

TRABAJO DE GRADO

TITULO

**EVALUACION DEL COSTO DE UN PROGRAMA DE VIH/SIDA DE
ASEGURADOR EN COLOMBIA**

AUTORES

JOSE IGNACIO ACOSTA RESTREPO

JUAN CARLOS SUESCUN GIRALDO

ASESORES

CARLOS MARIO TAMAYO RENDON

JORGE HUMBERTO BLANCO RESTREPO

MAESTRIA ADMINISTRACION EN SALUD

CES

2016

TABLA DE CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
2. JUSTIFICACION	8
3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
4. OBJETIVO	10
4.1 Objetivo General.....	10
4.2 Objetivos específicos	10
5. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE	11
6. METODOLOGIA	21
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	22
8. CONSIDERACIONES ETICAS.....	23
9. RESULTADOS.....	24
10. DISCUSION.....	34
11. CONCLUSIONES.....	36
12. RECOMENDACIONES.....	38
13. BIBLIOGRAFIA	39

Índice de tablas

Tabla 1: Distribución por regional y estadio programa VIH asegurador año 2014.	27
Tabla 2: Distribución por regional según esquema antiretroviral programa VIH asegurador año 2014.	28
Tabla 3: Distribución por año según fecha de ingreso programa VIH asegurador año 2014.	29
Tabla 4: Distribución por costo total en US, según regional programa VIH asegurador año 2014. .	29
Tabla 5: Costo promedio/usuario según distribución por regional programa VIH asegurador año 2014.	30
Tabla 6: Costo total a nivel nacional, según prestaciones programa VIH asegurador año 2014.	30
Tabla 7: Costo total según cobertura del POS a nivel nacional, según prestaciones programa VIH asegurador año 2014.	31
Tabla 8: Costo total según tipo de evento a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014. ...	31
Tabla 9: Distribución costo total y costo promedio según grupo etario a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014.	32
Tabla 10: Causas de hospitalización a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014.	32

Índice de gráficos

Gráfico 1: Distribución geográfica por regional de asegurador en Colombia año 2014.	24
Gráfico 2: Distribución por género de los usuarios del asegurador del programa de VIH año 2014.	25
Gráfico 3: Distribución por grupos etareos de población de programa de VIH del asegurador año 2014.	25
Gráfico 4: Clasificación de estadio de la enfermedad de los pacientes con VIH de asegurador año 2014.	26
Gráfico 5: Distribución según esquema antiretroviral pacientes programa VIH asegurador año 2014.	28

RESUMEN

El propósito de la investigación es realizar en una empresa promotora de salud (EPS), una evaluación de los componentes del costo, su peso en el costo final, variaciones en variables claves como son la distribución geográfica, grupos etarios e infecciones oportunistas, aportando información al asegurador con el objetivo de lograr eficiencias en el programa de atención a los pacientes que conviven con el virus del VIH/SIDA (PVVS).

Durante la atención en el año 2014, se generaron en la (EPS) estudiada, más de 245.000 prestaciones en este tipo de pacientes, que presentaron un costo global de aproximadamente 7.5 millones de dólares.

El costo promedio/mes de los pacientes del programa de VIH/SIDA fue de 171 dólares.

La prevalencia de pacientes que viven con el Virus del VIH/SIDA en el presente estudio, es del 0.18 % del total de la población afiliada en todo el país comparativamente con lo reportado a la cuenta de alto costo del año 2013 donde la prevalencia es del 0.11 %.

La distribución por grupos etarios descrita, aporta información valiosa debido a que la mayor proporción, está en la población laboralmente activa de 31-45 años con un 44.5 % y la carga de enfermedad en esta población es considerable por su morbimortalidad en relación con la población general.

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

Por rangos etarios, los pacientes mayores de 60 años si bien representan solo el 7 % de la población, en forma individual son los pacientes con el mayor costo en el programa de VIH/SIDA del asegurador en Colombia.

Como se describió en el presente estudio el 73 % de la población de pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA se encuentra en la regional Antioquia y de ellos en relación con las demás regionales el 59.5 % de esta población se encuentra en estadio 1 y 2 lo que puede interpretarse de diferentes maneras y una de ellas es que los pacientes tienen un adecuado control que evitan que progrese la enfermedad a estadio SIDA o detección temprana de la enfermedad. En relación con esta información llama la atención que el menor costo promedio durante el año 2014 estuvo en la regional Antioquia (US 1.934).

Los pacientes con el VIH/SIDA han ido cambiando su perfil epidemiológico hacia enfermedades crónicas no transmisibles, y parte del costo global está determinado por este tipo de enfermedades.

PALABRAS CLAVES

Programa de VIH/SIDA, Infecciones Oportunistas, Caracterización, Enfermedades de alto costo.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En 2014, 36,9 millones de personas vivían con el VIH en todo el mundo. El número de personas con el virus sigue aumentando, en gran parte debido a que más personas tienen acceso al tratamiento antirretroviral y, como resultado de ello, viven más y con más salud. Según datos de junio de 2015, había 15,8 millones de personas en tratamiento en todo el mundo. (1)

Como parte de las estrategias por parte de la ONU, para abordar la epidemia del VIH/SIDA ha desarrollado un enfoque de respuesta rápida para alcanzar un conjunto de objetivos con plazos definidos hasta el año 2020. Los objetivos incluyen que el 90% de todas las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las personas que sepan que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y suprimir la carga viral del 90% de personas en tratamiento. Actualmente, hay una brecha de 9.000 millones de dólares a escala mundial entre los recursos disponibles en la actualidad y los recursos necesarios para alcanzar los objetivos de la Respuesta Rápida de ONUSIDA. El costo global anual de la consecución de los objetivos de la Respuesta Rápida llegará a un máximo de 31.100 millones en 2020. Después de 2020, las necesidades de recursos comenzarán a disminuir. (1)

En los países latinoamericanos uno de los mejores referentes en la atención del VIH/SIDA es México, donde el gasto en SIDA es financiado principalmente por el sector público. Lo anterior, se relaciona con que los gobiernos federales, estatales y la seguridad social asumen casi la totalidad de la inversión en atención y tratamiento de personas que viven con VIH, y parcialmente el gasto en prevención, lo que hace que concentren el 90% del financiamiento. (2)

Para el año 2011, según informe del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida de México, las actividades preventivas alcanzan el 31.4% del gasto y las de atención y tratamiento el 66.5%. Los gastos administrativos significaron un 2.1% y 1% los efectuados en recursos humanos, entorno favorable e investigación relacionada con VIH.

La población que concentra la mayor cantidad del gasto, son las personas viviendo con VIH, debido al gasto en atención, específicamente por el tratamiento antirretroviral (66%).

El gasto en salud represento en el año 2.011 el 5.7 % del PIB, y el gasto total en la atención del VIH/SIDA representó el 0.94 % del gasto en salud. El costo de los fármacos antirretrovirales. (2)

Colombia no ha estado ajeno a la epidemia mundial del VIH-SIDA, patología que ha pasado a ser una enfermedad crónica transmisible que afecta la población, y que por sus características especiales denominada como catastrófica posee una connotación sobre la administración y destinación de los recursos del sistema de salud en Colombia y la gestión del riesgo en salud sobre la población con diagnóstico de VIH-SIDA.

El gobierno central a través del ministerio de Salud y organizaciones no gubernamentales lidera las actividades de prevención de la enfermedad del VIH, en poblaciones de riesgo, y las aseguradoras del régimen contributivo y subsidiado realizan la atención integral de la población con el virus del VIH/SIDA.

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.

2. JUSTIFICACION

El programa de VIH Sida de la (EPS) desde su creación, respondiendo a las exigencias de la normatividad vigente, hasta la fecha no ha contado con una evaluación de costos, que aporten elementos importantes para la toma de decisiones sobre estrategias innovadoras y rediseño del programa. A su vez el programa tiene una importancia alta debido a que el VIH es una de las patologías denominadas catastróficas y adicionalmente consideradas de alto costo para el sistema de aseguramiento. Además por el impacto social que representa al afectar predominantemente a la población en edad productiva (15-60 años); a diferencia de otras enfermedades denominadas crónicas no trasmisibles donde predomina la afectación a la población adulta mayor.

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

Para el asegurador la investigación aportara información que le permitirá tener los elementos del costo de 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 aquellas estrategias que mejoren la eficacia, la calidad y satisfacción de los usuarios.

Para el sistema de salud y la sociedad en general el análisis del costo de la atención le ayuda a diseñar estrategias costo efectivas para el mejoramiento del funcionamiento de los programas de patologías catastróficas y aportar información que servirá de punto de base y referencia para nuevos estudios.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

La investigación pretende responder la siguiente pregunta:

En un programa de VIH/SIDA de un asegurador en Colombia, ¿cuáles son las variables que determinan el costo, y cuál es el peso de cada una de ellas?

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo General

Realizar una evaluación de costo del Programa de VIH de un asegurador del régimen contributivo en Colombia, identificando el peso de los diferentes componentes del costo, y aportando información para la toma de decisiones en un programa de atención de VIH-SIDA.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar las variables que determinan el costo en la atención de un programa de VIH-SIDA.
- Determinar que variables representan el mayor peso en el costo de un programa de VIH/SIDA.
- Describir el comportamiento de las infecciones denominadas oportunistas en los pacientes del programa de VIH/SIDA en relación a la frecuencia de ocurrencia y el costo.
- Evaluar las diferencias del costo de acuerdo a variables relacionadas con las características de los usuarios.

5. MARCO TEORICO Y ESTADO DEL ARTE

Descripción de la patología

Agente Etiológico

Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, perteneciente a los grupos de los retrovirus subfamilia lentivirus. Existen dos serotipos de VIH, VIH-1 y VIH-2, se han identificado 10 subtipos de VIH-1 (A-J) que se han agrupado en el grupo M. Otro grupo constituido por los virus aislados altamente divergentes fue designado como O (outliers). El VIH-2 ha sido clasificado en 5 subtipos y predomina en África, pero se ha identificado en otros continentes. En América y Europa Occidental, predomina el subtipo B de VIH-1; estudios recientes han documentado la introducción de otros subtipos en América del Norte (A, D y E), del Sur (F, C y D) y Europa (A, C, D, F, G, I); en Asia y Pacífico circulan los subtipos B, E y C. (3)

Modo de transmisión

Sexual: por contacto directo con secreciones genitales (semen o líquidos vaginales), en piel o mucosas abiertas de una persona sana con una persona infectada.

Materno Infantil: cuando la madre infectada con VIH transmite a su hijo(a) el virus durante el embarazo, en el momento del parto o a través de la leche materna.

Sanguínea: ocurre como producto de exposición a sangre o productos sanguíneos de persona infectada a persona sana (transfusión sanguínea o productos sanguíneos contaminados), intravenosa, intramuscular, subcutánea o intradérmica (utilización de agujas e instrumental médico y odontológico contaminados). (3)

Período de incubación

Desde el momento de la infección hasta la aparición de anticuerpos detectables pueden transcurrir entre uno y nueve meses (con una media de dos a tres meses). Este período se conoce como ventana inmunológica. (3)

Período de transmisibilidad

En cualquier momento del curso de la enfermedad, la probabilidad de transmisibilidad será proporcional a la carga viral del VIH o cantidad de partículas virales circulantes en un momento determinado y a la cantidad de inóculo (líquido infectante) que ingrese al cuerpo de la persona sana. Los momentos considerados de mayor transmisibilidad, teniendo en cuenta el aumento en la carga viral, incluyen el período de seroconversión donde la replicación del virus es muy alta y la persona no ha sido diagnosticada; en ausencia de tratamiento antirretroviral (TAR). Las posibilidades de transmisión de las personas serán mayores durante toda la historia de la infección comparada con aquellas bajo tratamiento, el

momento de diagnóstico de SIDA también se considera de alta transmisibilidad por la elevada viremia. (3)

Susceptibilidad

La infección VIH es una infección de transmisión sexual ITS, por lo que se deben considerar los factores sexuales de riesgo como: Homosexualidad, el inicio temprano de la actividad sexual, el no uso sostenido del condón, mayor número de parejas sexuales, uso de psicoactivos y personas con tuberculosis. Otros aspectos a tener en cuenta son el nivel socioeconómico (nivel de ingreso, género, edad, sexo comercial), socio- conductual (normas sexuales de la comunidad, creencias de salud en la comunidad, normas conductuales y estigmas hacia las ITS), sociodemográfico (Estructura de la población, desequilibrio en proporción al sexo, urbanización y fuerza laboral migratoria), políticas (infraestructura de salud pública, conflicto armado y políticas restrictivas), tecnológicos (medios diagnósticos de ITS y terapias para ITS) y epidemiológicos (prevalencia de ITS y redes sexuales). (3)

Clasificación

En 2008 se publica una revisión del sistema de clasificación del CDC , definiendo cuatro estadios: Estadio 1, Ausencia de enfermedades que definen SIDA y cualquiera de los siguientes, conteo de linfocitos T CD4+ > 500 células/mm³ ó porcentaje de los linfocitos totales > 29%; Estadio 2, Ausencia de enfermedades que definen SIDA y cualquiera de los siguientes, conteo de linfocitos T CD4+ entre 200 a 499 células/ mm³ ó porcentaje de los linfocitos totales entre 14% y 28%; Estadio 3, Conteo de linfocitos T CD4+ < 200 células/mm³ ó porcentaje de los linfocitos CD4+ <14% ó documentación de una condición que define SIDA; Estadio desconocido, no se cuenta con información sobre el conteo de linfocitos T CD4+, ni del porcentaje, y no hay información disponible de la presencia de condiciones que definen SIDA. (4). Se describe además asociada a la anterior una clasificación de acuerdo al estadio clínico en A, B y C.

Situación de la epidemia de sida

Las nuevas infecciones anuales en todo el mundo por el VIH disminuyeron un 21% entre 1997 y 2010.

Actualmente más personas sobreviven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. A fines de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones. 35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja además de que continúa la aparición de nuevas infecciones por el VIH, hay una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años. (5)

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas, desde que fue identificado por primera vez en 1981, lo que se convirtió en una de las epidemias más destructivas en los registros de la historia. Los mecanismos efectivos de transmisión identificados involucran las vías en las cuales se encuentran fluidos que contienen el agente: sexual, sanguínea y perinatal. En Colombia, los grupos vulnerables son los hombres que tienen sexo con hombres HSH, trabajadores y trabajadoras sexuales, usuarios de drogas intravenosas, adolescentes, mujeres, población privada de la libertad y población en situación de desplazamiento forzoso. (3)

Epidemiología y caracterización

La publicación de la Cuenta de Alto Costo, que es una información proveniente del gobierno de Colombia, presenta los principales indicadores en salud relacionados con el VIH en Colombia, a partir de la información reportada por las EPS/EOC y las Fuerzas Militares, para el corte de enero de 2013. Para los diferentes indicadores se tomó como población la reportada en la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) con corte a 31 de enero de 2013, que está conformada por 41.795.753 personas, las cuales se distribuyen en los regímenes contributivo y subsidiado en 46% y 54% respectivamente, siendo de sexo femenino el 51.5%.

En cuanto a distribución geográfica el 53% de las personas se concentran en Bogotá (15,9%), Antioquia (13%), Valle (9,7%), Atlántico (5,5%), Bolívar (4,7%) y Cundinamarca (4,6%). (6)

Se reportaron un total de 46.348 personas viviendo con VIH, lo que establece una prevalencia en población general para el país de 0,11% y en población de 15 a 49 años de 0,16% (0,20% para el régimen contributivo y 0,12% para el subsidiado), la cual aumentó en relación con los datos del año anterior (en población general 0,09% y de 15 a 49 años 0,13%) pero manteniendo la misma relación hombre: mujer de 2,7. Para el 2013 se encontró una edad promedio de las PVVIH de 39,3 años. (6)

La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (76,8%) y la solicitud de las pruebas de tamizaje en el 63,4% se deben a una indicación del médico. Las prevalencias más altas en población de 15 a 49 años por departamento se encontraron en Quindío y Valle (0,22%), Risaralda (0,21%), Antioquia (0,20%) y Atlántico (0,19%), en cuanto a ciudades capitales las de mayor prevalencia en este mismo grupo etario fueron Medellín (0,34%), Cali (0,30%), Pereira (0,28%), Cúcuta (0,27%), Montería (0,26%), Barranquilla y Manizales (0,25%), Bogotá y Villavicencio (0,24%) y Armenia y Bucaramanga (0,22%), concentrando en esta 11 ciudades el 63% de los casos reportados. (6)

El mayor aumento de prevalencia se presentó en las personas de 25 y más años, pasando de 0,15% en 2012 a 0,18% en 2013 y con predominio del régimen contributivo (0,21% vs 0,14% del subsidiado), en los menores de 2 años disminuyó de 0,004% a 0,003%. Esta disminución de casos en menores de 2 años está en relación con la disminución de la prevalencia de VIH en gestantes que para el 2012 fue de 0,16% y en este año fue de 0,14%, es importante mencionar que el número de recién nacidos hijos de madre viviendo con VIH menores de 18 meses reportados fueron 667 (176 más que los reportados en 2012) de los cuales 17 viven con VIH (2,55%) y el 88% de ellos (15 casos) pertenecen al régimen subsidiado. (6)

En cuanto a diagnóstico temprano en 2013 se reportan 56,5% de los casos en esta condición (A1, A2, B1 y B2), mientras que en 2012 se reportaron 59,4%, siendo más temprano el diagnóstico en las mujeres en ambos reportes (63,2% más en 2012 y 60,8% en 2013). Al comparar el estadio de la infección por el VIH a la fecha de corte se encuentra una disminución en el porcentaje de casos en estadio 3 (SIDA), 55,7% en 2012 y 51,7% en 2013, con un 80% del total de los reportados con una situación clínica de asintomáticos. (6)

Una de las indicaciones para la realización del tamizaje para VIH es el diagnóstico de tuberculosis (TB), en este punto se presentó un porcentaje de tamizaje en personas con TB durante el periodo de reporte del 36,8% en 2012, el cual se incrementó a 48,5% en 2013. Un aspecto muy importante del seguimiento del VIH es la mortalidad por SIDA, en este reporte se obtuvo una mortalidad global del 0,6% en las personas viviendo con VIH, la más alta reportada fue de 8.9% y en el 45% de los reportes no se presentaron casos de mortalidad por SIDA. (6)

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituyen una patología considerada en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) como de alto costo, que genera un dramático impacto en la calidad de vida del paciente y de su familia, además del efecto económico sobre las finanzas del SGSSS y el impacto laboral.(7)

De acuerdo a este contexto con el fin de enfrentar la problemática del manejo de las patologías de alto costo, como el VIH/Sida y la Enfermedad Renal Crónica (ERC), el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) mediante el Acuerdo 245 de 2003, determinó la necesidad de desarrollar guías de atención en salud, que aplicadas en el marco de un modelo de atención, permitan alcanzar el mayor impacto positivo en la salud de los pacientes y lograr mayor eficiencia en el manejo de los recursos, al definir los contenidos más costosos efectivos para la atención de dichas patologías, teniendo en cuenta las particularidades del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y de la población colombiana. (8)

Evaluación económica

El enfoque y tratamiento que mundialmente se ha dado a la epidemia de VIH/SIDA Ha reportado progresos y las condiciones económicas actuales se han estabilizado. Además, el comportamiento de la enfermedad, dada la evolución de los tratamientos, ha hecho que se estén dando unas nuevas prioridades de atención médica, como son las complicaciones secundarias a los tratamientos instaurados, orientando un enfoque de enfermedad crónica no transmisible como es el caso del riesgo cardiovascular entre otros.

En los últimos años los líderes mundiales en el área del VIH han sugerido la adopción de metodología que permitan medir la eficiencia y la eficacia de los programas de atención de pacientes con VIH/SIDA.

Existe actualmente una brecha entre lo que sabemos, lo que hacemos y lo que logramos, por lo cual se propone un enfoque institucional para los programas de VIH/SIDA que integre diferentes disciplinas y éste, a su vez, se integra de cuatro componentes:

- *Identificar dificultades y brechas:* se debe tratar de identificar oportunidades, perdidas y evaluar las lagunas de los programas, así como establecer y fortalecer el monitoreo y la vigilancia.
- *Implementar y desarrollar estrategias:* Las comunidades, los sistemas y las políticas de salud deben propender por hacer los cambios que se requieren.
- *Medición de eficacia y eficiencia de la estrategia:* se requiere la evaluación por medio de estudios para medir variables como acceso a la atención, calidad, financiación; buscando evaluar el impacto de las estrategias aplicadas.
- *Utilización de los resultados:* el uso adecuado de los hallazgos debe servir para mejorar los programas, las políticas y para una toma adecuada de decisiones. (9)

A pesar de que el comportamiento de la enfermedad del virus del VIH en todo el mundo es muy diferente de acuerdo a las poblaciones con características sociodemográficas, culturales y económicas, se ha trabajado en el siglo XXI en la definición e implementación de nuevos modelos económicos y programáticos para impactar en actividades de prevención primaria y secundaria (Prevención y tratamiento del VIH).

Desde el año 2001 la ONU estableció unos compromisos dirigidos a los países para trabajar en el impacto de la prevención y tratamiento del VIH. Estos lineamientos son el producto de un análisis juicioso para determinar los recursos necesarios y los costos implicados en estas actividades. Sus hallazgos más

relevantes estiman que 29 millones de nuevas infecciones podrían evitarse en todo el mundo para el año 2010.

Pero la realidad es otra debido a que los sistemas de salud de los países con mayor prevalencia tienen los esfuerzos económicos destinados al tratamiento de la enfermedad y con un mínimo renglón de los recursos en la prevención de la enfermedad.

Según un estudio de evaluación de costo efectividad realizado en el Perú se tomaron en cuenta intervenciones, comparado con otro escenario de %no intervención+, estas acciones fueron : Medios de comunicación, asesoría y prueba voluntaria, asesoría en población de riesgo como trabajadoras sexuales y población homosexual, tratamiento de Infecciones de transmisión sexual para ambas poblaciones , educación en población escolar, uso de preservativos , prevención de transmisión vertical, y tratamiento antirretroviral. (10)

En cuanto al tratamiento antirretroviral se ofrecieron 3 tipos de abordaje, definidos como: Básico, el cual incluye ARV, Monitoreo (CD4 + Carga Viral). Intermedio: este se compone de actividades básicas del programa y los estudios por imágenes, laboratorio de vigilancia adicional y los costos administrativos. El programa completo consta de: actividades de los programas intermedios y tratamiento de infecciones oportunistas. (10)

Los costos por persona en el año 2.008 fueron para cada uno de los esquemas descritos: Para básico de 3379 \$ US, Intermedio de 3.789 \$ US y para el esquema completo de 3.792 \$ US. (10)

Se describe que un conjunto de criterios sugeridos por la comisión sobre macroeconomía y salud, l que las intervenciones en salud que cuestan hasta tres veces menos el PIB per cápita, son costo eficaz e impactan positivamente sobre los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). (10)

Los costos de los medicamentos Antiretrovirales representan entre el 71% - 84 % de los gastos anuales totales de la atención de los pacientes con diagnóstico de VIH. (10)

Se describe una relación inversa entre el costo de atención y los bajos niveles de células CD4.o sea que los costos menores se dan para pacientes con enfermedad menos avanzada de VIH/SIDA.

El costo total promedio anual por persona para la atención del VIH en el año 2006 en centros de atención de pacientes con VIH en los EE.UU. fue de \$19.932 con intervalo de confianza (\$11.045- \$22.626).

Los costos de los medicamentos de profilaxis de las patologías oportunistas son menores para los pacientes con CD4> 200 células / mm³.

Para los pacientes con recuentos de CD4 \leq 50 células / mm³, las hospitalizaciones representaron la mayor proporción de los costos totales. (11)

Infecciones Oportunistas

Es posible que el costo seguirá incrementándose en la próxima década debido a complicaciones no relacionadas con el VIH, incluidas las condiciones relacionadas con la edad, como la enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular y enfermedades malignas.(11)

Según el estudio sobre las tasas de hospitalización en personas que viven con el VIH en Estados Unidos, en el año 2009, la tasa de hospitalización con una infección oportunista fue de 3,8 por cada 100 personas (IC del 95%: 3,2, 4,4). De las hospitalizaciones con una infección oportunista, el 45% (1,7 por 100 personas; IC del 95%: 1,4, 2,0) tuvieron una oportunista-profilaxis prevenible. De todas las infecciones oportunistas, la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* fue la más frecuente (1,2 por 100 personas; IC 95% 1.0, 1.4), seguido por Herpes simple (0,8 por 100 personas; IC 95% 0.7, 1.0) y esofagitis por *Cándida* (0,7 por 100 personas, 95% CI 0.6, 0.8). (12)

Las enfermedades infecciosas se encuentran entre las principales causas de hospitalización y muerte de los pacientes infectados por el VIH, con un predominio de las infecciones bacterianas, fúngicas e infecciones del sistema nervioso central, tales como la toxoplasmosis, criptococosis cerebral, y otros.

Según Guerreiro Et al, en el estudio sobre causas de admisión en pacientes con VIH en el Sur de Brasil, en países latinoamericanos como Brasil, la tuberculosis es una de las más importantes co-infecciones asociadas con el SIDA, a menudo es la primera manifestación de la inmunodeficiencia provocada por el VIH.

En este estudio del Brasil, la tuberculosis se registró como la causa de diagnóstico más frecuente, con independencia de su forma de manifestación [tuberculosis pulmonar o extra pulmonar (TB)]. (13)

Las infecciones por hongos incluyen criptococosis, neumocistosis y candidiasis, siendo esta la que represento el 27,7% de las infecciones fúngicas. (13)

La Neumonía por *Pneumocystis* (PCP) rara vez afecta a personas inmunocompetentes, pero es causa de neumonía grave en pacientes inmunocomprometidos y puede ser la primera infección oportunista en pacientes VIH-positivos, lo que representa una causa importante de muerte. El 37,5% de las infecciones por hongos fueron causadas por el PCP. (13)

La mayoría de las infecciones oportunistas se producen en pacientes con células CD4 inferior a 200 / mm³, un pequeño riesgo residual se mantiene incluso en

aquellos con recuentos superiores. Un análisis reciente de un estudio realizado en los EEUU, de los pacientes con células CD4 superior a 200 / mm³ encontraron que la candidiasis esofágica, sarcoma de Kaposi, y la tuberculosis pulmonar fueron las condiciones oportunistas más comunes en esta población. (14)

En síntesis, el estudio brasilero encontró que las enfermedades infecciosas y parasitarias fueron las principales causas de hospitalización entre los pacientes infectados por el VIH, con énfasis en las infecciones bacterianas (tuberculosis), seguido de las infecciones por hongos (PCP, candidiasis y criptococosis) e infecciones parasitarias (toxoplasmosis). (13)

La neumonía bacteriana es la infección más común en los niños de todas las edades. Para niños mayores de 1 año de edad, las infecciones más frecuentes fueron la neumonía bacteriana, la varicela, infecciones por dermatofitos, y el herpes simple. (15)

En un estudio multicéntrico realizado en los Estados Unidos de Norteamérica acerca de las causas de hospitalización en pacientes que viven con el VIH/SIDA en el periodo 2001-2008 y luego de evaluar los datos de 11.645 adultos que recibieron atención para el VIH/SIDA se observó que las tasas de hospitalización han decrecido, sin embargo, aún se sostiene con cifras significativas y de alto costo en la población estudiada. Se describen como factores determinantes hacia la disminución el uso de los antiretrovirales y hacia el crecimiento, la edad avanzada de los pacientes. Durante el transcurso del estudio 4423 (38%) fueron hospitalizados al menos una vez. La tasa de hospitalización mostró una disminución del 37.1 por 100 personas/año en el 2001 a 28.9 por 100 personas /año en el 2008. (16)

En un estudio sobre la epidemiología de las enfermedades oportunistas en pacientes con SIDA realizado en Colombia en el Municipio de Pereira con 305 casos, en el periodo 2010-2011, se evidenció que el 24,9 % presentó infecciones oportunistas, y entre las personas que presentaron estas infecciones el 72.4 % presentó un evento hospitalario, el 18,4 % dos episodios y el 9,2 % 3 o más hospitalizaciones. La tasa de hospitalización fue significativamente mayor entre aquellos con infección oportunista 64,5 % en comparación con los que no presentaron infección oportunista 27,9 %. (OR: 4,68, IC: 95 %2,69-8,12).

En los pacientes con infecciones oportunistas (n = 76), las infecciones más frecuentes fueron las infecciones por mico bacterias atípicas (23,7%), seguidas de la neumonía recurrente (18,5%), la tuberculosis pulmonar (TB) (17,3%), candidiasis esofágica (14,4%), síndrome de emaciación (10,4%) y meningitis no tuberculosa (10,4%). (17)

Programa de PVVS

El programa de Atención de pacientes que conviven con el virus del VIH/SIDA del asegurador en Colombia se creó en el año 2004 como respuesta a lo anteriormente descrito y con el objetivo de disminuir la morbimortalidad de los afiliados del asegurador con VIH/SIDA mejorando su calidad y expectativa de vida con una adecuada utilización de los recursos del sistema de seguridad social en salud.

En el asegurador se realiza un enfoque de seguimiento a riesgo no solo con la población con el diagnóstico del VIH/SIDA sino con la población general sana, con factores de riesgo para padecer la enfermedad, donde el elemento de educación es fundamental en este nivel de atención por el médico de familia y por los lineamientos de compañía en el autocuidado de su población afiliada y en general de la población con acceso a los medios de comunicación y redes sociales.

Los médicos de familia, así como los especialistas de la Institución prestadora de salud (IPS) básica, son los responsables del diagnóstico y de la captación de pacientes para el programa, tanto del nivel básico como los provenientes del nivel hospitalario.

Las coberturas y condiciones para la prestación del servicio son las mismas que se encuentren vigentes de acuerdo con la legislación del Plan Obligatorio de Salud (POS) en Colombia.

Cuando se confirma un paciente con diagnóstico de VIH, el médico de familia debe realizar una asesoría pre y post test y ordenar el protocolo de paraclínicos completos para evaluar la presencia de infecciones oportunistas, clasificar la enfermedad y enfocar el tratamiento de acuerdo a los resultados de las ayudas diagnósticas.

Cuando el diagnóstico de la enfermedad se realiza a nivel hospitalario, en la revisión de post hospitalización el médico de familia en la IPS básica, capta y remite al paciente con las ayudas diagnósticas requeridas a la IPS especializada en la atención integral de pacientes con el diagnóstico de VIH.

Una vez el paciente es remitido a través de correo electrónico a la IPS básica especializada, este es contactado personalmente por vía telefónica mediante una central de citas donde se le asigna la cita de ingreso al programa en un periodo no mayor a 48 horas de su remisión desde la IPS.

La cita de Ingreso tiene una duración de 1 hora y es atendido por un médico general experto en la atención de pacientes con el diagnóstico del VIH/SIDA y apoyado por un equipo interdisciplinario conformado por Psicología, Trabajo Social, Nutrición, Enfermería y un químico farmacéutico quien acompaña con el

medico la evaluación de la adherencia al tratamiento y las reacciones presentadas por los medicamentos antiretrovirales.

Los controles son citas de 30 minutos, al igual que las citas de medicina general y apoyada por la red de especialistas incluyendo al infectologo.

Los integrantes del equipo están ubicados en la misma sede para brindar una atención integral.

La IPS especializada garantiza una adecuada oportunidad de citas acorde con la demanda para cada uno de los servicios de acuerdo con los siguientes estándares:

Cita de ingreso: 2 días hábiles.

- *Ingresos*: Controles mensuales, durante los primeros 6 meses.
- *Pacientes VIH sin tratamiento*: controles cada 6 meses.
- *Pacientes VIH con tratamiento*: controles cada 3-4 meses
- *Pacientes con SIDA*: controles cada 3 meses.
- *Pacientes con SIDA inadherentes al tratamiento*: controles cada mes.
- *Pacientes con coinfecciones y con clínica al momento de la evolución*: controles mensuales.

La atención de urgencias de estos pacientes se realiza en las instituciones definidas por el asegurador en cada ciudad.

El uso de los esquemas antiretrovirales por parte de los médicos expertos se distribuye con mayor frecuencia con los esquemas de primera línea en el 70 %, el 28 % los de segunda línea y en el 2 % los esquemas de tercera Linea.

Los esquemas antiretrovirales de mayor frecuencia de uso en su orden son:

- Lamivudina/Zidovudina+Efavirenz (Primera Línea)
- Abacavir/Lamivudina+Efavirenz (Primera Línea)
- Lamivudina/Zidovudina+Nevirapina(PrimeraLinea)
- Lamivudina/Zidovudina+Lopinavir/ritonavir (Segunda Línea).
- Emtricitabina/Tenofovir+ Efavirenz (Primera Linea)

6. METODOLOGIA

Diseño del estudio

El estudio se realizó en un programa de atención integral de pacientes que viven con el virus de VIH/SIDA de un asegurador colombiano para evaluar los costos de las prestaciones en salud, no es objetivo del presente estudio la evaluación de costos y gastos generales de un programa.

El método utilizado fue descriptivo, cuantitativo, retrospectivo durante el año 2014.

Población de estudio

Se incluyeron en el estudio, todos los registros de los pacientes afiliados activos que pertenecen al programa de VIH/SIDA del asegurador del régimen contributivo que es operado por IPS especializadas para el manejo del VIH durante el período 2014 en las ciudades de Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín.

Marco muestral

El estudio se realizó en el universo de pacientes afiliados activos al programa de VIH/SIDA del asegurador durante el período 2014. La información se obtuvo de fuente secundaria de la información de los registros de las bases de datos del asegurador.

Método de evaluación del costo

En el asegurador el costo de la atención integral es la suma del costo de las prestaciones que recibe un paciente con el diagnóstico de VIH/SIDA.

El asegurador tiene definida 11 tipos de prestaciones a saber:

Medicamentos, procedimientos diagnósticos, procedimientos quirúrgicos, procedimientos terapéuticos, endoscopias diagnósticas y terapéuticas, hospitalización para manejo médico, consultas médicas, nivel básico de atención domiciliaria, insumos, alto costo, gastos misceláneos y otros.

Para efectos de esta investigación la identificación, caracterización y análisis de costos se hizo de acuerdo con esta clasificación.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Inclusión

Todos los usuarios del programa de VIH/SIDA de asegurador del régimen contributivo durante el año 2014.

Exclusión

Pacientes que no pertenecen al asegurador en el período de corte por diferentes causas de afiliación definidas por la normatividad vigente. Esta población se define como no activos.

Variables

Evaluar variables que determinen el impacto en el costo del programa de VIH/SIDA de un asegurador, tales como evitabilidad Hospitalaria, costo Promedio Usuario, líneas de esquemas de antiretrovirales en los pacientes entre otros.

Las variables que se tuvieron en cuenta son:

- Edad
- Género
- Diagnóstico de egreso hospitalario (CIE 10)
- Días estancia.
- Regional
- Tipo de usuario
- Fecha captación al programa.
- Uso de Terapia antiretroviral
- Estadio de la enfermedad
- Esquema de terapia antiretroviral.
- Infecciones Oportunistas
- Costo promedio usuario.
- Tipo de prestación.

8. CONSIDERACIONES ETICAS

La presente 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. Autonomía. Este proyecto es un estudio sin riesgo, consentimiento no hay, ya que se tomó de una base secundaria y en ningún momento hubo contacto con el paciente. Respeto por las personas, no se manejó información personal sobre los usuarios del programa. Justicia: La población de estudio la conformaron todos los pacientes sin discriminar clase social, raza, religión, sexo y edad.

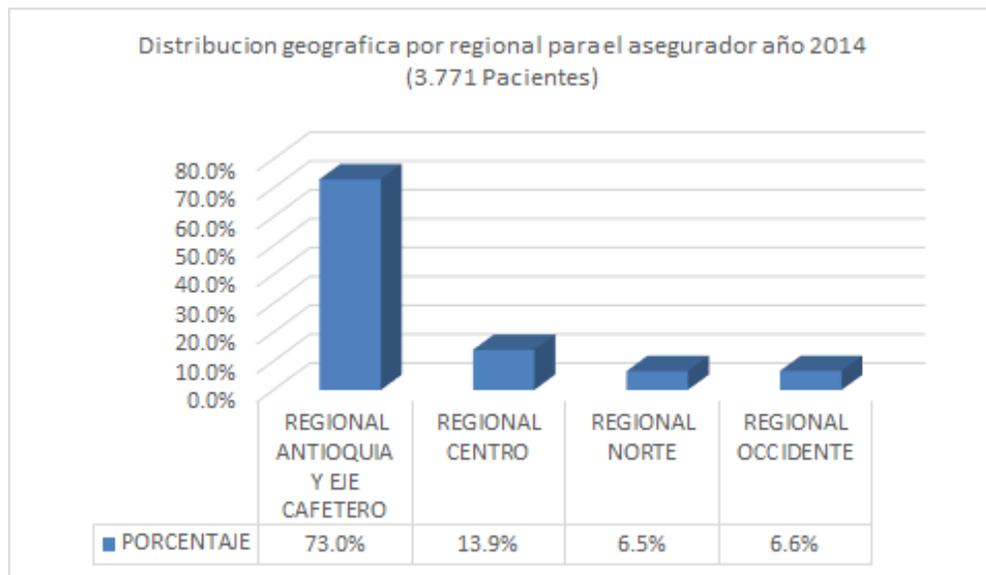
Beneficencia El propósito de la investigación es generar conocimiento que permita brindar un beneficio a la población que participa.

9. RESULTADOS

Caracterización

La población total del programa de VIH/SIDA del asegurador en las 4 regionales fue de 3.771 usuarios activos al corte del 31 de diciembre del año 2014, y según distribución geográfica (Gráfico 1)

Gráfico 1: Distribución geográfica por regional de asegurador en Colombia año 2014.



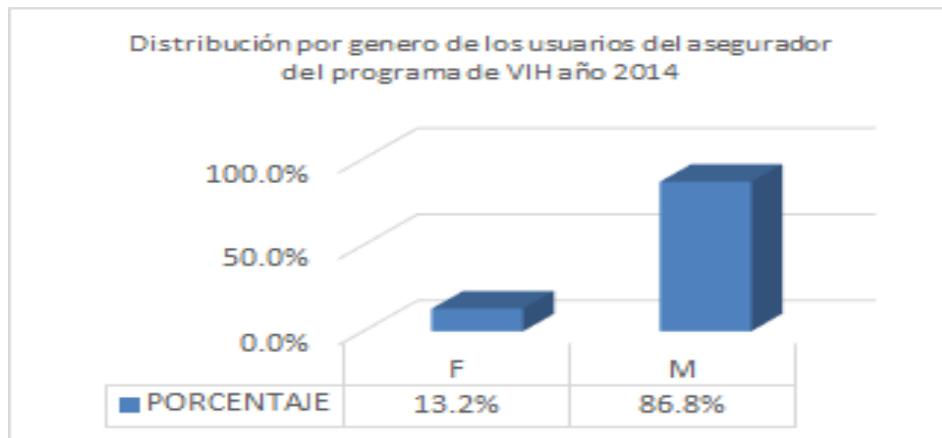
Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014

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 %.

En cuanto a la distribución por género se encuentra que el 13.2 % (497) corresponde a mujeres y el 86.8 % (3274) son hombres (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribución por género de los usuarios del asegurador del programa de VIH año 2014.

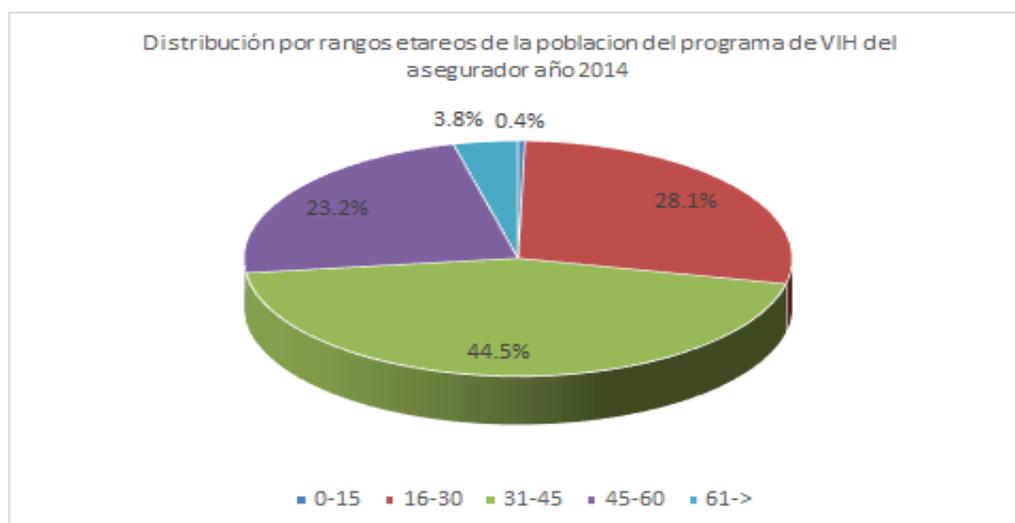


Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014

Distribución por rangos etarios

La distribución etaria en las 4 regionales tiene un comportamiento muy homogéneo, encontrando una distribución similar entre los grupos etarios. La población más prevalente es la del grupo entre 31-45 años, siendo este grupo donde encontramos la población laboralmente activa y en una edad de adulto joven (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución por grupos etareos de población de programa de VIH del asegurador año 2014.



Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014

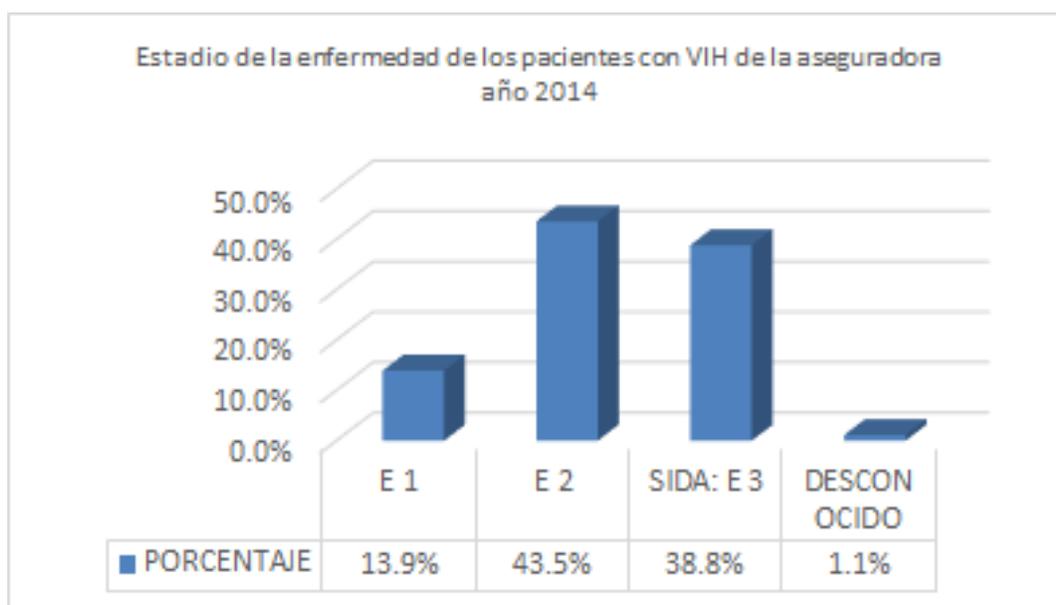
Estadio de la enfermedad

Los estadios de la enfermedad están basados según la clasificación del CDC de 1993 y se define según el conteo de los linfocitos CD4 así:

Estadio 1 (CD4 > 500 células/mm), Estadio 2 (CD4 200-499 células/mm), estadio 3 (< 200 células/mm) este último se categoriza como SIDA.

Es importante resaltar que aproximadamente dos terceras partes de la población del programa están en estadios no avanzados de la enfermedad con corte al 31 de diciembre del 2014 (Gráfico 4).

Gráfico 4: Clasificación de estadio de la enfermedad de los pacientes con VIH de asegurador año 2014.



Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Distribución por estadios y por regional

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%). (Tabla 1).

En la regional Centro llama la atención el mayor número de pacientes con estadio desconocido (6.4%).

Tabla 1: Distribución por regional y estadio programa VIH asegurador año 2014.

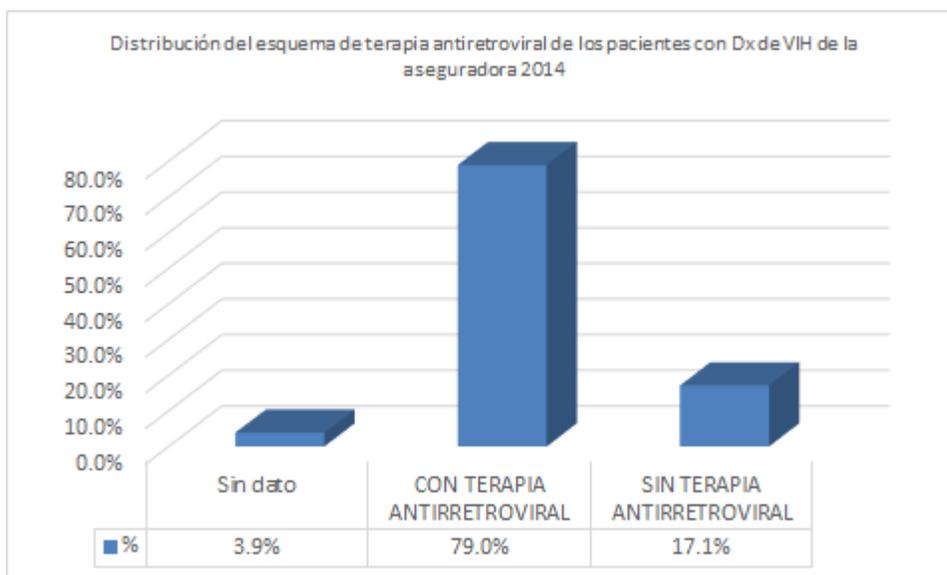
ESTADIO	REGIONAL ANT Y EJE CAFETERO		REG CENTRO		REG NORTE		REG OCCIDENTE		TOTAL
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°
ESTADIO 1	401	14.2%	67	12.2%	32	12.6%	39	15.6%	539
ESTADIO 2	1277	45.3%	216	39.3%	101	39.8%	92	36.8%	1686
SIDA: ESTADIO 3	1048	37.2%	232	42.2%	109	42.9%	114	45.6%	1503
ESTADIO DESCONOCIDO	93	3.3%	35	6.4%	12	4.7%	5	2.0%	145
TOTAL, GENERAL	2819	100%	550	100%	254	100%	250	100%	3873

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014

Distribución del esquema de terapia antiretroviral

En los pacientes del programa de VIH de la aseguradora, según criterios como son la carga viral menor de 100.000 y CD4 entre 250-350 y sin presencia de síntomas no son candidatos para inicio de terapia antiretroviral. Esto equivale al 21 % de la población en estudio. El 79.0 % restante reciben terapia antiretroviral por tener criterios clínicos e inmunológicos, lo que evidencia una cobertura del 100 % de la población de acuerdo a criterios de inicio en los pacientes del programa del asegurador (Gráfico 5).

Gráfico 5: Distribución según esquema antiretroviral pacientes programa VIH asegurador año 2014.



Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014

El 3.9 % que se presenta sin dato, corresponde a población que no tiene una clasificación definida como son los indeterminados.

Cuando se evalúa la distribución por regional se evidencia que la regional Centro tiene un 71.6 % con terapia antiretroviral siendo la regional que recibe la menor proporción de terapia antiretroviral con criterios inmunológicos y el 28.4 % no recibe terapia por no tener criterios inmunológicos y la regional Occidente tiene la mayor proporción con un 82.4 % de terapia antiretroviral en aquella población con criterios inmunológicos y un 17.6 % sin criterios para recibir la terapia . En términos generales se evidencia que el 100 % de la población que tiene criterios para recibir antiretrovirales los recibe (Tabla 2).

Tabla 2: Distribución por regional según esquema antiretroviral programa VIH asegurador año 2014.

TERAPIA	REGIONAL ANTIOQUIA		REG CENTRO		REG NORTE		REG OCCIDENTE	
	CANT	%	CANT	%	CANT	%	CANT	%
CON TERAPIA ANTIRETROVIRAL	2253	79.9%	394	71.6%	205	80.7%	206	82.4%
SIN TERAPIA ANTIRETROVIRAL	566	20.1%	156	28.3%	49.0	19.3%	44	17.6%
TOTAL	2819	100%	550	100%	254	100%	250	100%

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Distribución por fecha de ingreso al programa

El asegurador inicia con un programa de VIH en el año 2004 a partir del año 2009 se cuenta con sistemas de información que permiten la caracterización de la población y se evidencia un crecimiento acelerado de pacientes en el programa (Tabla 3).

En el año 2014 ingresó una población de pacientes al programa provenientes de otros aseguradores en proceso de liquidación del sistema de salud lo que llevó a un incremento por fuera de lo esperado.

Tabla 3: Distribución por año según fecha de ingreso programa VIH asegurador año 2014.

AÑO DE INGRESO	AÑOS EN EL PROGRAMA	CANTIDAD
2009	6 o más	1324
2010	5	214
2011	4	358
2012	3	440
2013	2	511
2014	1	1026

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Evaluación Económica del Programa de VIH

Durante el año 2014, se generaron 245.972 prestaciones consistentes en medicamentos, procedimientos, hospitalizaciones, consultas médicas e insumos, que tuvieron un costo global de \$ 7, 472,688 US.

El costo promedio/mes de un paciente en el programa fue de \$ 171 US.

La tabla 4 muestra la distribución del costo por Regional.

Tabla 4: Distribución por costo total en US, según regional programa VIH asegurador año 2014.

AREA GEOGRAFICA	COSTO US	%
REGIONAL ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	5,322,453	71%
REGIONAL CENTRO	1,078,817	14%
REGIONAL NORTE	478,962	6%
REGIONAL OCCIDENTE	592,456	8%
Total general	7,472,688	100%

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Costo Promedio /por usuario y por cada regional:

Durante el año 2.014 el costo/promedio usuario, en la regional Antioquia fue el menor, y además se encontró la mayor proporción de pacientes en estadio 1 y 2 en la regional descrita y a su vez en la Regional Occidente el costo Promedio fue mayor y teniendo una mayor proporción de pacientes en estadio 3 (Tabla 5).

Tabla 5: Costo promedio/usuario según distribución por regional programa VIH asegurador año 2014.

AREA GEOGRAFICA	COSTO USUARIO US
REGIONAL ANTIOQUIA Y EJE CAFETERO	1934
REGIONAL CENTRO	2059
REGIONAL NORTE	1939
REGIONAL OCCIDENTE	2389
Total general	1982

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Costo por prestación

Encontramos que en los medicamentos está el 49.0 % del costo de los pacientes atendidos durante el año 2014, seguido de los procedimientos diagnósticos con el 19 % y las hospitalizaciones para manejo medico con el 11.1 % (Tabla 6).

Tabla 6: Costo total a nivel nacional, según prestaciones programa VIH asegurador año 2014.

PRESTACION	COSTO US	%
MEDICAMENTOS	3,661,005.07	49%
PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	1,399,265.98	19%
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS	259,904.09	3%
PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS	5,123.21	0%
ENDOSCOPIAS DIAGNOST Y TERAPEUTICAS	63,424.28	1%
HOSPITALIZACION MANEJO MEDICO	826,284.63	11%
CONSULTAS MEDICAS	613,032.27	8%
NIVEL BASICO Y ATENCION DOMICIALIARIA	109,062.94	1%
INSUMOS	78,170.36	1%
ALTO COSTO	216,091.93	3%
GASTOS MISCELANEOS Y OTROS	241,325.08	3%
Total	7,472,689.84	100%
*Alto costo: son procedimientos y tratamientos de nivel superior como poliquimioterapias , proced invasivos		
*Insumos: incluye suministros varios como pañales, audifonos ..etc		
*Miscelaneos: servicios de transporte, ambulancias y otros		

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Costo por cobertura

El 72% del costo de las prestaciones durante el año 2014 tienen cobertura por el plan obligatorio de salud de Colombia (POS) (Tabla 7).

Tabla 7: Costo total según cobertura del POS a nivel nacional, según prestaciones programa VIH asegurador año 2014.

CUBIERTA POS	COSTO US	%
SI	\$ 5,397,698	72%
NO	\$ 2,074,991	28%
Total general	\$ 7,472,690	100%

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

En la evaluación por tipo de evento encontramos que el 79.2% de las prestaciones se generan en forma ambulatoria electiva, seguido del evento hospitalario Urgente con el 19 % (Tabla 8).

Tabla 8: Costo total según tipo de evento a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014.

TIPO DE EVENTO	COSTO US	%
AMBULATORIO ELECTIVO	\$ 5,919,284	79.2%
HOSPITALARIO URGENTE	\$ 1,421,080	19.0%
AMBULATORIO URGENTE	\$ 74,697	1.0%
HOSPITALARIO ELECTIVO	\$ 57,629	0.8%
Total general	\$ 7,472,690	100.0%

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

En el comportamiento por grupos etarios se observa, como en el rango de edad de 15 a 44 años en el género masculino se concentra el costo de estos pacientes debido a la mayor frecuencia de este segmento poblacional (Tabla 9).

Es importante aclarar que la tabla 5 y la tabla 9 presentan una diferencia de 18 US en el costo Promedio /usuario/año probablemente por ajustes en las cifras decimales por una base de datos muy densa.

Tabla 9: Distribución costo total y costo promedio según grupo etario a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014.

RANGOS ETAREOS	CANTIDAD	COSTO US	COSTO PERSONA US	%
De 15 a 44 Años Hombre	2351	4,088,174	1,739	55%
De 45 a 59 Años	950	2,135,785	2,248	29%
De 15 a 44 Años Mujer	327	714,798	2,186	10%
60 Años ó Mas	160	513,983	3,212	7%
De 5 a 14 Años	15	18,922	1,261	0%
De 1 a 4 Años	1	1,028	1,028	0%
Total general	3804	7,472,690	1,964	100%

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

Hospitalizados

Durante el año 2014 un total de 337 pacientes estuvieron hospitalizados, lo que equivale al 8.7 % de la población total de pacientes del programa de VIH a nivel nacional.

Hospitalización según distribución por regional.

La regional con la proporción mayor de pacientes hospitalizados pertenecientes al programa de VIH es la regional Occidente con un 12 %, y la de menor es la Regional Antioquia con un 8.10 %, situación que se correlaciona con los estadios de la enfermedad en cada una de las regionales.

Causas de Hospitalización

Tabla 10: Causas de hospitalización a nivel nacional, programa VIH asegurador año 2014.

CAUSA DE HOSPITALIZACION	%
INESPECIFICO	33.4
INFECCIOSA	56.7
TUMORES Y LINFOMAS	4.1
NEUROLOGICA NO INFECCIOSA	1.9
TRAUMA	1.6
CARDIOVASCULAR	1.05
PSQUIATRICA	0.6
EMBARAZO	0.6

Fuente: Base de datos de prestaciones de pacientes de Programa VIH asegurador en Colombia año 2014.

La principal causa de hospitalización de los pacientes del programa de VIH es de origen infecciosa con el 56.7 % y las causas inespecíficas que corresponden a otras patologías no clasificadas dentro de un Grupo de enfermedades CIE10 en un grupo menor están las demás patologías que entre todas no superan el 10 % del total de causas de hospitalización.

10. DISCUSION

En la revisión bibliográfica no se encontró en Colombia referentes del costo de un programa de VIH/SIDA. En la EPS evaluada el costo total promedio de un usuario en el año 2014 fue de US \$1.982.

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 (10). 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 apoyados por políticas estatales, como además del resultado en salud del programa de VIH del asegurador evaluado.

Los medicamentos en el asegurador en Colombia representan la prestación de mayor costo con un 49% del costo total. En el estudio antes citado (10) los medicamentos representaron un 71 %.

Cabe aclarar que otras de las situaciones por las cuales, aparentemente, es menor el costo de los medicamentos puede ser el incremento en otros rubros como son el costo de las hospitalizaciones y/o procedimientos.

Otro elemento a resaltar en la presente investigación es que el 79 % del total de los pacientes tienen criterio y reciben ARV, información concordante con los estudios evaluados y que finalmente impactan sobre el costo y la atención en salud.

Dentro de los hallazgos encontrados en el estudio de Gebo KA y col. (Contemporary costs of HIV healthcare in the HAART era AIDS). De 2010, se plantea que el costo de la atención se viene incrementando con el transcurrir de los años debido a complicaciones no relacionadas con el VIH-SIDA. (9) Situación concordante con el resultado hallado en el presente estudio, donde si bien se encontraron las patologías infecciosas como primera causa de hospitalización (56.7%), otro tipo de diagnósticos son responsables del (33.4 %) de los eventos hospitalarios.

En el asegurador en Colombia las causas de hospitalización por infecciones oportunistas fueron del 56.7%. Este hallazgo es concordante con lo encontrado en el estudio realizado en el año 2009 por Bachhuber M y col (Hospitalization rates of people living with HIV in the United States). en los Estados Unidos sobre tasas de hospitalización en pacientes con el diagnóstico de VIH, donde las causas de hospitalización por infecciones oportunistas fueron del 45 % (10).

Por otro lado, en un estudio realizado por Saldarriaga-Arenas y col, sobre epidemiología de las enfermedades oportunistas realizado en Pereira en el año 2010-2011, se encontró que el 72 % de los eventos hospitalario se debieron a las infecciones oportunistas. (17)

11. CONCLUSIONES

La prevalencia de pacientes que viven con el Virus del VIH/SIDA en el presente estudio, es del 0.18 % del total de la población afiliada del asegurador en todo el país comparativamente con lo reportado en la cuenta de alto costo del año 2013 donde la prevalencia es del 0.11 % para el total de la población asegurada reportada en Colombia.

Esta diferencia en la prevalencia se presenta debido entre otras causas a la selección adversa generada por el interés de los pacientes de afiliarse a una EPS con un programa de VIH/SIDA integral y bien calificado dentro de las aseguradoras del medio. Algunos aseguradores contratan por paquete el costo de la atención de los pacientes con VIH, lo cual afecta el servicio y calidad en el proceso de atención de los programas de VIH, a diferencia del asegurador objeto de estudio que contrata bajo un esquema de administración delegada basada en resultados.

La distribución por grupos etarios descrita, aporta información valiosa debido a que la mayor proporción, está en la población laboralmente activa de 31-45 años con un 44.5 % lo que genera efectos en la morbilidad afectando calidad de vida y productividad de esta población.

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.

Por rangos etarios, los pacientes mayores de 60 años si bien representan solo el 7 % de la población, en forma individual son los pacientes con el mayor costo en el programa de VIH/SIDA del asegurador en Colombia.

Como se describió en el presente estudio el 73 % de la población de pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA se encuentra en la regional Antioquia y de ellos en relación con las demás regionales el 59.5 % de esta población se encuentra en estadio 1 y 2 lo que puede interpretarse de diferentes maneras y una de ellas es que los pacientes tienen un adecuado control que evitan que progrese la enfermedad a estadio SIDA o detección temprana de la enfermedad. En relación con esta información llama la atención que el menor costo promedio durante el año 2014 estuvo en la regional Antioquia (US 1.934).

La evaluación del costo se trabajó con información proveniente de la base de datos de prestaciones del asegurador en el año 2.014 de la población atendida con el diagnóstico del VIH y a ello se limita el alcance del presente estudio.

Es importante aclarar que la característica del presente estudio es descriptivo no se hacen análisis de asociación o inferencia.

12. RECOMENDACIONES

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. El reporte de la cuenta de alto costo actualmente solo tiene en cuenta variables clínicas y epidemiológicas.

Promover la calificación de las aseguradoras e IPS de atención Integral de VIH/SIDA con base en indicadores de gestión de riesgo e impacto en salud y hacer distribución de recursos para las patologías de alto costo, según los resultados obtenidos.

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.

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.

Simultáneamente con las actividades propias del programa se deben implementar para estos pacientes programas de promoción y prevención, así como programas de riesgo cardiovascular y demás programas que impacten en la calidad de vida de los usuarios, ya que con el uso de las terapias antirretrovirales estos pacientes han alcanzado una sobrevivencia mayor, pero se están viendo afectados por otro tipo de patologías susceptibles de una mejor intervención.

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.

Es importante avanzar a un segundo momento de evaluación económica y estudios analíticos, donde se incluyan evaluaciones de costo efectividad, impacto y calidad de vida.

13. BIBLIOGRAFIA

1. Unaid. El sida en cifras: día mundial del sida [Internet]. 2015. Recuperado a partir de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS_by_the_numbers_2015_es.pdf
2. CENSIDA Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida. Medición del Gasto en Sida: México 2010 . 2011. 2011.
3. Duran M, García O, Carey A, Bonilla H, Espitia N, Barros E. Protocolo de Vigilancia en Salud Pública. 2014 [citado 29 de abril de 2016];2. Recuperado a partir de: <http://www.esecartagenadeindias.gov.co/archivoscalidad2/PRO%20VIH%20-%20SIDA.pdf>
4. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Sistema de clasificación de la infección por VIH y esquemas de terapia antiretroviral de inicio. 2011;42.
5. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida 2011 [Internet]. 2011 p. 52. Recuperado a partir de: http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
6. LIBRO VIH 2013.indd - Situación del VIH-SIDA en Colombia 2013.pdf [Internet]. [citado 20 de julio de 2014]. Recuperado a partir de: <http://www.cuentadealtocosto.org/patologias/VIH/docs/Situacion%20del%20VIH-SIDA%20en%20Colombia%202013.pdf>
7. Sura. Programa de atención a pacientes viviendo con VIH - SIDA [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: www.sura.com.co
8. Minsalud. Guía para el manejo de VIH/sida Basada en la evidencia colombia [Internet]. 2011. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pdf>
9. Lambdin B, Cheng B, Peter T, Mbwambo J, Apollo T, Dunbar M, et al. Implementing Implementation Science: An Approach for HIV Prevention, Care and Treatment Programs. Curr HIV Res. 2015;13(3):244-9.
10. BMC Public Health | Full text | Determining a cost effective intervention response to HIV/AIDS in Peru [Internet]. [citado 30 de julio de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/352>

11. Gebo K, Fleishman J, Conviser R, Hellinger J, Hellinger F, Josephs J, et al. Contemporary costs of HIV healthcare in the HAART era: AIDS. noviembre de 2010;24(17):2705-15.
12. Bachhuber M, Southern W. Hospitalization rates of people living with HIV in the United States, 2009. Public Health Rep Wash DC 1974. abril de 2014;129(2):178-86.
13. Guerro A, Andretta I, Bello S, Trevisol D, Schuelter-Trevisol F. Causes of hospital admission of AIDS patients in southern Brazil, 2007 to 2012. Rev Soc Bras Med Trop. octubre de 2014; 47(5):632-6.
14. Zaroni B, Gandhi R. Update on opportunistic infections in the era of effective antiretroviral therapy. Infect Dis Clin North Am. septiembre de 2014; 28(3):501-18.
15. Alarcón J, Freimanis-Hance L, Krauss M, Reyes M, Cardoso C, Mussi-Pinhata M, et al. Opportunistic and Other Infections in HIV-Infected Children in Latin America Compared to a Similar Cohort in the United States. AIDS Res Hum Retroviruses. marzo de 2012;28(3):282-8.
16. Berry S, Fleishman J, Moore R, Gebo K, HIV Research Network. Trends in reasons for hospitalization in a multisite United States cohort of persons living with HIV, 2001-2008. J Acquir Immune Defic Syndr 1999. 1 de abril de 2012;59(4):368-75.
17. Saldarriaga-Arenas P, Rodríguez-Morales A. Epidemiology of opportunistic diseases in AIDS patients from Pereira municipality, Colombia, 2010-2011. J Infect Public Health. diciembre de 2013;6(6):496-8.