compra de medicamentos, sino con el fortalecimiento de todos los sistemas y acciones que tiendan a conseguir la meta de acceso universal
- Dar una respuesta integral a la epidemia del VIH, que se vea reflejada en la entrega oportuna y suficiente de recursos financieros, junto con la optimización de las capacidades técnicas y el liderazgo que deben ejercer los Programas o Estrategias Nacionales.
- Fortalecer técnica y financieramente, tomando en cuenta la evidencia, las acciones de prevención primaria dentro de un marco de Derechos Humanos.
- Fortalecer la agenda de investigación científica para producir evidencia para la toma de decisiones en nuestros países

Para la EPS

- Debe garantizar la atención preferencial a los usuarios con diagnóstico de VIH o SIDA, así como las gestantes, recién nacidos, niños, niñas, adolescentes, discapacitados y adulto mayor en todos los servicios asistenciales y administrativos. Así mismo, proteger en todo momento los derechos constitucionales de las niñas,

niños y adolescentes, en especial, los referentes a la salud y a la vida en condiciones de calidad y de dignidad.

- Se recomienda el establecimiento de grupos de trabajo y foros de discusión en las seccionales de la EPS, para desarrollar estrategias de implementación, seguimiento y control a los usuarios con diagnóstico VIH/SIDA, que incluyan programas a nivel nacional de la atención y otros agentes gubernamentales, sociedad civil, agencias internacionales y sociedad científica.
- Se recomienda el fortalecimiento de las capacidades del nivel central (Bogotá) de la EPS para asegurar la disponibilidad progresiva de pruebas para el monitoreo de las personas con VIH en tratamiento en el caso de fracaso terapéutico.
- Se recomienda el desarrollo de un plan de migración a esquemas optimizados (simplificados, menos tóxicos, con mejor adherencia) con una visión de salud pública y considerando las necesidades individuales, basado en el análisis de contexto y apoyado por aceptación informada por parte del usuario.
- Se recomienda la creación de un grupo de trabajo interdisciplinario en la EPS de la regional, para apoyar a las otras seccionales en temas de interpretación en el uso de flexibilidades, contratos con terceros para el manejo del programa, eliminación de barreras e incrementar el acceso a ARV (antirretrovirales); este grupo incluirá al nivel central a la sociedad civil, a la Universidad Católica Luis Amigó, al área de programas especiales de la EPS y representantes del gobierno.
- Se recomienda fortalecer la atención primaria con capacitaciones previas para la inclusión de usuarios del programa de VIH, incluyendo prevención, promoción, pruebas rápidas como herramienta diagnóstica con prioridad en embarazadas, personas con tuberculosis y poblaciones claves.

Para el área de programas especiales de la EPS

- Dentro de la evaluación de la gestión de riesgo, el Programa de VIH o SIDA, debe hacer mayor estandarización en el seguimiento de indicadores que faciliten la evaluación de los programas de atención integrales para la patología.
- Plantear estrategias de búsqueda activa por parte de los entes territoriales de población de riesgo (uso de drogas intravenosas, trabajadoras sexuales, sitios de concurrencia de población homosexual), incentivando la práctica de conductas

seguras para prevenir el Sida y realizando tamización para detectar el diagnóstico precozmente y de esta forma impactar en el estado de salud y el costo de los pacientes con diagnóstico VIH/SIDA.

- La calidad de la información es fundamental para la toma de decisiones, y la codificación actual de las patologías asociadas al VIH/SIDA por parte de los prestadores de salud a nivel ambulatorio y hospitalario, posee dificultades en la calidad del dato, por lo cual se sugieren mejorar la clasificación de los diagnósticos más relevantes ya que se encontró en varios de los resultados el ítem SIN DATO, lo cual desvirtúa el análisis completo, claro, conciso y confiable, que conlleva a una toma de decisiones fuera de contexto.

Para el outsourcing (manejo del programa VIH/SIDA)

- Los medicamentos que sean prescritos a los usuarios de la EPS con diagnóstico de VIH o SIDA, deberán cumplir con los requisitos establecidos en el Artículo 17 del Decreto 2200 de 2005 que regula la prestación del servicio farmacéutico, incorporando en cada formulación como mínimo los siguientes datos: “1. Nombre del prestador de servicios de salud o profesional de la salud que prescribe, dirección y número telefónico o dirección electrónica. 2. Lugar y fecha de la prescripción. 3. Nombre del paciente y documento de identificación. 4. Número de la historia clínica. 5. Tipo de usuario (contributivo, subsidiado, particular, otro). 6. Nombre del medicamento expresado en la Denominación Común Internacional (nombre genérico). 7. Concentración y forma farmacéutica. 8. Vía de administración. 9. Dosis y frecuencia de administración. 10. Período de duración del tratamiento. 11. Cantidad total de unidades farmacéuticas requeridas para el tratamiento, en números y letras. 12. Indicaciones que a su juicio considere el prescriptor. 13. Vigencia de la prescripción. 14. Nombre y firma del prescriptor con su respectivo número de registro profesional, así como la norma que adicione, modifique, aclare o sustituya la normatividad aquí señalada.
- La dirección del programa de VIH o SIDA debe tener como objetivo realizar la gestión clínica de las patologías de alto impacto por carga y costo de la enfermedad, a través de la creación de programas de seguimiento que garanticen la atención integral de los usuarios, de acuerdo a los estándares de calidad; estableciendo la

priorización de las patologías, desde la definición y construcción de programas integrales, hasta la evaluación y seguimiento del impacto en el comportamiento de la enfermedad, así como el costo de las mismas.

- Disponer una red organizada por niveles de complejidad para la atención de los pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA generando de esta forma mayor costo-efectividad en los procesos asistenciales.
- En relación con el costo tener una estricta vigilancia con respecto a la adquisición de los medicamentos, por la fuerte variabilidad con respecto a los mecanismos de compras, precios, porque se puede volver una barrera para la sostenibilidad del programa del VIH/SIDA.

Para la Universidad

- Fortalecer una agenda de investigación para producir evidencia del tratamiento con medicamentos del VIH/SIDA para la toma de decisiones tanto en las aseguradoras como en los entes gubernamentales.
- Motivar en los estudiantes de especialización en gerencia de servicios de salud realizar intervenciones a los usuarios con diagnóstico de VIH/SIDA.

Para futuras investigaciones

Es importante avanzar en la evaluación económica y estudios analíticos, donde se incluyan evaluaciones de costo efectividad, impacto y calidad de vida se propone por lo tanto una investigación de tipo explicativa, para encontrar posibles relaciones de causa-efecto, ya que son más estructurados y giran en torno al establecimiento de relaciones de causalidad, de modo tal que ofrecen elementos para explicar los eventos y en este caso específico permitirá a la investigación analizar la información respecto al factor de riesgo, medida terapéutica o preventiva que se desea estudiar.

Referencias bibliográficas

Acosta, J.I. & Suescun, J.C. (2016). *Evaluación del costo de un programa de VIH/SIDA de asegurador en Colombia*. (Tesis de maestría). CES, Medellín, Colombia.

Recuperado de

http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4402/1/Costos_Programa_VIHSIDA.pdf

Bautista, S.A., Dmytraczenko, T., Kombe, G. & Bertozzi, S.M. (2003). *Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México*. Recuperado de

http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2003_Analisis_de_los_costos_de_atencion_del_VIH_SIDA_en_Mexico.pdf

Brito, J.A. (2001). *Contabilidad: básica e intermedia (contabilidad I y II)*. Venezuela: Centro de contadores.

Cardona, J.A, Álvarez, C.M. & Giraldo, G. (2013). *Prevalencia de VIH/Sida en Medellín y evaluación del desempeño de la prueba presuntiva, 2006-2012*.

Revista Salud Pública, 15 (5). Recuperado de

<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v15n6/v15n6a12.pdf>

CENSIDA (2013). *La epidemia del VIH y el sida en México*. Recuperado de

http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/L_E_V_S.pdf

Collazo, M.M., Martínez, A., Castro, O., González, D., Martínez, J.R., Gil, L.,

Espinosa, J.A. & Sánchez, L. (2005). *Análisis costo-efectividad de la*

farmacoterapia antirretroviral para los pacientes VIH/SIDA en Cuba. Revista

Cubana Farm, 39 (1). Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/pdf/far/v39n1/far08105.pdf>

- Farmaindustria (2003). *La aportación de los medicamentos antirretrovirales al tratamiento del VIH/Sida*. El valor del medicamento. Recuperado de http://www.farmaindustria.es/idc/groups/public/documents/publicaciones/farma_1027.pdf
- Fundación Universitaria Luis Amigó (2016). *Ética profesional y responsabilidad Social Universitaria*. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/uploads/fondoeditorial/ebook/2016/Etica-profesional-y-responsabilidad-social-universitaria.pdf>
- Garavito, L. (2007). *Gasto Nacional en VIH y SIDA- Colombia*. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/3_sistemas-informacion/Informe_MEGAS_FINAL_12_ago_2008_Mexico.pdf
- Infosida (2016). *Las fases de la infección por el VIH*. Visión general de la infección el VIH. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>
- Legorreta, R. (2015). *Así han evolucionado los tratamientos contra el SIDA en 30 años*. Sexualidad 180. Recuperado de <http://www.salud180.com/sexualidad/asi-han-evolucionado-los-tratamientos-contr-el-sida-en-30-anos>
- Marín, G.H. & Polach, M.A. (2011). *Medicamentos de alto costo: análisis y propuestas para los países del Mercosur*. Revista Panam Salud Pública, 30 (20). Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a09.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Guía para el manejo de VIH/Sida. Basada en la evidencia Colombia*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Resumen de situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 1983 a 2011*. República de Colombia. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/RESUMEN%20EPIDEMIA%20VIH%20FINAL%2021%20mayo_2012.pdf

Novoa, J.L. (1998). *Los costos del SIDA*. El Tiempo. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-782180>

ONU (2014). *La epidemia mundial del SIDA: datos clave mundiales*. ONUSIDA. Recuperado de <http://www.unaids.org/es/resources/campaigns/2014/2014gapreport/factsheet>

Portalsida (2014). *Argentina es el país latinoamericano que paga más caro por antirretrovirales*. Portalsida. Recuperado de http://portalsida.org/News_Details.aspx?ID=13873

Suárez, M. (2003). *Del AZT a TARGA: una breve historia del VIH y sus tratamientos*. Recuperado de <http://gtt-vih.org/book/print/1363>

Ureña, J.D.P., Salazar, S.J., Ojeda, L.D.P. & Mantilla, T. (2014). *Ciencia, Tecnología y Salud*. 12 (1). p. 51-63.

Normas

Consejo de Bogotá (Febrero 13 de 1997). Por el cual se modifica el Manual de Medicamentos y Terapéutica del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. [Acuerdo 53 de 1997]. RD: 2551

Consejo de Bogotá. (Abril 2 de 2009). Por el cual se establece la coordinación entre la Secretaría de Salud y las ESE'S del Distrito Capital en cuanto a la donación y trasplante de órganos y tejidos. [Acuerdo 363 de 2009]. RD: 4182

Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. (Abril 8 de 2004). Por medio del cual se establece el periodo de transición para la aplicación del Acuerdo 117 y se dictan otras disposiciones. [Acuerdo 282 de 2004]. DO: 45.784.

Congreso de Colombia. (Julio 15 de 2005). Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente VIH/ SIDA. [Ley 972 de 2005] DO: 45.970.

Congreso de Colombia. (Octubre 17 de 2012). Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales. [Ley 1581 de 2012] DO: 48.587.

Ministerio de la Protección Social. (Septiembre 22 de 2006). Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH – SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de gestión Programática. [Resolución 3442 de 2006] DO: 46.405.

Presidencia de la Republica de Colombia. (Junio 12 de 1997). Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana,

VIH, el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y las otras Enfermedades de transmisión sexual, ETS. [Decreto 1543 de 1997]. DO: 43.062

Presidencia de la Republica de Colombia. (Junio 27 de 2012). Por el cual se reglamenta parcialmente la Ley 1581 de 2012. [Decreto 1377 de 2013]. DO: 48.834

Presidencia de la Republica de Colombia. (Octubre 9 de 2006). Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones. [Decreto 3518 de 2006]. DO: 46.417

Presidencia de la Republica de Colombia. (Agosto 10 de 2007). Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. [Decreto 3039 de 2007]. DO: 46.716