

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD



**BARRERAS DE ACCESO QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE
VIH EN MAYORES DE 18 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CALI
AÑO 2020**

MAESTRÍA DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD

SANTIAGO DE CALI

DICIEMBRE 2020

**BARRERAS DE ACCESO QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE
VIH EN MAYORES DE 18 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CALI
AÑO 2020**

JESSICA CANDELO HURTADO, ENFERMERA

CODIGO 1803023

Proyecto de investigación

Presentado como requisito para optar el título de Magíster en Administración en Salud.

DIRECTOR:

JAVIER ENRIQUE GUZMAN CARRASCAL

Médico General

Magister de Administración en Salud

UNIVERSIDAD DEL VALLE

FACULTAD DE SALUD

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

Nota de Aceptación

Firma del Presidente del Jurado

Firma del Jurado

Firma del Jurado

AGRADECIMIENTOS

Expreso mis más sinceros agradecimientos:

1. A mis padres y mi hijo por su apoyo incondicional durante estos casi 3 años.
2. A mis compañeros de estudio de la maestría por el apoyo mutuo en las diversas ocasiones en que nos necesitamos.
3. A mis docentes por toda su disposición y comprensión para enseñarme
4. A mi Director Javier Enrique Guzmán Carrascal, por todo su tiempo, paciencia, y consejos brindados a nivel académico y personal, que permitieron mi perseverancia y continuidad en este proceso.
5. A mi lugar de trabajo que permitió un horario flexible para poder asistir a las clases y fortalecerme académicamente.

Gracias a todos.

Tabla de contenido

RESUMEN	11
Introducción:	11
ABSTRACT	12
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Justificación.....	17
2. ESTADO DEL ARTE	19
3. MARCO DE TRABAJO	23
3.1 Referentes teóricos	23
4. OBJETIVOS	29
4.2 Objetivo general	29
4.1 Objetivos específicos	29
5. METODOLOGIA	30
5.1 Tipo de estudio	30
5.2 Área de estudio.....	30
5.3 Población y Muestra	30
5.4 Variables	31
5.5 Recolección de la información.....	33
5.6 Plan de análisis de datos.....	34
6. CONSIDERACIONES ETICAS	36
7. RESULTADOS	37
7.1 Características sociodemográficas de la población objeto de estudio	37
7.2 Barreras de acceso externas en los usuarios del programa de VIH	38
7.3 Barreras de acceso relacionadas con el usuario del programa de VIH.	39
7.4 Adherencia al tratamiento en los usuarios del programa de VIH	40
7.5 Identificación de las barreras y la adherencia al tratamiento antirretroviral	43
8. DISCUSION	45
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	48
9.1 Conclusiones	48

9.2	Recomendaciones.....	48
10.	ANEXOS.....	50
10.1	Anexo 1 Encuesta para establecer las barreras de acceso para la adherencia a programas de los servicios de salud	50
10.2	Anexo 2 Cuestionario SMAQ	51
10.3	Anexo 3 Consentimiento informado	51
10.4	Anexo 4 Acta de aval definitivo CIREH (093-020).....	54
10.5	Anexo 5 Concepto CEI de la Institución donde se desarrolló la investigación.....	56
11.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Listado de barreras. Fuente: barreras de acceso a los servicios de salud hospital Engativá..... Pág.20

Figura 2. Factores predisponentes que inciden en la adherencia a la TARV. Fuente: marco trabajado por el autor a partir de las herramientas utilizadas para la encuesta. Pág. 26

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables.....	31
Tabla 2. Variables sociodemográficas de la población	37
Tabla 3. Barreras de acceso externas para los usuarios del programa...	39
Tabla 4. Barreras de acceso relacionadas con los usuarios del programa..	40
Tabla 5. Respuestas del cuestionario SMAQ para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral.....	41
Tabla 6. Comparativo entre la adherencia y las barreras de acceso.....	43
Tabla 7. Cruces entre las variables barreras y la adherencia al tratamiento..	43

LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1. Adherencia al tratamiento antirretroviral según la combinación de las respuestas del SMAQ42

Grafico 2. Adherencia porcentual al tratamiento antirretroviral.....42

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Encuesta para establecer las barreras de acceso para la adherencia a programas de los servicios de salud.....	50
Anexo 2 Cuestionario SMAQ.....	51
Anexo 3 Consentimiento informado	51
Anexo 4 Acta de aval definitivo CIREH (093-020)	54
Anexo 5 Concepto CEI de la Institución donde se desarrolló la investigación.	54

RESUMEN

Introducción: la no adherencia al tratamiento antirretroviral genera complicaciones y deterioro del estado de salud del paciente, además existen barreras de acceso del lado de la oferta de los servicios (contacto inicial, horarios, tiempo de viaje, tramites, etc.) que este estudio clasifica en subgrupos: económicas, geográficas, normativas y culturales, y pretende investigar si estas barreras percibidas por los usuarios influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral.

Objetivo: Determinar las barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico para VIH en los usuarios de un programa de VIH en la ciudad de Cali mayores de 18 años.

Metodología: Corresponde a un diseño descriptivo de corte transversal, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, el universo de la población correspondió a 433 usuarios activos en el programa que asistieron a controles de marzo a julio de 2020 y debían volver a control en los meses de septiembre octubre y noviembre, por lo que el tamaño de la muestra correspondió a 204 usuarios. Para el cálculo del tamaño de la muestra y procesamiento estadístico se utilizó el paquete estadístico Epiinfo versión 7

Consideraciones éticas: esta investigación se clasifica con riesgo mínimo, de acuerdo al literal “b” del artículo 11 de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Resultados: se encontró asociación de la no adherencia con respecto a la edad y a las barreras económicas, a menor edad menor adherencia e inasistencia a controles cuando no tienen dinero para transportarse, el 71% de la población tiene sexo masculino y la edad promedio general de los encuestados fue de 43 años.

Conclusiones: los esfuerzos que hace el sistema por mantener su población sana y controlada con enfermedades como el VIH no se reflejan en los resultados de este estudio, ya que se encontró una asociación en la no adherencia con la edad y las

barreras de tipo económico, por lo tanto, se sugieren estrategias al interior del programa para los usuarios menores de 40 años que incidan en su autocuidado,

Palabras clave: Barreras, acceso, adherencia, tratamiento, antirretroviral, programa, VIH.

ABSTRACT

Introduction: non-adherence to antiretroviral treatment generates complications and deterioration of the patient's state of health, there are also access barriers on the side of the supply of services, (initial contact, schedules, travel time, procedures, etc.); This study groups into subgroups: economic, geographical, normative and cultural, and aims to investigate whether these barriers perceived by users influence non-adherence to antiretroviral treatment.

Objective: To determine the access barriers that influence non-adherence to drug treatment for HIV in users of an HIV program in the city of Cali over 18 years of age.

Methodology: It corresponds to a descriptive cross-sectional design, a non-probabilistic sampling was carried out for convenience, the universe of the population corresponded to 433 active users in the program who attended controls from March to July 2020 and had to return to control in the September, October and November, so the sample size corresponded to 204 users. For the calculation of the sample size and statistical processing, the statistical package Epiinfo version 7 was used.

Ethical considerations: this research is classified with minimal risk, according to literal "b" of article 11 of Resolution No. 8430 of 1993 of the Ministry of Health of Colombia.

Results: an association was found between non-adherence with respect to age and economic barriers, the younger the age, the lower the adherence, and the absence

of controls when they did not have money to travel, 71% of the population was male, and the average age Overall respondents were 43 years old.

Conclusions: the efforts made by the system to keep its population healthy and controlled with diseases such as HIV are not reflected in the results of this study, since an association was found in non-adherence with age and economic barriers, Therefore, strategies are suggested within the program for users under 40 years of age that affect their self-care, Key words: Barriers, access, adherence, treatment, antiretroviral, program, HIV.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El VIH continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas desde 1984 con el “paciente cero” Gaetan Dugas en estados unidos (1) (2). En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. A finales de 2016 había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida(1). En Colombia es considerada una enfermedad de interés en salud pública de notificación obligatoria(3) al Instituto Nacional de Salud, con el objetivo de monitorizar su incremento y comportamiento a través de los años, para diseñar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y disminuir su propagación.

De acuerdo a las estadísticas del sistema de vigilancia epidemiológica en el municipio de Cali, cada año aumenta la incidencia de esta enfermedad, “en la semana epidemiológica 48 de 2017 se notificaron 1396 casos de VIH/SIDA y Muertes al sistema de salud de SIVIGILA y al Registro Único de Afiliados (RUAF) de estadísticas vitales en pacientes residentes en el municipio de Cali (1200 casos nuevos y 196 muertes), esto corresponde a un incremento porcentual del 36% con respecto al mismo periodo del año 2016 donde se registraron 1026 casos. En promedio se registran 29 casos semanales en los tres estadios (infección precoz o estadio temprano, CD4 >500/MM3: Fase de latencia clínica, estadio intermedio CD4 200-500/mm3, estadio tardío DC4 <200/MM3: fase de progresión y desarrollo de infecciones oportunistas (SIDA)), se presentaron 370 casos más en comparación con el mismo periodo del año 2017 (4).

En cuanto al comportamiento de la adherencia al tratamiento, en África Oriental y Meridional, los hombres son menos propensos a realizarse pruebas, tienen menos probabilidades de acceder al tratamiento, tienen peor adherencia y son más propensos a morir de sida que sus contrapartes femeninas (5). Como resultado de

estas brechas en la cascada de tratamiento, la proporción de personas que viven con el VIH que logran la supresión viral sigue siendo demasiado baja. En el África subsahariana, sólo el 32% de los adultos que viven con el VIH tuvo una supresión viral. La inseguridad alimentaria es una barrera fundamental para la vinculación con el cuidado, la adherencia al tratamiento, la retención en el cuidado y la supresión de la carga viral (5).

De acuerdo a lo estudios revisados en los diferentes países siempre se encuentran dificultades para la adherencia, en américa latina (chile, argentina, Colombia, Puerto rico) se encontró que la adherencia al tratamiento del VIH es más difícil en los menores de 40 años por su baja percepción del riesgo (6). Los adultos mayores logran mayor adherencia al tratamiento gracias a la percepción de beneficios y de escasez de barreras para el acceso al mismo (7). además existe una relación entre la posición socioeconómica, y los mecanismos psicológicos, que definen ciertos comportamientos resultantes de adherencia en mujeres diagnosticadas con VIH, el curso de vida y la exposición constante a factores desfavorables socioeconómicos y psicológicos genera menor adherencia al tratamiento a diferencia de las usuarias en mejor posición socioeconómica (8). En algunos otros se ha encontrado creencias positivas hacia la salud que inciden y se asocian a los niveles de adherencia a los medicamentos antirretrovirales (9). En general la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH presenta diferentes factores influenciadores de acuerdo a la edad, sexo, posición socioeconómica, aspectos psicológicos y culturales.

En un estudio en la costa caribe colombiana, se determinó la adherencia a la fármaco-terapia con antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA en una IPS de esa misma región, y se encontró que la adherencia de los pacientes, fue del 11%, mostrando una baja adherencia en comparación con el estudio realizado por el Ministerio de salud y protección social (MSP), en el que la adherencia a agentes antirretrovirales estuvo en el 37% y 83%, según el medicamento en estudio, y las características demográficas de las poblaciones de pacientes respectivamente; así mismo se compara con estudio realizado en Cali Colombia donde el 37 % de los

pacientes fueron adherentes al tratamiento no farmacológico permitiendo inferir que el tratamiento no ha reflejo éxito de manera global. El 89% de los usuarios de este estudio, tuvieron menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico en mayor proporción son menores de 40 años, de estrato socioeconómico bajo, el fallo más frecuente en la adherencia fue la no toma del medicamento a tiempo por los pacientes (10).

También podemos encontrar barreras de tipo normativas como bien lo expone el artículo de “Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/Sida” en el que los resultados de este estudio muestran que las principales barreras para la adherencia de mujeres con VIH/sida están determinadas estructuralmente por el sistema de salud vigente en Colombia. Las mujeres ven afectados sus derechos al tratamiento oportuno y continuo, a la confidencialidad y a la no discriminación, y a la atención integral con enfoque de género. En consecuencia, la adherencia terapéutica se ve vulnerada y su riesgo de mortalidad se incrementa. Los hallazgos de este estudio muestran que las mujeres colombianas enfrentan serias barreras de acceso al tratamiento. La más grave situación la viven mujeres pobres, en categoría vinculadas o afiliadas al régimen subsidiado, quienes para poder acceder a la TAR primero deben demostrar su pobreza en un sistema de registro del estado colombiano denominado el SISBEN (sistema de identificación para potenciales beneficiarios de subsidios). Esta barrera estructural impone tiempos de espera, tramitación excesiva, afecta directamente su derecho al tratamiento oportuno, su adherencia terapéutica y su derecho a la salud (11).

Vacío en el conocimiento

Las barreras percibidas por los usuarios hacen parte crucial para la adherencia al tratamiento farmacológico, por lo tanto, **es importante y fundamental verificar cuales son las barreras tipo acceso (económicas, culturales, geográficas y normativas) que inciden en la adherencia al tratamiento antirretroviral de los usuarios de programas para el manejo de esta patología de alto costo,**

teniendo en cuenta que la no adherencia al tratamiento genera deterioro en la salud del paciente, la dinámica de su familia y más costos para el sistema de salud. Es por esto que esta investigación pretende determinar, ¿Cuáles son las barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los usuarios de un programa de VIH en mayores 18 años en una institución de salud de Cali año 2020?

1.1 Justificación

La falta de adherencia a TARV es la primera causa de fracaso terapéutico, peor reconstitución inmune y mayor riesgo de mortalidad, los niveles sub-terapéuticos de TARV permiten la replicación del virus y producen resistencia al medicamento, he aquí la importancia de que los pacientes sean conscientes de su enfermedad, entiendan el objetivo del TARV, participen activamente en la decisión de iniciarlo, se sientan capaces de cumplir con su tratamiento y la toma continua y correcta de la medicación (12).

Cuando un usuario es adherente al tratamiento antirretroviral, los resultados terapéuticos observados son: adecuada supresión virológica, restauración inmunológica, prevención del desarrollo de resistencias, disminución de la progresión de la enfermedad, reducción de la mortalidad, menores tasas de hospitalización, menores costes sanitarios, disminución del grado de inflamación sistémica, reducción de la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana(13).

Entre un 20% y un 50% de pacientes bajo TARV presentan una adherencia inadecuada por ello, **la falta de adherencia al TARV debe ser contemplada por los prestadores de salud como un problema de ineficiencia, que impide alcanzar la efectividad clínica y que puede conseguirse con los recursos disponibles para tratar la infección por el VIH** (14); esta afirmación nos lleva a cuestionarnos sobre el papel de los prestadores en los programas de VIH, que tantas barreras o facilitadores le imponemos a los usuarios para lograr su adherencia o su acceso a los diferentes programas.

Esta investigación pretende conocer las limitaciones particulares para el acceso anteriormente enunciadas, que en otros estudios han denotado consecuencias en la atención en salud, sobre los distintos actores: Los pacientes sufren la cronicidad y complicaciones de las patologías, el abandono de los tratamientos, incremento de la mortalidad general y obstétrica por barreras económicas de acceso ante la ineficacia de las entidades de control, se genera aumento de gasto de bolsillo en salud para los hogares, así como el incremento en las complicaciones por falta de medicamentos, la automedicación y la formulación por personas no competentes adquieren relevancia entre la población. Las IPS reciben el impacto de los problemas de acceso al ver congestionados sus servicios de urgencias como expresión de la falta de respuesta oportuna a las barreras geográficas y la tramitación para acceder a consulta externa. Hay pérdida de calidad en la atención, dado que los profesionales asumen responsabilidades superiores a sus capacidades y recursos, lo cual lleva a disminuir la calidad del acto médico y genera desconcierto laboral entre los servidores de la salud. Todo este escenario trae consigo elevados gastos en salud para el Estado, manifestados por el incremento en los costos por los problemas de red y el incremento de las acciones de tutela (15).

2. ESTADO DEL ARTE

El VIH/SIDA es considerado una pandemia, afecta a millones de personas en todo el mundo, su transmisión no disminuye si no que aumenta cada año (12), por lo que se han generado estrategias a nivel mundial desde la OPS Y OMS para disminuir la incidencia y aumentar la expectativa de vida con los avances en el tratamiento.

En 1996 las cifras ascendían a 3,4 millones de personas en todo el mundo (16), en el 2007 33 millones de personas vivían con VIH (17), en el 2016 36,7 millones (18), y en el 2017 36,9 millones de personas viven con VIH, 77,3 millones de personas han contraído la infección por el VIH desde el comienzo de la epidemia (16); esto nos deja ver la magnitud del problema, a pesar de los avances y las estrategias de prevención instauradas en los diferentes países continua creciendo el número de personas infectadas con VIH.

Las barreras son expresiones de inequidad social en el país y requieren una acción conjunta transectorial para reducirlas o eliminarlas (19).

Dentro de lo que se considerara como variables externas (barreras geográficas, económicas y normativas) en nuestro marco de trabajo, encontramos que la evidencia macroeconómica indica que los países con peores condiciones de salud y educación tienen más dificultades para lograr un crecimiento sostenido en comparación con los países que han superado esas deficiencias (20). Dada la importante repercusión de las enfermedades en el desarrollo económico, invertir en salud es un componente substancial de las estrategias generales de desarrollo, especialmente esto se da en los países pobres en los que la carga de morbilidad es muy elevada, pero las inversiones en salud alcanzan su máxima eficacia cuando forman parte de una sólida estrategia general de desarrollo (20).

En cuanto a las barreras, específicamente las administrativas, hay estudios que mencionan que el modelo de competencia gestionada que inicio en los años 90 en nuestro país aumento los obstáculos para acceder a los servicios de salud, entre ellos destacan, por un lado, la introducción de las aseguradoras privadas que

además de detraer recursos de la provisión, influyen directamente en el acceso a los servicios decidiendo sobre elementos como la amplitud de la red de proveedores y su accesibilidad geográfica o introduciendo estrategias para controlar la utilización. Y por otro, la búsqueda de sostenibilidad económica de los proveedores públicos que conlleva el rechazo del paciente no asegurado o sin capacidad de pago. Por tanto, el hecho de estar afiliado a un seguro de salud no se traduce en un acceso adecuado a los servicios de salud (21).

Existen barreras de acceso del lado de la oferta que indican que hay barreras a la entrada relacionadas con las variables del contacto inicial, como el tiempo de viaje hacia la IPS, el horario de las citas entre otros, barreras al interior, como trámites para la cita y tiempos de atención, barreras a la salida, como falta de continuidad en el servicio (22). Teniendo en cuenta estos estudios, se hace indispensable e importante medir el grado de adherencia de los usuarios del programa, de acuerdo a las barreras que experimentan que pueden ser culturales, normativas, geográficas o económicas.

Barreras	Barreras Definición y Medición
I. Del lado de la oferta	
A la entrada	Variables relacionadas con el contacto inicial: - Tiempo de viaje - Medio transporte - Distancia desde la residencia hasta el lugar de atención - Horarios de atención
Al interior	Dificultades para obtener el servicio una vez se llega al lugar de atención: - Muchos trámites para la cita - Tiempos de espera
A la Salida	Aspectos de la estructura del sistema de entrega de servicios, relacionados con la fuente regular de servicios y los horarios que dificultan la continuidad

Figura 1. Barreras de acceso en la oferta y demanda. Fuente: (22)

En cuanto a las variables del usuario (barreras culturales y religiosas) propuestas en el marco de trabajo, se encontró que los procesos que tienen que ver con lo individual y lo social pueden dificultar o favorecer la adherencia, por lo tanto, se considera esta última como un proceso de constante cambio (23). Los hombres, por ejemplo, tienen un concepto de salud influenciado por el constructo de la masculinidad, el cual es un proceso de aprendizaje sociocultural y psicológico, que establece los estándares con los cuales los hombres deben adherirse en el proceso de desarrollar su masculinidad, lo cual hace que tengan mayor probabilidad de conductas de riesgo al adherirse a esta creencia tradicional, la cultura del Machismo (masculinidad) y el Marianismo (feminidad) en América Latina y el Caribe influye en la exposición y la vulnerabilidad de las mujeres y los hombres al VIH (9).

Asimismo, las instituciones de la sociedad civil, religiosa y del estado le dan al sujeto algunas certidumbres básicas, que resultan imprescindibles para que puedan lograr una adaptación activa a su nueva situación, estos elementos aportan a la posibilidad de mantenimiento del tratamiento antirretroviral (9)

En la variable de resultado (adherencia) en el artículo “Adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH / SIDA en América Latina y el Caribe: revisión sistemática y meta-análisis” del 2018 incluyó 53 estudios publicados entre 2005 y 2016, que analizaron a 22,603 personas que viven con el VIH en 25 países de América Latina y el Caribe. La adherencia general en América Latina y el Caribe fue del 70% (IC 95%: 63-76; I² = 98%), similar a los niveles identificados por los estudios realizados en regiones de altos ingresos. El auto informe fue el método más utilizado para medir la adherencia, se encontraron diversas barreras de adherencia, como el abuso de alcohol y sustancias, la depresión, el desempleo y la carga de pastillas. Este estudio concluye sugiriendo que la adherencia al TAR en América Latina y el Caribe puede estar por debajo de los niveles suficientes necesarios para una supresión de la carga viral exitosa a largo plazo (24).

Algunos estudios encontraron que los aspectos que dificultan la adherencia a la terapia antirretroviral son los siguientes: 1) los discursos de los equipos médicos, sobrecargados de terminología biomédica; 2) la dosis y efectos colaterales de los medicamentos utilizados en Colombia; 3) las actitudes negativas relacionadas con autoimagen pobre, capital social bajo y baja autoestima; 4) expectativas bajas de calidad de vida con la terapia (23).

De acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Cali en un programa de VIH, encontraron que otros de los que tienen menor oportunidad de estar adheridos al tratamiento farmacológico, son los menores de 40 años, estrato socioeconómico bajo (como en el anterior), tomar más de 4 pastillas diarias y las mujeres con pareja o hijos diagnosticados con VIH/sida (6).

La adherencia del usuario al tratamiento antirretroviral incide directamente en la expectativa de vida del paciente con VIH, como se ha mencionado en la justificación de este proyecto, también en los costos del sistema de salud, en el aumento en el número de casos nuevos cuando se es no adherente, por lo tanto, hace parte de nuestra variable de resultado dentro del marco de trabajo planteado.

Es importante trabajar en común acuerdo con cada uno de los sectores como educación y cultura en conjunto con el de salud, ya que así podemos planear y gestionar acciones transversales que tengan real impacto, ya que muchas de las dificultades o barreras tienen que ver con los determinantes sociales en salud, la educación genera mejor salud, y los mejores ingresos disminuyen la pobreza y por ende las condiciones de salud.

3. MARCO DE TRABAJO

En esta investigación se desarrolló un marco de trabajo teniendo en cuenta los siguientes referentes. De acuerdo a la normatividad vigente en el decreto 780 de 2016 se hace referencia en el título 1, Artículo 2.5.1.1.1 al sistema obligatorio de garantía de la calidad (SOGC), de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud el cual aplica a los Prestadores de Servicios de Salud, entre otros, y que consta de las siguientes características: **accesibilidad: posibilidad del usuario de utilizar los servicios de salud** oportunidad: posibilidad de obtener los servicios que el usuario requiere, seguridad: minimizar el riesgo de sufrir eventos adversos en el proceso de atención, pertinencia: utilización de los recursos de acuerdo a evidencia científica, **continuidad: intervenciones mediante secuencia lógica** (25). Dentro de esta investigación las características del SOGC a tener mayormente en cuenta son la accesibilidad y la continuidad, ya que estas se tendrán en cuenta al determinar las barreras de acceso que van a influir en la continuidad del tratamiento de los usuarios.

Dentro de los referentes teóricos revisados los siguientes fueron los que mayormente se acercaron al marco de trabajo propuesto en esta investigación.

3.1 Referentes teóricos

Dentro de los referentes teóricos más importantes que han trabajado el acceso a los servicios de salud se encuentran Aday y Andersen, ellos proponen que “el acceso a la atención médica está integrada en un marco que considera la política de salud diseñada para afectar las características del sistema de prestación de atención médica y de la población en riesgo a fin de generar cambios en la utilización de los servicios y en la satisfacción de consumidores de esos servicios” (26).

En el artículo **A Framework for the Study of Access to Medical Care** de Aday y Andersen, mencionan el concepto de acceso bajo la noción de iceberg médico: “El iceberg en sí representa el conjunto de necesidades médicas que un médico puede tratar. La proporción del iceberg sobre el agua representa aquellas necesidades que

realmente reciben la atención de un médico. Cuanto mayor sea la porción del iceberg sobre el agua, mayor será el acceso a la atención del grupo representado por ese iceberg” (26).

Teniendo en cuenta que mientras más visible es la porción del iceberg sobre el agua, significa mayor acceso del usuario a los servicios, podemos integrar esta amplia definición con lo que agrega la OMS como accesibilidad: **es la organización de una oferta de servicios que sea geográfica, financiera, cultural y funcionalmente alcanzable para toda la comunidad**. La atención tiene que ser apropiada y adecuada en contenido y cantidad para satisfacer las necesidades de la población, y ser provista en medios aceptables para ellos. Accesible geográficamente significa que la distancia, el tiempo de viaje y los medios deben ser aceptables; la accesibilidad financiera implica que, para cualquier método de pago, los servicios deben ser asequibles; la accesibilidad cultural, implica la utilización de métodos técnicos y de gestión que respeten los patrones culturales de la comunidad; y la accesibilidad funcional es proporcionar el tipo de atención adecuada de manera continua a aquellos en necesidad cuando lo necesiten (21).

Desde un concepto tan integral y equitativo como lo mencionan los referentes teóricos, en donde el acceso incluye variables políticas, geográficas, culturales y económicas, se requiere entonces indagar si existen barreras para los tipos de acceso que describe la OMS. En dicha búsqueda se encontró el siguiente estudio:

El estudio de Vargas y Molina “**Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias**” identificó que a pesar de la cobertura lograda por la ley 100, en la práctica los usuarios experimentaban 5 tipos de barreras: **Geográficas:** que hace referencia a los grandes desplazamientos de una IPS a otra, para la complementación diagnóstica y terapéutica y la dispersión geográfica y las grandes distancias que debe recorrer la población rural para acceder a los servicios de salud (15). **Social y cultural:** la diversidad cultural, las diferentes concepciones del proceso salud enfermedad, la asimetría en la

información que sobre derechos, deberes y acciones en salud tienen las personas (15). **Político:** la precaria cultura política de los colombianos genera una condición de vulnerabilidad frente a la potestad del ejercicio adecuado de los derechos ciudadanos y facilita la inoperancia de los burócratas (15). **Económico:** El sometimiento a las fuerzas del mercado ha creado dificultades para la financiación de los servicios para los pobres: carencia de empleo y vivir en el nivel 4; altos costos de la atención y falta de recursos para pagar las contribuciones; barreras económicas para la población más vulnerable; altos costos en transporte en las regiones marginadas (15). **Normas e instituciones:** El sistema establece limitaciones al acceso como: barreras administrativas para la afiliación, períodos de carencia, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no PBS, inequidad entre los regímenes, interpretación a conveniencia de los planes de beneficios por las EAPB, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a medicamentos (15).

Teniendo en cuenta todas estas barreras que se presentan para el acceso a los servicios de salud, es importante indagar si pueden influir en la no adherencia al tratamiento para una patología de alto costo como es el VIH, ya que el modelo de gestión programática en VIH/SIDA define que dentro de la atención integral del programa se permitirá una mayor adherencia de los usuarios a los procesos terapéuticos, mejor acceso a la atención por parte de profesionales expertos, se debe disponer de un sistema de información que permita: El seguimiento del proceso de atención del usuario y la generación de alertas por incumplimiento o no adherencia, además de sistema de apoyo para asegurar la adherencia al tratamiento con medicamentos antirretrovirales, y mecanismos para evaluar la adherencia a los medicamentos (27).

También se revisó el modelo de creencias en salud, en donde la percepción individual está marcada por la susceptibilidad y severidad del mismo hacia la enfermedad, además existen unos factores que modifican la percepción individual

como las variables demográficas, el sexo, la edad, variables socio-psicológicas como la personalidad, la clase social, la presión de grupo entre otras, estas variables pueden generar conductas del enfermo como beneficiosa o como una barrera que media la probabilidad de adherencia al tratamiento. Los estímulos que desencadenan el proceso de toma de decisiones ante la amenaza percibida pueden ser internos como los síntomas físicos del individuo o externos como campañas de medios de comunicación, consejos de otros, recordatorios por parte del sistema de salud, entre otros.

Como ya se describió en la justificación la adherencia al tratamiento en un programa de VIH es supremamente importante por todas las afectaciones que genera a nivel del individuo, del sistema de salud y la comunidad.

Teniendo en cuenta estos referentes teóricos donde unos destacan el acceso y otros como influye la subjetividad en la adherencia a los servicios de salud, el investigador propone el siguiente marco de trabajo para abordar la investigación.

Factores predisponentes que inciden en la adherencia al tratamiento antirretroviral

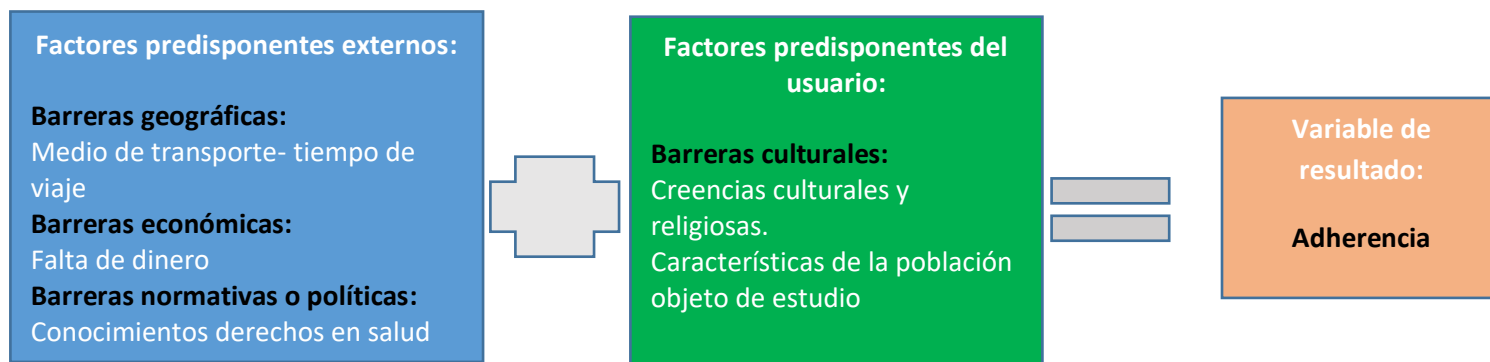


Figura 2. Factores predisponentes que inciden en la adherencia a la TARV. Fuente: marco trabajado por el autor a partir de las herramientas utilizadas para la encuesta.

Con este marco de trabajo, enmarcamos los factores predisponentes externos y del usuario que afectan la adherencia del usuario al tratamiento para VIH.

Dentro del dominio factores predisponentes externos se incluyó la barrera geográfica descrita como el medio de transporte utilizado por el usuario y el tiempo de viaje que tarda el mismo en llegar al centro de salud. En barreras económicas nos referimos a la inasistencia del usuario al servicio de salud por falta de dinero para el transporte o las cuotas moderadoras a pagar por los ordenamientos que no se encuentren incluidos en el programa y finalmente en las barreras normativas se describe el conocimiento del usuario acerca de sus derechos(27) y la tramitología administrativa a la que haya sido expuesto durante el transcurso de su patología.

En el dominio factores predisponentes del usuario se incluyeron las barreras culturales y religiosas entendidas como los conflictos que puede tener el usuario con el programa o el tratamiento de acuerdo a su religión que profesa o la cultura de acuerdo a la etnia a la que pertenezca.

Dentro del marco conceptual a tener en cuenta para este proyecto contamos con la definición del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que de acuerdo al capítulo 1, Artículo 2.5.1.1.3, numeral 8 del Decreto 780 de 2016 es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país, está integrado por cuatro componentes a saber: Sistema Único de Habilitación (SUH), Programa de Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad (PAMEC), Sistema Único de Acreditación (SUA) y el Sistema de Información para la Calidad en Salud.

También contamos con la definición de **Barrera**, que, para la real academia española, hace referencia a un obstáculo semejante con que se cierra un paso o se cerca un lugar. Pero en el contexto de los servicios de salud, “**Las barreras de acceso** a los servicios de salud desde las Empresas Administradoras de Beneficios

(EAPB), son el conjunto de estrategias técnico-administrativas que éstas interponen para negar, dilatar o no prestar este tipo de servicios a sus afiliados”(22).

Otra variable importante dentro de esta investigación es la **Adherencia al tratamiento**: que según la OPS es la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral (7).

Mientras que el **Tratamiento farmacológico**: hace referencia al Tratamiento con cualquier sustancia, diferente de los alimentos, que se usa para prevenir, diagnosticar, tratar o aliviar los síntomas de una enfermedad o un estado anormal. Pérez C. Diccionario de.... 2000;1–117.

4. OBJETIVOS

4.2 Objetivo general

Determinar las barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico para VIH en los usuarios de un programa de VIH en la ciudad de Cali mayores de 18 años.

4.1 Objetivos específicos

- Describir las características sociodemográficas de la población objeto de estudio de acuerdo a las variables de identificación: edad, sexo, estado civil, afiliación, estrato socioeconómico, ocupación y escolaridad de los encuestados.
- Identificar barreras de acceso externas en los usuarios de un programa de VIH en la ciudad de Cali mayores de 18 años.
- Describir las barreras de acceso relacionadas con el usuario de un programa de VIH en la ciudad de Cali mayores de 18 años.
- Estimar la adherencia al tratamiento en los usuarios del programa de VIH

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio

Esta investigación corresponde a un diseño descriptivo de corte transversal.

5.2 Área de estudio

El área de estudio corresponde al programa de VIH de una institución prestadora de salud de baja complejidad, identificando las características socio demográficas de los participantes como la edad, sexo, escolaridad, ocupación, residencia, estado civil, y régimen de afiliación al que pertenecen.

5.3 Población y Muestra

La población objeto de estudio fueron los usuarios del programa de VIH de la Institución Prestadora de Salud de baja complejidad, el universo de la población fueron 433 usuarios activos en el programa de marzo a julio 2020, se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en cuenta las especificaciones de la organización, en que para garantizar la confidencialidad de los usuarios por su diagnóstico, este debía ser contactado en las instalaciones de la institución de manera presencial sin que el programa proporcionara los datos de contacto de los usuarios. El tamaño de la muestra correspondió a 204 usuarios (calculado con Epi-Info) con una prevalencia anticipada de adherencia de entre 37% y 83% según el agente antirretroviral, de acuerdo a lo mencionado en el estudio Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana, con error de muestreo del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Criterios de inclusión: Ser adulto mayor de 18 años, estar inscrito en el programa de VIH de la institución de salud, residir en la ciudad de Cali, pacientes que permitan ser encuestados, estar recibiendo tratamiento farmacológico.

Criterios de exclusión: usuarios con limitaciones de la comunicación, pérdida de la visión, usuarios con dificultades cognitivas.

5.4 Variables

La variable dependiente (variable de resultado) de este estudio es la adherencia al tratamiento farmacológico que según la OPS es la capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral, la variable de adherencia será medida con el cuestionario de adherencia que está en presente documento como anexo 2.

Las variables independientes (variables externas y variables del usuario) corresponden a los factores modificantes y barreras de acceso que afectan la adherencia al tratamiento identificadas como: normativas, geográficas, económicas y culturales en el cuestionario que esta como anexo 1 en el documento.

Tabla 1. Cuadro de operacionalización de variables

No.	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES	
1	Régimen de Afiliación	Tipo de afiliación del usuario al SGSSS	Cualitativa	Nominal	1. Contributivo	VARIABLES DEL USUARIO
					2. Subsidiado	
					3. No Asegurado	
2	Edad	Edad del usuario en años cumplidos	Cuantitativa	Razón	> de 18 años	
3	Sexo	Características biológicas del paciente	Cualitativa	Nominal	Femenino	
					Masculino	
4	Estrato Socioeconómico	Definido por el orden municipal, según la ubicación geográfica de la vivienda	Cualitativa	Ordinal	De 0 a 6	
5	Escolaridad	Nivel Educativo Alcanzado	Cualitativa	Ordinal	Primaria	
					Secundaria	
					Universitaria	
					Técnico	
					Ninguna	
6	Estado civil	Estado civil del usuario	Cualitativa	Nominal	Otro	
					Casado	

					Unión libre	
					Separado	
					Viudo	
7	Barreras culturales	Creencias culturales y religiosas que generan conflicto con el tratamiento	Cualitativa	Nominal	1. SI	
					2. NO	

No.	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES	
8	Ocupación	Actividad principal del paciente	Cualitativa	Nominal	Empleado Trabajador Independiente Oficios del Hogar Estudiante Desempleado	VARIABLES EXTERNAS
9	Barreras Geográficas	Medio de transporte para llegar al centro de salud y tiempo de viaje de la casa hasta el centro de salud	Cualitativa	Nominal	Medio de transporte Tiempo de viaje: 20 a 40min 40 min a 1hora Más de 1 hora	
10	Barreras Económicas	Dejar de asistir a los servicios de salud por falta de dinero	Cualitativa	Nominal	1. SI 2. NO	
11	Barreras normativas	Conocimiento de derechos en salud	Cualitativa	Nominal	1. SI 2. NO	

No.	VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES POSIBLES	
12	Adherencia	capacidad del paciente para implicarse correctamente en la elección, inicio y cumplimiento del mismo a fin de	Cualitativa	Nominal	Olvido del mdto: 1.SI - 2.NO Toma del mdto a la hora indicada: 1.SI -2.NO	RESULTADO VARIABLE DE

		conseguir una adecuada supresión de la replicación viral			Suspensión del mdto por molestia: 1.SI - 2.NO	
					Suspensión del mdto por ser fin de semana: 1.SI - 2.NO	
				Ordinal	Cuántas veces olvidó la dosis en la última semana: A: ninguna; B: 1-2; C: 3-5 D: 6-10; E: más de 10	
				Razón	Cuántos días no tomó la medicación: < 2 días - > 2 días	

Fuente: elaboración propia.

5.5 Recolección de la información

Se aplicó en la población objeto los siguientes instrumentos:

Cuestionario directo de adherencia auto-comunicada, validado en población española, llamado Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ), validado en pacientes con inhibidores de la proteasa no potenciados, el cual tiene 6 ítems, permite ser usado en un periodo de días, semana, fin de semana y hasta 3 meses, con una sensibilidad del 72% y una especificidad del 91% (28), el cuestionario se aplicó de manera presencial a los usuarios.

El cuestionario SMAQ **“The Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ)”** fue desarrollado y validado en una amplia cohorte de pacientes españoles para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral. Se considera que el paciente no es adherente si responde una o varias de las preguntas

cualitativas de la siguiente forma: en la 1, sí; en la 2, no; en la 3, sí; y en la 4, sí. Tampoco es adherente si en la pregunta 5 responde C, D o E; o si en la pregunta 6 responde más de 2 días. La pregunta 5 puede usarse como semi-cuantitativa ya que asigna un porcentaje de adherencia terapéutica a cada respuesta: A equivale a una adherencia del 95-100%; B, del 85-94%; C, del 65-84%; D, del 30-64%; y, E, inferior al 30% (28).

El segundo instrumento es **“ENCUESTA PARA ESTABLECER LAS BARRERAS DE ACCESO PARA LA ADHERENCIA A PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD”** esta encuesta fue aplicada en el estudio **“BARRERAS DE ACCESO EN SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HOSPITAL ENGATIVA 2016”**, lo diseñaron los autores de la monografía a partir del análisis realizado a la literatura alrededor del tema de barreras de acceso, donde se determinó que existen cuatro grupos clasificatorios de la siguiente forma: barreras de tipo económico, geográfico, cultural y normativo. Para la elaboración del instrumento se tomaron preguntas de encuestas anexas a trabajos de grado realizados en diversas universidades del país, donde se evidencio el abordaje cualitativo y cuantitativo desde diferentes tipos de estudios (22).

La encuesta y el cuestionario fueron aplicados por auxiliar de enfermería entrenada por la investigadora. El cuestionario y la encuesta a aplicar son idóneos para dar cumplimiento a los objetivos del proyecto, y alineados con el marco de trabajo propuesto.

5.6 Plan de análisis de datos

Se creó una base de datos a partir de las encuestas recolectadas durante la investigación usando la herramienta Epi-Info versión 7. La captura de los datos tendrá control de entrada conforme a los códigos establecidos en el cuadro de operacionalización de variables.

Se realizó un análisis exploratorio de datos registrados a través de análisis univariado, con el objetivo de identificar errores en la codificación de datos, sesgo sistemático en los datos recolectados, para identificar nuevas variables, y valores omitidos en las variables cualitativas y cuantitativas. En las variables cualitativas se usaron tablas de frecuencia y en las variables cuantitativas se identificó si estas tenían una distribución normal.

Para dar respuesta al objetivo específico número uno de la presente investigación, que corresponde a establecer las características de la población objeto de estudio se realizaron tablas de frecuencia para las variables cualitativas, donde se estimaron los porcentajes de cada una de las categorías acompañadas cada uno con los intervalos de confianza del 95%. Para las variables cuantitativas como la edad, se estimaron medidas de tendencia central como la media acompañada con su respectiva desviación estándar o la mediana con su rango intercuartílico.

Para identificar y describir las barreras, se realizaron cruces entre la variable clasificada de adherencia con cada una de las barreras identificadas en la encuesta, esta relación se hizo a través de tablas cruzadas en los cuales se obtuvo el valor de chí-cuadrado (χ^2) de asociación y el valor t de student de significancia, los valores t de significancia menores a 0,005 indicaran que existe asociación entre la barrera y la adherencia.

Para medir la adherencia se realizaron tablas de frecuencias de cada uno de los ítems del cuestionario SMAQ, se construyó una escala con los valores resumidos de todos los ítems, se clasificaron en adherentes y no adherentes, se realizaron tablas de frecuencia para mirar los porcentajes de adherencia y no adherencia basados en el cuestionario SMAQ.

6. CONSIDERACIONES ETICAS

Se tuvo en cuenta las consideraciones éticas de la Resolución No. 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, en la cual esta investigación se clasifica con riesgo mínimo, según lo enunciado en el literal “b” del artículo 11, que hace referencia a *“Son estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, termografías....”*

El reclutamiento de los participantes se realizó de manera presencial en las instalaciones de la Institución de acuerdo a la solicitud de su Comité de ética en investigación, informándoles del estudio y su importancia, previo asentimiento del usuario se diligencio el consentimiento informado, la encuesta y el cuestionario. Los usuarios que proporcionaron correo electrónico se les envió por esta vía la copia del consentimiento informado firmada por la investigadora y los testigos.

Para garantizar la confidencialidad de los usuarios por su diagnóstico, el comité de ética en investigación de la institución, solicito abordar a los usuarios de manera presencial en las instalaciones de la institución, no se proporcionó datos de contacto de los usuarios desde el programa; Los usuarios que diligenciaron el consentimiento informado no se les solicito número telefónico, solo correo electrónico para enviar el documento firmado por la investigadora y los testigos, las encuestas se enumeraron con códigos sin tener en cuenta el número de la cedula del paciente. La información obtenida en el estudio una vez terminado el ejercicio académico se entregará al departamento de gestión documental de Institución para su custodia.

La investigadora no tiene conflicto de intereses con el programa de VIH de la Institución prestadora de servicios de salud de baja complejidad.

7. RESULTADOS

7.1 Características sociodemográficas de la población objeto de estudio

Tras el análisis de 211 encuestas (se realizaron 7 encuestas adicionales), se encontró en primer lugar una distribución normal para la edad confirmada con la prueba de Shapiro Wilk, lo que permitió asumir la presentación de esta variable con el promedio, la cual de manera general fue de $43,09 \pm 13,6732$ años; al hacer la diferenciación según sexo, se evidenció una leve disimilitud respecto a ambos, pues en el caso de los hombres el promedio de edad fue de $42,07 \pm 12,8208$ años, mientras que para las mujeres fue de $46,18 \pm 15,3588$ años; para el caso de las otras variables independientes, fue evidente una prevalencia de personas del sexo masculino (71,08%), que se encontraban solteros (61,08%), que tenían sus viviendas ubicadas en los estratos socioeconómicos 2 (33,82%) y 3 (36,23%). Un porcentaje representativo (43,33%) tenían la secundaria como máximo nivel educativo y se encontraban vinculados a alguna organización como empleados (47,78%) durante el tiempo en el que se desarrolló esta investigación; el detalle de estas variables se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Variables sociodemográficas de la población

Variable	Valores de medición	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalos de confianza (95%)
Sexo	Hombre	145	71,08	64,34 – 77,20
	Mujer	59	28,92	22,80 – 35,66
Estado civil	Casado	30	14,78	10,20 – 20,42
	Separado	2	0,99	0,12 – 3,51
	Soltero	124	61,08	54,01 – 67,83
	Unión libre	43	21,18	15,77 – 27,45
	Viudo	4	1,97	0,54 – 4,97
Afiliación a salud	Contributivo	135	64,90	58,00 – 71,38
	Subsidiado	73	35,1	28,18 – 44,16
Estrato socioeconómico	Estrato 1	43	20,77	15,46 – 26,94
	Estrato 2	70	33,82	27,40 – 40,70
	Estrato 3	75	36,23	29,68 – 43,18
	Estrato 4	15	7,25	4,11 – 11,67
	Estrato 5	4	1,93	0,53 – 4,87

Variable	Valores de medición	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalos de confianza (95%)
Escolaridad	Ninguna	1	0,48	0,01 – 2,62
	Primaria	27	12,86	8,65 – 18,15
	Secundaria	91	43,33	36,53 – 50,33
	Técnico	32	15,24	10,66 – 20,83
	Universitario	45	21,43	16,08 – 27,60
	Otro	14	6,67	3,69 – 10,93
Ocupación	Desempleado	18	8,87	5,34 – 13,65
	Empleado	97	47,78	40,74 – 54,89
	Estudiante	1	0,49	0,01 – 2,71
	Hogar	36	17,73	12,74 – 23,70
	Independiente	51	25,12	19,31 – 31,67
Edad	Promedio general		43,09 años	D.E. 13,6732
	Promedio hombres		42,07 años	D.E. 12,8208
	Promedio mujeres		46,18 años	D.E. 15,3588

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

7.2 Barreras de acceso externas en los usuarios del programa de VIH

Son tres los tipos de barreras que intervienen en esta categoría: las de tipo geográfico, económico y normativo. Para la primera de estas, las barreras geográficas, resalta que para la mayoría (55,56%), el centro de salud donde reciben la atención, no es el más cercano a su lugar de residencia; a lo que se le suma que la mayoría (35,24%) utilizan como medio de transporte el bus aunque con desplazamientos relativamente cortos para el 61,24% (entre 20 a 40 minutos), a la Institución donde son atendidos; la cual, según la opinión de los usuarios (79,23%), posee la infraestructura adecuada para la atención de personas con discapacidad (PcD).

Para el caso de las barreras de tipo económico, es importante recalcar que la mayoría de los usuarios del programa de VIH incluidos en la investigación, manifiestan que no tienen problemas para asistir a los controles por falta de dinero para el transporte (85,31%) o para realizar el copago/cuota moderadora (87,14%).

Respecto de las barreras normativas, resalta que prevalecen los usuarios conocedores de los derechos en salud (70,33%). Los detalles relacionados con las barreras de acceso externas se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Barreras de acceso externas para los usuarios del programa de VIH

Barreras	Ítem para medición	Escala de medición	n	%
Geográficas	Tiempo hasta el centro de salud	20 a 40 min	128	61,24
		40 min a 1 hora	42	20,10
		mas 1 hora	39	18,66
	En qué se desplaza	A pie	6	2,86
		Bicicleta	9	4,29
		Bus	74	35,24
		Carro	43	20,48
		Moto	50	23,81
Taxi	28	13,33		
Es el centro de salud más cercano	No	115	55,56	
	Si	92	44,44	
IPS con infraestructura adecuada para PcD	No	43	20,77	
	Si	164	79,23	
Económicas	Inasistencia por falta de dinero para transporte	No	180	85,31
		Si	31	14,69
	Inasistencia por falta de dinero para copago	No	183	87,14
		Si	27	12,86
Normativas	Conoce los derechos en salud	No	62	29,67
		Si	147	70,33

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

7.3 Barreras de acceso relacionadas con el usuario del programa de VIH.

Cuando se abordan las barreras relacionadas con el usuario se hace referencia principalmente a las barreras culturales, las cuales para esta población no han llevado a la no realización de procedimiento médicos por razones culturales (96,68%) y religiosas (97,63%); sin embargo, se encontró que la Institución prestadora de salud no ofrece opciones en el momento en el que su cultura o su religión genere conflictos con la prestación del servicio (74,88% y 78,20% respectivamente). Finalmente, para el 99,05% no se han presentado situaciones en

las que los hayan dejado de atender por causa de razones étnicas, orientaciones sexuales, discapacidad, víctima de conflicto, reinsertado, trabajador sexual, carretero o por ser habitante de calle; características que son observables en la tabla 4.

Tabla 4. Barreras de acceso relacionadas con los usuarios del programa de VIH

Barreras	Ítem para medición	Escala de medición	n	%
Culturales	Deja de hacerse procedimientos médicos a causa de creencias culturales	No Si	204 7	96,68 3,32
	Deja de hacerse procedimientos médicos a causa de creencias religiosas	No Si	206 5	97,63 2,37
	La IPS da opciones que no generen conflictos con su cultura	No Si	158 53	74,88 25,12
	La IPS da opciones que no generen conflictos con su religión	No Si	165 46	78,20 21,80
	Lo han dejado de atender en la IPS por razones étnicas, orientaciones sexuales, discapacidad, víctima de conflicto, reinsertado, trabajador sexual, carretero, habitante de calle	No Si	209 2	99,05 0,95

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

7.4 Adherencia al tratamiento en los usuarios del programa de VIH

Para valorar el grado de adherencia al tratamiento se utilizó el cuestionario SMAQ (*Simplified Medication Adherence Questionnaire*) y la forma en la que se debía responder cada una de las preguntas que lo conforman; de esta manera quedó en evidencia que el 54,50% no ha olvidado tomar su medicación; el 89,10% toma los fármacos a la hora indicada; el 69,19% no deja de tomar los medicamentos al sentirse mal; el 81,52% no deja de tomar sus medicamentos el fin de semana y el 82,67% tuvo menos de 2 días completos en los que no tomó su medicación (tabla 5).

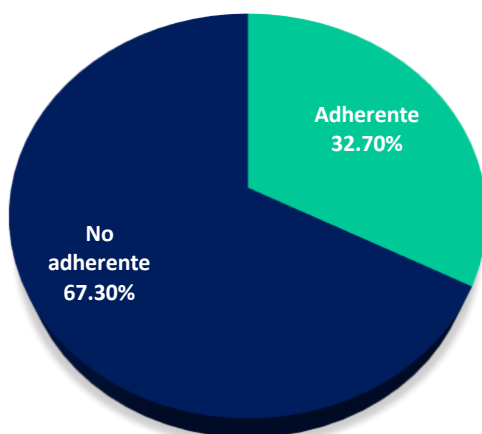
Tabla 5. Respuestas del cuestionario SMAQ para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral

Ítem para medición	Valores de medición	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Intervalos de confianza (95%)
1. Ha olvidado tomar la medicación	No Sí	115 96	54,50 45,50	47,52 – 61,35 38,65 – 52,48
2. Toma los fármacos a la hora indicada	No Sí	23 188	10,90 89,10	7,04 – 15,91 84,09 – 92,96
3. Deja de tomar fármacos por sentirse mal	No Sí	146 65	69,19 30,81	62,49 – 75,35 24,65 – 37,51
4. Olvida tomar medicación el fin de semana	No Sí	172 39	81,52 18,48	75,61 – 86,51 13,49 – 24,39
6. Desde la última visita, cuántos días completos no tomó la medicación	más 2 días menor 2	35 167	17,33 82,67	12,38 – 23,26 76,74 – 87,62

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

Ahora, al hacer un análisis grupal de las respuestas obtenidas del cuestionario SMAQ como lo indica su forma estandarizada para la medición, se obtuvo que sólo el 32,70% presentaban adherencia al tratamiento antirretroviral (Grafico 1).

Grafico 1. Adherencia al tratamiento antirretroviral según la combinación de las respuestas del SMAQ



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

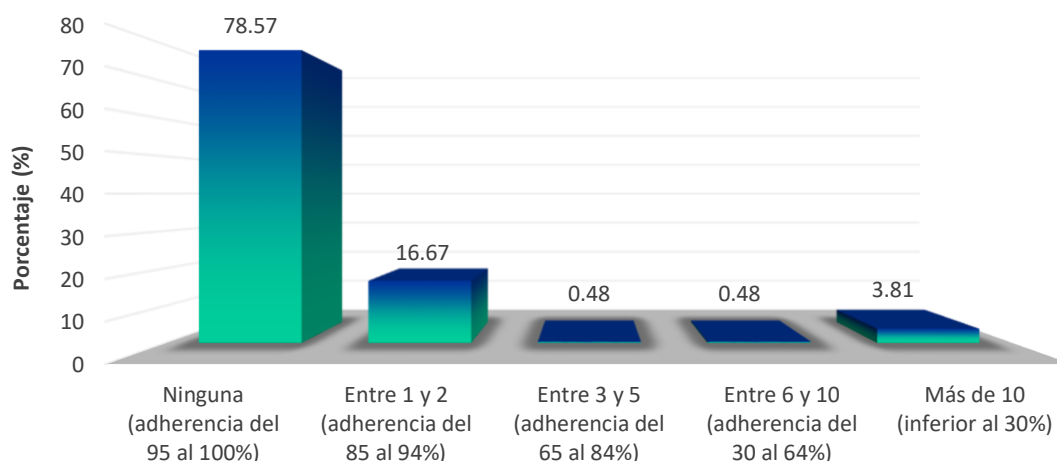
Este mismo cuestionario también aporta un resultado semi-cuantitativo (utilizando el ítem 5) de adherencia terapéutica; sirviendo para encontrar que el 78,58% están presentando una adherencia al tratamiento del 95 al 100% (Grafico 2), lo cual difiere de las preguntas netamente cuantitativas del resto del cuestionario, donde con solo un ítem donde el usuario responda de forma inadecuada éste es calificado como no adherente, podemos considerar entonces que esta adherencia porcentual es relativa teniendo en cuenta que los estudios semicuantitativos, no llegan al detalle y rigor de una evaluación cuantitativa, pero suponen un avance hacia ello desde los métodos cualitativos.

Tabla 5. Respuestas del cuestionario SMAQ para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral

5. En la última semana, cuántas veces no tomó alguna dosis	Ninguna	165	78,57	72,40 – 83,92
	1-2	35	16,67	11,89 – 22,41
	3-5	1	0,48	0,01 – 2,62
	6-10	1	0,48	0,01 – 2,62
	Más de 10	8	3,81	1,66 – 7,37

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

Grafico 2. Adherencia porcentual al tratamiento antirretroviral



Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

7.5 Identificación de las barreras y la adherencia al tratamiento antirretroviral

Diferentes cruces de variables fueron realizados para establecer cuáles ejercían influencia sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral; respecto a las características sociodemográficas, sólo la edad presentó diferencias estadísticas significativas ($p=0,0306$) como se observa en la tabla 6. Para el caso de las barreras, sólo se encontraron diferencias estadísticas significativas con la barrera económica, en cuyos dos casos se obtuvieron $p<0,05$. Los resultados de todos los cruces asociados a las barreras se observan en la tabla 6.

Tabla 6. Comparativo entre la adherencia y las barreras de acceso

Adherencia al tratamiento	Edad				Mann-Whitney	p
	Min	Max	Media	Desv. Est.		
Adherente	22	80	45,88	13,4685	4,6729	0,0306
No adherente	20	87	41,68	13,6093		

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

Tabla 7. Cruces entre las variables barreras y la adherencia al tratamiento

Variables / Barreras	Ítem para medición	Escala de medición	Adherencia (%)	No adherencia (%)	p
Sociodemográficas	Sexo	Hombre Mujer	33,10 32,20	66,90 67,80	1,0000
	Estado civil	Con pareja Sin pareja	30,00 30,00	70,00 70,00	1,0000
	Afiliación a salud	Contributivo Subsidiado	31,11 34,25	68,89 65,75	0,6446
	Estrato socioeconómico	Estratos bajos (1 y 2) Estratos medios (3, 4 y 5)	33,63 32,98	66,37 67,02	1,0000
	Escolaridad	Baja Alta	46,43 30,77	53,57 69,23	0,1296

Variables / Barreras	Ítem para medición	Escala de medición	Adherencia (%)	No adherencia (%)	p
	Ocupación	Desempleado Empleado	40,00 31,08	60,00 68,92	0,2451
Geográficas	Tiempo hasta el centro de salud	Menor de 1 hora Mayor de 1 hora	30,59 41,03	69,41 58,97	0,2555
	En qué se desplaza	Privado Público	30,56 35,29	69,44 64,71	0,5567
	Es el centro de salud más cercano	No Si	32,71 33,70	67,83 66,30	0,8819
	IPS con infraestructura adecuada para PcD	No Si	37,21 31,10	62,79 68,90	0,4673
Económicas	Inasistencia por falta de dinero para transporte	No Si	35,56 16,13	64,44 83,87	0,0381
	Inasistencia por falta de dinero para copago	No Si	34,97 14,81	65,03 85,19	0,0462
Normativas	Conoce los derechos en salud	No Si	22,58 36,73	77,42 63,27	0,0529
Culturales	Deja de hacerse procedimientos médicos a causa de creencias culturales	No Si	31,86 57,14	68,14 42,86	0,2194
	Deja de hacerse procedimientos médicos a causa de creencias religiosas	No Si	33,01 20,00	66,99 80,00	1,0000
	La IPS da opciones que no generen conflictos con su cultura	No Si	34,18 28,30	65,82 71,70	0,5001
	La IPS da opciones que no generen conflictos con su religión	No Si	33,33 30,43	66,67 69,57	0,8591
	Lo han dejado de atender en la IPS por razones étnicas, orientaciones sexuales, discapacidad, víctima de conflicto, reinsertado, trabajador sexual, carretero, habitante de calle	No Si	33,01 0,00	66,99 100,00	1,0000

Fuente: Elaboración propia con base en los resultados

8. DISCUSION

De acuerdo con los resultados encontrados en la población objeto de estudio del programa, se evidencio una prevalencia del sexo masculino en los encuestados, (71,08%), una edad general promedio de 43 años, y la mayoría pertenecen a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, lo que coincide con lo descrito en el artículo de Suarez, Mariela acerca de la Adherencia a tto antirretroviral en la costa caribe colombiana (10), al igual que en el artículo de Hernandez-Gomez Ana (29), donde en este último se encontró una prevalencia del género masculino, que hacen parte de las referencias bibliográficas de esta investigación.

Se identificó que la población encuestada percibe mayormente la barrera geográfica Con un (55,56%), ya que su atención al programa no es el centro de salud más cercano a su lugar de residencia, lo que coincide con lo evidenciado por Restrepo –Zea JH (30), y la mayoría (35,29%) utilizan el transporte público como medio de transporte. Los desplazamientos a la IPS programa para el 61,24% se encuentra entre 20 a 40 minutos, que de acuerdo a la encuesta es un desplazamiento relativamente corto o dentro de lo normal.

En las barreras de tipo económico, la mayoría de la población objeto de estudio del programa no tienen problemas para asistir a los controles por falta de dinero para el transporte (85,31%) o para realizar el copago/cuota moderadora (87,14%) de los ordenamientos que no están incluidos en el programa, lo cual difiere de lo reportado en el estudio de Ortega-velandia MC (22), mientras que en el artículo mexicano Almanza-avendaño AM (31), si se encuentra similitud en este aspecto, los usuarios encuestados manifiestan tener conocimiento de sus derechos en salud en el programa (70,33%), esto para las barreras normativas.

Las barreras de acceso relacionada con el usuario hacen referencia a las barreras culturales de la población encuestada, durante la investigación no se encontró ninguna barrera cultural del usuario que le impidiera realizarse los procedimientos médicos, ni tampoco dejaron de atenderlos por pertenecer a población clave o con

enfoque diferencial, pero la institución no ofrece a los usuarios opciones en el momento en el que estas generen conflicto con la prestación del servicio.

Al estimar la adherencia al tratamiento en los usuarios del programa con el cuestionario SMAQ, solo el 32.7% es adherente al tratamiento antirretroviral en el programa, esta respuesta coincide con lo presentado en el artículo “Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana” que refiere que en un estudio del Ministerio de salud y protección social (MSP) del año 2018 en el que la adherencia a agentes antirretrovirales estuvo en el 37% y 83% según el agente retroviral y la ubicación sociodemográfica del usuario, al igual que en el estudio de Suarez-villa M, donde la adherencia en la costa caribe colombiana fue del 11%, y un estudio en la ciudad de Cali realizado por la universidad javeriana (32).

- Fortalezas:

La aplicación de las encuestas fue realizada por auxiliar de enfermería entrenada por la investigadora, quien utilizó todos los elementos de protección personal requeridos para poder realizarlas, debido a la pandemia por COVID. Todas las encuestas fueron realizadas finalmente de manera presencial.

Permite generar continuaciones o investigaciones futuras.

- Debilidades

Aumento de los costos de la investigación al aplicar las encuestas presenciales a los usuarios, debido al uso de los elementos de protección personal que deben cambiarse diario.

Fue una población difícil de encuestar debido a su diagnóstico confidencial. Debido a la pandemia el volumen de usuarios en la sala de espera disminuyó, ya que los medicamentos se le enviaban a domicilio a algunos y las consultas eran telefónicas. Una de las limitantes del estudio fue el no tener acceso a una base de datos de los usuarios que permitiera realizar un muestreo aleatorio, y obtener una muestra más diversa o nutrida de usuarios.

- Aportes a la Administración de salud

Finalmente, al realizar el cruce de variables para establecer cuáles ejercían influencia sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral se encontraron diferencias estadísticamente significativas, en relación con la edad, lo que coincide con los estudios revisados para esta investigación, donde se reflejó que a mayor edad los usuarios son más adherentes ya que tienen mayor conciencia del autocuidado. Para el caso de las barreras, se encontró asociación entre, la barrera económica y la adherencia, donde los usuarios no asisten al servicio de salud si no tienen dinero para el transporte o para el copago/cuota moderadora de los ordenamientos no incluidos en el programa.

Estos hallazgos permiten desde la administración hacer un diagnóstico con las fallas encontradas, permitiendo generar intervenciones directas o indirectas y quizás transectoriales que nos permitan conseguir mejores resultados en salud y tratamientos más costo- efectivos, generando estrategias educativas a los usuarios que puedan partir desde el ente territorial.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

9.1 Conclusiones

Podemos concluir en cuanto a las características sociodemográficas que el sexo predominante en la población encuestada fue el sexo masculino con un 71%, la mayoría de los participantes eran solteros (61%), con una participación del régimen subsidiado del (35,1), el grueso de participantes pertenecen a los estratos 1, 2 y 3, que terminaron la secundaria, solo un 21% tiene grado universitario, además en la ocupación de los encuestados predomina el ser empleado y tener un trabajo independiente, y la edad promedio de los encuestados fue de 43 años.

En cuanto a las barreras externas percibidas por los usuarios, la IPS asignada para la atención al programa al usuario no es la más cercana a la residencia del usuario, el desplazamiento se realiza en bus mayormente y el tiempo que tardan en desplazarse es de 20 a 40min para el (61,24%) de los participantes.

No se encontraron barreras económicas ni culturales o religiosas para la mayoría de los encuestados para el acceso a los servicios de salud.

De acuerdo al análisis final de las respuestas del cuestionario SMAQ, se encontró que los usuarios no son adherentes al tratamiento antirretroviral (67,30%), recordemos que el cuestionario fue desarrollado y validado en una amplia cohorte de pacientes españoles para determinar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral. Y se encontró asociación entre la no adherencia con la edad y las barreras económicas.

9.2 Recomendaciones

En el marco de la investigación, se recomienda para los futuros investigadores, en el marco del VIH, si se continua con la misma línea, indagar a mayor profundidad en los menores de 40 años acerca de la percepción del autocuidado ya que este incide directamente en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se recomienda a la universidad del valle, generar espacios de apoyo para los investigadores de posgrado de la línea VIH, con el grupo de investigación en promoción de la salud (PROMESA) de la escuela de enfermería, donde a través de sus experiencias y conocimiento puedan brindar mayor orientación a los investigadores interesados en esta línea.

Se recomienda a los tomadores de decisiones, generar estrategias al interior del programa para los adultos menores de 40 años que incidan en su autocuidado y por ende se refleje en mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Igualmente se pueden generar estrategias de educación en convenio con el ente territorial al usuario acerca del autocuidado y la percepción del riesgo, conservar y ahorrar el dinero utilizado para su transporte a las citas médicas, haciéndole entender que esto hace parte de las prioridades en su programación de gastos económicos mensuales. También se sugiere un programa domiciliario supervisado para aquellos pactes que recaen en la no adherencia y mecanismos similares para mejorarla.

10. ANEXOS

10.1 Anexo 1 Encuesta para establecer las barreras de acceso para la adherencia a programas de los servicios de salud

ENCUESTA PARA ESTABLECER LAS BARRERAS DE ACCESO PARA LA ADHERENCIA A PROGRAMAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD					
La siguiente encuesta tiene como objetivo establecer las barreras que dificultan la adherencia en un programa de los servicios de salud, con el fin de implementar planes de mejora que permitan fortalecer la adherencia. Al diligenciar el formato usted conoce y acepta que esta información será utilizada con este fin.					
Instructivo de diligenciamiento: Esta encuesta es mixta lo que significa que tiene preguntas abiertas y cerradas.					
1. Datos de identificación: Consta de preguntas abiertas las cuales deben ser diligenciadas (Edad), preguntas cerradas (Sexo, Estado civil, Afiliación estrato socioeconómico Escolaridad y ocupación) en estas preguntas debe marcar con una X la opción que se ajuste a sus datos.					
2. Preguntas: Consta de preguntas cerradas las cuales deben ser marcadas con una X. IPS: Instituciones prestadoras de servicios de salud.					
1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN					
EDAD	SEXO:	MUJER		HOMBRE	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	CASADO	UNIÓN LIBRE	SEPARADO	VIUDO
AFILIACIÓN	SUBSIDIADO	CONTRIBUTIVO		NO ASEGURADO	
ESTRATO SOCIOECONOMICO	1	2	3	4	5
ESCOLARIDAD	PRIMARÍA	SECUNDARÍA		UNIVERSITARIO	
	NINGUNO		TÉCNICO		OTRO
OCUPACION	DESEMPLEADO	EMPLEADO	TRABAJADOR INDEPENDIENTE	ESTUDIANTE	HOGAR
2. PREGUNTAS					
A. BARRERAS ECONÓMICAS					
¿Ha dejado de asistir a los servicios de salud debido a falta de dinero para transportarse?				SI	NO
¿Ha dejado de asistir a los servicios de salud debido a falta de dinero para pago de copagos o cuota moderado?				SI	NO
B. BARRERAS GEOGRÁFICAS					
¿En qué centro de salud lo atienden?					
¿Cuánto tiempo de viaje gasta de su casa hasta el centro de salud?		20 A 40 MIN	40 MIN A 1 HORA	MAYOR A 1 HORA	
¿Qué medio de transporte usa para llegar al centro de salud?					
¿Recibe atención en el centro de salud más cercano?				SI	NO

¿Considera usted que su IPS tiene infraestructura adecuada para la población en condición de discapacidad?	SI	NO
C. BARRERAS CULTURALES		
¿Ha dejado de realizarse procedimientos médicos teniendo en cuenta sus creencias culturales?	SI	NO
¿Ha dejado de realizarse procedimientos médicos teniendo en cuenta sus creencias religiosas?	SI	NO
¿Su IPS le ha brindado opciones que no generen conflictos con su cultura?	SI	NO
¿Su IPS le ha brindado opciones que no generen conflictos con su religión?	SI	NO
¿En su IPS lo han dejado de atender alguna vez por su condición étnica, orientación sexual, discapacidad, víctima de conflicto armado, reinsertado, trabajador sexual, carretero y/o habitante de calle?	SI	NO
D. BARRERAS NORMATIVAS		
¿Conoce usted sus derechos en salud?	SI	NO
CUALES		

AGRADECEMOS SU TIEMPO Y COLABORACIÓN

Fuente: (22)

10.2 Anexo 2 Cuestionario SMAQ

Preguntas	Opciones de respuesta	
1. ¿Alguna vez olvida tomar la medicación?	Sí	No
2. ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? .	Sí	No
3. ¿Alguna vez deja de tomar los fármacos si se siente mal?	Sí	No
4. ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? .	Sí	No
5. En la última semana, ¿cuántas veces no tomó alguna dosis?.	A: ninguna; B: 1-2; C: 3-5	D: 6-10; E: más de 10
6. Desde la última visita, ¿cuántos días completos no tomó la medicación?	< 2 días	> 2 días

Fuente: (28)

10.3 Anexo 3 Consentimiento informado

El propósito de este consentimiento informado es obtener la autorización del usuario para participar en el trabajo de investigación “Barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los usuarios de un programa de VIH mayores de 18 años en una institución de salud de Cali año 2020”, el cual es

realizado por la estudiante Jessica Candelo Hurtado de cuarto semestre de la Maestría en Administración de Salud, como requisito para optar por el título de posgrado, tiene como objetivo determinar las barreras de acceso que influyen en la no adherencia al tratamiento farmacológico para VIH en los usuarios mayores de 18 años del programa de VIH en una institución en la ciudad de Cali.

Para contribuir al cumplimiento del objetivo de este trabajo de grado, se tiene previsto realizar una serie de encuestas de forma virtual a través de formatos de google o de manera presencial a 204 usuarios, mediante formato impreso en el caso presencial, el tiempo aproximado que tardara en resolver la encuesta es de 5 a 7 minutos. Si es necesario se tendrá acceso a la historia clínica, los documentos de identidad se cambiarán con códigos y no se tendrá en cuenta el nombre del paciente con el fin de garantizar la confidencialidad del participante. El riesgo al que puede verse expuesto el participante es la tardanza en la recolección de todos los datos y entrega de la información final del estudio, por fallas en las redes en el caso de las encuestas virtuales.

Por tanto, se solicita su colaboración para participar **voluntariamente** en esta experiencia. Si usted acepta la investigadora procederá a explicarle la importancia y el objetivo de la investigación y a definir la forma de recolección de la información de acuerdo a su preferencia.

Si usted decide participar en la presente investigación, no recibirá un beneficio directo de los resultados de este estudio, pero la investigadora se compromete a proporcionarle realimentación sobre los resultados obtenidos. La información recopilada solo tendrá beneficios académicos y científicos, en la medida que servirá para determinar las barreras que percibe el usuario para la adherencia al tratamiento farmacológico de VIH.

Usted entiende que su participación en el estudio es **voluntaria**, por lo que en cualquier momento usted puede retirar su consentimiento a participar en el estudio

por razones éticas o de otra naturaleza. Si usted se retira de la investigación no se verá afectada su atención en el programa vida amiga.

Usted no incurrirá en ningún gasto de bolsillo para hacer parte de esta investigación, y obtendrá una copia de este consentimiento informado vía correo electrónico.

Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de este estudio puede ponerse en contacto con los investigadores y el Comité de ética de la Universidad del Valle:

Jessica Candelo Hurtado, número de celular 3113111134, correo electrónico candelito_01@hotmail.com

Javier Enrique Guzmán, numero celular 3134073645 correo electrónico: javiereguzman@hotmail.com

Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, Tel: 5185677 – 5185670, eticasalud@correounivalle.edu.co

Aceptación

SU FIRMA (O HUELLA DIGITAL) INDICA QUE USTED HA DECIDIDO PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN ESTE ESTUDIO HABIENDO LEIDO (O ESCUCHADO) LA INFORMACION ANTERIOR.

	Nombre)	Lugar y Fecha (dd/mm/aa)	Firma o Huella	Persona natural/Nombre de la empresa
Participante C.C.				
Testigo 1 C.C.				
Testigo 2				

C.C.				
Investigadora				

Autorizo el uso de la información obtenida, en otros estudios con fines académicos previo aval de un comité de ética. SI _____ NO _____

Elija la forma de diligenciamiento de los instrumentos de recolección de la información de acuerdo a su preferencia:

Encuesta presencial _____

Encuesta virtual _____

10.4 Anexo 4 Acta de aval definitivo CIREH (093-020)

	FACULTAD DE SALUD	ACTA DE APROBACION N°(010-020)
	Vicedecanato De Investigaciones Y Posgrados Comité de Ética Humana	

Proyecto:

“BARRERAS DE ACCESO QUE INFLUYEN EN LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN LOS USUARIOS DE UN PROGRAMA DE VIH EN MAYORES DE 18 AÑOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD DE CALI AÑO 2020”

Investigador Principal:

JESSICA CANDELO HURTADO/JAVIER ENRIQUE GUZMAN CARRASCAL

Código Interno: (093-020)

Fecha en que fue sometido:

DÍA	MES	AÑO
01	06	2020

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH), el cual está regido por la Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud; los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki de 1964, última revisión en 2013; y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de sujetos humanos, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000. Este Comité certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del presente proyecto:

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos

X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CIREH
	Cartas de las instituciones participantes
X	Resultados de evaluación por otros comités (si aplica)

2. El presente proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité.
3. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene la siguiente **Clasificación de Riesgo**:

	Sin riesgo
X	Riesgo mínimo
	Riesgo mayor del mínimo

4. Las medidas que están siendo tomadas para proteger a los sujetos humanos son adecuadas.
5. La forma de obtener el consentimiento informado de los participantes en el estudio es adecuada.

F-05-IP-08-02-02-0202
V-01-2019

Elaborado Por: Comité de Ética Humana

6. Informará inmediatamente a las directivas institucionales:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a sujetos humanos.
 - d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - e. Cualquier cambio o modificación a este proyecto que no haya sido revisado y aprobado por el Comité.
7. El presente proyecto ha sido aprobado por un periodo de un (1) año a partir de la fecha de aprobación.
8. El investigador principal deberá informar al Comité:

8. El investigador principal deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los sujetos.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los sujetos u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los sujetos participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
9. El investigador principal deberá presentar el informe al final cuando haya culminado el proyecto.
10. En caso que el proyecto tenga duración mayor a un año, deberán solicitar la renovación del aval adjuntando el informe de avance y los documentos requeridos en dicho formato.

Fecha de elaboración:

DÍA	MES	AÑO
26	06	2020

Firma: _____
 Nombre: BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ H.
 Capacidad PRESIDENTE Teléfono: 5185677
 Representativa:

10.5 Anexo 5 Concepto CEI de la Institución donde se desarrolló la investigación.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Vih E, Regi E. VIH / sida. 2019;1–10. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids%0A>
2. buenaSalud. Línea del tiempo del SIDA: del primer caso hasta la actualidad. Bibliomed Holdings LLC [Internet]. 2000;1–5. Available from: http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/bmn/linea_del_tiempo_del_sida__del_primer_caso_hasta_la_actualidad.pdf
3. Espitia NCC. PROTOCOLO DE VIGILANCIA EN SALUD PUBLICA VIH / sida [Internet]. bogota colombia: Instituto Nacional de Salud; 2018. 1–19 p. Available from: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Lineamientos/PRO_VIH_sida_.pdf
4. Rojas PA. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali Dimensión sexualidad y derechos sexuales y reproductivos Programa VIH / SIDA / ITS Informe de gestión 2017. Cali; 2017.
5. ONUSIDA. Estrategia ONUSIDA 2016-2021. Acción acelerada para acabar con el sida. Programa Conjunto las Nac Unidad sobre el VIH/SIDA. 2016;1-136.
6. Varela M, Gómez O, Mueses H, Galindo J, Tello I. Factores relacionados con la adherencia al tratamiento farmacológico para el VIH / SIDA Factors related to adherence to pharmacological treatment for HIV / AIDS. Salud Uninorte [Internet]. 2013;29(1):83–95. Available from: [http://search.proquest.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/results/8CC875C32DBE4028PQ/1/\\$7b\\$22limiters\\$22:\\$5b\\$5d,\\$22mqversion\\$22:\\$221.2\\$22,\\$22additionalnavs\\$22:\\$5b\\$5d,\\$22v\\$22:\\$221\\$22,\\$22sort\\$22:\\$22relevance\\$22,\\$22param\\$22:\\$7b\\$22NAVIGATORS\\$22:\\$22facetlist,sou](http://search.proquest.com.ezproxybib.pucp.edu.pe:2048/results/8CC875C32DBE4028PQ/1/$7b$22limiters$22:$5b$5d,$22mqversion$22:$221.2$22,$22additionalnavs$22:$5b$5d,$22v$22:$221$22,$22sort$22:$22relevance$22,$22param$22:$7b$22NAVIGATORS$22:$22facetlist,sou)
7. carlos alberto fernandez silva, clara ivonne lopez andrade claudio merino jara. Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. Rev Cuid [Internet]. 2018;3(1). Available from: <http://www.redalyc.org/html/3595/359533179016/>
8. Arrivillaga, Marcela; Salcedo JP. Intersecciones entre posición socioeconómica, mecanismos psicológicos y comportamientos de adherencia en VIH/SIDA: aproximación cualitativa desde la perspectiva del curso de vida. Pensam Psicol [Internet]. 2012;19:17. Available from: <https://search-proquest-com.bd.univalle.edu.co/central/docview/1425423260/CC6446E291D64837PQ/1?accountid=174776>
9. Lugo KN. Para toda la vida: Modelo de Creencias de Salud y adherencia al tratamiento para el VIH [Internet]. ProQuest LLC. Universidad de Puerto Rico; 2011. Available from: <https://search-proquest-com.bd.univalle.edu.co/docview/864290093/59FF866D2194E88PQ/1?accountid=174776%0A>
10. Mariela Suárez-Villa, Gloria Lastre-Amell, Jorge Rodríguez-López, Laura Niebles Rada,

- Stefany Rincón Navas MRB. Adherencia a fármaco-terapia antirretroviral para el tratamiento del VIH/SIDA en la costa caribe colombiana. *Rev Latinoam Hipertens* Vol 13 - N° 2, 2018 [Internet]. 2018;13(2):6. Available from: http://www.revhipertension.com/rlh_2_2018/4_adherencia_del_farmaco_terapia.pdf
11. Arrivillaga-Quintero M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: Cuestión de derechos de salud. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2010;52(4):350–6. Available from: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6985/8948>
 12. Meauze G. Effets Des Ecoulements Secondaires Des Les Grilles D’Aubes Rectilignes. [Internet]. AGARD Conf Proc. 1977. 71 p. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Antirretroviral-Experiencias-Exitosas-Tratamiento-Antirretroviral.pdf>
 13. Ibarra Barraeta O, Morillo Verdugo, Ramón G de ATA de la S. Lo que debes saber sobre la ADHERENCIA al tratamiento. Boehringer. Ingelheim. B, editor. ESPAÑA; 2017. 1–194 p.
 14. Kasparas G organizacion panamericana de la salud. Experiencias Exitosas en el Manejo de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Latinoamérica Experiencias Exitosas en al Tratamiento Antirretroviral [Internet]. Washington D.C.; 2011. Available from: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Antirretroviral-Experiencias-Exitosas-Tratamiento-Antirretroviral.pdf>
 15. Acceso MG, Fac R, Salud N, Social S. Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia : limitaciones y consecuencias Access to health services in six Colombian cities : limitations. 2009; Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>
 16. ONUSIDA. Estadísticas mundiales sobre el VIH de 2017. Hoja Inf julio 2018 [Internet]. 2017;2–9. Available from: <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
 17. La CA, Del P, Fernanda M, Jaramillo O, Fernanda M, Jaramillo O. María fernanda ortiz jaramillo [Internet]. UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO; 2011. Available from: <http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/5741/1/127488.pdf>
 18. Estadísticas epidemia ONUsida 2017. WHO. 2017;
 19. In B, Sciences H, Aduy MH, Angulo LP, María A, Sepúlveda J, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sis...: EBSCOhost. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013;33(3):223–9. Available from: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=19&sid=f0b59f1e-eb0b-445d-ada8-c75cab5c003b%40sessionmgr110&hid=105%5Chttp://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=2919e005-de65-43d8-9f27-8073bc7ee602%40sessionmgr113&hid=107>
 20. Acosta SR. Barreras y Determinantes del Acceso a los Servicios de Salud en Colombia Trabajo de Investigación Departament d’ Economia Aplicada Universitat Autònoma de

Barcelona. 2010;(March):5. Available from: <http://dep-economia-aplicada.uab.cat/secretaria/trebreerca/Srodriguez.pdf>

21. Vargas Lorenzo I. Barreras en el acceso a la atención en salud en modelos de competencia gestionada : un estudio de caso en Colombia [Internet]. Medicina Preventiva. universidad autonoma de barcelona; 2009. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/4651/ivl1de1.pdf%0A>
22. Velandia MCO, Díaz LVL. BARRERAS DE ACCESO EN SERVICIOS DE SALUD DEL RÉGIMEN SUBSIDIADO HOSPITAL ENGATIVA 2016 [Internet]. Vol. 23, Universidad Santo Tomás, Bogotá. Universidad Santo Tomás, Bogotá; 2016. Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/44a2/1dd2d3fb3b619cd1794448a12482c0f02b23.pdf>
23. Estrada Montoya J, Martínez A, Abadía Barrero C. Factores biosociales y percepciones de una vida con calidad: reto para la adherencia antirretroviral en pacientes con VIH. Fac Nac Salud Pública El Escen para la salud pública desde la Cienc [Internet]. 2008;26(2):7. Available from: <https://search-proquest-com.bd.univalle.edu.co/central/docview/1675915546/D0E48F190B44CA4PQ/1?accountid=174776%0A>
24. Costa JDM, Torres TS, Coelho LE, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis: Systematic. J Int AIDS Soc [Internet]. 2018;21(1). Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/jia2.25066%0A>
25. SOCIAL MDSYP. Decreto 780 del 6 de mayo del 2016. 2016;
26. Andersen LAA and R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. Health Serv Res [Internet]. 1974;208–19. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1071804/pdf/hsresearch00560-0030.pdf>
27. Palacio Betancourt Diego; Guerrero Carvajal Ramiro; José Alvarado SantanderEduardo;Sánchez Mesa Jorge León; Rueda Prada Alfredo Luis. Modelo de gestión programática en VIH/sida [Internet]. 2006. 151 p. Available from: http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_docnewsno15767documentno3446.pdf
28. Puigdemont N, Valverde I. Métodos para medir la adherencia terapéutica. Ars Pharmaceutica [revista en Internet] 2018 [acceso 2 de abril de 2019]; 59(3): 163-172. 2018;59(3):163–72. Available from: <https://www.asciello.es/pdf/ars/v59n3/2340-9894-ars-59-03-163.pdf%0A%0A>
29. Hernández-Gómez AJ, Rodríguez-Ríos T, Duran-Badillo T, Vázquez-Galindo L, Gutiérrez-Sánchez G, Gracia-Castillo GN. Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2013;21(2):85–90. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132e.pdf>
30. Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F, Vh-Dover R. Acceso a servicios de salud:

Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. Rev Gerenc y Polit Salud [Internet]. 2014;13(27):236–59. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a01.pdf>

31. Almanza Avendaño AM, Gómez San Luis AH. Barreras para la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en mujeres con VIH. Psicol y Salud [Internet]. 2017;27(1):29–39. Available from: <file:///C:/Users/Alejandra/Downloads/2434-11453-1-PB.pdf>
32. PONCE MFB. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y AUTOEFICACIA EN HOMBRES CON VIH/SIDA DE LA CIUDAD DE CALI [Internet]. Vol. 2, Educational Psychology Journal. Cali: pontificia universidad javeriana de cali; 2017. p. 65–72. Available from: lib.unnes.ac.id/6871/1/8479.pdf<http://www.albayan.ae>