

# **Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá, 2010\***

## **Access of People with HIV to the Colombian Healthcare System and its Related Costs from an Individual and Family Perspective, Bogotá, 2010**

## **Acesso das pessoas com VIH ao sistema de saúde colombiano e custos relacionados desde uma perspectiva individual e familiar, Bogotá, 2010**

Fecha de recepción: 13-10-10 Fecha de aceptación: 28-04-11

Mónica María Lopera-Medina\*\*

Jorge Martínez-Escalante\*\*\*

Thomas Ray-Einarson\*\*\*\*

\* Artículo de investigación, Colciencias: contrato 110140820421, firmado en Bogotá el 12 de diciembre de 2007 (duración: dos años). Cofinanciadores: Universidad de Antioquia, Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Toronto (Canadá). Investigación realizada en Bogotá entre 2008 y 2010. Los autores expresan su agradecimiento a todas las personas e instituciones que participaron en las entrevistas. A Colciencias, la Universidad Nacional de Colombia, la Universidad de Antioquia y la Universidad de Toronto por la cofinanciación del proyecto. A los doctores Carlos Alberto Tangarife por el soporte estadístico y Álvaro Franco en la revisión del manuscrito.

\*\* Autor principal. Bacterióloga. Ph.D en Salud Pública. Profesora, Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez", Universidad de Antioquia. Dirección de correspondencia: Calle 62 # 52-59, Medellín (Colombia). Correo electrónico: monicalopera@yahoo.com.

\*\*\* Matemático. Ph.D en Estadística. Profesor Asociado, Departamento de Estadística, Universidad Nacional de Colombia. Correo electrónico: jmartinez@unal.edu.co

\*\*\*\* Farmacéutico. Ph.D. Profesor Emérito, Facultad de Farmacia, Leslie Dan, Universidad de Toronto, Toronto (Ontario-Canadá). Correo electrónico: t.einarson@rogers.com

### Resumen

Con el objetivo de explorar el acceso a los servicios de salud para la población con VIH en Bogotá y los costos asociados se diseñó un protocolo mixto. Éste incluyó una fase cuantitativa, de corte transversal, con una muestra por conveniencia de 540 adultos con VIH, y una fase cualitativa, con perspectiva fenomenológica con 20 pacientes. El 95% de la muestra estaba afiliada al SGSSS; sin embargo, se encontraron fallas estructurales y operativas que constituyen barreras a la atención integral, así como procesos dispendiosos para la exigibilidad de los derechos. Los costos directos mensuales asumidos por las personas con VIH o sus familias eran de \$65.000, lo que representa entre el 11 y el 16% de sus ingresos. Los costos indirectos eran 2,2 veces mayores. El acceso a los servicios de salud inciden en el impacto psicofísico y aumentan la carga de enfermedad en términos de costos directos e indirectos.

**Palabras clave autor:** sistema de salud, acceso a los servicios de salud, infecciones por VIH, costo de enfermedad, gasto de bolsillo

**Palabras clave descriptor:** gasto privado en salud, plan de atención básica, equidad en la salud, sistema de seguridad social, enfermedades ruinosas o catastróficas

### Abstract

To determine the access to healthcare for HIV patients and the associated costs in Bogotá, we developed a protocol using a mixed design. The quantitative phase comprised a cross-sectional study with a convenience sample of 540 adults with HIV. For the qualitative phase, a phenomenological study with 20 individuals was undertaken. 95% of participants had health insurance, but we found many structural, operative and human failures that imposed barriers to comprehensive treatment, as well as a complicated process to guarantee the rights for health. The direct cost assumed by individuals with HIV or their families was \$65,000 COP monthly, representing 11-16% of their income. Indirect costs were 2.2 times higher. Access to healthcare influenced their medical condition as well as the burden of illness in terms of direct and indirect costs.

**Key words:** health systems, HIV infection, access to health services, cost of illness, out-of-pocket expenses

**Key words plus:** private expenses in health, basic care assistance plan, equity in health, social security system, ruinous or catastrophic diseases

### Resumo

Com o objetivo de explorar o acesso aos serviços de saúde para população com VIH em Bogotá e os custos associados desenhou-se um protocolo misto. Este incluiu uma fase quantitativa, de corte transversal, com amostra por conveniência de 540 adultos com VIH e uma fase qualitativa com perspectiva fenomenológica com 20 pacientes. Amostra estava conformada por 95% de afiliados ao SGSSS (Sistema Geral de Segurança Social em Saúde), no entanto, falhas estruturais e operativas que constituem barreiras à atenção integral foram encontradas, mesmo que processos chatos para a exigibilidade dos direitos. Custos diretos mensais assumidos pelas pessoas com VIH ou suas famílias foram de \$ 65.000 (US \$35,5, aproximadamente) o que representa entre 11% e 16% das rendas. Custos indiretos foram 2,2 vezes mais. O ingresso aos serviços de saúde incide no impacto psicofísico e aumenta a carga de doença em termos de custos diretos e indiretos.

**Palavras-chave:** sistema de saúde, acesso a serviços de saúde, infecções por VIH, custo de doença, custo de bolso

**Palavras-chave descritores:** gasto privado em saúde, plano de atenção básica, equidade em saúde, sistema de segurança social, doenças ruins ou catastróficas



## 1. Introducción

El acceso a los servicios integrales de salud y la calidad de éstos definen el curso de la enfermedad y determinan los costos sociales y financieros que afrontan las personas con VIH (PVV). La atención integral del VIH comprende el diagnóstico precoz, la profilaxis, el tratamiento completo y oportuno, la rehabilitación, la prevención y la mitigación del impacto; sin embargo, en Colombia la protección social ha estado enfocada a los procesos asistenciales y, en menor medida, a la prevención y la reducción del impacto (1). En nuestro país, el VIH/SIDA es considerada una enfermedad catastrófica y existen normas para garantizar el acceso a los servicios de salud (2,3). La afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) no es una condición suficiente para obtener atención integral. El acceso real depende de múltiples procesos relacionados con la disponibilidad y la aceptabilidad de los servicios, de tal forma que la estructura sanitaria, la calidad, la oportunidad, los costos, la calidez en el trato con los pacientes y la adaptación a las características culturales en la prestación del servicio juegan un papel fundamental en la búsqueda de la atención, en la adherencia terapéutica, y por lo tanto, en los costos sociales y financieros derivados (4). A pesar de que a la fecha la afiliación al SGSSS alcanza el 96,0% de la población (5), varios autores han documentado las fallas estructurales y operativas del Sistema (6-20). Dichas fallas imponen múltiples barreras para la atención, condicionan la situación clínica de los pacientes y representan importantes costos directos, indirectos e intangibles (sociales) para las personas afectadas y sus familias.

La protección social en salud para dar respuesta al creciente número de casos de VIH aún es deficiente. Bogotá registra el mayor número de casos de VIH/SIDA del país.

Entre 1985 y 2009 se han notificado 17.789 casos, lo que corresponde al 23,8% del total de casos en Colombia (71.509) (21). La problemática del VIH afecta principalmente a la población en edad productiva y reproductiva, de tal manera que las personas entre 15 y 49 años agregan el 80% de la notificación del evento, siendo la tercera causa de muerte en hombres de este grupo (22,23). A pesar de los esfuerzos por aumentar las coberturas en salud, de los casos de VIH notificados en el año 2008 en Bogotá, el 22,1% no estaba afiliado a ningún régimen de salud (24).

Los problemas de acceso o calidad en la prestación de los servicios para el tratamiento integral del VIH/SIDA pueden conllevar consecuencias importantes en términos psicofísicos, sociales y financieros. La falta de acceso retarda el diagnóstico, exacerba los procesos de morbilidad y disminuye las alternativas terapéuticas. Así mismo, en ausencia de mecanismos eficaces de protección social, las PVV y sus familias asumen altos costos directos o gastos que se efectúan para recibir atención en salud y afrontan altos costos indirectos, definidos como aquellos recursos que dejan de percibirse durante el tiempo en que se demanda atención (lucro cesante). Dichos costos pueden llevar a profundizar la pobreza coyuntural y estructural (25-27). A pesar de que el tratamiento integral del VIH/SIDA es una prioridad en la agenda política mundial, como mecanismo para reducir la pobreza (28-31), en Colombia sólo entre 36 y 44% de quienes requieren tratamientos antirretrovirales (ARV) acceden a ellos (32,33).

En el país no se han realizado estudios que exploren el acceso a los servicios de VIH y los costos que ello implica desde la perspectiva individual y familiar. Este estudio pretende contribuir a ese propósito con el fin de avanzar hacia el estudio de la protección social y la respuesta social a la epidemia.

## 2. Métodos

Se diseñó un protocolo mixto con dos fases. En la primera de ellas, la fase cuantitativa, de corte transversal, se encuestó una muestra por conveniencia de 540 individuos con VIH, entre septiembre de 2008 y julio de 2009. Por criterios éticos, los participantes fueron remitidos por profesionales de 15 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de la ciudad. Los participantes fueron incluidos en el estudio luego de la verificación de los siguientes criterios: a) haber sido diagnosticados con VIH, b) tener 18 años o más, y c) residir en Bogotá durante los seis meses previos a la encuesta. Los participantes firmaron un consentimiento donde se les informó respecto de los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, de acuerdo con las normas éticas nacionales e internacionales. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia.

Los investigadores diseñaron un cuestionario estructurado con base en la revisión de la literatura y los aportes de expertos e informantes clave. Antes del desarrollo de la investigación se realizó una prueba piloto. El cuestionario contiene información demográfica y clínica, así como indicadores proxy del acceso al SGSSS para la atención a las PVV. Adicionalmente, indaga por los costos directos e indirectos que asumen las personas y las familias con VIH. Los cuestionarios fueron aplicados cara a cara por miembros del equipo investigador y profesionales expertos. Los resultados se resumen mediante estadísticas descriptivas. Para los análisis bivariados se aplicaron pruebas ji cuadrado para las variables categóricas y pruebas de Kruskal-Wallis para la comparación de los costos en las diferentes categorías de interés, utilizando para ello el programa computacional SPSS. Los análisis fueron considerados significantes con una  $p \leq 0,05$ .

Para realizar el cálculo de los costos directos que efectúan los PPV o sus familias se realizó la sumatoria de los gastos que anualmente asumen las PVV o sus familias con recursos propios para cubrir la atención en salud, de acuerdo con los métodos descritos en la literatura (34-38). El análisis de los costos directos incluyó las cotizaciones directas al SGSSS y los gastos relacionados con consultas médicas generales y especializadas, ayudas diagnósticas, hospitalizaciones, tratamiento ARV, medicamentos autoprescritos y gastos de transporte. El gasto de bolsillo se calculó como proporción del ingreso. Para la estimación de los costos indirectos se calculó el lucro cesante por días de incapacidad y de hospitalización y el tiempo invertido en la consulta externa durante el último año, asumiendo que las personas estaban incorporadas al mercado laboral. Los costos se calcularon con referencia al Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (SMLMV) de \$497.000, correspondiente a 2009.

Para la segunda fase, la cualitativa, se diseñó un protocolo con perspectiva fenomenológica con 20 pacientes. La muestra por conveniencia se seleccionó teniendo en cuenta que existiera representación de los diversos regímenes del sistema de salud. Para entender las experiencias del acceso de las PVV y los costos directos e indirectos asociados se diseñó una guía de entrevista. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Para garantizar la validez, la codificación se realizó de forma independiente por dos investigadoras. La codificación abierta y axial, así como la recontextualización, se realizó mediante técnicas de análisis de contenido con el programa ATLAS.ti versión 5.2. La recolección de la información se efectuó entre julio y diciembre de 2009 y culminó con la saturación teórica de los datos. En total se obtuvieron 411 citas correspondientes a 65 códigos. El análisis inductivo de las narrativas fue



reorganizado en las siguientes categorías analíticas: procesos relacionados con afiliación y acceso al SGSSS, costos directos e indirectos y mecanismos alternos para sufragar los costos.

### 3. Resultados

De los 540 participantes en la fase cuantitativa 442 fueron hombres (82%) y 98 mujeres (18%). El 84% tienen entre 18 y 50 años y un 16% son adultos mayores de 50 años. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 30 años. El 45% tenía

algún proceso constitucional o enfermedad oportunista compatible con SIDA. El 95% de los entrevistados estaban afiliados al SGSSS cuando se realizó la encuesta, pero el 26% de los entrevistados permanecieron más de un mes sin afiliación al Sistema a partir del diagnóstico. De las personas en tratamiento ARV, el 58% han suspendido los medicamentos por fallas en la provisión por parte de las IPS. El 11% de las familias reportaron tener niños infectados por transmisión perinatal y el 17% de la muestra estaba en condición de discapacidad física. En la 1 se muestran las características demográficas y clínicas de la muestra estudiada.

TABLA 1. CARACTERIZACIÓN DE LA MUESTRA SELECCIONADA

Variable	F. absoluta	F. relativa %
<b>Edad</b>		
18-59 años	525	97,4
≥60 años	14	2,6
<b>Género</b>		
Hombre-	441	81,8
Mujer	98	18,1
<b>Afiliación y acceso al SGSSS</b>		
<b>Régimen de afiliación</b>		
R. contributivo	183	33,9
R. subsidiado	336	62,2
Pobre no asegurado	21	3,8
<b>Atención integral</b>		
Desafiliación del SGSSS superior a un mes (intermitencia en la afiliación)	141	26,1
Porcentaje de personas que han suspendido la TAR/PVV en tratamiento antirretroviral (TAR)	271/466	58,1
Fallas en el suministro de TAR por parte de la IPS	141	52
VIH	293	54,3
Sida	245	45,4
Resistencia	163	30,2
PVV en segundo o tercer regímenes de tratamiento	232	43
Hospitalizaciones por causa del VIH	263	49
Padecimiento de enfermedad oportunista	249	46,1
Condición de discapacidad física	93	17,2

Fuente: elaboración propia

TABLA 2. EFECTO DEL RÉGIMEN DE AFILIACIÓN Y LA INTERMITENCIA EN LA AFILIACIÓN AL SISTEMA EN LA CONDICIÓN CLÍNICA DE LAS PVV

Condición clínica	Régimen de afiliación				Intermitencia en la Afiliación		
	Contributivo	Subsidiado	Pobres no asegurados	Valor p	Sí	No	Value p
<b>Recuento CD4</b>	n=145	n=227	n=10		n=99	n=283	
≤ 200 cel/ $\mu$ L	8,9	20,9	1,3	0,024	10,5	20,7	0,021
> 200 cel/ $\mu$ L	29,1	38,5	1,3		15,4	53,4	
<b>Resistencia viral</b>	n=168	n=282	n=15		n=130	n=330	
Sí	12,0	21,9	0,9	0,661	12,1	23,0	0,031
No	24,1	38,7	2,4		16,3	48,6	
<b>Régimen de medicación</b>	n=166	n=280	n=15		n=130	n=327	
Primera línea	16,3	32,1	1,7	0,284	12,0	38,1	0,035
Segunda línea	19,7	28,6	1,5		16,4	33,5	
<b>Discapacidad</b>	n=182	n=336	n=18		n=141	n=392	
Sí	7,1	9,1	0,7	0,159	5,3	12	0,341
No	26,9	53,5	2,6		21,2	61,5	

Fuente: elaboración propia

El estudio encontró diferencias estadísticamente significativas entre la condición de salud evidenciada, mediante el recuento de CD4 y los regímenes de afiliación al momento de realización de la encuesta. Debido a que el régimen de afiliación varía durante el curso de la enfermedad, se exploró la asociación entre condición clínica e intermitencia en la afiliación al SGSSS. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la condición de salud medida en términos de recuento de CD4, resistencia viral y regímenes de medicación. La intermitencia fue definida como períodos mayores a un mes sin afiliación al SGSSS durante el curso de la enfermedad (ver tabla 2).

Las entrevistas en profundidad mostraron frecuentes procesos de intermitencia y cambios de regímenes en el SGSSS desde el momento del diagnóstico. Aunque una gran proporción de los participantes estaban afiliados al Sistema cuando se realizó

la encuesta, muchos de ellos habían estado desprotegidos temporalmente como resultado de la inestabilidad laboral, la migración, el sistema de clasificación de la pobreza y los elementos normativos que restringen la afiliación de todos los miembros de la familia al SGSSS. Se identificó laxitud de las obligaciones patronales para efectuar las cotizaciones al Sistema. Los participantes han vivido experiencias de exclusión, en razón de los derechos diferenciales contemplados para los distintos regímenes, así como negación de afiliación al SGSSS a los cónyuges homosexuales. Existe una gran desinformación sobre la afiliación, los derechos en el Sistema y la exigibilidad de éstos.

Los cambios frecuentes de EPS o IPS se produjeron por problemas administrativos u operativos entre prestadores, administradores y pagadores, por cambios en la situación laboral de la persona con VIH o su cotizante, y por los flujos migratorios desde y hacia



Bogotá, que resultan incompatibles con una estructura descentralizada para la prestación de los servicios. Los participantes realizaron cambios de EPS o IPS al percibir dificultades geográficas, técnicas o humanas que limitaron la resolución del problema de salud.

Es común que los entrevistados llegaran al diagnóstico de manera tardía y en estados clínicos complicados. Usualmente, los participantes conocieron su diagnóstico por la enfermedad o muerte de sus parejas o por recomendación de familiares ante su apariencia física, visiblemente deteriorada. Se hizo frecuente referencia a episodios de enfermedad en los que no se demanda o no se recibe atención oportuna. Las personas no identifican los síntomas del SIDA, no se consideran vulnerables o temen hacerse la prueba de Elisa. Las entrevistas sugirieron deficiencias en la identificación del diagnóstico por parte del médico, aun en presencia de síntomas sugestivos, privilegiando otros diagnósticos, en especial entre mujeres a quienes no se considera “población de riesgo”. Las entrevistas permitieron corroborar deficiencias en el acceso a la prueba de Elisa para el control de la infección perinatal y barreras en el acceso al tamizaje relacionadas con la prevalente estigmatización hacia los mal llamados “grupos de riesgo”. Los participantes señalaron retrasos en el diagnóstico por falta de pruebas de Elisa en las IPS de baja complejidad.

La mayoría de entrevistados se refirieron a la negación frecuente y a los retrasos en la provisión de tratamientos y procedimientos. Las entrevistas revelaron que los servicios de salud con frecuencia se prestan en diferentes IPS. Así, los participantes deben desplazarse a varios sitios para acceder a consultas, exámenes, procedimientos y a la entrega de medicamentos. Esta situación no sólo produce desarticulación de los servicios, sino que también impone barreras geográficas,

implica fatiga y altos costos económicos relacionados con el transporte, lo cual afecta de manera especial a aquéllos en etapa de SIDA o en condición de discapacidad.

El acceso al SGSSS no depende únicamente de la oferta y la disponibilidad de servicios de salud. El estudio encontró, así mismo, disímiles procesos culturales que restringen la búsqueda o permanencia de la atención en salud. En ocasiones, las familias impiden la búsqueda de atención en salud, debido a elementos culturales relacionados con sus imaginarios sociales, o en razón del ejercicio del poder que media entre las relaciones de género o generacionales. La aceptabilidad y búsqueda del servicio también está condicionada por las experiencias previas con las diferentes instituciones del SGSSS. Los entrevistados manifestaron vulneración de los derechos, agresiones verbales uni o bilaterales e incluso episodios de violencia física. Los participantes describieron dificultades relacionadas con la falta de claridad y asertividad de los funcionarios de las IPS para comunicar los elementos básicos del proceso de enfermedad, los cuidados y las formas de recuperar o mantener una buena salud, habida cuenta que se aporta información que no se ajusta a los conocimientos técnico-científicos o exacerba el estigma. Esta situación aumenta la carga emocional de las personas y las familias y, en muchos casos, incide en la decisión de continuar o no con su proceso terapéutico.

Según lo expresaron algunos participantes, las fallas en la identificación oportuna del diagnóstico o las barreras en el acceso a la salud han llevado a que las personas desarrollen estados avanzados de la enfermedad, se generen resistencias o enfermedades concomitantes, se incremente el número de hospitalizaciones y discapacidades, y se reduzca la adherencia terapéutica. En la tabla 3 se muestran las citas correspondientes

**TABLA 3. CÓDIGOS Y CITAS CORRESPONDIENTES A LA AFILIACIÓN AL SGSSS Y EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD**

CÓDIGO		TESTIMONIO	PARTICIPANTE
C1	Intermitencia por falta de pago patronal	“Cuando ya me hospitalizaron de la vista que yo perdí todo contacto con el señor donde yo estaba trabajando no volvió a pagar nada, no volvió a pagar absolutamente nada entonces yo quedé desvinculado (...) Cuando ya volví otra vez, diagnóstico, ceguera, antigüedad, una cantidad de cosas”.	“Joaquín”
C2	Incapacidad del SGSSS para la afiliación de los distintos subsistemas familiares	“Voy a sacar a mi mamá del seguro y lo ingreso a usted, usted no se me puede quedar sin médico (...) hice los trámites para afiliarlo a él como mi beneficiario y me rompieron los papeles de la afiliación (...) yo había escrito el nombre de él como mi pareja o cónyuge, la señora lo leyó y dijo esto no se puede y lo rompió”.	“Didier”
C3	Afiliación diferencial a distintos miembros de la familia	“Yo estaba cubierta por el RS, la única que no estaba cubierta era mi hija, ella estaba en régimen vinculado porque a ellos no les daban sino hasta un año de subsidio”.	“Zulia”
C4	Demoras/no provisión de medicamentos ARV Barreras geográficas Barreras administrativas	“También he tenido problemas en la EPS que se demora en dármele (los ARV), me ponen al timbo al timbo, que vaya a tal lado, que no, que usted no aparece en el sistema, usted no se que, entonces si fuera por la droga yo hace tiempo me hubiera muerto doctora, claro porque eso a veces no le dan a uno la droga. Que no ha llegado, que después la llamamos”.	“Ángela”
C5	Demoras/no provisión de medicamentos ARV Barreras geográficas Barreras administrativas	“A mí siempre me han negado la droga acá, si acaso una vez me la dieron completa y eso bregamos para que me la dieran, se me venció la fórmula, me tocó volverla a cambiar. Bueno, me dijo que fuera a radicarla de nuevo, porque estaba mal radicada, y fui y esa señora me dice “No puedo (...) toca en 5 días hábiles”.	“Lucrecia”
C6	Demoras/no provisión de medicamentos ARV Barreras geográficas Barreras administrativas	“Honestamente duró, 11 meses el seguro social que no me daba medicamentos, yo honestamente, estoy vivo es de puro milagro”.	“León”
C7	Exigibilidad de los derechos	“Ah tuve que colocar una tutela, todo con tutela, yo bregaba más, que vaya para un lado, que para el otro, eso era tremendo”.	“Soraida”
C8	Dificultades técnicas Limitaciones de calidad	“Como crece el volumen de pacientes, cada día la atención es de menos tiempo y de menos calidad, es muy rápido todo, muchas veces se limitaban a hacer fórmulas, ni te revisan. (Silencio prolongado) (...) conmigo cometieron errores, las drogas me dieron un poco de lipodistrofia y se hubiese podido evitar”.	“Guillermo”

*Continúa*



TABLA 3. CÓDIGOS Y CITAS CORRESPONDIENTES A LA AFILIACIÓN AL SGSSS Y EL ACCESO  
A LOS SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO		TESTIMONIO	PARTICIPANTE
C9	Dificultades técnicas Limitaciones de calidad técnica Demoras para el diagnóstico y/o la atención	“En cuatro meses y llegue a pesar 36 kg y yo quedé deshidratado, desnutrido totalmente, tanto era que yo ya o sea mi estado anímico era muy malo, perdí fuerzas, perdí todo, era relativamente muy flaco. Cuando me llevan al hospital, allá lo que me hicieron fue una colonoscopia para descubrir que era realmente lo que tenía, me hicieron una biopsia y todos los exámenes me salían perfectos o sea me salían bien; entonces el médico me dijo no pues hay que ordenarle un examen de VIH”.	“Pedro”
C10	Dificultades técnicas Limitaciones de calidad técnica Demoras para el diagnóstico y/o la atención	“A ella le salió un herpes en el cuerpo, eran como unas vejiguitas (...) yo la llevé al médico y no le hicieron ningún examen, ni le encontraron nada raro, la llevé al dermatólogo, no, que ella era alérgica a la saliva de la pulga”.	“Linda”
C11	Complicaciones clínicas por inoportunidad en el diagnóstico y/o la atención	“Faltó un poquito de apoyo tal vez por parte de los profesionales porque yo estoy seguro que si me hubieran descubierto a tiempo lo que yo tenía créame que me hubieran descubierto la enfermedad y me hubieran ayudado a tiempo y no me hubieran dejado avanzar tanto, aunque no pierdo las esperanzas de volver a ver”.	“León”
C12	Complicaciones clínicas por inoportunidad en el diagnóstico y/o la atención	“porque ellos cometieron muchos errores conmigo y es más yo estoy ciego por culpa de ellos, del hospital, por negligencia del hospital e inclusive yo voy a poner eso en demanda, voy a traer los papeles y voy a ponerlos con un abogado haber si me puedo ganar una pensión-cita por ese lado”.	“Pedro”
C13	Muerte de familiares por diagnóstico tardío	“A mí me diagnosticaron esa enfermedad cuando yo tenía tres meses de embarazo, hace 16 años, y él murió”.	“Ángela”
C14	Fallas en el acceso a los procedimientos para prevención de infección perinatal	“A mí en el embarazo nunca me mandaron a tomar la prueba de VIH, nunca”.	“Gladis”
C15	Inaccesibilidad de la prueba para prevención de infección perinatal	“¿y tú no tuviste controles durante el embarazo? No, con SISBEN yo no iba a controles, al 5º mes me dio varicela con ella, me mandaron exámenes, pero nunca se supo sobre eso”.	Zulia
C16	Inaccesibilidad de la prueba por razones asociadas al estigma	“Entonces yo le dije al médico hágame la prueba de Elisa, no porque eso no se puede porque eso es para personas de alto riesgo, para prostitutas, homosexuales, tatata. Bueno, le dije: como es para personas de alto riesgo, yo soy homosexual y no sé qué tan fiel haya sido mi pareja”.	“Didier”
C17	Estigma entre el personal de salud	“Y saber qué, que allá la psicóloga del hospital ella me decía que tenía que apartar todo, yo no sabía para dónde ir, y yo llore y llore”.	“Soraida”

Fuente: elaboración propia

**TABLA 4. CÓDIGOS Y CITAS CORRESPONDIENTES A LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y PROTECCIÓN SOCIAL INFORMAL**

Código	Categorías	Testimonio	Participante
C18	Costos directos asumidos por familiar Tutela para mitigar el costo	“¿Su seguro social?- no lo tengo, eso le cuesta tanto, mi papá ha sacado y ha pagado. Ya con la cuestión yo puse tutela para que me dieran mis medicamentos por mi diagnóstico y resultó, me los dieron, me los están dando. Ya en este momento entonces mi papá tiene que pagar mi seguro solamente salud”.	“Joaquín”
C19	Costos directos familiares por medicamentos o procedimientos	“A veces no había droga le tocaba a uno saque del bolsillo o por ejemplo una vez me tocó una citología pagarla yo porque siempre la demora y todo eso, le decía tienes que mandarte a hacer, me tocó pagar consulta y todo eso, pues por lo general siempre a uno le toca por urgencia pagar uno”.	“Ernesto”
C20	Costos directos en urgencias. Firma de pagarés	“Entonces le pidieron una cuota bastante grande que tenía que consignar inicialmente para pasarme a piso y sacarme de urgencias entonces para pasarme a piso tenía que hacer una consignación de diez millones de pesos, obviamente mi madre no tenía esa plata entonces le tocó firmar una, una hoja de responsabilidad para que me dieran salida y bajo la responsabilidad de mi madre sacarme de allá”.	“Juliana”
C21	Costos directos relacionados con la compra de ARV. Firma de pagarés	“... y cuando me lo ordenaron, bueno yo firmé pagarés, bueno me pegué una endeudada y cada vez y ya les quedaba mal y allá me dicen no si usted no cancela esto acá que pena pero le detenemos el tratamiento y yo decía no pero con esto es que yo vivo, qué hago”.	“Soraida”
C22	Tutela Gastos de transporte y procedimientos administrativos	“Afortunadamente como tengo tutela integral entonces pues gracias a Dios no pago un peso, lo único que gasto es en el transporte de acá para allá y las fotocopias que tengo que llevar pues con la documentación, que el carnet, que la cédula, que la remisión, esto y lo otro”.	“Juliana”
C23	Firma de pagarés	“Cuando voy y encuentro la suerte que tocaba un tratamiento costoso, y yo no tenía con qué, yo como trabajaba en la calle vendiendo dulces y así, pues mejor dicho yo dije no pues hasta aquí fue mi vida y llore, llore, me volví fue una nada, entonces allá en el hospital me toco firmar unos pagarés”.	“Soraida”
C24	Costos indirectos asociados con la condición clínica	“El VIH no fue de un año. Fue largo tiempo, mientras solté la silla, mientras estuve en caminador, luego cuando estuve con el bastón, ya no, ya no había plata, y ni a quien pedirle tampoco”.	“León”
C25	Costos indirectos asociados con la condición clínica	“No, no estoy trabajando actualmente, debido a tantas cirugías que me han hecho me mandaron incapacidad y he tenido muchas ganas de trabajar”.	“Ángela”
C26	Costos directos de transporte indirectos asumidos por PVV y familiares cuidadores	“Ella me cuidó en la casa ella tres meses, me llevó para allá, me llevó, ella me lleva, ella sale del hospital conmigo fuu, y arranca para Lucero, y trae plata, se endeuda, empeña la olla pitadora, empeña todo y me lleva en taxi. ¿Usted sabe cuánto vale una carrera desde donde a mi me hospitalizan hasta donde ella vive?”.	“Ángela”

*Continúa*



TABLA 4. CÓDIGOS Y CITAS CORRESPONDIENTES A LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS Y PROTECCIÓN SOCIAL  
INFORMAL

Código	Categorías	Testimonio	Participante
C27	Costos directos para dignificar la atención en salud	“Yo antes me costaba todo casi a mi me pedían, y lo que a mí me pidieran esos tratamientos yo si tenía la plata no me ponía a esperar que la EPS los autorizara no yo misma iba yo con mi plata yo me compraba cuando empecé a enfermarme ahí si me toco someterme doctora ya no tenía como pagar, ¿cómo?, ¿de a dónde? la situación mía se me volvió muy crítica, uno sin trabajo doctora, ya no”.	“Ángela”
C28	Costos directos para la prevención de la transmisión perinatal	“Y el bebé tampoco tiene nada, porque a ella no le dejaron que lo diera leche materna, porque por la leche materna se puede transmitir la enfermedad”.	“Lucrecia”
C29	Costos directos no médicos	“Yo creo que hace más duro la condición de VIH en la situación económica, que gastas mucho dinero, que el impacto a tu bolsillo en la economía es bestial, más cuando tu eres una persona consciente y sabes que debes cuidar la alimentación, tomar vitaminas o cosas porque es que esto a palo seco, sólo químicos no se puede”.	“Guillermo”
C30	Gastos directos no médicos	“Gastos de transporte, fotocopias, citas medicas diarias, la alimentación, el vestuario. Tenía que cambiar de vestuario por su delgadez. Tuvimos que cambiar los productos cosméticos por productos dermatológicos y de uso exclusivo. Nos vimos a gatas, pasamos una época un poquito difícil”.	“Juliana”
C31	Consecuencias clínicas (enf. oportunistas) Costos por cuidados de la familia	“Temblaba y temblaba todo el tiempo y el ojo, píqueme el ojo y totalmente entonces como era mi lado derecho entonces mi mami era la que me daba de comer, mi mami era la que me ayudaba a vestir, mi mami era la que me bañaba, entonces ellos venían y se daban cuenta de mi deterioro físico”.	“Diana”
C32	Solidaridad de las redes sociales para la provisión de medicamentos	“Había ocasiones en las que, amigos que fallecían, entonces uno armaba como una droguería entre amigos, bueno, me quedo esto, bueno, yo me estoy tomando esto, bueno esto me sirve a mi, esto le sirve a tatata, se repartía”.	“Didier”

Fuente: elaboración propia

a la afiliación y el acceso de las PVV a los servicios de salud.

### 3.1. Costos directos e indirectos

Las fallas estructurales y operativas del sistema obligan a los usuarios a pagar por algunas intervenciones y a asumir mayores costos directos e indirectos. En promedio, las PVV invirtieron \$65.000 cada mes (\$780.000 anualmente) en la atención en salud. Esto representa entre el 11 y el 16% de los ingresos

del paciente, considerando que el 69% percibe un SMLMV o menos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los costos directos, de acuerdo con el régimen de afiliación ( $p < 0,05$ ) y, así mismo, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los costos directos y la condición clínica relacionada con los procesos de discapacidad y la resistencia viral ( $p < 0,05$ ), pero no así con el recuento de CD4 al momento de realización de la encuesta ( $p = 0,5748$ ) (39).

Con relación a los costos indirectos, las PVV invirtieron, en promedio, 230 horas al año en tiempo de transporte y espera en sala para sus consultas regulares (29 días laborales). El 29% de la muestra estuvieron incapacitados para trabajar durante el último año, en un promedio de 46 días. 263 (48%) personas han estado hospitalizadas por razones asociadas al VIH, con una estancia hospitalaria promedio de 27 días. Asumiendo que las PVV estuvieran inmersas en la economía formal, dejarían de percibir un total de \$1.720.000 anualmente por estos conceptos. Los costos indirectos son 2,2 veces mayores que los costos directos.

La fase cualitativa permitió explorar algunas situaciones que explican los costos directos e indirectos que asumen las PVV y sus familias. A pesar de que no existen legalmente los cobros directos de copagos y cuotas moderadoras para las enfermedades de alto costo, algunas de las IPS continúan ejerciendo dichas prácticas. Ante los problemas de calidad y oportunidad en la atención que generan las barreras de acceso administrativas, financieras y geográficas, las PVV destinaron cantidades importantes de dinero para cubrir los costos directos en salud y dignificar la atención. Las entrevistas mostraron que frecuentemente la atención ha sido supeditada al pago directo o la firma de pagarés que los comprometen financieramente a cancelar el valor de la atención. Además de los costos directos relacionados con los servicios de salud, las PVV efectuaron importantes gastos de bolsillo relacionados con la prevención de la transmisión perinatal o la compra de productos dermatológicos y nutricionales que su proceso clínico demanda. Durante el curso de la enfermedad, las PVV o sus familias asumen costos relacionados con el transporte, los gastos funerarios, el cuidado de las personas enfermas en el hogar y los cuidados durante los episodios de hospitalización o discapacidad. Estos costos no

fueron calculados, pero emergieron como procesos importantes en las entrevistas en profundidad.

Las PVV, y en muchos casos sus familiares, incurrieron en gastos relacionados con el tiempo invertido en el desplazamiento y la espera en sala. Estos gastos se incrementan debido al número de visitas que su condición clínica les demande, pero también por causa de las barreras geográficas impuestas por sus aseguradores o prestadores. Como se mostró anteriormente, las PVV dejan de percibir recursos relacionados con el lucro cesante durante el tiempo de incapacidad o estancia hospitalaria. El tiempo invertido en la atención en salud puede generar inestabilidad laboral y, en los casos de trabajadores informales, puede significar pérdidas importantes en el ingreso.

Ante los condicionamientos financieros y los altos costos directos e indirectos, las PVV acudieron a tres mecanismos de protección social alternativa: el sistema jurídico, que les permite exigir sus derechos, la solidaridad o el intercambio comercial de medicamentos con las redes sociales y los recursos familiares. Los entrevistados señalaron que los trámites legales pueden constituir una barrera adicional, por cuanto demandan tiempo, diligencias dispendiosas y dinero. Adicionalmente, mencionaron que mientras el derecho se hace efectivo, la condición de salud de las personas puede empeorar.

#### 4. Discusión

El estudio identificó profundas fallas en los procesos de afiliación y acceso al sistema de salud, a pesar de que ante la complejidad del VIH, una atención inoportuna o ineficaz puede derivar en complicaciones mayores, tanto clínicas como sociales y financieras. Aunque existe un alto número de personas



afiliadas al SGSSS, la atención puede ser discontinua y con frecuencia se perciben problemas de calidad en la identificación oportuna y eficaz del diagnóstico y en el tratamiento durante el curso de la enfermedad. En repetidas oportunidades, los participantes han transitado a través de distintos regímenes de afiliación, de EPS o IPS, muchos han estado desafiados durante algún tiempo, y la mayoría han tenido dificultades con el suministro de los medicamentos y, por lo tanto, han tenido que poner tutela para hacer exigible el derecho a la salud. La falta de acceso a los medicamentos puede estar relacionada con los procesos de contención de costos que han sido descritos en otros trabajos (40). En el estudio se mostró que existen diferencias en la condición de salud, de acuerdo con el régimen de afiliación y el acceso real determinado por la intermitencia en la afiliación.

Múltiples estudios en el país han determinado las fallas del SGSSS relacionadas con el contexto macroeconómico y político (6-9,12,15-17,41). Por otra parte, la protección social en Colombia ha sido entendida en términos de un concepto de familia nuclear biparental que tiene dificultades para mantener afiliados, en forma simultánea, a los miembros de la familia de origen y a los de la conformada y, con excepción del reconocimiento reciente de los derechos civiles de las parejas homosexuales, ha desconocido otros arreglos familiares como las familias compuestas. Estos procesos limitan la respuesta adecuada y oportuna a las demandas de salud de la población, con lo cual se profundizan las inequidades, se reduce la justicia social y se impide un control efectivo de la pandemia.

La racionalidad del Sistema desestimula la promoción de la salud y la prevención primaria, secundaria y terciaria. El estudio mostró algunas situaciones que podrían considerarse

indicadores proxy de estas fallas, como el alto número de personas en condición de discapacidad, personas con resistencia viral y familias con niños infectados por transmisión perinatal, algunas de ellas relacionadas con el régimen de afiliación y/o su intermitencia. Estas situaciones no son sólo éticamente inadmisibles, sino financieramente inaceptables. En el caso de la transmisión perinatal existen evidencias de que, con un tratamiento apropiado y oportuno, las tasas de transmisión pueden reducirse hasta 2 o 3%, además de ser una estrategia costo-efectiva (42,43). Las deficiencias del SGSSS para realizar promoción de la salud y prevención de la enfermedad han sido señaladas por otros autores (44).

Al igual que en nuestro estudio, otros trabajos en el mundo han mostrado cómo los PVV incurren en altos costos directos e indirectos (38,45). Dichos costos varían de acuerdo con el régimen de afiliación y los procesos de comorbilidad, siendo mayores en el grupo de los pobres no asegurados, personas con discapacidad o en segundo o tercer régimen terapéutico. Diversos estudios han mostrado cómo los costos aumentan a medida que progresa la enfermedad (35,45,46). Por supuesto, en un sistema que no garantiza el acceso a la atención integral, estos costos se trasladan a las PVV o sus familias. La participación de las familias en el financiamiento de los costos directos y el lucro cesante pueden empujarlas al empobrecimiento coyuntural o estructural. Estas situaciones han sido reportadas ampliamente en la literatura internacional (47,48). Es por ello que los costos directos o gasto de bolsillo de las familias están negativamente relacionados con la equidad en salud (49). Cuando el sistema de salud no provee los tratamientos de manera completa u oportuna, las PVV, sus familias y sus redes sociales acuden a una serie de mecanismos legales o solidarios para garantizar la atención, con lo cual se

constituyen como mecanismos alternativos de protección social.

Este estudio presenta algunas limitaciones relacionadas con el método y la selección de la muestra. Por las características del estudio no es posible inferir los resultados para la población de Bogotá; sin embargo, éstos alertan y orientan sobre problemas y políticas a seguir. Así mismo, el estudio puede subestimar la magnitud del problema de la población sin acceso a la protección social, en personas hospitalizadas, en proceso de enfermedad terminal, personas privadas de la libertad, habitantes de las zonas rurales y población de posición social alta.

## 5. Conclusión

Nuestro estudio encontró múltiples problemas relacionados con la afiliación permanente y el acceso real a los servicios de salud de las PVV. Se evidenciaron múltiples barreras de acceso, problemas técnicos y éticos en la calidad de la prestación del servicio. Esta situación determina los efectos psicofísicos e impone una carga financiera importante a las PVV relacionada con los costos directos e indirectos. Los participantes revelaron estrategias para compensar estos desequilibrios, mediante las acciones legales, con la participación de la familia y el apoyo de las redes sociales primarias y secundarias.

## 6. Recomendaciones

Para que el país pueda realizar un manejo integral de la epidemia se requiere garantizar la atención integral a todas las personas que lo necesitan, dando preeminencia a los factores humanos sobre los económicos. Se debe proveer un tratamiento oportuno y con calidad que evite las funestas consecuencias en términos de morbilidad, discapacidad

y costos encontradas en este estudio. La atención integral debe incluir, entre otros elementos, la promoción de la salud, la prevención secundaria y la reducción del impacto cuando éste se ha producido.

La atención integral implica cambiar los modelos de intervención clínica centrados en la asistencia médica y psicológica individual de las personas afectadas por modelos que contemplen el bienestar general de los individuos y las familias afectadas.

## Referencias bibliográficas

1. Peretti Watel P et al. Discrimination against HIV-Infected People and the Spread of HIV: Some Evidence from France. *PLoS One*. 2007; 2 (5): e411.
2. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución Número 5261, 1994.
3. Colombia, Ley 972, Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH, 2005.
4. Goudge J et al. Coping with the Cost Burdens of Illness: Combining Qualitative and Quantitative Methods in Longitudinal, Household Research. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2007; 69 (Supl.): 181-85.
5. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Informe de actividades 2009-2010. Cuatrenio 2006-2010. Bogotá, 2010.
6. Wiesner Ceballos C et al. Control del cáncer cervicouterino en Colombia: la perspectiva de los actores del sistema de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25 (1): 1-8.
7. Hernández Bello A, Vega Romero R. El sistema colombiano de seguridad social en salud: desigualdad y exclusión. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2001; 1 (1): 48-73.
8. Cespedes Londono JE, Jaramillo Perez I, Castaño Yepes RA. Impacto de la reforma del Sistema de Seguridad Social sobre la equidad en los servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica*, 2002. 18 (4): 1003-24.
9. Echeverri López E. La salud en Colombia: abriendo el siglo... y la brecha de las inequidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2002; 1 (3): 76-94.



10. Piñeros M et al. Patient Delay among Colombian Women with Breast Cancer. *Salud Publica Mex.* 2009; (51): 372-80.
11. Fresneda Bautista O. La focalización en el régimen subsidiado de salud: elementos para un balance. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2003; 5 (3): 209-45.
12. Vega Romero R. Dilemas éticos contemporáneos en salud. El caso colombiano desde la perspectiva de la justicia social. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2002; 1 (2): 49-65.
13. Mogollón Pérez AS, Vásquez ML. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. *Cad Saude Publica.* 2008; 24 (4): 745-54.
14. Restrepo Zea J. ¿Qué enseña la reforma colombiana sobre los mercados de salud? *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2004; 3 (6): 8-34.
15. Cardona JF, Hernández A, Yepes FJ. La reforma a la seguridad social en salud en Colombia ¿Avances reales? *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2005; 4 (9): 81-99.
16. Vega R, Hernandez A, Torres S. Evaluación de los efectos de la política de focalización de subsidios en salud y del SISBEN sobre la población vinculada sin capacidad de pago en las localidades de Bosa, Kennedy, Fontibón y Puente Aranda de Bogotá D.C, 2001. Recomendaciones generales. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2003; 2 (4): 72-98.
17. Franco GA. Seguridad social y salud en Colombia: estado de la reforma. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2000; 2 (1): 1-16.
18. Franco Giraldo A. La crisis hospitalaria actual. *Nuevos Tiempos.* 2004; 12 (1): 115-23.
19. Guarnizo Herreño CC, Agudelo C. Equidad de género en el acceso a los servicios de salud en Colombia. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2008; 10 (Supl 1): 44-57.
20. Colombia, Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Encuesta Calidad de Vida 2008. Comunicado de prensa, 2009, Bogotá.
21. Bogotá, Secretaría Distrital de Salud. Situación actual del VIH en el Distrito Capital, cuarto trimestre 2009. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2010.
22. Colombia - DANE. Censo general 2005, nivel nacional. Bogotá: DANE; 2010.
23. Colombia. Resumen de situación de la epidemia por VIH/SIDA en Colombia. 1983 a 2009. D.G.d.S. Pública., editor. Ministerio de la Protección Social; 2010.
24. Muriel López A. Cómo avanza el Distrito en Salud. Análisis del período 2008. En: *Veeduría Distrital.* Bogotá: Secretaria Distrital de Salud, 2009.
25. Posse M et al. Barriers to Access to Antiretroviral Treatment in Developing Countries: A Review. *Tropical Medicine & International Health.* 2008; 13 (7): 904-13.
26. Hansen NB et al. Health-Related Quality of Life in Bereaved HIV-Positive Adults: Relationships between HIV Symptoms, Grief, Social Support, and Axis II Indication. *Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association.* 2009; 28 (2): 249-57.
27. Pirraglia PA et al. Caregiver Burden and Depression among Informal Caregivers of HIV-Infected Individuals. *J Gen Intern Med.* 2005; (20): 510-14.
28. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Desafío a la falta de equidad en la salud. *Publicación Científica y Técnica No. 585,* 2002, Washington D.C.
29. Gorbach P et al. The Impact of Social, Economic and Political Forces on Emerging HIV Epidemics. *AIDS.* 2002; 16 (Supl 4): S35-S43.
30. Plan de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Objetivos del Milenio.* 2007. [Citado el 2 de abril de 2007]. Disponible en: <http://www.undp.org/spanish/mdg/>
31. Farmer P. *Infections and Inequalities. The Modern Plagues.* California: University of California Press; 1999.
32. Guarín D. Situación de acceso a medicamentos antiretrovirales en Colombia, Informe final. Bogotá: OPS - Colombia, 2005.
33. UNAIDS. *A UNAIDS 10th Anniversary Special Edition. Report on the Global AIDS Epidemic.* Geneva: UNAIDS; 2006.
34. Chesson HW et al. The Estimated Direct Medical Cost of Sexually Transmitted Diseases among American Youth, 2000. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health.* 2004; 36 (1): 11-19.
35. Decock RC et al. Direct Costs of Health Care for HIV/AIDS Patients in Belgium. *AIDS Care.* 2001; 13 (6): 721-31.
36. Drummond MF et al. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* New York: Oxford University Press; 1997.
37. Krentz HB, Auld MC, Gill MJ. The High Cost of Medical Care for Patients who Present Late (CD4 <200 cells/microL) with HIV Infection. *HIV Medicine.* 2004; 5 (2): 93-98.
38. Wyss K, Hutton G, N'Diekhhor Y. Costs Attributable to AIDS at Household Level in Chad. *AIDS Care.* 2004; 16 (7): 808-16.
39. Lopera M, Einarson T, Bula J. Out-of-Pocket Expenditures and Coping Strategies for People Living

- with HIV. Bogotá, Colombia, 2009. AIDScare, 2011 [Approved for publication on April 4th, 2011].
40. Arbeláez M et al. Tuberculosis Control and Managed Competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage.* 2004; 19 (Supl 1): S25-S43.
  41. Chávez BM et al. El Plan de Atención Básica en los municipios descentralizados de Colombia, 2001-2003. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública.* 2004; 22 (2): 77-89.
  42. García R et al. Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. *Biomédica.* 2005; 25 (4): 547-64.
  43. Gómez M. Comparación de tres estrategias de tamizaje para la prevención de la infección perinatal por VIH en Colombia: análisis de decisiones. *Rev Panam Salud Publica.* 2008; 24 (4): 256-64.
  44. Eslava JC. Promoción y prevención en el sistema de salud. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2002; 4 (1): 1-12.
  45. Duraisamy P et al. Costs and Financial Burden of Care and Support Services to PLHA and Households in South India. *AIDS Care.* 2006; 18 (2): 121-27.
  46. Krentz HB Gill MJ. Cost of Medical Care for HIV-Infected Patients within a Regional Population from 1997 to 2006. *HIV Medicine.* 2008; 9 (9): 721-30.
  47. Kipp W et al. Family Caregivers in Rural Uganda: The Hidden Reality. *Health Care For Women International.* 2007; 28 (10): 856-71.
  48. Esping Andersen G. *Fundamentos sociales de las economías posindustriales.* Barcelona: Ariel; 2000.
  49. Alvis Estrada L, Alvis Guzmán N, De la Hoz F. Gasto privado en salud de los hogares de Cartagena de Indias, 2004. *Rev Salud Pública (Bogotá).* 2007; 9 (1): 11-25.

