

REALIDAD DEL PACIENTE CON VIH/SIDA  
EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.  
ESTUDIO DE CASOS

Por:

SANDRA MILENA GÓMEZ M.  
JUAN CAMILO OLARTE  
MARTHA EUGENIA RÍOS H.  
LUZ ANGELA TABARES S.

Asesor:

Dr. FRANCISCO LUIS OCHOA JARAMILLO  
MÉDICO Mg. EPIDEMIOLOGÍA  
DOCENTE UNIVERSIDAD CES

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL - GRUPO 23  
MEDELLÍN, 2008

REALIDAD DEL PACIENTE CON VIH/SIDA  
EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD EN COLOMBIA.  
ESTUDIO DE CASOS

Por:

SANDRA MILENA GÓMEZ.  
JUAN CAMILO OLARTE.  
MARTHA EUGENIA RÍOS.  
LUZ ANGELA TABARES S.

Asesor:

Dr. FRANCISCO LUIS OCHOA JARAMILLO  
MÉDICO Mg. EPIDEMIOLOGÍA  
DOCENTE UNIVERSIDAD CES

UNIVERSIDAD CES  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN GERENCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL - GRUPO 23  
MEDELLÍN, 2008

## ÍNDICE

Pág.

RESUMEN .....	6
ABSTRACT .....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Planteamiento del Problema .....	12
1.2 Justificación .....	14
1.3 Pregunta de la Investigación .....	14
2. MARCO TEÓRICO .....	15
2.1 Clínica.....	15
2.2 Métodos Diagnósticos De VIH .....	16
2.2.1 Prueba ELISA. ....	17
2.2.2 Pruebas Confirmatorias.....	18
2.3 Tratamiento.....	18
2.4 Situación Epidemiológica .....	19
2.4.1 Tipologías de la Epidemia. ....	19
2.5 Legislación Colombiana VIH/SIDA.....	22
2.5.1 Normatividad.....	22
2.5.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).....	34
2.5.3 Planes de Beneficio.....	37
2.5.3.1 Plan de Salud Territorial. ....	37
2.5.3.2 Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C) .....	38
2.5.3.3 Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S).....	40
2.5.3.4 Plan de atención complementaria (PACS). ....	41
2.5.3.5 Plan de atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP).....	42
2.5.3.6 Eventos Catastróficos y Accidentes de Transito (ECAT).....	42

2.5.3.7	Atención Inicial de Urgencias. ....	43
2.5.4	Respuesta de Colombia ante el VIH/SIDA 2008 - 2011.....	44
2.5.1	Plan Nacional Colombia 2008-2011 .....	45
2.6	El VIH desde la Ética .....	47
2.6.1	Ética Médica.....	48
3.	OBJETIVOS .....	53
3.1	Objetivo General .....	53
3.2	Objetivos Específicos.....	53
4.	METODOLOGÍA.....	54
4.1	Enfoque Metodológico de la Investigación: .....	54
4.2	Tipo de estudio: Investigativo.....	54
4.3	Población: .....	54
4.4	Diseño Muestral: .....	54
4.5	Técnicas de recolección de Información: Revisión de la legislación Colombiana sobre VIH/SIDA.....	54
4.6	Prueba Piloto: .....	55
4.7	Control de Errores y Sesgos: .....	55
4.8	Técnicas de procesamiento y Análisis de datos: .....	55
5.	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	56
6.	RESULTADOS .....	57
6.1	Instituciones de Salud Visitadas.....	57
6.2	Encuestas Realizadas a Pacientes .....	65
6.3	Gráficas .....	101
7.	ANÁLISIS DE RESULTADOS .....	102
8.	DISCUSIÓN GENERAL DE RESULTADOS .....	109
9.	CONCLUSIONES.....	115
	BIBLIOGRAFÍA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>

## LISTA DE CUADROS

Pág.

<u>Cuadro 1.</u>	<u>Estadísticas de la infección por VIH a nivel mundial</u> .....	21
<u>Cuadro 2.</u>	<u>Casos acumulados de VIH/SIDA en Colombia 1983 - noviembre 2007.</u> .....	21

## RESUMEN

El VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) es el agente infeccioso determinante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una enfermedad ruinosa o catastrófica, llamada así, porque representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. El marco legal y jurídico existente sugiere que el Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia (SGSSS), están en capacidad de garantizar la atención integral de las personas que conviven con el VIH y obligan a todas las entidades aseguradoras a garantizarles un adecuado y oportuno tratamiento, así como niveles satisfactorios en su calidad de vida.

Para este trabajo de investigación se revisó la legislación existente en Colombia referente al tema VIH/SIDA, se encuestaron 26 pacientes pertenecientes a los diferentes regímenes del SGSSS y 7 personas entre médicos y/o profesionales de la salud encargados de los programas de atención a este grupo de pacientes en diferentes aseguradoras; con el fin de recopilar información acerca de la atención que recibe el paciente infectado, para hacer una comparación con lo establecido en la norma.

En cuanto a los pacientes se encontró dualidad relacionada con el desconocimiento que algunos tienen de sus derechos y los beneficios que el Estado ofrece como una protección especial a éstos, que en la mayoría de los casos pertenecen a una población con condiciones económicas, físicas y mentales más vulnerables. Igualmente, se conocieron incoherencias que realizan las entidades aseguradoras frente a la norma, tales como: demora en la entrega de medicamentos, cobro de cuota moderadora, retrasos en citas con médico especialista, ausencia de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, etc.

De igual forma, se pudieron percibir conductas sexuales irresponsables por parte de algunos de los pacientes infectados, incumpliendo de manera consciente, su deber de no propagar la infección y entorpeciendo de esta forma el control de la propagación de la enfermedad.

Aunque uno de los principios del SGSSS es la integralidad en los servicios de salud, especialmente para los pacientes VIH/SIDA, se encontró que esta premisa se cumple parcialmente por diversas razones, como el hecho de que son pacientes que representan un alto costo para el sistema, el desconocimiento de la legislación por parte de los diferentes actores (usuarios, IPS, EPS, entre otros) y la falta de un responsable directo de hacerla cumplir.

**Palabras Clave:** Virus de Inmunodeficiencia Humana, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Derechos, Deberes, Legislación, Sistema General de Seguridad Social en Salud.

## **ABSTRACT**

The HIV (human immunodeficiency virus) is an infectious agent that leads to the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) which is a devastating or catastrophic disease. It is called that way due to the technical complexity of its treatment, the elevated cost, the low rate of occurrence and the low effectiveness of its treatment. The existing legal framework suggests that the government and the SGSSS in Colombia are responsible of guaranteeing comprehensive care for the people living with the HIV and also requires all the insurance companies to assure a proper and timely treatment, as well as satisfactory levels in their quality of life.

By reviewing the existing legislation in Colombia concerning the topic of HIV/AIDS, we investigate 26 patients who belong to de different insurance companies of the SGSS and 7 more that include doctors and/or health professionals in charge of this attention programs in their insurance with the objective of compile the information about the attention that receives the infected patient for making a comparison with what is establish in law.

In relation with the patients, we found duality because the ignorance of some of their benefits that the State provides them like a special protection in most cases for the population with the most vulnerable economical, physical and mental conditions. In the same way, some inconsistencies performed by the insurance companies where detected, such as delay in the release of medicines, charges of the moderator fee, delays in appointments with specialist doctors, lack of programs for health promotion and disease prevention, and so on. Finally we perceived irresponsible sexual behavior from some of the infected patients unfulfilling consciously their duty to not spread the infection and to set back in this way the control of the disease.

Although one of the SGSS rules is the integrality in health services, specially for those who are infected with HIV/AIDS. We found that this is not always true for many reasons like, that the patient represent a lot of cost for the security system, the legislation ignorance (users, IPS, EPS, and so on) and the lack of a direct responsible who carry with them.

Key words: human immunodeficiency virus, acquired immunodeficiency syndrome, debarment, legislation, general system in social security in health.

## INTRODUCCIÓN

El Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia bajo la Ley 100 de 1993 (1), intenta superar el modelo Bismark para acercarse al modelo de Beveridge con la cobertura universal a través del Régimen Contributivo y Subsidiado.

Este modelo trata de separar las funciones de financiamiento centradas en el FOSYGA, aseguramiento (EPS), provisión (IPS) y participación de agentes públicos y privados en éstos dos mercados.

Adicionalmente, hay un subsector público para la población no asegurada (vinculados), un subsector privado (medicina prepagada y pólizas) y la provisión de servicios con pago directo de los pacientes.

La Ley 100 pretendía que el seguro público de salud, al tiempo que cubriera toda la población (principio de la universalidad), con una contribución solidaria adicional a los aportes parafiscales, estuviera basada en el principio de eficiencia, de manera que las EPS fueran remuneradas en forma adecuada para garantizar la atención del costo, la realización de inversiones en salud y la atención de bajo costo, al tiempo que promoviera la competencia.

Bajo este esquema se permitió a los asegurados escoger su EPS, mientras ésta debe garantizar el Plan Obligatorio de Salud (POS) definido por el Estado, cubriendo al asegurado y sus beneficiarios.

En la Resolución N°. 5261 de 1994 por la cual se establece el manual de actividades, intervenciones y procedimientos del POS en el SGSSS, Artículo 16 y 17, se hace referencia a la atención de enfermedades ruinosas o catastróficas, llamadas así, porque representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. (2)

De igual forma, la Ley 972 de 2005 establece que el Estado y el SGSSS, deben garantizar la atención a la población que padece enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA, así como el suministro de medicamentos antirretrovirales, reactivos y dispositivos médicos

autorizados para el diagnóstico y tratamiento. (3) De esta forma se obliga a las entidades aseguradoras a cubrir el tratamiento y sus complicaciones, dentro de las cuales se incluye VIH/SIDA.

En el documento “Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y SIDA. Colombia 2008-2011” del Ministerio de la Protección Social con la colaboración de ONUSIDA (4) se plantea la problemática de salubridad en la población colombiana y el compromiso y prioridad del Ministerio para dar respuesta a VIH/SIDA enmarcada en los Objetivos del Milenio (ODM). (4) Este Plan responde a lineamientos en Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Plan Nacional de Salud Pública (Decreto 3039/07 (5) y Resolución 3442/06) (6) que contiene el Modelo de Gestión Programática y la Guía de Atención Integral.

En el Decreto 1543 de 1997 en el cual se reglamenta el manejo de VIH/SIDA y las otras ETS, se establece en el Artículo 18, la participación de las ONGs en la formación de líderes en grupos poblacionales específicos para la promoción y prevención de estas enfermedades (7)

Con el presente trabajo se pretende conocer la atención que realmente recibe el paciente con VIH/SIDA comparada con la normatividad establecida en el SGSSS para dicha enfermedad en Colombia.

## **1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Actualmente debe entenderse que el VIH/SIDA es un problema de toda la sociedad y no de unos pocos. Es importante conocer las barreras que posiblemente se tienen en la atención integral del paciente infectado, tales como el temor que se tiene al contagio y sus complicaciones, la estigmatización, la discriminación de las personas infectadas/afectadas y la selección adversa que realizan las entidades aseguradoras; situación que angustia no solo al paciente sino a su pareja, a su familia o a quienes conforman su grupo familiar, social y laboral. Tener un “enfermo” en casa desordena las rutinas y los hábitos, trastorna roles y conductas, se sufre la desesperanza cuando no se puede acceder de manera inmediata a lo necesario y urgente como son los servicios de salud (8). Estas barreras no deberían existir, porque la Constitución Política de Colombia (CPC), garantiza condiciones de igualdad para todos los ciudadanos de manera real y efectiva.

Otra problemática que vive la comunidad que convive con VIH o SIDA, es la falta de programas de promoción y prevención relacionados con la infección, así como capacitación y educación frente al tema, las cuales deben suministrarse al área asistencial, instituciones educativas y población en general, especialmente a la población más vulnerable.

A esta situación se suma, que con frecuencia el concepto técnico del médico especialista no es tenido en cuenta por los Administradores de los Planes de Beneficio (APB), en cuanto a la pertinencia de algunos exámenes y alternativas de tratamiento, además existen dificultades para el suministro continuo del medicamento antirretroviral, favoreciendo así, el desarrollo de cepas resistentes y el aumento de la carga viral de los pacientes.

Es importante analizar, si la atención que reciben los pacientes, es integral y si están siendo atendidos por un equipo interdisciplinario que retome todo su entorno familiar, social y laboral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que el VIH/SIDA es un problema de salud pública porque la infección se está expandiendo tres veces mas rápido y se estima que su manejo, 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. La OMS es la autoridad directora y coordinadora de la salud internacional dentro del sistema de Las Naciones Unidas, lidera la respuesta mundial del sector sanitario al VIH/SIDA, a través del Departamento de VIH/SIDA, el cual ofrece apoyo técnico y científico a los diferentes países, basado en pruebas científicas para ayudarlos a prestar los servicios de tratamiento, atención y prevención, con una amplia perspectiva del sector salud y articulando una respuesta integral y sostenible contra la enfermedad (9).

El Departamento VIH/SIDA trabaja en:

- Formular políticas y asesorar normativa y técnicamente a los países, con el objetivo de expandir las intervenciones contra el VIH/SIDA.
- Apoyar a los países en la formación del personal sanitario.
- Garantizar el suministro de medicamentos, medios diagnósticos y otros tratamientos contra el VIH, de manera suficiente y oportuna.
- Velar por una disminución de la propagación mundial del VIH/SIDA.
- Fomentar una mayor atención y compromiso en la lucha contra la enfermedad a nivel mundial (10).

## **1.2 Justificación**

En Colombia hay condiciones especiales que incrementan los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA (pobreza, conflicto armado, desplazamiento de las comunidades rurales) donde la salud se ve afectada en los diferentes grupos poblacionales; es por ésto que el acceso “universal” a asistencia y terapia antirretroviral, tan sólo es posible cuando se alcance la universalidad en coberturas de aseguramiento en salud y el acceso adecuado a la prevención.

Es importante realizar el estudio sobre la atención al paciente con VIH/SIDA, debido a que la infección se propaga rápidamente y las estadísticas muestran el incremento en la prevalencia de la enfermedad, sin tener resultados positivos en la disminución del número de infectados, esta situación es difícil de entender y pone en alerta a la salud pública a nivel mundial.

Vale la pena evaluar de qué manera está asimilando la comunidad más vulnerable al VIH/SIDA, los programas que se realizan desde la OMS emitidos por el departamento del SIDA, la ONU, Plan Intersectorial en Colombia y el Plan de Respuesta al VIH/SIDA, así como los subprogramas a nivel departamental y municipal (9).

Dentro de las investigaciones que se han desarrollado frente al tema, se hace referencia a que los recursos asignados para el manejo, control y tratamiento de la enfermedad, son utilizados en atención individual de terapias antirretrovirales, dejando por fuera, los programas de promoción y prevención.

El tratamiento antirretroviral resulta costoso para el paciente y para el SGSSS; el virus presenta un alto porcentaje de resistencia a los medicamentos y con bajo costo-efectividad.

## **1.3 Pregunta de la Investigación**

¿Cómo es la atención del paciente con VIH/SIDA dentro del SGSSS en Colombia?

## 2. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Clínica

El VIH (virus de inmunodeficiencia humana) es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

El VIH comienza con un evento inicial denominado síndrome retroviral agudo, que se produce a las dos o tres semanas de la primera infección, la cual puede pasar desapercibida o bien porque los síntomas son poco aparentes, o bien porque se confunden con un síndrome viral como la gripa. Los síntomas y signos habituales pueden incluir fiebre, adenopatías, faringitis, erupción cutánea, astenia, mialgias, diarrea, cefalea, náuseas, vómitos, pérdida de peso y, en ocasiones, aparición de infecciones oportunistas, como candidiasis oral o complicaciones neurológicas provocadas por el propio VIH (11), (12)

Después de la primera infección, con o sin aparición de síndrome retroviral agudo evidente y la seroconversión, sigue un período de infección crónica asintomática, cuya duración media es de 8 años. Este período es clave para iniciar la intervención terapéutica y la política de prevención primaria de infecciones oportunistas. Durante este período, se produce el deterioro progresivo del sistema inmunológico, cuya expresión más específica es la reducción paulatina de la cifra de linfocitos CD4+, reducción que se acelera desde uno a dos años antes de que aparezcan las infecciones oportunistas más graves, definitorias de SIDA (13), (14). En los adultos, los síntomas graves por lo común no se presentan antes de los dos años de la infección inicial.

Es evidente que un diagnóstico precoz en esta fase, antes de que el nivel de linfocitos CD4+ se reduzca en forma muy importante, es crucial para poder iniciar todas las medidas profilácticas frente a las distintas infecciones oportunistas, en especial frente a las más graves, las cuales definen la

situación del SIDA, y que aparecen en su mayor parte después de que el paciente haya visto reducida su cifra de linfocitos CD4+ por debajo de 200/mm<sup>3</sup>. También es importante recordar en este punto que el Tratamiento Anti Retroviral; TAR, debe instaurarse cuando la cifra de linfocitos CD4+ se encuentra entre 200 y 350/mm<sup>3</sup>, según las últimas recomendaciones internacionales, con el objetivo de detener la reducción del nivel de CD4+ por debajo de los niveles más críticos (11), (15)

En las personas infectadas por el VIH, las manifestaciones clínicas del SIDA se presentarán como consecuencia del daño producido por el virus al sistema inmunitario. En la mitad de esas personas, los síntomas se presentarán dentro de los 10 años siguientes a la infección inicial. Existen tres clases de manifestaciones clínicas del SIDA: las infecciones, distintos tipos de cánceres y los efectos directos del virus sobre el organismo (13)

## **2.2 Métodos Diagnósticos De VIH**

Desde 1985, las pruebas del VIH han sido esenciales para garantizar la seguridad de los suministros derivados de la sangre, tejidos y órganos, para evitar la transmisión de la madre al bebe, para vigilar el avance de la epidemia y para diagnosticar los casos de infección por el virus. En la actualidad se dispone de numerosos ensayos que permiten a las estrategias de análisis ajustarse a las condiciones epidemiológicas y a los presupuestos de los sistemas nacionales de salud (16)

La infección por el VIH se suele diagnosticar detectando los anticuerpos que produce el organismo al tratar de defenderse contra el virus. Generalmente esos anticuerpos empiezan a producirse entre 3 y 8 semanas después del momento de la infección. El período que sigue a la infección pero antes de que los anticuerpos sean detectables se llama «período silente». Los anticuerpos son mucho más fáciles de detectar que el propio virus. A veces es posible detectar el antígeno del VIH en el período silente si, por coincidencia, a una persona se le hace la prueba durante el breve momento de mayor intensidad de circulación de concentraciones elevadas de partículas virales. Tras este instante máximo, la concentración de antígeno p24 se reduce drásticamente hasta un punto en que ya no es

detectable, y al cabo de unos años, cuando la situación clínica del paciente empieza a deteriorarse con el inicio del SIDA, suele volver a fluctuar o a aumentar marcadamente.

Diferentes pruebas del VIH se miden con arreglo a su sensibilidad y su especificidad. Una prueba con una elevada sensibilidad es aquella que puede detectar hasta cantidades ínfimas de anticuerpos. Una prueba con una elevada especificidad es la que identifica correctamente todos los resultados negativos (es decir, que no produce falsos positivos). Cuando lo que se pretende es reducir al mínimo los falsos positivos, como en el caso de la confirmación de si una persona está infectada o no por el VIH, deben usarse las pruebas con una elevada especificidad (9).

Las normas actuales estipulan que las pruebas del VIH tengan una sensibilidad >98%. No existe una prueba única adecuada para todos los objetivos en todos los contextos. Por este motivo, a menudo se combinan distintos tipos de pruebas basadas en diferentes tecnologías, conforme al objetivo de la prueba y a la eficacia en función del costo de los ensayos en condiciones locales (número de muestras tomadas por día, tamaño y calidad de los laboratorios, experiencia del personal, etc.). La elección y la secuencia de las pruebas pueden tener implicaciones de costo importantes.

### **2.2.1 Prueba ELISA.**

El tipo de prueba usado más habitualmente para el cribado sistemático es la ELISA (prueba de inmunoabsorción enzimática). Esas pruebas son probablemente las más eficientes para analizar un gran número de muestras diariamente, sea en grandes bancos de sangre o en estudios de vigilancia.

Como requieren un personal técnico experimentado, el mantenimiento del equipo y un suministro eléctrico regular, son menos adecuados para los hospitales, dispensarios o laboratorios más pequeños o más aislados. El mantenimiento regular del equipo para las pruebas ELISA es fundamental para obtener resultados fiables (9,9).

### **2.2.2 Pruebas Confirmatorias.**

Si bien las pruebas de detección son adecuadas para descartar las unidades de sangre que se identifiquen como positivas al VIH; para el diagnóstico se necesitan pruebas suplementarias más específicas, eso es, para confirmar que un resultado positivo inicial indica correctamente una infección por el VIH. Esas pruebas que detectan los anticuerpos contra las proteínas específicas del VIH-1 y/o del VIH-2, son más costosas que las que se emplean para la detección sistemática. Las pruebas confirmatorias más comunes son las de inmunoelectrotransferencia o Western Blot y las inmunovaloraciones por marcado de líneas. La prueba indirecta del anticuerpo fluorescente sigue usándose en algunos países, aunque es menos sensible que las generaciones más recientes de pruebas de detección. Para confirmar resultados positivos iniciales también se pueden emplear estrategias de análisis alternativas usando combinaciones de pruebas de detección (9).

## **2.3 Tratamiento**

El tratamiento de la infección por el VIH comprende diferentes aspectos entre los cuales destaca la dieta, los tratamientos de las distintas patologías infecciosas y tumorales presentes en la misma y el tratamiento antirretroviral.

Se ha demostrado que el tratamiento antirretroviral es efectivo contra el virus de VIH aumentando expectativa, calidad de vida y gran efectividad en controlar al Virus de Inmunodeficiencia Humana (17). No es una cura, pero permite que las personas demoren el desarrollo de la enfermedad por muchos años. El tratamiento consiste en el medicamento que las personas deben tomar cada día por el resto de sus vidas, el manejo médico antirretroviral para el VIH combate la infección del VIH mismo, reduciendo la replicación del virus en el cuerpo. Existen cinco grupos de medicamentos antirretrovirales:

1. Inhibidores Nucleósidos/Nucleótidos de Transcriptasa Inversa (INTI).
2. Inhibidores No Nucleósidos de la Transcriptasa Inversa (INNTI).

3. Inhibidores de la fusión e inhibidores de la Entrada.
4. Inhibidores de la Integrasa.
5. Inhibidores de la Proteasa

Para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo por un largo tiempo, es necesario tomar más de un medicamento antirretroviral a la vez; esto es terapia combinada. El término Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) alude a una combinación de tres o más medicamentos anti-VIH. La combinación más común suministrada a aquellos que comienzan el tratamiento, consta de dos INTI combinados con un INNTI o un inhibidor de la proteasa “reforzado” como Ritonavir en pequeñas dosis.

El inicio del tratamiento farmacológico es decisión del médico tratante, quien tiene en cuenta diversos factores, tales como examen clínico de prueba de la carga viral, recuento de linfocitos CD4, si la persona inicia terapia o ya había tomado, qué posibilidades existen de resistencia, para lo cual se recomienda realizar un examen específico (Genotipificación) que determine qué resistencias pueden estar presentes (18).

## **2.4 Situación Epidemiológica**

### **2.4.1 Tipologías de la Epidemia.**

La Organización Mundial de la Salud, a partir de la clasificación propuesta por el Banco Mundial, establece la siguiente clasificación de la situación de la epidemia de VIH/SIDA:

Generalizada: Prevalencia mayor a 1% en la población general (Haití, Belice Honduras).

Concentrada: Prevalencia en algún grupo con prácticas de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores sexuales) mayor o igual a 5%, pero menor a 1% en población general (medida en mujeres embarazadas) (México, Brasil, Colombia).

Bajo Nivel: Prevalencia de VIH <1% en población general (Cuba, Chile).

La meta planteada en los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015 es mantener la prevalencia de la epidemia por debajo de 1.2% en población entre 15 y 49 años. Para finales del año 1999 y con base en los reportes de ONUSIDA, la prevalencia general estimada para Colombia era de 0.49%. Según el VI estudio nacional centinela (2003), la prevalencia de infección en el grupo de 15 a 49 años era de 0.67%, que un representa un total de 171.504 casos (19).

En 2007, los avances en la metodología de estimación de la epidemia del VIH aplicados a un espectro más amplio de datos por países han dado por resultado cambios sustanciales en las estimaciones de los números de personas que viven con el VIH en todo el mundo. Sin embargo, la interpretación cualitativa de la gravedad y de las consecuencias de la pandemia no ha cambiado mucho. En el cuadro 1 sobre “Estadísticas de la Infección por VIH a nivel Mundial”, se muestra que el número estimado de personas que vivían con el VIH en todo el mundo en 2007 alcanzó los 33,2 millones [30,6–36,1 millones], un 16% menos que la cifra estimada publicada en 2006 (39,5 millones [34,7–47,1 millones]), (ONUSIDA/OMS, 2006). La principal razón individual de esta reducción fue el ejercicio intensivo de evaluar la epidemia del VIH en India, que provocó una importante revisión de las estimaciones de ese país. También contribuyeron las importantes revisiones de las estimaciones de otras regiones, en especial, de África subsahariana.

**Cuadro 1. Estadísticas de la infección por VIH a nivel mundial**

---

<b>Personas que vivían con el VIH en 2007</b>	
Total	33,2 millones [30,6–36,1 millones]
Adultos	30,8 millones [28,2–33,6 millones]
Mujeres	15,4 millones [13,9–16,6 millones]
Menores de 15 años	2,5 millones [2,2–2,6 millones]

---

<b>Nuevas infecciones por el VIH en 2007</b>	
Total	2,5 millones [1,8–4,1 millones]
Adultos	2,1 millones [1,4–3,6 millones]
Menores de 15 años	420 000 [350 000–540 000]

---

<b>Defunciones causadas por el sida en 2007</b>	
Total	2,1 millones [1,9–2,4 millones]
Adultos	1,7 millones (1,6–2,1 millones)
Menores de 15 años	330 000 (310 000–380 000)

---

Los intervalos de las estimaciones presentadas en este cuadro, que están basadas en la mejor información disponible, definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

En el cuadro 2 puede observarse el aumento de los casos de VIH acumulados de 1983 a 2007, donde un 22,4% corresponde a sexo femenino y un 76,6% corresponde a población masculina.

**Cuadro 2. Casos acumulados de VIH/SIDA en Colombia 1983 - noviembre 2007.**

	<b>Femenino</b>	<b>Masculino</b>	<b>Total</b>
<b>Total</b>	12.733	44.044	57.489

## **2.5 Legislación Colombiana VIH/SIDA**

### **2.5.1 Normatividad**

El marco legal y jurídico existente sugiere que el Estado colombiano está en capacidad de garantizar la atención integral de las personas que conviven con el VIH.

La participación de Colombia en el tema de VIH/SIDA inicia activamente en la elaboración del Manifiesto de Montreal en 1989, donde se defienden los derechos de las personas afectadas por la enfermedad. En Colombia desde 1991 existe el Decreto 559 (20), en el cual se contemplan todos los aspectos éticos y legales para el manejo del SIDA en el país, según las recomendaciones de la organización mundial de la salud y en 1997 se legisló al respecto con base en la Constitución Nacional de 1991 (21) y la Ley 100 de 1993 (1) , se estableció el Decreto 1543 de 1997 (7), que continúa vigente, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) (8).

Constitución Nacional de 1991

“[...] Es considerada la Constitución de los Derechos Humanos y entre ellos: los derechos sociales, los derechos de la familia, los derechos de la mujer, de los niños y de los ancianos [...]” (Prólogo Constitución Política de Colombia - CPC -) (21).

La ley nacional que es regida por las normas constitucionales, debe manifestar las normas de derechos humanos sin discriminación por razones de sexo, raza, edad, lengua, religión, opinión política o filosófica, origen nacional o familiar, para enmarcarla en lo esencial de todas las personas: el respeto a la dignidad y a la igualdad, incluidos los enfermos de SIDA, sin generar situaciones que agraven su estado.

El fundamento del derecho a la VIDA es la dignidad humana y nuestra Constitución, señala que Colombia como Estado Social de Derecho, está “[...] fundada en el respeto de la dignidad humana, en el trabajo y la solidaridad de las personas que la integran y en la prevalencia del interés general [...]” (Artículo 1, CPC). Ésto lleva finalmente al Estado, a proteger los derechos de todos sus habitantes.

Igualmente, “[...] El Estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptará medidas a favor de grupos discriminados o marginados [...]” (Artículo 13, CPC). Ésto lleva a señalar que los pacientes infectados por el VIH deben gozar de los mismos derechos que tienen las demás personas.

La Constitución cuenta con mecanismos eficaces para proteger los derechos de los pacientes “[...] Toda persona tiene derecho a presentar peticiones respetuosas a las autoridades por motivos de interés general o particular y a obtener pronta resolución [...]” (Artículo 23, CPC); y “[...] Toda persona tendrá derecho a acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento precedente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la protección inmediata de sus derechos fundamentales constitucionales [...]” (Artículo 86, CPC). La acción de petición y la acción de tutela se han convertido en mecanismos de protección de derechos muy efectivos y ágiles para las personas infectadas o afectadas por el VIH o el SIDA en razón de la urgencia requerida para la restitución de sus derechos fundamentales o conexos en razón de la vulnerabilidad física y discriminatoria.

El Estado debe evitar toda medida discriminatoria contra las personas infectadas por VIH, en la prestación de servicios y en el empleo por parte de autoridades o particulares, como consecuencia del temor que desencadena la infección “[...] Toda persona tiene derecho a un trabajo en condiciones dignas y justas [...]” (Artículo 25, CPC).

Es fundamental la relación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, que se hace evidente en pacientes infectados por el VIH y enfermos de SIDA, porque es una patología que no solo conduce a la muerte sino que desmejora la calidad de vida desde su sintomatología, y la Constitución “[...]”

garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social [...]” (Artículo 48, CPC) y “[...] garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud [...]” (Artículo 49, CPC) y señala que “[...] El bienestar general y el mejoramiento de la calidad de vida de la población son finalidades sociales del Estado [...]” (Artículo 366, CPC) (21)

Decreto 559 de febrero 22 de 1991

Por el cual se reglamentan parcialmente las Leyes 09 de 1979 y 10 de 1990, en cuanto a la prevención, control y vigilancia de las enfermedades transmisibles, especialmente relacionado con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana, HIV y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA, y se dictan otras disposiciones sobre la materia (20). Esta norma abre camino a la legislación relacionada con el tema del VIH en materia de acceso a la atención de la patología y a la reducción del estigma y la discriminación y es el precedente del Decreto 1543 de 1997 vigente hoy (7).

Resolución 8430 de octubre 4 de 1993

Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. La investigación en VIH es una de las líneas de mayor desarrollo en el mundo y en virtud de las connotaciones relacionadas con la marginalidad social de la población afectada es importante la aplicación de conceptos éticos y normativos en relación a la investigación que aborde personas directamente afectadas por la infección, esta resolución establece los campos de responsabilidad en estas áreas (22)

LEY 100 de 1993

Esta Ley crea el sistema “integral” de seguridad social y regula la prestación de servicios de salud. Cataloga el VIH/SIDA como una enfermedad cuya atención genera altos costos, como sucede con el cáncer, enfermedades crónicas renales, las enfermedades coronarias y la leishmaniasis.

Los pacientes infectados por VIH deben gozar de los mismos derechos que tienen las demás personas; adicionalmente, las autoridades están en la obligación de darle a estas personas una protección especial, por el carácter de la enfermedad (Sexualmente transmisible, de interés de salud pública y de alto costo o catastrófica) y con el fin de garantizar sus derechos humanos y su dignidad; es decir, garantizarles el acceso a ayudas diagnósticas, procedimientos y medicamentos que garanticen su adecuado y oportuno tratamiento, así como unos niveles satisfactorios en su calidad de vida, reduciendo el impacto económico a que puede llevar este tipo de enfermedades. La Ley 100 de 1993 como ley orgánica contempla las características, los fundamentos y los principios que garantizan el derecho constitucional a la salud en condiciones de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y tratamiento (1).

Resolución 5261 de 1994

Por medio de la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del POS en el SGSSS. Este manual incluye por primera vez en la legislación colombiana; es decir en los planes de beneficio exámenes de diagnóstico como las pruebas de ELISA y el confirmatorio (Western

Blot), exámenes de apoyo diagnóstico como los recuentos de linfocitos T o células de defensa que ayudan a identificar el grado de progresión de la enfermedad, a partir de esta resolución se incluyen en el Plan de Beneficios elementos que permiten un diagnóstico más oportuno y más adecuado lo cual permite una intervención temprana a la población infectada, facilitando el acceso a los medicamentos y tratamientos disponibles y garantizando con ello una supervivencia en condiciones de dignidad y calidad (23).

#### Decreto 1543 de 1997

En 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).

En este Decreto se define la terminología y se regulan las actividades diagnósticas, de atención integral, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto a los pacientes con VIH/SIDA; se establece la normatividad de investigación en desarrollo del Artículo 54 de la Ley 23 de 1981, se fijan derechos y deberes de los diferentes actores y se establecen los mecanismos de organización y coordinación del programa Nacional de Prevención y Control de ETS y SIDA. Se crea el Consejo Nacional del SIDA y sus dependencias, y finalmente se dictan procedimientos y sanciones. Este Decreto es la primera norma expedida para la atención de una patología específica dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, lo que generó una dinámica de especialización en los programas de atención de otras enfermedades de características similares en impacto al Sistema, logra este Decreto una garantía real de acceso a la integralidad de los servicios de salud de las personas afectadas por la infección por VIH (7).

#### Sentencia Unificada SU 480 de 1997

La Corte Constitucional unificó diversos fallos de tutela conexos con los mismos hechos y los mismos derechos en relación a las enfermedades de alto costo argumentando el derecho a la atención integral incluidos los medicamentos que el paciente requiera; costo asumido a través del reaseguro.

La Sentencia en mención ha sido un soporte del ordenamiento jurídico que ha posibilitado a los jueces de la República tener como referente esta sentencia para que en las múltiples circunstancias de las que trata el manifiesto de la Honorable Corte Constitucional y cuando derechos iguales en derechos similares se vulneran a esta población se remitan para su consideración y fallo de tutela, así mismo, esta sentencia ha servido para el desarrollo de normativa y jurisprudencia posterior que ha permitido la restitución de los derechos de esta población cuando ellos han sido vulnerados o amenazados, desde la garantía del acceso a la atención integral hasta la posibilidad de asociación y constitución de grupos de apoyo (24).

#### Acuerdo 72 de 1997

Por medio del cual se define el plan de beneficios del régimen subsidiado. A la fecha de promulgación de este Acuerdo por parte del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, había aun una gran brecha en relación a la diferencia de los planes contributivo y subsidiado, generándose con ello una inequidad para el acceso de los servicios en salud con criterios de integralidad e igualdad tal y como estaba definido en la Constitución Política y en la Ley 100 de 1993. No logró este Acuerdo en razón a las dificultades financieras del sistema la unidad de planes de beneficio para las personas infectadas o afectadas por el VIH. (25).

#### Decreto 806 de 1998

En el cual se reglamenta la afiliación al régimen de la seguridad social en salud y la prestación de los beneficios del servicio público esencial de seguridad social en salud y como servicio de interés general, en todo el territorio nacional. En relación al tema del VIH o el SIDA esta norma tiene como aporte importante la denominación de la infección como una enfermedad catastrófica o de alto costo, con lo cual se hace una diferenciación necesaria e importante para las personas afectadas en razón de la protección en criterios de inequidad positiva; es decir, protección especial para la población en condiciones de vulnerabilidad física, mental o económica tal (26) y como se establece en el Artículo 13 de la Constitución Nacional (21).

En relación a las formas de afiliación y el control de las mismas este fue modificado por el Decreto 1703 de 2002, publicado en el Diario Oficial N°. 44.893 de 7 de agosto de 2002, “Por el cual se adoptan medidas para promover y controlar la afiliación y el pago de aportes en el Sistema de Seguridad Social en Salud”

#### Decreto 917 de 1999

Se establece el campo de aplicación del Manual Único para la Calificación de la Invalidez a todos los habitantes del territorio nacional, a los trabajadores del sector público, oficial, semioficial, en todos sus órdenes, y del sector privado en general, para determinar la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen, de conformidad con lo establecido por los Artículos 38, siguientes y concordantes de la Ley 100 de 1993 (1), el 46 del Decreto-Ley 1295 de 1994 y el 5° de la Ley 361 de 1997. La progresión de la infección por VIH hacia el estadio de SIDA, está considerado por la normativa vigente como un factor de invalidez permanente siempre que el estadio de la enfermedad se encuentre en la calificación de SIDA C3, es decir cuando la persona ha reducido su sistema inmunológico a menos de 200 células CD4 por ml y ha desarrollado algunas de las enfermedades definidas como de alto costo (27).

#### Resolución 412 de febrero 1 de 2000

Se establecen actividades y procedimientos de demanda inducida y obligatoria (28); es modificada parcialmente por la Resolución 3384 de diciembre 29 de 2000 (29), que adicionalmente, modifica la Resolución 1745 de 2000 y deroga la Resolución 1078 de 2000.

#### Resolución 3384 de 2000 (29)

Por la cual se modifican parcialmente las Resoluciones 412 y 1745 de 2000 y se deroga la Resolución 1078 de 2000. Para el caso de VIH esta resolución es modificada con la Resolución 3442 de 2006, donde se define la Guía de Atención para VIH y el modelo de gestión programático para dar cumplimiento a la guía, creándose con ello todo un programa de atención integral con altos estándares, basado en la evidencia mundial.

#### Resolución 968 de 2002

Por la cual se establecen mecanismos para la incorporación de las acciones de promoción y prevención del POS-S al plan de atención básica y el inicio de su ejecución a nivel territorial (31). Es importante resaltar que de acuerdo al Artículo 165 de la Ley 100 de 1993 la Infección por VIH debe hacer parte de los Planes de Atención Básica desarrollados por los entes territoriales para la población general (1).

#### Decreto 050 de 2003

Por el cual se adoptan unas medidas para optimizar el flujo financiero de los recursos del régimen subsidiado del Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones; reaseguramiento para la atención de alto costo. Con este Decreto se pone en evidencia la necesidad del reaseguro de las enfermedades de alto costo entre las cuales se encuentra el VIH y el SIDA, enfermedades que generan un requerimiento fiscal que puede llevar a poner en riesgo el equilibrio financiero del sistema por lo cual es importante definir una Unidad de Pago por Capitación diferencial por zonas geográficas con perfiles epidemiológicos y de acceso geográfico específico y a la contratación del reaseguro para la población afiliada al régimen subsidiado (30).

#### Acuerdo 245 de 2003

Por el cual se establece la política de atención integral de patologías de alto costo, para los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS. Con este Acuerdo emanado del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud se equipara el acceso a la Carga Viral como examen de apoyo diagnóstico de la progresión del VIH y queda incluido en el plan de beneficios del régimen contributivo y del subsidiado (31).

#### Resolución 2093 de 2003

Define el procedimiento de recolección de información de los pacientes con diagnóstico comprobado de VIH a diciembre de 2002, mediante un listado de variables relacionadas en el Anexo Técnico.

Esto se hace con el fin de redistribuir los pacientes con VIH/SIDA del régimen subsidiado, entre las EPS-S y solucionar así, el impacto financiero que produce esta enfermedad de alto costo (32).

#### Ley 972 de 2005

Establece que el Estado y el SGSSS deben garantizar la atención a la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA, así como el suministro de medicamentos antirretrovirales, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento.

El Estado debe evitar la propagación de la enfermedad, logrando un tratamiento y rehabilitación del paciente enfermo.

Se institucionaliza en Colombia el 1° de diciembre de cada año, como Día Nacional de Respuesta al VIH y el SIDA, en coordinación de la comunidad internacional representada por la Organización de las Naciones Unidas, ONU, y la Organización Mundial de la Salud, OMS. En ese día, el Ministerio de la Protección Social coordinará todas las acciones que refuercen los mensajes preventivos y las campañas de promoción en salud, en acuerdo con el tema propuesto por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA, ONUSIDA y promoverá el acceso de las personas afiliadas y no afiliadas al SGSSS, al diagnóstico de la infección por VIH/SIDA en concordancia con las competencias y recursos necesarios por parte de los Entes Territoriales y los diferentes actores del SGSSS.

Las entidades que conforman el SGSSS no podrán negar la asistencia de laboratorio, médica u hospitalaria requerida, a un paciente con VIH/SIDA.

El paciente asegurado será obligatoriamente atendido por parte de la EPS; si este perdiera la afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del FOSYGA.

El paciente no asegurado sin capacidad de pago será atendido por la respectiva entidad territorial con cargo a recursos provenientes de oferta de acuerdo con la reglamentación que se expida.

La violación a lo dispuesto en la Ley, por las EPS/IPS, públicas o privadas generará sanción, la primera vez, con multa de 200 SMLMV y la reincidencia, una multa de 1.000 SMLMV. Estos dineros producto de multas irán a la subcuenta ECAT del FOSYGA.

Esta Ley 972 faculta al Ministerio de la Protección Social para poner en marcha un sistema centralizado de negociación de precios y compras (medicamentos, reactivos de diagnóstico y seguimiento, dispositivos médicos) para uso en enfermedades ruinosas o catastróficas como VIH/SIDA, insuficiencia renal crónica y cáncer (3).

#### Acuerdo 306 de 2005

Por medio del cual se define el plan obligatorio de salud del régimen subsidiado; incluye atención de enfermedades de alto costo (casos de infección por VIH). Con este Acuerdo se logra por fin la igualdad de los beneficios para las personas viviendo con VIH de cualquiera de los regímenes de salud, incluido el plan de beneficios del régimen subsidiado pleno, definido para la población pobre no afiliada identificada en el nivel III del SISBEN diagnosticada con alguna enfermedad de las definidas como catastrófica o de alto costo (33).

#### Resolución 3442 de 2006

Se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia de la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica de obligatoria referencia para la atención de estos pacientes por parte de EPS, ARS, IPS, ARP.

Se adoptan las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA y del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, en aspectos de vigilancia, promoción, prevención y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todos los actores del SGSSS (33).

#### Acuerdo 336 de 2006

Por el cual se actualiza parcialmente el Manual de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, se incluyen otras prestaciones en los Planes de los Regímenes Contributivo y Subsidiado, se modifica el valor de la UPC para el 2006 y se dictan otras disposiciones. La UPC diferencial se aplica en este Acuerdo a Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla y Bucaramanga como ciudades que aportan el 80% del total de las personas infectadas en el país (34).

Acuerdo 260 de 2004, Artículos 6º y 7º por los cuales se exime de las cuotas moderadoras y los copagos respectivamente a quienes se encuentren en un programa de atención específica de control permanente o padezcan una enfermedad de alto costo. Los cobros de cuotas moderadoras y copagos en esta población se han convertido en una de las barreras de acceso más importante dentro del sistema, es importante resaltar que la infección por VIH cumple con tres conceptos básicos de interés que hacen que deba evitarse cualquier tipo de barrera que garantice la oportuna, adecuada y continua prestación de los servicios; es una enfermedad de interés de salud pública, es una enfermedad sexualmente transmisible y es una enfermedad de alto costo o catastrófica (35).

#### Acuerdo 365 de 2007

Por el cual se establecen disposiciones para el no cobro de copagos a poblaciones especiales en el régimen subsidiado (36). Ésto en el caso de las personas infectadas por el VIH, no tiene una mayor repercusión ya que como se manifestó anteriormente según el Acuerdo 260 de 2004 las personas con patologías que requieran de un programa de atención integral se encuentran exentos de este cobro, así mismo de acuerdo a la Ley 1122 de 2007 (37), la cual reforma la Ley 100 de 1993 establece que las personas afiliadas al sistema subsidiado clasificados en el nivel 1 del SISBEN se encuentran exentos de los pagos de las cuotas moderadoras y lo copagos (1).

#### Decreto 3039 de 2007

Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010. El VIH es considerado dentro del Plan como uno de los ejes estratégicos dentro de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, aunque en general este plan hace mayor énfasis en la prevención de la infección más que en el tratamiento de la misma (5).

#### Decreto 4747 de 2007

Por medio del cual se regulan algunos aspectos de las relaciones entre los prestadores de servicios de salud y las entidades responsables del pago de los servicios de salud de la población a su cargo y se dictan otras disposiciones (38).

#### Resolución 3099 2008

Por la cual se reglamentan los comités técnico-científicos y se establece el procedimiento de recobro ante el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, por concepto de suministro de medicamentos no incluidos en el plan obligatorio de salud, POS y de fallos de tutela. Es importante esta resolución en virtud a que un alto porcentaje de las acciones de tutela en salud interpuestas en el país han tenido su origen en la población infectada o afectada por el VIH o el SIDA, por lo que con ella se logra propender por acceso con oportunidad pero igualmente a la preservación del equilibrio financiero de las Administradores de los Planes de Beneficios; EPS (39).

#### Resolución 425 de 2008

Por la cual se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del plan de salud territorial y las acciones que integran el plan de salud pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales (40).

Acuerdo 379 de 2008

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 2008 (41).

Ley 1220 de 2008

Por la cual se aumentan penas para los delitos contra la salud pública, de que trata el Título XII, Capítulo 1 del Código Penal y decreta en el Artículo 3: “La pena prevista en el Artículo 370, del Código Penal quedará así: Propagación del virus de inmunodeficiencia humana o de la hepatitis B. El que después de haber sido informado de estar infectado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o de la hepatitis B, realice prácticas mediante las cuales puede contaminar a otra persona, o done sangre, semen, órganos o en general componentes anatómicos, incurrirá en prisión de seis (6) a doce (12) años.” (42).

Sentencia de la Corte Constitucional T-760 de julio 31 de 2008

En la cual se hace referencia a la aclaración del POS (unificando POS-C y POS-S), da autonomía al concepto médico sobre el concepto administrativo y acceso a lo que está excluido del POS a través de los Comités Técnico Científico (CTC); minimiza los requerimientos para el recobro al FOSYGA y obliga a la cobertura universal a diciembre 31/09 (43).

### **2.5.2 Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS)**

El sistema de seguridad social integral, está organizado por la Ley 100 desde 1993 y su conformación incluye: sistema general de pensiones, sistema general de seguridad social en salud, sistema general de riesgos profesionales y servicios sociales complementarios.

En el presente trabajo trataremos el sistema general de seguridad social en salud, cuyos objetivos son “regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso de la población al servicio, en todos los niveles de atención” (44).

Este es el Principio de Universalidad que se fundamenta en el servicio público, teniendo en cuenta reglas como: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre escogencia de EPS, IPS, autonomía de las instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación de los diferentes agentes en todos los niveles y calidad.

La participación de todos los colombianos en el SGSSS, reglamentada en la Ley 100 de 1993 (1) se hace de la siguiente forma:

**Régimen Contributivo.** Es una vinculación al SGSSS como cotizante o como beneficiario.

Como cotizante: son personas nacionales o extranjeras residentes en Colombia y con contrato de trabajo, servidores públicos, pensionados, independientes, rentistas, propietarios de empresas sin contrato laboral. Hacen aportes: el empleador (8,5%) y el empleado (4%).

Como beneficiario: cónyuge o compañero homo-hetero con dependencia económica, hijos naturales o adoptivos menores de 18 años o estudiantes hasta 25 años que dependen económicamente, hijos del cónyuge o compañero menores de 18 años o discapacitados, si no hay hijos ni cónyuge, los beneficiarios pueden ser los padres.

Los cotizantes dependientes pueden tener como beneficiarios a otras personas menores de 12 años con dependencia económica con tercer grado de consanguinidad (padre, madre, hermano, abuelo, nieto, sobrino), mediante el pago de unidad de pago por capitación (UPC) adicional. Reciben beneficios descritos en el plan obligatorio de salud para este régimen.

**Régimen Subsidiado.** Son los individuos y su núcleo familiar sin capacidad de pago, personas que siendo trabajadores independientes ganan menos de 2 SMLMV o personas pobres o vulnerables que no tienen recursos para cubrir el monto total de la cotización.

La vinculación se hace con aportes total o parcial de una UPC subsidiada con dinero del Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA), aportes fiscales de la Nación y entes territoriales.

El 1% de cotización al régimen contributivo se destina al aporte de solidaridad. Reciben beneficios descritos en el Plan Obligatorio de Saludos cordiales, para este régimen a través de entidades como Comfenalco, Comfama, Salud Vida, Envisalud, Salud Cóndor. Se financia con dineros de transferencias de la nación a los entes territoriales.

**Vinculados.** Son aquellos individuos con incapacidad de pago que mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado o contributivo de acuerdo al Artículo 5, Decreto 1919 de 1994, tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado.

La Constitución Política de Colombia hace referencia en el Artículo 48 a que “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley.” Es decir, el Estado garantiza el derecho de cada ciudadano a la salud, como servicio público esencial y regula ese conjunto de beneficios a los que tiene derecho.

También le corresponde al Estado “[...] establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control [...]”. “[...] La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria [...]” (Artículo 49 – CPC). El término “para todos los habitantes...” incluye atención a las personas que conviven con el VIH.

### **2.5.3 Planes de Beneficio**

El SGSSS tiene los siguientes Planes de Beneficios (descritos en la Resolución 5261 de 1994, el Decreto 806 de 1996, Art. 3, con modificación en el Decreto 3039 de 2007 y Resolución 425 de 2008 y el Acuerdo 228 de 2002)

#### **2.5.3.1 Plan de Salud Territorial.**

En el Decreto 3039 del 10 de agosto de 2007 se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010 de obligatorio cumplimiento para las entidades nacionales, adscritas al Ministerio de la Protección Social, a las direcciones territoriales de salud, a las entidades promotoras de salud - EPS, a las entidades de los regímenes especiales y de excepción, a las administradoras de riesgos profesionales - ARP, a los prestadores de servicios de salud - IPS, a los resguardos indígenas, y a la sociedad civil en general, adoptar las políticas, prioridades, objetivos, metas y estrategias del Plan Nacional de Salud Pública.

En la Resolución 425 del 11 de febrero de 2008 se define la metodología para la elaboración, ejecución, seguimiento, evaluación y control del Plan de Salud Territorial y las acciones que integran el Plan de Salud Pública de intervenciones colectivas a cargo de las entidades territoriales.

Este plan reemplaza el Plan de Atención Básica - PAB y tiene como propósito fundamental el mejoramiento del estado de salud de la población de los departamentos, distritos y municipios.

Su elaboración y aprobación es responsabilidad de gobernadores y alcaldes con la asesoría del Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. El Plan de Salud Territorial estará integrado por los siguientes ejes programáticos: aseguramiento, prestación y desarrollo de servicios de salud, salud pública, promoción social, prevención, vigilancia y control de riesgos profesionales, emergencias y desastres.

Es financiado con la concurrencia de todos los recursos del sector salud en el ámbito departamental, distrital y municipal, conservando los fines específicos para los cuales son asignados por ley o transferidos por la Nación.

En la resolución 425 de 2008, se hace referencia a las acciones de promoción y prevención de la salud frente al VIH; Título IV Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, Artículo 17, Numeral 1. o) “promoción de campañas de asesoría y prueba voluntaria para VIH en población general y gestante, en coordinación con las EPS y ARP” y en el Numeral 2. j) “desarrollo e implementación del Plan de Respuesta Intersectorial en VIH/SIDA vigente en Colombia, en coordinación con las EPS y ARP, los actores de otros sectores y la comunidad.”

La Ley 1122 de 2007 hace modificaciones en el SGSSS y señala en el Artículo 19º, el aseguramiento del alto costo: “para la atención de enfermedades de alto costo, las entidades promotoras de salud contratarán el reaseguro o responderán, directa o colectivamente por dicho riesgo, de conformidad con la reglamentación que sobre la materia expida el gobierno”.

#### **2.5.3.2 Plan Obligatorio de Salud Contributivo (POS-C)**

Es el conjunto de servicios de atención en salud a que tienen derecho, todo afiliado al régimen contributivo y sus beneficiarios, a través de las entidades promotoras de salud, EPS y entidades adaptadas. Incluye reconocimientos económicos a que tienen derecho todo cotizante por licencia de maternidad, incapacidad laboral o invalidez.

Los contenidos del POS son definidos por el Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) e incluye educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en los diferentes niveles de complejidad así como el suministro de medicamentos esenciales.

Se financia con las contribuciones de sus afiliados y empleadores a este sistema. Las EPS se financian con los recursos que les reconoce el SGSSS por concepto de las UPC, cuotas

moderadores y copagos. La atención es prestada por las IPS mediante contratación con las EPS, las cuales son las que administran y garantizan dicho régimen.

El POS es regulado por el Acuerdo 228 de 2002, el cual es precedido por el Acuerdo 806 de 1998 y este a su vez, por el Decreto 1938 de 1994.

Con base en el Artículo 162 de la Ley 100 de 1993 sobre Plan Obligatorio de Salud, se debe responder a todos los problemas de salud conforme al manual de actividades, intervenciones y procedimientos del Plan Obligatorio de Salud (MAPIPOS) reglamentada en la Resolución 5261 de 1994.

Dicha resolución contempla en los Artículos 16 y 17, las enfermedades ruinosas y catastróficas como aquellas que representan una alta complejidad técnica, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento y se incluye, entre otros, tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.

En el Capítulo VI, Artículo 74 de la Resolución se fijan como actividades y procedimientos de laboratorio clínico, los códigos:

19653 Linfocitos CD4 (ayudadores)

19654 Linfocitos CD8

19658 Linfocitos CD11

19659 Linfocitos, cultivo mixto

19660 Linfocitos, número absoluto

19664 Linfocitos T., cuantificación

19878 SIDA, anticuerpos VIH 1

19879 SIDA, anticuerpos VIH 2

19882 SIDA, antígeno P24

19884 SIDA, prueba confirmatoria (Western Blot, otros)

En el Artículo 117 se consideran de 4º nivel de atención, a las enfermedades de tipo catastrófico, dentro de las cuales se incluye el procedimiento que se requiere para el manejo de pacientes infectados por VIH.

### **2.5.3.3 Plan Obligatorio de Salud Subsidiado (POS-S)**

Es el conjunto básico de servicios de atención en salud a que tiene derecho todo afiliado al régimen subsidiado y que están obligadas a garantizar las entidades promotoras de salud, las empresas solidarias de salud y las cajas de compensación familiar debidamente autorizadas por la Superintendencia Nacional de Salud para administrar los recursos del régimen subsidiado.

Este plan incluye servicios de salud más restringidos que el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Contributivo, siendo más amplio en el primer nivel de atención y más restringido hacia el cuarto nivel.

Es financiado con los recursos de las entidades territoriales (recursos del sistema general de participaciones en salud - SGPS – el 61% para 2008, recursos por juegos de suerte y azar, recursos transferidos por ETESA a entidades territoriales, rentas cedidas, recursos propios); del FOSYGA (recursos destinados a subsidios a la demanda que ingresan a la subcuenta de solidaridad y garantía); la participación de los municipios y demás rentas ordinarias y de destinación específica de éstos; regalías de Cusiana y Cupiaguas, un punto de la cotización de los contribuyentes con salarios superiores a 4 salarios mínimos y por el usuario, al pagar el porcentaje del servicio que no es financiado por el Estado, el cual varía de acuerdo a su clasificación en el SISBEN.

Todos estos dineros van a la subcuenta del FOSYGA y de allí pasan a las administradoras del régimen subsidiado, las cuales los administran y contratan los servicios a ser prestados a los pertenecientes a este régimen.

En el Acuerdo 306 de agosto 16 de 2005, se define el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado -POS-S, donde se incluye actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos o tecnología a la que tienen derecho sus afiliados.

En el Artículo 2, numeral 3 sobre atenciones de alto costo, hace referencia en el punto 3.5 a los casos de infección por VIH. “El plan cubre la atención integral necesaria del portador asintomático del virus VIH y del paciente con diagnóstico de SIDA en relación con el Síndrome y sus complicaciones, incluyendo:

- La atención ambulatoria y hospitalaria, de la complejidad necesaria.
- Los insumos y materiales requeridos.
- El suministro de medicamentos antirretrovirales e inhibidores de proteasa establecidos en el manual de medicamentos vigente del sistema.
- La carga viral para VIH/SIDA.
- Todos los estudios necesarios para el diagnóstico inicial del caso confirmado, así como los de complementación diagnóstica y de control.
- Por portador se entiende a la persona que ya tiene el diagnóstico confirmado por laboratorio con la guía de atención vigente.”

En el Artículo 5 se hace referencia al reaseguro para la atención de alto costo. “Toda ARS debe garantizar la atención de alto costo establecida en el presente Acuerdo, para todos sus beneficiarios mediante un mecanismo de reaseguros, y de conformidad con lo estipulado en los Artículos 46 y 47 del Decreto 050 de 2002 o cualquier norma que lo complemente, adicione o sustituya.”

Es importante destacar que a partir del Acuerdo 306 de 2005 se igualan los planes de beneficios del régimen subsidiado y contributivo en lo referente a la atención de la infección por VIH.

#### **2.5.3.4 Plan de atención complementaria (PACS)**

Son el conjunto de beneficios que comprende actividades, intervenciones y procedimientos no contemplados en el POS, así como mejoras en la atención de servicios de salud del POS, principalmente en hotelería, tecnología, accesibilidad y oportunidad.

Estos planes pueden ser prestados por las EPS o por entidades de medicina prepagada mediante pólizas de salud y son financiadas directamente con recursos del afiliado (distintos a los

contemplados en la UPC); son de carácter voluntario y el usuario debe estar previamente afiliado al POS y en ninguna circunstancia, se reemplazan.

Estos planes se caracterizan por tener un acuerdo previo entre las partes, individuo y aseguradora, del tipo y las condiciones para la prestación de los servicios de salud, con diferentes modalidades de financiación, se rigen por la legislación civil y no por la reglamentación del SGSSS.

#### **2.5.3.5 Plan de atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales (ATEP).**

El SGSSS garantiza la atención en salud derivada de enfermedades adquiridas en el trabajo y la atención de accidentes de trabajo.

Es financiado por el empleador y administrado por una ARP; cubre todas las patologías o eventos que se presentan en el lugar de trabajo o como consecuencia de este e incluye incapacidades e indemnizaciones. La atención es prestada por la EPS y luego esta, le cobra a la ARP. Este plan contiene prestaciones económicas y asistenciales.

El plan ATEP está reglamentado en el Decreto 1295 de 1994; aplica si la infección es producto de un accidente laboral.

#### **2.5.3.6 Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT).**

El SGSSS garantiza a todos los habitantes del territorio nacional la atención en salud derivada de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro o al FOSYGA según sea el caso.

De igual manera, garantiza el pago a las IPS por la atención en salud a las personas víctimas de catástrofes naturales, actos terroristas y otros eventos aprobados por el CNSSS; así como el pago de las indemnizaciones de acuerdo con la reglamentación.

Los servicios requeridos y no cubiertos por el SOAT o el FOSYGA en materia de accidentes de tránsito correrán a cargo de la EPS correspondiente siempre y cuando estos servicios se encuentren incluidos en el POS, o por la entidad en la cual el usuario haya tomado un plan adicional en salud (incluyendo estos beneficios). El plan incluye servicios médicos quirúrgicos por incapacidad permanente, indemnización permanente o por muerte, gastos funerarios, transporte al centro asistencial.

NO aplica para el paciente con VIH/SIDA, aunque en la ley 972 de 2005 se hace referencia al paciente asegurado que será obligatoriamente atendido por parte de la EPS; si este perdiera la afiliación por causas relativas a incapacidad prolongada, no podrá suspenderse su tratamiento y la EPS en ese caso, recobrará a la subcuenta ECAT del FOSYGA.

No aplica para enfermedades de alto costo o catastróficas porque la subcuenta del FOSYGA hace referencia es a eventos catastróficos.

#### **2.5.3.7 Atención Inicial de Urgencias.**

Todas las entidades que presten el servicio de urgencias, atenderán obligatoriamente a los casos de urgencias vitales, aún sin convenio, sin afiliación al sistema o sin autorización de la EPS respectiva.

Las EPS pagarán el servicio a las IPS con base a las tarifas pactadas o con las establecidas por el SOAT. En el caso de personas no afiliadas al sistema, la IPS que lo atendió le cobrará al FOSYGA, la atención.

La solicitud de reembolso deberá realizarse dentro de los 15 días siguientes al alta y la EPS deberá pagar dentro de los 30 días siguientes a la presentación de la cuenta, anexando original de facturas, certificación médica y copia de la historia clínica (45).

#### **2.5.4 Respuesta de Colombia ante el VIH/SIDA 2008 - 2011**

El VIH/SIDA se reproduce aceleradamente, su proporción es tres veces mayor que el presupuesto con el que se cuenta para su tratamiento, motivo por el cual ha sido necesario plantear e introyectar nuevas políticas y directrices que muestren resultados positivos en la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva de la población colombiana en la niñez, jóvenes y edad adulta.

Para ello se emitió el Decreto 3039 de 2007 que establece el Plan Nacional de Salud Pública, y la Resolución 3442 de 2006 que contiene el Modelo de Gestión Programática en VIH/SIDA y su guía de Atención Integral.

Para lograr las metas y los objetivos allí propuestos se requiere del compromiso de todos los colombianos especialmente de la administración nacional, departamental y municipal encargados de la salud y de las políticas públicas y el resto de la comunidad que tiene la responsabilidad frente a la epidemia.

En los años 2004-2007, como parte de la Política en Salud Sexual y Reproductiva para Colombia, se desarrolló el Plan Intersectorial de respuesta ante el VIH/SIDA, con tres temáticas:

1. Coordinación Interinstitucional e Intersectorial basado en monitoreo y evaluación: Se obtuvieron los siguientes logros:
  - La reactivación del consejo Nacional de SIDA- CONASIDA.
  - Implementación del Observatorio de la Gestión en VIH/SIDA
  - Actualización y Homologación de una ficha de notificación obligatoria en VIH/SIDA.
  
2. Campañas de medios masivos en materia de promoción y Prevención de VIH/SIDA para la población más vulnerable: ante esta campaña se logró:

- El Proyecto del Fondo Mundial para Colombia por valor de 8.6 millones dólares.
- Prevención de la transmisión madre-hijo coordinado por la alianza Onusida-Fedredsalud-INS, y co-financiado por la Comisión Europea.
- Incremento en la disponibilidad de insumos y servicios para la población asegurada.
- Adquisición de insumos (condones, reactivos, material informativo entre otros) para la ejecución de proyectos específicos de promoción, prevención y educación con las poblaciones mas vulnerables en todo el país.
- Acompañamiento y redacción de la Ley 972 la cual establece que el Estado y el SGSSS, garanticen la atención a la población que padece enfermedades ruinosas y catastróficas especialmente VIH/SIDA, así como el suministro de medicamentos antirretrovirales, reactivos y dispositivos médicos, autorizados para el diagnostico y tratamiento, evitando la propagación de la enfermedad y logrando un buen tratamiento y rehabilitación del paciente.

Además, se logró establecer estrategias para la reducción de costos y ampliación del acceso, así como la participación en las negociaciones de Buenos Aires con reducciones sustanciales en los esquemas terapéuticos, de igual forma se obtuvo la Construcción del Modelo de Atención Integral y actualización de los protocolos de manejo (19).

### **2.5.1 Plan Nacional Colombia 2008-2011**

Se establece para continuar y mejorar las acciones realizadas en el Plan Intersectorial de Respuesta ante el VIH/SIDA y se pretende incrementar la participación y el compromiso de la sociedad civil, y de las comunidades que conviven con el VIH/SIDA.

Sus propósitos están basados en la cobertura de servicios preventivos, de atención en salud y comunitarios para siete grupos elegidos y priorizados por su alta vulnerabilidad frente a la enfermedad, ellos son:

- Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)

- Personas viviendo con el VIH/SIDA (PVV)
- Trabajadoras sexuales (TS)
- Personas privadas de la libertad (PPL)
- Personas en situación de calle (HC)
- Jóvenes desplazados (JD)
- Personas desmovilizadas (DESM)

Este Plan está basado en cuatro fundamentos temáticos:

1. Promoción y prevención.
2. Atención integral.
3. Apoyo y protección social.
4. Seguimiento y evaluación de respuesta.

Además se tienen 5 objetivos, doce metas y veintiocho resultados, se siguen considerando como soportes los Derechos Humanos y la Equidad.

Para la determinación de las necesidades de financiamiento del Plan, se estimó un presupuesto utilizando como base metodológica el costeo por actividades el cual se fundamenta en la asignación de recursos mediante direccionadores del costo a las unidades básicas de costeo definidas.

Dentro de los Objetivos del Milenio Colombia pretende que para el año 2015 la prevalencia de la infección se mantenga por debajo del 1.2% en toda la población colombiana, para ello se promueven las siguientes políticas de salud pública:

- Aumentar el acceso a medicamentos antirretrovirales de todos los que lo necesiten.
- Reducir la mortalidad por causa del SIDA.
- Disminuir el número de casos por transmisión perinatal.
- Incrementar el uso de medidas de protección especialmente entre la población joven.
- Mantener y divulgar “Fidelidad, Abstinencia y Protección”.

Colombia sigue actuando para controlar la epidemia del VIH/SIDA, por ejemplo, no se puede desconocer que la población civil ha contribuido en gran porcentaje a la prevención de la infección con el apoyo de las ONG, con recursos de la Cooperación Internacional, las inversiones se realizan a través de la Nación y los entes territoriales, departamentales, distritales y municipales en los grupos de personas seleccionadas y priorizadas.

También se ha alcanzado el desarrollo de Investigaciones que han sido apoyo para la toma de decisiones gubernamentales y de vigilancia para mejorar el acceso a los servicios de salud de aquellas poblaciones ya diagnosticadas. Otros de los logros es la creación de albergues para niños y adultos, restaurantes comunitarios, bancos de medicamentos y programas recreativos.

En Medellín Se cuenta con Veedurías Ciudadanas y concejos comunitarios que participan en la vigilancia y control del SGSSS, además se cuenta con los subproyectos del Proyecto Nacional de Educación Sexual, fortalecimiento de trabajo con comunidad educativa entre otros.

El 22 de Abril de 2007, se realizó en Medellín la 1ª Conferencia Sida Ciudades Colombia y Latinoamérica 2007. “Acciones contra el VIH/SIDA, nuestra prioridad”, fue firmada por La Secretaría de Salud de Medellín, El Centro Internacional de formación de Autoridades locales de la UNU, CIFAL Atlanta y la Corporación Colombiana de Secretarios Municipales y distritales de salud.

Es tiempo de potenciar la investigación en este tema, en especial en la forma como afecta el SGSSS Colombiano, y propiciar programas que conlleven a modificar los hábitos de vida, actitudes y valores y a realizar acciones tendientes a prevenir el Sida desde la niñez hasta la edad adulta, de tal manera que se construyan actitudes positivas que conduzcan a la toma de decisiones acertadas (19).

## **2.6 El VIH desde la Ética**

La palabra “ética” se deriva del griego ETHOS, que significa costumbre, pero también significa “moral” que viene del latín MOS, de igual forma significa costumbre.

“Ética” analizada por H.F.DRANE (46) ethos hace referencia a la actitud que tenemos frente a la vida. La ética y la moral van en sentido opuesto, pero presuntamente con el mismo significado. Afirma BILBERNY (47) que la ética y la moral tienen significado diferente, quedando planteado que la Ética es la moralidad de la conciencia.

En la cultura actual puede decirse que la ética está relacionada con las acciones humanas, las cuales son calificadas como buenas o malas, condicionadas a la libertad, a la voluntad y a la plena conciencia.

Ética también significa cumplir con el deber analizado desde lo que el ser humano puede o no puede hacer.

La ética está dada desde la Mesopotamia, siglo XVIII antes de Cristo, época en la cual el Estado legisló acerca de la moral y la relación con la medicina, poniendo en evidencia la responsabilidad médica que debían tener los médicos con sus pacientes.

[..] Según Hipócrates de Cos, siglo V antes de Cristo considerado el padre de la medicina, cada época ha tenido a través de la historia su propia ética [..]

En un periodo de la Historia la ética fue manejada de acuerdo a los intereses de las clases sociales y las directrices religiosas, estas últimas encargadas de marcar fuertemente la sociedad.

### **2.6.1 Ética Médica.**

La ética médica no debe enfocarse solamente en las acciones del médico con el paciente, sino que debemos ubicarla también en actividades relacionadas con la salud pública, con el laboratorio clínico, con la patología, con la medicina legal, con la investigación biológica, entre otras, sin excluir la medicina a distancia, la telemedicina, o la medicina que se practica desde un escritorio o laboratorio.

Actualmente, se considera de gran importancia el equilibrio entre el cuerpo humano, la parte psíquica y los valores, base sobre la cual se toman decisiones trascendentales en momentos donde la salud es afectada en forma considerable, tales decisiones deben ser acordadas entre el médico y el paciente; aquí debe prevalecer el derecho a la intimidad, el derecho moral, a la autonomía, y el derecho a la integralidad de las personas, cuando se trata de una enfermedad que constituye un problema de salud pública como lo es el VIH/SIDA (48).

Hace algunos años, los médicos y el personal asistencial, se veían enfrentados a difíciles situaciones, cuando era hora de dar dictámenes médicos a pacientes de los cuales se sospechaba eran portadores del virus, y se debían sugerir la practica de los debidos exámenes de laboratorio para confirmar o descartar el diagnóstico.

Tales situaciones, obligaron al Gobierno y a las entidades que administran las políticas de Salud Pública a emitir normas, políticas, leyes, decretos, resoluciones entre otros, que permitieran el manejo del diagnóstico, control y tratamiento del VIH/SIDA, en la comunidad infectada, y que les permitiera tener una mejor calidad de vida para ellos y sus familias, con igualdad de condiciones al momento de acceder a la atención, a los medicamentos y controles que necesitan para vivir mas años con calidad (19).

Uno de los objetivos de los legisladores, fue dar un manejo ético y humano de la enfermedad, donde se evitara la exclusión social, se vencieran los paradigmas de géneros frente al VIH/SIDA, se entregara información acerca de los riesgos y complicaciones de la enfermedad y se divulgaran como medios de prevención y educación.

Entre la normatividad legal, se cita el Decreto 1543 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).

El Decreto 1543 de 1997 cita en el capítulo I Campo de aplicación y Definiciones, artículo 2º, palabras significativas y de gran trascendencia que ponen en cuestión la ética, cuando se habla por ejemplo

del aislamiento, de inmediato, causa impacto porque tanto el paciente como la familia se sienten excluidos, y lo que realmente se pretende es cuidar la salud del afectado y de quienes le rodean.

Lo mismo ocurre con la confidencialidad, la cual protege el derecho legal a la intimidad, es decir, que no sea divulgado su diagnóstico y su tratamiento, pero es el mismo paciente el que ubica en su propio contexto su propia ética, generando factores y cofactores del entorno bio-psico-social y cultural como lo dice este mismo decreto en su párrafo que habla de condiciones del riesgo, y que pueden vulnerar más aún su salud, ante un diagnóstico ya determinado.

Este decreto en su escritura es claro, pero puede ser cuestionado en su aplicación, porque de él, pueden generarse polémicas relacionadas con la ética en ámbitos que afectan al paciente y su familia, al médico y a la sociedad.

Cuando los pacientes informan en las consultas que son portadores de VIH y son clasificados como infecto-contagiosos, esto obliga a todo el personal médico asistencial, a tener los cuidados adecuados y oportunos para evitar y prevenir el riesgo de contagio; este contagio puede darse de otras enfermedades para el paciente o para el equipo médico.

En muchas ocasiones el paciente solicita que esta información no se le de a conocer a su familia, entrando la parte médica en un conflicto ético debido a la importancia que tiene la familia para el cuidado y tratamiento del paciente.

En el ámbito laboral, hay unidad de criterio médico en el sentido de no comunicar al patrón de los pacientes ni a sus compañeros de trabajo su estado de salud, para que él no sea cuestionado ni discriminado laboral y socialmente.

El manejo intrahospitalario de los pacientes que conviven con el VIH Sida es cada vez más difícil debido al tamaño de la población que allí habita (médicos, enfermeras, secretarías, personal de servicios generales, etc.), aquí la información se difunde fácil y rápidamente, motivo por el cual el

paciente puede ser objeto de murmuraciones que pueden afectar su dignidad humana y la de su familia.

Es así como las entidades de salud, deben realizar capacitación a sus empleados y usuarios acerca de las formas de transmisión de la enfermedad (intercambio de secreciones sexuales sin el preservativo, transfusiones de sangre, intercambio de agujas contaminadas, genética de madre a hijo, etc.).

La ética relacionada con la patología objeto de estudio ha tenido en los últimos años importantes avances en su diagnóstico, control y tratamiento, además se han vencido paradigmas como el rechazo inmediato a la atención directa que requieren los enfermos de VIH Sida, como se daba anteriormente donde el médico se negaba a atender al paciente solo por el diagnóstico; ahora las leyes vigentes que reglamentan la atención de esta enfermedad exigen una adecuada y oportuna atención que no lesione la dignidad ni los derechos de los pacientes ni de sus familias.

La ética médica se une a los criterios unánimes de practicar los debidos exámenes a las mujeres gestantes que han estado en riesgo de infección, ésto con el fin de evitar que el niño nazca infectado. En caso de que la madre sea positiva, debe iniciarse el tratamiento con antirretrovirales en la 14ª. semana de gestación y debe programársele el parto para que sea por cesárea, cuando el bebé nazca debe iniciársele tratamiento profiláctico inmediatamente.

Algunos de los pacientes infectados no guardan las medidas sanitarias para evitar la transmisión a otras personas, violentando también la ética porque ponen en riesgo la vida y la salud de quienes no tienen esta información.

No se rompe con la ética al reportar a los entes de control epidemiológicos la información sobre la persona infectada por VIH, es de obligatorio reporte, lo que significa que en Colombia la información relacionada con la infección es confidencial pero no anónima.

En el campo laboral la norma establece en el Artículo 21 del citado decreto, la prohibición de realizar pruebas de VIH Sida para acceder a cualquier actividad o permanencia en la misma, así como para ingresar o permanecen o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política, económica o religiosa. De ésto se presume que no se da cumplimiento porque se tiene datos de prestigiosas entidades que aun exigen pruebas de laboratorio de VIH/SIDA, prueba de embarazo, y otras enfermedades de transmisión sexual para poder realizar la vinculación laboral a ellas.

De esta manera se violenta la norma y la ética y se prevé que no hay controles sobre estas situaciones que afectan a las comunidades portadoras de la enfermedad; faltando a los derechos establecidos en la Constitución Política de Colombia (derecho al trabajo, a la salud y a una vida digna).

También se tienen datos relacionados en la forma como los pacientes actúan sin ética y sin conciencia a la hora de realizar en forma oportuna y adecuada el tratamiento suministrado por las entidades de salud, se tienen presunciones de que muchos de ellos venden los medicamentos, o los cambian por víveres, o los esconden para no ser descubiertos.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo General**

Describir la atención que recibe el paciente con VIH/SIDA dentro de los diferentes regímenes del SGSSS en Colombia.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

1. Revisar la normatividad contemplada en la legislación colombiana, para los pacientes con VIH/SIDA.
2. Determinar si existen barreras que impiden la cobertura del Programa de Atención Integral al paciente con VIH/SIDA planteada en la normatividad colombiana.
3. Describir los cambios que las últimas reformas del SGSSS en Colombia, han generado sobre la atención y servicios de salud prestados a los pacientes con VIH/SIDA, tales como el CTC, Tutelas, entre otros.

## 4. METODOLOGÍA

### 4.1 Enfoque Metodológico de la Investigación:

Cualitativo; con este método se registran la observación y narración de situaciones reales en vez de medir variables, que a su vez son estudiadas mediante técnicas del enfoque (entrevistas y encuestas). Se realiza una descripción de los hallazgos más relevantes obtenidos en la entrevista/encuesta de cada paciente identificando tipo de régimen y aseguradora y finalmente se hace el análisis correspondiente.

### 4.2 Tipo de estudio: Investigativo.

Población: Pacientes infectados con VIH/SIDA residentes en la ciudad de Medellín, Visita a Entidades de Salud (programas VIH).

### 4.3 Población:

Pacientes infectados con VIH/SIDA residentes en la ciudad de Medellín

### 4.4 Diseño Muestral:

26 pacientes pertenecientes a diferentes regímenes del SGSSS y 7 personas entre médicos y/o profesionales de la salud encargados de los programas de atención a este grupo de pacientes en diferentes aseguradoras.

### 4.5 Técnicas de recolección de Información: Revisión de la legislación Colombiana sobre VIH/SIDA.

Diálogo personal con 26 pacientes diagnosticados con VIH/SIDA dentro de los regímenes contributivo, subsidiado, vinculados y otros, residentes en la ciudad de Medellín, para describir la calidad y tipo de servicios que reciben en cada uno de éstos, utilizando un formato de entrevista con preguntas abiertas con el fin de recolectar información al respecto de cómo es

la atención recibida por los pacientes en las diferentes IPS dentro del SGSSS y 7 personas entre médicos y/o profesionales de la salud encargados de los programas de atención a este grupo de pacientes en diferentes aseguradoras. Comparar la información recopilada de los entrevistados, con la normatividad vigente relacionada con el tema.

**4.6 Prueba Piloto:**

Entrevista personal a 3 pacientes infectados con VIH/SIDA para evaluar el instrumento y la metodología de recolección de datos.

**4.7 Control de Errores y Sesgos:**

Selección de los pacientes a través de una entidad acreditada para manejo de pacientes con VIH/SIDA.

**4.8 Técnicas de procesamiento y Análisis de datos:**

Análisis cualitativo de la información recopilada y comparación con la normatividad existente en Colombia frente al VIH/SIDA.

## **5. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La actitud frente a la realización del campo de aplicación, relacionado con el estudio de casos, ha sido de especial cuidado con todas las personas que han hecho posible la elaboración de este trabajo de investigación.

Se han guardado la dignidad, el respeto a su intimidad, a su confidencialidad, y se ha respetado el derecho a darnos su información y su participación en el dialogo.

Se realizaron visitas a diferentes entidades de salud Prestadoras y Aseguradoras, así como a fundaciones sin ánimo de lucro que realizan acciones sociales y cuyos nombres quedan reservados en este trabajo de investigación por efectos de privacidad que amerita la información recopilada, los cuales se han reemplazado por numerales descritos en el texto (Institución 1, Institución 2, IPS 1, IPS 2, y así sucesivamente).

Para interactuar con ellos, se elaboraron formatos de consentimiento informado y lista de preguntas ordenadas de acuerdo a la normatividad que consagra el decreto 1543 de 1997 y demás normas relacionadas con la ética, todo ésto con el objetivo de recolectar información acerca de la atención que reciben los pacientes por parte de las aseguradoras, tipo de régimen al que están adscritos, además obtener información laboral y socio-económica de las comunidades que conviven con VIH/SIDA cuidando de que no se generaran sentimientos de discriminación por razón de origen, raza, creencia o capacidad económica y social.

## **6. RESULTADOS**

### **6.1 Instituciones de Salud Visitadas**

#### **Institución N°. 1**

Diálogo con Médica que maneja el programa de VIH/SIDA

Tiene un total de 845 pacientes, todos ellos han accedido en forma inmediata al programa luego de haber sido diagnosticados. Inicialmente son evaluados por psicólogo quien entrega el resultado de exámenes confirmatorios, son remitidos donde la médica o médico, son evaluados a través de exámenes especializados relacionados con la nutrición, perfil lipídico, hemoglobina, riesgos cardiovasculares entre otros, de acuerdo a su estado de salud se les formula y entrega los medicamentos; tienen cita de control mensualmente, los pacientes gozan en su mayoría de un estado de salud mental equilibrado, hay 98 pacientes positivos y toman medicamentos. Acceden a exámenes periódicos cada 4 meses, los CD4 son evaluados cada 6 meses.

Los médicos (as) tratantes no son especialistas, pero se han formado empíricamente en el tema. Tienen reuniones cada mes donde se les habla del auto-cuidado, de la importancia del uso del condón, y en general de estilos de vida saludable.

#### **Institución N°. 2**

Diálogo con médico Coordinador

No tienen directamente programa de VIH/SIDA, en las consultas se ordena el examen de la primera prueba (ELISA) a los pacientes que lo soliciten, o que el médico crea que así lo amerita, si hay

pruebas confirmatorias se informa a la Dirección Local de Salud quien provee los medicamentos para las primeras semanas y paga los exámenes probatorios del diagnóstico mientras se hacen las gestiones para enviarlo a que reciba atención en la IPS 1, con quien tienen contratado estos servicios.

Esta entidad es carente de tecnología en cuanto al manejo de historias clínicas, esta labor se hace manualmente, sin que queden reportes controlados y protegidos de cada paciente lo que hace que la comunidad infectada o no infectada ponga en alto riesgo su salud, debido al tamaño de población que atiende, son 10 Unidades Intermedias de Urgencias y consulta externa mas otros 40 centros de atención de menos complejidad. Queda en manos de los pacientes la responsabilidad de comunicar o no en las consultas si es o no portado.

### **Institución N°. 3**

Entidad que presta servicios de salud a la Institución No. 6, específicamente atiende 204 pacientes VIH positivos; esta organización que tiene su sede principal en Cali. Tiene un equipo interdisciplinario conformado por: médico general, odontólogo, nutricionista, psicóloga, trabajadora social, enfermera e infectólogo en caso de que el paciente lo requiera; éste último profesional de la salud viene contratado desde Cali, al igual que los medicamentos suministrados a los pacientes.

Uno de los objetivos del programa, es lograr la adherencia del paciente.

Entre las actividades que tiene el programa están: promover el autocuidado, el buen uso del preservativo, la prevención de la infección, la importancia de la nutrición y del ejercicio diario, charlas sobre cómo mejorar la autoestima; además tienen actividades lúdicas.

El equipo interdisciplinario trabaja por la atención integral del paciente, cuidando de que éstos encuentren un ambiente familiar, de confianza y de respeto.

Las consultas médicas para los pacientes VIH son mensuales, la revisión de la carga viral es cada 6 meses y la atención con otros profesionales de la salud son de acuerdo al requerimiento de cada paciente. La IPS 2 es quien presta los servicios asistenciales (hospitalización).

En los pacientes se detectan problemas socioeconómicos, paradigmas religiosos, temor a la discriminación y exclusión social, problemas de depresión, conflictos de pareja, falta de adherencia al tratamiento por la vida social que llevan.

Atienden pacientes de todos los estratos sociales, de los cuales 15 pacientes son de género femenino (equivalen al 7,3%) y 189 pacientes son de género masculino, homosexuales en su mayoría (equivalen al 92,7%).

Algunos pacientes infectados son irresponsables con su sexualidad y tienen prácticas sin protección. El equipo interdisciplinario presume que algunos pacientes venden los medicamentos que reciben en la plaza minorista.

#### **Institución N°. 4**

Empresa prestadora de servicios de salud, atienden 203 pacientes del régimen contributivo, con aumento de tres casos mensuales, son 37 mujeres y 166 entre hombres.

La prueba Elisa inicial se realiza por solicitud del paciente o por sospecha del médico, una vez se tengan los resultados positivos, se realiza prueba confirmatoria y se envían al médico tratante para que considere el inicio de tratamiento farmacológico; los pacientes con resultados negativos en la prueba Elisa, son llamados a conferencias sobre Prevención y Promoción de la salud sexual y reproductiva. Es importante resaltar que el examen de VIH se realiza a todas las maternas como lo establece la norma.

Tienen conformado un equipo interdisciplinario por nutricionista, psicóloga, trabajadora social e infectólogo cuando el paciente lo requiera.

Existe protección por un mes, cuando el paciente queda desvinculado laboralmente.

Algunos pacientes no reclaman el tratamiento por adicción a la droga, por falta de recursos económicos para costear un pasaje, por desinterés en el tratamiento. Algunas veces se presentan fallas en la entrega del medicamento por problemas internos en la farmacia.

El paciente debe tener mínimo 26 semanas cotizadas para acceder al tratamiento completo; de lo contrario, el tratamiento se le entrega proporcional de acuerdo a las semanas que tenga cotizadas. Cuando ésta situación se presenta, el paciente interpone acciones de tutela para acceder a sus derechos.

#### **Institución N°. 5**

Actualmente tienen 680 pacientes con VIH/SIDA a nivel de Antioquia y Chocó, 131 son mujeres y 537 son hombres (en su mayoría homosexuales); son atendidos por un grupo interdisciplinario conformado por nutricionista, psicóloga, médico internista, dermatólogo, ginecólogo, infectólogo, enfermera jefe y auxiliares de enfermería.

Cuando llega un paciente remitido con VIH, la entidad le realiza una prueba de Elisa propia, el paciente recibe la asesoría inicialmente por la enfermera jefe (con el primer y segundo resultado de ELISA), a los 10 días realizan prueba confirmatoria Western Blot y lo remiten al médico general que tiene a cargo el programa de VIH; posteriormente recibe tratamiento con psicóloga, nutricionista y médico internista.

Al paciente le realizan todos los exámenes médicos establecidos en la guía (recuento CD4, CD8, carga viral, perfil lipídico, TBC, hepatitis, entre otros), el paciente asiste inicialmente a consulta

mensual, luego de acuerdo a su constancia y adherencia al tratamiento lo citan cada 3 meses y si es un paciente de las afueras de la ciudad, se le envía el medicamento a su municipio de residencia y asiste mínimo 4 veces al año a consulta médica y cada 6 meses le realizan exámenes de carga viral y CD4.

El programa de VIH en esta institución tiene 9 años y su compromiso es “ser los mejores”; anualmente realizan reunión internacional con asistencia del personal médico que tiene a cargo los programas de pacientes para compartir las diferentes experiencias.

Actualmente tienen un grupo de químicos farmacéuticos que trabajan en el tema de biodisponibilidad de los medicamentos antirretrovirales.

A la paciente gestante se le realiza siempre la prueba Elisa y si es positiva se le continúa la atención prioritaria como paciente VIH con la administración de antirretrovirales a partir de la semana 14; tienen establecido una profilaxis para el bebé desde el momento de su nacimiento: administración oral de Zidovudina jarabe por 42 días, leche maternizada por 6 meses, exámenes de carga viral a las 4 semanas y a las 16 semanas, con prueba confirmatoria al año y medio.

A la paciente con VIH que tiene hijos menores de 15 años, se le realiza la prueba Elisa como profilaxis.

La DSSA tiene único contacto con la entidad, al reportarles pacientes positivos VIH por banco de sangre; lo hace a través de un oficio público. La entidad reporta a la DSSA el ingreso y el fallecimiento de pacientes VIH a través de la ficha de notificación.

Actualmente no tienen programas educativos dentro del programa debido a la inasistencia de los pacientes a las conferencias programadas; próximamente retomarán la capacitación en el tema.

Finalmente concluyen que lo más importante para la recuperación de un paciente VIH, es el amor y la atención de sus seres queridos.

## **Institución N°. 6**

La Institución de salud N° 7 como empresa promotora de salud del estado, tenía a cargo todos los pacientes de alto costo, entre ellos los que padecían VIH/SIDA. Los pacientes eran atendidos por médicos internistas, médicos generales capacitados en el tema, sicóloga, trabajadora social y nutricionista, los demás especialistas como infectólogos eran contratados externamente para que prestaran el servicio cuando se requería; los problemas que se presentaban con la atención eran:

- Cuando no había presupuesto para los medicamentos: aquí los pacientes se enfrentaban a serios problemas porque el tratamiento era suspendido por razones ajenas a su voluntad, surgía entonces la necesidad de interponer acciones de Tutela para poder acceder a los medicamentos, en este lapso de tiempo muchos pacientes fallecían, otros creaban cepas resistentes, generando más costos para el sistema como la evaluación a través de exámenes por genotipificación y gérmenes oportunistas, y dependiendo del resultado, debía cambiarse el tratamiento por otro más costoso como lo es el triconjugado que puede alcanzar hoy un costo igual o mayor de \$5.000.000 de pesos mensuales por paciente; todo esto ocurrió hasta el año 2003 cuando por el Decreto 1750 de 2002 se dio la escisión del de la institución No. 7, es decir, la salud fue separada de los demás negocios que tenía; nació entonces la IPS 3, quien comenzó a prestar servicios a los usuarios de la institución 7.
- La institución N°. 7 cerró sus propias farmacias y empezó a contratar con entidades externas donde los pacientes de VIH pudieran reclamar los medicamentos, esto generó otro caos porque ellos iban y tales medicamentos no los habían, o estaban incompletos, igualmente se obligaban a interponer tutelas, se interrumpían los medicamentos, lo que traía como consecuencia fallecimientos y altos costos para el sistema, esto ocurrió hasta que salió el decreto de la liquidación de la IPS 3.

- El 16 de Febrero de 2007 la IPS 1 recibió todos los pacientes de VIH/SIDA de la institución No. 7 con todas las historias y con un contrato de atención integral para cada paciente, con un equipo interdisciplinario; cada paciente con un costo de \$1.300.000 mensuales.

En esta contratación no estaba contemplada la atención especial de las maternas, las cuales generaban otros costos. En la IPS 1 los pacientes fueron muy bien atendidos, tuvieron todo y sin tropiezos.

Cuando el gobierno tomo la decisión de crear la institución No. 6 los pacientes que estaban siendo atendidos por la IPS 1 se sintieron amenazados, pensaban que iban a morir pero en la institución No. 7 inició una serie de reuniones donde les informaban que no se preocuparan, que ellos eran unos afortunados porque institución No. 6 les ofrecería una atención mucho mejor que la que venían recibiendo, pero de todas maneras los pacientes se sintieron amenazados y solicitaron acuerdos de atención, fueron representados por líderes sociales de la comunidad que convive con el VIH Sida.

En noviembre 16 del 2007 por Resolución se acordó que la IPS1 prestara sus servicios al 50% del total de pacientes que en ese momento atendía, y el otro 50% estaría a cargo de la institución No. 3 y la IPS 4, los cuales atenderían 130 y 140 pacientes respectivamente, esto se dio con la voluntad de cada paciente, quienes eligieron con cual prestador se quedarían, este objetivo se logró a través de acciones de tutela interpuestas por los afectados.

A julio 31 de 2008 la IPS 1 tenía 343 pacientes, la IPS 4 132 pacientes y la institución No. 3 130 pacientes.

La inició la prestación de sus servicios el 1º de Agosto de 2008 dando un periodo de transición de 45 días para que los pacientes tuvieran libre movilidad. Algunos líderes que representan y apoyan la comunidad de los pacientes que conviven con VIH Sida, convocaron algunas aseguradoras y prestadoras con el fin de realizar el traslado para ellas desde la Nueva EPS, pero tuvieron una respuesta negativa ante dicha propuesta por razones netamente económicas.

La institución N°. 6 convocó a la IPS 1, a la institución No. 1, a la IPS 4 y a la institución No. 3, para contratar nuevamente los servicios, como resultado no se llegó a ningún acuerdo con la IPS 1 por razones de precios, las otras tres entidades aceptaron la contratación, como consecuencia los pacientes que venían siendo tratados por la IPS 1 fueron incluidos en la contratación que se realizó con las tres entidades restantes.

Actualmente los pacientes de VIH/SIDA que eran de la institución N°. 7 tienen hoy como aseguradora la institución N°. 6 y como prestadoras de los servicios a la institución N°. 1, institución N°. 3 y a la IPS 4, ellos manifiestan que tienen una buena atención integral por parte de estas entidades, así como también que los equipos interdisciplinarios son asequibles, colaboradores y afectuosos, acceden fácilmente a las citas y a los servicios.

Los pacientes que atiende la institución N°. 3 y la IPS 4 sienten preocupación porque las oficinas centrales de estas dos entidades están ubicadas en Cali y Cúcuta respectivamente, ésto en ocasiones les trae como consecuencia demora en la entrega de los medicamentos porque proceden de estas ciudades así como los especialistas entre ellos el Infectólogo.

## 6.2 Encuestas Realizadas a Pacientes

### CASO N°. 1

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 1
EDAD:	56
SEXO:	Femenino
ESTADO CIVIL:	Viuda
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Pensionada – Ama de casa
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	3 años

Paciente vinculada al régimen contributivo desde el año 2003 y diagnosticada en enero de 2006 cuando consultó a una IPS de cuarto nivel de la ciudad de Medellín con cuadro de varias semanas de fiebre, diarrea, pérdida de peso y deterioro progresivo del estado general, le realizaron varios exámenes y encontraron que padecía tuberculosis pulmonar y SIDA, en ese momento era incapaz de realizar actividades como alimentarse, asearse, vestirse debido a su extrema debilidad.

Refiere que el resultado se lo comunicó el médico tratante durante la ronda médica, en ese mismo tiempo fue diagnosticado el esposo quien no aceptó recibir tratamiento médico y falleció tres meses después.

Luego de una hospitalización de un mes es dada de alta con tratamiento y presentando recuperación progresiva, aproximadamente dos meses después puede volver a caminar y recupera paulatinamente la capacidad de realizar actividades básicas cotidianas.

Actualmente continúa con la misma EPS y lleva una vida “normal”, tiene revisión médica mensual y paraclínicos de control como carga viral y recuento de CD4 cada 6 meses; recibe tratamiento antirretroviral desde el momento del diagnóstico, el cual no ha sido suspendido en ningún momento.

La paciente refiere que el único inconveniente que se ha presentado es la demora en la entrega de la autorización de los paraclínicos, hasta 2 y 3 semanas.

## CASO N° 2

RÉGIMEN:	Subsidiado
EPS:	N° 8
EDAD:	40
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	12 años

Paciente diagnosticado en el año 1996, años porque comenzó a presentar sintomatología muy extraña como fiebre y sudoración y sospechaba ya estar infectado, en esa oportunidad trabajaba y se encontraba en el régimen contributivo, donde permaneció hasta el año 2006, cuando se quedó sin empleo, le realizaron todo el procedimiento de clasificación con la encuesta del SISBEN quedando en el nivel 2 y posteriormente le asignaron una EPS del régimen subsidiado.

Desde que se encuentra en esta EPS-S ha sido atendido en varias IPS, le han realizado procedimientos quirúrgicos, ha recibido atención especializada en oncología y gastroenterología; el último procedimiento quirúrgico fue hace dos meses y desde esa época viene presentando episodios diarreicos recurrentes.

Ha tenido que instaurar acciones de tutela para que le autoricen citas con especialistas y para procedimientos quirúrgicos, asiste a consulta con medicina general cada mes, exámenes de carga viral y recuento de CD4 cada 6 meses, y con la parte de tratamiento ha tenido varias dificultades, ya que se ha retrasado hasta 21 días la entrega de éstos.

### CASO N°. 3

RÉGIMEN:	Subsidiado
EPS:	N°. 8
EDAD:	41
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	22 años

Paciente diagnosticado hace 22 años, su diagnóstico comenzó por simple curiosidad en unas jornadas gratuitas de detección del VIH realizadas por Institución 2, allí le entregaron el resultado con un grupo multidisciplinario, estuvo varios años con este diagnóstico sin comunicarlo con su familia y amigos, sólo el amigo que lo acompañó a realizarse la prueba el diagnóstico estaba enterado. Reconoce que tenía comportamientos sexuales sin ningún tipo de control y protección y que éste fue lo que lo llevó a contraer la infección; en el momento del diagnóstico se encontraba en la Institución 7 y allí estuvo por varios años recibiendo por parte de ellos toda la atención que necesitaba la cual constaba de citas médicas mensuales, exámenes paraclínicos cada seis meses, en la parte de tratamientos tuvo algunos inconvenientes (demora en la entrega de medicamentos), pero en general expresa haber recibido una buena atención por parte de la Institución 7; actualmente se encuentra en el régimen subsidiado ya que no tiene vinculo laboral con ninguna entidad, desde que se encuentra en este régimen ha sido atendido en varias IPS, cuenta con medicina general mensual, exámenes de carga viral y recuento de CD4 semestrales, expresa haber tenido dificultades en algunas oportunidades con la entrega de los medicamentos.

Expresa no tener una atención integral ya que solo accede a interconsultas con otros profesionales de la salud como psicología y nutrición cuando es solicitada por el mismo, y no como protocolo de un programa. Aduce no conocer programa de VIH en su EPS-S.

#### **CASO N°. 4**

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 1
EDAD:	43
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Unión libre
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Pensionado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	7 años

Paciente vinculado al régimen contributivo desde el año 1996, en el año 2001, luego de sospechar estar infectado un año atrás por iniciativa propia se realiza la prueba de VIH en Institución 2, el resultado fue positivo para VIH y le fue entregado por la psicóloga; permaneció un año asintomático, sin querer acceder a controles médicos y paraclínicos; en enero de 2002 ingresa al programa de VIH de su EPS, en el 2003 presenta masa abdominal la cual fue diagnosticada como un linfoma Hodking, recibió tratamiento con quimioterapia, como complicación tuvo una neumonía grave por lo cual fue hospitalizado.

Inició terapia antirretroviral en marzo de 2004, aunque su médico tratante se lo había recomendado desde tiempo atrás.

Actualmente se encuentra pensionado, vive en unión libre, su pareja conoce y acepta el diagnóstico, tiene atención médica mensual y exámenes paraclínicos como carga viral y recuento de CD4 cada 6 meses; perfil lipídico, creatinina cada 3 meses y cita de control por oncología y resonancia magnética, a criterio médico.

## CASO N°. 5

RÉGIMEN:	Subsidiado
EPS:	N°. 9
EDAD:	39
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	8 años

En el año 2000 fallece por SIDA la pareja con la cual el paciente convivió durante 5 años, momento en el cual se realiza en laboratorio particular la prueba de VIH por recomendación del médico tratante de su pareja, el resultado es entregado por médico particular el cual le informó que le quedaba “un año de vida” (septiembre de 2000), en ese momento no tenía ningún tipo de seguridad social, acude a una fundación donde es asesorado e instaura una acción de tutela con el objetivo de ser vinculado al sistema de seguridad social en salud, en noviembre de 2000 comienza atención como paciente vinculado, en una IPS donde permanece un año y posteriormente es trasladado a otra IPS donde le atienden por seis meses. En el año 2003 le asignan una EPS-S donde permanece actualmente con cita médica mensual y paraclínicos semestrales.

Refiere como inconvenientes importantes el cambio de medicamentos comerciales por genéricos desde hace 8 meses, tiempo desde el cual la carga viral se ha tornado positiva, luego de haber permanecido indetectable antes de este cambio. Consultó a dermatología por un cuadro de dermatitis seborreica donde le prescribieron medicamentos NO POS, en la primera oportunidad la médica tratante diligenció los documentos para solicitarlos ante el comité técnico científico de la EPS-S, cuya respuesta fue “no aprobación por no haber riesgo inminente para la vida”, en las siguientes citas de control la dermatóloga se ha negado a diligenciar nuevamente los documentos correspondientes, refiriendo “no tener tiempo y no saber cómo diligenciarlos”, motivo por el cual el paciente solicitó cita

en una IPS diferente donde la nueva dermatóloga también se negó a tramitar la documentación, aduciendo “en esta IPS no se diligencian formatos de CTC”. Finalmente el paciente decidió comprar los medicamentos para no invertir tiempo y dinero en esta clase de diligencias.

Actualmente cuenta con cita médica mensual y paraclínicos semestrales.

## CASO N°. 6

RÉGIMEN:	Vinculado
EPS:	Ente territorial
EDAD:	27
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	6 años

Paciente de 26 años diagnosticado hace 6 años luego de presentar un derrame cerebral, habitante de un municipio de Antioquia, desde el momento del diagnóstico comenzó con tratamiento el cual no ha sido interrumpido hasta el día de hoy y todos siempre han sido originales, la atención que recibe es prestada por el IPS 1 dentro del programa 900, desde el diagnóstico recibe atención de medicina especializada en infectología cada mes y exámenes de carga viral y recuento de CD4 cada seis meses los cuales se realiza en la misma IPS y en la Institución 13, todas las autorizaciones le son entregadas en la IPS 1 y nunca ha tenido que presentarse al Ente Territorial para solicitar alguna autorización; dentro de las especialidades que ha recibido atención se encuentra la de ortopedia la cual ha sido prestada por otra IPS a la cual ha sido remitido sin ningún inconveniente, desde la parte de promoción y prevención conoce de un simposio que realiza la IPS 1 cada año para el público en general.

## CASO N°. 7

RÉGIMEN:	Especial
EPS:	N°. 10
EDAD:	23
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	3 años

Paciente diagnosticado hace tres años cuando se encontraba prestando su servicio militar y estaba en exámenes paraclínicos para ingresar a su Institución 10, para la realización de la prueba de VIH le solicitaron consentimiento informado, cuando fue diagnosticado le faltaban 8 meses para terminar el servicio militar y durante este tiempo le realizaron exámenes y tuvo consultas con medicina general hasta el momento de terminar el servicio; una vez terminado este comenzó todo un proceso para que la institución 10 le reconocieran la seguridad social en salud ya que fue diagnosticado estando vinculado a ellas.

Tardó varios meses viajando a Bogotá para que allí continuara con la consulta médica general mientras le resolvían su situación con el tema de la seguridad social. Hace tres semanas le entregaron el fallo donde le reconocían el acceso a la seguridad social en salud por parte de su régimen especial, actualmente hace parte del programa de VIH que se tiene en Institución 10, en el cual tienen acceso a consulta por medicina general cada mes, exámenes paraclínicos cada tres meses, reuniones mensuales con todas las personas infectadas que hacen parte de esta regional que cubre la cuarta brigada, expresa que en el caso de requerir consulta con otras especialidades son remitidos a otras IPS de la ciudad de Medellín, con las cuales la cuarta brigada tenga convenio, manifiesta que los tratamientos son originales y son entregados allí mismo.

### **CASO N° 8**

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°.6
EDAD:	45
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Separado
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Trabajo informal
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	13 años

Paciente diagnosticado en el año 2005 cuando decide realizarse la prueba de VIH en un laboratorio particular porque presentaba síntomas como fiebre y diarrea; en esa oportunidad se encontraba en el régimen contributivo y fue remitido a su EPS por la médica que le entregó el resultado en el laboratorio particular. Su IPS inmediatamente realizó todos los paraclínicos para confirmar diagnóstico y comenzó tratamiento, hasta el año 2005 había recibido atención en varias IPS con algunas dificultades en especial con la entrega de los medicamentos, posteriormente comenzó atención en una ESE especializada en la prestación de servicios para pacientes con VIH y todas aquellas dificultades se habían solucionado al recibir una atención integral, hace mes y medio fue trasladado a una nueva EPS donde continua recibiendo una buena atención, mensualmente recibe atención de medicina general, y cada seis meses exámenes de carga viral y recuento de CD4.

### **CASO N° 9**

RÉGIMEN:	Sin seguridad social
EPS:	Ninguna
EDAD:	27 años
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	9 meses

Paciente que se realiza prueba de VIH en laboratorio particular y cuyo resultado es positivo, en ese momento se encontraba laborando y afiliado al régimen contributivo pero no acudió a su IPS, posteriormente fue desvinculado laboralmente, y en la actualidad no se encuentra en ningún régimen, ni conoce su estado o avance de la infección; hace pocos días presentaba un cuadro de deshidratación, diarrea y dolor abdominal por lo que consultó en Institución 2 por el servicio de urgencias, donde lo dejaron observación con medicamentos y al terminar la prestación del servicio le cobraron una suma de dinero alta.

## CASO N°. 10

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 6
EDAD:	42 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
RESIDENCIA:	Laureles
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD LABORAL:	Ingeniero de Sistemas - Diseñador
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	12 años

En 1996 la pareja del paciente fue hospitalizada, con diagnóstico de hepatitis C y posteriormente con resultados positivos para VIH. Dentro del protocolo de manejo, se realizan los exámenes a la pareja sexual (paciente encuestado) y los resultados fueron positivos para VIH; éstos fueron entrados por psicología, el diagnóstico lo impacta y quiso saber mucho del tema y comenzó a investigar.

En el momento del diagnóstico estaba adscrito al Asegurador 7 (desde hacía 24 años) y esto le permitió acceder fácilmente a la atención integral (citas médicas, exámenes, especialistas) inmediatamente se le diagnostica.

No ha compartido su diagnóstico con nadie, solo con una pareja que tuvo, por tanto no ha tenido oportunidad de sentir discriminación.

Actualmente asiste a consulta médica cada mes, y cada 3 meses con nutrición, psicología, entre otros. Conoce sobre los programas que le ofrece su EPS acerca de la enfermedad; conoce sus derechos dentro del SGSSS.

Ha tenido que interponer 2 acciones de tutela a la EPS por razones de exámenes de control de carga viral. En alguna ocasión fue hospitalizado por cuadro de cefalea, sin un diagnóstico relevante, con una buena atención.

Tiene conocimiento de campañas de prevención por parte de su EPS.

NO toma medicamento

## CASO N°. 11

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 6
EDAD:	55 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Viudo
RESIDENCIA:	Robledo
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Operario
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	9 años

El paciente presentó trombosis, motivo por el cual fue hospitalizado y en los exámenes médicos realizados, se diagnostica como VIH positivo y se inició tratamiento médico inmediatamente; se infectó con una compañera sentimental. El resultado fue entregado durante la ronda médica, su reacción al diagnóstico fue de susto e impacto. Del VIH solo conocía que era una enfermedad grave y su conocimiento acerca de ésta, lo ha adquirido a través de su EPS.

Al momento del diagnóstico estaba adscrito a Institución 7 (hacia 22 años), conoce sus derechos dentro del SGSSS y no se ha sentido discriminado ni social, ni laboralmente.

La atención integral la comenzó a recibir inmediatamente le hicieron el diagnóstico y con fácil acceso a todos los servicios. Asiste cada mes a consulta médica y cada 6 meses a exámenes de control.

Conoce los programas de VIH que tiene su aseguradora y califica el servicio como Excelente.

No ha tenido que establecer tutelas para nada; es portador del VIH pero no tiene SIDA.

La Atención la ha tenido en IPS 6, IPS 7 e IPS 1.

### **Caso N°. 12**

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 6
EDAD:	60 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero, 2 hijos
RESIDENCIA:	Calasanz
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD LABORAL:	Independiente
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	9 años

En 1989 se realiza la prueba Elisa por síntomas sugestivos que comenzó a presentar (cuadros febriles recurrentes).

Los resultados fueron entregados por médico tratante, su reacción ante el diagnóstico fue muy tranquila, conocía de la enfermedad, pero ha aumentado sus conocimientos a través de la EPS.

En el momento del diagnóstico estaba adscrito a Institución 7 (desde hacía 19 años), conoce sus derechos dentro del SGSSS como paciente VIH positivo, no se ha sentido discriminado social, ni laboralmente y desde 1999 comenzó tratamiento médico a través de acción de tutela para suministro de medicamentos antirretrovirales.

Ha tenido acceso a todos los exámenes, citas médicas, medicamento y ha tenido también acceso a citas con especialistas.

Califica la atención de la EPS como Excelente y a través de ella ha tenido conocimiento de campañas de prevención.

### **Caso N°. 13**

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 6
EDAD:	48 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero, 1 hijo
RESIDENCIA:	América
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Conductor
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	12 años

El paciente se realiza la prueba Elisa por que venía presentando síntomas como diarrea y fiebre continuas y cuando finalmente le entregan los resultados en el laboratorio, su reacción fue de asombro, conocía muy poco de la enfermedad.

A través de la EPS ha recibido todo el conocimiento que tiene actualmente de la enfermedad. En el momento del diagnóstico estaba adscrito al ISS, no conoce sus derechos dentro del SGSSS y no se ha sentido discriminado porque nadie sabe de su enfermedad.

Comenzó su atención en Institución 7 desde 1996 con fácil acceso a todos los servicios.

Asiste cada mes a consulta, no ha necesitado servicios de salud adicionales y califica como excelentes los servicios que recibe por parte de la EPS.

Ha recurrido a tutela para entrega oportuna de medicamentos y a través de la IPS ha conocido campañas de prevención de VIH.

#### **CASO N°. 14**

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	Nº. 6
EDAD:	58 años
GÉNERO:	Femenino
ESTADO CIVIL:	Viuda
RESIDENCIA:	Belén
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Pensionada
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	3 años

La paciente se realiza inicialmente la prueba por orden de médico particular a quien consultó por cuadro recurrente de “brotos”, diarrea y pérdida de peso, salió como positiva, fue remitida por médico tratante a su IPS en el ISS siendo hospitalizada, desde entonces recibe tratamiento antirretroviral triconjugado.

Le impactó conocer los resultados de la prueba porque no tenía pareja y lo primero en lo que pensó fue en su hijo. Presume haber sido infectada por su esposo, quien falleció hace 12 años con diarrea recurrente y cirrosis. No conocía nada de la enfermedad y ahora a través de la EPS ha incrementado sus conocimientos.

En el momento del diagnóstico pertenecía a Institución 7 (hoy Institución 6), conoce sus derechos dentro del SGSSS como paciente VIH positivo y desde el diagnóstico, la institución 7 la acogió dentro del programa de pacientes con VIH.

La única persona que conoce su diagnóstico es su hijo, del cual recibe mucho apoyo.

Asiste cada mes a consulta médica y cada 6 meses le realizan exámenes; no ha necesitado servicios adicionales de salud.

Ha tenido fácil acceso a los servicios, excepto el suministro de suplemento nutricional por el cual impuso una acción de tutela.

Mensualmente asiste a actividades de educación programadas por la EPS.

## CASO N°. 15

RÉGIMEN:	Subsidiado
EPS:	No informa
EDAD:	36 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero, 1 hijo
RESIDENCIA:	Centro
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Estilista
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	5 años

El paciente se realiza la prueba Elisa debido a los resultados positivos para VIH que recibió su pareja hombre; su reacción ante el diagnóstico fue normal, esperada y recibió los resultados de la psicóloga. En el momento del diagnóstico no sabía nada de la enfermedad y luego por la atención en IPS 1, en IPS 4 y a través de una Fundación, ha incrementado el conocimiento de ella.

Al momento del diagnóstico, estaba adscrito a Institución 7 (desde hacía 2 meses) y a través de tutela por medicamento, le comenzaron a suministrar todos los servicios como paciente VIH positivo. El paciente comienza a ser tratado por Institución 7 desde una hospitalización por accidente en el lugar de trabajo (atracó con herida en la yugular). Recibió toda la atención integral en la IPS 5, luego en IPS 6, luego en IPS 1 y actualmente en IPS 4.

Únicamente hace referencia a las “vueltas” que debía hacer inicialmente para tener el medicamento, pero luego ha sido fácil el acceso tanto en la obtención de medicamentos, como en exámenes médicos y atención médica.

Asistía cada 2 meses a cita médica a la IPS 1 y ahora en IPS 4 asiste cada 2 meses; los exámenes de control, se le realizan cada 6 meses.

Por parte de la IPS recibe invitación a conferencias sobre nutrición, promoción y prevención de la enfermedad.

Ha estado hospitalizado durante 3 días por biopsia a nivel lumbar y los servicios que recibió fueron excelentes, así califica en general los servicios por parte de la EPS, IPS.

Siempre ha recibido atención inmediata y capacitación sobre el tema a través de psicóloga, nutricionista y médico general.

Nunca ha vendido su medicamento, ni conoce quien lo haga.

En la Fundación lo apoyaron inicialmente con el medicamento cuando la Institución 7 no lo tuvo y desde ahí se vinculó al grupo.

## CASO N°. 16

RÉGIMEN:	Vinculado
EPS:	Ente territorial
EDAD:	35 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
RESIDENCIA:	Bello
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Esporádicamente trabaja en un bar
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	5 años

Inicialmente consultó en IPS 7 por cuadro de diarrea y vómito constantes por un mes, luego en IPS 8 y finalmente a médico particular, quien hizo el diagnóstico, se lo entregó y su reacción fue sorpresiva pero obtuvo siempre el apoyo de su familia cercana (tíos, hermanos), sospecha que su contagio fue por sangre (herida).

En el momento del diagnóstico no conocía nada acerca de la enfermedad, pero actualmente por conferencias, por médica tratante y por psicóloga, ha incrementado sus conocimientos, adicional, con lectura personal.

En el momento del diagnóstico, era vinculado (no recuerda desde cuándo) con atención en la IPS 7, refiere no conocer sus derechos como paciente VIH positivo y se ha sentido discriminado familiarmente por algunos miembros cercanos a él.

Desde el inicio comenzó a tener atención integral (medicamentos, consultas, exámenes) con fácil acceso a los medicamentos, atención médica, exámenes de laboratorio, citas ocasionales con psicología.

Asiste mensualmente a cita médica y a programas educativos y recreativos ofrecidos por el programa de su Institución 9.

Califica los servicios recibidos como excelentes y no ha requerido utilizar mecanismos legales para acceder a los servicios.

Conoce campañas de prevención de la enfermedad a través de Comfama.

## **CASO N°. 17**

RÉGIMEN:	Vinculado
EPS:	Ente territorial
EDAD:	38 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Casado, 2 hijas, 2 nietos
RESIDENCIA:	Santo Domingo
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Ninguna
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	4 años

La prueba Elisa le fue realizada en el IPS 9 (año 2004) a raíz de la atención recibida por accidente, al caer de un 2º piso sufriendo trauma craneoencefálico por lo cual estuvo hospitalizado durante 3 meses. Luego fue remitido al programa VIH en Institución 9.

Su reacción frente al diagnóstico, fue con rabia por haber sido infectado por su compañera sentimental, quien no se lo había comunicado a pesar de saber que su primer esposo, había fallecido por SIDA.

En el momento del diagnóstico era paciente vinculado, no sabía nada de la enfermedad y ha adquirido conocimientos de la misma, a través de su médico tratante. Refiere no conocer sus derechos en salud como paciente VIH positivo.

Desde el inicio del diagnóstico ha recibido atención integral (cita médica mensual, exámenes paraclínicos cada 6 meses, capacitaciones, psicología, entre otros), con fácil acceso a los diferentes servicios de salud a través de su IPS asignada. No ha sentido discriminación social, laboral o familiar.

Califica como excelentes los servicios que recibe por parte de su IPS y nunca ha tenido que interponer acciones legales para obtenerlos.

Ha tenido conocimiento de campañas preventivas a través de su IPS.

Refiere como limitación que en algunas ocasiones, no tiene los recursos económicos para cubrir los gastos de transporte para él y su madre, que lo acompaña por ser un paciente que presenta convulsiones de manera frecuente, luego de su trauma craneoencefálico.

## CASO N°. 18

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 11
EDAD:	41 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Unión libre
RESIDENCIA:	Enciso
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Pensionado por ISS
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO:	15 años

En el año de 1993 siendo paciente del régimen contributivo, Institución 7 desde hacía 6 años, fue diagnosticado como paciente VIH positivo dentro de los exámenes preoperatorios para una cirugía testicular. Los resultados fueron entregados por trabajadora social y su reacción fue tranquila, ya que sospechaba estar infectado por su vida sexual previa. En ese momento tenía conocimiento acerca de la enfermedad (transmisión, síntomas, prueba de Elisa), ya que desde su juventud, le inquietaba el tema y asistía a sitios públicos promoviendo la idea de que la comunidad en general se realizara la prueba de VIH.

Luego del diagnóstico se ha dedicado a conocer más acerca del tratamiento médico de su enfermedad. No ha sentido ningún tipo de discriminación social o laboral y ha contado con el apoyo de su familia.

Refiere conocer sus derechos dentro del SGSSS como paciente VIH positivo. En la Institución 7 tuvo inconvenientes con la entrega de los medicamentos que no estaban disponibles en farmacia, por lo cual alcanzó a interponer 17 acciones de tutela, lo cual refiere como causa de llegar a estado "Terminal", pérdida de la visión y eventos adversos.

En la EPS actual (desde hace año y medio) le cobran cuota moderadora por medicamentos no asociados a la enfermedad y por consulta con especialista.

Antes tenía revisión mensual por enfermera, reclama medicamentos, control médico cada 2 a 3 meses, con entrega mensual medicamentos; actualmente tiene mensualmente cita médica por tener “problemas renales” con atención domiciliaria, paraclínicos como carga viral y CD4 cada 6 meses y control trimestral con retinólogo.

### **CASO N°. 19**

REGIMEN:	Contributivo
ENTIDAD:	N°. 12
EDAD:	44 años
GÉNERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Unión Libre
HIJOS:	No
RESIDENCIA:	Envigado
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD LABORAL:	Empleado rama judicial.

Desde 1995 con relativa frecuencia se realizaba la prueba de VIH por iniciativa propia y refiere que “en ese tiempo era gratuita”. En el año 2000 comenzó a presentar episodios febriles recurrentes durante aproximadamente 6 meses, por los cuales consultó, pero a pesar de solicitarlo su EPS no le realizaba la prueba de Elisa, el paciente pertenecía a Institución 14 desde 1985, en el 2000 finalmente fue hospitalizado por su cuadro febril en la IPS 10 donde le diagnosticaron Tuberculosis miliar y los paraclínicos confirmaron el diagnóstico de SIDA; el resultado fue entregado en ronda médica, por el galeno tratante, estuvo en tratamiento hospitalario por aproximadamente 2 meses tanto para TBC como para infección por VIH. Durante el primer año de tratamiento fue atendido en controles médicos no muy regulares, “no había un programa organizado en la EPS”, refiere, y generalmente no habían existencias de medicamentos en la farmacia, por lo cual instauró una acción de tutela, fallada a su favor y por la cual se generaron varios desacatos, por demora en la entrega de tratamiento médico en la farmacia.

En el 2001 ingresa a Institución 12, ya que la Institución 14 desaparece, en un programa con “citas esporádicas” y entrega mensual de medicamentos, que con cierta frecuencia estaban agotados, por lo cual en el año 2002 instaura una segunda acción de tutela por la entrega oportuna de los medicamentos. En el año 2003 ingresa al programa que tiene hasta la fecha, con control médico mensual, entrega efectiva de medicamentos, posibilidad de consulta con psicología, nutrición,

odontología, entre otros; y paraclínicos de control semestrales. Califica como muy buena la atención que recibe por parte de su IPS y los servicios ofrecidos por la EPS, con la excepción de sentir que debería ser atendido por un médico infectólogo y no por un médico general. Además el recorrido que debe hacer mensualmente es muy largo, ya que los servicios de salud están ubicados en diferentes puntos, o sea “la consulta es en un sitio, los medicamentos se reclaman en otro sitio, si son de alto costo se reclaman en una farmacia diferente”, aduce el paciente.

Su familia y ambiente laboral desconocen el diagnóstico, convive con pareja estable que también es VIH positivo y está vinculado al programa de su EPS.

## CASO N°. 20

RÉGIMEN:	Subsidiado
EPS:	N°. 1
EDAD:	29 años
SEXO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Desempleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	3 años

Este paciente narra que aunque no era promiscuo, sospecha quien lo contagió, fue una relación riesgosa. Cada año se hacía el examen, era juicioso, no tenía pareja estable, pero pasaron dos años en los cuales no se realizó la prueba, y cuando le fue practicada por solicitud propia, sorpresivamente le salió positiva, esta noticia fue mortal para él, los resultados fueron entregados directamente por el médico y no por la sicóloga como se acostumbra en la entidad de salud, de inmediato le fueron ordenados los medicamentos e inició el tratamiento. Ese momento lo compartió con su mejor amigo quien le ayudó a aceptar y a superar su condición. Luego lo comunicó a su familia la cual le ofreció todo el apoyo. Tiene atención con médico general, con sicóloga si lo pide o lo necesita, hasta ahora no le ha faltado el suministro de medicamentos. Estuvo hospitalizado tres días en Urgencias de la EPS por un espasmo muscular sin relación a su patología de VIH, la atención no fue la mejor, como persona no se sintió discriminado pero si marcado. Los exámenes de los que habla la norma se los ordenan cada seis meses. No ha tenido que hacer uso de tutelas ni derechos de petición para acceder a los servicios y reclamar sus derechos. Mensualmente es citado por la EPS para asistir a reuniones de capacitación en el tema de VIH/SIDA . En las entidades donde ha trabajado no ha comunicado su estado de salud, no se ha sentido discriminado ni rechazado socialmente. Actualmente está desempleado y le preocupa demasiado su salud. Tiene apariencia de una persona joven y saludable, la atención por parte de su aseguradora la califica como buena. Ha alternado afiliación de régimen contributivo y subsidiado, con importante tramitología para dichos traslados.

Él sospecha quien lo contagió, fue una relación riesgosa.

## CASO N°. 21

RÉGIMEN:	Especial
EPS:	N°. 10
EDAD:	35 años
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Unión Libre
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Pensionado por VIH
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	6 años

Fue diagnosticado hace 6 años, se dio cuenta de su estado de salud porque era donante permanente, cuando le practicaron la prueba confirmatoria el servicio médico de la entidad ya conocía sus resultados; piensa que no se le respetó el derecho a la confidencialidad, recibió consulta médica e inmediatamente inició el tratamiento. De manera oportuna le fueron suministrados los medicamentos y fue remitido para realizar los trámites de pensión, estaba asintomático. La noticia de su diagnóstico fue de impacto e inaceptable. Cuando comunicó a su familia su estado de salud, fue rechazado y discriminado, después de un tiempo volvió a restablecer la comunicación con ellos. Compartió esta noticia con su pareja sexual pidiéndole que se realizara la prueba, éste accedió y le dijo que había sido negativa; él cree que fue infectado por este compañero, porque misteriosamente desapareció y un tiempo después supo que había muerto. Asume que fue promiscuo porque se realizaba regularmente la prueba. Actualmente tiene pareja estable y se protege.

Conoce sus deberes y derechos dentro del SGSSS; al momento de su diagnóstico sabía poco de la enfermedad, ahora tiene más conocimiento que ha obtenido a través de su aseguradora y de las fundaciones de acción social para pacientes con VIH.

Estuvo sin medicamento un mes, pero fue suministrado por una fundación; los exámenes médicos se los ordenan cada tres meses, tiene atención con sicóloga si lo necesita, ha tenido control con infectólogo. Estuvo hospitalizado por una hemorragia no relacionada con la infección por VIH. Utilizó

la tutela en una ocasión porque le iban a cambiar los medicamentos comerciales por genéricos. Tiene conocimiento de que algunos compañeros no reclaman los medicamentos periódicamente, y otros los venden en la plaza minorista.

Manifiesta que en Institución 10, han cambiado mucho las cosas porque que los pensionaban solamente con el diagnóstico de positivos VIH, ahora es difícil, hay algunos en condiciones no deseables de salud y aún no los pensionan; muchos de ellos están en “el monte” y están solicitando su traslado a la ciudad. La entidad no ofrece servicios diferentes a los referidos. Los servicios de salud que le ofrecen los califica como buenos.

## CASO N°. 22

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 4
EDAD:	41
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Operario
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	4 años

Este paciente no permitió entrevista, quiso llenar solo la lista de preguntas, fue ajeno a la firma del consentimiento informado.

Reside en Santo Domingo, lo llevó a practicarse la prueba la pérdida de peso sin motivo ni patología; la entrega de los exámenes la realizó la trabajadora social, la noticia fue de impacto y de no aceptación, no sabía nada de VIH/SIDA, ahora sabe muchas cosas, ha adquirido este conocimiento a través de la EPS; al momento del diagnóstico, tenía un año de haberse afiliado a la seguridad social y afirma que no conoce sus derechos en el SGSS; empezó a recibir atención integral un mes después del diagnóstico y accedió fácilmente a ella para esto solo tenía que estar vinculado al programa de VIH/SIDA, asiste a cita médica cada mes y fácilmente, sabe muchas cosas de VIH, de auto-cuidado, y de la importancia de usar el condón, no ha tenido que recurrir a derechos de petición, tutelas ni nada por el estilo, no toma medicamentos, ha estado hospitalizado y la atención ha sido buena, no conoce programas de prevención de VIH/SIDA. Los servicios que recibe de la aseguradora son buenos.

### CASO N°. 23

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 4
EDAD:	30
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	4
ACTIVIDAD:	Estudiante
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	2 años

Este paciente no permitió interactuar con entrevistador, quiso llenar solo la encuesta; fue reacio a firmar el consentimiento informado, receloso de la información.

Reside en Villa Hermosa, lo llevó a practicarse la prueba, su historia de relaciones sexuales de riesgo. La entrega de los exámenes la realizó una trabajadora social, la noticia la recibió tranquilo porque sabía al riesgo que siempre había estado expuesto; no ha compartido con nadie su diagnóstico, motivo por el cual no se ha sentido discriminado. No sabía nada de VIH/SIDA, la EPS le aportado mucho conocimiento. Al momento del diagnóstico tenía dos meses de haberse afiliado a la seguridad social y afirma que no conoce sus derechos en el SGSS; empezó a recibir atención integral desde el principio, pero para ello, tuvo que recurrir a acción de tutela por no tener las semanas cotizadas. Asiste fácilmente a cita médica mensual. Conoce el programa de VIH/SIDA de la EPS, el cual califica como bueno, pero dice que el servicio de Urgencias es de pésima calidad. Los servicios que recibe de la aseguradora a excepción de Urgencias son excelentes, siempre le han suministrado los medicamentos.

## CASO N°. 24

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 4
EDAD:	48
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	2
ACTIVIDAD LABORAL:	Empleado de Bodega
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	8 años

Este paciente no permitió interactuar con entrevistador, quiso llenar solo la encuesta; fue reacio a firmar el consentimiento informado.

Reside en la zona centro de Medellín; la prueba se la realizaron por haber presentado cuadro de neumonía con necesidad de hospitalización y los resultados fueron positivos para VIH. Esta notificación causó confusión total, angustia y temor a la muerte; no sabía nada de VIH/SIDA ; ahora conoce un poco más y también ha adquirido este conocimiento a través de la EPS. Al momento del diagnóstico tenía más de 10 años de haberse afiliado a la seguridad social como cotizante del régimen contributivo, afirma que si conoce sus derechos en el SGSSS.

Se ha sentido discriminado social y laboralmente; empezó a recibir atención integral, inmediatamente fue diagnosticado y con fácil acceso. Es atendido por médico general cada dos meses con formulación de medicamentos. Califica como bueno el programa de VIH/SIDA (incluidos los profesionales de la salud), asiste a reuniones programadas por la EPS cada mes. Ha recibido capacitación sobre auto-cuidado, importancia de usar el preservativo, etc. No ha tenido que recurrir a derechos de petición, tutelas, entre otros. Los medicamentos son suministrados con facilidad; la cita con el infectólogo es “muy demorada”, según el paciente.

No conoce programas de prevención de VIH/SIDA ofrecidos por su EPS/IPS.

## CASO N°. 25

RÉGIMEN:	Contributivo
EPS:	N°. 4
EDAD:	32
GENERO:	Masculino
ESTADO CIVIL:	Soltero con un hijo
ESTRATO SOCIOECONÓMICO:	3
ACTIVIDAD LABORAL:	Empleado
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO:	6 años

Este paciente no permitió interactuar con entrevistador, quiso llenar solo la encuesta; fue reacio a firmar el consentimiento informado.

Debido al fallecimiento de su pareja por infección de VIH, se realizó la prueba con resultados positivos; la noticia le causó mucha angustia, sintió morirse; ya había investigado y adquirido algunos conocimientos relacionados con el tema; actualmente conoce un poco más a través de su contacto con los profesionales de la salud, las personas infectadas y los programas educativos que realiza su IPS. Al momento del diagnóstico, tenía poco tiempo como afiliado a la seguridad social en calidad de cotizante y afirma que conocer sus derechos en el SGSS; interpuso acción de tutela por semanas cotizadas para poder recibir atención inmediatamente después del diagnóstico y ser vinculado al programa de pacientes con VIH/SIDA . Dice que se ha sentido discriminado social y laboralmente, asiste a cita médica cada mes y a cita con sicóloga y nutricionista cada dos meses, califica el programa como bueno y “de mucho apoyo”, ha recibido capacitación sobre temas relacionados con su enfermedad, como auto-cuidado e importancia de usar preservativo. Ha tenido dificultad para conseguir cita con infectólogo u otros especialistas, ya que las citas son “muy demoradas”. Conoce los programas de prevención de VIH/SIDA que ofrece su la IPS, pero no asiste por temor.

## CASO N°. 26

RÉGIMEN: Contributivo  
EPS: N°. 4  
EDAD: 35 años  
GENERO: Femenino  
ESTADO CIVIL: Unión Libre, 3 hijos  
ESTRATO SOCIOECONÓMICO: 1 (Popular 1)  
ACTIVIDAD LABORAL: Ama de Casa  
TIEMPO DESDE DIAGNÓSTICO: 2 años

Fue hospitalizada por tuberculosis pulmonar con realización de paraclínicos para infección de VIH, con resultados positivos, el resultado fue entregado por médico tratante en ronda médica, la reacción frente al diagnóstico fue de tristeza y resentimiento con su pareja por haberla contagiado. Desde entonces recibe tratamiento antirretroviral. Al momento del diagnóstico llevaba un año afiliada como beneficiaria del régimen contributivo y no sabía mucho del tema, ahora la EPS le ha enseñado a conocer, manejar la enfermedad y cuidarse. Se ha sentido discriminada laboral y socialmente. El acceso al tratamiento fue un poco difícil por desconocimiento del proceso.

Asiste a control médico mensual, paraclínicos semestrales, control periódico con nutrición, psicología, no le gusta asistir a odontología.

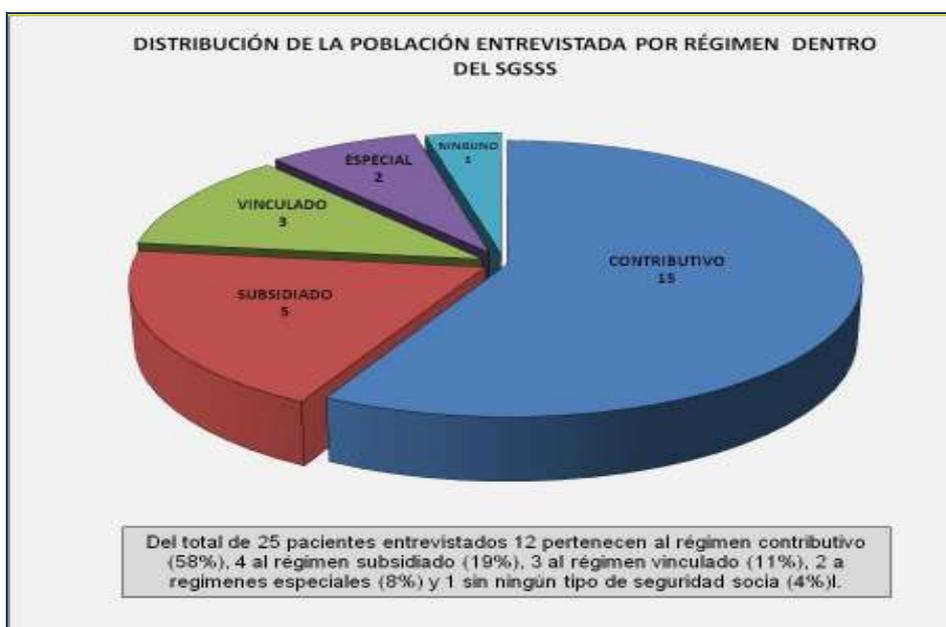
Refiere que los médicos son “muy buenos” y están pendientes de los pacientes. Impuso acción de tutela por medicamentos NO POS.

Asiste a charlas educativas mensuales relacionadas con su enfermedad.

Los pacientes de esta EPS asisten a control con infectólogo solo en caso de necesitarlo.

### 6.3 Gráficas

Gráfica 1



## 7. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez finalizado el proceso de recolección de información y la tabulación de ésta, como parte central de este trabajo haremos la revisión y discusión acerca de los servicios de salud que reciben los pacientes con VIH/SIDA dentro del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, teniendo como base los beneficios contemplados en la normatividad existente en la actualidad sobre el tema.

Dentro de la Constitución Política de Colombia se señala a nuestro país como Estado Social de Derecho, fundamentado en el respeto por el derecho fundamental a la vida, que abarca la dignidad, la salud y la igualdad, entre otros, incluidos los enfermos de VIH/SIDA, quienes deben gozar de los mismos derechos que tienen los demás ciudadanos.

Existen mecanismos de protección de los derechos fundamentales como el derecho de petición y la acción de tutela, los cuales han sido de gran utilidad para este grupo particular de pacientes, en razón de la urgencia requerida para la restitución de sus derechos fundamentales o conexos, en relación de la vulnerabilidad física y entorno discriminatorio.

Es fundamental la relación entre el derecho a la vida y el derecho a la salud, especialmente para los pacientes con VIH/SIDA, quienes ven comprometida tanto su calidad de vida, teniendo al mismo tiempo un alto porcentaje de mortalidad a causa de la infección.

La Ley 100 de 1993 (1) establece un sistema “integral” de seguridad social (salud, pensiones y riesgos profesionales), contempla características, fundamentos y principios que garantizan el derecho constitucional a la salud, bajo la condición de prevención de la enfermedad, promoción de la salud y tratamiento de enfermedades.

La Ley 972 de 2005 (36) aduce (...) las entidades que conforman el SGSSS no podrán negar la asistencia de laboratorio, médica y hospitalaria requerida a un paciente con VIH/SIDA (...)

## **Régimen Contributivo**

El inconveniente más frecuente en este grupo de pacientes es la necesidad de interponer acciones de tutela ante las diferentes entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud para acceder oportunamente a la atención integral: tratamiento médico, procedimientos quirúrgicos, realización de paraclínicos, citas con especialistas, períodos mínimos de cotización: 26 semanas según Ley 1122 de 2007 (37), servicios de salud en general, entrega oportuna de medicamentos POS y autorización de medicamentos NO POS.

La falta de continuidad en los programas (tratamientos médicos, capacitación, autorización de paraclínicos, entre otros) ha sido una de las situaciones difíciles a las que se enfrentan los pacientes, debido a la rotación por varias IPS para acceder a los servicios que requieren, generando sobrecostos en transporte y mayor cantidad de tiempo invertido en tramitología.

Algunos de los pacientes hacían referencia a que en ocasiones se les cobraba copago por los servicios de salud, sin tener claridad si la enfermedad por la cual consultaban estaba relacionada con el VIH/SIDA, incumpliendo el acuerdo 260 de 2004, Artículos 6 y 7, por los “...cuales se eximen de copagos y cuotas moderadoras a quienes se encuentren en un programa de atención específica de control permanente o padezcan una enfermedad de alto costo...” (35).

Algunos manifiestan la falta de oportunidad en la asignación de citas con especialistas, en la entrega de medicamentos y una atención de poca calidad en la prestación de los servicios de urgencias.

## **Régimen Subsidiado**

En este grupo de pacientes se presentan variaciones en atención médica que fluctúa entre 1 y 2 meses.

Igualmente en este régimen se presenta con mas frecuencia el tener que recurrir a mecanismos legales para lograr aprobación de procedimientos quirúrgicos, cita con médico especialista (infectología, neumología, medicina interna, hepatología, entre otros) y la entrega oportuna de medicamentos.

Para 3 de los 5 pacientes encuestados en este régimen hubo dificultad en la entrega de los medicamentos, principalmente por no disponibilidad de éstos en la farmacia de la IPS, con demora en la entrega y en muchas ocasiones cesación del tratamiento médico; ésto favoreció la aparición de cepas resistentes, elevación de carga viral, disminución en el recuento de CD4 y aparición de infecciones oportunistas, con morbilidad asociada. Además, uno de ellos que venia recibiendo durante varios años medicamentos “de marca” con carga viral indetectable en este período, comenzaron a entregárselos como genéricos en los últimos 8 meses, con elevación de carga viral y disminución en el recuento de CD4 observados en resultados de paraclínicos.

Dentro de los profesionales de la salud encargados de entregar los resultados de estudios para hacer el diagnostico de VIH, existen quienes por falta de conocimiento en el tema, pueden decirle a un paciente asintomático al momento del diagnóstico que tiene “1 año de vida”, tal como lo encontramos en uno de los paciente encuestados. En el Decreto 1543 de 1997, artículo 10 se hace referencia a la actualización sobre el tema de las personas del equipo de salud: “las entidades de carácter público y privado que presten servicios de salud, deben promover y ejecutar acciones de información, capacitación y educación continuada sobre ETS, VIH y SIDA al personal, con el fin de mantenerlos actualizados en conocimientos acordes con los avances científicos y tecnológicos al respecto...” (7)

En uno de los casos el paciente consultó a médico especialista por problema dermatológico quien prescribió medicamentos no contemplados dentro de su plan de beneficios y por tanto debían ser

estudiados por el Comité Técnico Científico de su aseguradora, la respuesta a esta solicitud fue “no aprobación por no tener riesgo inminente para la vida”, en citas de control se ordenó nuevamente tratamiento NO POS, pero el especialista tratante se negó a diligenciar la documentación, aduciendo que “no sabía hacerlo y no tenía tiempo”, ante estos hechos el paciente pidió cambio de sitio de atención y en la nueva IPS el médico tratante también se negó a diligenciar los formatos para solicitud ante el CTC, documentando que “en esta IPS no se llenan esos documentos”; finalmente el paciente decide comprar los medicamentos y evitar tanta tramitología infructuosa, con el no cumplimiento de artículo 14, literal j de la Ley 1122 de 2007 (37) y Resolución 3099 de 2008 (49).

## **Vinculados – Pobres sin Subsidio**

En este grupo encontramos que en términos generales se cumple la premisa de cobertura integral, con un alto grado de satisfacción por parte de los pacientes entrevistados, acerca de la atención recibida en las IPS, como parte del programa especial de atención del grupo de pacientes con VIH/SIDA; éstos refieren que desde el momento del diagnóstico comenzaron a tener fácil acceso a los servicios de salud tales como: consulta médica, exámenes de control, entrega de medicamentos, capacitación, recreación, psicología, nutricionista, entre otros, cumpliendo con lo establecido en el decreto 559 de 1991 (20).

Estos pacientes refieren, que aunque al momento del diagnóstico no tenían conocimiento de la enfermedad, lo han adquirido a través de los programas de capacitación que les ofrece la IPS.

La calidad y oportunidad de los beneficios entregados a los vinculados es de tal nivel, que no encontramos en los encuestados quienes hayan tenido que acceder a medidas legales para poder recibirlos; encontrando además, el caso de un vinculado que teniendo capacidad económica, no cotiza dentro del régimen contributivo, ya que teme pérdida o disminución de la calidad en los servicios que hasta el momento ha tenido como paciente vinculado.

Encontramos algunas limitaciones particulares, como la falta de recursos económicos para el desplazamiento de los pacientes y poder acceder oportunamente a los servicios de salud ofrecidos en su plan de beneficios, ya que son pacientes de estratos económicos bajos (2 de los 3 pacientes son estrato socioeconómico 1 y 2). De este punto surgiría la propuesta de incluir dentro de los beneficios, un subsidio de transporte, siempre y cuando se documenten bajos recursos económicos asociados a no tener actividad laboral estable con compensación suficiente.

La atención del paciente no asegurado sin capacidad de pago es responsabilidad de la respectiva entidad territorial, con cargo a recursos provenientes de oferta, de acuerdo con la reglamentación que para el efecto se expida (...) Artículo 3, Ley 972 de 2005 (3), quienes contratan con un grupo de prestadores para cubrir las necesidades de los usuarios en este campo.

## **Régimen Especial**

En este grupo se encontró dificultad en el acceso a citas médicas debido a que la asignación de estas era en una ciudad diferente a la de su residencia, todo esto mientras el régimen especial le definía si le iba a garantizar o no la prestación de servicios de salud por haber sido diagnosticado durante la prestación del servicio militar.

Otra situación encontrada en este régimen es la inconformidad que viven hoy los pacientes diagnosticados, debido a que anteriormente con el solo diagnóstico de VIH la entidad les concedía la pensión, hoy en día, la pensión solo es concedida a quienes cumplen con los criterios del Manual Único para Calificación de Invalidez (Decreto 917 de 1999) (27), que determina la pérdida de la capacidad laboral de cualquier origen.

Se encontraron manifestaciones de haber sentido violado el derecho a la confidencialidad contemplado en el Decreto 1543 de 1997 (7), debido a que luego de haber donado sangre le fue notificado el resultado positivo de la prueba de VIH al personal asistencial de su aseguradora, el cual no hizo un buen manejo de la información.

Se tuvo conocimiento de que se estaba realizando cambio de medicamentos comerciales por genéricos, teniendo como consecuencia aumento de las acciones de tutela instauradas por los afectados para impedir dichos cambios.

## **Pacientes sin Seguridad Social**

Encontramos un caso de un paciente que se quedó sin seguridad social por haber sido desvinculado de la empresa donde laboraba (debilidad de nuestro sistema actual de Seguridad Social), perdiendo cualquier derecho de acceso a servicios de salud y al tener que consultar al servicio de urgencias por cuadro diarreico/deshidratación relacionado con la infección por VIH, debe cancelar una suma importante de dinero; siendo una falla del sistema de protección social, donde un paciente sin salario o contraprestación por labores, además de carecer de recursos para cubrir necesidades básicas, debe sacar de su propio bolsillo los recursos para cancelar sus gastos en salud.

Dentro de las barreras que impiden la cobertura integral del programa de atención a los pacientes VIH/SIDA se encontraron:

- Dificultad por parte de algunos pacientes, en especial aquellos que se encuentran en el régimen subsidiado, para acceder a los antirretrovirales, estas dificultades se expresan en el cambio de medicamentos comerciales por genéricos y retraso en la entrega de hasta 21 días, por no disponibilidad de los mismos en la farmacia.
- Dificultad para acceder a consultas con especialistas, la cual se manifiesta en los trámites que tienen que realizar los pacientes luego de ser remitidos por medicina general, ya que tardan mucho tiempo tanto para generar la autorización como para la asignación la cita.
- Cambio por parte de las EPS de las Instituciones de Salud que atenderán a los pacientes, ya que ésto no permite una continuidad en la atención por los diferentes profesionales que los atienden en cada una de las IPS.

## 8. DISCUSIÓN GENERAL DE RESULTADOS

Una vez analizados los regímenes contributivo, subsidiado, vinculado y especiales, dejamos planteado con esta investigación que la normatividad vigente en Colombia específica para la atención en salud de pacientes con VIH/SIDA, actualmente se cumple de manera parcial, de acuerdo a la información suministrada por parte de las aseguradoras, prestadoras y pacientes.

Dentro de los regímenes encontramos que algunos de los pacientes han tenido fácil acceso al programa de VIH/SIDA en las diferentes entidades, con ciertas limitaciones, según lo establece el Decreto 559 de febrero 22 de 1991 (20), relacionado con la vinculación al programa, donde se contemplan todos los aspectos éticos y legales para el manejo del SIDA en el país, según las recomendaciones de la OMS. Se encontraron como barreras de acceso en este sentido, el número de semanas cotizadas, debido a que algunos pacientes en el momento de su diagnóstico tenían menos de 26 semanas, motivo por el cual deben aportar un porcentaje del costo total del tratamiento (pagos compartidos), proporcional al número de semanas faltantes para completar los períodos mínimos de cotización, de acuerdo a la Ley 1122 de 2007 (37); lo que lleva a los pacientes a instaurar acciones de tutela: derecho adquirido en la Constitución Política de Colombia de 1991 Artículo 86 (21), coherente con la Sentencia Unificada 480 de 1997 (24) que posibilita la restitución de los derechos cuando han sido vulnerados, o hacer solicitud ante el Comité Técnico Científico (CTC) por períodos mínimos de cotización reglamentados en la Resolución 3099 de 2008 (39).

Con estos hechos se incumple el principio de Universalidad de SGSSS, donde se garantiza la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida, pero se dan por los fundamentos económicos del sistema, donde las aseguradoras se ven obligadas a intentar equilibrar su costo médico al cubrir los gastos de estos pacientes con fondos diferentes a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), con la posibilidad de recobrar estos costos ante el FOSYGA, bien sea por un caso sesionado de CTC o por acciones de tutela.

El Acuerdo 260 de 2004 (35) en sus Artículos 6 y 7 “exime de copagos y cuotas moderadoras respectivamente, a quienes se encuentren en un programa de atención específica de control permanente o que padezcan una enfermedad de alto costo”; en esta investigación se conoció que algunos prestadores están incurriendo en el incumplimiento de esta norma, por no exonerar a los pacientes VIH/SIDA de estos pagos para acceder a la prestación de los servicios. Lo cual va en detrimento del presupuesto del paciente, generalmente aminorado por ser pacientes inactivos laboralmente, por pertenecer a un estrato socioeconómico bajo y/o tener que sufragar gastos adicionales importantes a causa de su enfermedad.

Aseguradores, prestadores y pacientes manifestaron que como barrera se encuentra la demora en la entrega de los medicamentos antirretrovirales, generalmente por no disponibilidad de existencias en farmacia, contrariando de esta forma la Ley 1122 de 2007 (37), la Sentencia Unificada 480 de 1997 (24), la Ley 972 de 2005 (3), la Ley 100 de 1993 (1) y demás normas relacionadas con la entrega oportuna de medicamentos a los enfermos de VIH/SIDA. Esta situación induce a que los afectados se vean obligados a suspender los tratamientos por motivos ajenos a su propia voluntad, creando de esta manera cepas resistentes, con indicación de practicar el examen de genotipificación, y a esto se suma que se les debe iniciar un tratamiento de mayor espectro, generando incremento en los costos para el sistema. Como otra consecuencia de la interrupción de los tratamientos se presentan infecciones por gérmenes oportunistas, con complicaciones asociadas, incluido el fallecimiento de muchos de los pacientes, de esta forma se crean difíciles situaciones psicológicas, familiares y socioeconómicas para la comunidad en general.

Muchos de los pacientes entrevistados manifestaron sentirse discriminados en sus entornos social, laboral y familiar, lo cual va en contravía de la Constitución Política de Colombia en su Artículo 13 “Todas las personas...gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades, sin ninguna discriminación...” (21); con el Decreto 559 de 1991, que abre camino a la legislación relacionada con el tema del VIH en materia de acceso a la atención de la patología y a la reducción del estigma y la discriminación de los pacientes infectados por el VIH (20); así como también con el Decreto 1543 de 1997 en el Artículo 39: “...la no discriminación a las personas infectadas por VIH, a sus hijos y demás familiares no podrá negárseles por tal causa su ingreso o permanencia en los centros educativos,

públicos o privados, asistenciales o de rehabilitación, ni el acceso a cualquier actividad laboral o su permanencia en la misma, ni serán discriminados por ningún motivo...” (7).

En el mismo Decreto 1543 de 1997 y en su Artículo 32 se aduce: “Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por VIH, asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y de toda la información que pertenezca a su intimidad...”, con las excepciones contempladas en el Artículo 34: “revelación del secreto profesional” (7), algunos de los pacientes se sintieron vulnerados en este sentido, porque se realizaron la prueba en sitios diferentes a los asignados por su aseguradora (donación de sangre) y cuando acudieron al servicio médico en su IPS, había sido difundido su estado de salud entre personas no relacionadas con el programa, ya que los resultados se enviaron desde el Ente Territorial a su aseguradora en un oficio con pobres condiciones de confidencialidad.

En términos generales existen pocas barreras de acceso en cuanto a la práctica de exámenes de laboratorio, ya que la periodicidad de estos exámenes está acorde con lo establecido en la “Guía para el manejo de VIH/SIDA” elaborada por el Ministerio de la Protección Social reglamentada por Resolución 3442 de 2006 (perfil lipídico a los 6 meses de iniciar el tratamiento y luego cada 3 a 12 meses, CD4 cada 6 meses, carga viral cada 6 meses, cuando hay una respuesta óptima después de iniciado el tratamiento o cambio del mismo) (6), el Decreto 1543 de 1997 (7) y la Resolución 5261 de 1994 (23).

El manejo de la entrega de resultados a los pacientes por parte de los prestadores se viene realizando de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1543 de 1997 Artículo 6: “los resultados de las pruebas para diagnóstico de VIH y ETS deberán ser entregados al paciente por un profesional de la medicina y otra persona del equipo de salud debidamente entrenada en consejería (7), Resolución 8430 de 1993 (22), Decreto 559 de 1991 (20) y demás normas relacionadas con la ética en el manejo del VIH/SIDA, ya que muchos de los pacientes, aseguradores y prestadores relatan que la entrega de dichos exámenes es realizada por profesionales de la salud y generalmente en forma confidencial, con algunas excepciones.

El Decreto 1543 de 1997 en su Artículo 21 habla de la prohibición de realizar pruebas para:

- “ a. Admisión o permanencia en centros educativos, deportivos, sociales o de rehabilitación.
- b. Acceso a cualquier actividad laboral o permanencia en la misma.
- c. Ingresar o residenciarse en el país.
- d. Acceder a servicios de salud.
- e. Ingresar, permanecer o realizar cualquier tipo de actividad cultural, social, política económica o religiosa” (7).

De acuerdo a lo anterior encontramos incoherencia en las prácticas reales debido a que se tuvo conocimiento de algunas empresas reconocidas en el medio, que exigen la prueba de VIH para que las personas puedan acceder a la vinculación laboral.

La Ley 1220 de 2008 relacionada con los delitos contra la salud pública establece en el Artículo 3 “la penalización por la propagación del VIH mediante la realización de prácticas que puedan contaminar a otras personas, como la donación de sangre, semen, órganos o componentes anatómicos” (42), de igual forma, el Decreto 1543 de 1997 en su Artículo 41 se refiere al deber que tienen las personas infectadas de no realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas (7).

En la recopilación de información para esta investigación se tuvo conocimiento de que muchos pacientes incumplen la norma en este sentido, ya que teniendo conocimiento de su estado de infectado con el VIH, realizan prácticas sexuales sin ninguna protección y sin informar su estado de salud a las personas con las que las realizan, Artículo 36 el mismo decreto: “Deber de informar. Para poder garantizar el tratamiento adecuado y evitar la propagación de la epidemia, la persona infectada con VIH, o que haya desarrollado SIDA y conozca tal situación, está obligada a informar dicho evento a su pareja sexual y al médico tratante, o al equipo de salud ante el cual solicite, algún servicio asistencial” (7).

Prestadores, aseguradores y pacientes manifiestan tener conocimiento de que personas infectadas no toman los medicamentos, algunos de ellos los venden o los regalan, por diferentes razones, especialmente por contraprestación económica, falta de motivación para tratar su enfermedad.

No hay claridad acerca de una entidad encargada de vigilar y tomar acciones como sancionar a los pacientes, que realicen este tipo de actividades y su reglamentación/penalización como delitos.

### **Últimas Reformas del SGSSS**

Con relación a los cambios que las últimas reformas del SGSSS en Colombia, han generado sobre la atención y servicios de salud prestados a los pacientes con VIH/SIDA, podemos señalar lo siguiente:

En la Resolución 3099 de agosto 19 de 2008, “por la cual se reglamentan los CTC y se establece el procedimiento de recobro ante el FOSYGA por concepto de suministro de medicamentos, servicios médicos y prestaciones de salud no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, POS, autorizados por CTC y fallos de tutela” (50), la cual se basa en las consideraciones de:

- 1** Sentencia C-316 09 abril de 2008 donde la Corte Constitucional declaró exequible la expresión “si la EPS no estudia oportunamente las solicitudes, ni las tramita ante el CTC y se obliga a prestar los servicios por tutela, los costos serán cubiertos por iguales partes entre EPS y FOSYGA” (literal j del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007) (49).
  
- 2** Sentencia C-463 14 de mayo de 2008 donde la Corte Constitucional declara exequible el literal j del Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 señalando que los usuarios tanto del régimen contributivo como del subsidiado, podrán realizar solicitudes de atención en salud ante las EPS en relación con: servicios médicos, medicamentos, intervenciones, cirugía, tratamiento u otros ordenados por su médico tratante y no incluidos en el POS (50).

**3** Sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional en la cual se establece:

- a. Autorización de todos los medicamentos y servicios de salud no incluidos en el plan de beneficios de los pacientes del régimen Contributivo y Subsidiado ante el Comité Técnico Científico de la EPS, previa orden del médico tratante.
- b. Proceso oportuno de autorización de estas solicitudes y recobro ágil ante el FOSYGA.
- c. Recobro de los servicios de salud autorizados por tutela con fallos en firme y sentencias de segunda instancia (antes se exigía el fallo autenticado, con gran dificultad para conseguirlos ante el respectivo juzgado).
- d. No se requiere que la tutela conceda recobro en la parte resolutive, todo lo que la EPS autorice por orden de fallo de acción de tutela, será recobrable.
- e. Reconocer la diferencia del valor de medicamentos genéricos y comerciales solicitados por médico tratante, si la EPS entrega éstos últimos previo estudio de su pertinencia.
- f. Sistema de recobros ágil y eficiente que garantice el flujo de recursos, desembolsos oportunos y le concede el Ministerio de Protección Social plazo para quedar a paz y salvo de los valores que adeuda a las diferentes aseguradoras hasta el 01 febrero de 2009.
- g. Si para acceder a los servicios de salud ordenador por médico tratante, el paciente se ve obligado a imponer acción de tutela, sin que esta solicitud sea tramitada por el CTC de la EPS, la sanción será el cubrimiento de sus costos por partes iguales entre la EPS y el FOSYGA (Régimen contributivo) y por el Ente Territorial y la EPS S (Régimen Subsidiado) (43).

Todo lo anterior implicaría que los usuarios del SGSSS en Colombia, especialmente los que padecen VIH/SIDA, tengan un acceso ágil y oportuno a los diferentes servicios de salud prescritos por su médico tratante, aún cuando no se encuentren en el plan de beneficios establecido (POS), al mismo tiempo que indica un flujo oportuno de recursos, ordenando al FOSYGA saldar los valores que al momento adeuda a los diferentes aseguradores por concepto de recobro de servicios NO POS.

## 9. CONCLUSIONES

En general dentro del SGSSS para pacientes con VIH/SIDA existe una atención que incluye controles médicos, entrega de medicamentos, paraclínicos de control, actividades de capacitación, recreación, entre otros, con algunos inconvenientes en la prestación de estos servicios.

Sin embargo, algunos pacientes no tienen la responsabilidad ni la conciencia para evitar el contagio a la comunidad sana: Se tuvo conocimiento de pacientes que siendo positivos VIH, realizan practicas sexuales sin protección, en diversos centros de la ciudad (clubes nocturnos, salas de cine pornográfico, jacuzzi, bares, entre otros); estas situaciones imposibilitan el control de la enfermedad, aún cuando existan algunos programas de capacitación orientados hacia una sexualidad responsable y preventiva en las diferentes aseguradoras.

Frente a ésta situación no hay claridad en cuanto al ente que vigile, controle o impida la proliferación de sitios multiplicadores de la infección, que de manera indiscriminada son visitados por hombres y mujeres bisexuales y/o heterosexuales.

De otra parte, se conoció que existen sospechas de que algunos pacientes venden los medicamentos en la plaza minorista, otros los regalan y otros los cambian por víveres, situación delicada, debido a que el SGSSS cumple con lo que establece la norma relacionado con la entrega de medicamentos antirretrovirales, con posibilidades de tener pacientes de otras patologías, que requieran también de atención médica con tratamientos costosos.

Es importante resaltar que el SGSSS trabaja y legisla diariamente para mejorar las condiciones de salud de la población colombiana, hecho que vemos reflejado en la historia de las enfermedades como lo es el VIH/SIDA; en la posibilidad que se le dio a los colombianos de reclamar sus derechos cuando son vulnerados como lo es la Sentencia Unificada 480 de 1997 (24) relacionada con las acciones de tutelas y la Sentencia T- 460 de 2008 (43) donde se refuerza la atención integral (citas

médicas, paraclínicos, medicamento, educación, entre otros) para el paciente infectado, sin necesidad de recurrir a mecanismos legales como tutelas, sino a través del CTC.

Esta legislación ha permitido que personas diagnosticadas como positivos VIH desde hace mucho tiempo, tengan una larga supervivencia a ésta enfermedad de alto costo, con tratamientos que llevan a mejorar su calidad de vida.

Se deja planteado que existe presunción de que algunas prestadoras, contratan y facturan los servicios que prestan a los pacientes con VIH/SIDA, por debajo de los precios del mercado; al parecer, compran los medicamentos a personas u organizaciones que se dedican al contrabando. Esta situación debe preocupar a los entes encargados de la vigilancia y control de medicamentos, porque puede quedar entredicho la calidad y la efectividad de los mismos, al ser suministrados a los pacientes con VIH/SIDA, empeorando aún más, su cuadro clínico.

Es de absoluta importancia, resaltar la labor social desinteresada y comprometida que realizan algunas entidades como Fundación Rasa, Fundación Gestión Cultura, Positivos por la Vida, entre otras, de quien se obtuvo todo el apoyo y la colaboración para desarrollar en gran parte, la práctica médica complemento de ésta investigación. A sus Líderes, nuestro reconocimiento y gratitud.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) República de Colombia, Congreso de la República. Ley 100. 1993, Diciembre 23.
- (2) Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, ONUSIDA, Grupo Temático para Colombia, Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH y SIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011. Bogotá D.C, Colombia; 2007.
- (3) República de Colombia. Congreso de la República de Colombia. Ley 972. 2005, Julio 15.
- (4) ONUSIDA. Métodos para las pruebas del VIH: actualización técnica; Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: actualización técnica. Ginebra; 1997.
- (5) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 2007.
- (6) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 3442 2006, Septiembre 22.
- (7) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1543. 1997, Junio 12.
- (8) Tello IC. Frente al Sida, una Legislación más Humana. 2008; Available at: hallado en: [www.universia.net.co/vih-sida-jurídica](http://www.universia.net.co/vih-sida-jurídica). Accessed Junio 7.
- (9) ONUSIDA. Métodos para las pruebas del VIH: actualización técnica; Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: actualización técnica. Ginebra; 1997.
- (10) Organización Mundial de la Salud. Available at: disponible en: [www.who.int/hiv/es/index.html](http://www.who.int/hiv/es/index.html), 2008.
- (11) Antela Antonio. Manual de capacitación en el manejo integral de personas adultas que viven con el VIH/Sida para equipos de atención primaria y comunitaria en Latinoamérica y el Caribe. Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud; 2004.
- (12) Organización Panamericana de la Salud. Sida, la epidemia de los tiempos modernos Comunicación para la Salud N°. 5. Washington D. C.: OPS/OMS; 2005.

- (13) Wender, K.M. Dept. of Infectious Diseases, Lahey Clinic. Infección por VIH sintomática y temprana. Available at: hallado en: <http://www.clinicadam.com/Salud/5/000603.html>. Accessed Junio 13, 2008.
- (14) Ortiz de Lejarazu R, Cisterna R, Eiros JM, González A, Maroto MC, Pumarola T, et al. Diagnóstico Microbiológico de la Infección por VIH, Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. número 6B ed. Madrid: Picazo JJ; 1998.
- (15) ¿Qué es el SIDA? Available at: hallado en: [http://www.aidsinfonet.org/fact\\_sheets/view/101](http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/101). Accessed Agosto 6, 2008.
- (16) Organización Panamericana de la Salud. Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH. Región de América. Washington, D.C: OPS; 2008.
- (17) AIDS info VIH, Adults and adolescents Guidelines. Treatment for adult VIH Infections, recommendations for IDSA. : Jama; 2006.
- (18) AVERTing HIV and AIDS. Introducción al Tratamiento de VIH y SIDA. Available at: hallado en: <http://www.avert.org/tratamiento-vih-sida.htm>. Accessed Septiembre 22, 2008.
- (19) Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Salud Pública, ONUSIDA, Grupo Temático para Colombia, Grupo de Trabajo Intersectorial en VIH y SIDA. Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el Sida 2008-2011. Bogotá D.C, Colombia; 2007.
- (20) República de Colombia, Ministerio de Salud. Decreto 559. 1991, Febrero 22.
- (21) República de Colombia, Asamblea Nacional Constituyente. Constitución Nacional. 1991.
- (22) República de Colombia Ministerio de Salud. Resolución 8430 1993, Octubre 4.
- (23) República de Colombia, Ministerio de la Protección Social. Resolución 5261. 1994, Agosto 5.
- (24) República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia Unificada - SU 480. 1997.
- (25) República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 72 1997.
- (26) República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Decreto 806. 1998, Abril 30.
- (27) República de Colombia. Presidencia de la República. Decreto 917 1999, Mayo 28.

- (28) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 412. 2000, Febrero 25.
- (29) República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución 3384 2000, Diciembre 29.
- (30) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 050 2003, Enero 3.
- (31) República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 245 2003, Enero 31.
- (32) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 2093 2003, Julio 3.
- (33) República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social. Acuerdo 306 2005.
- (34) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 336 2006, Mayo 19.
- (35) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Acuerdo 260. 2004, Febrero 4.
- (36) República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 365 2007, Septiembre 20.
- (37) República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1122. 2007, Enero 9.
- (38) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 4747 2007, Diciembre 7.
- (39) República de Colombia Ministerio de la Protección Social. Resolución 3099 2008, Agosto 19.
- (40) República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 425 2008, Febrero 11.
- (41) República de Colombia. Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud. Acuerdo 379 2008, Enero 23.
- (42) República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1220 2008, Julio 16.
- (43) República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia T-760 2008, Julio 31.
- (44) Valdivieso M. A. Cartilla de Seguridad Social y Pensiones. Bogotá: Legis Editores S. A; 2008.
- (45) Salazar J. A., Palacio D. A. Planes de Beneficios en Salud. Available at: hallado en: <http://aprendeonline.udea.edu.co>. Accessed Jnio, 5, 2008.

(46) Gómez Carrasquel R. El Proyecto Genoma Humano en USA – Impacto Económico, Ético y Social. 2006; Available at: Texto completo en: [www.eumed.net/libros/2006a/rgc/](http://www.eumed.net/libros/2006a/rgc/), 2008.

(47) Sánchez Torres F. Temas de Ética Médica. : INET Colombiana S.A.; 2008.

(48) Instituto Karolinska. Texto del discurso pronunciado en el "Tercer Congreso Internacional sobre Ética y Medicina". Conferencia Nobel Estocolmo. Suecia.

(49) República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-316 2008, Abril 9.

(50) República de Colombia. Corte Constitucional. Sentencia C-463. 2008, Mayo 14.