

La Ruta de Atención para Chagas y su necesidad de implementación prioritaria

- *La implementación de la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) para Chagas en el primer nivel de salud permite que en los pacientes más vulnerables se minimicen los costos médicos y no-médicos (gasto de bolsillo), resultando en una mayor adherencia al tratamiento y beneficios para todo el sistema de salud.*
- *Los datos muestran que el diagnóstico y tratamiento temprano de la Enfermedad de Chagas tiene un impacto importante en el manejo y en la calidad de vida de los pacientes, además de ahorrar \$38.000 millones de pesos colombianos (casi 9 millones de dólares) al sistema de salud en tres años.*
- *Es necesario el compromiso en la implementación de la RIAS por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) de Colombia en el primer nivel de atención para garantizar una respuesta efectiva a este problema de salud pública, reduciendo los gastos de bolsillo de los afectados que ya cuentan con una fragilidad económica de base.*

Resumen ejecutivo



La Enfermedad de Chagas (EC) es una asesina silenciosa que afecta a 437.960 personas en Colombia y casi 11 millones de individuos están en riesgo de adquirirla, según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Ministerio de Salud y Protección Social.

Aproximadamente el 30% de las personas afectadas sufre complicaciones cardíacas y hasta un 10% presenta alteraciones digestivas, neurológicas o mixtas. Con el paso de los años, la infección puede causar muerte súbita por arritmias o insuficiencia cardíaca.

Colombia tiene un rol destacado en el liderazgo para toda la región de las Américas en el tema de combate a la EC, avanzando en un plan de certificación para la interrupción de la transmisión por las principales especies de vectores domiciliados en municipios endémicos, reduciendo la incidencia de casos por esta importante forma de transmisión. Sin embargo, el país, así como toda la región, aún tiene muchos desafíos por superar.

La Ruta Integral de Atención para Chagas en Colombia organiza la secuencia de las intervenciones necesarias para la atención efectiva de la población a través de la implementación de la Guía para el Diagnóstico y el Tratamiento de la Enfermedad de Chagas de la Organización Panamericana para la Salud (OPS), así como los lineamientos para atención clínica de la enfermedad y la Política de Atención Integral en Salud de Colombia.

En los departamentos donde se ha implementado la RIAS Chagas (Casanare, Boyacá, Santander y Arauca), bajo el proyecto piloto desarrollado en colaboración con DNDi (Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas) hubo un aumento exponencial en el número de personas diagnosticadas y tratadas que padecían EC. Esto muestra que es posible **diagnosticar y tratar de manera temprana en el primer nivel de atención**, antes de que aparezcan complicaciones de la enfermedad, favoreciendo las probabilidades de curación y con la implementación de la RIAS mejorar la disponibilidad del tratamiento para todas las personas, logrando una reducción del sufrimiento de la población afectada y a su vez los costos para las familias y para el sistema de salud en general.

Un análisis económico sobre el abordaje previamente expuesto identifica que cuando la persona en tratamiento para EC tiene que asistir a consultas médicas en otro sitio distante a su centro de salud de atención habitual, hay un incremento importante en sus gastos en promedio de 68.453 pesos colombianos (COP \$) además de una pérdida de ingresos promedio de COP \$ 36.360. Estos costos adicionales y no médicos corresponden a los servicios de alojamiento, alimentación, transporte, entre otros, y son parte de lo que consideramos como gasto de bolsillo (un concepto amplio que no se limita solamente a gastos médicos).

Conforme resolución de la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS de 2010 sobre la importancia de atender a la EC en el primer nivel de atención, un tratamiento cercano al lugar de la vivienda del paciente le ahorraría tiempo y costos de desplazamiento, además de permitir una indicación oportuna del tratamiento y la reducción de los pasos administrativos, mejorando la adherencia al seguimiento y control del paciente evitando así las posibles pérdidas y abandonos.



Gasto de bolsillo

El régimen de salud para los pacientes que viven con EC es principalmente subsidiado, lo que indica normalmente una población de elevada vulnerabilidad económica y social. El estudio muestra que más de la mitad del gasto de bolsillo esta generado por los costos de alimentación, transporte y acomodación para el tratamiento de la enfermedad y de sus complicaciones, **ya que el servicio no llega a las estructuras de salud cercanas a su hogar.**

Chagas afecta principalmente a las personas más vulnerables perpetuando el ciclo de la pobreza:

- Encuesta realizada en **2020 –2021** con **91 pacientes** de los departamentos de Santander (Municipio de Mogotes) y Boyacá (Municipio de Soatá) con diagnóstico y/o en tratamiento para EC
- **82%** presentan ingresos mensuales menores de COP **\$200.000**
- **51%** con un ingreso diario menor de **COP \$10.000**
- **54%** no trabaja y **33%** tiene un trabajo informal



De los pacientes atendidos, el 69% fue remitido a un hospital de mayor nivel de complejidad para su atención. En este caso, la mayoría requirió la utilización de bus (58%) para acceder al hospital de referencia, lo que resultó en una mayor inversión de tiempo en el transporte (más de 4 horas para 47% de los remitidos) y un consecuente aumento en el costo del desplazamiento (con un promedio de COP \$ 68.453), además de un incremento en el tiempo de permanencia en el centro de salud.

Es necesario que el sistema de salud pueda garantizar que los pacientes con enfermedades crónicas accedan a una atención integral en unidades de salud cercanas a su domicilio, asegurando la adherencia y continuidad del tratamiento. Una ruta integral para la EC que no promueva la atención en el primer nivel, está indefectiblemente condenada al fracaso, porque no facilita la atención de los pacientes, ni mejora la cobertura.

Gasto de Bolsillo - cuadro comparativo atención primer nivel y prestador complementario

Variables	Prestador de nivel I	Prestador complementario	Diferencia
 Tiempo de desplazamiento	58% pierde menos de 1 hora	67% pierde más de 4 horas	4 veces más de tiempo destinado al desplazamiento
 Transporte usado \$	59% COP 12.986	 83% COP 68.453	5 veces más en transporte
 Gasto en alojamiento y alimentación	33% Sin gastos \$10.626 COP	2% Sin gastos \$57.991 COP	5.5 veces más de gasto de alojamiento y alimentación
 Pérdida de ingresos	53% no pierde ingresos COP 11.164	55% pierde ingresos COP 36.360	3 veces más pérdida de ingresos

COP: peso colombiano

¿Cuál es la situación del acceso al diagnóstico y tratamiento hoy en Colombia?

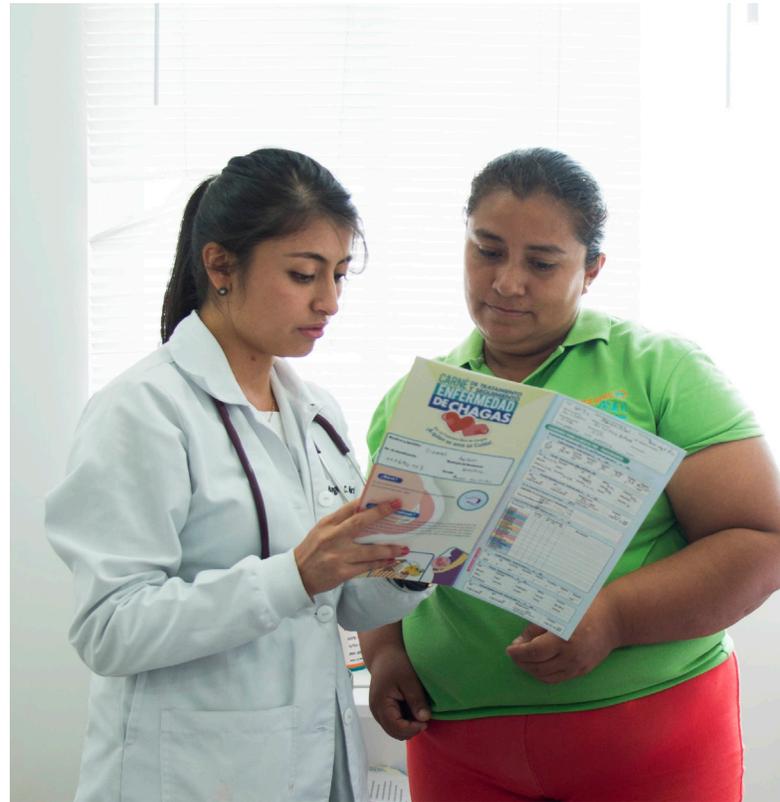
En Colombia, para el 2017 se reportó que a pesar de los esfuerzos desarrollados por el país, solamente el 1,2 % de la población en riesgo ha sido tamizada y apenas el 0,4 % de los casos esperados (tanto las personas en riesgo como las personas positivadas) recibieron tratamiento antiparasitario. La implementación de la RIAS Chagas sirve para mejorar este cuadro y su ejecución depende de las EPS.

Recientes estimaciones del Minsalud sobre acceso a tamizaje para EC en las consultas prenatales reportan bajas coberturas, incluso en zonas endémicas. En el trienio 2019 – 2021 se reportaron 978.159 gestantes a riesgo, solo el 5.1% fue tamizada para EC. En el mismo periodo de tiempo se detectaron 147 gestantes con EC, solo al 60% de los recién nacidos producto de madres con Chagas se les realizó el tamizaje. La transmisión congénita es prevenible y esta población debe ser priorizada en la implementación de la RIAS*.

La atención para las personas con EC, en su mayoría, se siguen realizando con especialistas y no el primer nivel de atención, lo que contribuye al aumento del costo de las consultas médicas y de los exámenes que son solicitados. Adicionalmente, algunos de los exámenes de laboratorio necesarios para iniciar el tratamiento, como pruebas hepáticas, requieren autorizaciones de las EPS, lo que genera demoras en los procesos.

El uso de pruebas diagnósticas descentralizadas y la capacitación del personal de salud sobre indicación y beneficio del tratamiento oportuno, como prevé la RIAS, son algunas de las recomendaciones urgentes que la población colombiana espera para ser implementadas desde las Entidades Promotoras de Salud e Instituciones Prestadoras de Servicios en el primer nivel de atención de todo el país.

*Referencia de implementación de la RIAS Materno Perinatal, Resolución 3280 2018. Vigencia desde 28/02/2019.



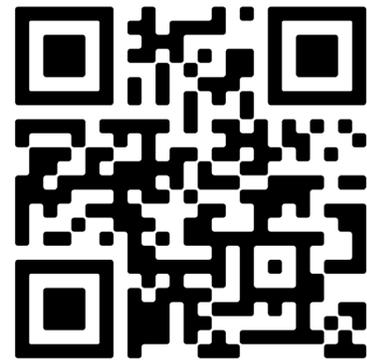
¿Que es la Ruta Integral de Atención para EC?

Desde julio 2016 el país cuenta con la Ruta de Atención Integral en Salud para la Enfermedad de Chagas que consiste en un modelo de atención simplificado para los pacientes y el personal de salud permitiendo, con la misma calidad de atención, ampliar el diagnóstico y el tratamiento de la infección por *T. cruzi*, y reducir la carga económica y social de la enfermedad sobre los pacientes, las comunidades y los sistemas de salud.

En los departamentos donde se ha implementado la nueva ruta de atención, hubo un aumento exponencial en el número de personas diagnosticadas y tratadas que padecían la EC. En comparación con la línea de base, el acceso a diagnóstico y tratamiento se multiplicó hasta 13 y 5 veces respectivamente.

Marchiol, A., Galvão, D., Herazo, R., Vera MJ. (2022)., *La ruta de atención para Chagas y su necesidad de implementación prioritaria* (Policy brief).

Para más informaciones acerca del estudio y referencias, escanea el código QR.



DNDi

Drugs for Neglected Diseases initiative
Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas

 @DNDi_Espanol

 @ndi.org

 @drugsforneglecteddiseases

www.dndial.org/es/