

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA UN SISTEMA DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA A PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

**MARIA MERCEDES PALACIOS VILLOTA**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR  
INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA  
ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL  
BARRANQUILLA**

2002

i

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA UN SISTEMA DE ATENCIÓN  
DOMICILIARIA A PACIENTES CON VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE  
BARRANQUILLA**

**MARIA MERCEDES PALACIOS VILLOTA**

**Trabajo de investigación presentado como Requisito para optar  
al Título de Especialista de Gerencia de Salud y Seguridad Social**

**Director**

**CESAR ESMERAL BARROS**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR**

**INSTITUTO DE POSGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA**

**ESPECIALIZACIÓN EN GERENCIA EN SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**

**BARRANQUILLA**

**2002**

## **AGRADECIMIENTOS**

La autora expresa sus agradecimientos:

A Cesar Esmeral MD. Director y Profesor del postgrado de Gerencia en Salud y Seguridad Social.

A Álvaro Villanueva MD Infectologo adscrito al Seguro Social y prestante en la ciudad de Barranquilla.

A Teresa Soto González, Enfermera Profesional, docente de Postgrado y Diplomado de Gerencia en Salud.

Al Grupo de Apoyo de la Liga de Lucha contra en SIDA de la ciudad de Barranquilla.

A todos aquellos profesores que de una u otra manera colaboraron en la realización del presente Proyecto.

## LISTA DE TABLAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>Tabla 1.</b> Relación tipo de Atención recibida por los Pacientes VIH positivos en la Clínica Los Andes del ISS. Seccional Atlántico y en el Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.  | 71          |
| <b>Tabla 2.</b> Causas del Primer ingreso de pacientes con VIH positivo hospitalizados en la Clínica de los Andes ISS Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.                | 71          |
| <b>Tabla 3.</b> Duración de la estancia de Primer Ingreso pacientes VIH Positivos hospitalizados Clínica de los Andes. Seccional Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.     | 72          |
| <b>Tabla 4.</b> Duración de la Estancia Segundo Ingreso de los pacientes VIH positivo hospitalizados en la Clínica de los Andes ISS, Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla, 2000. | 72          |

## LISTA DE GRAFICAS

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| <b>Gráfica 1.</b> Distribución porcentual gastos generados Atención Integral Ambulatoria pacientes VIH Positivos HUB.                    | 73          |
| <b>Gráfica 2.</b> Duración Estancia Primer Ingreso de Pacientes VIH Positivos en la Clínica Los Andes del ISS Seccional Atlántico, 2000. | 74          |

## **CONTENIDO**

|  | <b>Pág.</b> |
|--|-------------|
| INTRODUCCIÓN                                 | 6           |
| 1. MARCO TEORICO                             | 43          |
| 2. METODOLOGÍA                               | 58          |
| 3.RESULTADOS                                 | 65          |
| CONCLUSIONES, RECOMEDACIONES E IMPLICACIONES | 75          |
| BIBLIOGRAFÍA                                 | 78          |
| ANEXOS                                       | 79          |

## **1. RESUMEN**

En Colombia no se conoce la existencia de modelos de atención domiciliaria a pacientes con VIH/SIDA, pese a la alta incidencia de pacientes infectados que frecuentemente se ven afectados por enfermedades oportunistas dada su condición de inmunodeficiencia.

El cuidado en casa constituye una opción para este tipo de pacientes desde el punto de vista de la disminución de riesgos de complicaciones, mejoramiento de las relaciones familiares en torno al individuo y, en últimas, conduciendo a una mejor calidad de vida.

Con la realización de un estudio de factibilidad se podrá conocer las ventajas de crear un modelo de atención integral domiciliaria que permita a este grupo de personas contar con una alternativa de atención que reduzca el número de hospitalizaciones y de costos económicos.

## 2. INTRODUCCIÓN

**Problema.** Desconocimiento de la existencia de modelos de atención domiciliaria para pacientes de VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla.

**Naturaleza del Problema.** La epidemia del SIDA plantea hoy un gran reto para los países del mundo, especialmente para aquellos en vía de desarrollo, ya que constituye no sólo un problema de salud pública, sino también un obstáculo importante para el progreso de las naciones.<sup>1</sup>

Esta epidemia hace especial relación a los afectados en los países como son hombres y mujeres entre 20 y 40 años (El sector más productivo de la sociedad), esto evidencia con las cifras a nivel mundial (cerca de 9.000.000 de adultos están infectados, o sea 1 de cada 250).<sup>2</sup> A comienzos de 1.998 el total de niños infectados en el

---

<sup>1</sup> SUDAMERICA. Información sobre el SIDA en América, Julio 1993. Pág. 3.

<sup>2</sup> MINISTERIO DE SALUD, SIDA Perinatal y Pediátrico Aspectos Básicos y Manejo Clínico. 1997

periodo perinatal o tempranamente en el período neonatal fue de más de un millón. De todos estos casos cerca del 80% se encontraron en los países en vía de desarrollo. Según la O.M.S. A mediados de la presente década la mortalidad infantil causada por SIDA superará a la causada por la malaria y el sarampión en los países africanos al sur del Sahara. Se prevé que durante los años 90 serán infectados de 10 a 20 millones de adultos, la mayoría en los países en desarrollo. Durante ese mismo período habrán nacido de 5 a 10 millones de niños infectados, en su mayoría en el Africa.<sup>3</sup>

El VIH/SIDA no es solo un problema de homosexuales; con el abuso de drogas inyectadas es más común entre hombres. Las mujeres contraen la infección como resultado de relaciones heterosexuales. En los niños por cada 150 nacimientos hay un infectado con el virus.

Los enfermos de SIDA enfrentan en nuestra sociedad junto con sus familias muchas situaciones relacionadas con rechazo, falta de apoyo, desinformación, soledad, desamparo, entre otras. Las acciones de salud dirigidas a este grupo de personas deberán estar

---

<sup>3</sup> OMS – OPS. Foro Mundial de la Salud, Vol. 12, 1991. Pág. 258 1996.

recursos económicos o una mejor atención y haciendo campañas contra la discriminación.

En Barranquilla no se cuenta con modelos de atención integral individualizada establecidos, que ofrezcan la posibilidad a los pacientes de ser atendidos en sus hogares como una alternativa de bienestar integral para ellos y sus familias.

Este tipo de modelos integrales de atención domiciliaria contribuyen a reducir la aparición de enfermedades oportunistas y por consiguiente a disminuir los índices de hospitalización para estos pacientes, manejo de problema concretos, nutrición.

**Objetivo General.** Establecer la viabilidad de implantar un modelo de atención domiciliaria para pacientes con VIH/SIDA, de carácter privado, basado en el conocimiento de las necesidades sentidas por el paciente y su familia en la ciudad de Barranquilla.

**Objetivos Específicos.** Establecer los gastos de la atención integral del paciente VIH/SIDA en el ámbito hospitalario y ambulatorio.

- Establecer las necesidades sentidas de la demanda actual y potencial de las personas con VIH/SIDA en Barranquilla.
  
- Diseñar posibles escenarios de atención a las necesidades de la demanda, estableciendo los costos de cada uno.
  
- Determinar posibles beneficios de tipo social y económico a alcanzar con el modelo para los pacientes y sus familias.

**Justificación.** Siendo el SIDA un problema que no solo afecta a la salud de un país sino que igualmente afecta su desarrollo social y económico, debe constituir una prioridad para los programas preventivos y de atención a la población afectada y vulnerable al riesgo de contraer la enfermedad.

Los enfermos de SIDA en todo el mundo son objetos de discriminación, y le son negados sus derechos como el acceso a vivienda, educación, no han guardado de debida confidencialidad sobre detalles de su condición.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> ACCIÓN EN SIDA. Un Compromiso de Toda la Familia. N° 07 de Marzo de 1.999.

Uno de los mayores retos contra la epidemia, es poner un alto a éstos abusos. El respeto, la promoción y la protección de los derechos humanos son inseparables de los esfuerzos para prevenir la infección por VIH, y brindar el cuidado necesario a las personas infectadas.

En algunos países europeos y en los Estados Unidos se observa la discriminación que los profesionales de la salud hacen respecto de los pacientes infectados de SIDA, se les niega el cuidado médico y de enfermería siendo necesario la contratación de personal profesional extranjero.<sup>7</sup>

En países del Africa como Ghana y Uganda, entre otros, que son afectados en mayor proporción por la epidemia, han sido probadas estrategias de atención dirigidas al apoyo material, médico y de enfermería conducentes a ayudar al paciente y a su familia a cuidar del enfermo de SIDA, contribuyendo a que éste asuma su situación y lleve una vida acorde con su entorno social y cultural.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Acción en SIDA. Número 17 de 1992. Pág. 2

<sup>8</sup> *Ibíd.*

Para las personas con SIDA quedarse en casa significa continuar viviendo una vida tan normal como sea posible, sin estar separados de sus familias.

Muchos de los enfermos de SIDA mueren solos, abandonados, sin asistencia y otros carecen de hogar y de familia ya sea por rechazo o abandono de los mismos...

Es importante el trabajo que adelantan algunas enfermeras, a favor de la protección de los derechos de los enfermos de SIDA. Este modelo de atención basado en auto cuidados contribuye a asegurar que las personas reciban cuidados básicos en casa con la participación activa de sus familiares.<sup>9</sup>

En Colombia el VIH hizo su aparición a finales de los años 70, y el acumulado de personas infectadas en el país para el 2000 fue de 106.611; los casos de SIDA para este mismo año fueron de 16.165 y las muertes por esta causa será 28.022.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> *Ibíd.* Pág. 4

<sup>10</sup> MINISTERIO DE SALUD. Boletín Epidemiológico Nacional. Bogotá, Colombia, Enero – Marzo de 2001. Pág. 6.

El ministerio de Salud estableció en 1984 el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA y desde entonces se comprometió a controlar la expansión del virus en todos el país. A partir de este programa el SIDA pasó a ser una enfermedad de notificación obligatoria y en todos los bancos de sangre de la nación se estableció la obligatoriedad de efectuar pruebas de detección de VIH en los donantes de Sangre (Decreto N°559, Artículo 23 de 1991, capítulo 3).

Al mismo tiempo el Instituto Nacional de Salud de Colombia inició estudios seroepidemiológicos destinados a proporcionar al Ministerio de salud información actual sobre la prevalencia de la infección por el VIH en el país.<sup>11</sup>

En el Departamento del Atlántico, según datos reportados al Centro de Enfermedades Transmisibles e Investigaciones (CETI), desde 1987 hasta marzo de 2001, se registran 959 casos.

---

<sup>11</sup> O.M.S./ O.P.S. Perfil de una Epidemia, SIDA en Colombia. Vol. 12. Pág. 258.

De los 956 casos registrados, 672 corresponden al sexo masculino y 284 corresponden al sexo femenino entre 20 y 30 años, seguido del grupo de hombres entre 31 y 40 años.

Para el grupo de mujeres el mayor porcentaje corresponde al grupo de 20 a 30 años seguido del grupo de 31 a 40.<sup>12</sup>

El papel del equipo de salud en el abordaje del problema del SIDA es de vital importancia en la sociedad, para apoyar las iniciativas a nivel local, nacional e internacional orientadas a proveer servicios que contribuyan a mejorar la calidad de vida de los pacientes con SIDA.

Destacamos el papel de la enfermera en la provisión de acciones de auto cuidado, asesoría y capacitación para los enfermos y sus familias, como contribución en la implementación de modelos de cuidados en el hogar que ofrece una alternativa dentro de los sistema

---

<sup>12</sup> CETI. Boletín Epidemiológico CERI, Barranquilla, 2001.

de atención y que refleja el interés de la sociedad en atender el problema.<sup>13</sup>

Es importante anotar que en Colombia existen programas de atención a pacientes con VIH/SIDA en el ámbito institucional, destacándose los llevados en los Departamentos de Antioquia, Valle, Cundinamarca, Bolívar y Atlántico (ISS, Hospital Universitario de Barranquilla).

Como es de todos conocido la situación financiera de nuestros hospitales se hace evidente en los limitados recursos materiales, tecnológicos y humanos, para brindar atención de calidad, que cubran las necesidades de estos pacientes, teniendo en cuenta que la satisfacción de sus necesidades demandan altos costos como en el caso de los medicamentos y las pruebas diagnósticas. Por otro lado el recurso humano que brinda la atención en estas instituciones tienen asignadas un sin número de tareas tanto administrativas como asistenciales, que constituyen barreras para ofrecer cuidado integral en la institución y mucho menos continuarlo en el hogar.

---

<sup>13</sup> VICENT T. DE VITA Y OTROS. Consideraciones Sicosociales en el SIDA. Side Salvat. Edit. Barcelona 1992. Pág. 287 y 288.

Los programas existentes para la atención a estos pacientes, se han desarrollados por iniciativa de los profesionales de salud con el deseo de ofrecer ayuda a estas personas en los aspectos psicológicos, familiar y social.

De igual manera llama la atención que ante esta problemática social en nuestro país no existen programas de atención ambulatoria a nivel gubernamental y no gubernamental, aún cuando existen grupos voluntarios de profesionales que ofrecen estos servicios.

Lo anterior plantea la necesidad de diseñar modelos de atención domiciliaria que se apoyen en los lineamientos de la Ley 100, que reúnan los requisitos de calidad de atención, infraestructura técnica, científica y humana, a fin de considerar como una opción de servicios que pueda entrar a competir en el mercado de los servicios de salud en el departamento del Atlántico.

**Contexto de la Investigación General.** Constituye la investigación y análisis pormenorizados, que con frecuencia forman parte de la etapa de instrucción, ejecutados con el fin de determinar la

viabilidad de un proyecto precios desde el punto de vista financiero, técnico o de otra clase.<sup>14</sup>.

Los estudios de factibilidad por razones metodológicas y prácticas se suelen dividir en dos grandes partes. Por un lado, lo que corresponde a la “formulación” (organización y análisis de la información disponibles), y por otro lado la “evaluación” que es la aplicación de ciertas técnicas y criterios para determinar su convivencia o no.

La mayoría de los estudios de factibilidad incluyen los dos componentes y son adelantados por inversionistas privados o empresas del estado, o indirectamente a través de empresas consultoras nacionales o internacionales, según la magnitud e importancia del proyecto.

Todo estudio de factibilidad debe conducir a:

---

<sup>14</sup> KLECZKOWSKI. Nilson. Proyectos de Instalaciones de salud. Washington. OMS, 1994.

- Identificación de variantes establecida a través de estudios de tamaño, localización y tecnología apropiada.
- Diseño del modelo administrativo adecuado a cada etapa del proyecto.
- Estimación del nivel de las inversiones necesarias y su cronología, costos de operación y cálculo de ingresos. 
- Identificación plena de fuentes de financiamiento y la regulación de compromisos de participación en el proyecto. 
- Definición de términos de contratación y pliegos de licitación de obras y adquisición de equipos. 
- Sometimientos del proyecto a las respectivas autoridades de planeación. 
- Aplicación de criterios de evaluación tanto financiera como socioeconómica que permita allegar argumentos para la decisión de realización del proyecto. 

Lo anterior permite afirmar que de un estudio de factibilidad se puede esperar: Abandonar el proyecto por no encontrarlo suficientemente viable o conveniente, o mejorarlo, elaborando un diseño definitivo.<sup>15</sup>

En cualquier estudio de factibilidad los objetos conducen a:

- Verificación de la existencia de un mercado potencial o de una necesidad no satisfecha.
- Demostración de la viabilidad técnica y la disponibilidad de los recursos humanos, materiales, administrativos y financieros.
- Corroboración de las ventajas desde el punto de vista financiero, económico o social de asignar recurso hacia la producción de un bien o la prestación de un servicio.<sup>16</sup>

Los proyectos promovidos por agentes privados deben ser fundamentos a través de un estudio exhausto sobre el sector o sub-sector en que se insertará (cemento, hierro, textil, agroindustria,

---

<sup>15</sup> MIRANDA M., José. Los Proyectos. La unidad Operativa del Desarrollo. Segunda Edición, Bogotá, ESAP. 1993.

<sup>16</sup> *Ibíd.* Pág 53.

servicios, entre otros). Un estudio de mercado orientado a determinar la demanda interna insatisfecha, teniendo en cuenta la estructura de costos, verificar sus posibilidades de competitividad.

Los anteriores estudios permitirán determinar la magnitud del proyecto, su mejor ubicación y por lo tanto una tecnología adecuada.

Un estudio financiero que buscará soportar la bondad del proyecto (evaluación financiera), en su condición de generador de utilidades, mediante los presupuestos de inversiones, costos e ingresos a través de los flujos de caja.

Establecer además en que medida un determinado proyecto contribuye al logro de objetivos <sup>de</sup> ~~que~~ desarrollo plasmados en los correspondientes planes y programas locales, sectoriales, regionales o nacionales.

Los estudios de factibilidad impulsados por empresas estatales contienen los mismos elementos que los proyectos promovidos por agentes privados, destacando algunas diferencias como son el

estudio de mercado orientado a la perspectiva de establecer la magnitud de una necesidad, con el fin de satisfacer a través del proyecto haciendo derivar los estudios técnicos pertinentes y la asignación de tarifas, que consulte la capacidad de pago de la comunidad afectada.

En consecuencia el cálculo de la rentabilidad financiera no tiene, como en el caso de los proyectos privados, el objeto de detectar la capacidad del proyecto para generar utilidades, sino que pretender principalmente, dotar a los gerente públicos de las herramientas básicas para garantizar el adecuado funcionamiento del proyecto.

La evaluación financiera no busca en estos casos descubrir niveles de utilidad como consecuencia del proyecto, sino se constituye en una herramienta idónea para el mejoramiento de la gestión de la empresa pública.

Por otro lado, el hecho de que los recursos sean escasos, implica por parte de las autoridades una mejor asignación de los mismos,



por lo tanto, la evaluación social otorga a los análisis, instrumentos de decisión objetivos, que permiten analizar opciones entre las diferentes alternativas de utilización de los recursos.

La etapa de evaluación consiste en determinar mediante la aplicación de técnicas cuantitativas y/o cualitativas, la convivencia o no de asignar unos recursos hacia un uso determinado.

Se trata de un proceso encaminado sistemática y objetivamente a determinar la pertinencia, la eficiencia, la eficacia y el impacto de un conjunto de actividades en búsqueda de ciertos objetivos.

En el ámbito de los proyectos de “Convivencia” significa racionalizar por lo tanto la evaluación que se realiza para garantizar una asignación óptima de los recursos disponibles, y para el logro de los objetivos propuestos, teniendo en cuenta el costo de los recursos y la magnitud del impacto que produce.

La tesis de la racionalidad se **l**asa en el hecho empírico, incontrastable, de que los recursos son limitados, por lo tanto se precisa elegir entre los usos alternos que compiten por ellos.

La evaluación de proyectos se presentan como un método adecuado para analizar las opciones en forma convenientes y objetiva. Se trata de valorar los costos y beneficios de un proyecto y se reduce a un patrón de medida común.

Se plantea entonces la comparación simple entre unos y otros, si los beneficios son mayores que los costos, el proyecto resulta conveniente, si la relación es contraria, la decisión también lo es.<sup>17</sup>

Los costos y beneficios deben valorarse y ponderarse en la medida en que contribuyan o no al logro de los objetivos sociales, es decir como deben utilizarse los recursos con el fin de satisfacer el mayor número de necesidades.

---

<sup>17</sup> *Ibíd.*. Pág. 35

El criterio de costo – beneficio permite determinar y comparar la rentabilidad de los proyectos, contratando el flujo de costos y benéficos utilizados que desprenden de su utilización.

Los costos corresponden al valor de los recursos utilizados, y los beneficios son el valor de los bienes o servicios producidos por el proyecto.

La evaluación se considera privada cuando el interés de una unidad económica concreta, también denominada evaluación financiera. En este caso los costos y beneficios se miden a través de precio de mercado, por otro lado cuando el interés es el efecto que produce el proyecto en el colectivo económico social se denomina evaluación social, y los costos y beneficios se estiman con los llamados precios sociales, precios de cuenta o precios sombra.

Los términos evaluación económica y evaluación social suelen ser sinónimo, sin embargo existe una tendencia justificada de

discriminar los efectos económicos y los efectos sociales que se desprenden de la ejecución y funcionamiento de un proyecto.

La evaluación social no es de exclusiva aplicación de proyectos patrocinados por el sector público. Muchos proyectos privados con significativo ~~efecto~~ <sup>€</sup> efecto sobre su entorno económico – social, deben ser sometidos a los criterios de evaluación social.

El criterio de costo – efectividad, compara los costos monetarios, con la posibilidad de alcanzar eficientemente ciertos objetivos que no puedan expresarse en términos monetarios.

Este criterio supone que la determinación de objetivos es un problema de política y se oriente exclusivamente a asegurar que éstos sean alcanzados con el empleo mínimo de recursos disponibles y así lograr el mayor número de unidades de resultados.

Con este fin se compara el grado de eficiencia relativa ya sea de proyectos diferentes, que persiguen similares objetivos, o de

diversas variantes de un mismo proyecto. Se espera que tales alternativas sean comparables entre si, haciendo referencia a la misma población objetivo y que los resultados sean equiparables en términos de calidad y cantidad.<sup>18</sup>

El presente proyecto posee las características de un estudio de factibilidad, ya que permitirá conocer las necesidades de un mercado potencial para el modelo de atención domiciliaria propuesto para pacientes VIH/SIDA en la ciudad de Barranquilla.

A través de un estudio se podrá demostrar su viabilidad técnica, y la disponibilidad de recurso humano, material administrativo y financiero, e igualmente comparar las ventajas que ofrecen los programas de atención tradicional existentes, y la atención domiciliaria, como opción de oferta de servicios teniendo en cuenta las necesidades sentidas de la demanda, la reducción de las infecciones, la disminución de la carga psicológica, contribuyendo así con el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos en su ambiente familiar.

---

<sup>18</sup> *Ibíd.*. Pág 36

## **Variables y términos de la investigación y sus definiciones.**

**Introducción.** A continuación se presentan dos opciones de modelos de atención en casa para pacientes VIH positivos en la ciudad de Barranquilla, las cuáles han sido diseñadas como respuestas a una necesidad sentida, identificada y expresada por la demanda y conocida a través de la información obtenida de las historias clínicas estudiadas y del análisis de las entrevistas de grupos focales.

**Propósito del Modelo.** Brindar atención integral oportuna de calidad a pacientes VIH positivos en el ámbito del hogar en la ciudad de Barranquilla, como contribución al mejoramiento de su calidad de vida, a la disminución de los eventos que ameriten hospitalización y por ende se reduzcan los costos para estas personas y sus familias.

### **Opción 1:**

**Modelo de cuidado en casa por personal de enfermería.** Este modelo ofrece a los usuarios potenciales un servicio a cargo de

enfermeras, orientado hacia el auto cuidado de la salud, enfatizando en participación activa de la familia.

**Servicios o Productos:**

**Asesorías que incluye:**

- Información al paciente y su familia sobre la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Adquirida VIH.
  
- Aplicación de la teoría de intervención en crisis.
  
- Motivación hacia la integración con otras personas VIH positivos en grupos de autoapoyo.
  
- Estimular a la familia para reemplazar los sentimientos de rechazo por actitudes positivas frente a la condición actual del individuo.

- Información sobre medidas de bioseguridad para la familia y pautas de manejo.
- Preparación de la familia para la asistencia del enfermo en fase terminal y para la fase del duelo.
- Informar al paciente y su familia acerca de las afecciones que aumenten hospitalización.
- Generar un ambiente de empatía donde predomina el respeto, la claridad, la honestidad y el diálogo entre el paciente y su familia.

**Auto cuidado:**

- Estimular al paciente y su familia a la realización de acciones favorables dirigidas hacia su bienestar biosicosocial.
- Brindar asistencia de enfermería de acuerdo a las necesidades básicas interferidas en el paciente.

- Abordaje de la sexualidad y la adopción de medidas de prevención para el paciente y su pareja.
- Brindar pautas para el manejo, conservación, preparación y consumo de alimentos.
- Estimulación para la adopción de hábitos de higiene, recreación, sueño, descanso y ejercicios saludables.
- Asistencia individualizada para el control de signos vitales y peso.
- Indicaciones para cuidados de la piel, masaje y cambios de posición.
- Estimular la continuidad de una actividad laboral productiva para el paciente de acuerdo a su condición actual.

- Indicaciones sobre cuidados para disminuir el riesgo a exposición con elementos contaminantes.
  
- Dar pautas al paciente y su familia para la administración de algunos medicamentos (Vía oral, tópica, oftálmica, rectal).

### **Procedimientos Especiales:**

Se consideran procedimientos especiales suministrados en casa, los siguientes:

- Toma de muestras
- Terapia respiratoria
- Oxígeno de secreciones
- Alimentación parenteral
- Alimentación por sonda NG
- Administración de medicamentos IM e IV
- Transfusión
- Cateterismo vesical
- Curaciones

- Control de líquidos administrados y eliminados
- Administración de líquidos parenterales.

### **Opción 2:**

**Modelo de cuidado en casa por un equipo de salud.** Este modelo ofrece a los posibles usuarios atención integral especializada a cargo de profesionales del equipo de salud (médico general, nutricionista, psicólogo y enfermera) contando con la participación de la familia.



### **Servicios o Productos:**

#### **Intervención Médica:**

- Valoración en casa.
- Elaboración de historia clínica.
- Indicación de exámenes y pruebas de laboratorios.

- Interpretación de resultado de exámenes y pruebas.
- Formula medicamentos.
- Controles de acuerdo al estado del paciente.
- Indicaciones al paciente y su familia acerca de las afecciones que necesitan hospitalización.

**Intervención de Enfermera:**

- Información al paciente y su familia sobre la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida VIH.
- Información sobre medidas de bioseguridad para la familia y pautas de manejo.
- Preparación de la familia para la asistencia del enfermo en fase terminal y para la fase del duelo.

- Estimular al paciente y su familia a la realización de acciones favorables dirigidas hacia su bienestar biosicosocial.
- Brindar asistencia de enfermería de acuerdo a las necesidades básicas interferidas.
- Abordaje de la sexualidad y la adopción de medidas de prevención para el paciente y su pareja.
- Estimulación para la adopción de hábitos de higiene, recreación, sueño, descanso y ejercicio saludable.
- Asistencia individualizada para el control de signos vitales y peso.
- Indicaciones para cuidados de la piel, masajes y cambios de posición.
- Estimular la continuidad de una actividad laboral productiva para el paciente de acuerdo a su condición actual.

- Indicaciones sobre cuidados para disminuir el riesgo a exposición con elementos contaminantes.
  
- Dar pautas al paciente y su familia para la administración de algunos medicamentos (oral, tópico).
  
- Realización de procedimientos especiales de acuerdo a la necesidad del paciente.
  
- Toma de muestra.
- Terapia respiratoria
- Oxígeno terapia
- Aspiración de secreciones.
- administración de medicamentos IM e IV
  
- Transfusiones.
  
- Cateterismo vesical

- Curaciones
  
- Control de líquidos administrados y eliminados.
  
- Administración de líquidos parenterales.

### **Intervención de Psicología:**

- Aplicación de la teoría de intervención en crisis.
  
- Motivación hacia la integración con otras personas VIH positivos en grupos de auto apoyos.
  
- Estimular a la familia para reemplazar los sentimientos de rechazo por actitudes positivas frente a la condición actual del individuo (conjuntamente con enfermería).
  
- Preparación de la familia para la asistencia del enfermo en fase terminal y para la fase de duelo (conjuntamente con enfermería).

- Generar un ambiente de empatía donde predomine el respeto, la claridad, la honestidad y el dialogo entre el paciente y su familia.
  
- Abordaje de la sexualidad y la adopción de medidas de prevención para el paciente y su pareja (conjunto con enfermería).
  
- Estimular la continuidad de una actividad laboral productiva para el paciente de acuerdo a su condición actual (conjunto con enfermería).
  
- Realización de terapias familiares e individuales.

### **Intervención del Nutricionista:**

- Valoración y clasificación del estado nutricional.

- Controles antropómetros (peso, talla).
  
- Prescripción de la dieta.
  
- Identificación de problemas nutricionales (perdida de apetito, molestias orofaríngeas, problemas mecánicos en la alimentación, diarreas).
  
- Brindar pautas para el manejo, conservación, preparación y consumo de alimentos.
  
- Procedimientos especiales (conjunto con enfermería)
  - Alimentación parenteral
  - Alimentación por SNG

**Usuarios o Clientes para las dos opciones:**

La constituyen el segmento del mercado representado por la demanda actual y potencial paciente VIH positivos en la ciudad de Barranquilla.

**Función de la Demanda:**

Además de la necesidad de un modelo de atención en casa para estos pacientes, existe interés por parte de ellos y de sus familias de recibir los servicios que ofrecen el proyecto al precio que están en capacidad de pagar.

**Tarifas:**

Los rangos de tarifas de cada una de las opciones han sido establecidas de acuerdo con los precios existentes en el mercado de cada uno de los servicios o productos que se ofrecen, y de acuerdo con la capacidad de pago que tiene la demanda actual de pacientes, y se establecen como tarifas anual.

**Subtítulos:**

Actualmente la oferta de servicios de salud para la atención de estos pacientes está centrada en el modelo institucional hospitalario y ambulatorio. No existe un modelo de atención en

casa, lo cual hace posible entrar con este proyecto a formar parte de la función de oferta en la ciudad de Barranquilla.

**Proveedores:**

Los proveedores de los servicios o productos en cada opción del modelo serán: Para la primera opción enfermeras y para la segunda opción el equipo conformado por médico general, enfermera, nutricionistas y psicólogo.

En ambas opciones la administración del proyecto estará a cargo de enfermeras, al igual que el aprovisionamiento de insumos y equipos y el suministro de los mismos para la prestación del servicio, aclarando que no se incluyen los medicamentos, estos deberá asumirlos el paciente y/o su familia.

**Limitaciones en la ejecución del estudio.** Algunas de las limitaciones sentidas en la ejecución del estudio fueron:

- Dificultad en la aplicación de la información por ser una enfermedad que aísla solamente al individuo, siente

restricciones al dar respuestas a preguntas de su vida privada y de su enfermedad.

- Barreras de información con la familia del pacientes quienes también se sienten alarmados ante esa situación de un paciente VIH positivo, se presenta dificultad para la aceptación y los datos que puedan suministrar.



### 3. MARCO TEORICO

**Antecedentes.** El cuidado de los enfermos de SIDA debe adaptarse a la luz de las circunstancias, las creencias y los valores locales.<sup>19</sup>

El síndrome de Inmunodeficiencia adquirida SIDA no solo se ha caracterizado por la infección por el VIH y el SIDA propiamente dicho, sino también ha generado a nivel mundial reacciones y respuestas sociales, culturales, económicas y políticas, como consecuencia de esta epidemia.

La enfermedad conocida como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida SIDA que se manifestó por primera vez en EEUU. Hacia 1988 se había notificado oficialmente casos en África, las Américas, Asia, Europa y Oceanía, observándose un aumento

---

<sup>19</sup> OMS/OPS. SIDA 3 Directrices para la Asistencia de Enfermería a las personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). 1990.

constante del número de casos, en razón a que las personas infectadas por VIH sufrirían el SIDA en los siguientes cinco años.

Lo anterior trajo como consecuencia la pandemia existente de infecciones por VIH que se inició en los años 70, y aún persiste.

La intensa reacción mundial suscitada por el SIDA y el VIH, acaba de empezar, el miedo y la ignorancia han tenido grandes consecuencias en los planos personales, familiares y sociales. Las personas afectadas se ven a menudo excluidos de la familia y de la comunidad en el momento en el que más necesitan apoyo y cuidados.

A diferencia de la mayor parte de los problemas sanitarios que afectan a los jóvenes o a los viejos, el SIDA ataca principalmente a las persona del grupo de edad de 20 - 29 años. Al privar a la comunidad de su miembros más productivos, el SIDA pone en grave peligro el desarrollo social y económico.



Si el número de casos de SIDA sigue aumentando sin tregua en los próximos años, las consecuencias económicas, sociales, políticas y culturales serán dramáticas. Se ha calculado que el costo médico directo de un enfermo de SIDA varía entre 25.000 y 50.000 dólares anuales en los países industrializados.<sup>20</sup> En el mundo en desarrollo el SIDA puede representar una sobrecarga intolerable teniendo en cuenta los recursos escasos.

En nuestro país podemos registrar que el plan de salud cataloga al SIDA como una enfermedad catastrófica por tener una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo y baja efectividad en su tratamiento.<sup>21</sup>

Se ha calculado que para el ISS, que atiende al 20% de los casos de SIDA en los colombianos, el tratamiento de un paciente le vale anualmente cerca de (\$6.800.000), sin incluir costos de medicamentos.<sup>22</sup> A partir de la sentencia de la Corte Suprema de

<sup>20</sup> PERIODICO-EL TIEMPO. Bogotá - Colombia. Marzo de 1995.

<sup>21</sup> Decreto N° 559 de 1.991. Por el cual se reglamenta la prevención, control y tratamiento de enfermedades transmisibles.

<sup>22</sup> Periódico El Tiempo. Bogotá - Colombia. Marzo 19 de 1995.

La elaboración de los citos en el pie de página está regulado por la Norma Técnica 1487 (ICWOTEC)

Justicia del 8 de febrero de 1995, mediante el cual se obliga le han aumentado a una cifra de 10 millones 800 mil pesos anuales.

El SIDA afecta también a la madre y a su hijo; el aumento de la mortalidad infantil puede anular los posibles derivados de los programas de salud del niño, lo que hace peligrar los beneficios sanitarios previstos para el mundo en desarrollo.<sup>23</sup>

Las tensiones sociales y económicas asociadas al VIH/SIDA demuestran que ésta no solo es una enfermedad, sino que ésta convirtiéndose en un grave problema político y cultural, y puede llegar a convertirse en una amenaza para los valores fundamentales de la sociedad y cualquier tentativa de hacerles frente supone un reto de gran magnitud.<sup>24</sup>

Existe, además del costo económico que representa para el sistema de la salud (ISS, sector oficial y las empresas de medicina prepagada), y finalmente al paciente y su familia, el costo



---

<sup>23</sup> O. Cit. OMS/OPS. Pág. 259

<sup>24</sup> OMS/OPS. Formo Mundial de la Salud. Vol. 1 Pág 256

emocional para los afectados quienes sufren la estigmatización, el rechazo y la violación de sus derechos.

**Aspectos Jurídicos.** El Decreto 559 de febrero 22 de 1991 por el cual se reglamenta parcialmente las leyes 09 de 1979 y 10 de 1990 en cuanto a la prevención, control y vigilancia de enfermedades transmisibles, especialmente los relacionados con la infección por el virus VIH/SIDA hacen referencia al derecho que todo habitante tiene a la prestación de servicio de salud en la comunidad. Determina que la salud es un servicio público recogido por principios básicos de universalidad, participación ciudadana y comunitaria, subsidiariedad, complementariedad e integración funcional.

Se considera que toda persona infectada por VIH mientras esté asintomático no tiene la condición a los infectados por VIH y los enfermos de SIDA, de acuerdo con el criterio médico y las normas técnicas y administrativas del Ministerio de Salud, será de carácter ambulatorio, hospitalario, domiciliario o comunitario.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> *Ibíd.*. Capítulo 2.

Prevé que la familia y la comunidad participará activamente en el mantenimiento de la salud de las personas infectadas asintomáticas y cuando sea posible en la recuperación de personas enfermas de SIDA, así como en el proceso de bien morir de personas en estado terminal.<sup>26</sup>

“Los miembros de la comunidad tiene el deber de velar mediante el autocuidado por la conservación de su salud a fin de evitar la infección por el VIH, a su vez de proteger a las demás personas poniendo en práctica las medidas de prevención”.<sup>27</sup>

La expedición de las normas para la prevención primaria, secundaria y terciaria serán dadas por el Ministerio de salud.

La Ley 100 de Seguridad Social establece en el decreto 1938 del 5 de Agosto de 1994, Artículo 38 del aseguramiento para el tratamiento de enfermedades ruinosas o catastróficas: “Para garantizar la cobertura del riesgo económico derivados de la atención a los afiliados que resulten afectados por enfermedades

---

<sup>26</sup> Ibid.. Capítulo 2

<sup>27</sup> Ibid.. Capítulo 1 y 3

de alto costo en su manejo definido como catastróficas o ruinosas en el plan obligatorio de salud, deberá establecerse algún tipo de aseguramiento<sup>28</sup>.

En el párrafo primero de este artículo, se clasifican las enfermedades ruinosas y catastróficas, incluyendo entre ellas el tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.

Los Parágrafos 2° y 3° definen la forma y condiciones para la operación del Fondo de Aseguramiento de estas enfermedades que cubrirán un tope máximo por evento al año, y los gastos que superan este valor, serán cubiertos por el usuario, lo cual podrá hacerse a través de la modalidad del plan complementario de salud.

En la Resolución N° 5261 de Agosto 5 de 1994 en su Artículo 16 se define como enfermedad ruinosa y catastrófica, aquella que representa una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo,

---

<sup>28</sup> Ley 100 Decreto Reglamentario N° 1938 del Sistema de Seguridad Social. Agosto 5 de 1994.

bajo costo, efectividad en su tratamiento, y en el artículo 17 se definen los tratamientos de aplicación en el manejo de enfermedades ruinosas o catastróficas que se caracterizan por un bajo costo - efectividad y que representan un alto costo, incluyendo el tratamiento para el SIDA y sus complicaciones, entre otras enfermedades.<sup>29</sup>

La ley 100 posibilita la libre competencia entre oferentes de servicios de salud.

La atención en casa constituye una alternativa de cuidado en salud para estos pacientes, y puede ser ofrecida por profesionales médicos, de enfermería y otros, de acuerdo a las necesidades y preferencias de la demanda, ampliando así las opciones de tipos de atención para estos pacientes.

**Aspectos Organizacionales.** A nivel funcional el programa de prevención y control de VIH/SIDA, a través del cual se llevan a cabo acciones de vigilancia epidemiológica en coordinación con los niveles regionales y locales, lo que hace posible contar con

---

<sup>29</sup> Resolución N° 5261 del Ministerio de Salud, Agosto 5 de 1994. Artículo 16 y 17

información indispensable para conocer de manera oportuna la historia social de la enfermedad, detectar y prever cambios en los factores condicionantes mediante la activa consecución y evaluación de datos de morbimortalidad que deben conducir la instauración de medidas eficaces y eficientes de prevención y control.<sup>30</sup>

El programa de vigilancia epidemiológica tiene como acciones: la relación de datos que conducen a la implementación de acciones de prevención y control, la divulgación de la información encontrada y el establecimiento de pautas sobre las medidas que deben adoptarse en el país.

Otra acción dentro del programa, es la vigilancia centinela para la determinación de la seroprevalencia en la población total y en la distribución de la infección por VIH en la población en un momento dado.

---

<sup>30</sup> Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico Nacional. Bogotá – Colombia. Enero – Marzo de 1994. Pág 10.

Estos estudios se realizan periódicamente, siendo útiles en la determinación de las tendencias de la incidencia o prevalencia de la infección por VIH.<sup>31</sup>

La vigilancia epidemiológica tiene bajo claro como elemento esencial la definición de lo que es el SIDA, para diferenciar lo que es un caso de enfermedad Versus infección.<sup>32</sup>

El programa de prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual y de infección por VIH/SIDA, dentro de sus objetivos y acciones ha diseñado los protocolos básicos para la atención integral de estos pacientes, por un equipo interdisciplinario liderado por el profesional médico y la intervención de psicólogo, la enfermera, el odontólogo, la nutricionista y el bacteriólogo, mediante los cuales se lleva a cabo la prestación de los servicios de salud a estos pacientes en el territorio nacional.

---

<sup>31</sup> *Ibíd.* Pág 11

<sup>32</sup> *Ibíd.* Pág. 12

La serie de manuales de protocolos que se vienen utilizando incluyen: Asesoría en VIH/SIDA, atención odontológica, SIDA prenatal y pediátrica (Aspectos básicos y manejo clínico), atención nutricional.<sup>33</sup>

Estos manuales son de gran importancia para el manejo de estos pacientes, ya que permiten estandarizar a través del sistema de salud en el territorio nacional, tanto a nivel institucional como en casa.

C E T I

A nivel ~~saxional~~ del Atlántico, el sector oficial presta atención a los pacientes, a través del Centro de Enfermedades Transmisible e Investigaciones (CETI) organismo que tiene como funciones: dirigir, coordinar y ejecutar actividades de prevención, diagnóstico y tratamiento.

En el Hospital Universitario de Barranquilla actualmente el manejo inicial de los pacientes incluye: asesoría preprueba (entrega personal resultados), asesorías post - test (alto riesgo se

<sup>33</sup> MINISTERIO DE SALUD. República De Colombia, Protocolo Básico para el Equipo de Salud en el Manejo del VIH/SIDA. Bogotá. 1992.

repite a los seis meses), segunda prueba (elisa, si la primera es positiva), tercera prueba (Wester Blood).

El ISS en nuestro país, presta atención integral VIH/SIDA a través del equipo interdisciplinario, asistencia de enfermedades oportunistas con suministro de medicamentos, aun no se suministra el AZT en el ISS Seccional Atlántico, (en otras seccionales si esta suministrado, dentro del plan obligatorio de salud).<sup>34</sup>

El ISS en Barranquilla registró el primer caso de SIDA en Octubre de 1987, haciéndose necesaria la elaboración y adaptación de normas y procedimientos para la atención a estos pacientes. Para 1988, con la aparición de cuatro casos más, se vincularon como miembros del equipo médico, a un infectólogo y un epidemiólogo. Hacia 1993 se creó el Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual incluyendo a los pacientes con VIH/SIDA, e introduciendo actividades dentro del Programa relacionadas con educación, información y la prueba voluntaria.

---

<sup>34</sup> RAMÍREZ, Ana Ruby. Enfermera ISS Clínica Los Andes. Barranquilla.

**Grupos de Apoyo.** Además de los programas de prevención y control de VIH/SIDA a nivel mundial, existen paralelos a la atención de salud para estos pacientes, grupos formales y voluntarios denominados grupos de autoapoyo, teniendo éstos una gran aceptación dada su contribución al mejoramiento de los aspectos psicosociales en aras de elevar la calidad de vida de los afectados por el SIDA.

En la actualidad se han desarrollado en el Memorial Sloan-Katherine Cáncer, tres (3) grupos de apoyo: uno para los que representan Linfadenopatías, otro para los que padecen SIDA y sus parejas y un tercero para <sup>que los</sup> sufren Sarcoma de Kaposi. Los pacientes nuevos experimentan una necesidad imperiosa de que se les tranquilice y que se les conceda la oportunidad de ver y hablar con otros que haya sufrido la misma enfermedad.<sup>35</sup>

Las acciones de los grupos de Apoyo favorecen la reducción de sentimientos de aislamiento y soledad, proporcionan una audiencia en la que se intercambian fácilmente experiencias, ofrecen la posibilidad de interactuar y resolver problemas con una

**amplia gama de personas, cada uno de los miembros del grupo sirve como modelo a los otros, simultáneamente renueva la auto percepción, en tanto que a la persona es capaz de controlar su propia vida y condición.<sup>36</sup>**

En Colombia funcionan desde 1985, un número de 30 grupos reconocidos en todo el territorio nacional, en Bogotá 10 y en Barranquilla 2.

Se considera que Colombia es uno de los países que más progreso ha mostrado en los últimos años en América Latina en cuanto a la formación de estas asociaciones. En el país, la Institución que cuenta con el mayor número de grupos es el ISS que atiende solo en Bogotá a 700 consultantes divididos en seis grupos.<sup>37</sup>

En Barranquilla desde 1989 funciona el grupo de auto apoyo del CETI, que se inició con 20 personas, liderado inicialmente por dos enfermeras, quienes desarrollaron actividades educativas para el

---

<sup>35</sup> NETEART FAMILY INTERNATIONAL. Volumen 8. N°3, Agosto 1993. Pág 3.

<sup>36</sup> MINISTERIO DE SALUD, Organo de Divulgación.

<sup>37</sup> BARAHONA Nayide. Enfermera Servisalud CETI. Barranquilla, 1995.

*No están en la Bibliografía*

autocuidado en los aspectos nutricionales, de higiene e información sobre el tema. En 1990 ingresó al grupo médico infectólogo. En 1991 se vincularon dos estudiantes de Psicología, simultáneamente ingresaron tres psicólogas una fisioterapeutas, y un bacteriólogo. El objetivo del trabajo interdisciplinario fue el de orientar a los pacientes en relación con la enfermedad y su manejo. Se inicio en este momento la participación de la familia,

#### 4. METODOLOGÍA

Para adelantar este estudio de factibilidad se hizo necesaria la revisión de historias clínicas de pacientes VIH positivos que recibieron atención hospitalaria y/o ambulatoria en el ISS y en el Hospital Universitario de Barranquillas, a través del empleo de una guía diseñada para tal fin, que se aplicó por las investigadoras, con causas más comunes y duración de la hospitalización, pruebas diagnósticas, tratamiento y manejo a través de diferentes profesionales del equipo de salud en la atención ambulatoria, que de acuerdo con las tarifas del ISS para los pacientes atendidos en esta institución, y con las tarifas SOAT para los atendidos en el Hospital Universitario, nos permitió conocer los gastos que para estas instituciones y en algunos casos para los pacientes y sus familias, al no contar con un sistema de aseguramiento, debieron asumir por la atención tanto hospitalaria como ambulatoria.



La revisión de historias clínicas se hizo tomando una muestra de los casos atendidos hasta julio del 2002, con el empleo de un instrumento guía para la recolección de la información (Anexo 1).

El cálculo de la muestra se hizo a través de la siguiente fórmula:  
 tamaño de la muestra =  $n/l$  (n/población) donde  $n=z^2 (P (1-p)/S^2$ .

El tamaño de la muestra para la comparación de dos grupos de tamaño igual o desigual se tomó de Fleiss (1. Pág 44, 45, Fórmulas 3.19 y 3.20 y la tabla A<sub>2</sub> Pág. 259).<sup>38</sup>

Estas formulas no asumen emparejamiento de las poblaciones y aplican una comparación univariante de las diferentes proporciones en las dos poblaciones.<sup>39</sup>

Tamaño de la Población: 670

Frecuencia esperada del evento: 50%

Tamaño de la muestra con un nivel de confianza del 95%: 224

---

<sup>38</sup> FLEISS. Joseph. L. Statistical Methodo Fomates and Proportions, Nee York, Jhon Willian and Sound. 1991.

<sup>39</sup> KISH, L. Survey Sampling. Jhon Willey and Sans N.Y., 1995.

Una vez determinado el tamaño de la muestra (244 historias), se procedió a seleccionar, el número representativo correspondiente a cada una de las dos instituciones, empleando la siguiente fórmula:

NUMERO TOTAL DE CASOS SEGURO SOCIAL

NUMERO TOTAL DE CASOS REGISTRADOS X TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$\frac{142}{670} \times 244 = 52$$

Dando como resultado 52 historias, del seguro Social, a tener en cuenta para el estudio.

Para calcular el número de historia del Hospital Universitario de Barranquilla se emplea la siguiente fórmula:

Tamaño de la muestra menos 8 (-) historia del Seguro Social a tener en cuenta en el estudio.

$$244 - 52 = 192$$

Siendo las 192 historias del Hospital Universitario de Barranquilla tenidas en cuenta en el estudio.

Número de historias estudiadas:  $52 + 192 = 244$

Para la selección de la muestra se empleó el computador, a través del cual fue posible obtener separadamente 52 números aleatorios para la Clínica de los Andes del Seguro Social, y 192 para el Hospital Universitario de Barranquilla.

La revisión de historias clínicas como método para obtener información ofreció limitaciones entre las cuáles podemos señalar:

- Dificultad de acceso a los datos de información (Historias Clínicas) específicamente en el Hospital Universitario.
- Registros clínicos mal llevados o incompletos en algunos casos.
- Sustitución de información de los archivos (historias que no aparecen a pesar de estar registradas en el fichero).

Para minimizar las limitaciones mencionadas se procedió de la siguiente manera:

- Obtención de autorización por parte del director del Hospital Universitario para el acceso de las investigadoras a los archivos, previa solicitud escrita del director de tesis.
- Solicitud de información adicional requerida al médico o enfermera jefe del Servicio de Infectología de la Clínica Los Andes y del Hospital Universitario.
- Reemplazo de las historias que no parecieron por las correspondiente al siguiente número aleatorio de la lista.

La obtención de la información relacionada con las necesidades biocociales de la demanda (personas con VIH positivas en la Ciudad de Barranquilla) se hizo a través de la metodología de grupos focales, para la cual se empleó una guía diseñada teniendo en cuenta los aspectos de autocuidado, calidad de vida y modelos de

atención en salud, que se aplicó a cuatro grupos de seis participantes.

Para la selección de los participantes en cada grupo se tuvo en cuenta las siguientes consideraciones: Ser VIH positivos, tener entre 20 y 40 años de edad, ser usuario del ISS o del Hospital Universitario de Barranquilla, participar en las actividades de la Liga de Lucha contra el SIDA; tener representación tanto femenina como masculina, pertenecer al grupo familiar de la persona afectada por el VIH.

Esta metodología de entrevista de grupo focal ofreció para nuestro estudio limitaciones tales como:

- Imposibilidad para reunir un grupo de personas que recibe atención en el Hospital Universitario pese a repetidos intentos. *Por*

Para sortear esta limitación se ~~se~~ previó:

- Realizar los 4 grupos focales planeados, con personas que asisten semanalmente a las reuniones de la Liga contra el SIDA, la cual reúne entre 20 y 25 personas cada vez, pertenecientes a diferentes niveles socioeconómicos, afiliados o no al ISS.

Con base en el análisis de los resultados de los grupos focales, se diseñaron las opciones posibles de atención para la demanda actual y potencial de personas VIH positivas en la Ciudad de Barranquilla.

**Universo del Estudio.** El Universo del Estudio lo constituye toda la población afectada con el VIH actualmente en Barranquilla y la población potencialmente susceptible de ser afectada por el virus.

**Muestra.** Las personas participantes en los 4 grupos focales seleccionadas de acuerdo a las características.

## 5. RESULTADOS

**Historias Clínicas seleccionadas de pacientes VIH positivos atendidos en la Clínica de los Andes del ISS, Seccional Atlántico y del Hospital Universitario de Barranquilla. 1998.** Al revisar las historias de los pacientes seleccionados en la Clínica Los Andes del ISS, Seccional Atlántico, encontramos que en las 52 historias estudiadas, 31 corresponden a pacientes que fueron hospitalizados (59%) 21 a pacientes atendidos ambulatoriamente(41%) y en el Hospital Universitario de 192 historias revisadas, 63 correspondieron a pacientes que fueron hospitalizados (33%) y 129 manejados ambulatoriamente (67%). (Tabla 1)

Lo anterior nos permite afirmar que porcentualmente el número de historias revisadas en las dos instituciones muestran que el mayor número de pacientes con manejo hospitalario lo registró el ISS, y el mayor número de pacientes con manejo ambulatorio lo registro el Hospital Universitario de Barranquilla.

La prueba de hipótesis para la diferencia de porcentajes dio como resultado:  $2=34$ , siendo el valor de  $P<0.05$ , indicando la diferencia estadística significativa entre los grupos.

En ambas instituciones se observaron ingresos hospitalarios de primera vez e ingresos hospitalarios de segunda vez, que los requirieron segundo ingreso . para ambas instituciones la causa de mayor frecuencia tanto hospitalización como de atención ambulatoria fue la diarrea.

La duración de la estancia hospitalaria en la Clínica de Los Andes del ISS, estuvo para el primer ingreso entre 2 y 90 días, siendo la posición de la mediana 12.5 días; para el Hospital Universitario estuvo entre 5 y 124 días, con una mediana de 22.5 días.

En cuanto a la duración de la estancia durante el segundo ingreso en la Clínica Los Andes del ISS, osciló entre 1 y 30 días, siendo la posición de la mediana de 8.5 días y el Hospital Universitario osciló entre 5 y 20 días con una posición mediana de 9.5 días.

El número total de días de estancia para los pacientes hospitalizados en la Clínica Los Andes del ISS, fue de 581 días, con una tarifa de estancia día por pacientes en habitación individual, según las normas institucionales establecidas, de \$36.450.00, lo cual genera para el primero y segundo ingreso unos gastos totales de \$21.177.450.00. Para el Hospital Universitario el total de días de estancia es de 1.411, con una tarifa de habitación individual de \$32.050.00, lo cual incluye al igual que la tarifa del ISS, la atención de médico general, especialista, enfermería y satisfacción de necesidades básicas, generando un gasto total por estancia de \$42.222.550.



Los gastos generados por medicamentos de los pacientes hospitalizados en el ISS, fueron de \$2.518.688, con un promedio por paciente de \$61.431, y el Hospital Universitario unos gastos por medicamentos de \$3.419.694.40.00 con un promedio por paciente de \$43.842.23.

Los gastos generados por exámenes de laboratorios a pacientes hospitalizados en el ISS fueron de \$3.132.800.00 con un promedio

por paciente de \$76.409.00, en el Hospital Universitario fueron de \$2.517.450, con un promedio por paciente de \$32.275.

Las pruebas diagnósticas generaron gastos en el orden de \$1.701.670 por los pacientes atendidos en la Clínica Los Andes del ISS, siendo el promedio por paciente de \$41.504, y para el Hospital Universitario de \$2.190.200, con un promedio de gastos por pacientes de \$28.079.

Para los pacientes que recibieron atención ambulatoria en el ISS, los gastos ocasionados por medicamentos fueron de \$91.518, para un promedio de gastos por paciente de \$ 4.358, en el Hospital Universitario los gastos por este concepto fueron de \$2.141.329.80, para un promedio de gastos por paciente de \$16.599.45.

Los gastos por exámenes de laboratorios para los pacientes ambulatorios para el ISS fueron de \$1.928.000 para un promedio de gastos por paciente de \$91.809, y en el Hospital Universitario fueron de \$2.985.450 para un promedio de \$23.143. por paciente.

La atención ambulatoria por consulta general y especializada, de los pacientes atendidos en el ISS generaron gastos por \$1.195.100 con un promedio de gastos por paciente de \$56.909, y con el Hospital Universitario los gastos fueron de \$3.402.850 para un promedio de \$26.378 por paciente.

Podemos concluir que la atención integral del paciente VIH positivos, en el área hospitalaria genera en la Clínica Los Andes del ISS, Seccional Atlántico, unos gastos totales de \$28.531.708 y en el Hospital Universitarios de Barranquilla, \$53.349.894; siendo para ambas instituciones la estancia hospitalaria la fuente generadora de mayores gastos en la atención al paciente.

En el área ambulatoria los gastos totales generados en la Clínica Los Andes fueron de \$3.234.618, y en el Hospital Universitario de \$8.539.629. observado que en la Clínica de los Andes el mayor gasto estuvo representado por los exámenes de laboratorio y en el Hospital Universitario por la consulta general y especializada.

El promedio de gastos totales por pacientes hospitalizados en la Clínica Los Andes del ISS, Seccional Atlántico fue de \$695.867, con una desviación estándar de +/- \$176.519, para el Hospital Universitario fue de \$683.972, con una desviación estándar +/- \$128.706.

El promedio de gastos por pacientes atendido ambulatoriamente en la clínica de los andes fue de \$153.076 con una desviación estándar de +/- \$41.903; y para el Hospital Universitario el promedio fue de \$66.120.

## TABLAS Y GRAFICAS

**TABLA 1:** Relación tipo de Atención recibida por los Pacientes VIH positivos en la Clínica Los Andes del ISS. Seccional Atlántico y en el Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.

| <b>ATENCIÓN RECIBIDA</b> | <b>FRECUENCIA ISS</b> | <b>%</b>    | <b>FRECUENCIA HUB</b> | <b>%</b>    |
|--------------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|-------------|
| Hospitalaria             | 31                    | 59%         | 63                    | 33%         |
| Ambulatoria              | 21                    | 41%         | 129                   | 67%         |
| <b>Total</b>             | <b>52</b>             | <b>100%</b> | <b>192</b>            | <b>100%</b> |

**Fuente: Historias Pacientes VIH Positivos ISS y HUB**

**TABLA 2:** Causas del Primer ingreso de pacientes con VIH positivo hospitalizados en la Clínica de los Andes ISS Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.

| <b>CAUSAS</b>         | <b>FRECUENCIA</b> | <b>%</b>    | <b>CAUSAS HUB</b>     | <b>FRECUENCIA</b> | <b>%</b>    |
|-----------------------|-------------------|-------------|-----------------------|-------------------|-------------|
| 1. Diarrea            | 12                | 38.7%       | 1. Diarrea            | 24                | 38%         |
| 2. Fiebre             | 4                 | 12.9%       | 2. Tuberculosis       | 6                 | 9.5%        |
| 3. Tuberculosis       | 3                 | 9.6%        | 3. Fiebre             | 11                | 17.4%       |
| 4. Anorexia           | 2                 | 6.4%        | 4. Meningoencefa.     | 3                 | 4.7%        |
| 5. Meningoencefalitis | 1                 | 3.2%        | 5. Micosis            | 2                 | 3.1%        |
| 6. Monucleosis        | 1                 | 3.2%        | 6. Proceso Infeccioso | 2                 | 3.1%        |
| 7. Toxoplasmosis      | 1                 | 3.2%        | 7. Otros              | 15                | 23.8%       |
| 8. Histoplusmosis     | 1                 | 3.2%        |                       |                   |             |
| 9. P. Psiquiátricos   | 1                 | 3.2%        |                       |                   |             |
| 10. Otros             | 5                 | 16.1%       |                       |                   |             |
| <b>Total</b>          | <b>31</b>         | <b>100%</b> |                       | <b>63</b>         | <b>100%</b> |

**Fuentes: Historias pacientes VIH Positivos ISS y HUB  
Total de pacientes Hospitalizados.**

**TABLA 3:** Duración de la estancia de Primer Ingreso pacientes VIH Positivos hospitalizados Clínica de los Andes. Seccional Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla. 2000.

| Días de Estancia<br>ISS | Frecuencia<br>de Pacientes | %           | Días de Estancia<br>HUB | Frecuencia | %           |
|-------------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|
| 1-10                    | 15                         | 46.8%       | 5-24                    | 46         | 73%         |
|                         |                            |             | 25-44                   | 10         | 15.8%       |
| 11-20                   | 10                         | 31.2%       | 45-64                   | 4          | 6.3%        |
|                         |                            |             | 65-84                   | 2          | 3.1%        |
| 21-30                   | 5                          | 15.6%       | 58-104                  | 0          | 0%          |
|                         |                            |             | 105-124                 | 2          | 3.1%        |
| <b>Total</b>            | <b>32</b>                  | <b>100%</b> |                         | <b>63</b>  | <b>100%</b> |

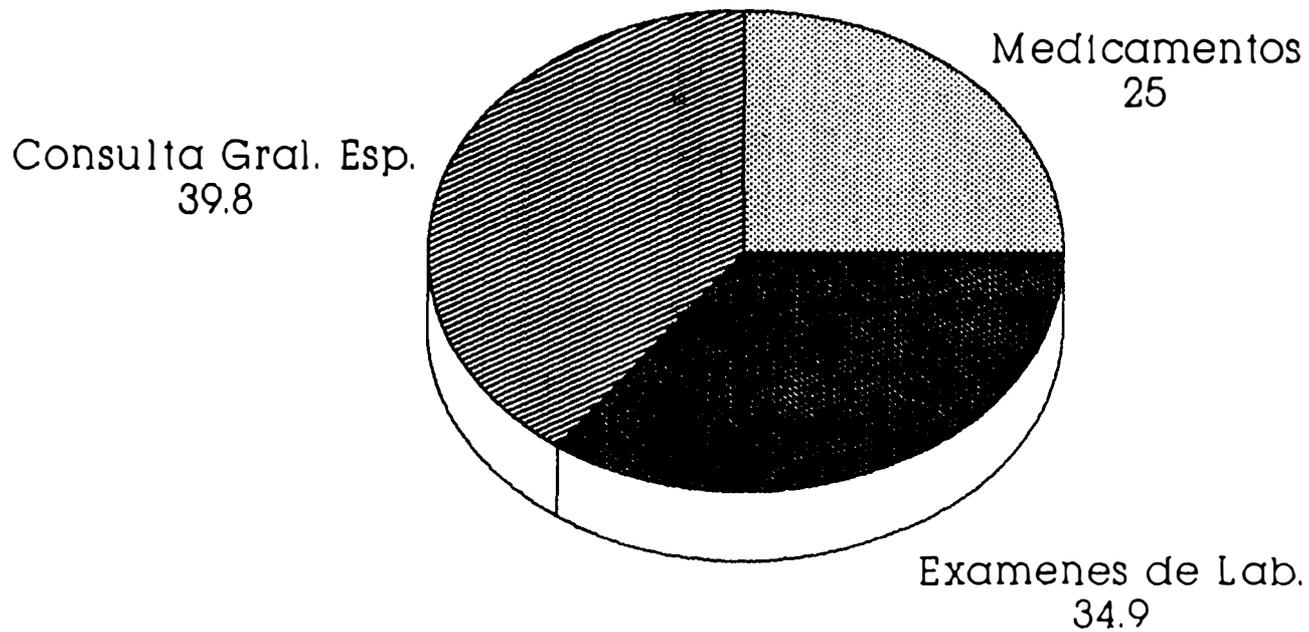
**Fuente: Historias pacientes VIH Positivos ISS y HUB**

**TABLA 4:** Duración de la Estancia Segundo Ingreso de los pacientes VIH positivo hospitalizados en la Clínica de los Andes ISS, Atlántico y Hospital Universitario de Barranquilla, 200..

| Días de Estancia<br>ISS | Frecuencia<br>de Pacientes | %           | Días de Estancia<br>HUB | Frecuencia | %           |
|-------------------------|----------------------------|-------------|-------------------------|------------|-------------|
| 1-11                    | 6                          | 60%         | 5-8                     | 7          | 46.6%       |
|                         |                            |             | 9-12                    | 5          | 33.3%       |
| 12-22                   | 3                          | 30%         | 13-16                   | 2          | 13.3%       |
|                         |                            |             | 17-20                   | 1          | 6.6%        |
| 23 ó más                | 1                          | 10%         |                         |            |             |
| <b>Total</b>            | <b>10</b>                  | <b>100%</b> |                         | <b>15</b>  | <b>100%</b> |

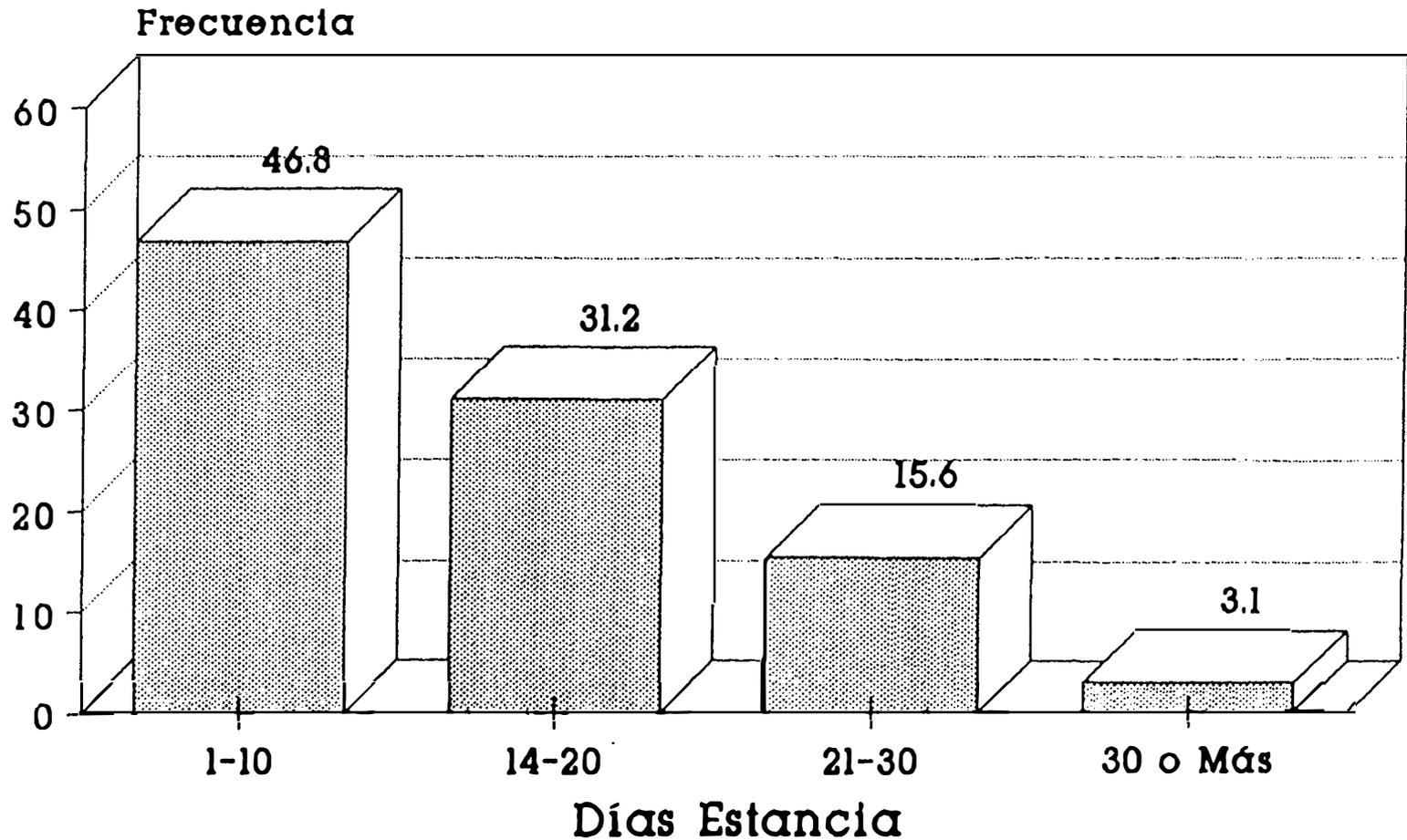
**Fuente: Historias pacientes VIH Positivos ISS**

# Gráfica 8. Distribución Porcentual Gastos Generados Atención Integral Ambulatoria Pacientes VIH Positivos. H.U.B.



Fuente: Tablas 21.

# Gráfica 1. Duración Estancia Primer Ingreso Pacientes VIH Positivos Clínica Los Andes Seccional Atlántico, 2000



Fuente: Tabla 5.

## 6. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES E IMPLICACIONES

- El análisis de gastos de cada aspecto relacionado con la atención del paciente en el ámbito hospitalario refleja que las mayores sumas de dinero son ocasionados por la estancia del paciente, lo cual fundamenta que definitivamente una forma de racionalizar recursos es brindar una atención en casa al paciente y su familia, con el fin de utilizar las instituciones sólo en situaciones extremas que requieran la disponibilidad de equipos de tecnología de punta para mejorar la salud y calidad de vida del paciente.
- Los gastos que se generan por la atención integral en el área ambulatoria son bajos sin contar en la actualidad con un programa de atención en casa cuyos propósitos primordiales estarían enfocados a fomentar la salud y ayudar al paciente con VIH SIDA a mejorar la calidad de vida ocasionando muy seguramente disminución de consultas por los cuidados que se tendrían en casa.

- Los pacientes estudiados están de acuerdo en señalar que la atención en casa les ofrece ventajas tales como: oportunidad en la atención, cercanía y participación de sus familiares, reducción en los gastos, una atención individualizada tendiente a satisfacer las necesidades sentidas, una disminución del riesgo de contraer enfermedades sobreagregadas por la cercanía de pacientes con otras enfermedades en las instituciones hospitalarias.
- La demanda de paciente VIH positivos tiene necesidades específicas de auto cuidado, siendo la más prioritaria, la discapacitados para el auto cuidado principalmente los familiares.
- El modelo está acorde con lo establecido en la Ley 100, que hace referencia al tipo de atención domiciliaria con la participación de la familia en el auto cuidado para conservar la salud, habilitado para la libre competencia entre oferentes de servicios de salud pública y privada.
- Los pacientes señalan que a pesar de los beneficios que les ofrece un modelo de atención en casa en su mayoría no podrían pagar

por él, y sugiere se ofrezca por parte de las instituciones de Seguridad Social.

- El objetivo del modelo propuesto está orientado a ofrecer atención oportuna y de calidad en el hogar con el empleo mínimo de recursos disponibles para los pacientes y sus familias, lo cual ubica dentro del sistema únicos proveedores de este servicio para estos pacientes en la ciudad de Barranquilla.



# *ANEXOS*

## ANEXO No. 1

### ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA UN SISTEMA DE ATENCION DOMICILIARIA A PACIENTES VIH/SIDA EN LA CIUDAD DE BARRANQUILLA 2002

#### GUIA PARA RECOLECCION DE INFORMACION DE HISTORIAS CLINICAS

Este Instrumento ha sido diseñado para la obtención de información psicosocial necesaria para tipificar la demanda potencial de pacientes que se beneficiarán con el modelo que se desea proponer.

#### INSTRUCCIONES :

- Será manejado por las Investigadoras.
- La fuente de datos son historias clínicas de pacientes con Dx VIH/SIDA de Instituciones de Salud de la Ciudad.
- La información obtenida será manejada con la debida confidencialidad.

**ASPECTOS RELACIONADOS CON EL DIAGNOSTICO**

1.- Número de ingresos hospitalarios <sup>Levís</sup> : \_\_\_\_\_

2.- Causa y Duración de los Ingresos Hospitalarios :

Primer Ingreso: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Segundo Ingreso: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

Tercer Ingreso o Más: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.- Medicamentos Recibidos en cada uno de los Ingresos Hospitalarios:

3.1. Primer Ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3.2. Segundo Ingreso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.- Exámenes de Laboratorio por Estancia Hospitalaria :

4.1. Primer Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2. Segundo Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3. Tercer Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.- Pruebas Diagnósticas por Ingreso :

5.1. Primer Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.2. Segundo Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5.3. Tercer Ingreso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Tercer Ingreso o Más: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.- Seguimiento Ambulatorio:

6.1. Exámenes de Laboratorio: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.2. Pruebas Diagnósticas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.3. Tratamiento: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6.4. Intervención de Profesionales de la Salud:

- Médicos: Número por Acumulado de Atenciones:

6.4.1. General:   
6.4.2. Especialistas:   
    - Internista:   
    - Infectólogo:   
    - Neumólogo:   
    - Otros:

6.4.3. Enfermera: \_\_\_\_\_  
6.4.4. Psicólogo: \_\_\_\_\_  
6.4.5. Fisioterapeuta: \_\_\_\_\_  
6.4.6. Terapista Respiratoria: \_\_\_\_\_  
6.4.7. Nutricionista: \_\_\_\_\_  
6.4.8. Trabajador Social: \_\_\_\_\_  
6.4.9. Odontólogo: \_\_\_\_\_



4. Ocupación :

Trabaja Actualmente? Si  NO

En qué trabaja? Obrero  Independiente

Hogar  Ninguno

Ingresos Mensuales Ninguno  Menos 1 Salario Min. -140.000

Un Salario Mínimo 140.000

2 Salarios Mínimos 280.000

3 ó Más Salarios Mínimos

5. ¿Con quién Vive? Cónyuge:

Padres:

Hermanos:

Amigos:

Hijos:

Otro Familiar

Sólo:

6. ¿Tiene Apoyo Económico? SI  NO

¿De Quién? \_\_\_\_\_

7. ¿Tiene Actualmente Pareja? SI  NO

8. ¿Cuál es su Preferencia Sexual?

Hombre:

Mujer:

Hombre y  
Mujer

9. En sus Relaciones Sexuales Utiliza Condón?

SI

NO