

Boletín #5

Puntos de control

y toma de decisiones para las cohortes de
hemofilia y VIH



Gestión del Riesgo CAC
Cuenta de Alto Costo
Bogotá, D. C., 26 de enero de 2023

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Luis Alberto Soler Vanoy
Coordinador de Gestión del Riesgo

Gestoras del riesgo
Ana María Díaz
Paula Andrea Ramos
Lady Alejandra Vélez

Entidades que participaron en esta reunión de gestión del riesgo realizada por la Cuenta de Alto Costo:

ALIANSA SALUD EPS
ANAS WAYUU EPSI
ASMET SALUD EPS
ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC - EPSI
CAJACOPI
CAPITAL SALUD EPS
CAPRESOCA EPS
COMFACHOCÓ
COMFAORIENTE
EMSSANAR
SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS

EPS FAMILIAR DE COLOMBIA
COMFENALCO VALLE
COMPENSAR EPS
COOSALUD (Contributivo)
COOSALUD (Subsidiado)
DUSAKAWI EPSI
ECOOPSOS EPS
EMPRESAS PÚBLICAS DE MEDELLÍN
EPS SANITAS
EPS SURA
FAMISANAR EPS

FONDO DE PASIVO SOCIAL DE FERROCARRILES NACIONALES
MALLAMAS EPSI
MUTUAL SER EPS (Contributivo)
MUTUAL SER EPS (Subsidiado)
NUEVA EPS (Contributivo)
NUEVA EPS (Subsidiado)
PIJAOS SALUD EPSI
SALUD MÍA EPS
SALUD TOTAL EPS
SAVIA SALUD EPS

Contenido

Puntos de control y toma de decisiones para las cohortes de hemofilia y VIH.

1 Hemofilia y otras coagulopatías.

2 VIH/ sida.

Desde la Cuenta de Alto Costo (CAC), se han generado esfuerzos de trabajo con los principales actores en salud, para mitigar el riesgo de complicaciones de las enfermedades de alto costo o su progresión, y para promover las buenas prácticas.

En el desarrollo de este trabajo, se han involucrado estrategias de estudio e investigación para entender el comportamiento de las enfermedades de alto costo en Colombia, teniendo en cuenta las principales características y variables relevantes que definen la eficiencia de la atención y el cumplimiento de las guías de práctica clínica. Así mismo, se involucran procesos de análisis cualitativo y cuantitativo de los datos reportados desde las EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud) y los prestadores, para abordar diferentes acciones que benefician a las personas con estas enfermedades y se definan lineamientos específicos para obtener óptimos resultados en salud.

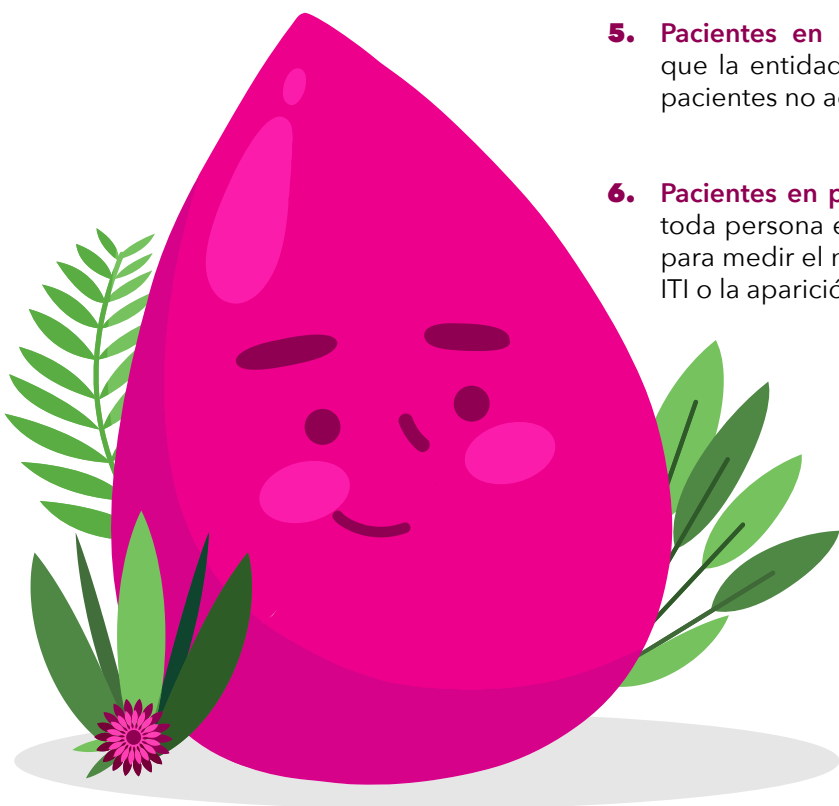
Teniendo en cuenta el próximo reporte de las Resoluciones 123 de 2015 y 273 de 2019, fueron convocados los representantes de las EAPB, con el objetivo de dar a conocer los resultados preliminares de los indicadores priorizados para hemofilia y otras coagulopatías y VIH/sida para el año 2022, y aquellos puntos de control y recomendaciones a tener en cuenta para la gestión del riesgo:

Hemofilia y otras coagulopatías asociadas a déficit de factores de la coagulación

Se realizó la revisión de los hallazgos más importantes del proceso de auditoría, enfocados en la buena práctica clínica y en la calidad del registro de las historias clínicas:

- 1. Discrepancia en la información reportada:** los datos registrados no coinciden con las especialidades de hematología y ortopedia relacionadas con el número de articulaciones que presentan artropatía en un mismo paciente.
- 2. Inconsistencia en el registro de:** talla y peso, presencia de artropatía y su fecha de diagnóstico. Se identificaron historias clínicas sin registro del peso que es indispensable para el cálculo de dosis, así mismo, en los registros de los pacientes con artropatía hemofílica, el médico no describe la fecha del diagnóstico y cuáles son las articulaciones afectadas.
- 3. Falta de la descripción del tratamiento (dosis - vía):** no se evidencia el registro del medicamento que tiene el paciente, ni el seguimiento de la actividad del factor.
- 4. Registro de los eventos de sangrado:** en el seguimiento por parte del especialista, no registra los eventos de sangrado, sobre todo en aquellos pacientes que hayan tenido una hospitalización por esta causa.





5. **Pacientes en abandono:** no hay soportes que confirmen que la entidad está gestionando la búsqueda activa de los pacientes no adherentes.
6. **Pacientes en profilaxis o ITI sin medición de inhibidores:** a toda persona expuesta al factor se le deben tomar muestras para medir el nivel de inhibidores y establecer la respuesta a ITI o la aparición de inhibidores.
7. **Pacientes que solo cuentan con atención por hematología, pero no por parte de todo el equipo interdisciplinario:** se identificó que algunas personas no reciben una atención integral por parte del prestador.
8. Problemas de reporte de información, ya que los datos informados por la entidad difieren de los datos que se observan en los soportes clínicos, generando cambios en la información y datos de no calidad.

INDICADORES

de la gestión del riesgo en las personas con

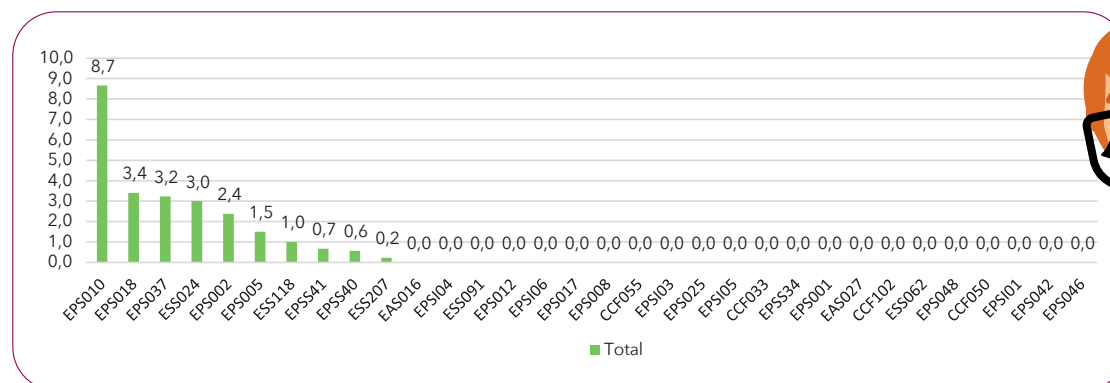
hemofilia.

Colombia 2022

Para la cohorte de hemofilia, se priorizaron 4 indicadores indispensables para la gestión del riesgo de los pacientes, que permiten entender los puntos de control y generar estrategias de mejora. A continuación, se detalla el comportamiento de cada uno por EPS, IPS y ciudad.



Figura 1. Tasa de sangrado general en las personas con hemofilia con inhibidores de alta respuesta en profilaxis según la EPS

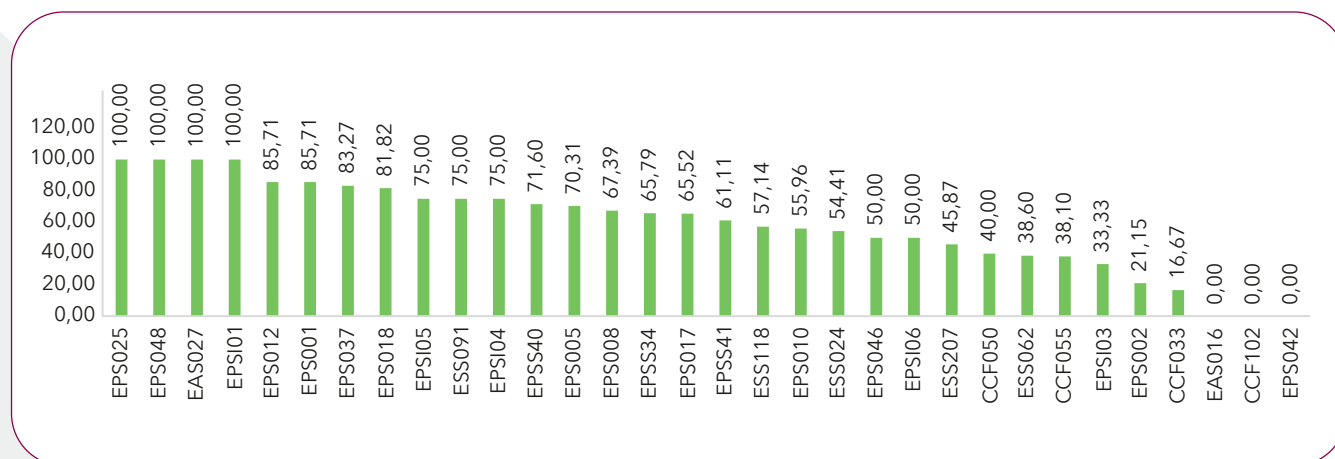


Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo en hemofilia y otras coagulopatías, resultado preliminar 2022.

En la **figura 1**, se describe el reporte de los eventos de sangrado presentados en el año, en las personas con inhibidores de alta respuesta en profilaxis, en este sentido, se pudo establecer que la EPS010 tuvo el mayor reporte con una tasa de 8,7 sangrados generales en el año (lo cual habla de una mejora en el registro de los sangrados, dado que en años anteriores no se tenía información al respecto, es muy llamativo al comparar con la literatura publicada), seguido de EPS018 con 3,4 sangrados y EPS037 con 3,2 sangrados.

Por otro lado, se evidencia que la mayoría de las EPS, no registraron eventos, considerando que es un indicador importante para el seguimiento y permite medir directamente la gravedad de la enfermedad así como la eficacia del tratamiento en el paciente.

Figura 2. Proporción de personas con artropatía hemofílica crónica en profilaxis



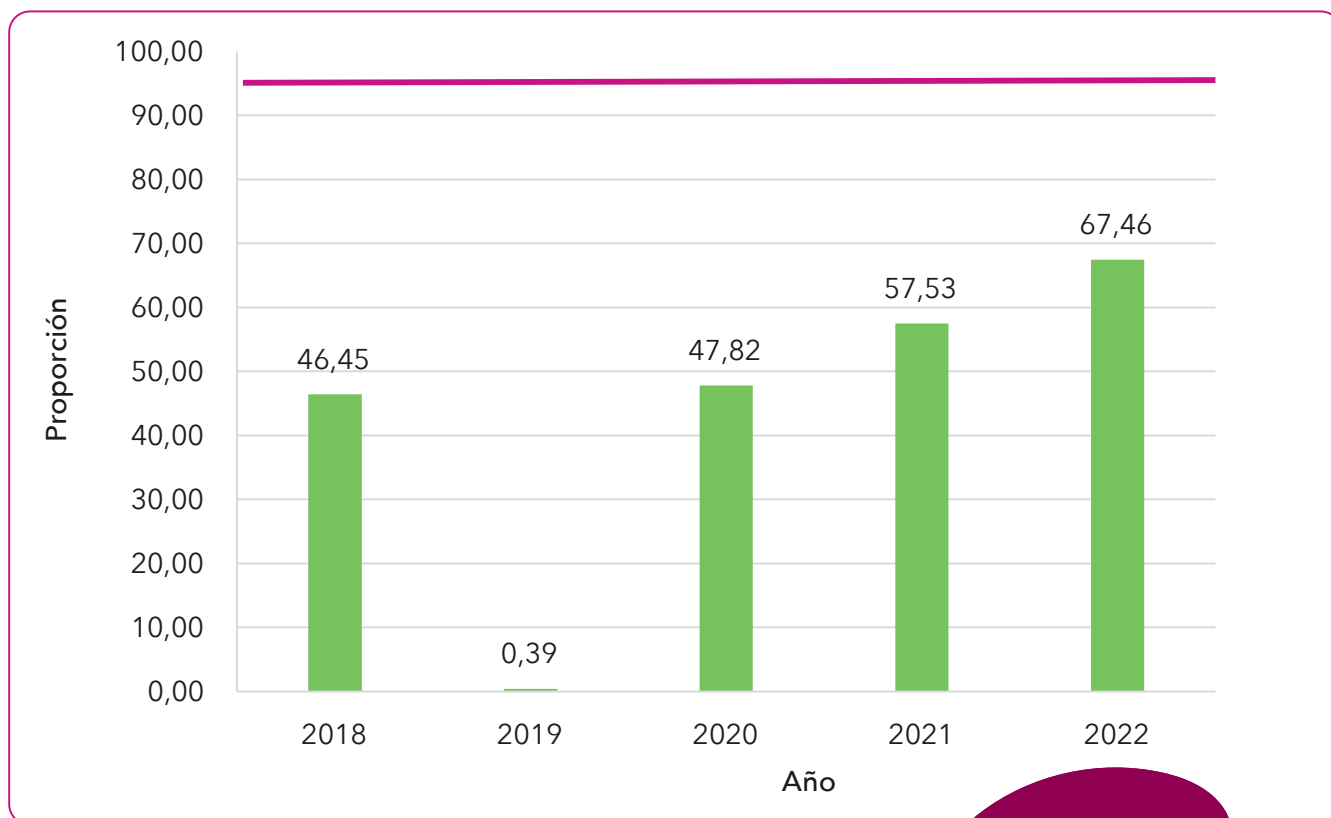
Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo en hemofilia y otras coagulopatías, resultado preliminar 2022.

El indicador de las personas con artropatía en profilaxis, permite hacer la medición del seguimiento por parte del equipo multidisciplinario y el acceso al tratamiento; dado lo anterior, la **figura 2** describe que las primeras 4 entidades tienen un resultado del 100%, entendiendo que todos los pacientes diagnosticados con esta complicación están en profilaxis.



De acuerdo con el resultado total de las EPS, se puede decir que, del total de los pacientes con profilaxis reportados ante la CAC, en promedio hay 58,2% con artropatía hemofílica, identificando que aún faltan esfuerzos para que la población sea adherente a los programas y seguir las recomendaciones y/o estrategias de intervención apropiadas para el cuidado de la enfermedad por parte de los diferentes profesionales de la salud.

Figura 3. Proporción de personas con hemofilia evaluadas por el equipo interdisciplinario (%) - histórico



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA. Indicadores gestión del riesgo.



En el histórico de este indicador, se evidencia que a nivel país, hay un comportamiento ascendente, que para el año 2022 obtuvo un resultado de 67,46% de los pacientes con valoración con el equipo interdisciplinario, identificando que la atención integral ha sido un punto importante para alcanzar los resultados en salud y mejorar la calidad de vida en los pacientes.

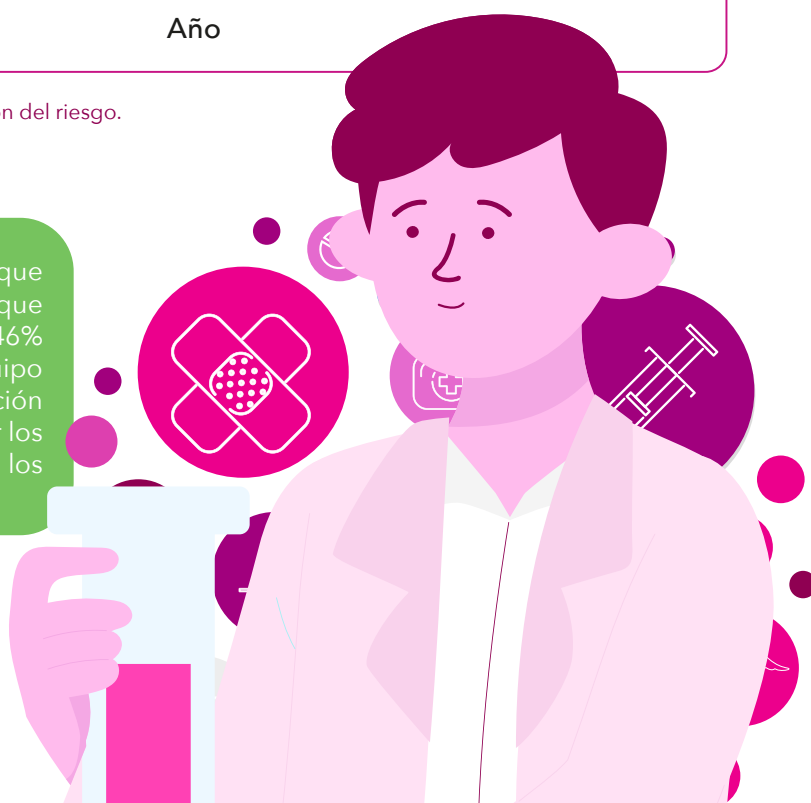
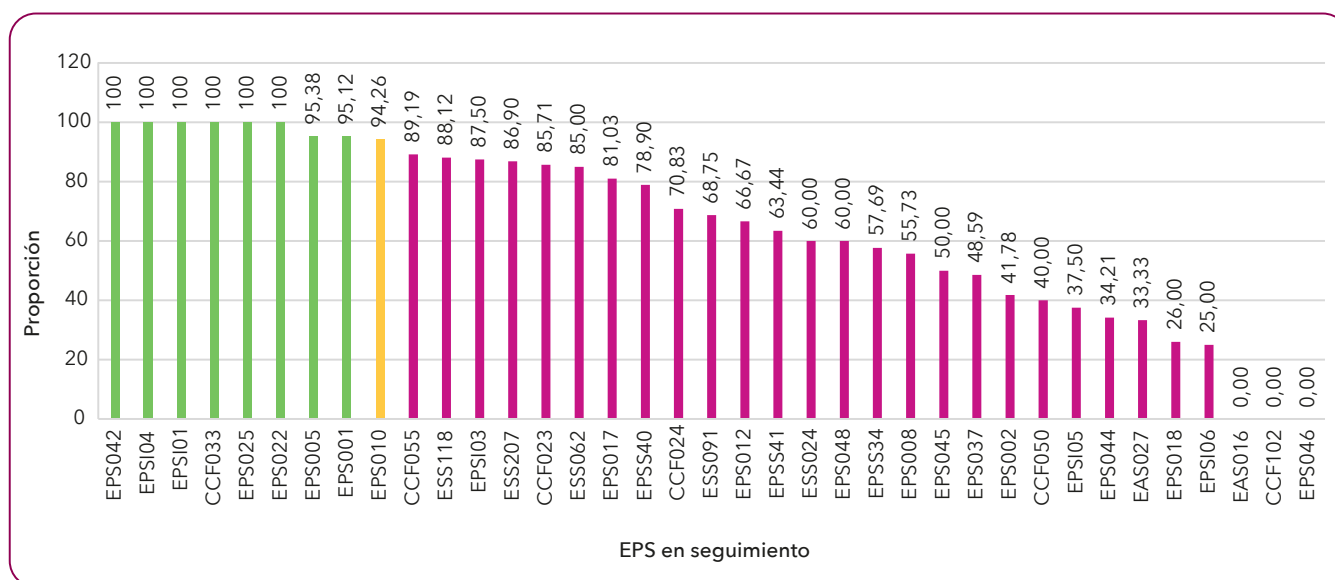


Figura 4. Proporción de personas con hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario en el periodo 2022 - EPS

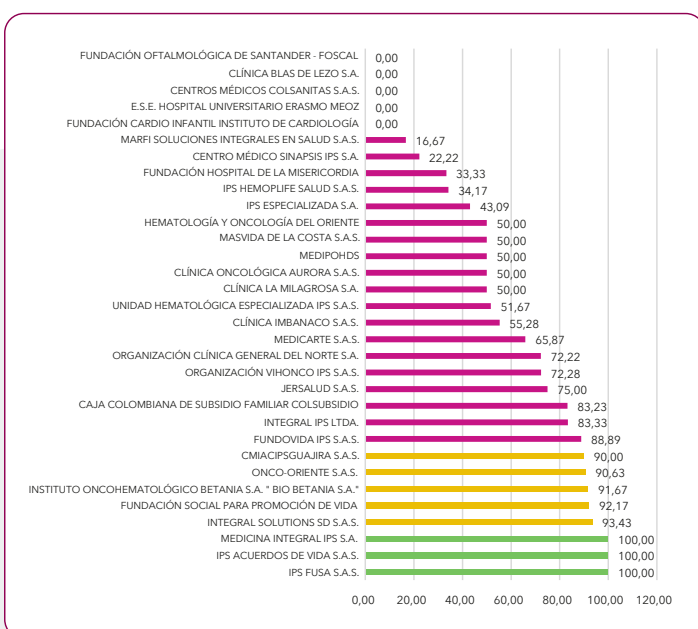
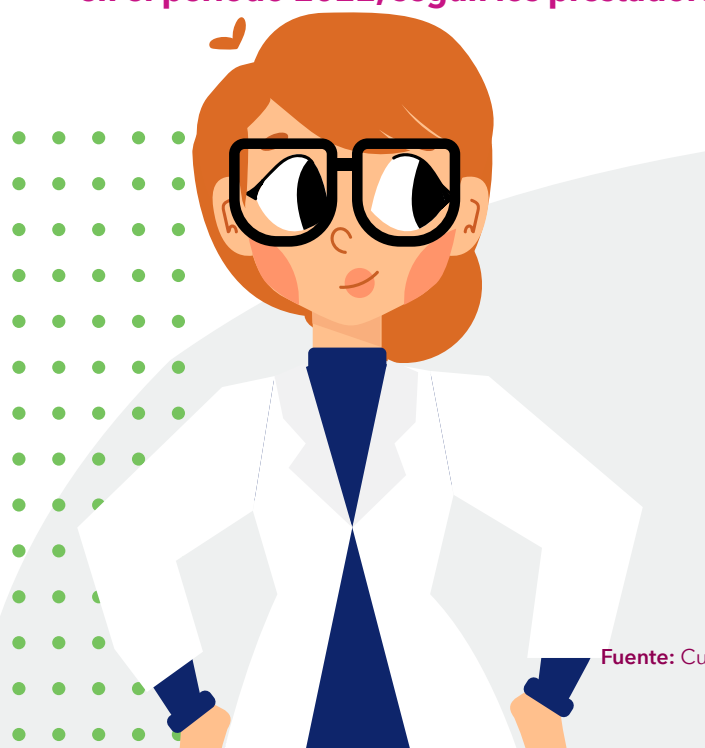


Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo, resultado preliminar 2022.

En la revisión del resultado por cada EPS, se estableció que el cumplimiento del indicador lo encabezan 8 EPS obteniendo un resultado mayor al 95%, sin embargo, aún la mayoría de las entidades están en un rango de cumplimiento bajo.

De acuerdo con los hallazgos identificados como causales de estos resultados se encuentran: la falta de adherencia del paciente en la valoración de los profesionales de salud (ortopedia, psicología, trabajo social), así mismo, los pacientes que viven zonas dispersas o que se encuentran fuera del país. La valoración del hematólogo ha sido importante para el ordenamiento de medicamentos.

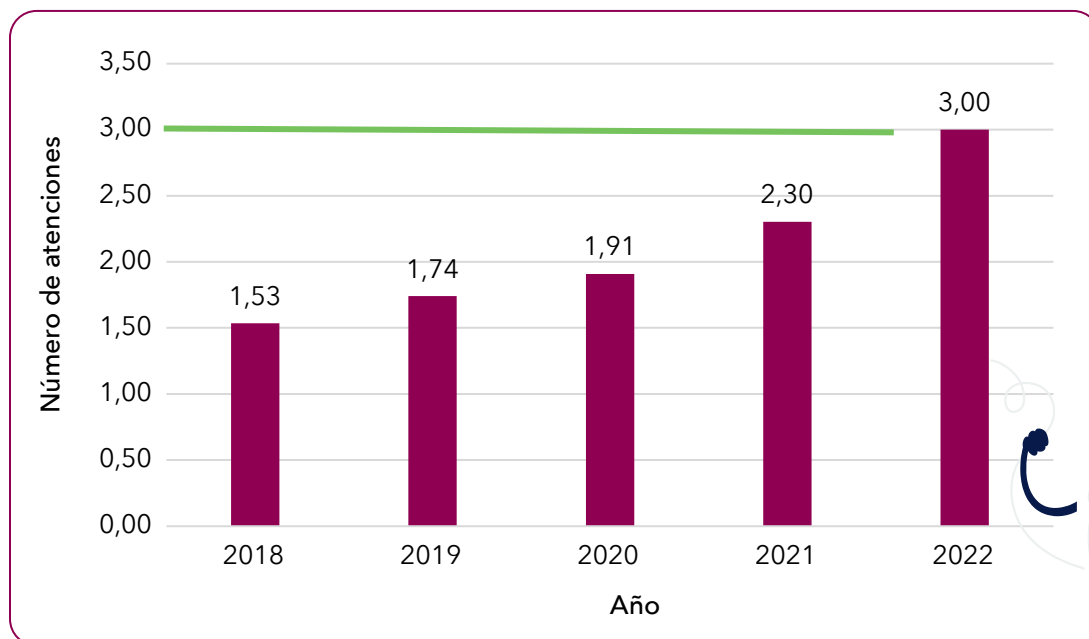
Figura 5. Proporción de personas con hemofilia evaluadas por equipo interdisciplinario en el periodo 2022, según los prestadores



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo, resultado preliminar 2022.

En la medición del indicador por el prestador, se identificó que a nivel país, solo 3 IPS alcanzaron un rango de cumplimiento alto, logrando brindar al paciente una atención integral de acuerdo con los criterios mínimos del programa de hemofilia.

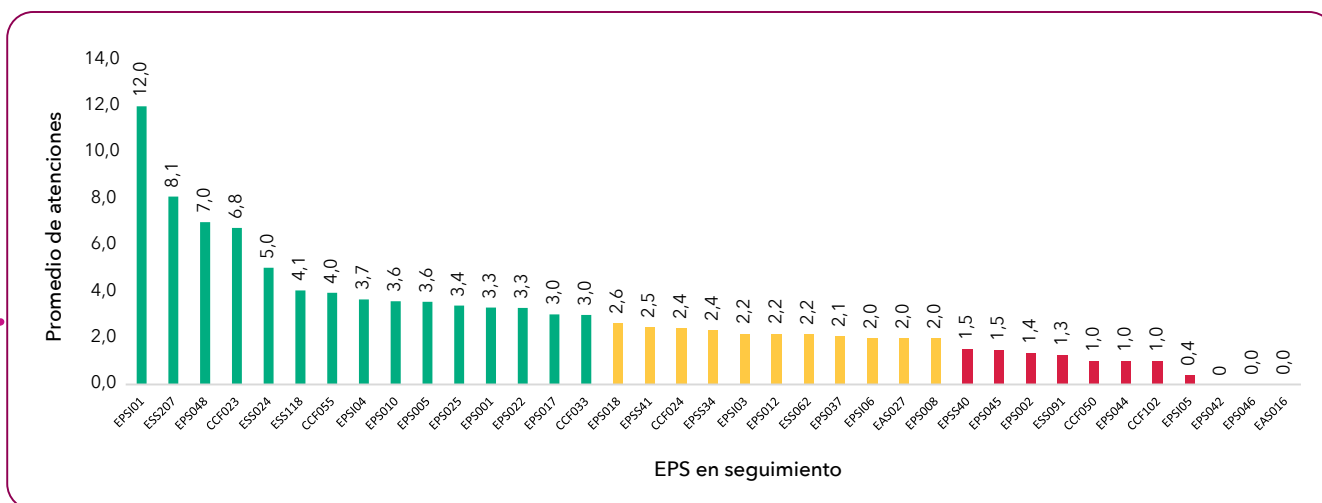
Figura 6. Promedio de atenciones por odontología en las personas con hemofilia severa



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo, resultado preliminar 2022.

En el indicador de valoración por odontología en hemofilia severa, se identificó que, para el país, se obtuvo un promedio de 3 atenciones en el año para el periodo 2022, logrando la meta estipulada, lo cual conlleva a disminuir las complicaciones y mejorar el estado de salud de los pacientes.

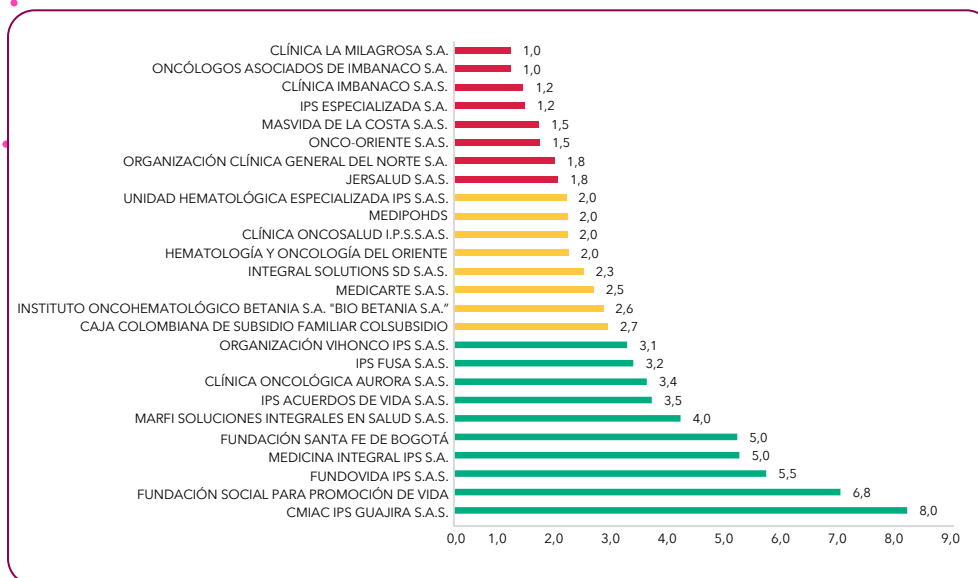
Figura 7. Promedio de atenciones por odontología en las personas con hemofilia severa según la entidad aseguradora



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo, resultado preliminar 2022.

En el comportamiento del promedio de atenciones por odontología en los pacientes con hemofilia severa para el país, se observa mejoría en el cumplimiento de la meta desde el año 2021. De acuerdo con los indicadores preliminares, las personas con diagnóstico de hemofilia severa tuvieron 3,0 atenciones (metas ≥ 3 atenciones) por odontología durante el actual reporte.

Figura 8. Promedio de atenciones por odontología en las personas con hemofilia severa según el prestador



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Indicadores de la gestión del riesgo, resultado preliminar 2022.

Los principales prestadores que cumplen con los contenidos mínimos de atención para la hemofilia deben incluir la valoración de odontología para el manejo profiláctico e intervenciones específicas que previenen las complicaciones. Allí, se identificaron 10 prestadores cuyas atenciones superan la meta establecida, siendo la primera con 8 atenciones en el año.

Modelos de contratación

Revisando los principales pagos para la corte de hemofilia, de acuerdo con la información brindada por las EPS en el primer semestre, se identificó que la mayoría está bajo un modelo de evento, seguido de pago por paquete de atención integral y pago prospectivo.

En el segundo semestre, se indagó nuevamente y se obtuvieron los mismos resultados:

Tabla 1. Modalidades de pago de servicios en la cohorte de hemofilia

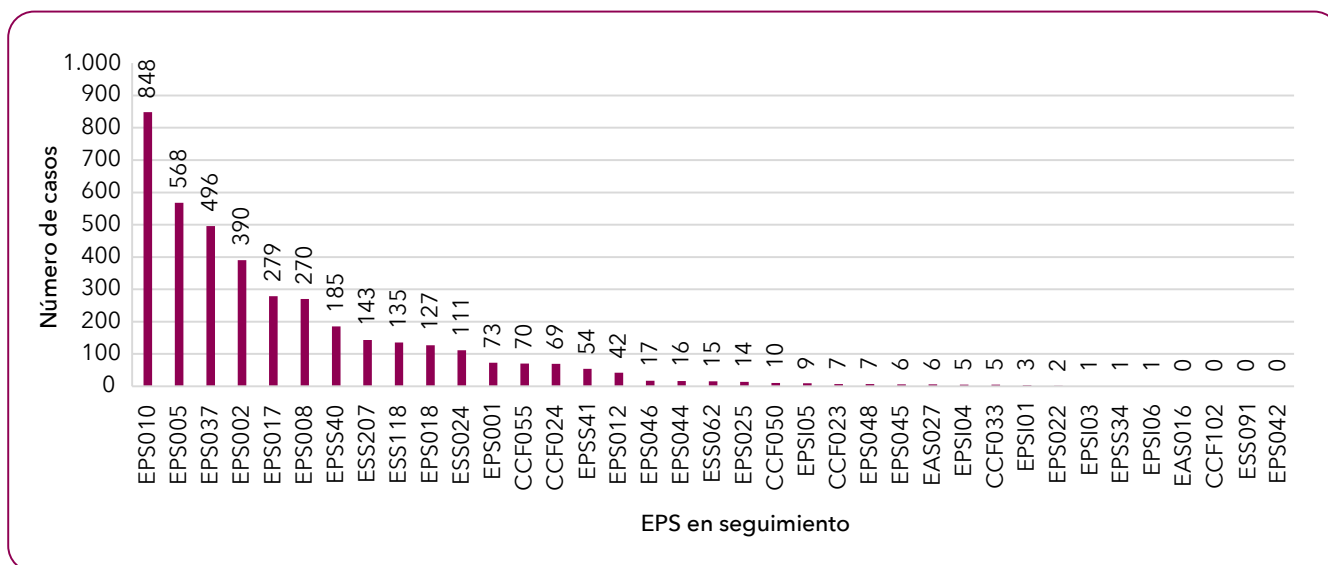
Modalidad de pago	Número de sedes	%
Evento	72	76,60%
Paquete de intención integral	14	14,89%
Pago global prospectivo	4	4,26%
Paquete	1	1,06%
Pago prospectivo por pago de riesgo	1	1,06%
Otro	1	1,06%
Acuerdo de riesgo compartido	1	1,06%
Pago global prospectivo por grupo de riesgo	1	1,06%
Total	94	100,00%

Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Consolidado listado de modalidad de pago EPS.

Uso y apropiación de SISCAC

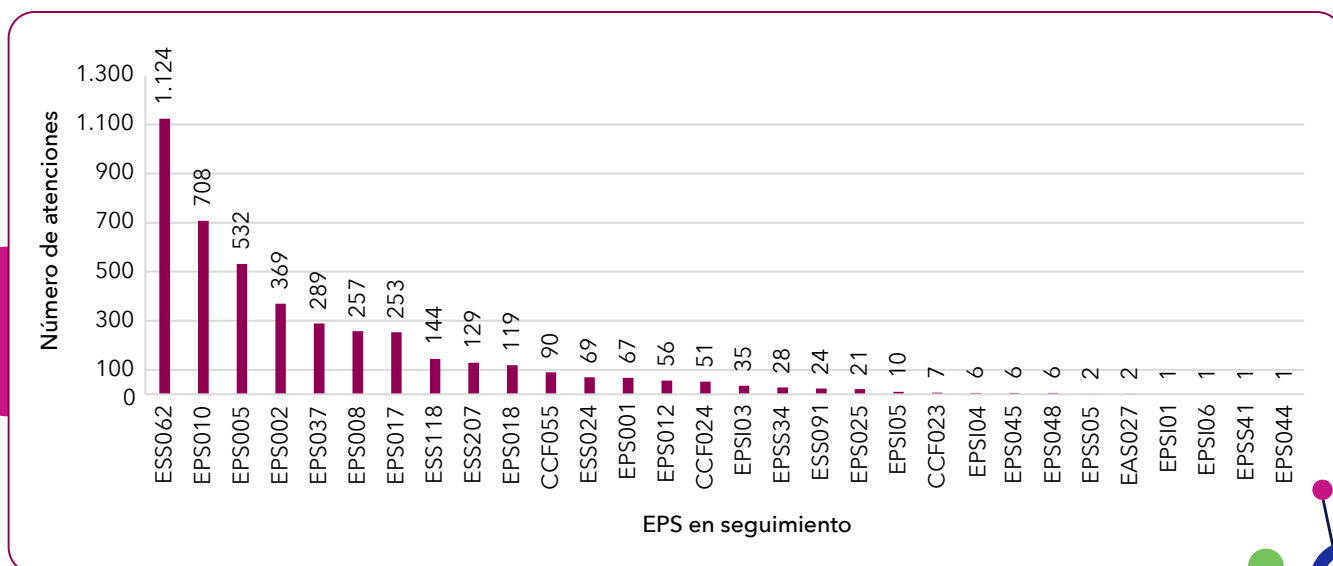
A continuación, se hace la comparación de los registros y de los pacientes reportados en SISCAC para el periodo 2022 - 2023:

Figura 9. Uso y apropiación de SISCAC - Hemofilia cobertura 2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). SISCAC. Módulo de seguimiento a cohortes - Hemofilia.

Figura 10. Uso y apropiación de SISCAC - Hemofilia cobertura 2023



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). SISCAC. Módulo de seguimiento a cohortes - Hemofilia.

De acuerdo con la información anterior, los datos reportados en SISCAC aún no alcanzan el total de lo reportado para el año 2022 de acuerdo con la BDCA, sin embargo, se ha resaltado un ascenso de registro en la plataforma en comparación con años anteriores.



Experiencias de la atención de la *hemofilia* MUNDO en el

Entre las experiencias exitosas están (1):

I - Directrices y algoritmos para el cuidado de la hemofilia:

Construir un protocolo de algoritmo basado en la evidencia y según las necesidades de cada territorio.

- Consejo de Hemofilia Nórdica.
- Asociación Italiana de Centros de Hemofilia.
- Ministerio de Salud de Colombia - Directrices para profilaxis.
- Asociación Francesa de Hemofilia.
- Registro de France Coag.

II - Organizaciones que trabajan juntas en la prestación de la atención:

La atención integral de centros especializados con la colaboración de organizaciones locales o nacionales de hemofilia para ofrecer programas de educación a los profesionales, pacientes y familiares, han demostrado aumentar la adherencia a las valoraciones y tratamiento.





China:

ha aumentado la conciencia pública con respecto a la hemofilia y ha llevado a una mayor cobertura del costo de los concentrados por parte de los servicios de salud, con el crecimiento de centros especializados.

Suecia:

los proveedores de atención médica trabajan con la Sociedad Sueca de Hemofilia para desarrollar información para los pacientes, la cual se distribuye a través de folletos o cuadernillos, en línea, en conferencias y campamentos de verano.

Turquia:

la organización local ha llevado a cabo reuniones educativas para médicos, enfermeras, pacientes y padres, algunas en ciudades distantes que limitan con Siria, Irak e Irán.

Francia:

una colaboración similar dio lugar a un programa de capacitación en línea dedicado a los pacientes con hemofilia leve (www.hemomooc.fr), así como un programa de divulgación para las mujeres de familias con hemofilia sobre sus riesgos genéticos y hemorrágicos, enfoques de diagnóstico y opciones reproductivas.

III - Registros de enfermedades:

Tener en cuenta una base de datos con el que se pueda visualizar el comportamiento de los pacientes, puntos de referencia para optimizar la atención y seguimiento a la utilización de los recursos.

- Registro Nacional e Instituto Nacional de Salud de Italia.
- Centro Nacional de China.
- Cuenta de Alto Costo en Colombia.



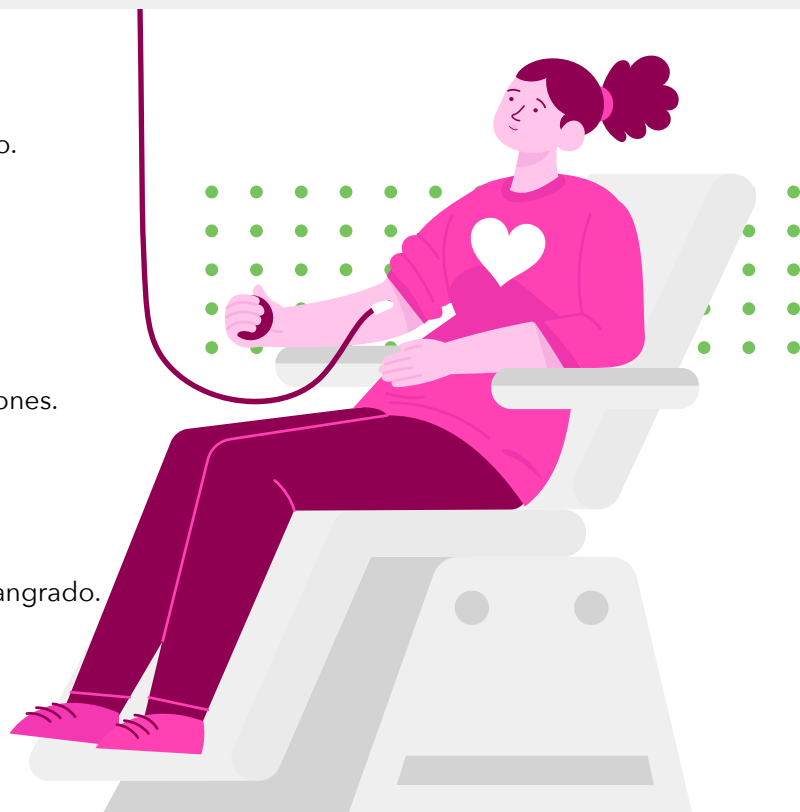
IV - Atención personalizada a la medida:

Optimizar la adherencia y los resultados del tratamiento.

- Centros de atención en China - Profilaxis en China.
- Estudio de profilaxis en hemofilia - Canadá.

Tener en cuenta que el objetivo de la atención es:

1. Prevenir las hemorragias y los daños en las articulaciones.
2. Dar manejo rápido del sangrado.
3. Dar manejo de complicaciones que incluyen:
 - Daño articular y muscular y otras secuelas de sangrado.
 - Desarrollo de inhibidores.
4. Brindar atención a la salud psicosocial.



Recomendaciones

- Los centros más pequeños y los médicos personales pueden brindar atención primaria y manejo de algunas complicaciones, en consulta frecuente con el centro de atención integral (particularmente para los pacientes que viven a gran distancia del centro de tratamiento de hemofilia más cercano).
- Iniciar, brindar capacitación y supervisar la terapia domiciliaria con los concentrados de factor de coagulación cuando estén disponibles.
- Educar a los pacientes, a los familiares y otros cuidadores para garantizar que se satisfagan las necesidades de esta población.
- Facilitar la auditoría de los servicios proporcionados por el centro de tratamiento de la hemofilia y apoyar las mejoras en la prestación de la atención.





Recomendaciones

- Fortalecer acuerdos a nivel contractual.
- Garantizar integralidad a través del equipo interdisciplinario.
- Uso y apropiación de SISCAC (cláusula o anexo técnico).
- Retroalimentar a las IPS en el diligenciamiento claro y legible de los soportes.
- Fortalecer el componente educativo e incentivar a los pacientes al conocimiento de su patología y la adherencia al programa.
- Verificar el seguimiento adecuado con el profesional experto.



Experiencia exitosa en *hemofilia*

Programa de gestión del riesgo: hemofilia y otras coagulopatías.

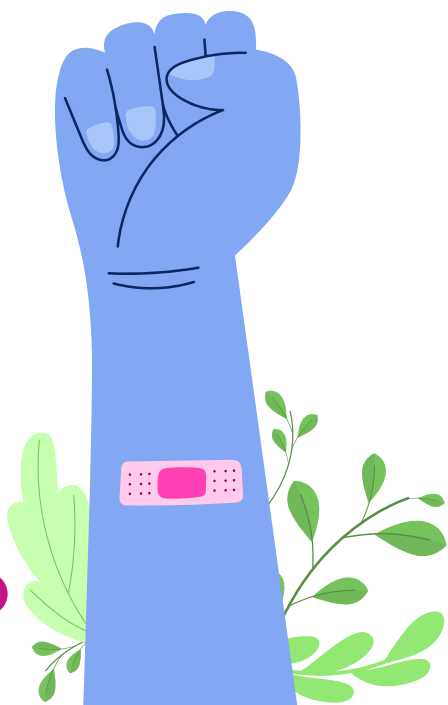
La EAPB ha desarrollado un documento para el manual de intervención que permite orientar la gestión del riesgo de la cohorte, abordando componentes importantes del trabajo como la confirmación del diagnóstico, la adherencia al tratamiento y el seguimiento de los indicadores de la gestión clínica como una prioridad a nivel de desempeño de la cohorte.

Manejo integral por el equipo multidisciplinario: hematología, ortopedia, odontología, trabajo social, psicología, enfermería, fisioterapia, genética, fisioterapia y rehabilitación, ginecología, químico farmacéuta, farmacia: entrega de medicamento ambulatorio/hospitalario, ayudas diagnósticas (rayos X, TAC, RNM, ecografías, etc.), y laboratorios (confirmación diagnóstica y de seguimiento).



El paquete de profilaxis, además del factor incluye:

1. Exámenes paraclínicos para determinar los niveles de los factores de la coagulación y así poder definir la dosis de tratamiento en población prevalente.
2. Para la población incidente se acuerda con las partes la cobertura de pruebas diagnósticas (hemofilia y enfermedad de von Willebrand -EvW). Para EvW, se incluyen también las pruebas de tipificación.
3. Tanto para la población prevalente como incidente, aplica las frecuencias de uso de las tecnologías discriminadas y pactadas según la severidad.
4. La dispensación y administración del factor se garantizan en el domicilio del usuario o según la modalidad de administración del medicamento definida y justificada por el especialista.



5.

Para los pacientes con EvW - tipo 3 que reciben medicamento, las actividades de seguimiento mensual están incluidas en el precio de la profilaxis.

- Ruta de atención a usuarios con enfermedades huérfanas.
- Algoritmo de hemofilia y otras coagulopatías.
- Articulación y capacitación a la red de prestadores.
- Compromiso administrativo.
- Personal comprometido y sensibilizado (EPS e IPS).
- Articulación interinstitucional.
- Seguimiento y evaluación.



Cuentan con intervención por parte de la fundación en los casos especiales de hemofilia y otras coagulopatías: captación de presuntos (usuarios renuentes al diagnóstico) y captación de prevalentes confirmados inasistentes al programa.

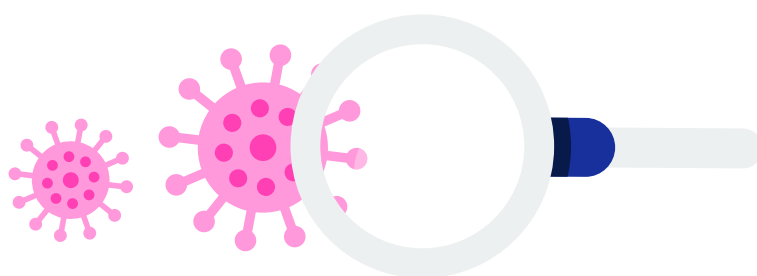
Canalización

Concertación

Sensibilización

INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA Inmunodeficiencia humana - VIH Y EL SÍNDROME DE Inmunodeficiencia adquirida

Sida



A nivel mundial se han puesto en marcha acciones para poner fin a la epidemia de sida para el 2030, estableciendo una meta más desafiante que la propuesta en años anteriores. Es así como, las próximas intervenciones a implementar, están enfocadas en la estrategia 95-95-95¹, el alcance de 200.000 nuevas infecciones por el VIH o menos y, cero discriminaciones (2).

De acuerdo con las estadísticas de ONUSIDA (el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida), en el 2019 el 81% de las personas que vivían con el VIH conocía su estado serológico, el 67% estaba en tratamiento antirretroviral, y casi un 59 % de las personas que vivían con el VIH en todo el mundo logró suprimir su carga viral. Por otro lado, para 2021, el 85% de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico, el 75% tenían acceso al tratamiento; y el 68% lograron la supresión viral, a nivel mundial (3).

¿Cuáles son los resultados preliminares del 2022 en Colombia?

De acuerdo con el informe “día mundial de respuesta al VIH 2022”, emitido por la Cuenta de Alto Costo, a nivel nacional se estima que existen 170.000 personas viviendo con la infección por VIH, de los cuales, el 83,40% conocen su estado serológico, el 88,34% se encuentran recibiendo terapia antirretroviral; y un 87,59% han alcanzado la supresión viral (4).

Desde la coordinación de gestión del riesgo de la CAC, en el 2022 fueron priorizados cuatro indicadores, en búsqueda del abordaje integral desde el marco del aseguramiento con miras al alcance de las metas establecidas desde ONUSIDA.

A continuación, se profundizará en el comportamiento de cada uno de ellos:

¹ La meta del 95-95-95 consiste en que el 95% de las personas que vive con el VIH conozca su estado serológico, el 95% de las personas que tienen conocimiento del estado seropositivo tenga acceso a tratamiento y el 95% de las personas con acceso a tratamiento logre una represión viral efectiva.

Detección temprana en incidentes

Según los preliminares 2022, hubo un incremento de 1,95 puntos porcentuales en comparación con el periodo anterior. A pesar de ello, persisten las oportunidades de mejora, considerando que todas las entidades estuvieron dentro del rango de cumplimiento bajo (**figuras 11 y 12**).

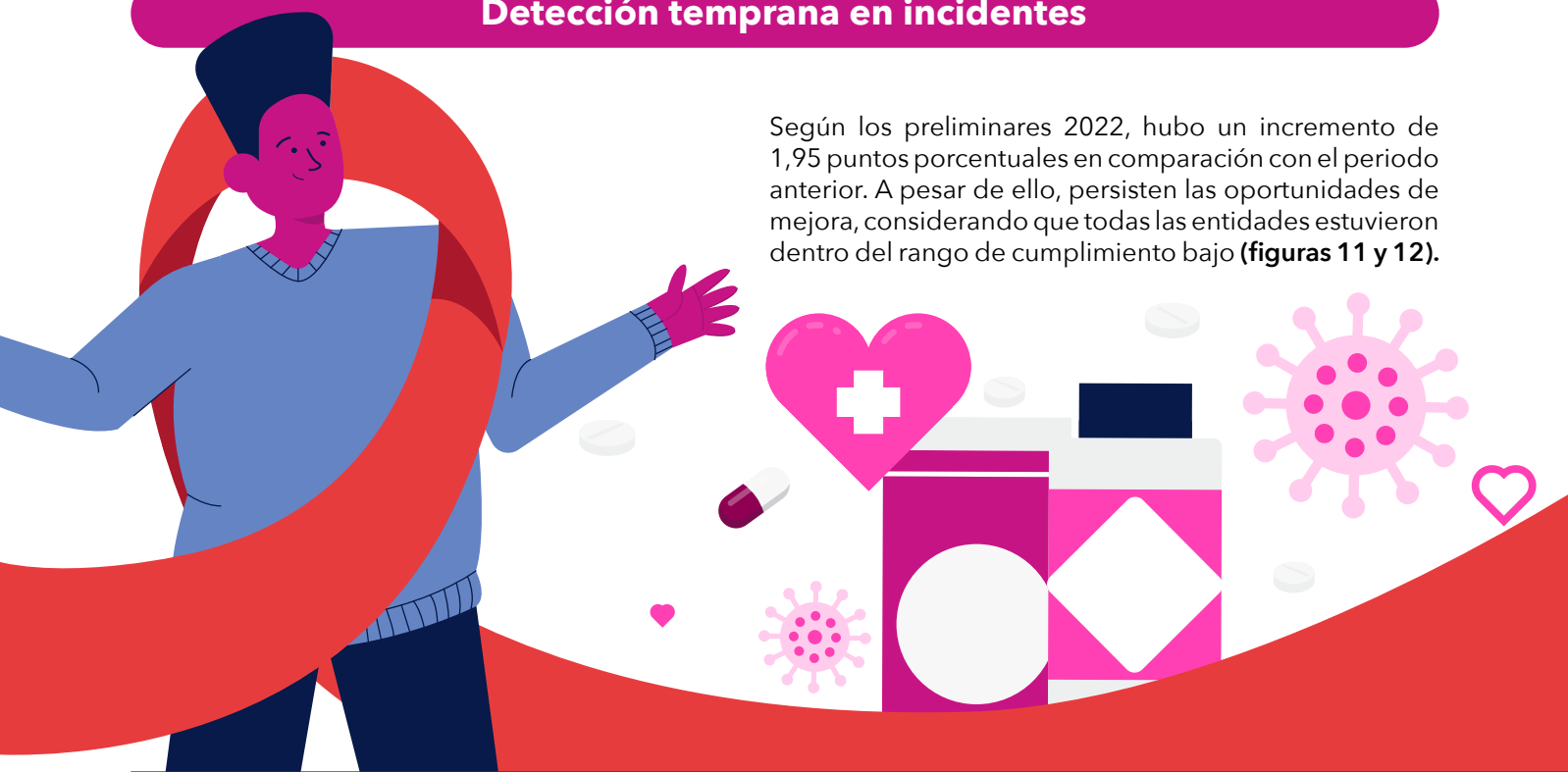
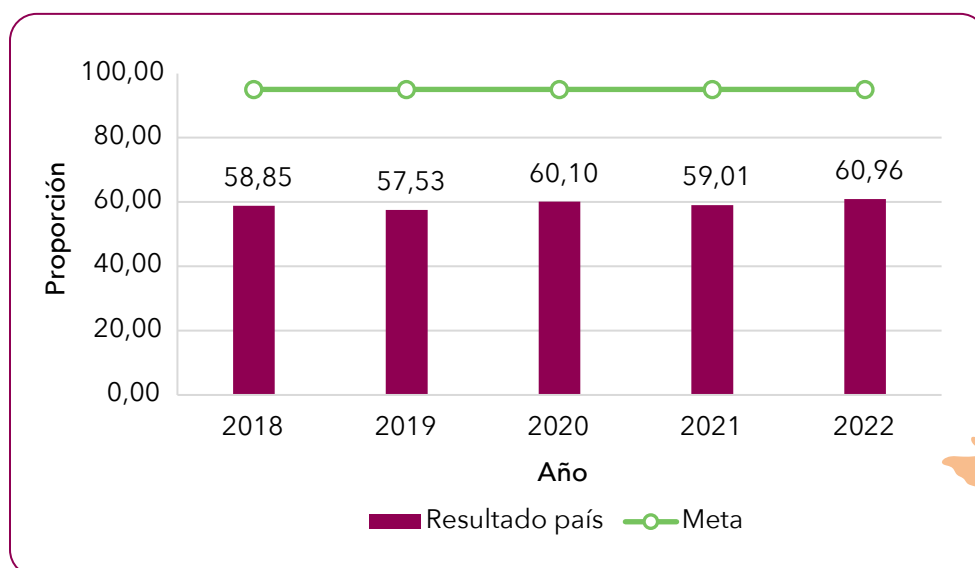


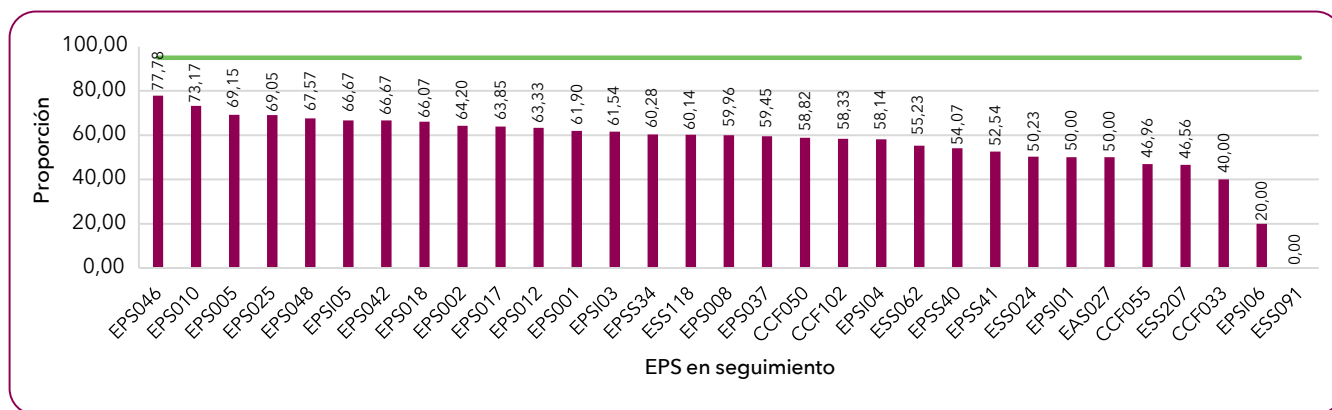
Figura 11. Proporción de PVV con detección temprana en incidentes, Colombia 2018 - 2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.



Figura 12. Proporción de PVV con detección temprana en incidentes, por EPS²

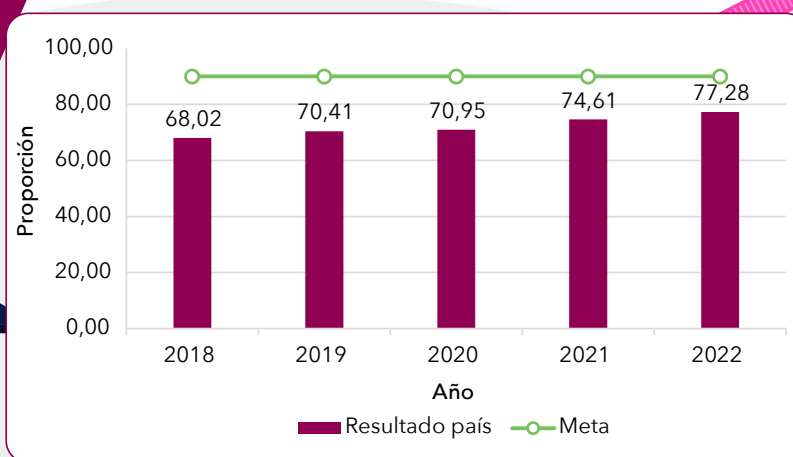


Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

Proporción de PVV con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable

Respecto a este indicador se resalta el incremento en 2,67 puntos porcentuales respecto al año anterior; adicional, en este periodo se alcanzó el resultado más alto a nivel país de acuerdo con el histórico.

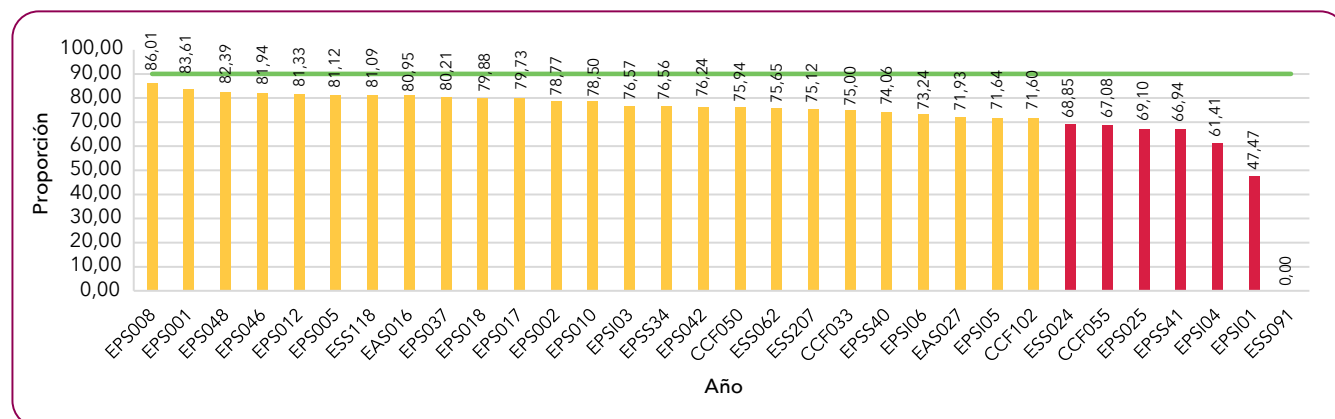
Figura 13. Proporción de PVV con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

Aun así, al detallar el resultado de las aseguradoras monitoreadas por la Cuenta de Alto Costo, llama la atención que ninguna de ellas alcanzó el rango de cumplimiento alto frente al logro de la indetectabilidad.

Figura 14. Proporción de PVV con tratamiento antirretroviral con carga viral indetectable, según la entidad aseguradora³

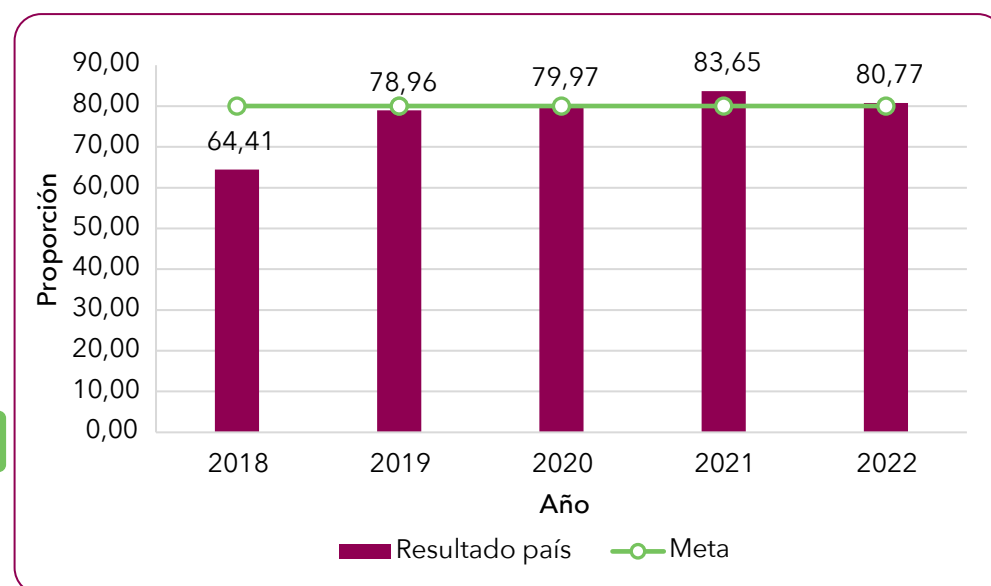


Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral

De acuerdo con la guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/sida del 2014, se espera que las personas después de recibir el tratamiento antirretroviral (TAR) logren obtener la supresión viral (5), evidenciando así un adecuado manejo terapéutico.

Figura 15. Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral, Colombia 2018 - 2021



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

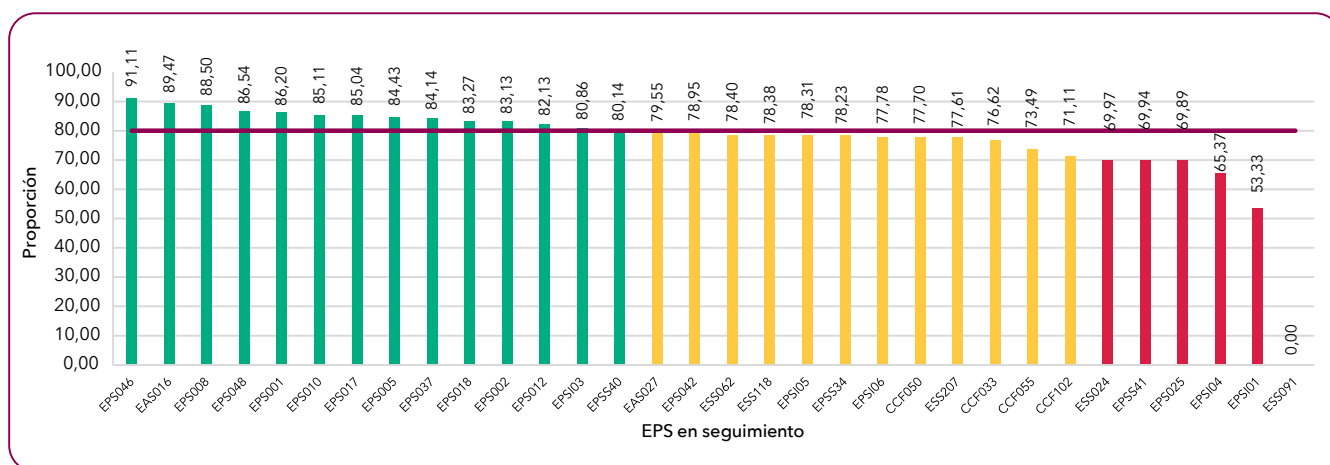


³ Sólo se incluyeron resultados de EPS en seguimiento por parte de la gestión del riesgo.

Según el preliminar 2022, hubo una reducción de 2,88 puntos porcentuales, por lo cual es imperativo revisar los factores conducentes a estos resultados, considerando como puntos a evaluar: las comorbilidades, los efectos adversos, las interacciones medicamentosas, la adherencia al tratamiento y la percepción del paciente frente a la enfermedad (5).

De las aseguradoras en seguimiento, un 43,75% logró que más del 80% de las personas viviendo con VIH que se encontraban en tratamiento antirretroviral por más de 48 semanas llegarán a una carga viral indetectable.

Figura 16. Proporción de PVV con carga viral indetectable a las 48 semanas o más de terapia antirretroviral, según la entidad aseguradora⁴



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

¿Qué dice la actualización de la GPC?

Debe priorizarse la valoración por infectología en todo fracaso o falla terapéutica, siendo este definido como:

- Dos cargas virales >200 copias.
- Que no bajen el logaritmo a las 4 - 6 semanas de control.
- Que al año con TAR no esté indetectable (6).

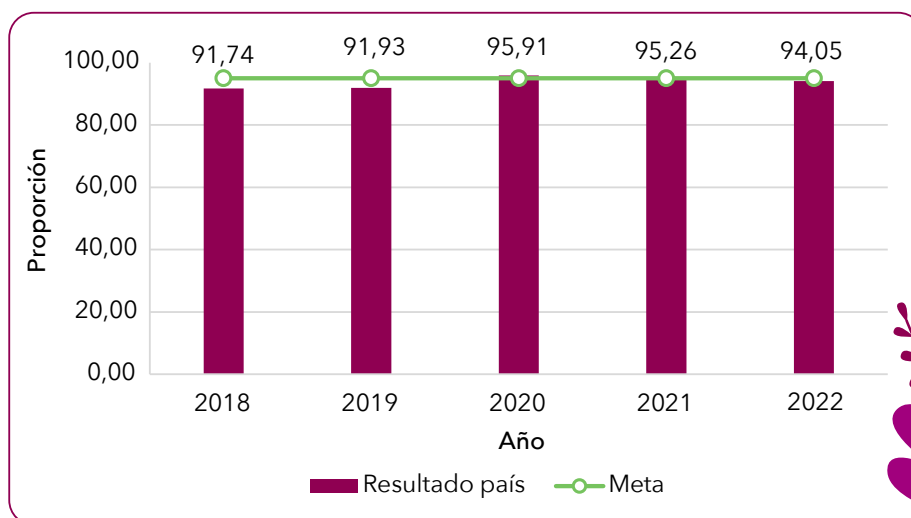
Frente a la adherencia a la TAR, reitera que éste es un factor determinante para el cumplimiento de la meta final de lograr la supresión viral; por tanto, insta a la cooperación activa por parte de la persona; promoviendo la capacitación y el acompañamiento individualizados y enmarcados en el contexto para el cumplimiento de los objetivos propuestos (6).



Proporción de gestantes tamizadas

Para la medición de este indicador, se calcula que por lo menos se haya realizado una tamización para VIH durante la gestación. De acuerdo con el histórico, a nivel país se registró un descenso de 1,21 puntos porcentuales, y a nivel del aseguramiento; un 9,38% de las entidades están en rango de cumplimiento bajo.

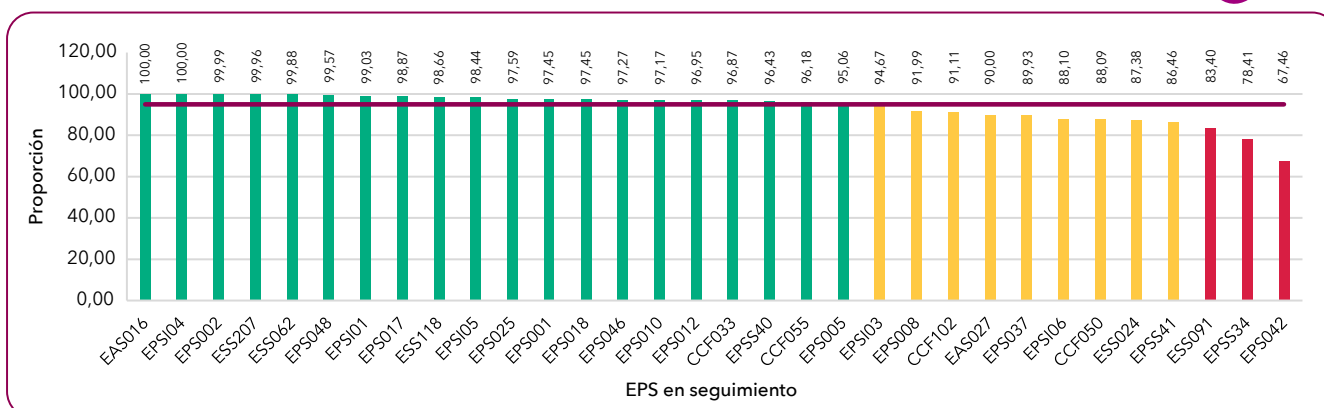
Figura 17. Proporción de gestantes tamizadas, Colombia, 2018 - 2022



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

Desde el punto de vista del mecanismo de distribución de recursos, en este indicador incide la generación de inconsistencias durante el proceso de la auditoría. Para el año 2022 se observó a nivel global un 10% de inconsistencias; por otro lado, de las 33 EPS un 54,55% superaron el 5% de éstas en la auditoría realizada a la muestra estimada. Por lo tanto, se invita a las EAPB a fortalecer los procesos de calidad.

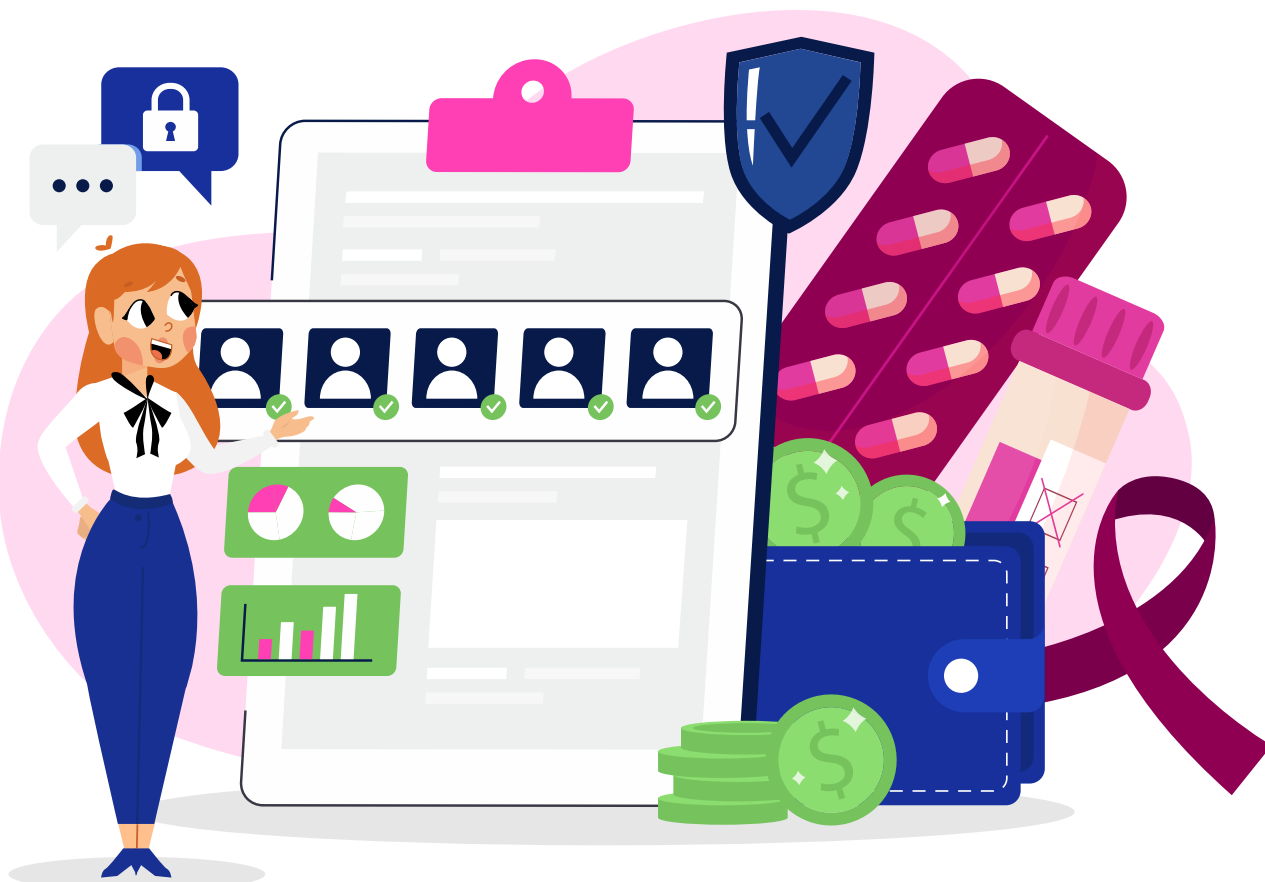
Figura 18. Proporción de gestantes tamizadas según la entidad aseguradora⁵



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). HIGIA 2018 - 2021 y base de datos indicadores preliminares 2022.

⁵ Sólo se incluyeron resultados de EPS en seguimiento por parte de la gestión del riesgo.

¿Cuáles son los modos de pago para el seguimiento de la población viviendo con VIH en Colombia?



De acuerdo con la información reportada por las EAPB en seguimiento durante el mes de octubre, no se han evidenciado ajustes contractuales de las modalidades de pago, por lo cual la distribución de estas continúa teniendo el mismo comportamiento del mes de marzo del año en curso, siendo la modalidad de pago de evento y paquete de atención integral las más representativas. Es importante recordar que, la modalidad de evento se caracteriza por:

Aspectos positivos

- El pagador genera incentivo al prestador para aumentar su volumen de producción.
- Beneficios en ingresos incrementales para el prestador dependiente de la actividad.
- Facilidad administrativa y transparencia.

Aspectos negativos

- Sobre - atención por inducción a la demanda para aumentar ingresos por facturación.
- Estimula mayor consumo sin que necesariamente se generen mejores resultados en salud.
- Puede verse comprometida la calidad de la atención dado que está enfocada a la productividad.
- Asociado a la baja continuidad en la atención.
- No contar con una transferencia de riesgo.

Figura 19. Modalidades de pago en la cohorte de VIH



Fuente: consolidación de la información sobre los modelos de contratación por cohorte suministrada por las EAPB.

¿Qué estrategias se han implementado para la mejora de los indicadores?

Estados Unidos:

aumentan los casos de diagnóstico tardío del VIH en las personas mayores de 50 años en prácticamente todas las regiones del mundo, por lo tanto, se han adoptado medidas como: realizar oferta de la prueba ante presencia de las enfermedades indicadoras, el autotest de VIH o hablar de salud sexual y del uso de sustancias psicoactivas en la consulta médica. La mayoría de las estrategias están siendo dirigidas predominantemente a las personas adultas jóvenes y no se han considerado a los mayores como en situación de riesgo, a pesar de que en América Latina y el Caribe el 11% fueron diagnosticadas cuando tenían más de 50 años (7).

Panamá:

concienciación sobre el VIH entre los jóvenes de los pueblos indígenas, a través de las organizaciones de reuniones en diferentes escenarios para mejorar el acceso a la información y a las herramientas de prevención del VIH. Adicional, coordinan un equipo de fútbol de mujeres indígenas, para impartir información sobre la prevención del VIH a los jugadores (8).

Zimbabwe:

los kioscos sanitarios están logrando ampliar los servicios relacionados con el VIH en Zimbabwe, los servicios de salud proporcionados por voluntarios de la iglesia capacitados por el Ministerio de Salud ayudan a mejorar el acceso a información muy necesaria sobre la prevención del VIH (9).

Bolivia:

el Bono Juana Azurduy, es un incentivo económico implementado desde 2009 para las mujeres gestantes, cuyos requisitos para aplicar incluyen: asistencia a controles prenatales, parto institucional y control postparto (10).

Reino Unido:

realizar la prueba del VIH, VHB y VHC de manera rutinaria en servicios de urgencias como mecanismo para la identificación de casos nuevos. En un 3% de estos pacientes se detectó la presencia de alguno de los tres virus sanguíneos y un 45% de estas infecciones fueron nuevos diagnósticos (11).

¿Qué estamos haciendo en Colombia?



Una de las EAPB del régimen subsidiado, en el programa de gestión del riesgo de enfermedades infecciosas VIH-sida, tiene los siguientes focos de acción para la mejora de los resultados en los indicadores de la gestión del riesgo:

Figura 20. Experiencias exitosas de las EPS del régimen subsidiado

- Oferta de tamización sin barreras que permita el ingreso oportuno a la ruta de atención.

- Seguimiento a indicadores de resultado para IPS primaria y complementaria. En el primer nivel, realizan medición de cumplimiento de metas de tamización y captación oportuna; y en el especializado, logro de la supresión de la carga viral, con inclusión de incentivos y descuentos acorde al desempeño.

- Promueven con la red de prestación que los profesionales de la salud identifiquen en la anamnesis conductas de riesgo para hacer oferta de pruebas durante la consulta.

- Retroalimentación periódica y solicitud de plan de mejora a la red de prestación, de acuerdo con los resultados de los indicadores de la gestión del riesgo estimados por la Cuenta de Alto Costo (CAC), y los indicadores del mecanismo de distribución de recursos.

- Implementación del manual de gestión del programa orientado a la articulación intra e interinstitucional frente a la gestión del riesgo, la captación, la detección temprana, y la adherencia al tratamiento.

- Búsqueda activa a través del cruce de bases de datos para la identificación de los casos nuevos.

- Fortalecimiento del proceso de auditoría interna para mejorar la calidad del dato y del reporte; así como confirmación del algoritmo diagnóstico desde la EAPB antes de la inclusión de la persona en la ruta de atención complementaria.

- Realizan análisis de hospitalizaciones evitables y costos generados a raíz del uso de aquellos servicios que pudieron ser prevenibles con una adecuada gestión.



¿Qué piensa *usted* sobre...?

Durante la reunión, se consultó a los representantes de las EAPB asistentes a la reunión los siguientes interrogantes:

¿Si usted tuviera el alcance en la toma de decisiones en políticas públicas en su territorio, qué estrategias o incentivos - no monetarios - implementaría para la adherencia de las gestantes a los controles prenatales?

- Entregar ecografía 3D o fotos familiares.
- Asignar puntos acumulables para redimir en artículos para el autocuidado de la gestante y el hijo.
- Brindar kit para el parto por cada control prenatal asistido.
- Realizar atenciones extramurales de manera mensual en población dispersa.
- Durante los cursos para la preparación de la maternidad y paternidad, entregar insumos para la atención postparto (ejemplo: pañales, bañeras y coches).

¿Qué estrategia implementaría usted en las zonas con barreras de acceso para hacer seguimiento eficaz a las PVV?

- Realizar tratamiento directamente observado.
- Hacer uso de la teleconsulta y la telemedicina para dispensación de medicamentos por lo menos durante 3 meses.



¿Cuáles son los puntos de control y las recomendaciones a tener en cuenta para el año 2023?

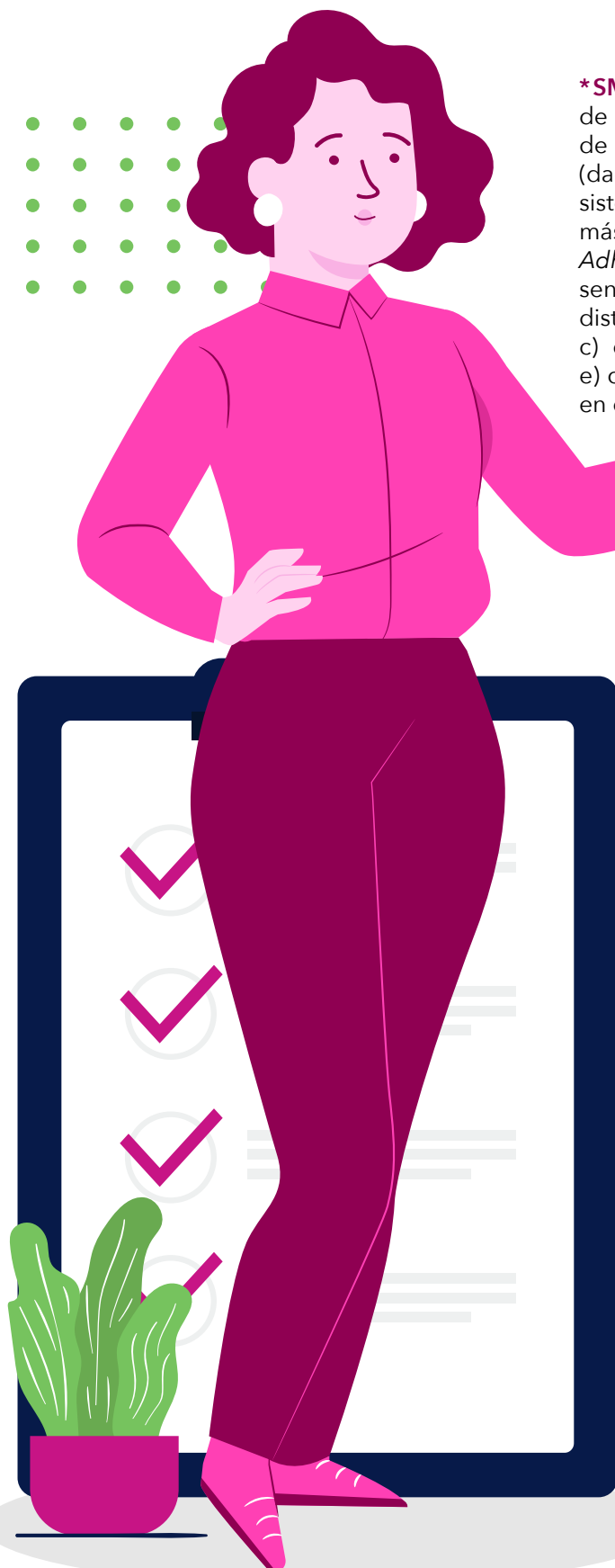


Recomendaciones



- Realizar alianza y articulación con el primer nivel de atención y el área de salud pública del ente territorial.
- Realizar validación de fuentes como SIVIGILA y SIHEVI.
- Fortalecer la captación temprana en salas de espera, y hacer uso de redes sociales para impartir información.
- Garantizar disponibilidad de pruebas rápidas en los consultorios como puerta de entrada oportuna a la ruta de atención integral.
- Fortalecer el componente educativo e incentivar a los pacientes al conocimiento de su enfermedad y la adherencia al programa.
- Garantizar la atención segura de la gestante y el recién nacido.
- Validar a través del cuestionario simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) * (cada 6 meses).
- Promulgar la disponibilidad del autotest**.
- Fortalecer la interacción con las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC)***.

⁶ Permite en campo o terreno evaluar sistemáticamente la integralidad y la calidad de la atención médica del usuario o paciente hospitalizado en tiempo real, además, evalúa la oportunidad y la pertinencia.



*** SMAQ:** la reciente actualización de las recomendaciones de GESIDA (Grupo de Estudio de Sida) para la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral aconseja (dado que ésta es un fenómeno dinámico, su seguimiento sistemático), para lo que propone el uso de, siendo el más utilizado en nuestro medio el *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (cuestionario SMAQ). Este sencillo cuestionario consta de 6 preguntas que investiga distintas facetas del fenómeno: a) olvidos; b) horarios; c) efectos adversos; d) omisión del fin de semana; e) cuantificación en la última semana, y f) cuantificación en el último trimestre (12).

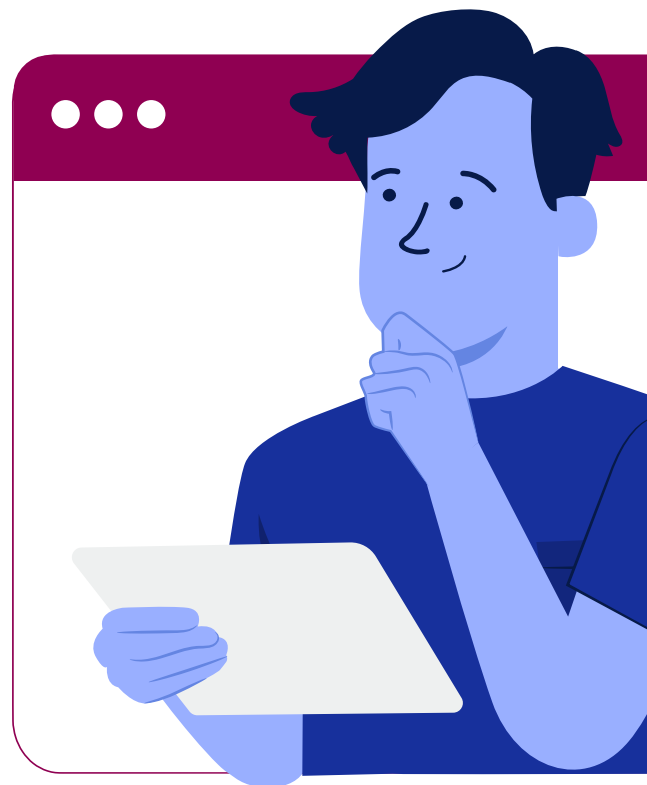
**** Autotest:** la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial - ENTerritorio, está llevando a cabo un proyecto piloto para distribuir en Bogotá, Cali, Medellín, Barranquilla, Cartagena, y Pereira, 14.000 pruebas autotest de VIH, a las cuales se podrá acceder mediante la aplicación "Te cuidamos". El proyecto, es financiado por El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, y cuenta con el apoyo del Ministerio de Salud y Protección Social. Aunque las pruebas caseras no estarán disponibles para la venta libre, se espera que el Ministerio de Salud próximamente defina cómo será la distribución en el sistema de salud y en las farmacias.

El especialista Carlos González, coordinador técnico del proyecto de respuesta de VIH en Colombia, recomienda que el autotest de VIH se realice pasados 30 días de que la persona considere estar en riesgo de infectarse, dado que existe una ventana inmunológica en la cual es posible que no se pueda detectar la presencia del virus y la prueba resulte negativa. En el caso de un resultado positivo de autotest de VIH y, tras la confirmación del diagnóstico por un servicio de salud, la persona debe recibir atención y acceder al tratamiento (13).

*****Organización de Base Comunitaria (OBC):** las organizaciones comunitarias son partes interesadas importantes del sistema de salud, ya que brindan numerosos programas y servicios, a menudo muy valiosos, a los miembros de su comunidad (típicamente urbana). Brindan servicios y apoyo a los sectores más marginados, desfavorecidos y estigmatizados de la sociedad. Por ejemplo, las organizaciones comunitarias en el sector del VIH/sida (incluidos trabajadores sexuales, usuarios de drogas, hombres homosexuales y personas sin hogar) (14).

EXPERIENCIA

exitosa



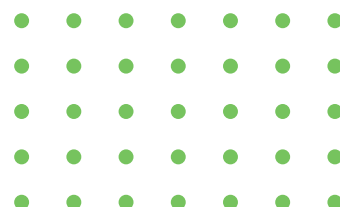
La ruta de atención del VIH en Sanitas EPS, comprende la población diagnosticada con esta enfermedad, pacientes con tuberculosis, personas conviviendo con VIH, gestantes sin VIH y menores expuestos al VIH.

En el proceso de atención de esta población, se dispone esta ruta que abarca varias estrategias y actividades:

1. Captación de incidentes a partir de fuentes de datos.
2. **Ingreso:** el paciente al ser diagnosticado se informa a la regional, se dispone de la IPS para el ingreso al programa de acuerdo con la GPC y se realiza seguimiento.
3. **Algoritmo diagnóstico:** se hace revisión del proceso diagnóstico del paciente y se evalúan los soportes que estén disponibles para confirmar inclusión o exclusión al programa, así mismo dar seguimiento al algoritmo de acuerdo con la GPC.
4. **Validación EPS:** seguimiento a los datos a partir de procesos automatizados de validación.
5. **Validación IPS:** capacitación al prestador sobre los instructivos y el reporte de la información, retroalimentación de hallazgos y gestión de los pacientes.
6. **Calidad del dato:** intervención de auditoría en el registro de la historia clínica, la extracción del dato y de las variables.
7. **Indicadores de la gestión del riesgo:** medición de la atención, a partir de los datos generados.
8. **Plan de mejora:** de acuerdo con los hallazgos encontrados y los resultados de los indicadores, se genera un plan para cada prestador.
9. **Seguimiento:** se revisan las acciones que se implementaron en el plan de mejora y se hace una nueva evaluación de los indicadores.
10. Reporte exitoso.

Bibliografía

1. J. Stoffman, NG Andersson, B. Branchford, K. Batt, R. D'Oiron, C. Escuriola Ettingshausen, D. P. Hart, V. Jiménez Yuste, K. Kavakli, ME Mancuso, K. Nogami, C. Ramírez & R Wu (2019) Temas y desafíos comunes en el cuidado de la hemofilia: una perspectiva multinacional, Hematología, 24:1, 39-48, DOI: 10.1080/10245332.2018.1505225. [En línea]. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/action/showCitFormats?doi=10.1080%2F10245332.2018.1505225>
2. ONUSIDA. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia SIDA para el 2023. [En línea]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_e
3. The HIV test-and-treat cascade - AIDS 2020. Unaids.org. [En línea]. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: <https://aids2020.unaids.org/chapter/chapter-2-2020-commitments/the-hiv-test-and-treat-cascade/>
4. Día mundial de respuesta al VIH 2022. Cuenta de Alto Costo. 2022. [En línea]. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/dia-mundial-de-respuesta-al-vih/>
5. Día mundial del sida 2015. Cuenta de Alto Costo. [En línea]. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: <https://cuentadealtocosto.org/site/investigaciones/dia-mundial-del-sida/?1674223331860>
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. 2021. [En línea]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>
7. Vázquez M. Aumentan los casos de diagnóstico tardío del VIH en personas mayores de 50 años en prácticamente todas las regiones del mundo. 2022. [En línea]. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/05-04-22
8. Concienciación sobre el VIH entre los jóvenes de los pueblos indígenas de Panamá [En línea]. Unaids.org. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2015/december/20151210_Panama
9. Los kioscos sanitarios están logrando ampliar los servicios relacionados con el VIH en Zimbabwe. Unaids.org. [En línea]. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2019/december/health-kiosks-expanding-hiv-services-in-zimbabwe>
10. ¿Qué es el Bono Juana Azurduy? [En línea]. Gob.bo. Disponible el 9 de diciembre de 2022 en: <https://www.bja.gob.bo/index.php/el-bono/que-es-el-bono>
11. Hernández J. Estrategias para mejorar el diagnóstico precoz en los servicios de urgencia hospitalarios. Grupo de trabajo sobre el tratamiento del VIH (gTt-VIH). [En línea]. 2016. Disponible en: http://gtt-vih.org/actualizate/la_noticia_del_dia/30-03-16
12. Ortega - Valín, L., Rodríguez - Lage, C., Ortiz de Urbina, J., & Martín - Sánchez, V. (2010). Hacia una actualización del cuestionario SMAQ. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica, 28 (6), 393-394. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.eimc.2009.09.005>
13. Sectorial. (2022, 4 de agosto). 14.000 Pruebas Auto Test de VIH Estarán Disponibles en Colombia. Sectorial.co; Sectorial. [En línea]. Disponible en: <https://www.sectorial.co/informativa-farmaceutico-itemlist/item/560723-por-primera-vez-a-colombia-los-autotest-de-detecci%C3%B3n-de-vih>
14. Wilson, MG, Lavis, JN y Guta, A. (2012). Organizaciones de base comunitaria en el sector de la salud: una revisión de alcance. Políticas y Sistemas de Investigación en Salud, 10 (1), 36. [En línea]. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/1478-4505-10-36>



© Todos los derechos reservados

Revisión de estilo

Alejandro Niño Bogoya
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

Angie Tatiana Silva Salamanca
Unidad de Comunicación y Difusión





**MINISTERIO DE SALUD Y
PROTECCIÓN SOCIAL**



**MINISTERIO DE HACIENDA Y
CRÉDITO PÚBLICO**

¡Síguenos en nuestras redes sociales!

