



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

**EVALUACION DEL ACCESO A LA  
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE LAS  
PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN  
EL DISTRITO CAPITAL DESDE UNA  
MIRADA CRÍTICA AL SISTEMA DE  
SALUD COLOMBIANO**

**MANUEL ALFREDO GONZALEZ MAYORGA**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública  
Bogota, D.C. 2011



# **EVALUACION DEL ACCESO A LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN EL DISTRITO CAPITAL DESDE UNA MIRADA CRÍTICA AL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO**

**MANUEL ALFREDO GONZALEZ MAYORGA**

Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de:

**Magister en Salud Pública**

Director:

Ph.D. Cesar Ernesto Abadía Barrero

Grupo de Investigación:

Antropología Médica Crítica

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública

Bogotá, D.C. 2011

*Dedicada a todas las Personas que Viven con VIH o SIDA y que día tras día nos enseñan que se puede vivir de otro modo y ser feliz a pesar de las dificultades...  
especialmente a mi querido JD*

## Resumen

El presente es un estudio analítico de corte transversal, tamaño de muestra de 622 Personas Viviendo con VIH o SIDA (PVVS) atendidos por VIH en el Bogota Distrito Capital con una confianza del 95% y un margen de error del 5%, dividida según régimen de afiliación. Mediante encuestas se evaluó el acceso a la Terapia Antirretroviral (TAR) de las PVVS en tres aspectos básicos: acceso, continuidad y acompañamiento, el análisis de los resultados se hace desde las perspectivas críticas de las Ciencias Sociales. Los resultados evidencian las características sociodemográficas de las PVVS el 89,7% de las personas están en estratos socioeconómicos medio o bajos y la edad con mayor proporción esta entre los 40 y 44 años con el 18,2%, aunque la cobertura de TAR es del 95,6%, cerca de la mitad de las personas 50,5% informan haberlo suspendido de estos el 23,1% lo hizo por problemas administrativos, el 43,5% reportan no haber recibido ningún tipo de apoyo para la vivencia del VIH o adherencia a la TAR. El análisis estadístico permite identificar asociación entre el régimen de seguridad social y diferentes aspectos de la atención.

**Palabras clave:** VIH, Terapia Antirretroviral, sistema de salud

## Abstract

This is a cross-sectional analytical study, sample size of 622 people living with HIV or AIDS (PLWHA) in HIV treated Bogota Capital District with a 95% confidence and a margin of error of 5%, divided by regime of membership. Using surveys to assess access to antiretroviral therapy (ART) of PLWHA in three basic aspects: access, continuity and support, analysis of the results is made from the critical perspectives of social sciences. The results show the sociodemographic characteristics of PLWHA 89.7% of people are in middle or low socioeconomic status and age with the highest proportion is between 40 and 44 years with 18.2%, although coverage of ART is 95.6%, about half of people report having stopped 50.5% of these 23.1% did so due to administrative problems, 43.5% report not having received any support for the experience of HIV or adherence to ART. Statistical analysis to identify association between social security and various aspects of care.

**Keywords:** AIDS, antiretroviral therapy, health system

## Contenido

Lista de Tablas .....	7
PREFACIO.....	9
INTRODUCCION .....	11
MARCO CONCEPTUAL.....	13
El Sistema de Salud Colombiano .....	13
Comportamiento mundial de la epidemia por VIH/SIDA.....	17
Situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia .....	19
Situación de la epidemia por VIH/SIDA en Bogotá D.C.....	22
Las respuestas ante la epidemia.....	26
Terapia Antirretroviral .....	28
Acceso a la terapia antirretroviral .....	31
PROBLEMA .....	37
JUSTIFICACION .....	39
OBJETIVOS .....	42
ASPECTOS METODOLOGICOS.....	43
Tipo de estudio.....	43
Población de referencia y muestra .....	44
Técnicas de recolección de información.....	45
Análisis de la información.....	46
Consideraciones éticas .....	46
Limitaciones del estudio .....	47
ANALISIS DE RESULTADOS .....	49
Descripción Sociodemográfica de la población. ....	49
Cobertura de Terapia Antirretroviral, oportunidad en la atención médica y acceso a los antirretrovirales.....	54
Cobertura de Terapia Antirretroviral .....	55
Tiempo entre diagnóstico y cita médica .....	57
Acceso a la Terapia Antirretroviral .....	59
Acompañamiento para la vivencia del VIH y adherencia a TAR .....	64
Otros aspectos a tener en cuenta .....	65
Acceso a la prueba diagnóstica incluyendo la asesoría pre y postest.....	66
Acciones jurídicas .....	71
Percepción general de la atención .....	73
DISCUSION .....	76
Una crítica al enfoque para el abordaje y la medición del acceso a los ARV ...	76
La estructura del sistema del sistema de salud como elemento clave .....	79
La “integralidad” en la atención a las PVVS .....	81
La desinformación y su relación con los ARV .....	85
Discutiendo las hipótesis del estudio.....	87
A modo de conclusión .....	88
ANEXOS .....	90
Anexo 1. Pieza comunicativa .....	90
Anexo 2. Consentimiento informado .....	91
BIBLIOGRAFÍA .....	93

## Lista de Tablas

Tabla 1. Instituciones invitadas a participar del estudio discriminadas según aceptación o negativa para desarrollar el estudio .....	43
Tabla 2. Población viviendo con VIH encuestada .....	44
Tabla 3. Distribución según género de las PVVS en el Distrito Capital.....	49
Tabla 4. Distribución según orientación sexual de las PVVS en el Distrito Capital.....	50
Tabla 5. Distribución de edad según grupos quinquenales de las PVVS en el Distrito Capital.....	51
Tabla 6. Distribución de edad al momento del diagnóstico según grupos quinquenales de las PVVS en el Distrito Capital.....	51
Tabla 7. Distribución según nivel de escolaridad de las PVVS en el Distrito Capital.....	52
Tabla 8. Distribución según estrato socioeconómico de las PVVS en el Distrito Capital.....	52
Tabla 9. Distribución según ocupación actual de las PVVS en el Distrito Capital.....	53
Tabla 10. Distribución según sitio actual de residencia de las PVVS en el Distrito Capital.....	54
Tabla 11. Cobertura global de terapia antirretroviral según régimen de afiliación en las PVVS del Distrito Capital.....	55
Tabla 12. Asociación de la cobertura de TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud de las PVVS del Distrito Capital.....	56
Tabla 13. Distribución porcentual de las razones por la cual las PVVS del Distrito Capital decidieron suspender el consumo de TAR.....	56
Tabla 14. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica relacionada con el diagnóstico de VIH en PVVS del Distrito Capital.....	57
Tabla 15. Asociación del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica, el año de diagnóstico, régimen de seguridad social en salud y el estrato socioeconómico de las PVVS del Distrito Capital.....	58
Tabla 16. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la formulación de ARV y entrega efectiva de los mismos en PVVS del Distrito Capital.....	59
Tabla 17. Distribución porcentual de las razones por las cuales se dio el tiempo entre formulación de ARV y entrega efectiva de los mismos en PVVS del Distrito Capital.....	59
Tabla 18. Asociación del tiempo entre la formulación de TAR y la entrega efectiva de esta con autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud en PVVS del Distrito Capital.....	60
Tabla 19. Distribución porcentual de cumplimiento reportado en la toma de ARV en PVVS del Distrito Capital.....	61
Tabla 20. Asociación del total de pastillas que efectivamente toma la PVVS y nivel de escolaridad, autodefinición de género y régimen de seguridad social en salud.....	61
Tabla 21. Distribución porcentual de personas que reportaron haber suspendido los antirretrovirales en algún momento en PVVS del Distrito Capital.....	62

Tabla 22. Distribución porcentual de las veces que las PVVS del Distrito Capital reportan haber ha interrumpido la TAR. ....	62
Tabla 23. Distribución porcentual de la razón por la cual se genero la mayor interrupción de la terapia Antirretroviral en las PVVS del Distrito Capital.....	63
Tabla 24. Asociación de la razón que causo el mayor tiempo de suspensión de la TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud en las PVVS del Distrito Capital.....	63
Tabla 25. Distribución porcentual de apoyo para adherencia TAR por parte de la institución de atención en VIH en las PVVS del Distrito Capital. ....	64
Tabla 26. Distribución porcentual del actor identificado como aquel que realiza las acciones de apoyo para la adherencia a TAR en las PVVS del Distrito Capital. ....	65
Tabla 27. Distribución porcentual de la razón por la cual las PVVS del Distrito Capital decidió o tuvo que realizarse la prueba de VIH. ....	66
Tabla 28. Asociación entre el lugar de realización de la prueba para VIH y el sitio de residencia, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece las PVVS del Distrito Capital.....	67
Tabla 29. Distribución porcentual del cumplimiento en la realización de asesoría pre y postest a las PVVS del Distrito Capital.....	68
Tabla 30. Distribución porcentual del cumplimiento de componentes durante el desarrollo de la asesoría postest recibida por las PVVS del Distrito Capital. ...	69
Tabla 31. Distribución porcentual de sentimientos de incomodidad o haberse sentido juzgado (a) durante la asesoría pre o postest reportado por las PVVS del Distrito Capital. ....	70
Tabla 32. Asociación entre haber recibido asesoría pre - postest y género, orientación sexual, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece las PVVS del Distrito Capital. ....	71
Tabla 33. Distribución porcentual de PVVS del Distrito Capital que requirieron interponer acciones judiciales para tener acceso a servicios en salud relacionados con VIH. ....	71
Tabla 34. Distribución porcentual de procesos o actividades para las cuales se requirió interponer acciones jurídicas por parte de las PVVS del Distrito Capital. ....	72
Tabla 35. Asociación de la necesidad de interponer acciones jurídicas y régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género y nivel de escolaridad en las PVVS del Distrito Capital.....	73
Tabla 36. Distribución porcentual de la calificación general de la atención en VIH según la percepción de las PVVS del Distrito Capital. ....	73
Tabla 37. Asociación de la calificación general de la atención en VIH y Cumplimiento porcentual de asesoría pre y postest, régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género, interrupción de TAR y atención de los profesionales en el mismo sitio. ....	74



## PREFACIO

Considerando que mi formación previa como Odontólogo, Especialista en Epidemiología y funcionario encargado de la Coordinación del programa de VIH en una institución pública, ha marcado una visión clínica, enfocada profundamente en la valides numérica y la biología como explicaciones casi exclusivas de todo cuanto pasa, el presente estudio representó un gran reto como investigador al tratar de hacer un abordaje cuantitativo analizado desde las ciencias sociales y las perspectivas críticas.

La lucha diaria con el sistema de salud para garantizar la atención a las PVVS del Distrito Capital que a diario recurren a la Secretaria Distrital de Salud en busca de ayuda, me enfrentan permanentemente a discusiones tecnócratas que distan de las necesidades reales de estas personas, esto generó el primer reto, al tener que configurar apriori un problema de investigación que como lo piden las premisas metodológicas de la “buena” investigación epidemiológica, debía ser claro, delimitado y pertinente. Los interrogantes cada día crecían más y más, esto genero tensiones mayores al considerar que esta investigación me permitiría documentar esas cosas que todo el mundo dice saber que pasa en el sistema de salud colombiano, pero ante las cuales bien sea por poderes hegemónicos tanto en la misma estructura del sistema de salud o de perspectivas investigativas nadie puede o quiere actuar. Abrazando la perspectiva critica deje que la pregunta se fuera configurando día tras días y respondiera a las necesidades que iba identificando.

El segundo reto fue realizar la presente investigación como un observador no neutral a la problemática, lo cual desde los enfoques epidemiológicos clásicos y de la salud pública que venera la medicina basada en la evidencia en los cuales me forme como profesional e investigador generarían “sesgos”, esto visto como algo parecido a una infección, de la cual nos debemos proteger a toda costa. Ante la experiencia como profesional, el conocimiento de las difíciles vivencia de amigos y amigas que viven con VIH, los casos que se reportan ante la institución para la cual trabajo y los llamados que me hacia mi

profunda consternación, tristeza y en algunas ocasiones rabia, me fue imposible ser ese observador neutro y mi ética humana me llevo a ser coherente con las vivencias de las personas y las propias, arriesgándome a juicios que quisieran hacer ver el presente estudio como algo de poca validez. Decidí que esta investigación tendría como razón de ser acciones políticas que permitieran la denuncia de la situación del acceso a la TAR de las PVVS del Distrito Capital.

El tercer reto fue precisamente la escritura de este documento, dado que todos los elementos anteriores hacían que tuviera constantemente que eliminar fragmentos viscerales donde mostraba mi profundo descontento con la situación actual, todos estos elementos que fueron puntos de discusión álgida conmigo mismo, las cuales tuvieron recepción amplia y tranquilizantes al interior del Grupo de Investigación en Antropología Médica Crítica, donde aprendí a deconstruirme como investigador epidemiológico clásico, formarme como persona y entender que la investigación representa un profundo compromiso político, me permitieron alejar los temores y dar rienda suelta para dejar plasmado lo que soy como persona y profesional en estas paginas.

Estos elementos son los que gestaron el presente documento y que espero den luces para la comprensión del abordaje y la metodología de análisis expuesta en el mismo.

## INTRODUCCION

Este estudio nace de interrogantes generados por la experiencia personal como funcionario del sector salud estatal, encargado desde hace algunos años de monitorear la epidemia por VIH/SIDA en el Distrito Capital. En esta experiencia he evidenciado una tensión constante entre las acciones de prevención y atención ante la enfermedad y múltiples barreras administrativas del sistema de salud. En el marco de dicha tensión este trabajo pretende dilucidar cómo el sistema de salud Colombiano incide en el acceso a la terapia antirretroviral.

Este estudio se pregunta entonces por el acceso y condiciones relacionadas con la cobertura de TAR; las dinámicas sociales que favorecen o dificultan el suministro constante y oportuno de los Antirretrovirales (ARV) a las personas que viven con VIH o SIDA (PVVS) y las acciones de acompañamiento que realizan las instituciones de salud como indicador proxy para el análisis de la calidad en la atención que reciben las PVVS.

Para esta investigación, la relación TAR-infección por VIH se entiende como una dinámica fuertemente influenciada por elementos estructurales definidos por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), apartándose de esta forma de la visión individualizante que hace responsables exclusivos del acceso y continuidad en el uso de TAR a las personas, para poder analizar múltiples elementos desde una perspectiva crítica en la que se resalta de forma particular que la vivencia con el VIH en el momento actual en el país se ubica en el marco de un sistema de salud centrado en aspectos financieros y que pretende garantizar la calidad de la atención vía competencia de mercados, reduciendo las interacciones entre las PVVS y el sistema de salud a contratos y autorizaciones.

Teniendo en cuenta la complejidad del fenómeno del VIH se utilizaron métodos cuantitativos que permitieron definir tamaños muestrales adecuados para la

ciudad y la epidemia de VIH identificada, haciendo especial énfasis en la división según la vinculación al sistema de salud, se utilizaron encuestas de tipo transversal como herramientas de recolección de información como primer avance en la búsqueda de elementos claves del acceso a la TAR, que buscan ser provocadores de nuevos estudios que permitan profundizar en la vivencia del VIH y contribuir con discusiones sobre atención integral, que aunque no pretenden ser exhaustivas sí permitirá pensar sobre elementos en los cuales investigar y trabar para mejorar la vivencia del VIH y especialmente el acceso a los ARV en un contexto complejo como el del sistema de salud de Colombia.

Las elaboraciones conceptuales relacionadas con el VIH generadas desde la academia han estado históricamente distanciadas de los desarrollos operativos de la prestación de servicios de salud en el país, aunque esta tendencia ha venido modificándose constantemente y generando articulaciones fundamentales para el mejoramiento o mejor entendimiento del fenómeno del VIH/SIDA. El presente estudio unirá elementos teóricos con reflexiones profesionales e instituciones, lo cual permitirá análisis amplios que identifiquen las problemáticas entorno al acceso de las PVVS a la TAR y generar herramientas de acción para dar respuesta ante las mismas.

Para el desarrollo de la presente investigación se tuvieron que sortear múltiples barreras administrativas que limitaron el acceso a la información las cuales de entrada permitieron visualizar la complejidad del sistema de salud, estas limitaciones se relacionaron principalmente con el acceso a las PVVS y la obtención de autorizaciones de comités de ética e investigación de las instituciones donde se prestan los servicios de salud a dicha población. Sin embargo los hallazgos se espera sean relevantes para dar una mirada diferente a la vivencia del VIH y las implicaciones que el mercado de la salud tienen en la calidad de vida de las 19.050 personas que viven con VIH en la ciudad de Bogotá D.C según las cifras de la Secretaria Distrital de Salud a 31 de diciembre de 2010.

## MARCO CONCEPTUAL

Para entender cómo el acceso, continuidad y acompañamiento que se da a las PVVS y su TAR y como estos se ven fuertemente influenciados por el sistema de salud colombiano es necesario entender las dinámicas de la epidemia por VIH en contextos mundiales, nacionales y locales, el desarrollo histórico del sistema de salud colombiano, las políticas y estrategias relacionadas con el mejoramiento para el acceso a la TAR y la medición de esta para poder establecer la relación con la salud de las poblaciones y específicamente la de las PVVS.

Si bien no queremos presentar un recuento exhaustivo, es importante señalar que la salud de las poblaciones, especialmente en el continente latinoamericano, ha estado ligado a dinámicas imperiales (inicialmente europeas y recientemente estadounidenses) y se ven reflejadas actualmente, en la privatización de los sistemas de salud, en la transformación de las subjetividades de pacientes; profesionales y de las dinámicas socioculturales alrededor de la salud, en las cuales la consolidación de una hegemonía de mercado (Ahumada, 2002b; Franco Agudelo, 2003; Hernández Alvarez, 2002a; Hernández, 2003) ha trascendido el marco legal para ubicarse en las narrativas y vivencias de colombianas y colombianos y ha afectado la calidad de la atención y el acceso a la TAR con graves consecuencias para la vida.

### ***El Sistema de Salud Colombiano***

A partir de la segunda mitad de los años ochenta, pero con mayor énfasis en los noventa, se inició un proceso de reconfiguración de los sistemas de salud bajo la presión de un conjunto de factores extrasectoriales como la crisis del Estado de Bienestar y la emergencia de las concepciones políticas neoliberales, la desregulación y minimización del rol conductor del Estado de los procesos de desarrollo, la emergencia del capitalismo basado en la información y la necesidad de acomodar los sistemas de salud a los circuitos

económicos, políticos, tecnológicos y culturales hegemónicos y sectoriales como la revolución tecnológica y la obsolescencia moral del equipamiento y la base material y técnica de los servicios de salud, el aumento de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud, que reclaman mayores oportunidades de elección y solución a sus problemas, la emergencia de grupos de presión sectoriales y extrasectoriales (ambos nacionales y extranjeros, expresión estos últimos de la globalización del negocio de la salud) por lograr mayores cuotas de participación en el mercado de salud. La discusión acerca de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud, bajo el influjo de la globalización de la política, la economía y la emergencia de nuevos actores en la esfera internacional de la toma de decisiones en salud (Granados ,R; Gómez, M 2.000) marcaron una fuerte tendencia de la salud como un mercado. Este proceso de cambio estuvo marcado por la versión neoliberal de la política y del desarrollo económico y social. El sector Salud, por una multitud de factores, no pudo mantenerse al margen de estas concepciones.

Ante las presiones enunciadas se inició el proceso de reacomodo de los sistemas de salud a los cambios macro que se sucedían en las sociedades latinoamericanas y a las reformas de los Estados nacionales. La lectura de los problemas se hizo a través de la visión política y económica del neoliberalismo que realizó una crítica profunda a los logros alcanzados por el Estado de Bienestar en relación con el desarrollo económico y social, embate que arrastró a los sistemas de salud. El discurso neoliberal en salud se tornó hegemónico y las agendas de cambio de los sistemas de salud, en prácticamente todos los países, adoptaron acríticamente las concepciones que sobre el particular emergieron de la Universidad de Harvard y del Banco Mundial (Granados ,R; Gómez M 2.000).

El Sistema Nacional de Salud Colombiano (SNS), anterior a la Ley 100, se había gestado en 1975 en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y buscó promover un proceso simultáneo nacional y local en el que la salud fuese un derecho humano fundamental e integral. Las estrategias

del sistema para atender a las necesidades de salud de la población incluían el saneamiento básico, los programas en salud pública, la atención primaria en salud incluyendo medidas de prevención y promoción (OPS, 2002a). Sin embargo, hacia final de los 80, esfuerzos por privatizar la salud ya habían iniciado.

A pesar que Colombia mostraba uno de los mejores índices en salud en la región y había logrado sobrellevar los primeros impactos económicos de las políticas de ajuste fiscal sin deteriorar sus avances en salud (OPS, 2002a, 2002b), el modelo distaba mucho de ser ideal y varias eran sus fallas y críticas. Por un lado, el sistema mantuvo la fragmentación en redes públicas, redes de seguridad social y redes privadas con partidas gubernamentales, aportes de empleados y trabajadores a la seguridad social, clínicas y consultas privadas complementarias. El sistema no se consideraba universal ni equitativo ya que no todos tenían acceso y la calidad de la atención era diferenciada. Por otro lado, acusaba problemas de calidad y corrupción en el manejo de recursos públicos y ya para 1990, con la Ley 10, se tenía un marco jurídico para transformar el sistema hacia la atención gerenciada.

La Ley 100 de 1993 estableció un nuevo marco jurídico que reorganizó la seguridad social en Colombia en las áreas de salud, pensiones y riesgos profesionales. A pesar de que sus proponentes postularon que esta ley estaba diseñada específicamente para las necesidades del país, propuestas de reforma legislativa similares estaban ocurriendo en la mayoría de los países de América Latina y en varios otros países del mundo.

El nuevo sistema denominado Sistema General de Seguridad Social Integral sería finalmente reglamentado por la Ley 100 de 1993, presentada por el expresidente reelecto en dos ocasiones Álvaro Uribe cuando era Senador de la República por el departamento de Antioquia. Este sistema se puede pensar como un modelo neoinstitucional o neoclásico del neoliberalismo ya que privilegia el libre mercado pero lo une con el derecho individual a la propiedad (Hernández, 2003). Es decir, por un lado propone un libre mercado de seguros pero, por otro, necesita dividir lo que corresponde al interés público (de

consumo general y a cargo del Estado, por ejemplo, las vacunas para evitar epidemias) del interés privado (de consumo individual, por ejemplo, curarse de las enfermedades), siguiendo el modelo conocido como manejo social del riesgo (Procuraduría General de la Nación et al., 2008). Lo público se considerará costo-efectivo y financiado por el Estado, lo privado de consumo individual.

De esta forma, con el nuevo sistema se marcará la transición más fuerte en las concepciones sobre salud en el país. Sus proponentes, basados en parámetros econométricos empresariales aplicados a la salud, lo llamaron “pluralismo estructurado”, es decir, una estructura con múltiples opciones de servicios (Londoño & Frenk, 1997). Para sus opositores, el sistema no deja de ser una “regulación de mercados” en el que priman los intereses lucrativos de empresas privadas sobre la salud pública y las necesidades en salud de las poblaciones (Ahumada, 2002b; Franco Agudelo, 2003; Hernández Alvarez, 2002a; Hernández, 2003).

Los proponentes de la reforma en Colombia argumentaron que ésta reflejaba un avance frente a las fallas de la privatización agresiva del modelo chileno, ya que se introducían los principios de equidad financiera y protección a los clientes, los cuales generalmente ocupan un lugar marginal en los sistemas altamente privatizados. Además de esto, exponían que mecanismos de recuperación de costos eran un avance fundamental ya que se eliminaba la atención gratuita, uno de los objetivos principales de la reforma, al pasar del subsidio a la oferta al subsidio a la demanda (Londoño & Frenk, 1997). La recuperación de costos se basó en la estratificación de los usuarios según su capacidad de pago para subsidiarles la salud o exigirles pagos, y en los mecanismos de medicina pre-pagada, cuotas moderadoras y co-pagos necesarios para la atención (Armada & Muntaner, 2004; Franco Agudelo, 2003). Con estos mecanismos se esperaba que compradores y vendedores regulasen el mercado, ya que las funciones de financiación y provisión de los servicios estarían separadas y se lograría una “equidad financiera”, que significa que los ricos pagan más por el servicio y ayudan a subsidiar el servicio de los pobres. Con base en esta medida específica de “equidad” la OMS



calificó al nuevo sistema de salud colombiano como el mejor del continente y uno de los mejores del mundo (Londoño, 2001; WHO, 2000). Esta clasificación fue fuertemente criticada y muchos artículos denunciaron no solo las profundas fallas metodológicas del reporte de la OMS, sino las connotaciones ideológicas que resultan cuando la OMS apoya un tipo especial de equidad que favorece los intereses económicos de la medicina basada en los mercados (Almeida, 2002; Almeida et al., 2001; Hernández Alvarez & Vega, 2001; Navarro, 2000).

Quienes promovieron la reforma de la salud en Colombia sostienen que desde que se implementó la reforma, más personas tienen acceso a la salud ya que la cobertura en seguros ha aumentado, y que esto representa una mejoría sustancial frente al sistema antiguo (Londoño, 2002). Sin embargo, varios estudios muestran que cobertura en seguros es diferente de acceso a los servicios en salud, el cual en vez de mejorar se ha hecho más burocratizado y demorado, con consecuencias deletéreas para la vida de las personas enfermas y sus redes sociales (C. E. Abadía-Barrero & Oviedo Manrique, 2009). Además, ya es evidente que los costos en salud han aumentado y que varios indicadores en salud muestran deterioros preocupantes como retrocesos en mortalidad materna, la disminución en las tasas de vacunación, el aumento de enfermedades infantiles y la crisis en los hospitales públicos, que ha llevado a muchos de ellos al cierre (Ahumada, 2002a; Campos et al., 2004; Franco Agudelo, 2003; Gómez Arias, 2006; Hernández Alvarez & Vega, 2001; OPS, 2002a; Procuraduría General de la Nación et al., 2008).

Todos los cambios enunciados anteriormente definieron una estructura del sistema de salud que afecta directamente la atención que reciben las PVVS, aumentando los procesos burocráticos y subyugando el derecho a la salud ante la prestación de servicios de salud que se compran y venden al interior de un mercado.

### ***Comportamiento mundial de la epidemia por VIH/SIDA***

El primer caso de VIH en el mundo fue documentado en 1.981 en Los Ángeles Estados Unidos, desde eso momento el mundo ha experimentado un

importante aumento en la epidemia por VIH, la cual no puede ser clasificada como homogénea pues dada sus aspectos multifactoriales hace que tenga diferentes comportamientos según las diferentes zonas del mundo e incluso del país y la ciudad.

Para el año 2009 ONUSIDA estimó que 33.3 millones de personas en el mundo vivían con la enfermedad (31.4-35.3 millones)<sup>1</sup>, de estas 30.8 millones (29.2-32.6 millones) corresponden a adultos; 15.9 millones (14.8 -17.2 millones) a mujeres y 2.5 millones (1.6-3.4 millones) a niños y niñas menores de 15 años (UNAIDS 2010).

Durante el año 2009, 2.6 millones de personas se infectaron con el virus (2.3 - 2.8 millones), de estas 2.2 millones corresponden a adultos (2.0-2.4 millones); y 370.000 (150.000-360.000) a niños y niñas menores de 15 años. Para esta población ONUSIDA reconoce que la mayoría de las nuevas infecciones probablemente corresponden a transmisión materno-infantil, durante el parto, o, el posparto a través de la lactancia (UNAIDS 2010).

África subsahariana continua siendo la región en las que más personas contrajeron la infección durante el año 2009 con 1.8 millones (1.6 millones -2.0 millones); seguido por el sur y sur este de Asia con 270.000 mil nuevas infecciones; Europa Occidental y Asia central con 130.000 mil (110.000 - 160.000); Centro América y América del sur 92.000 (70.000-120.000) mil nuevas infecciones (UNAIDS 2010). Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA en el día aproximadamente 7000 personas se infectan con el virus, de estas 6000 corresponden a adultos mayores de 15 años de los cuales cerca del 51% son mujeres y 41% adultos jóvenes (15 a 24 años de edad). El 97% de estas nuevas infecciones tienen lugar en países de bajos y medios ingresos (UNAIDS 2010).

---

<sup>1</sup> Los intervalos de las estimaciones definen los márgenes dentro de los cuales se encuentran los datos reales.

Estos datos muestran como la epidemia tiende a concentrarse en las poblaciones más afectadas por las estructuras de desigualdad y a la población en edad productiva y reproductiva del mundo. Este comportamiento de la epidemia afecta demográficamente las estructuras de los países al presentarse mortalidades significativas en esta franja poblacional y al reducirse la esperanza de vida al nacer; también impacta los sistemas productivos por cuanto personas en edad productiva fallecen o deben dejar de trabajar como consecuencia de la infección; así mismo a raíz de la muerte de mujeres y hombres jóvenes miles de niños y niñas en el mundo viven en situación de orfandad. Para el año 2009 se estima que ocurrieron 1.8 millones (1.6 millones -2.1 millones) defunciones por enfermedades relacionadas con el SIDA, de las cuales 1.6 millones (1.4 millones -1.8 millones) fueron en adultos y 260.000 mil (150.000 -360.000) en niñas y niños menores de 15 años (UNAIDS 2010). A nivel mundial las mortalidades asociadas al SIDA continúan siendo una de las principales causas de mortalidad.

Los datos para América latina sugieren que la epidemia se mantiene estable. La prevalencia regional del VIH es del 0,6% [0,5–0,6%], y la epidemia se caracteriza por ser concentrada. Los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH) representan el porcentaje más alto de infecciones en América Latina; no obstante, cabe destacar que grupos como las personas en condición de prostitución, sus clientes y los usuarios de drogas inyectables también se han visto afectados de manera importante por la infección. La carga del VIH parece aumentar entre las mujeres de América Central y entre las poblaciones indígenas y otros grupos vulnerables (Bastos et al 2008 ). En la región se observan patrones epidemiológicos divergentes, especialmente en lo que respecta a la contribución del uso de drogas inyectables a las epidemias nacionales (ONUSIDA 2009).

### ***Situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia***

En Colombia el primer caso de VIH fue documentado en 1.984 en una mujer trabajadora sexual de la ciudad de Cartagena, al igual que en el mundo y la

región en el país se debe hablar de epidemias las cuales construyen sus diferencias en el marco de un país con profundas inequidades sociales, largos conflictos sociales y armados, a lo cual se le suma sistemas de protección social y atención en salud limitados en su acciones.

En Colombia la epidemia por VIH continua siendo concentrada es decir, la prevalencia entre HSH, usuarios de drogas intravenosas o trabajadores y trabajadoras sexuales supera el 5% y en mujeres gestantes, no es superior al 1%. Se estima que la prevalencia para el año 2009 en el país fue de 0.52% en población general, con un cálculo de 122.184 personas con VIH o SIDA en el país (Ministerio de la protección Social 2010 ). Desde 1983 y hasta el 31 de diciembre del año 2009 Se han reportado un total de 71.509 casos notificados de infección por VIH, casos en estadio de SIDA y fallecidos; de estos, el 67.0% se clasificaron como VIH [47.898], el 20% como SIDA [12.328] y el 13% como fallecidos [9.283]. El promedio diario de notificación de los tres eventos ha aumentado de 11 en el año 2000 a 18 en 2009 (Ministerio de la protección Social 2010 ).

En el acumulado de la epidemia el 75.3% de los casos reportados son hombres, el 24.0% son mujeres y el 0.7% no tienen registro de sexo. Del total de casos registrados, la transmisión sexual de la infección corresponde al 97%. En los estudios de seroprevalencia realizados en el país el grupo más afectado por la infección es el de Hombres que tienen Sexo con Hombres - HSH, encontrado tasas que fluctúan entre el 10,18% y el 19,5% (Ministerio de la protección Social 2010).

En los 54.499 [76.2%] casos en que se reportó la edad, el grupo poblacional más afectado corresponde a personas entre los 25 a 29 años con 10.571 equivalentes al [19.4%], seguido del grupo de 30 a 34 años de edad con 10.002 registros de [18.4%]. El 56.5% de los casos notificados por VIH/SIDA y muerte, se encuentra en el grupo de 15 a 34 años de edad [30.796] (Ministerio de la protección Social 2010). Estos datos muestran el mayor peso

proporcional de la infección en los grupos de 25 a 29 años y de 30 a 34 años lo que permitiría suponer que las personas están adquiriendo la infección en las primeras décadas de su vida y que la expresión sintomática o la detección de la infección se produce entre la tercera y cuarta década de vida con el deterioro progresivo de los indicadores de años de vida potencialmente perdidos, años de vida saludables y esperanza del vida al nacer (Estrada, 2006)

Para el año 2009 se reportaron 6.780 personas con VIH/SIDA o muerte por el SIVIGILA, de estos, 4.960 casos corresponden a VIH [73,2%], 1.281 a casos de SIDA [18.9%] y 539 casos de fallecidos [7.9%]. De las 6.780 notificaciones 4.664 fueron hombres [68,8%] y 2.116 mujeres [31,2%]. Hasta el año 2006 la tasa de mortalidad asociada al VIH/SIDA (x 100.000 habitantes) ha aumentado del 0.75 en 1991 al 5.40 en 2006. Para este año se estima que diariamente en promedio 6 personas murieron por causas asociadas con el VIH/SIDA, de las cuales 5 fueron hombres y 1 mujeres, para un total aproximado de 2343 fallecidas por causa del SIDA en el 2006 (Ministerio de la protección Social 2010 ).

Infortunadamente, Colombia ha pasado de una prevalencia de 0.4 por ciento en el año 2003 a una prevalencia de 0.6 por ciento en 2007 y a una cercana a 0.7 por ciento en el 2011, esto evidencia un aumento en la velocidad de infección de la población, esta circunstancia marca un reto para las políticas públicas y para las actividades de promoción y prevención (Estada, J; Vargas, L. 2.011), aunque es importante tener en cuenta que en parte este aumento puede estar relacionado con fortalecimiento de los sistemas de Vigilancia en Salud Pública y mayor acceso a diagnóstico.

## ***Situación de la epidemia por VIH/SIDA en Bogotá D.C.<sup>2</sup>***

La ciudad de Bogotá cuenta con diferentes fuentes de información para el monitoreo del VIH/SIDA, como el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA), al cual son notificados los casos identificados como positivos y que son atendidos en las diferentes IPS del Distrito Capital; los Sistemas de Estadísticas Vitales que reportan las muertes por SIDA; el Laboratorio Centralizado de VIH que tamiza y confirma a toda la población pobre no asegurada del Distrito Capital y los datos de los donantes identificados como confirmados dentro del proceso de tamización de sangre en el Distrito Capital.

Según datos acumulados del SIVIGILA entre 1.985 y el 31 de diciembre de 2010 se han notificado 19.052 casos que corresponden a casos nuevos y actualizaciones en el estadio clínico incluidas muertes. Desde 1985 en la ciudad se observa un aumento en la incidencia con algunos picos en los años 1992, 1994 y 1995 relacionados con campañas nacionales para realización masiva de la prueba de tamizaje para VIH. Un elemento adicional que debe ser tenido en cuenta es que Bogotá D.C. es receptora de casos nacionales lo cual dificulta aun más el panorama.

En el 2009, por primera vez en los últimos 5 años, se observa una disminución en la notificación, comportamiento que se mantiene en el año 2010 donde se notificaron 1.430 casos, lo cual representa una disminución del 3% en relación con el 2009. Este comportamiento en los dos últimos años debe ser analizado con relación al funcionamiento del SIVIGILA para evaluar si se debe a las acciones que el Distrito ha desarrollado para contener la evolución del VIH en la ciudad o esta relaciona con barreras de acceso a la prueba diagnóstica u otras dificultades en el proceso de notificación.

---

<sup>2</sup> Datos tomados del informe IV trimestre 2010. Secretaria Distrital de Salud. Vigilancia en Salud Pública.

El análisis sobre el estadio clínico de la persona al momento de hacer la notificación muestra que en promedio el 72.4% de las personas se encontraba en el estadio de VIH. Este dato muestra un aumento en el número de casos reportados en este estadio respecto al año 2009, lo cual indica un diagnóstico más oportuno y por consiguiente un inicio en el tratamiento temprano y mejoras en las expectativas de vida. En promedio para el periodo el 17,3% de los casos fueron notificados como SIDA observándose una disminución de 18,7% en 2007 a 14,8% en 2010. estas cifras representan un logro ya que la notificación en este estadio clínico corresponde a personas que en promedio llevan más de 7 años viviendo con el virus, que tienen un deterioro avanzado del sistema inmunológico, todo lo cual repercute en esquemas terapéuticos con resultados poco efectivos y expectativa de vida menores.

Tomando la proporción de incidencia de casos de VIH por 100.000 habitantes según las localidades de residencia, se observa que las localidades con mayor proporción de incidencia son Candelaria con 128,5, Chapinero con 61,2, seguidos por Mártires, santa Fe y Teusaquillo con 34 casos por 100.000 habitantes.

Frente al aseguramiento, de los 1432 casos notificados para el año 2010, 957 personas se encontraban afiliadas al régimen contributivo; 227 al subsidiado, 13 al régimen de excepción; 42 al especial y 191 al momento del diagnóstico no tenían afiliación al SGSSS<sup>3</sup>, los ajustes a estas cifras para poder generar cifras estandarizadas no se realizaron dado que se consultaron 5 fuentes diferentes las cuales presentaron discrepancias importantes. Por sexo, del total de casos notificados durante el 2010, 1165 corresponde a hombres (83%) y 265 a mujeres (17%). Para la ciudad la razón hombre mujer ha venido disminuyendo. En el año 1990 estuvo en 23,9 a 1, en el año 2000 se encontraba en 4,1 a 1 y para el cierre de 2010 se encontró en 4,7 a 1. Este

---

<sup>3</sup> Es importante tener en cuenta que los porcentajes no reflejan de forma real la distribución de los casos según el aseguramiento, pues se debe hacer el ajuste por el número de personas afiliadas a cada régimen, lo cual cambiara la distribución. Especialmente en el contributivo al tener la mayoría de la población en el Distrito Capital.

indicador proveniente de los sistemas de Vigilancia en Salud Pública muestra como la epidemia ha venido afectando a la población de mujeres evidenciando la necesidad de adelantar acciones dirigidas a esta población para evitar que la epidemia se generalice en la ciudad.

Por etapa de ciclo vital, durante el año 2010 se presentaron 13 casos en el ciclo de infancia; 393 casos en el ciclo de juventud; 978 en adultez y 46 casos en el ciclo de vejez. Para 2010 los grupos más afectados en la ciudad fueron personas de edades comprendidas entre los 25 a 29 años con el 20% de la notificación y entre los 30 a 34 años con el 18,5%. Entre los 20 y los 49 años se agrupa el 85,9% de los casos. Estos datos muestran un comportamiento similar al país, indicando que en la ciudad de Bogotá también se afecta en mayor medida la población más productiva social y económicamente.

La principal vía de transmisión en la ciudad es la sexual con el 94.3% de las infecciones, reportándose que la mayoría se han dado a través de prácticas heterosexuales. Es pertinente resaltar que dado el estigma a orientaciones sexuales no heteronormativas se puede estar sobrestimando la transmisión heterosexual. Durante el año 2010 se observa un aumento en los casos de transmisión perinatal los cuales se relacionan con acciones de asistencia técnica a programas especializados en VIH que han permitido la notificación de menores que nunca habían sido notificados. Para 2010 se presentaron dos casos nuevos de transmisión perinatal pertenecientes a régimen subsidiado.

En el 2010 aumentó en 12% el número de personas fallecidas por SIDA con 379 defunciones con respecto al año 2009 en el que fallecieron 337 personas. Al hacer el análisis por grupos etáreos el grupo más afectado son los adultos jóvenes de 30 a 34 años con el 17,8% y se encuentra casi el 50% de casos entre los 25 y 39 años de edad. Este comportamiento indica diagnósticos e inicio tardío del tratamiento además de baja calidad en la atención de las PVVS. Al hacer el análisis histórico de la tendencia de la mortalidad por SIDA según el sexo, en los hombres ha disminuido permanentemente el número de



casos a diferencia de las mujeres en quienes el comportamiento no muestra modificaciones. Esto puede estar indicando que por diferentes razones sociales y de sistema de salud las mujeres pueden estar teniendo menor acceso a la atención oportuna. Esta situación también puede estar relacionada con las estructuras de género por las cuales las mujeres aparte de su diagnóstico deben sumar el cuidado y sostenimiento financiero del compañero y núcleo familiar, otros estudios en el país muestran como las mujeres presentaron una adherencia baja del 43% mientras que el 57% obtuvo puntuaciones de adherencia alta (Arrivillaga, 2010).

El Laboratorio Centralizado de VIH (LCVIH) procesa las muestras de la población no asegurada de Bogotá atendida por el Fondo Financiero Distrital (FFD), que corresponde a la población más pobre y vulnerable de la ciudad. Como se ha mostrado en este documento el VIH tiende a concentrarse en las poblaciones más vulnerables y afectadas por las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales en las que se sustenta la desigualdad. Los datos del LCVIH evidencian esta problemática mostrando prevalencias superiores a las del país. Así, del total de muestras procesadas 24.988 el 1,4% (345) tuvieron un resultado positivo, lo cual indicaría una prevalencia mayor a la estimada por el observatorio Nacional de VIH para el país que es de 0,6%. La positividad en mujeres gestantes es de 0,2% la cual también es mayor al estimado obtenido en el estudio centinela de 2009 que fue de 0,034%.

Para el Distrito Capital al igual que en el país las poblaciones de mayor vulnerabilidad ante el VIH son las que más se han visto afectadas especialmente los Hombres que tienen Sexo con otros Hombre quienes en 2006 mostraron una prevalencia de 10,9% y en el estudio realizado en 2011 llegaron a 15,4%, las mujeres trabajadoras sexuales y transgeneristas que para la ciudad no tienen estudios metodológicamente válidos pero que en el trabajo con estas personas se reconoce la creciente ocurrencia de casos de VIH lo cual concuerda con estudios nacionales que para el caso de las mujeres trabajadoras sexuales obtuvo un promedio de 2,8% (Ministerio de la Protección Social & UNFPA, 2009) y para mujeres transgeneristas. Esto representa un

reto para la ciudad y el país al tener que ampliar el conocimiento sobre la prevalencia, prácticas y elementos estructurales relacionados lo cual debe generar acciones de respuesta ante esta problemática.

### ***Las respuestas ante la epidemia***

La epidemia del VIH se ha caracterizado por un rápido progreso tanto en el número de casos, como en avance científico y tecnológico para detenerla. Sin embargo desde la década del noventa habría empezado un periodo en el cual no existe un verdadero liderazgo a nivel mundial aunque existieran organizaciones como ONUSIDA que creada en 1.996 con el objetivo de fortalecer la respuesta que estaban dando las Naciones Unidas al SIDA, sin embargo las respuestas nacionales e internacionales se han continuado viendo diezmadas y presentan dificultades de articulación, un ejemplo claro de esta situación es la ausencia en Colombia de un programa para la respuesta ante la infección y el traslado de la responsabilidad total a las EPS. La inversión de recursos económicos para atender la epidemia ha disminuido al igual que la movilización social, perdiéndose la noción del VIH como una enfermedad que afecta al mundo para ser posicionada como una enfermedad que afecta sólo a algunos, especialmente a los más pobres. Mann señalaba que estos cambios en la significación y en las respuestas mundiales y nacionales frente a la epidemia traían como consecuencia el aumento sostenido de la infección en todo el mundo (Mann 1994 ; Gallo 2006 ).

Frente a los enfoques desde los cuales ha sido abordado el VIH/SIDA es importante mencionar que estos han cambiado a lo largo de la historia. Al comienzo de la epidemia, ésta se concentró en el grupo de hombres que tenían sexo con hombres (HSH), personas que hacían uso de drogas inyectables y trabajadoras/es sexuales. Estrada (2006) explica que el surgimiento de la epidemia implicó el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamiento sexuales, lo cual conllevó a la intolerancia y marginación de las minorías sexuales así como a la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas diferentes al paradigma heterosexual.

En ese contexto surge el abordaje desde los “grupos de riesgo” haciendo un énfasis en la identificación de los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. Desde esta perspectiva la posibilidad de infectarse es responsabilidad de cada uno de los sujetos y por tanto las acciones para disminuir el impacto de la epidemia buscaron “reeducar” a la población para generar unas “sanas” prácticas sexuales al interior de estos grupos<sup>4</sup>.

Posteriormente se empezaría a realizar un abordaje desde los comportamientos de riesgo. Desde esta perspectiva el riesgo se relaciona con la pertenencia a contextos culturales específicos y se produce por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de las personas (Estrada 2006). Si bien, desde este enfoque se considera que el riesgo es un elemento que interactúa con los contextos sociales y culturales, la disminución de la transmisión del VIH sería posible en la medida que los sujetos cambien sus comportamientos riesgosos y en este sentido la responsabilidad de la infección nuevamente recae en las personas.

En la década de los años 90, producto de la movilización social especialmente de los grupos de HSH y del abordaje de la epidemia desde las ciencias sociales se empezó a reconocer la influencia de contextos educativos, accesos a servicios de salud e inequidades de género en los cursos de la enfermedad. Si bien para esta década ya se sabía que el VIH/SIDA podía afectar a cualquier ser humano, las investigaciones empezaron a mostrar la relación de la enfermedad con los contextos sociales, económicos, políticos en los que viven y crecen las personas. De estas discusiones surgió la categoría de vulnerabilidad social entendida como *“los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/SIDA, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que*

---

<sup>4</sup> Desde esta perspectiva se cree que las personas tienen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad y sus emociones, se omite por tanto como las personas y sus vivencias se entrelazan e interactúan con las relaciones de poder las cuales construyen y generan unas vivencias en torno al cuerpo, la sexualidad y las emociones. (Sevilla, 1999; Estrada, 2006).

*los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”* (Ayres R; Junior I. 1.999).

Desde esta perspectiva se evidenció que la posibilidad de contraer la infección es el resultado de un conjunto de aspectos, individuales, colectivos y contextuales, implicados con la mayor vulnerabilidad y con la mayor o menor disponibilidad de recursos de protección contra la infección (ACNUR; UNFPA. 2.010). Desde esta perspectiva se han dado avances en el reconocimiento de aquellos grupos más vulnerables: mujeres, niñas, niños, poblaciones con orientaciones sexuales diferente a la heterosexual, personas en condición de prostitución y personas que viven en pobreza hacia quienes se deberían orientar las estrategias preventivas.

En el abordaje de la epidemia también se ha buscado reconocer aquellas estructuras que producen la vulnerabilidad a la infección. Desde la antropología crítica, autores como Castro y Farmer han mostrado que la distribución del VIH/SIDA en el mundo no corresponde al azar sino que destaca en los grupos de población más afectados por las estructuras sociales de desigualdad (Castro y Farmer, 2004) haciéndose necesario entonces la revisión de los contextos, políticos, económicos, sociales, culturales y emocionales vinculados a la infección para poder cambiar el curso de la misma (Hourcade 1996; Abadía-Barrero 2004).

### ***Terapia Antirretroviral***

Es indudable que el surgimiento de los ARV ha cambiado el curso de la epidemia en el mundo y especialmente para las PVVS quienes han mejorado y aumentado sus expectativas de vida, sin embargo al estar la salud inmersa en las políticas del mercado, las acciones estatales se enmarcan en las disposiciones de la Organización Mundial del Comercio (OMC) y de los tratados de libre comercio en los cuales se favorece a las farmacéuticas al proteger las patentes y la propiedad intelectual, situación que aumenta los

costos de los medicamentos y por tanto impacta de manera negativa a las comunidades que los requieren. Para los países pobres los elevados costos de la terapia antirretroviral imposibilitan su acceso y/o favorece otro tipo de prácticas como el tráfico y la venta de los medicamentos<sup>5</sup>. Los ARV se han convertido en uno de los sectores que ofrecen más ganancias para las empresas farmacéuticas y en el mercado cada vez se encuentran medicamentos más avanzados para el tratamiento pero a un precio más alto. Así, la forma como cada Estado negocia el derecho a la salud de sus ciudadanos en el mercado se convierte en un factor determinante en el acceso a los medicamentos antirretrovirales.

En el desarrollo del presente estudio se indago con el Área de Aseguramiento en Salud de la Secretaria Distrital de Salud sobre los costos estimados de la TAR por persona en la ciudad la cual informo que dichos datos no están disponibles dado que cada institución compra los medicamentos y el pago se hace por un paquete que incluye todos los aspectos de la atención a las PVVS.

El primer fármaco aprobado para el tratamiento del VIH es la azidotimidina o zidovudina (AZT), La AZT fue originalmente en 1.964 sintetizada e ideada para tratar el cáncer, pero fue archivado después de haber demostrado ser ineficaz en el tratamiento contra el cáncer en ratones siendo altamente tóxico y mortal. Posteriormente en 1985. Un inhibidor de la transcriptasa inversa, el AZT se ha encontrado efectivo para impedir la replicación viral. El concepto de virus luchando, apoyándose en la maquinaria metabólica viral en sí para procesar los análogos de nucleósidos fue iniciada por Gertrude Elion y George Hitchings, los beneficiarios, junto con Sir James W. Negro, del Premio Nobel 1988. El premio

---

<sup>5</sup> En la investigación “fase II de investigación sobre huérfanos y niños, niñas y adolescentes viviendo o conviviendo con VIH/SIDA NNA afectados por el VIH/SIDA en Colombia” durante el trabajo de campo adelantado en tres ciudades del país, algunos miembros de la sociedad civil y del personal de salud mencionaron cómo las personas, generalmente mujeres venden sus medicamentos debido a las difíciles condiciones económicas en las que viven, esta situación agrava las condiciones de salud de las mujeres, sin embargo muchas de ellas son cabeza de familia y prefieren dejar su salud en un segundo plano con tal de poder satisfacer medianamente las necesidades de su familia. Otra situación referenciada es la entrega de medicamentos vencidos o que no corresponden a los medicamentos indicados, esta situación evidencia irregularidades y un mercado oculto de los medicamentos en este país.

reconoce la evolución de la estrategia de diseño racional de drogas y la sinergia vital de la farmacología con la biología celular y molecular. Elion y Hitchings explotado las diferencias en el metabolismo de nucleótidos entre las células humanas normales y las células de los tumores, virus y bacterias. Entre sus descubrimientos, que abarcó la mayor parte de los cuarenta años, era el aciclovir, un nucleósido análogo de guanosina acíclico aprobado en 1981 para el tratamiento del virus del herpes. Ellos mostraron que el crecimiento se detuvo aciclovir del virus, sirviendo como un sustrato específico para la timidina quinasa del herpes y la DNA polimerasa. El compuesto no fue reconocido por las formas de mamíferos de cada enzima y fue adoptado para uso a largo plazo humanos.

Un hito en la historia de la enfermedad del VIH ha sido la disponibilidad de nuevas clases de fármacos que desde 1995-96 permitieron la introducción de la terapia combinada denominada terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) (Palmisano et al 2011), definida por manejos terapéuticos en los cuales se combinan varios fármacos con el fin de suprimir la carga viral del VIH en plasma por debajo del límite de detección, restaurar la función inmune, lo cual en ese momento fue verificable mediante monitoreo de laboratorio que mostraron aumento del número de células T CD4, atacar el virus desde diferentes frentes y sortear las diferentes mutaciones que causan resistencia al efecto del AZT u otros antirretrovirales (Chen et al 2007), lo cual ha permitido mejorar la calidad de vida de las PVV, estos elementos combinados lograron afectar positivamente la esperanza de vida aumentándola, disminuir las comorbilidades y coinfecciones vía balance entre destrucción y reemplazo de CD4 (Weiss R.A 2008) y reducir los efectos secundarios de dichos medicamentos.

A pesar de estos impresionantes resultados, varias preguntas siguen esperando una respuesta y varias cuestiones siguen siendo objeto de debate. Por otra parte, la aparición de comorbilidades nuevos que pueden ser en parte asociados con la terapia antirretroviral y en parte con el VIH en sí representa un nuevo problema en la práctica médica. ¿Cuándo es el mejor momento para

comenzar la terapia antirretroviral? ¿Cuál es la mejor combinación de ARV para empezar? ¿Cuánto tiempo debe una persona ser tratada con la terapia antirretroviral? Estas "clásicas" preguntas siguen abiertas y es probable que hagan que los científicos se mantengan ocupados por lo menos una década más (Palmisano et al 2011).

Un elemento adicional y altamente discutido son las multimillonarias ganancias de la industria farmacéutica generadas por el negocio de los antirretrovirales, no obstante los grandes beneficios de los ARV, el costo del tratamiento farmacológico se ha incrementado en un monto económico importante, lo que supone una barrera económica importante, especialmente en los países que no pueden permitirse un desembolso económico tan importante como el que la terapia antirretroviral obliga. Una terapia antirretroviral de tipo TARGA en los países occidentales más desarrollados cuesta entre los US\$10.000 y US\$15.000 por paciente al año, y se estima que estos gastos del sistema de salud puedan estar en el orden del 0,02 - 0,3 % del Producto Interno Bruto (PIB) de la economía global de estas naciones (Hellinger et al 2000).

### ***Acceso a la terapia antirretroviral***

En 2001 se dio la Declaración de compromisos ante el VIH/SIDA por parte de las Naciones Unidas que contó con el compromiso de los 189 países integrantes incluyendo a Colombia, los cuales definieron como prioridades ante el VIH/SIDA los siguientes aspectos, asegurar que todas las personas especialmente los jóvenes tengan el conocimiento suficiente para evitar la infección por VIH/SIDA, detener la transmisión del VIH de madre a hijo, proveer tratamiento a todas las personas infectadas por VIH/SIDA, intensificar la búsqueda de una vacuna, así como de la cura para el VIH/SIDA y garantizar la atención y servicios sociales a todos aquellos cuyas vidas han sido devastadas por el SIDA haciendo énfasis en los huérfanos (OMS 2001).

Posteriormente el Plan de Acceso Universal generado en la conferencia del G8 en 2005 que pretende reforzar los compromisos del UNGASS 2001 como estrategias para el desarrollo de la prioridad tres de proveer tratamiento a todas las personas infectadas por VIH/SIDA se definieron como líneas de acción los siguientes aspectos:

- Capitalizar los progresos recientes en la ampliación del acceso al tratamiento, que define que los países han tenido importantes avances en el acceso a la TAR y que deben fortalecer estas acciones especialmente en las poblaciones de mayor vulnerabilidad económica y social.
- Garantizar el acceso oportuno al tratamiento y asegurar niveles elevados de retención, que insta a las naciones a disminuir el tiempo de espera de las personas diagnosticadas con VIH que requieren TAR para el acceso a este y fortalecer los programas de adherencia, llamando la atención para evitar casos de personas diagnosticadas en fase SIDA y que mueren sin recibir el tratamiento adecuado así como la necesidad de tomar acciones para evitar la aparición de resistencia viral a los antirretrovirales
- Reducir el costo de los tratamientos de segunda línea, define la necesidad de proyectar que cada día habrá más personas que requieran esquemas de segunda línea y el alto costo de estos medicamentos limita su acceso y pone en riesgo la vida de quienes lo requieren.
- Los tres puntos adicionales se refieren a la necesidad de fortalecer la vigilancia, acciones de prevención y suministro de medicamentos para las infecciones con tuberculosis y hepatitis.

En el contexto regional la principal iniciativa es el Plan Regional de VIH/ITS para el sector salud 2006 – 2015, generado por la Organización Panamericana de la Salud. Este plan define como su visión que *“Los pueblos de las Américas tienen el derecho de demandar y obtener acceso equitativo y sostenible a los servicios de prevención, atención y tratamiento, con el fin de detener y revertir la epidemia de VIH y controlar exitosamente las ITS para el*



año 2015". Para el cumplimiento de los objetivos se definieron 5 líneas críticas, dentro de las cuales la 4 insta a los países de la región a *Mejorar el acceso a medicamentos, diagnósticos y otros productos (OPS 2.005)*, esta línea y el plan se anclan en el compromiso del acceso universal a las PVVS definido en planes mundiales anteriormente mencionados.

Como recomendaciones para los países de América Latina en relación con acceso a medicamentos se definen la necesidad de identificar las estrategias de sostenibilidad financiera para la garantía del acceso universal a los ARV entendiendo que el VIH/SIDA se define actualmente como una enfermedad crónica que requerirá suministro adecuado y sostenido de los medicamentos para su tratamiento durante periodos largos, adicionalmente se insta a generar estrategias nacionales para la reducción del costo de los medicamentos antirretrovirales tales como compras conjuntas nacionales o regionales, finalmente se solicita fortalecer la gestión de los medicamentos para garantizar la calidad de dichos insumos, su adecuado almacenamiento y manejo (*OPS 2.005*).

La medición de la cobertura de TAR en el país esta a cargo del Observatorio Nacional de VIH (ONVIH) siendo una instancia técnica perteneciente a la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de la Protección Social con el acompañamiento técnico del Instituto Nacional de Salud, Organización Panamericana de la Salud y el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA para Colombia (ONUSIDA). El ONVIH tiene como función ser el mecanismo que permita articular la información existente, acopiarla y generar informes que permitan a los encargados de los temas de VIH tomar las decisiones pertinentes y realizar los ajustes concernientes al SGSSS (MPS-OPS 2006), esta constituido por 8 observatorios satélites:

- ACI, Agencias de Cooperación Internacional
- ARP, Administradoras de Riesgos Profesionales
- ARS, Administradoras del Régimen Subsidiado

- DTS, Direcciones Territoriales de Salud
- EPS, Empresa Promotora de Salud PDF
- ICBF, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
- INS, Instituto Nacional de Salud
- REX, Regimenes Excepcionales

Esta medición se hace basada en estimaciones de la OPS que definen que el requerimiento de TAR es de 80% en las personas en fase VIH y del 100% en fase SIDA, con base en la información enviada semestralmente por los diferentes observatorios satélites se hace el calculo del indicador final para el país y para cada Dirección Territorial de Salud. Esta medición es de corte trasversal y muestra la situación en el momento de reporte y únicamente reporta los numero totales sin generar análisis sobre los aspectos relacionados tanto en los avances como en los no cumplimientos de la meta.

A pesar de la declaración de 2001 que estableció como meta para 2010 alcanzar la cobertura universal de TAR a aquellas personas que lo requieren y los varios planes relacionados los resultados no han sido satisfactorios, según el boletín de prensa de ONUSIDA de marzo de 2011 para Latinoamérica solo en 9 de 17 países la cobertura de TAR es mayor a 70%, dentro de dichos países se encuentra Colombia con el 72% (MPS 2011) lo cual debe ser analizado a la luz del Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008 – 2011, donde se planteo para el 2011 una meta de cobertura del 96% con una línea base del 72% (MPS – ONUSIDA 2008), indicando que no hay avances en el cumplimiento de este indicador para el país.

Para el caso del Distrito Capital donde la meta es una cobertura del 100% (Alcaldía Mayor de Bogota 2008) el monitoreo de TAR se hace con los datos reportados por los 4 hospitales de alta complejidad de la red pública que son donde se encuentran los programas de atención a Personas Viviendo con VIH pertenecientes al grupo de Población Pobre no asegurada (vinculados) y en

algunos casos a personas afiliadas a EPS de régimen subsidiado. Los indicadores muestran importantes avances para los 4 últimos años, siendo de 46,7% en 2008, 66,2% en 2009, 90,4% en 2010 y 91,7%<sup>6</sup> para primer semestre de 2011. Aunque se identifican avances la metodología de estimación de cobertura tiene importantes falencias como la obtención transversal de los datos, la limitada información reportada a los observatorio satélites y central de VIH/SIDA y la calidad de dicha información entre otras que limitan la identificación de barreras en el acceso e interrupciones relacionadas con la TAR y los motivos claros de dichos avances.

En Colombia según el decreto 1543 de 1997 en su artículo 9 sobre atención integral para el VIH define que “Esta incluirá los medicamentos requeridos para controlar la infección por el VIH y SIDA, que en el momento se consideren eficaces, para mejorar la calidad de vida de la persona infectada, aspecto que también ha sido normado y regulado un múltiples ocasiones por la Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Sin embargo dado el alto costo de los medicamentos y la poca claridad de la Guía para el manejo de VIH/SIDA generada por la Resolución 3442 de 2006 en cuanto a las necesidades de tratamiento y obligatoriedad del mismo hace que estos medicamentos sean constantemente negados y las PVVS deben recurrir a instancias judiciales de diferente tipo especialmente la tutela, como lo muestran estudios que en 2004 encontraron que del 52 por ciento de las tutelas que se interponen por la negación de servicios de salud, 70 por ciento corresponden a servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS). El 20 por ciento de ellas se interponen por negación de exámenes (25,3% de ellas por negación de la carga viral) y 11 por ciento por la negación de medicamentos ARV (Mejía 2.004), para 2.010 se encuentra una diferencia con respecto a la atención a las PVVS, las cuales interpusieron para acceso a tratamiento 389 acciones de tutela que representa 40% menos que el año anterior y en el caso de los medicamentos 329 acciones que indican una

---

6 Información suministrada vía correo electrónico por la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá D.C, [crgallego@saludcapital.gov.co](mailto:crgallego@saludcapital.gov.co).

reducción de 39% con respecto a 2.009, esta disminución puede estar relacionada con el aumento en las tutelas por tratamiento integral que es una figura frecuentemente utilizada por las PVVS para garantizar la atención de todo lo que requiera la patología (Defensoría del Pueblo 2.010)

## PROBLEMA

Para el año 2009 ONUSIDA estimó que 33.3 millones de personas en el mundo vivían con la enfermedad (31.4-35.3 millones) (UNAIDS 2010), de ellas 122.184 viven en el país (Ministerio de la protección Social 2010 ) y a 31 de diciembre de 2010 hay 19.052 casos registrados en el Distrito Capital lo que representa el 15,1% del total de casos del país. A pesar de los esfuerzos hechos en el país en prevención, control y atención de la epidemia (R. García et al., 2005; UNAIDS, 2006), existen problemas de equidad, acceso, oportunidad, y adherencia al tratamiento para VIH.

En el caso del tratamiento antirretroviral, hay reportes del Observatorio Nacional de VIH de cobertura del 72% (Ministerio de la Protección Social 2010), para el caso del Distrito Capital este mismo indicador es del 91,7% (Secretaria Distrital de Salud 2011). Estas cifras dan cuenta de información parcial dado que el reporte no lo hacen el 100% de las instituciones y como se menciona anteriormente se hace sobre estimaciones hipotéticas del número de casos para el país y asumiendo que todas las PVVS se encuentran en algún programa de atención en VIH, así como desconocen por completo las interrupciones que se dan en el suministro de la TAR.

Sabemos que el acceso oportuno a tratamiento ha logrado reducir la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo (R. García et al., 2005) y en general reduce la transmisión en todos los grupos poblacionales (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2008) y mejoran la calidad de vida de las PVVS. Sin embargo gran parte de los problemas relacionados con el tratamiento a PVVS se relacionan con las desigualdades sociales que definen el acceso a educación e información de calidad sobre la prevención del VIH/SIDA, las inequidades de género, el alto estigma y discriminación, flexibilización laboral y con problemas estructurales del sistema de salud como los descritos anteriormente dentro de los cuales los más importantes son los procesos burocráticos, el gasto de bolsillo, la alta fragmentación del sistema de salud (César Abadía-Barrero et al., 2008; Arrivillaga et al.; Arrivillaga et al.;

Pinilla, 2009; Viveros et al., 2009). Estudios reportan que la estructura del sistema de salud es un factor determinante de la calidad de la atención (Huertas, 1998; A. Martínez, 2008a; Ugalde & Homedes, 2005; Wagstaff, 2009) y por ende en el acceso, oportunidad y acompañamiento al TAR que tienen las PVVS, todos estos aspectos siendo desconocidos por la mediciones de cobertura de TAR realizadas actualmente.

En la actualidad no existen estudios sistemáticos, ni herramientas para evaluar el acceso, oportunidad y acompañamiento al TAR que reciben las PVVS, ni estudios comparativos que reporten diferencias regionales para el país o diferencias internacionales para este aspecto en VIH. Así, este proyecto se pregunta por como es la interacción de la estructura del sistema de salud con las PVVS, específicamente en el acceso y condiciones relacionadas con la cobertura de TAR; las dinámicas sociales que favorecen o dificultan el suministro constante y oportuno de los Antirretrovirales (ARV) a las personas que viven con VIH o SIDA (PVVS) y las acciones de acompañamiento que realizan las instituciones de salud como indicador proxy para el análisis de la calidad en la atención que reciben las PVVS.

## JUSTIFICACION

En todo el mundo desde 1987 cuando se define la Zidovudina (AZT) como medicamento antirretroviral efectivo para el tratamiento de las Personas que Viven con VIH, se definió la Terapia Antirretroviral como la punta de lanza para la lucha contra la creciente infección por VIH por sus dos efectos significativos, el primero disminuir la multiplicación del virus logrando atenuar el impacto de este en el sistema inmunológico y por ende mejorando la salud de las personas y el segundo la reducción en la infectividad de las PVVS al disminuir la carga viral. El Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH SIDA (ONUSIDA) impulsó la cobertura de la TAR como la intervención prioritaria 3 en la línea de *Fortalecimiento y mantenimiento de las intervenciones destinadas a ampliar el tratamiento y la atención del VIH* en el mundo desde 2006, cuando los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a ampliar los servicios y las intervenciones con el fin de lograr en 2010 el acceso universal a la prevención, tratamiento, asistencia y apoyo a la infección por el VIH (ONUSIDA, 2010).

Desde instancias internacionales y locales se ha planteado el acceso a la TAR como meta estructural tal es el caso del Plan Nacional de Respuesta Ante el VIH y el SIDA, el Plan de Salud del Distrito Capital 2008 -2012, la Política Distrital para la Prevención y el Control de la Epidemia del VIH/SIDA y de otras Infecciones de Transmisión Sexual entre otras, las cuales no cuentan con estructuras de evaluación sistemáticas y de calidad, adicionalmente las pocas mediciones que se hacen son parciales y definen la cobertura únicamente mediante el consumo de los medicamentos al momento del reporte, desconociendo elementos claves como las interrupciones del tratamiento, las interacciones de las PVVS con el sistema de salud y el aseguramiento y el contexto general en el cual se da la atención.

El acceso oportuno a tratamiento ha logrado reducir la probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo y en general reduce la transmisión en

todos los grupos poblacionales (Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents, 2008). Estos datos contrastan con estudios que reportan dificultades en acceso e integralidad en los tratamientos, asociados especialmente a problemas estructurales del sistema de salud, tales como la fragmentación de la atención derivada de la tercerización de los contratos para la atención de las PVVS (Abadía, 2008; Abadía-Barrero, 2009; Viveros, 2008). El grupo Antropología Médica Crítica que es en cual se desarrolló el presente proyecto ha avanzado en el desarrollo conceptual de elementos importantes para entender las formas en que la privatización de las redes de salud ha afectado la atención de las PVVS, las dinámicas de las instituciones de salud, los programas de VIH/SIDA y las experiencias de vida de las personas cuando necesitan acceder a redes de salud en momentos de enfermedad.

En el país existe una única fuente oficial de monitoreo a la cobertura de terapia antirretroviral que es el Observatorio Nacional de VIH el cual depende directamente del Ministerio de Protección Social. En esta instancia mediante estimaciones estadísticas realizadas con parámetros como prevalencias teóricas para el país y requerimientos igualmente teóricos que estiman que el 80% de las personas en estadio clínico VIH y el 100% de las que están en fase SIDA necesitan TAR y dado que no está normado el reporte, existe una pobre información que brindan algunas EPS, IPS y ESE. En algunas ocasiones instituciones como ONUSIDA hace mediciones independientes a indicadores como este, la última vez que lo realizó fue en 2008 donde se obtuvo 38% de cobertura (ONUSIDA, 2008) y para ese mismo periodo el Observatorio Nacional de VIH reportó 72% de cobertura de TAR (Ministerio de Protección Social 2007), los hallazgos metodológicos, así como los resultados obtenidos indican serios vacíos en las mediciones del acceso a la TAR y la poca o nula información existente en relación con la atención de las personas y las dinámicas al interior del sistema de salud.

Si bien el Ministerio de Protección Social y el Distrito Capital plantea avances en el seguimiento y mejoramiento de la salud pública en general y del acompañamiento a las personas que viven con VIH/SIDA específicamente,



contamos con pocos estudios que nos muestran las relaciones entre la experiencia de vivir con VIH/SIDA y el sistema de salud en Colombia. Pocos estudios, sin embargo, se han preguntado específicamente por el acceso a la TAR de las PVVS y como esta se relaciona estrechamente con aspectos estructurales del SGSSS.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Evaluar el acceso, continuidad y acompañamiento a la terapia antirretroviral (TAR) que reciben las Personas que Viven con VIH o SIDA del Distrito Capital por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud, en el marco de transformaciones socioculturales ocasionadas por la consolidación de una ideología de mercado alrededor del derecho a la salud.

### **Objetivos específicos**

- Describir las características sociodemográficas de las personas Viviendo con VIH del Distrito Capital.
- Establecer la cobertura de Terapia Antirretroviral en Bogotá D.C., describiendo las características diferenciales según tipo de afiliación al SGSSS.
- Definir aspectos relacionados con la estructura y funcionamiento del SGSSS que afectan el acceso, continuidad y acompañamiento a las Personas Viviendo con VIH en relación con la TAR.

## ASPECTOS METODOLOGICOS

### Tipo de estudio

El presente documento es resultado de un estudio analítico de corte transversal que se desarrolló entre diciembre de 2009 y Mayo de 2011 anidado en un estudio mayor titulado Cobertura de Terapia Antirretroviral y Calidad de Atención a Personas Viviendo con VIH en el Distrito Capital. En la construcción inicial del instrumento de recolección de información se creó un capítulo específico sobre acceso, continuidad y apoyo a la TAR el cual es objeto de esta investigación en conjunto con algunos elementos adicionales como los procesos diagnósticos, asesorías previas y posteriores a la prueba y mecanismos jurídicos relacionados con el acceso a la TAR que se consideraron importantes para el análisis.

Entendiendo el tamaño de la muestra y la población sujeto del estudio fue necesario realizar convocatoria de participantes en programas de atención a PVVS de la ciudad, Inicialmente la investigación se contemplaba para realizarse en un año, sin embargo, demoras en la aprobación del protocolo por parte de los comités de ética e investigación de las diferentes instituciones de salud convocadas a participar retrasaron el cronograma de trabajo en todas sus fases.

**Tabla 1. Instituciones invitadas a participar del estudio discriminadas según aceptación o negativa para desarrollar el estudio**

<b>Instituciones Invitadas</b>	<b>Invitadas</b>	<b>No aceptaron</b>	<b>Aceptaron</b>
Empresas Sociales del Estado	4	0	4
Programas de atención especializados en VIH	7	3	4
ONGs, grupos de apoyo o grupos de usuarios	6	2	4
Empresas Promotoras de Salud	3	3	-

De total de instituciones que no aceptaron participar, solo una envió respuesta declinando la invitación, las demás instituciones a pesar del seguimiento e invitaciones y reuniones reiterativas que se propusieron, no dieron ningún tipo de respuesta.

### Población de referencia y muestra

La muestra fue representativa del total de las personas que viven con VIH en el Distrito Capital. Se tomó la prevalencia estimada para Bogotá D.C. en el estudio centinela nacional de 2004 (0,71% en población general) dando una población viviendo con VIH estimada de 51.543. Para definir la distribución según los diferentes regímenes de afiliación se hizo mediante los promedios de notificación al Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) de la ciudad para los años 2006 al 2008, lo que dio un tamaño de muestra de 622 individuos con una confianza del 95% y un margen de error del 5%. La fórmula utilizada para hacer el cálculo del tamaño de muestra fue la siguiente:

$$n = \frac{z^2 \sigma^2 N}{(N - 1) s^2 + z^2 \sigma^2}$$

El tamaño de muestra de acuerdo al régimen de aseguramiento fue el siguiente:

**Tabla 2. Población viviendo con VIH encuestada**

Tipo de aseguramiento	Tamaño de muestra	Población encuestada (n)	Cumplimiento
Contributivo	259	259	100%
Subsidiado	119	120	101%
Especial o excepción	75	74	99%
No afiliado/vinculado	169	169	100%
Total	622	622	100%

## Técnicas de recolección de información

El muestreo se realizó por conveniencia teniendo en cuenta que es una población que por aspectos sociales permanece oculta y hay restricciones normativas que impiden el acceso a bases de datos tanto de sistemas de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) como de programas especializados en VIH, para que la persona fuera incluida en el estudio debió cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Tener diagnóstico confirmado para VIH.
- Ser atendido para VIH en una institución de salud del Distrito Capital.
- Ser mayor de 18 años.
- Haber firmado el consentimiento informado.

Para la recolección de la información se construyó una encuesta basada en preguntas e indicadores estandarizados a nivel nacional, mundial y orientados por la Guía para el manejo del VIH/SIDA basada en la evidencia Colombia como fundamento para la Atención a las Personas Viviendo con VIH del país según la Resolución 3442 de 2006 del Ministerio de Protección Social.

Dicha encuesta se dividió en 5 apartados datos sociodemográficos, prevención, diagnóstico, tratamiento y apoyo para el tratamiento. Se hizo un diseño inicial que fue revisado por profesionales expertos en VIH que incluyeron investigadores nacionales e infectólogos para garantizar la validez de contenido. Igualmente se realizó prueba piloto con 5 Personas Viviendo con VIH que no fueron incluidos en la población encuestada.

En cuanto a la convocatoria de PVVS se emplearon distintas estrategias incluyendo: estrategia de comunicación con afiches y volantes que incluían un teléfono celular y correo electrónicos de contacto, que se distribuyeron en bares, universidades e instituciones de salud. Esta información también se

distribuyó utilizando el correo electrónico y redes sociales. Con los medios de comunicación (emisoras radiales y de televisión) se divulgó la investigación y se invitó a la participación (Anexo 1). Adicionalmente se dispuso de auxiliares de investigación en las instituciones prestadoras de servicios de salud especializadas en VIH que hacían contacto directo con las PVVS.

## Análisis de la información

El análisis de datos incluyó la totalidad de los 622 registros. Se hizo un primer análisis descriptivo tomando en cuenta los 5 grandes bloques de la encuesta mencionados anteriormente. Se exploró la existencia de asociación entre las variables categóricas de desenlace y las variables explicatorias por medio de la prueba Ji cuadrado para las variables que cumplieron el supuesto de aplicabilidad que dice que no más del 50% de las celdas pueden contener valores esperados inferiores a 5; en los casos en que este criterio no se cumplió se utilizó la prueba exacta de Fisher. En ambos casos la hipótesis nula  $H_0$  corresponde a que no hay asociación entre las variables y la hipótesis alternativa  $H_1$  define que hay asociación entre todas las variables o algunas de estas.

## Consideraciones éticas

El presente proyecto se considera como una investigación sin riesgo por no realizar ningún tipo de intervención experimental en salud y según la resolución No. 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, y el decreto No. 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).

Sin embargo, el proyecto fue presentado al Comité de Ética de la Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA y aquellos pertenecientes a instituciones donde sea un requisito para el acceso a la información. Se contó con consentimiento informado (Anexo 2), siguiendo los parámetros de confidencialidad, libertad de participación e información.

## Limitaciones del estudio

El presente estudio declara las siguientes limitaciones:

- **Muestreo:** dado que las Personas Viviendo con VIH y la información relacionada están protegidas por normatividad de confidencialidad especial y que en relación con el estigma y discriminación son poblaciones ocultas el muestreo utilizado fue por conveniencia y las personas participantes en su mayoría fueron captadas en las IPS de atención especializada en VIH, lo cual puede generar sobreestimación de la cobertura de terapia antirretroviral y limitar la información obtenida sobre las personas que aunque tienen diagnóstico para VIH no están recibiendo la atención.
- **Representatividad de poblaciones:** aunque las personas que realizaron las encuestas recibieron capacitación para esta actividad y estaban certificadas en asesoría pre y postest para VIH, se identificaron dificultades en la definición de transgeneristas por parte de las participantes, adicionalmente estas personas tienen dificultades para acceder al tratamiento, son víctimas de estigma y discriminación tanto por su identidad de género como por su vivencia con VIH lo cual hace que el número de personas participantes no representen al grupo completo. Aunque se entiende esta falencia se decide no excluirla del estudio como ejercicio de visualización de la población y generación de nuevas investigaciones.

- Posibles sesgos: el presente estudio dada la población participantes y periodicidad de la información indagada puede presentar como principal sesgo el de memoria.
- Otros: como otras limitaciones del estudio son las propias generadas por el tipo de estudio analítico de corte transversal



## ANALISIS DE RESULTADOS

El acceso a la Terapia Antirretroviral es solo una parte de la atención integral que debe recibir la PVVS, es fundamental hacer el análisis de los diferentes momentos que integran la vivencia del VIH y como estos pueden afectar de diversas formas la TAR, por esta razón los resultados se dividirán en tres aspectos a. Descripción sociodemográfica de la población b. Cobertura de Terapia Antirretroviral, oportunidad en la atención médica y acceso a los antirretrovirales c. Apoyo para la vivencia del VIH y adherencia a TAR d. otros aspectos identificados que pueden afectar el acceso a la TAR.

En esta sección de análisis de resultados se hará la descripción inicial de los principales hallazgos del estudio, los cuales darán las herramientas para la posterior construcción de la discusión que será el espacio final que permitirá ampliar el debate y propuestas para el accionar.

### Descripción Sociodemográfica de la población.

Las características sociodemográficas de las PVVS que reciben atención en salud en el Distrito Capital son el elemento inicial y fundamental para la construcción de un perfil de esta población, complementar el análisis y poder avanzar en la construcción de acciones que den respuesta efectiva a las necesidades de atención y acompañamiento ante el VIH.

**Tabla 3. Distribución según género de las PVVS en el Distrito Capital.**

Genero	n	Porcentaje
HOMBRE	522	83,9
MUJER	92	14,8
TRANSGENERISTA	8	1,3
Total general	622	100,0

La distribución que se observa en la tabla 3 muestra importante similitud con la reportada por el SIVIGILA para el Distrito Capital, la cual para 2.010 fue de 83% hombres y 17% mujeres, el 1,3% de personas trans puedes estar

relacionado con el bajo acceso de esta población al diagnóstico y atención adecuada, así como con la complejidad que representa la categoría transgenerista como autodefinición. Es importante tener en cuenta que de las mujeres participantes del estudio el 62,0% accedió al diagnóstico por aspectos relacionados con la situación de salud, dentro de las cuales el tener una indicaciones medicas con el 36,2% y el embarazo 27,2% fueron las más referidas, lo anterior difiere de la razones de realización de la prueba informadas por los hombres donde la proporción de aquellos que accedieron a la prueba por la situación de salud bajo al 53,6%, lo anterior indica que en general hay mayor posibilidad de diagnósticos oportunos e inicios tempranos de tratamiento en los hombres.

**Tabla 4. Distribución según orientación sexual de las PVVS en el Distrito Capital.**

Orientación sexual	n	Porcentaje
HOMOSEXUAL	301	48,4
HETEROSEXUAL	261	42,0
BISEXUAL	59	9,5
SD	1	0,2
Total general	622	100,0

Al hacer el análisis según la orientación sexual se identifica que en el caso de aquellas orientaciones no heteronormativas<sup>7</sup> representan el 57,9%, este hallazgo permite identificar dos aspectos fundamentales, el primero se relacionada con la proporción de la población denominada como “general” afectada por la epidemia, lo cual se supone al ser la del país y el Distrito Capital una epidemia concentrada debería ser mayor la proporción de personas homosexuales y bisexuales, esto hace un llamado a desarrollar ejercicios de vigilancia e investigativos que permitan identificar de una forma más cercana el tipo de epidemia por VIH que se esta presentando y las estrategias relacionadas para la reducción de nuevos casos.

Adicionalmente plantea importantes retos en la atención a las PVVS, históricamente el manejo del VIH ha tenido focalización en los denominados Hombres que tienen Sexo con Hombres. Como se observa en la tabla anterior

<sup>7</sup> Orientaciones sexuales diferentes a la heterosexual dentro de la cual se encuentran bisexuales y homosexuales.

los programas de atención, las guías y los programas nacionales y distritales deben actualizarse para tener estructuras institucionales y técnicas acordes a la orientación sexual de las personas.

**Tabla 5. Distribución de edad según grupos quinquenales de las PVVS en el Distrito Capital.**

Edad actual	n	Porcentaje
15 a 19	6	1,0
20 a 24	40	6,4
25 a 29	82	13,2
30 a 34	100	16,1
35 a 39	109	17,5
40 a 44	113	18,2
45 a 49	82	13,2
50 a 54	49	7,9
55 a 59	18	2,9
60 a 64	11	1,8
65 a 69	7	1,1
70 a 74	2	0,3
SD	3	0,5
Total general	622	100,0

En la tabla anterior se observa que el 85,5% de los casos se encuentran entre los 15 y 49 años de edad, lo cual es similar a las cifras nacionales y distritales. Se identifica una diferencia importante en el grupo más afectado que para el estudio son las personas entre 40 y 44 años, mientras las estadísticas del Distrito Capital indican que las personas entre los 25 a 29 años es el grupo con el mayor número de casos 20,0%, aunque el estudio no permite identificar las razones de esta diferencia es posible que este relacionada con la flexibilidad laboral que afecta principalmente a jóvenes y hace que pierdan el aseguramiento generando interrupciones en el tratamiento, así como la alta movilidad de esta población que hace que no sean identificados e identificadas por este tipo de estudios transversales.

**Tabla 6. Distribución de edad al momento del diagnóstico según grupos quinquenales de las PVVS en el Distrito Capital.**

Edad al momento del dx	n	Porcentaje
1 a 4	1	0,2
10 a 14	1	0,2
15 a 19	37	5,9
20 a 24	99	15,9
25 a 29	154	24,8
30 a 34	110	17,7
35 a 39	95	15,3
40 a 44	54	8,7
45 a 49	34	5,5
50 a 54	17	2,7
55 a 59	7	1,1
60 a 64	2	0,3
64 y +	1	0,2
SD	10	1,6
Total general	622	100,0

En la tabla anterior se observa una mayor coincidencia con las cifras de la epidemia en el Distrito Capital al compartir los grupos más afectados por el VIH/SIDA. Lo anterior refuerza el análisis de la tabla anterior haciendo visible que hay una importante diferencia entre el acceso a la prueba diagnóstica y el ingreso un programa de atención, dentro de la cual las personas jóvenes son quienes se ven más afectadas.

**Tabla 7. Distribución según nivel de escolaridad de las PVVS en el Distrito Capital.**

Nivel de escolaridad	n	Porcentaje
PRIMARIA INCOMPLETA	26	4,2
PRIMARIA COMPLETA	61	9,8
SECUNDARIA INCOMPLETA	80	12,9
SECUNDARIA COMPLETA	185	29,7
TECNICO INCOMPLETO	19	3,1
TECNICO COMPLETO	86	13,8
PROFESIONAL INCOMPLETO	44	7,1
PROFESIONAL COMPLETO	96	15,4
POSGRADO	22	3,5
SD	3	0,5
Total general	622	100,0

En la tabla anterior se observa que el mayor porcentaje de las PVVS participantes en el estudio tienen un nivel de escolaridad de secundaria con el 42,6% seguido del nivel profesional con el 22,5%, lo anterior nos permite identificar que en general se tienen niveles de escolaridad similares al de la población general.

**Tabla 8. Distribución según estrato socioeconómico de las PVVS en el Distrito Capital.**

Estrato socioeconómico	n	Porcentaje
1	77	12,4
2	225	36,2
3	256	41,2
4	57	9,2
5	5	0,8
SD	2	0,3
Total general	622	100,0

En la tabla anterior podemos identificar como el 89,7% de las personas corresponden a estratos medio y bajo, lo cual permite una vez más identificar elementos estructurales de la epidemia por VIH la cual afecta principalmente a la población de mayor vulnerabilidad asociada con los bajos niveles académicos, pobre acceso a información de prevención de calidad y servicios de salud adecuados lo cual es directamente proporcional al estrato socioeconómico. Es importante tener en cuenta que la participación en el estudio era voluntario por contacto de las personas o aceptación directa en las

instituciones de salud lo cual en algunas ocasiones hace que las personas de mayor estrato socioeconómico se nieguen a participar y se vean menos representadas en el estudio.

**Tabla 9. Distribución según ocupación actual de las PVVS en el Distrito Capital.**

Ocupacion actual	n	Porcentaje
EMPLEADO	196	31,5
INDEPENDIENTE	173	27,8
DESEMPLEADO	102	16,4
OTRO	62	10,0
AMA DE CASA	46	7,4
ESTUDIANTE	22	3,5
TRABAJO INFORMAL	11	1,8
SD	10	1,6
Total general	622	100,0

Para hacer esta clasificación se partió de definir que las personas que se definen como empleados son aquellas que tienen contratos establecidos con una institución o patrono y que reciben mensualmente o según lo definido en dichos contratos honorarios o salarios relacionados con el contrato, como independiente se definió aquella persona que mediante negocios propios tiene ingresos y trabajador informal es aquella persona vendedor ambulante o que tiene trabajos esporádicos en los cuales no media contratos laborales formales ni se reciben honorarios con periodicidad específica.

Como se observa en la tabla anterior únicamente el 31,5% de las personas tienen unas condiciones laborales que brinden algún tipo de estabilidad laboral, el nivel de desempleo del 16,4% en esta población es cercano al doble del país que para octubre de 2.011 se encontró en 9,8%. Por otro lado es importante identificar el 29,6% de las personas que refirieron ser trabajadoras independientes o informales lo cual indica una alta inestabilidad laboral lo que puede representar interrupciones en el aseguramiento en salud de estas personas.

**Tabla 10. Distribución según sitio actual de residencia de las PVVS en el Distrito Capital.**

Residencia actual	n	Porcentaje
BOGOTA D.C.	560	90,0
Fuera Bogota	62	10,0
Total general	622	100,0

Como se observa en la tabla, la mayor parte de la población 90% atendida en el Distrito Capital reside en este, sin embargo es importante tener en cuenta que hay un 10% que no lo hace pero que es atendida en la ciudad lo cual es de esperar que aumente los procesos burocráticos, gastos de bolsillo y barreras geográficas relacionados con la atención del VIH/SIDA. De estas personas que no residen en la ciudad el mayor porcentaje 25,8% residen en Soacha Cundinamarca, otro 25,8% reside en municipios vecinos tales como Chia, Mosquera, Cajica y La Calera. Se encuentran PVVS que refieren su residencia en otras ciudades capitales como Montería, Villavicencio, Tunja y Cali lo cual puede estar relacionado con estigma y discriminación o deficiencia de instituciones de salud en dichas ciudades.

### ***Cobertura de Terapia Antirretroviral, oportunidad en la atención médica y acceso a los antirretrovirales.***

La atención médica incluyendo la definición de necesidad y suministro de TAR son los espacios terapéuticos por excelencia de las PVVS, dichos espacios se ven fuertemente influenciados por las dinámicas administrativas del sistema de salud. A continuación se muestran los resultados relacionados directamente con la TAR partiendo desde la definición específica de la cobertura de TAR y posteriormente analizando los aspectos relacionados con esta.

## Cobertura de Terapia Antirretroviral

La terapia antirretroviral es la principal herramienta terapéutica ante el VIH dado que mejora las condiciones de salud de las PVVS y al controlar la replicación viral disminuye la posibilidad de que las parejas sexuales se infecten con el virus, este aspecto de la atención ha sido el de mayor impulso en planes nacionales e internacionales de respuesta ante el VIH, según los diferentes planes internacionales se espera que el 100% y nacionales según el Plan Nacional de Respuesta 97% de las personas que requieran la TAR lo reciban efectivamente y sin interrupciones.

**Tabla 11. Cobertura global de terapia antirretroviral según régimen de afiliación en las PVVS del Distrito Capital.**

Toma Terapia Antirretroviral	Contributivo		Subsidiado		Especial o excepción		No afiliado		Total ciudad	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje	n	Porcentaje
SI	236	95,5%	106	94,6%	68	98,6%	153	95,0%	563	95,6%
NO	11	4,5%	6	5,4%	1	1,4%	8	5,0%	26	4,4%
No requiere TAR	11		8		5		8		32	
Total que requiere TAR	247	100,0%	112	100,0%	69	100,0%	161	100,0%	589	100,0%

De las 622 PVVS participantes en el estudio 94,7% (598) informaron tener indicado el consumo de TAR, teniendo este grupo como base se define que la cobertura global de terapia antirretroviral fue del 95,6% para el Distrito Capital, lo cual concuerda con los reportes de cobertura de 92% de la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud. En general se observa comportamiento similar según el régimen de afiliación teniendo la mayor cobertura las personas afiliadas al régimen especial o de excepción con 98,6% y la menor aquellas afiliadas al régimen subsidiado con el 94,6%.

**Tabla 12. Asociación de la cobertura de TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud de las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Toma TAR		
	No	Si	Valor p
Autodefinición de género			
Hombre	3,8	96,2	0,191
Mujer	8,0	92,0	
Transgenerista	0,0	100,0	
Ocupación actual			
Empleado	7,2	92,8	0,064
Desempleado	5,1	94,9	
Independiente	1,2	98,8	
Otro	4,5	95,5	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente			
Contributivo	4,5	95,5	0,617
Subsidiado	5,4	94,6	
Especial o excepción	1,4	98,6	
No afiliado	5,0	95,0	

Como se observa ninguno de los análisis generaron asociaciones estadísticamente significativas, lo cual nos indica que en términos generales no hay diferencias importantes en el acceso a la TAR por estas tres variables, sin embargo hay elementos importantes como la menor cobertura en las personas con empleo estable o desempleadas y la diferencia del régimen de excepción en la cobertura en comparación con las demás poblaciones. El tamaño de la muestra de participantes transgeneristas fue bajo, por lo cual este resultado plantea interrogantes que deben ser resueltos mediante nuevas investigaciones con este grupo poblacional y estimaciones muestrales acordes.

**Tabla 13. Distribución porcentual de las razones por la cual las PVVS del Distrito Capital decidieron suspender el consumo de TAR.**

Razon por la cual aunque tiene indicado no toma TAR	Porcentaje
Problemas administrativos con la institución de salud	23,1
Decisión personal	46,2
No lo tolera	7,7
Otra razón	23,1

La decisión personal basada en múltiples aspectos fue la principal causa para que las PVVS decidieran suspender la toma de medicamentos, es importante tener en cuenta el 23,1% de las personas que deciden suspender los medicamentos lo hacen por causa de los problemas administrativos con la IPS o EPS para tener acceso a estos. Estos dos elementos indican deficiencias en



la información para acceso y adherencia al tratamiento sumados a las barreras administrativas tales como autorizaciones, negaciones del medicamento, tramites adicionales, papeleo y desplazamiento a sitios lejanos para la entrega de los ARV que desgastan las personas y hacen que finalmente decidan suspender la TAR. Dentro de las otras razones se identificaron elementos como desconocer el derecho a la TAR, estar implementando terapias alternativas o no reconocer una razón clara para no continuar con el tratamiento, que para efectos del análisis fueron agrupadas y que representan poco menos de la cuarta parte de las razones de suspensión.

### Tiempo entre diagnóstico y cita médica

El primer contacto con el sistema de salud posterior al diagnóstico es la atención medica inicial de ingreso al programa de VIH, el periodo de espera está acompañado de ansiedad generada por el resultado de laboratorio la cual se aumenta por los itinerarios burocráticos que son todos aquellos procesos administrativos, generación de autorizaciones, desplazamiento entre sedes de las ESE, EPS e IPS y demás elementos que definen demoras para el inicio del manejo medico y que es una importante causa para que las PVVS en procesos de cansancio decidan no ingresan a los programas especializados de atención.

**Tabla 14. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica relacionada con el diagnóstico de VIH en PVVS del Distrito Capital.**

Tiempo entre diagnostico y primera cita medica relacionada	n	Porcentaje
Entre 0 y 2 semanas	288	46,3
Entre 3 semanas y 2 meses	183	29,4
Más de 3 meses	147	23,6
Sin información	4	0,6

Como se observa en la tabla 14 únicamente el 46,3% de las personas reportaron haber tenido la primera cita médica antes de dos semanas después de la entrega de los resultados, el 53,1% reportaron haber tardado más de un mes y es especialmente importante el 23,6% de las personas que informaron

haber demorado más de tres meses para su primera atención médica relacionada con VIH.

Estos resultados pueden indicar que existe ruptura en el proceso de acompañamiento de las personas una vez son diagnosticadas lo cual demora los ingresos a las instituciones de atención en salud. Otra razón probable es la fragmentación en la contratación para la prestación de servicios lo cual genera que las personas sean diagnosticadas en una IPS diferente a la cual será tratada para VIH teniendo que surtir por si solas todos los proceso administrativos definidos por el sistema de salud y las aseguradoras.

**Tabla 15. Asociación del tiempo transcurrido entre la entrega del diagnóstico y la primera cita médica, el año de diagnóstico, régimen de seguridad social en salud y el estrato socioeconómico de las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Tiempo entre el diagnóstico y la primera cita médica		Valor p
	Entre 0 y 2 semanas	Más de dos semanas	
<b>Año del diagnóstico</b>			
De 1987 a 1999	35,8	64,2	0,041
De 2000 a 2003	49,5	50,5	
De 2004 a 2007	45,3	54,7	
De 2008 a 2011	51,4	48,6	
<b>Régimen de seguridad social al momento del diagnóstico</b>			
Contributivo	47,7	52,3	0,0001
Subsidiado	49,3	50,7	
Especial o excepción	69,4	30,6	
No afiliado	29,4	70,6	
<b>Estrato socioeconómico</b>			
1	57,3	42,7	0,111
2	42,0	58,0	
3	48,8	51,2	
4	43,9	56,1	
5	20,0	80,0	

Como se observa en la tabla 15 se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el año del diagnóstico que muestra una relación directamente proporcional entre lo reciente del diagnóstico y acceso a la primera cita médica dentro de las dos primeras semanas posteriores a la entrega del resultado. Adicionalmente indica diferencia entre afiliación al sistema de salud mostrando que las personas de régimen especial o de excepción son las que en su mayoría 69,4%% tienen la primera cita médica antes de las 2 semanas, lo cual contrasta con la situación de la población no afiliada que en un 70% demora más de dos semanas para su primera cita médica.

## Acceso a la Terapia Antirretroviral

El análisis del acceso a la TAR se hace sobre las 563 personas que informaron requerir TAR y estarla tomando actualmente, siendo estas las que pueden informar los ítems indagados en esta sección del estudio.

**Tabla 16. Distribución porcentual del tiempo transcurrido entre la formulación de ARV y entrega efectiva de los mismos en PVVS del Distrito Capital.**

Tiempo transcurrido entre la formulación de TAR y la entrega	n	Porcentaje
Entre 0 y 2 semanas	493	87,6
Entre 3 semanas y dos meses	38	6,7
Mas de tres meses	32	5,7

En las diferentes guías de atención y manejo clínico en VIH consultadas no existen parámetros de tiempo para la entrega de medicamentos pues se asume que debe ser inmediata una vez definido el requerimiento de TAR. Para el Distrito Capital en el 87,6% de los casos hacen entrega de los medicamentos dentro de las 2 semanas posteriores a la formulación de estos, el 12,4% de las personas esperaron entre tres semanas o más para la entrega de los ARV. Lo cual indica un porcentaje importante de personas que aunque requieren inmediatamente el inicio del tratamiento deben esperar largos periodos para que estos le sean entregados efectivamente lo cual repercuten negativamente en su salud.

**Tabla 17. Distribución porcentual de las razones por las cuales se dio el tiempo entre formulación de ARV y entrega efectiva de los mismos en PVVS del Distrito Capital.**

Razón del tiempo transcurrido entre la formulación y entrega de TAR	n	Porcentaje
El medicamento estaba disponible	429	76,2
No había medicamentos en la farmacia	42	7,5
La autorización se demoró	36	6,4
No lo cubría el POS	36	6,4
Otra	13	2,3
Sin Dato	4	0,7
No pude ir a recogerlo	3	0,5
Total general	563	100

En concordancia con los resultados sobre razones para suspender el tratamiento se identificó que la principal razón para la demora en la entrega de los medicamentos son aspectos administrativos de la EPS que representan el 12,2% de los casos, seguido del desabastecimiento o no existencia de medicamentos con el 7,1%, estas causas que representan el 19,2% de los casos y que están directamente relacionadas con aspectos de prestación de servicios de salud por parte de las EPS e IPS muestran como las PVVS se ven afectadas por elementos externos. Las personas a las cuales le entregaron los medicamentos oportunamente informaron que la razón fue por que estos estaban disponibles y no tuvieron dificultades para el acceso a estos.

**Tabla 18. Asociación del tiempo entre la formulación de TAR y la entrega efectiva de esta con autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud en PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Tiempo entre la formulación y la entrega de la TAR		Valor p
	Entre 0 y 2 semanas	Más de dos semanas	
Autodefinición de género			0,264
Hombre	87,4	12,6	
Mujer	90,1	9,9	
Transgenerista	71,4	28,6	
Ocupación actual			0,854
Empleado	87,5	12,5	
Desempleado	88,3	11,7	
Independiente	88,3	11,7	
Otro	85,2	14,8	
Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente			0,001
Contributivo	93,4	6,6	
Subsidiado	79,2	20,8	
Especial o excepción	95,6	4,4	
No afiliado	92,8	7,2	

Como se observa en la tabla 18 se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el tiempo de formulación de TAR y la entrega de estos con el régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la PVVS, existe una diferencia de las personas afiliadas a EPS subsidiadas, quienes reportaron que el 20,8% demoraron más de dos semanas para la entrega de los ARV en comparación con los otros regímenes que tuvieron porcentajes mucho menores.

**Tabla 19. Distribución porcentual de cumplimiento reportado en la toma de ARV en PVVS del Distrito Capital.**

<b>De las pastillas que debe tomar al día cuantas efectivamente consume</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Todas (100%)	541	96,1
Casi todas (70-95%)	15	2,7
La mitad (40-65%)	1	0,2
Sin dato	6	1,1
<b>Total general</b>	<b>563</b>	<b>100,0</b>

Los datos encontrados permiten identificar que la mayoría las personas participantes reportaron cumplir con la toma del 100% de los medicamentos de la TAR, se debe reflexionar sobre los elementos modificadores de la adherencia a los ARV en el país pues la mayoría como se muestra mas adelante están relacionados con aspectos administrativos del sistema de salud y no con elementos particulares como se identifica en la siguiente tabla donde no hubo ninguna asociación estadísticamente significativa. Es importante tener en cuenta que este indicador intenta aproximarse a la adherencia de las PVVS en el consumo de los ARV cuando estos le son suministrados efectivamente por la institución que presta los servicios de salud.

**Tabla 20. Asociación del total de pastillas que efectivamente toma la PVVS y nivel de escolaridad, autodefinición de género y régimen de seguridad social en salud.**

Variable	Del total de pastillas que debe tomar cuantas toma efectivamente		Valor p
	Más del 70%	Menos del 70%	
<b>Nivel de escolaridad</b>			1,000
Primaria	100,0	0,0	
Secundaria	99,6	0,4	
Técnico	100,0	0,0	
Universitario	100,0	0,0	
<b>Autodefinición de género</b>			1,000
Hombre	99,8	0,2	
Mujer	100,0	0,0	
Transgenerista	100,0	0,0	
<b>Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente</b>			0,121
Contributivo	100	0	
Subsidiado	100	0	
Especial o excepción	98,5	1,5	
No afiliado	100	0	

Como se observa en la tabla 20 no se obtuvo asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables en análisis, esto es muy relevante pues da indicios de cómo la adherencia de las PVVS a la TAR se mantiene a

pesar de las dificultades que el sistema de salud impone para el acceso a los medicamentos.

**Tabla 21. Distribución porcentual de personas que reportaron haber suspendido los antirretrovirales en algún momento en PVVS del Distrito Capital.**

Ha interrumpido en algún momento la Terapia Antirretroviral	n	Porcentaje
No	279	49,5
Si	284	50,5

Se observa que la mitad de las PVVS reportaron haber suspendido en alguna ocasión la TAR lo cual es un grave indicador de la continuidad en los tratamientos y prende alarmas sobre los riesgos relacionados con la generación de resistencia del VIH ante los medicamentos antirretrovirales.

**Tabla 22. Distribución porcentual de las veces que las PVVS del Distrito Capital reportan haber ha interrumpido la TAR.**

Número de veces que ha interrumpido el TAR	n	Porcentaje
Una	246	86,6
Dos	31	10,9
Tres	5	1,8
Cuatro	2	0,7

Como se observa en la tabla anterior de las 563 personas que tienen indicado TAR y lo están consumiendo 284 informaron haberlo interrumpido, de estas la mayoría 86,6% han interrumpido una única vez la terapia antirretroviral en contraste con un 13,4% que lo ha hecho más de una vez, lo cual como se indico anteriormente representa riesgos para la generación de resistencia del VIH ante los antirretrovirales con relación directa de afectación en la salud y la vida de las PVVS, es importante tener en cuenta que de las personas que interrumpieron la TAR el 21% informo haberlo hecho por más de un mes.

**Tabla 23. Distribución porcentual de la razón por la cual se genero la mayor interrupción de la terapia Antirretroviral en las PVVS del Distrito Capital.**

<b>Causa que genero la mayor interrupción de la TAR</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Decisión personal	87	25,4
Demora en entrega de medicamento	82	24
SD	18	22,2
Cambio de régimen de salud o EPS	24	7
Intolerancia al medicamento	24	7
Indicación medica	20	5,8
Negación del medicamento por parte de IPS	11	3,2
Cambio de IPS	7	2
Falta dinero copago o medicamentos	6	1,8
Falta dinero transporte	5	1,5
Total general	284	100

Dentro de las razones para interrupción de la TAR la mayor es la decisión personal que agrupa diferentes aspectos que fueron de difícil definición dada la estructura del instrumento y que en su mayoría dan indicios de desinformación sobre la TAR y las consecuencias de la suspensión. Haciendo la agrupación se encuentra que las razones administrativas propias de las EPS e IPS generaron el 36,3% de los casos de interrupción, las indicaciones médicas el 12,8% y la falta de dinero para aspectos como copago, transporte y otros elementos el 3,3%.

**Tabla 24. Asociación de la razón que causo el mayor tiempo de suspensión de la TAR y autodefinición de género, ocupación actual y régimen de seguridad social en salud en las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Razón que causó la mayor interrupción del TAR				Valor p
	Problemas administrativos	Indicación médica	Decisión personal	Falta de dinero	
<b>Autodefinición de género</b>					
Hombre	48,9	7,2	40,4	3,6	0,204
Mujer	31,7	9,8	51,2	7,3	
Transgenerista	100,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Ocupación actual</b>					
Empleado	39,3	9,8	47,5	3,3	0,678
Desempleado	42,9	4,1	51,0	2,0	
Independiente	50,6	7,8	35,1	6,5	
Otro	50,0	6,9	38,9	4,2	
<b>Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente</b>					
Contributivo	39,0	8,6	48,6	3,8	0,011
Subsidiado	47,2	5,7	37,7	9,4	
Especial o excepción	53,6	21,4	25,0	0,0	
No afiliado	53,8	2,5	41,3	2,5	

Como se observa en la tabla 24 se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre la razón que causo el mayor tiempo de suspensión de TAR y

el régimen de seguridad social en salud al cual pertenece la PVVS, existe una diferencia de las personas afiliadas a regímenes especiales y de excepción así como no afiliadas que indican que la razón que generó el mayor de tiempo de suspensión fueron problemas administrativos.

Es relevante ver como cerca del 10% de las personas del régimen subsidiado informaron haber interrumpido el tratamiento por falta de dinero, lo cual puede estar relacionado con la fragmentación de la contratación para la atención de las PVVS que se da en la totalidad de las EPS-S aumentando los procesos administrativos, así como los recorridos que deben hacer las personas para acceder a las diferentes atenciones en salud repercutiendo directamente en altos niveles de gasto de bolsillo.

### ***Acompañamiento para la vivencia del VIH y adherencia a TAR***

Como se ha visto en los resultados las decisiones personales son factores de alta relevancia para la vivencia con VIH, la adherencia a la TAR y el manejo médico que requiere cada persona. Dentro del esquema de atención “integral” ante el VIH esta el componente de apoyo psicosocial que agrupa una serie de actividades encaminadas a fortalecer permanentemente la información de las PVVS sobre la TAR, las consecuencias del VIH en la salud, la construcción y mejora de redes sociales y familiares de apoyo, que en conjunto deben ayudar a la vivencia social del VIH y fortalecer la adherencia de las personas al servicios de salud y a los ARV.

**Tabla 25. Distribución porcentual de apoyo para adherencia TAR por parte de la institución de atención en VIH en las PVVS del Distrito Capital.**

En su IPS recibe algún tipo de apoyo para la adherencia a la TAR	n	Porcentaje
SI	304	54,0
NO	255	45,3
SD	4	0,7
Total general	563	100,0

El desarrollo de estrategias de apoyo para la adherencia a TAR es un elemento obligatorio incluido dentro de la Guía para el manejo del VIH/SIDA, como se observa en la tabla anterior de las 563 que reportaron tener indicada TAR y



recibirlo efectivamente, únicamente el 51,1% de las personas reportan recibir alguna actividad de este tipo, lo cual puede estar directamente relacionado con las razones de interrupción de los ARV donde prima la decisión personal.

**Tabla 26. Distribución porcentual del actor identificado como aquel que realiza las acciones de apoyo para la adherencia a TAR en las PVVS del Distrito Capital.**

Quién brinda el apoyo para la adherencia a la terapia antirretroviral	n	Porcentaje
Asesoría psicosocial/apoyo psicológico	30	9,9
asociación de usuarios/Pacientes	33	10,9
Equipo de salud de la institución	128	42,1
Otro	15	4,9
Red familiar o social	98	32,2
Total general	304	100,0

De las personas 304 que reportan recibir apoyo para la adherencia a TAR, el 62,8% identifican actores institucionales como quienes desarrollan estas actividades, un 32,2% informan que el apoyo es recibido por la familia, redes sociales de tipo ONG, asociaciones de usuarios o grupos de autoapoyo que son actores que no son incluidos en los procesos de atención pero que como se muestran tienen roles importantes. En este aspecto se podría concluir que el acompañamiento para la vivencia del VIH es muy pobre y que la atención continua estando centrada en atenciones medicas o paramédicas que dejan de lado los aspectos sociales de la epidemia y las particularidades personales que juegan papeles fundamentales en la complejidad de la infección.

### ***Otros aspectos a tener en cuenta***

Para finalizar este capítulo de resultados se incluyeron otros elementos que son relevantes en su relación con el acceso a la TAR por ser este un aspecto ligado a la integralidad en la atención, estos son el acceso a la prueba diagnóstica y la asesoría pre y postest, necesidad reportada de interponer acciones jurídicas<sup>8</sup> para procedimientos o actividades relacionados con el tratamiento del VIH y la percepción general de la atención en salud por parte de las personas participantes en el estudio.

<sup>8</sup> En el grupo de acciones jurídicas se incluyo la tutela, derechos de petición, desacatos y apelaciones.

## Acceso a la prueba diagnóstica incluyendo la asesoría pre y postest

Estos dos aspectos conforman la parte inicial de la vivencia del VIH y definen en gran medida las primeras reacciones de la persona ante el diagnóstico, son momentos y espacios donde los sujetos deben recibir la información adecuada por personal altamente calificado y sensibilizado con la temática, adicionalmente es el punto de partida de ingreso a la atención médica relacionada con VIH, por tanto las PVVS deben recibir información sobre derechos en salud incluida la TAR. Una referencia constante de las PVVS al momento del diagnóstico es el desconocimiento sobre el tratamiento, los imaginarios sobre el costo y por otro lado el temor a tener que enfrentar toda una vida tomando cantidades importantes de pastillas y tabletas lo cual afecta directamente la adherencia a la atención médica y TAR.

## Acceso a la prueba diagnóstica para VIH

Las situaciones que rodean la prueba tales como la razón por la cual se hace y el sitio de la misma definen aspectos necesarios para lograr la atención médica del VIH, el acceso a la TAR antirretroviral se ve afectada por estos elementos dado que los itinerarios burocráticos que debe asumir la persona para iniciar la atención después del diagnóstico dilatan el inicio del manejo médico y por ende la definición de requerimiento de TAR y acceso al mismo.

**Tabla 27. Distribución porcentual de la razón por la cual las PVVS del Distrito Capital decidió o tuvo que realizarse la prueba de VIH.**

Razón por la que se hizo la prueba de VIH	n	Porcentaje
Decisión personal	242	38,9
Indicación médica	324	52,1
Embarazo o gestación	28	4,5
Requisito de estudio, trabajo o presión por grupo armado	22	3,5
Sin información	6	1,0

Gran parte de las acciones preventivas en VIH están encaminadas a promocionar la prueba de VIH buscando diagnósticos e inicio temprano del manejo, sin embargo como se observa en la tabla 27, más de la mitad de las personas 52,1% se realizaron la prueba por indicación médica relacionada con manifestaciones clínicas de la enfermedad, esto indica diagnósticos tardíos que tienen importantes repercusiones en la salud de la persona y en la mitigación de la transmisión del VIH a las parejas sexuales y el inicio oportuno de la TAR. El siguiente grupo 38,9% son aquellas personas que por decisión personal deciden tomarse la prueba.

Se debe resaltar como el 3,5% de las personas que informaron haberse tenido que tomar la prueba por requisitos laborales incluídas las fuerzas militares y policía o presiones de diferente tipo (grupos armados tanto guerrilleros como paramilitares), siendo estas practicas que están explícitamente prohibidas en el decreto 1543 de 1997.

**Tabla 28. Asociación entre el lugar de realización de la prueba para VIH y el sitio de residencia, estrato socioeconómico, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	En que lugar se hizo la prueba				Valor p
	Carcel	IPS	Otro	Particular	
<b>Ciudad donde reside actualmente</b>					
Bogotá	0,9	78,4	2,0	18,7	0,0619
Fuera de Bogotá	0,0	79,3	0,0	20,7	
<b>Estrato socioeconómico</b>					
1	5,3	88,2	1,3	5,3	0,0001
2	0,4	79,8	1,3	18,4	
3	0,0	77,9	2,0	20,2	
4	0,0	69,6	1,8	28,6	
5	0,0	40,0	0,0	60,0	
<b>Año del diagnóstico</b>					
De 1987 a 1999	0,0	72,5	1,7	25,8	0,01
De 2000 a 2003	0,9	68,5	2,8	27,8	
De 2004 a 2007	0,0	86,1	0,6	13,3	
De 2008 a 2011	1,8	80,6	2,3	15,3	
<b>Régimen de seguridad social al que pertenece al momento del diagnóstico</b>					
Contributivo	0,0	76,3	1,6	22,2	0,017
Subsidiado	2,6	82,4	1,3	13,7	
Especial o excepción	0,0	88,6	1,4	10,0	
No afiliado	0,7	73,3	3,0	23,0	

Como se observa en la tabla 28 se obtuvo asociación estadísticamente significativa entre el lugar de realización de la prueba y el estrato socioeconómico indicando que las pruebas diagnosticas para la población de estrato 1, 2 y 3 se hacen principalmente en la IPS asignadas por el asegurador al cual se encuentran afiliados, mientras que el estrato 3 empieza a recurrir

menos a estos espacios y se ve un gran cambio cuando al identificar que el estrato 5 en su mayoría 60% se realiza la asesoría en sitios particulares.

Con respecto al año del diagnóstico se obtuvo una asociación significativa que nos indica que con el transcurrir del tiempo las personas asisten cada vez más a sus IPS para realizarse la prueba. Con respecto al tipo de afiliación a salud que también obtuvo una asociación significativa, refuerza lo identificado con el estrato socioeconómico, donde las personas del régimen contributivo que tienen mayor nivel adquisitivo en un porcentaje importante 22,2% prefieren realizar la prueba en sitios privados, aspecto que contrasta con la población no afiliada que en un porcentaje similar a la de la población contributiva 23% también lo hace en sitios privados lo cual está relacionado no solo con la capacidad adquisitiva sino con no contar con una afiliación al sistema de salud y no tener IPS de atención en salud.

### **Asesoría para prueba voluntaria del VIH**

La asesoría pre y postest esta definida como obligatoria por el Decreto 1543 de 1.997 y la Resolución 3442 de 2006 y debe ser brindada a las personas que deciden hacerse la prueba para el VIH y es el paso inicial para definir en gran medida la forma en la cual la persona que se enfrenta a un resultado positivo asumirá su diagnóstico, abordaje medico, farmacológico e iniciara la vivencia con el VIH.

**Tabla 29. Distribución porcentual del cumplimiento en la realización de asesoría pre y postest a las PVVS del Distrito Capital.**

<b>Recibió asesoría pre y post test</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Asesoría pre y pos Prueba	225	36,2
Solo asesoría pre prueba	40	6,4
Solo asesoría post prueba	181	29,1
No asesoría ni pre ni post prueba	176	28,3
<b>Total</b>	<b>622</b>	<b>100</b>

Como se mencionó anteriormente las normas nacionales definen como obligatoria el cumplimiento de esta actividad para todas las personas que deciden practicarse la prueba para VIH, como se observa en la tabla 29 la actividad se cumplió antes de la prueba y para la entrega de esta únicamente en el 36,2% de los casos, el 35,5% de las personas recibieron la asesoría únicamente antes o después de la prueba pero no en los dos momentos como es requerido.

Teniendo en cuenta que todas las personas aquí representadas recibieron resultados confirmados para VIH, es importante identificar que tan solo el 65,3% informaron haber recibido asesoría posttest, este espacio cuando se da de buena calidad es importante para que la persona pueda asumir el diagnóstico y fundamental para una comprensión adecuada sobre las opciones terapéuticas que incluyen los ARV, sus indicaciones e identificación del acceso a estos como un derecho de las PVVS. Adicionalmente se debe resaltar que el 28,3% de las personas no recibieron ningún tipo de asesoría antes ni después de la prueba.

**Tabla 30. Distribución porcentual del cumplimiento de componentes durante el desarrollo de la asesoría posttest recibida por las PVVS del Distrito Capital.**

<b>Cumplimiento de componentes</b>	<b>n</b>	<b>Porcentaje</b>
Mala (0 - 24% componentes)	117	28,8
Regular (25% - 49% componentes)	67	16,5
Buena (50% - 74% componentes)	58	14,3
Excelente (< 75% componentes)	164	40,4

Los datos que se encuentran en la tabla 30 muestran la calificación que el investigador le asignó a la asesoría posttest, teniendo en cuenta el cumplimiento de 10 componentes básicos<sup>9</sup> que deben ser abordados durante

<sup>9</sup> Los aspectos incluidos fueron: conocimientos previos en VIH e ITS, prácticas sexuales, formas de transmisión y prevención de la infección por VIH, significado de los resultados de la prueba en lenguaje entendible, información concreta acerca de dónde obtener mayor

este espacio y definidos por la Guía para el manejo del VIH/SIDA. Se encontró que el 40,4% de los casos cumplieron con los componentes requeridos, mientras cerca de la mitad 45,3% en los espacios de asesoría recibieron información de mala o regular calidad lo cual indica que no se alcanzó a dar cumplimiento al 50% de los componentes requeridos normativa y técnicamente, adicionalmente se identificó que de las 406 personas que recibieron asesoría postest 320 que representa el 78% recibieron información sobre el la TAR como tratamiento existente para la infección por VIH.

**Tabla 31. Distribución porcentual de sentimientos de incomodidad o haberse sentido juzgado (a) durante la asesoría pre o postest reportado por las PVVS del Distrito Capital.**

Se sintió juzgado(a) o incomodo (a) durante la asesoría	Asesoría pretest		Asesoría postest	
	n	Porcentaje	n	Porcentaje
NO	209	78,9	319	78,6
SI	56	21,1	87	21,4
Total general	265	100,0	406	100,0

Adicionalmente en la tabla 31 se identifica que tanto en los espacios de asesoría pretest como postest el 21% de las personas reportaron haberse sentido juzgadas o incomodadas en dichos momentos, esto tiene repercusiones importantes para el acceso a los programas de atención pues es de esperar que estas personas demoren más en iniciar los procesos de atención por sentimientos de culpa y pensar que pueden ser estigmatizadas en los servicios de salud según lo identificado en las actividades desarrolladas como profesional con trabajo en VIH.

---

información o asesoría para la atención en salud, información sobre qué es el VIH, cómo se transmite, cómo actúa en el cuerpo humano, cómo se multiplica el virus, información sobre el tratamiento para la infección por VIH, información sobre los posibles efectos e impactos en su vida y en la de sus allegados del VIH, información sobre derechos, deberes, y acceso a servicios de salud, información sobre grupos o redes sociales de apoyo.

**Tabla 32. Asociación entre haber recibido asesoría pre - postest y género, orientación sexual, año de diagnóstico y régimen de seguridad social en salud al cual pertenece las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Recibió asesoría pre y post test		Valor p
	Algún tipo de asesoría	Ninguna asesoría	
<b>Autodefinición de género</b>			0,814
Hombre	72,0	28,0	
Mujer	70,7	29,3	
Transgenerista	62,5	37,5	
<b>Autodefinición de orientación sexual</b>			0,115
Bisexual	78,0	22,0	
Heterosexual	67,4	32,6	
Homosexual	74,1	25,9	
<b>Año del diagnóstico</b>			0,001
De 1987 a 1999	62,6	37,4	
De 2000 a 2003	63,0	37,0	
De 2004 a 2007	71,0	29,0	
De 2008 a 2011	81,1	18,9	
<b>Régimen de seguridad social al momento del diagnóstico</b>			0,341
Contributivo	74,5	25,5	
Subsidiado	72,9	27,1	
Especial o excepción	69,4	30,6	
No afiliado	66,2	33,8	

En la tabla 32 únicamente la asociación entre haber recibido asesoría y el año de diagnóstico mostró significancia estadística, indicando que hay mejoras en el acceso a estos espacios en el transcurso de los 27 años de la epidemia y mostrando tendencias claras de mejora en la implementación de servicios de asesoría para la prueba voluntaria de VIH.

## Acciones jurídicas

Las acciones jurídicas se han convertido en herramientas para acceder a los diferentes servicios de salud, elemento que es especialmente importante para las PVVS y que genera inversiones monetarias y de tiempo importantes en la vivencia con el VIH.

**Tabla 33. Distribución porcentual de PVVS del Distrito Capital que requirieron interponer acciones judiciales para tener acceso a servicios en salud relacionados con VIH.**

Ha necesitado interponer alguna acción jurídica en alguna etapa	n	Porcentaje
No	425	68,3
Si	197	31,7

En la tabla 33 se observa que el 31,7% de las personas participantes en el estudio en algún momento tuvieron que interponer acciones jurídicas para acceso a servicios en salud relacionados con el VIH.

Como se observa en la siguiente tabla 41,1% de las personas interpusieron acciones para tener acceso a lo que se denomina tratamiento integral, lo cual les permite con una sola acción de tutela garantizar la atención de todos los procedimientos y actividades relacionadas con el VIH, otro 40,1% requirieron interponer acciones judiciales para tener acceso a la TAR por negación o suspensión de esta y el 9,1% lo hicieron para exámenes y pruebas de laboratorio de seguimiento o complementarias para el tratamiento del VIH, es importante resaltar que el 4,6% de las personas reportaron haber tenido que utilizar mecanismos jurídicos para realizarse la prueba diagnóstica de VIH.

**Tabla 34. Distribución porcentual de procesos o actividades para las cuales se requirió interponer acciones jurídicas por parte de las PVVS del Distrito Capital.**

Proceso para el cual interpuso la acción jurídica	n	Porcentaje
Tratamiento integral	81	41,1
Medicamentos	79	40,1
Exámenes complementarios o de seguimiento para VIH	18	9,1
Prueba diagnóstica inicial	9	4,6
Cita con especialista	7	3,6
Cirugías relacionadas con VIH	2	1,0
Cita medicina general	1	0,5

Según lo anterior, el acceso a la TAR es la segunda razón por la cual las PVVS recurren a las acciones jurídicas como mecanismo para exigir el derecho a la salud lo cual refuerza los hallazgos relacionados con las interrupciones en el tratamiento, aunque este porcentaje podría ser mayor si se tiene en cuenta que las acciones para acceso a tratamiento integral en muchas ocasiones tienen como fundamento principal la TAR.



**Tabla 35. Asociación de la necesidad de interponer acciones jurídicas y régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género y nivel de escolaridad en las PVVS del Distrito Capital.**

Variable	Ha necesitado interponer alguna acción judicial		
	No	Si	Valor p
<b>Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente</b>			
Contributivo	0,6	0,4	0,000
Subsidiado	0,7	0,3	
Especial o excepción	0,8	0,2	
No afiliado	0,8	0,2	
<b>Autodefinición de género</b>			
Hombre	0,7	0,3	0,137
Mujer	0,8	0,2	
Transgenerista	0,6	0,4	
<b>Nivel de escolaridad</b>			
Primaria	0,7	0,3	0,054
Secundaria	0,7	0,3	
Técnico	0,6	0,4	
Universitario	0,6	0,4	

Como se observa en la tabla 35 para este análisis hubo significancia estadística entre la necesidad de interponer acciones jurídicas y el régimen de seguridad social en salud a la cual pertenece donde se encontró que las personas del régimen contributivo y subsidiado fueron las que necesitaron acceder más frecuentemente a este tipo de recursos, la otra variable que mostró significancia estadística fue la de nivel de escolaridad que nos muestra como las personas con mayor nivel académico utilizan este tipo de herramientas jurídicas más frecuentemente, lo cual posiblemente este relacionado con el conocimiento de los derechos en salud y los mecanismos de exigibilidad existentes.

## Percepción general de la atención

Por último se presenta la percepción de las PVVS ante la calidad de la atención recibida en los programas de atención a modo de reflexivo sobre la apropiación de la salud como un derecho por parte de la población.

**Tabla 36. Distribución porcentual de la calificación general de la atención en VIH según la percepción de las PVVS del Distrito Capital.**

Calificación general de la atención al VIH	n	Porcentaje
Excelente	215	34,6
Buena	322	51,8
Regular	66	10,6
Mala	17	2,7

Como se observa en la tabla 36 únicamente el 13,3% calificó la atención como regular o mala mientras que el 86,3% la definió como excelente o buena, al hacer el contraste con los resultados anteriores se identifica una clara diferencia en lo que se esperaría técnicamente que fuera una atención de calidad entendida como la cual cumple con los parámetros de la Guía para el manejo del VIH/SIDA nacional y los que las personas reportan percibir.

**Tabla 37. Asociación de la calificación general de la atención en VIH y Cumplimiento porcentual de asesoría pre y postest, régimen de seguridad social en salud, autodefinición de género, interrupción de TAR y atención de los profesionales en el mismo sitio.**

Variable	Calificación general de la atención del VIH		Valor p
	Buena-excelente	Regular-mala	
<b>Cumplimiento porcentual de la asesoría pretest</b>			
Regular-mala	76,9	23,1	0,000
Buena-excelente	92,5	7,5	
<b>Cumplimiento porcentual de la asesoría postest</b>			
Regular-mala	86,9	13,1	0,047
Buena-excelente	92,8	7,2	
<b>Régimen de seguridad social al que pertenece actualmente</b>			
Contributivo	87,6	12,4	0,605
Subsidiado	83,2	16,8	
Especial o excepción	89,2	10,8	
No afiliado	86,4	13,6	
<b>Autodefinición de género</b>			
Hombre	86,7	13,3	0,008
Mujer	89,1	10,9	
Transgenerista	50,0	50,0	
<b>Ha interrumpido la TAR</b>			
No	90,3	9,7	0,013
Si	83,2	16,8	
<b>Todos los profesionales lo atienden en el mismo sitio</b>			
No	80,7	19,3	0,006
Si	89,0	11,0	

Para este análisis hubo significancia estadística entre varios elementos, se observa una relación directa entre la calidad de la asesoría pre y postest y la percepción de la calidad en la atención, se observa claramente que las personas que han interrumpido TAR y que tienen que desplazarse por varias IPS para recibir la atención, califican en mayor proporción la atención como regular o mala.

El análisis según la autodefinición de género indica que las personas transgeneristas muestran una percepción negativa de la atención mucho mayor 50% que hombres y mujeres quienes respondieron en promedio 12,1%

perciben la atención como regular o mala, esto puede estar directamente relacionado con condiciones de estigma y discriminación.

## DISCUSION

La discusión del presente estudio se realizara a la luz del análisis de los resultados obtenidos en el mismo, los cuales en conjunto con apoyo teórico de estudios similares o relacionados y la experiencia como profesional de la Secretaria Distrital de Salud, buscarán generar interpretaciones útiles para la toma de decisiones que permitan mejorar el acceso, continuidad y acompañamiento o por lo menos identificar los elementos más importantes y de acción en la problemática central de la investigación.

### ***Una crítica al enfoque para el abordaje y la medición del acceso a los ARV***

Es frecuente encontrar trabajos investigativos o de análisis de la situación de salud en el país en los cuales se perciben los programas de atención como elementos “neutrales” dentro de una estructura de funcionamiento del sistema de salud nacional. Los resultados del presente estudio y la vivencia al interior de entes “rectores” de la atención a las PVVS en la ciudad, permiten evidenciar que dichos programas de atención son un eslabón de una cadena en que las transformaciones neoliberales de los sistemas de salud y sus discursos eficientistas sin efectividad real convierten a las personas en contratos, tramites, papeleos y finalmente en gastos que deben ser regulados.

Este aspecto es especialmente significativo cuando de VIH se trata, al ser considerada como una enfermedad de alto costo definió prácticas de contención de gastos lo cual se complejiza aún más cuando se identifica que los medicamentos ARV representan el 64% de la inversión que hace anualmente el sistema de salud en atención a las PVVS (Vargas y col 2.002) a lo cual se suma un decreto marco como el 1543 de 1997 y una guía de

atención nacional desactualizados<sup>10</sup>. Lo anterior es un caldo de cultivo ideal para la creación de prácticas perversas<sup>11</sup> de negación sistemática de ARV por parte de EPS, IPS y algunas personas que trabajan en dichas instituciones, que si bien no se ven reflejadas en las mediciones de cobertura global, si lo hacen en las interrupciones del suministro que desde miradas técnicas pueden ser aún más perjudiciales para la vida de las personas que la misma negación de los medicamentos al crear farmacorresistencias y por consiguiente fallas en los esquemas terapéuticos dando posibilidades a la presencia de coinfecciones y comorbilidades que en muchas ocasiones llevan a la hospitalización y muerte de las PVVS e incremento de costos sociales, personales, familiares entre otros.

Los tránsitos que las PVVS padecen<sup>12</sup> al interior del sistema de salud están claramente definidos por estructuras a las cuales la calidad de vida de las personas no interesa, las personas no son atendidas donde presten el mejor servicio, en el sitio más cercano, ni donde los sujetos lo deseen (aunque las normas así lo permitan), por el contrario son manejados médicamente en las IPS que al momento del contrato permitan mayores ganancias para las partes a excepción de la PVVS.

Estos es fundamental si se tiene en cuenta que los ARV son la parte más costosa de la atención que requieren estas personas. Estudios nacionales muestran que del total asignado para la atención personal el 64% de los costos son generados por los medicamentos (Vargas y colaboradores 2.002), los cuales adicionalmente deben ser administrados de por vida. Lo anterior genera

---

<sup>10</sup> La normatividad define que las guías de atención deben ser actualizadas cada 2 años y la actual fue creada en 2.006 momento para el cual ya presentaba diferencias con las guías internacionales de mayor nivel.

<sup>11</sup> En el desempeño profesional he identificado y multiples PVVS me han referenciado practitas tales como entregas diarias de medicamentos, cambios constantes de la institucion que dispensa los ARV, entregas de dulces u otros tipos de medicamentos en lugar de los ARV y estigmatizacion de ciertos grupos de PVVS como culpables del mercado negro de estos medicamentos.

<sup>12</sup> La experiencia profesional y otros estudios como los de Abadía y Oviedo en 2.009 muestran que los tramites que las personas experimentan en el sistema de salud colombiano causan sufrimiento y padecimientos tanto físicos como emocionales.

prácticas perversas<sup>13</sup> dentro de las cuales se encuentran mecanismos que causan interrupciones algunas de ellas cortas pero frecuentes que generan ahorro para las EPS e IPS por paciente que deja de consumir TAR.

Es común encontrar en los discursos institucionales, las políticas públicas nacionales e intencionales, así como en las diferentes guías de atención como la adherencia es pensada habitualmente en términos de las acciones que un individuo realiza con el fin de mejorar su estado de salud, la medicina occidental plantea una separación entre, por un lado, la enfermedad como cosa en sí que posee una lógica y un devenir natural conocido a partir del uso del método científico, racional y experimental propio del paradigma positivista y por el otro, la experiencia humana y social de ésta (Margulies, S; Barber, N; Recorder, ML 2.006). Estos enfoques que desconocen los contextos de las fuerzas sociales, políticas e históricas y atribuyen las dificultades en la propia falta de autonomía del sujeto fortalecen la violencia estructural relacionada con el VIH y su vivencia (Farmer, P; Castro, A 2.003).

Como se ha discutido y ha sido claro en los resultados, el sistema de salud colombiano genera un cantidad importante de elementos adicionales de tipo político y administrativo que afecta las PVVS a lo cual se le suma la falta de acompañamiento por parte de los programas de atención. Para el país es fundamental cerrar la brecha creada por las visiones positivistas de la medicina occidental y reforzada por los conceptos individualizantes de las políticas neoliberales en salud y generar estructuras para que las PVVS puedan gozar

---

<sup>13</sup> En la práctica profesional al interior del programa de VIH de la ciudad he identificado que el sistema de salud y alguno de sus actores han desarrollado estrategias que hacen que las PVVS suspendan sistemáticamente la TAR, tales como interrumpir contratos con las empresas dispensadoras de medicamentos frecuentemente a pesar de tener los recursos asignados ya cancelados por parte del sistema de salud, solicitar autorizaciones para cada uno de los medicamentos triplicando o cuadruplicando los trámites, entregar medicamentos de muy baja calidad o sin registros INVIMA. También hay otras prácticas que generan ahorro para las EPS e IPS por su sola implementación o vía inasistencia de las PVVS que se agotan física y anímicamente en dichas prácticas, tales como entregar menos medicamentos de los requeridos para la dosis diaria (de 3 medicamentos entregan 2), entrega de medicamentos para el día, la semana no el mes, hay casos documentados y denunciados en otras ciudades donde se cambian los medicamentos por dulces, frijoles u otro tipo de medicamentos de presentación similar de menor valor utilizados para otras enfermedades como acetaminofen u omeprazol.

plenamente del derecho a la salud y maximizar la capacidad de beneficio que los ARV han demostrado tener en la vivencia del VIH.

### ***La estructura del sistema del sistema de salud como elemento clave***

La estructura del sistema de salud, para el caso específico del presente estudio el aseguramiento como aspecto proxy muestra una clara diferencia en el acceso, continuidad y acompañamiento a la TAR y la vivencia del VIH. Varios de los resultados permiten respaldar esta teoría tales como el lugar donde las personas deciden realizarse la prueba diagnóstica para VIH, aspecto en el cual se identificó que las personas de régimen contributivo (22,2%) y no afiliado (23,0%) se realizan la prueba en sitios particulares, este comportamiento tiene análisis diferentes para los grupos donde el primero lo hace por contar con los recursos económicos y buscar privacidad en los resultados hallazgo respaldado por el 88,6% de las personas de estratos 4 y 5 que se practicaron la prueba en sitios particulares, en cuanto al segundo grupo lo hacen principalmente por no tener ningún tipo de aseguramiento en salud lo que las lleva a no identificar espacios a los cuales puede acceder a los servicios de salud. Como está estructurado el sistema de salud el tener pruebas diagnósticas externas a las IPS genera en la mayoría de los casos retrasos en el inicio del manejo médico y reprocesos al tener que hacer nuevamente las actividades diagnósticas.

Otro elemento donde el aseguramiento tuvo relevancia fue el tiempo entre la formulación de la TAR y la entrega de esta, donde el porcentaje de los que demoraron más de dos semana fue claramente mayor en subsidiado con 20,8% en comparación con el que le sigue que fue la población no afiliada con 7,2%, esto esta claramente relacionado con la forma de contratación de este

régimen dado que no tiene programas propios, por lo cual subcontrata con IPS “especializadas”<sup>14</sup>.

La gran mayoría de estas no cuentan con servicios farmacéuticos, pues es más rentable para la EPS subcontratar la entrega de los medicamentos con empresas diferentes, esto conlleva para las PVVS aumentos de trámites dado que tienen que pedir autorizaciones adicionales a las que tiene que realizar para acceder a la atención médica y hacer los desplazamientos que se requieren aumentando los tiempos y gastos de bolsillo, lo cual se refuerza en el hallazgo de un 10,2% de las personas de este régimen que interrumpieron su tratamiento por no tener dinero para transporte, fotocopias o demás procesos. En contraste las personas pertenecientes a regímenes especiales o de excepción reportaron en el 95,6% recibir los medicamentos en menos de dos semanas lo cual refleja la dinámica de un tipo de aseguramiento que para esta fase de la atención no se identifican demoras relacionadas con barrera las autorizaciones o trámites adicionales. Lo anterior permite la identificación clara de inequidades existentes al interior del sistema de salud que perpetúan el sufrimiento de las personas de más bajos niveles socioeconómicos.

Siguiendo en esta misma línea encontramos la razón que causó la mayor interrupción de TAR, donde las personas de regímenes de afiliación especial o de excepción reportaron barreras administrativas que limitaban la continuidad de la TAR en el 53,6% a diferencia de la bajas barreras de este mismo tipo reportadas para el acceso por primera vez a los ARV en el mismo grupo, lo cual indica que en los momentos o fases de atención de las PVVS hay diferencias administrativas dentro de este mismo proceso. Para el caso de las personas no afiliadas el reporte de barreras administrativas como motivo de la interrupción fue del 53,8% las cuales están seguidas de cerca por el régimen subsidiado con el 47,2%. Una vez más el aseguramiento desde sus dinámicas administrativas que buscan principalmente la auditoria de autorizaciones y

---

<sup>14</sup> Aunque no es general algunos de estas IPS aunque cuentan con los parámetros para ser habilitadas para su funcionamiento no es así para la prestación de servicios de salud en VIH y mucho menos ser denominadas como programas de atención.



cuentas marca diferencias importantes para la vivencia del VIH para este caso específico afectando la continuidad en la TAR, aunque el caso más notable es el del régimen subsidiado no significa que no pase en los otros tipos de afiliación dado que estos aspectos son estructurales del sistema de salud y la mayor o menor afectación lo único que definen son aspectos claros de inequidades sociales que limitan el ejercicio pleno del derecho a la salud .

Dado que el sistema de salud colombiano se centra en el aseguramiento y este se relaciona directamente con la condición laboral, el panorama es bastante difícil para las PVVS, pues como se observa en los resultados de la condición laboral únicamente el 31,5% de las personas tienen algún tipo de estabilidad laboral, el 68,5% restante de las personas están en situaciones laborales que limitan su aseguramiento generando interrupciones permanentes en el manejo médico de la infección impactando directamente en la continuidad de la TAR. Adicionalmente he identificado como la cantidad de itinerarios burocráticos requeridos para el tratamiento de la infección hace que algunas PVVS se vean obligadas a renunciar a trabajos que les pueden brindar mayor estabilidad, pues la cantidad de ausencias son tantas que generan conflictos con las instituciones y finalizan en renuncias o despidos, esto puede sustentar el 46,0% de las personas que se encuentran desempleadas o en condiciones de independencia o informalidad.

### ***La “integralidad”<sup>15</sup> en la atención a las PVVS***

Una de las variables indagadas en el instrumento y que no pudo ser utilizada en el análisis fue la pertenencia a un programa de atención en VIH, esta imposibilidad se dio por la dificultad de las personas participantes para identificar esta figura (más del 80% de las personas aunque están recibiendo atención en alguna IPS, refirieron no pertenecer a ningún programa o no saber

---

<sup>15</sup> Las comillas son originales de la guía de práctica clínica, lo cual genera dudas sobre la definición al no saberse exactamente cuál es la razón de estas, el lector no autor del texto lo puede interpretar como un elemento indefinido o profundamente subjetivo.

la existencia de este) lo cual por si solo es un importante hallazgo. Según la Guía para el Manejo del VIH/ SIDA del país en la sección C de atención en el numeral 2.3 de recomendaciones indica *“Todo paciente con infecciones por VIH debe manejarse como parte de un programa de atención integral”* (Ministerio de Protección Social 2006), sin embargo se encuentran importantes vacíos al no haber una conceptualización clara al respecto, este mismo documento habla de atención *“integral”* y hace una vaga descripción de esto como una necesidad que dada la complejidad del VIH requieren las PVVS de recibir intervenciones de múltiples profesionales y se hace la claridad en el documento que en el estudio para realizar la guía no se encontró impacto de este tipo de intervenciones en desenlaces virológicos.

Los anteriores elementos crean vacíos que se ven reflejados en la atención a las PVVS, esto crea un grupo de personas dispersas que prestan atenciones o según la guía intervenciones, más no un manejo completo ante el VIH, eso es la causa para que no sea posible que las personas estén en un programa de atención. Partiendo de este elemento se puede extrapolar que las PVVS tienen poca o ninguna claridad sobre los servicios en salud a los cuales tienen derecho, la experiencia profesional me ha enseñado que muchas de las PVVS restringen su atención a la cita médica mensual y la entrega de los medicamentos. Por lo general se desconoce las otras profesiones que deben atenderlas y dentro de esto lo que más se desconoce es el derecho al apoyo y acompañamiento para la adherencia al TAR así como la responsabilidad que tienen los programas con las familias y redes sociales de las PVVS.

Cada uno de los aspectos indagados en el estudio actúan como eslabones de una cadena que permite analizar el acceso, continuidad y apoyo ante la TAR. Dentro del proceso asistencial el acceso a la prueba diagnóstica marca el primer contacto con el sistema de salud, como se discutió anteriormente hay factores que hacen que las personas asistan más a sitio diferentes a las IPS asignadas para realizarse la prueba y eso define un inicio problemático comentado anteriormente.

Adicionalmente se identificaron las razones por las cuales decidieron realizarse la prueba, la mayor proporción fue el de las personas que lo hicieron por indicación médica 56,6% dentro de las cuales se encontraron las mujeres embarazadas (4,5%) y las personas que presentaron algún tipo de alteración en la salud que pudo haber dado indicios de estar presentando una infección por VIH (52,1%) lo cual representa en la mayoría de los casos personas detectadas en fase SIDA. Este hallazgo indica un fracaso en las estrategias de detección temprana lo cual esta complementado con las cifras analizadas anteriormente de personas que recurren a sitios de diagnóstico particulares estos dos elementos indican claramente lo difícil que es acceder a una prueba diagnóstica. Al sumar los tiempos que las personas demoran entre el acceso a la prueba, ingresar a los servicios de salud y la entrega formal de medicamentos ARV pueden pasar más de tres meses, teniendo en cuenta que más de la mitad de las personas pueden estar en fase SIDA o mujeres embarazadas por tanto requieren inicios inmediatos de manejo médico y tratamiento ARV, este elemento puede ser una de las razones por la cual la mortalidad por SIDA en el país parece no reducirse.

Parte del diagnóstico del VIH son los espacios de asesoría pre y postest los cuales son fundamentales para el acceso y adherencia a los ARV dado que dentro de sus componentes está informar sobre la historia natural del VIH y como la TAR la modifica y mejora la calidad de vida de las PVVS, los riesgos que hay cuando el tratamiento antirretroviral se interrumpe sin la debida indicación médica y finalmente el derecho que tienen las personas a recibir el medicamento oportunamente y de la mejor calidad disponible. Si se tiene en cuenta que únicamente el 36,2% de las PVVS recibieron tanto asesoría pre como postest y de quienes recibieron asesoría postest cerca del 25% no recibieron información sobre el acceso a TAR y el 34,7% que no recibió ningún tipo de asesoría o únicamente la pre test lo cual es confirmado por estudios nacionales que reportan cifras del 29% de PVVS que recibieron ninguna asesoría o únicamente la pretest (Simbaqueba et al 2.011).

La experiencia profesional me ha enseñado que el espacio entre la entrega del resultado de laboratorio y que la persona inicie contacto efectivo con programas de atención en VIH es el momento más complejo pues es pasar de un espacio de atención primaria a uno especializado para lo cual debe mediar un sin número de trámites administrativos para los cuales muy pocas EPS brindan compañía o asesoría. Dada la desinformación del momento causada por el no cumplimiento en la realización de la asesoría pre y postest o su cumplimiento con parámetros de baja calidad, el hecho que la personas tengan que cargar<sup>16</sup> con un resultado que muchas veces no comprenden, la duda sobre la cercanía de la muerte relacionada con la enfermedad y el temor ante la posible pérdida de las redes familiares sociales y las relaciones de pareja, todo lo anterior representan pesos anímicos y físicos inmensos que causan ocultamientos<sup>17</sup>, depresiones severas, negación total del diagnóstico y en los casos más severos llega hasta el suicidio.

En la Secretaria Distrital de Salud las personas que trabajamos en VIH continuamente debemos desarrollar o complementar estas acciones de asesoría y canalización a los servicios de salud a personas que llegan a las instalaciones de la institución desubicadas y completamente temerosas, en estos momentos de diálogo son recurrentes los imaginarios relacionados con el alto costo que tienen los medicamentos y la imposibilidad de pagar los mismos, la idea de una enfermedad mortal que no tiene ningún tratamiento, o como los medicamentos envenenan y matan las personas. Estos vacíos en la información hace que las personas decidan no asistir a las instituciones de salud o retracen el contacto con estos y en algunas ocasiones cuando dichos vacíos no son trabajados al interior de los programas de atención genera prácticas personales que afectan la adherencia o funcionamiento de los medicamentos en el abordaje terapéutico.

---

<sup>16</sup> Muchas personas que acuden a la Secretaria Distrital de Salud refieren que esto es un peso, una cruz que hay que llevar.

<sup>17</sup> Hay casos en los cuales las personas deciden quedarse en casa o cambiar la residencia y no volver a salir por temor a ser señaladas como lo he identificado en múltiples encuentros y entrevistas con PVVS.

Todos los elementos mencionados anteriormente juegan papeles importantes en el acceso y continuidad a la TAR, los cuales deben ser reforzados y complementados con el apoyo que el programa de atención debe brindar a la persona para el cumplimiento y adherencia a los ARV, lo cual estaría cerrando un ciclo en busca de la "integralidad". Según los hallazgos del presente estudio un poco menos de la mitad 42,9% informan no recibir ningún tipo de apoyo para la adherencia, lo cual de entrada no cumple la Guía de práctica clínica nacional, que a diferencia de la poca certeza sobre la importancia de la atención "integral", para este caso informa haber relación entre actividades educativas psico-conductuales y un adecuado cumplimiento de los esquemas ARV (Ministerio de Protección Social 2006). La ausencia de estos espacios al interior de los programas complica la relación de las PVVS con los ARV pues estas personas como se ha visto traen un lastre de vacíos informativos sobre el tratamiento, los derechos de acceso a estos, la importancia de la adherencia así como pros y contras de la medicación.

### ***La desinformación y su relación con los ARV***

Como ya se discutió anteriormente hay razones administrativas y de falta de dinero que causan una proporción importante de las interrupciones de la atención y TAR, sin embargo el 25,4% de las personas informaron hacerlo por razones personales, este hallazgo conociendo las historias y los procesos de atención y acceso a TAR me genera un par de preguntas ¿estas decisiones se toman con la información suficiente?, estas interrupciones ¿que tanto se pueden relacionar con cansancio ante la lucha contra las barreras administrativas, personales, económicas entre otras que representa vivir con VIH en este país?. Con los resultados disponibles no es posible responder estas inquietudes sin embargo hilando conceptos, experiencias, vivencia y otros estudios podría atreverme a afirmar que esta cuarta parte de personas que por decisión propia deciden interrumpir el TAR lo hacen sin la información suficiente pues como ya se ha visto hay falencias de este tipo desde antes del diagnóstico, en el momento de la prueba y el acompañamiento técnico por

parte de los programas de atención. En días pasados me sorprendí cuando en una conversación con un gran amigo que tiene un diagnóstico para VIH hace más de 4 años, de nivel académico universitarios, rango de edad entre 30 y 35 años, estrato socioeconómico cinco, perteneciente a un programa de VIH que se supone de alto nivel en la ciudad<sup>18</sup> me pregunto *¿oye, por que a alguien que conozco le dijeron que era peligro no tomarse algunas dosis al día de las pepas esas...?*

Como complemento a la discusión se discutirá la pregunta que se hizo en la parte final de la encuesta, se decidió indagar sobre la percepción general de la atención a lo cual las personas deberían asignar una calificación de tipo categórica, los resultados mostraron que el 86,4% percibieron una atención buena o excelente siendo esta última de 34,6%, esto discrepa totalmente al hacer el contraste con los demás resultados del estudio donde ninguno cumple con los parámetros definidos por la guía para el manejo del VIH/SIDA. Lo anterior indica dos elementos claves, el primero relacionado con la calidad de la información proveniente de encuestas o estudios de satisfacción de usuarios como vía para medir la calidad en la atención, estas herramientas son las que histórica han sido utilizadas por el sistema de salud y las IPS, la segunda y más relevante es el desconocimiento que tienen las PVVS de los derechos que tienen en salud, de la atención que deben recibir, cuales son los tiempos máximos para recibir atención, entregas de medicamentos y de apoyos adicional para la adherencia y le vivencia del VIH, lo cual se identifica claramente en las consultas que las PVVS me hace permanentemente cuando buscan asesoría en la Secretaría Distrital de Salud.

Un elemento adicional que da luces sobre la discrepancia entre la percepción general de la atención y lo que reciben las PVVS es la necesidad de interponer acciones jurídicas para acceder a la atención de las cuales 31,7% necesitaron acceder a este tipo de mecanismos, de estos el 40,1% correspondieron a

---

<sup>18</sup> Estas son las características que muchos(as) infectólogos(as) y personas especializadas en VIH definen como lo ideal pues tienen el nivel adecuado para entender los procesos terapéuticos y tener una excelente adherencia.

solicitudes relacionadas con entrega de medicamentos. Como se mencionó en el marco conceptual según el informe de la Defensoría del Pueblo en 2.010 se identificó una reducción de 39% de estas acciones relacionadas con medicamentos, lo cual posiblemente se relacione con el aumento de acciones de tutela para la exigencia de tratamiento integral que incluye los medicamentos y que lastimosamente aunque son mencionadas en el comentado informe no son cuantificadas pero que para la presente investigación represento el 41,1% de los casos.

### ***Discutiendo las hipótesis del estudio***

El estudio se desarrollo teniendo en cuenta dos hipótesis siendo la nula  $H_0$  no hay asociación entre las variables y la hipótesis alternativa  $H_1$  hay asociación entre todas las variables o algunas de estas. En conclusión se rechaza la hipótesis nula dado que como se describió en los resultados se identificaron asociaciones estadísticamente significativas los diferentes aspectos analizados y variables como estrato socioeconómico, año de diagnostico, genero y nivel de escolaridad entre otros.

Es especialmente relevante que el tipo de aseguramiento mostró asociaciones estadísticamente significativas con diferentes aspectos tales como los tiempos transcurridos entre diagnósticos y citas medicas, tiempos transcurridos entre la formulación de los ARV y la entrega efectiva de estos, las razones de interrupción de la TAR, lugares donde las personas acceden a las pruebas diagnosticas para VIH y la necesidad de interponer acciones judiciales para el acceso a servicios de salud relacionados con el VIH. Todo lo anterior muestra las fuertes inequidades existentes en salud, siendo las más afectadas las personas del régimen subsidiado y no afiliadas, quienes a su vez dado el contexto de vulnerabilidad social son las que aportan el mayor número de casos de VIH en la ciudad y el país.

## ***A modo de conclusión***

Todos los hallazgos indican claramente que el sistema de salud colombiano como esta establecido actualmente, atenta contra la salud de las personas especialmente la de aquellas de más bajos recursos y más vulnerables ante el VIH. La consolidación de una ideología de mercado alrededor del derecho a la salud convierte a las PVVS en contratos, mercancías con las cuales las EPS, IPS y demás instituciones de atención en salud o relacionada con la prestación de estos servicios, negocian y buscan los mejores dividendos, dentro de este esquema perverso de salud quienes pierden son los más necesitados quienes pagan con su salud, vida, familias y propios recursos lo que significa vivir con VIH.

Ante este panorama todas las recomendaciones o propuestas se quedan cortas, el problema es estructural y día a día se agrava más, se requieren cambios de fondo que únicamente serán posibles si trabajos como este que reiteran lo nocivo del actual sistema de salud ven la luz, se convierten en herramientas de discusión y lucha social. La resistencia se puede iniciar desde cada persona, construyendo movilizaciones donde unidos y unidas podamos exigir el cambio de este sistema por uno justo que garantice la salud y la vida.

Para cerrar positivamente el análisis de los resultados es importante resaltar que todos aquellos indicadores en los cuales se incluyó el año de diagnóstico mostraron mejoría en el transcurso de estos 26 años de la epidemia en el país. Aunque se debe tener en cuenta que la mejora es sostenida y no muestra cambios relacionados con la ley 100, lo cual indica que posiblemente este dado por un aprendizaje nacional sobre la epidemia, creación de instituciones especializadas en la atención del VIH/SIDA, formación de profesionales expertos en VIH, mayor disponibilidad de medicamentos, la fuerte movilización de grupos sociales, la presión internacional para el fortalecimiento de acciones en la atención y lo que considero más importante y menos reconocido, la titánica labor de hombres y mujeres que han dedicado su vida al VIH/SIDA y



que desde sus lugares de trabajo muchas veces en pequeños consultorios en los rincones de algunas instituciones, logran cambiar la vida de miles de personas y nos enseñan lo que es un atención de calidad (Martínez, A; 2.009).

## ANEXOS

### Anexo 1. Pieza comunicativa



Si eres mayor de 18 años  
y vives con VIH, puedes aportar  
al estudio "Cobertura de uso  
de Terapia Antirretroviral y calidad  
de la atención a personas viviendo  
con VIH en el Distrito Capital"

**estudiocalidadvih@gmail.com**  
**Cel: 321 412 6190**



## Anexo 2. Consentimiento informado

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**  
**COBERTURA DE USO DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL Y CALIDAD DE LA**  
**ATENCIÓN A PERSONAS VIVIENDO CON VIH EN EL DISTRITO CAPITAL**

**Instituciones participantes:**

Secretaría Distrital de Salud, Universidad Nacional de Colombia, Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida

**Equipo de Investigación:**

Manuel González, Adriana Gisela Martínez Parra, Fabián Betancourt, María Yaneth Pinilla, Fabián Ardila, Camilo Ruiz

**Objetivo:** Evaluar la calidad de la atención de las personas viviendo con VIH/SIDA atendidos en la ciudad de Bogotá, enfatizando en la cobertura de terapia antirretroviral (TAR) en el actual sistema de salud.

**Duración del Estudio:** La duración del presente estudio será de un año Septiembre de 2009 –Septiembre de 2010, en donde el trabajo de campo tendrá una duración de 5 meses. Antes de vincularle al estudio, se le pedirá su autorización para incluirla(o) como uno de los participantes.

**Metodologías:** Si accede a participar, le pediremos que nos conceda una entrevista a profundidad cuya duración puede ser de 2 horas, conteste una encuesta de aproximadamente 30 minutos, o nos permita acompañarlo en algunas ocasiones a citas, exámenes o cualquier procedimiento que usted requiera. La entrevista pretende indagar por su experiencia al interior del sistema de salud y los programas de atención a personas viviendo con VIH, en términos de calidad de la atención. En la medida de lo posible, le pediremos que nos conceda una segunda entrevista para extender la primera o para aclarar ciertos temas. La encuesta pretende evaluar la cobertura de uso de TAR en Bogotá y la calidad de la atención que reciben las personas viviendo con vih. El acompañamiento pretende establecer los recorridos al interior del sistema de salud que deben hacer las personas para acceder a la atención en salud. Adicionalmente, podemos recolectar datos mediante una técnica que se llama observación participante, la cual consiste en observaremos aspectos que se consideren importantes para evaluar la calidad de la atención que le brindan en su Institución Prestadora de Servicios de salud.

**Riesgos e incomodidades:** No se anticipan riesgos o incomodidades directas con esta investigación. La investigación demandará de 1 hora de su tiempo (una o dos entrevistas) y la presencia del o los investigadores durante algunas de sus citas o procedimientos. En caso de que no se sienta a gusto con la presencia del o los investigadores puede hacérselo saber y nos ausentaremos temporal o permanentemente según usted lo indique.

**Beneficios:** No se anticipan beneficios directos para usted por la participación en la presente investigación. Sin embargo, su participación en el estudio nos puede ayudar a entender cómo es la calidad de la atención que reciben las personas viviendo con VIH/SIDA en Bogotá D.C.

**Medidas para mantener la confidencialidad:** Se mantendrá confidencialidad en todo momento. Su información personal sólo aparecerá al final de este

cuestionario al lado de su firma. Sin embargo, este cuestionario no contendrá su nombre a menos que usted decida que lo contenga. Este cuestionario permanecerá con el investigador principal en un lugar seguro y no se compartirá con nadie. La entrevista grabada será transcrita usando seudónimos que replacen cualquier nombre que aparezca durante ella. Los archivos originarios serán destruidos una vez las entrevistas hayan sido transcritas. La información obtenida en la entrevista no se compartirá con nadie. Todo el material que se obtenga de su participación será utilizado con fines educativos e investigativos exclusivamente y utilizando seudónimos.

**Información adicional:** Si usted tiene cualquier pregunta adicional acerca de este estudio, puede comunicarse con el equipo de investigación en el siguiente número: 3214126190.

**Participación Voluntaria:** Usted puede negarse a participar en este estudio sin ninguna consecuencia. Su participación es totalmente voluntaria. También puede cambiar de parecer y negarse a participar en cualquier momento. El investigador también puede decidir excluirlo(a) de su participación en el estudio en cualquier momento sin repercusiones para usted ni sus cuidados de salud.

*Se me ha informado los objetivos de la investigación, cómo será mi participación, los riesgos y sus beneficios y que mi participación es voluntaria.*

---

Firma Investigador

---

Firma Participante

## BIBLIOGRAFÍA

- Abadia-Barreo, C. E., F. Betancourt, et al. (2009). Derechos de los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH SIDA en Colombia. Estudio de casos en Cúcuta, Pereira y Villavicencio. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia; Save The Children; Unicef; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- Abadía-Barrero, C. E. (2004). "Políticas y Sujetos del SIDA en Brasil y Colombia." *Revista Colombiana de Antropología* 40: 123-154.
- Abadía-Barrero, C. E. and D. Oviedo (2009). "Bureaucratic Itineraries in Colombia. A theoretical and methodological tool to assess managed-care health care systems." *Social Science and Medicine* 68(6): 1153-1160.
- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; Fondo de Población de las Naciones Unidas. Informe Preliminar Estudio Exploratorio Cualitativo sobre Desplazamiento y VIH SIDA en 4 ciudades del país, en revisión. 2010.
- Agudelo, F. (2003) La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública (pp. 305-312). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Ahumada, C. (2002). "La globalización y su impacto sobre la salud". En Saúl Franco Agudelo (ed.). La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- Ahumada, C. (2002b). La penuria de la salud pública. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 1(3), 47-56.
- Almeida, C. (2002). "Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90." *Cadernos de Saúde Publica* 18(4): 905-925.
- Almeida, C., Bravement, P., Gold, M., Szwarcwald, C. L., Mendes Ribero, J., Miglionico, A., et al. (2001). Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the world health report 2000. *The Lancet*, 357(9269), 1692-1697.

- Armada, F., & Muntaner, C. (2004). The visible fist of the market: Health reforms in Latin America. In A. Castro & M. Singer (Eds.), *Unhealthy health policy. A critical anthropological examination* (pp. 29-42). Walnut Creek: Altamira Press.
- Arrivillaga, M. Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social. *Revista Latinoamericana de Psicología Volumen 42 No 2* pp. 225-236. 2010.
- Ayres, R; Junior, I. "Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS". En: *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e poder*, Regina Maria Barbosa, Richard Parker, Instituto de Medicina Social, Universidad do Estado do Rio de Janeiro, 1999.
- Collazo, M, Herrera et al. Importancia de la evaluación económica en los tratamientos antirretrovirales para el VIH/SIDA. *Revista Cubana Farmacéutica*. 2004.
- Dayle Houston Significant deciles 1981 - 1990 ASPET celebrates its centennial anniversary. [www. molinterv.aspetjournals.org/content/8/4/160.full.pdf](http://www.molinterv.aspetjournals.org/content/8/4/160.full.pdf). Consultado septiembre de 2.011.
- Defensoría del Pueblo. *La Tutela y el derecho a la salud* 2.010. Bogota, 2004.
- Estada, J; Vargas, L. Consideraciones Epidemiológicas Internacionales y Nacionales de la Infección por VIH/SIDA. *Cuadernos del Doctorado en Salud Publica*, Universidad Nacional de Colombia. Bogota, 2011.
- Estrada, J. H. (2006). *Educación formal y VIH/SIDA*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. .
- Farmer, P; Castro, A. El SIDA y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 29-47. 2.003.
- Franco Agudelo, S. (2003). Para que la salud sea pública: Algunas lecciones de la reforma de salud y seguridad social en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 4, 59-69.
- Gallo, R. (2006 ). "A reflection on HIV/AIDS research after 25 years" *Retrovirology* 3(72).
- García, R., F. Prieto, et al. (2005). "Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005." *Biomédica* 25: 547-564.

- Gómez, A. R. D. (2006). La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria. Colombia 1985-2001. Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Alicante, Universidad de Alicante. Doctorado: 369.
- Hellinger, FJ; Fleishman, JA. Estimating the national cost of treating people with HIV disease: patient, payer and provider data. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000.
- Hernández Alvarez, M. and R. Vega, Eds. (2001). ¿Equidad? El problema de la equidad financiera en salud. Bogotá, D.C., Ediciones Antropos Limitada.
- Hernández Alvarez, M. (2002a). El debate sobre la ley 100 de 1993: Antes, durante y después. In S. Franco Agudelo (Ed.), *La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública* (pp. 463-479). Bogotá: UniverSIDAd Nacional de Colombia.
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991-1001.
- Hernández, M. (2003). Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. In D. Botero (Ed.), *La falacia neoliberal. Crítica y alternativas* (pp. 347-361). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Hourcade, J. (1996). *Viviendo con VIH” en: SIDA: estado actual del conocimiento. Basado en la XI conferencia internacional sobre SIDA en Vancouver, Canadá* J. A. I. Licea. México, Fundación Mexicana para la Salud.
- Granados, R; Gómez M. La Reforma de los Sistemas de Salud en Chile y Colombia: Resultados y Balance. *Revista de Salud Pública*, Vol 2, 2000.
- Londoño, J. L. (2001). *Managing Competition in the Tropics: Health Care Reform in Colombia. Health Services in Latin America and Asia*. C. G. Molina and J. Núñez del Arco. Washington, D.C., Inter-American Development Bank: 134-165.
- Londoño, J. L. and J. Frenk (1997). *Pluralismo Estructurado: Hacia un Modelo Innovador para la Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina*, Banco Interamericano de Desarrollo: 32.
- Lopera, M; Einarson, T, Machado M. Aspectos Clínicos, Sociales y Económicos del Tratamiento del VIH en Colombia: revisión de literatura. *Cuadernos*

- del Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 2011.
- Mann, J. (1994 ). "El SIDA en los noventas." Revista ciencias(33 Enero-Marzo).
- Margulies, S; Barber, N; Recorder, ML. VIH - SIDA y "adherencia " al tratamiento: Enfoques y perspectivas. Antípoda N° 3 pag 281 - 300. 2006.
- Martínez, A. G. (2009). ¿Calidad de la Atención o Atención con Calidad? Profesionales de la salud y condiciones de trabajo en el sistema general de seguridad social en salud (SGSSS). Facultad de Medicina. Instituto de Salud Pública. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia. Magister en Salud Pública: 117.
- Mejía, D., La Tutela y el derecho a la salud. Causas de las tutelas en salud. Programa de salud y seguridad social de la Defensoría del Pueblo. Defensoría del Pueblo. Bogotá, 2004.
- Ministerio de la Protección Social - UNFPA. Estudio de comportamiento sexual y prevalencia de VIH en mujeres trabajadoras sexuales en cuatro ciudades de Colombia. Bogotá D.C. 2.009.
- Ministerio de la Protección Social – OPS. Manual de Referencia Observatorio Nacional de la Gestión en VIH/SIDA. Bogotá. DC 2006.
- Ministerio de la protección Social (2010). Informe UNGASS – 2010. Seguimiento de la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA. Informe Nacional, República de Colombia
- Ministerio de Protección Social – Observatorio Nacional de VIH, Informe de avance. 2011.
- Ministerio de Protección Social – ONUSIDA, Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008 – 2011. Bogotá 2008.
- Navarro, V. (2000). "Development and Quality of Life: A Critique of Amartya Sen's Development as Freedom. ." International Journal of Health Services 30(4): 661–674.
- OMS, ONUSIDA, et al (2010). Hacia el acceso universal: expansion de las intervenciones prioritaria contra el VIH/SIDA en el sector salud. Ginebra 2010. Organización Mundial de la Salud ONUSIDA.
- ONUSIDA (2009). Situación de la epidemia de SIDA. Ginebra, ONUSIDA



- Organización Panamericana de la Salud. La Organización Panamericana de la Salud y el estado colombiano: cien años de historia, 1902-2002. Organización Panamericana de la Salud. Bogotá. 2002.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Tratamiento antirretroviral de la infección por el VIH en adultos y adolescentes . Recomendaciones para un enfoque de salud pública - Edición 2010.
- Organización Mundial de la Salud. Declaración de compromisos en VIH/SIDA, Naciones Unidas Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH / SIDA 25 hasta 27 junio, 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Plan Regional de VIH/ITS para el Sector Salud 2.006 – 2.015. Washington, DC. 2.005.
- Palmisano, L; Vella, S. A brief history of antiretroviral therapy of HIV infection: success and challenges. *Ann Ist Super Sanità*. 2011.
- Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents (2009 ). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. . *D. o. H. a. H. Services*: 1-16.
- Pinilla, M. Y., K. Ariza, et al. (2010). Estudio rapido exploratorio sobre el Vih y el desplazamiento en cuatro ciudades de Colombia. ACNUR. Bogotá, En prensa.
- Simbaqueba, J; et al. Voces Positivas: Resultados del indice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia. Bogota, 2.011.
- Ugalde, A; Homedes, N. América Latina: la acumulación de capital, la salud y el papel de las instituciones internacionales. *Salud Colectiva*. 2007;3(1):33-48. Enero – Abril. Buenos Aires.
- Vargas, L., R. Sáenz, y F. Rossi, Cuentas Nacionales en VIH/SIDA Colombia, 1999- 2002. 2002: Bogotá.
- Viveros, M. (2003) Género y salud en Colombia. En: Franco S. (ed). *La Salud Pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogota: Universidad Nacional de Colombia.
- WHO, UNAIDS, et al. (2008). Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Core data on epidemiology and response. Colombia 2008 Update. Geneva UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance.