

Caracterización de los pacientes con lepra, de acuerdo con el estado del subsidio económico estatal, en un centro de referencia de Colombia durante el periodo 2010- 2015.

Autores

**Paula Ximena Rodríguez Morales
Ingrid Gineth González Avendaño**

Tutores

**Carlos Felipe Duran-Torres (Metodológico UR)
Martha Inírida Guerrero-Guerrero (Temático HUCDFLLA)**

Maestría en Salud Pública

**Universidad Nuestra Señora del Rosario-Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico
Lleras Acosta**



2019

Caracterización de los pacientes con lepra, de acuerdo con el estado del subsidio económico estatal, en un centro de referencia de Colombia durante el periodo 2010- 2015.

Characterization of leprosy patients, according to the state of the state economic subsidy, in a reference center of Colombia during the period 2010-2015.

Paula Ximena Rodríguez-Morales MSc^{1, 2}, Ingrid Gineth González-Avendaño MSc ^{1, 2}, Carlos Felipe Duran-Torres MSc ², Martha Inírida Guerrero-Guerrero PhD ¹

¹ Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. Bogotá Colombia.

²Universidad del Rosario, Maestría en Salud Publica. Bogotá Colombia.

Author notes:

Autor de correspondencia: Paula Ximena Rodríguez Morales, Calle 1 No 13A-61. Bogotá, Colombia. Teléfono +57 2428160 ext. 144. Email: fisioterapia@dermatologia.gov.co

Conflicto de interés: los autores declaran no tener ningún conflicto de interés con la presente investigación.

Resumen

Introducción: La lepra es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible. Teniendo en cuenta las secuelas de la enfermedad, desde el año 1961 se decretó en Colombia la entrega de un subsidio económico mensual estatal a los enfermos, con el propósito de satisfacer sus necesidades básicas y así amparar el riesgo de invalidez.

Objetivo: Comparar características sociodemográficas y clínicas en los pacientes con diagnóstico de lepra, con y sin subsidio, que asistieron al Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (HUCDFLLA) entre el 2010 y el 2015.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal analítico, a través de la revisión de historias clínicas, fichas epidemiológicas de notificación y tratamiento, y bases de datos del área de Salud Pública, que contienen la información sobre los pacientes con lepra diagnosticados y tratados entre los años 2010 y 2015.

Resultados: Para las variables sociodemográficas, solo hubo diferencia estadísticamente significativa en el análisis de método de captación del caso, en la cual se observa un diez por ciento más de probabilidad de captación del caso por demanda espontánea para los casos que reciben subsidio. Con relación las variables clínicas, todos los pacientes con subsidio completaron el esquema de tratamiento ordenado, así mismo se encontró que el número de blíster recibido en estos casos fue significativamente mayor ($p=0,049$) al de los recibidos por los pacientes sin subsidio. subsidio completaron el esquema

Conclusiones: Se evidenció que la entrega de subsidio garantiza la adherencia y terminación del tratamiento médico indicado para la lepra. El estudio analizó variables sociodemográficas y clínicas, sugiriendo aspectos positivos del subsidio, sin embargo, no es posible afirmar que este cumple con el objetivo para el cual fue creado.

Palabras Claves: Enfermedad de Lepra; enfermedad de Hansen; subsidios; programas de salud; salud pública.

Abstract

Introduction: Leprosy is a chronic, communicable infectious disease. Taking into account the aftermath of the disease, since the year 1961 was decreed in Colombia the delivery of a state monthly economic subsidy to the sick, in order to meet their basic needs and thus protect the risk of disability.

Objective: To characterize the patients with leprosy diagnosis, with and without subsidy, that attended the university Hospital Dermatological Center Federico Lleras Acosta (HUCDFLLA) between 2010 and 2015.

Materials and methods: analytical cross-sectional study, through the review of medical histories, epidemiological records of notification and treatment, and databases of the public health area, containing information on leprosy patients Diagnosed and treated between the years 2010 and 2015.

Results: For the socio-demographic variables, there was only significant statistical difference in the analysis of the method of capture of the case, in which it is observed a ten percent more probability of capture of the case by spontaneous demand for the cases that Receive subsidy. With regard to clinical variables, all patients with subsidy completed the treatment scheme ordered, and it was found that the number of blisters received in these cases was significantly higher ($P = 0.049$) to those received by patients without Subsidy. Subsidy completed the outline conclusions: it was evident that the delivery of subsidy guarantees the adherence and termination of the medical treatment indicated for leprosy. The study analyzed socio-demographic and clinical variables, suggesting positive aspects of the subsidy, however, it is not possible to say that it complies with the objective for which it was created.

Keywords: leprosy disease; Hansen's disease; Subsidies Health programs; Public health.

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen es una enfermedad infecciosa crónica, transmisible, producida por el *Mycobacterium leprae*, que afecta fundamentalmente la piel y el sistema nervioso periférico(1). La discapacidad producida es la consecuencia más grave de la lepra, tanto desde el punto de vista económico como social y humano.(2)

Desde el siglo XVIII en Colombia, el desconocimiento de esta patología hizo que la población enferma fuera aislada en los lazaretos de Caño de loro, Agua de Dios y Contratación, (1) (3) los cuales se disolvieron para el año 1961, cuando se abolió la segregación obligatoria de enfermos; años más tarde, se establecieron en estos municipios, los sanatorios especializados en el manejo de la enfermedad, dejando de ser estos lugares, espacios de reclusión para convertirse en los asilos de pacientes crónicos (4)(5). Durante el mismo año de disolución de los lazaretos, se decretó la Ley 148/61, la cual da el reconocimiento a los enfermos de lepra y los curados sociales (enfermos no contagiosos), el derecho a recibir un subsidio mensual con los propósitos de satisfacer las necesidades básicas de los enfermos de lepra cuando no tuvieren otro tipo de ingresos y de esta forma amparar el riesgo de invalidez propio de este bacilo.(6)

El subsidio decretado por la Ley 148/61, se ha regulado a través de los años y es entregado por intermedio de los sanatorios de Agua de Dios y Contratación. Actualmente para acceder al mismo, no resulta suficiente acreditar la sola condición de la enfermedad, sino que es necesario que la misma se encuentre en un estado avanzado y que como consecuencia de ello, genere limitaciones para la realización de labores manuales o para el desarrollo de la función locomotriz. (7)

La importancia de la lepra como enfermedad de interés en salud pública, es la afectación en la calidad de vida de las personas que la padecen, ya que puede llevar al individuo a la discapacidad física haciendo difícil la práctica de las actividades habituales de la vida diaria, así como la actividad laboral para poder tener un ingreso económico regular, lo que a su vez afecta el nivel socioeconómico de la persona que la sufre y de su familia.

El Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta (HUCDFLLA), es centro de referencia en la asistencia médica e investigación a personas con enfermedades de piel, en especial en lepra (8). Por todo lo anterior, esta investigación está encaminada a comparar algunas características de sociodemográficas y clínicas, en los pacientes que reciben subsidio por enfermedad de lepra, y comparar dichas características en los pacientes que no reciben subsidio con el fin de caracterizar esta población.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de corte transversal analítico, mediante la revisión de historias clínicas, fichas de tratamiento individual de la organización panamericana de la salud (OPS), fichas de notificación obligatoria al Sistema de Vigilancia en Salud Pública de Colombia (SIVIGILA) y las bases de datos del área de Salud Pública del HUCDFLLA de los pacientes diagnosticados, remitidos y tratados para lepra desde el año 2010 al 2015.

Los criterios de inclusión corresponden a los pacientes que consultaron al HUCDFLLA entre los años 2010 y 2015 diagnosticados con lepra y notificados (nuevos, recuperados por abandono y recidiva) al SIVIGILA mediante la ficha correspondiente de acuerdo con el protocolo de vigilancia en salud pública del Instituto Nacional de Salud Colombiano (INS) (2) (9) y de cuyo tratamiento se inició y llevo a cabo en el Centro durante estos años. Estos pacientes debían contar con historia clínica, ficha de tratamiento individual de la OPS, ficha de notificación obligatoria al SIVIGILA y debían estar incluidos en la base de datos de los programas del área de salud pública de la institución.

Con los datos recolectados, se construyó una base de datos y se realizó la codificación de las variables de interés, En el **Anexo 1** se muestra la operacionalización de las variables incluidas en el presente estudio (**Anexo 1**).

Finalmente se analizaron los datos obtenidos para caracterizar las variables sociodemográficas y clínicas encontradas en la población objeto de estudio con y sin subsidio, para esta patología.

La variable de ocupación, se definió agrupando los pacientes en categorías de aquellos que tienen una actividad laboral remunerada y no remunerada, independiente de la formalidad de esta (es decir de la vinculación laboral vigente según el Ministerio de Trabajo de Colombia), lo anterior dado que registraron ocupaciones como comerciante, agricultor, hogar, auxiliar de bodega, auxiliar de enfermería, personal de oficios varios, vendedor etc., sin embargo se desconoce la modalidad de vinculación laboral de dichas actividades.

Con relación a la variable clínica “meses de tratamiento”, se tuvo en cuenta la duración del tratamiento recomendada por la OMS, que a partir de 1997 sugirió 12 blíster de tratamiento en 12 a 18 meses para los casos multibacilares (MB) y 6 blíster de tratamiento en 6 a 9 meses para los casos paucibacilares (PB)(10)(11).

Respecto a la regularidad del tratamiento se usó la definición dispuesta en la guía de atención de la lepra del Ministerio de la Protección Social de Colombia (MPS) que indica que el tratamiento regular corresponde a los pacientes que acuden mensualmente a recibir los medicamentos supervisados y toma

puntualmente los autoadministrados, para los pacientes PB los que reciben las seis dosis en máximo nueve meses y para los pacientes MB las doce dosis en dieciocho meses máximo, ya sea que las dosis se reciban o no consecutivamente. A este esquema de tratamiento la guía lo considera como tratamiento estándar. (12)

Los pacientes, se clasificaron en: tratamiento regular e irregular, tratamiento terminado o no terminado, tratamiento estándar, doble estándar y mayor que doble estándar, a partir de las definiciones de la guía, según el número de blíster recibidos. Se creo una categoría adicional en la cual se consideró que hubo un esquema de tratamiento sin ningún tipo de estándar, pero que completaron las dosis del tratamiento recomendado por la OMS, es decir aquellos pacientes que tomaron 15-20-18 blíster en el caso MB o 7-8-9-10 blíster en los casos PB.

El grado de discapacidad fue evaluado según lo definido por la OMS en 1961.(13)

Análisis Estadístico

Se llevó a cabo un análisis univariado para las variables cualitativas, con determinación de las frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas primero se realizó las pruebas de Shapiro-Wilk, para determinar la distribución, utilizando posteriormente la medida de tendencia central correspondiente.

Después, se realizó un análisis bivariado mediante la prueba de Chi cuadrado de Mantel-Haenszel, para la comparación simple de los grupos. Se define una $p < 0,05$ como un resultado estadísticamente significativo.

Para la comparación de los grupos con y sin subsidio se realizó evaluación comparación de proporciones (OR). Se define una $p < 0,05$ como un resultado estadísticamente significativo.

Consideraciones Éticas

El proyecto está concebido de acuerdo con las consideraciones contenidas en la Declaración de Helsinki. Este proyecto de investigación no incluye experimentación con animales ni seres humanos, sin embargo, de igual forma, no reviste ningún riesgo para la salud y/o integridad emocional, física o mental de los pacientes, dado que es una revisión de los documentos de historia clínica, fichas de notificación y bases de datos de Salud Pública del HUCDFLLA, con datos anonimizados. El diseño metodológico del estudio cumple con los lineamientos de la normatividad colombiana expuestos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud para el desarrollo de la actividad investigativa en salud. Es una investigación sin riesgo según lo define el artículo 11 de la mencionada resolución pues no implica la interacción con

pacientes en ninguno de los procedimientos requeridos y cuya aprobación fue realizada por el CEI-CDFLLA

Resultados

En la **figura 1**, se observa el flujograma para la selección de la población objeto del presente análisis. Durante el periodo de estudio, 150 pacientes se notificaron e iniciaron tratamiento en el HUCDFLLA. La caracterización de las variables sociodemográfica, en relación con la presencia o no de subsidio, se observan en la **Cuadro 1**.

En este periodo, no se reportaron casos de lepra entre pacientes menores de 15 años, y la edad mínima de presentación de la enfermedad en la cohorte total de pacientes fue de 20 años. La mediana de la edad en los pacientes que reciben subsidios fue de 50,3 años con un rango intercuartílico de 17, en comparación con los pacientes que no reciben subsidio cuya mediana de edad fue de 49,8 años con un rango intercuartílico de 13. Con respecto a esta variable y mediante el análisis de diferencia de medias se encontró que no existe diferencia entre los grupos que reciben subsidio versus los que no reciben subsidio.

Entre las variables sociodemográficas, se encontró una proporción de casos en hombres ligeramente mayor que en el grupo femenino, con una razón de **1,4:1**.

En relación con la etnia de los pacientes, tan solo un caso fue reportado como afrodescendiente y dicho caso recibe subsidio. El 10% de los casos de la cohorte no registraron este dato y el restante de los casos fue clasificado con etnia de “otros”.

En lo referente a los grupos poblacionales especiales se reportaron tres personas privadas de la libertad, siendo dos de ellas receptoras del subsidio. Se reportó también una persona desplazada y dos personas víctimas de la violencia armada y entre estos últimos, solo uno recibe subsidio.

Entre las ocupaciones remuneradas se reporta la agricultura y las ventas como principales actividades laborales, hecho que resulta coherente con la principal procedencia de los pacientes que fueron los municipios de Cundinamarca y Tolima. Otras ocupaciones incluyeron auxiliar de bodega, vigilante, oficios varios, también existe un 8% que son técnicos y/o profesionales.

El método de captación de los casos fue principalmente por demanda espontanea, en los dos grupos y existe una diferencia estadísticamente significativa en esta variable ($p=0,05$). En el grupo de pacientes que reciben subsidio, existe un diez por ciento más probabilidad de captación de los enfermos por este método, que, mediante la evaluación de convivientes o la remisión de casos, en comparación con el otro grupo.

Se evidencia una probabilidad dos veces mayor de recuperar los casos de lepra que habían abandonado el tratamiento entre los pacientes que reciben subsidio que entre los pacientes que no lo reciben, con una relación estadísticamente significativa.

De acuerdo con el lugar de procedencia del caso, los pacientes fueron provenientes de 10 departamentos distintos; el 62,6% de los casos provienen del departamento de Cundinamarca y el 16% del departamento de Tolima, además, se recibió un caso proveniente del extranjero (Panamá), tal como se muestra en **la figura 2**.

La figura 3 muestra los resultados de la evaluación de discapacidad al ingreso, control y egreso.

Entre los pacientes que reciben subsidio, 3 pacientes que mostraron grado cero de discapacidad al inicio de tratamiento, pasaron a grado uno y dos de discapacidad, cuando finalizaron el mismo, entre los pacientes que no reciben subsidio, solo un paciente paso de discapacidad grado cero a discapacidad grado uno, no se reportaron pacientes que al finalizar el tratamiento su grado de discapacidad fuera menor. Dos pacientes estaban sin dato en la evolución de discapacidad final. Sin embargo, no hay diferencia significativa entre el grado de discapacidad al ingreso versus el egreso ($p=0,421$) (**Cuadro 2**)

(**Cuadro 2**) Se encontró más demora para realizar el diagnóstico, entre los pacientes que reciben subsidio frente a los que no reciben y esta diferencia fue significativa ($p= 0,034$)

El promedio de tiempo para la cohorte, entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico fue de 30.5 meses, con una mediana de 17 meses y el rango intercuartílico de 8.

Se encontró que hay dos veces más probabilidad de recibir un esquema de tratamiento mayor al doble del estándar entre los pacientes con subsidio, comparados con los que no reciben subsidio y este hallazgo fue estadísticamente significativo ($p=0,049$).

Mediante el análisis de diferencia de medias del número de blíster recibidos, se confirmó que los pacientes con subsidio recibieron un número de blisters significativamente mayor ($p= 0,00008$) a los recibidos por los pacientes sin subsidio.

En el mismo sentido, la proporción de pacientes con tratamiento MB-OMS fue significativamente mayor entre el grupo de pacientes que reciben subsidio frente al que no recibe subsidio ($p=0,027$).

Discusión

A pesar de que el HUCDFLLA es un centro de referencia a escala nacional, durante el periodo del estudio 2010-2015, no se reportaron casos nuevos de lepra en pacientes menores de edad. En el centro, los casos de menores de edad han sido pacientes cuyo diagnóstico e inicio del tratamiento se hizo en fecha anterior

o posterior a la presente cohorte; no obstante, según el Registro Epidemiológico Semanal (WER) de la OMS (12), en Colombia se presentaron tan solo en un año, 13 casos nuevos de lepra en menores de edad, de los cuales 2 ya presentaba discapacidad grado 2. De igual forma, el informe quincenal epidemiológico Nacional reporta que durante el periodo el 2012-2014 se presentaron nueve casos nuevos de lepra en niños(13). Estos hallazgos y discrepancias muestran que las barreras de acceso al diagnóstico oportuno se acrecientan sobre todo en las regiones periféricas del país, ya que el centro está localizado en Bogotá que es la ciudad capital del país con mayor disponibilidad de recursos y herramientas para esta enfermedad; también nos subraya la importancia de contar con tecnologías modernas como lo es la teledermatología que faciliten la captación y diagnóstico oportuno de estos casos. Al observar la distribución etaria de los casos notamos que la población económicamente activa (>12 años en zona urbana y >10 años en zona rural) según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística de Colombia (DANE) (14) es la más afectada por la lepra, este resultado es similar al del estudio de Guerrero y colaboradores (15), quienes evaluaron una cohorte de pacientes de 10 años durante el 2000 a 2010 en este mismo centro.

Dado que el análisis de la variable sociodemográfica de etnia reporta solo un caso clasificado como afrodescendiente, se sugiere que los profesionales de la salud no ven relevante el registro de esta variable, aunque sea obligatoria en las fichas de notificación del SIVIGILA y en las fichas de tratamiento de la OPS.

El tiempo que transcurre entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico de la enfermedad sigue demostrando las deficiencias en el Sistema de Seguridad Social en Salud de Colombia SGSSS, tal y como lo indicó Guerrero y colaboradores previamente (16), por otra parte se observó que la demanda espontánea es la principal forma de detección de los casos, es decir que hacer el diagnóstico depende del nivel de conocimiento de los síntomas por parte de los pacientes y de la comunidad. Este hallazgo hace que crezca la necesidad de redireccionar los programas de control, en cuanto a la búsqueda activa de nuevos casos, no sólo realizando evaluación de los contactos de casos antiguos, sino entre sus vecinos y sus contactos sociales, como se viene proponiendo desde hace años en este centro y en otros centros del país(10)(16).

Las actividades que se clasificaron dentro de las ocupaciones no remuneradas que realizan los pacientes, fueron “hogar” y “desempleo” en 49 pacientes de los cuales solo el 40.8% reciben subsidio, hecho que al parecer sería poco justo frente al grupo de pacientes que tienen actividades remuneradas y sin embargo reciben subsidio económico estatal y por otra parte se cuestionaría si cumplen los requisitos para recibir este subsidio.

En lo referente a la “regularidad de tratamiento” se evidencia que el 72,92% de los casos que reciben subsidio realizaron tratamiento regular, y no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,418$) entre los dos grupos con relación a esta variable.

En cuanto a las “dosis administradas de tratamiento”, se observó que entre los casos que reciben subsidio fue mayor que en los que no lo reciben mostrando un número de dosis mayor del doble del tratamiento estándar recomendado por la OMS, probabilidad que fue 2,22 veces mayor y que es explicado porque en este grupo existen mayor número de casos MB, por la persistencia de síntomas y por el resultado de baciloscopias positivas.

Con relación al desenlace del tratamiento se vio que los pacientes que reciben subsidio lo terminaron conforme la indicación médica, caso contrario en el grupo de pacientes que no reciben subsidio en donde hubo 11 pacientes que no terminaron tratamiento, dos por fallecimiento y 8 por abandono. Este hallazgo muestra que el subsidio económico estatal constituye un factor de adherencia al tratamiento

La evaluación del grado de discapacidad en el presente estudio devela que una gran proporción de los pacientes presentan el grado cero de discapacidad, en el momento del diagnóstico, es decir la mayoría de ellos no tienen discapacidad, no obstante, el 26% de ellos reciben subsidio. Para el año 2018 según datos oficiales del Ministerio de la Protección Social en Colombia, el 34,4% del total de pacientes reportados en este año representan discapacidad grado 1 y 2 (17) mientras que en nuestra cohorte esta proporción fue del 29%.

Por otra parte, se observó que tan solo el 78.6% de los pacientes clasificados con discapacidad grado 2, y el 31% de los pacientes clasificados con discapacidad grado 1 al ingreso del tratamiento, son pacientes que reciben el subsidio económico estatal, lo cual no garantiza que la población con mayor dificultad funcional, este recibiendo la ayuda del gobierno para su manutención, lo que les está causando trastornos tanto en su vida social como laboral. En general solo el 46,5% de los pacientes con discapacidad grado 1 y 2 tienen este subsidio, aunque al evaluar estas proporciones al egreso del tratamiento el 54.4% de los pacientes con discapacidad grado 1 y 2 lo reciben, cambio que no es significativo.

Específicamente, en relación con los pacientes en los que se aumentó el grado de discapacidad entre el ingreso y el final del tratamiento, este cambio no fue estadísticamente significativo ($p=0,421$) Cuadro 2, sin embargo, se puede pensar que dicho incremento está relacionado con la presentación y severidad de las leproreacciones que los pacientes padecen durante el tratamiento, evento que debe ser objeto de otro estudio puntual.

En Colombia existen 2 formas de afiliación al sistema de salud, mediante el denominado régimen subsidiado y el régimen contributivo, a este último se incorporan todas las personas que cuentan con un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados o jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago que hacen un aporte mensual o cotización al sistema (18). En el presente trabajo, llama la atención que 17 pacientes que reciben subsidio económico estatal se encuentran afiliados al régimen contributivo en el sistema general de seguridad social en salud colombiano, hecho que indica que esta población cuenta con capacidad de pago porque están vinculadas laboralmente. Del mismo modo, 25 pacientes de este mismo grupo registraron tener una ocupación laboral remunerada, lo cual evidencia algunas inconsistencias en los requisitos vigentes que reglamentan la obtención del derecho al subsidio económico estatal, que entre otros, incluye “encontrarse en un estado avanzado de invalidez o incapacidad física y que como consecuencia de ello, genere limitaciones para la realización de labores manuales o para el desarrollo de la función locomotriz(6) condición real de invalidez de los pacientes que les impediría vincularse laboralmente.

Dentro de la población se determinó que solo 48 pacientes de los 150 casos registrados como atendidos en el HUCDFLLA reciben subsidio, de los cuales solo 14 cumplen con la categoría de discapacidad severa, los otros pacientes se encuentran en grado cero (sin discapacidad) y en grado uno, lo cual evidencia que en la actualidad los subsidios se entregan y/o mantienen independiente de que los pacientes presenten estado avanzado de invalidez o incapacidad física como lo indica la normatividad.

En la presente caracterización se pudo evidenciar tangencialmente algunas de las bondades del subsidio económico estatal que se entrega a los pacientes con lepra en Colombia, entre los cuales está el estímulo a la adherencia al tratamiento con la consecuente disminución del abandono, de igual manera se evidencia que una mayor proporción de los casos más demorados en diagnosticar, más difíciles de manejar, y más importantes epidemiológicamente (MB) así como los que requirieron tratamientos más largos, fueron los pacientes que recibieron el subsidio.

Dado que la caracterización de los pacientes realizada en este estudio incluyó principalmente variables sociodemográficas y clínicas no permite emitir concepto sobre el cumplimiento del propósito por el cual fue creado el subsidio económico estatal que pretendía satisfacer las necesidades básicas de los enfermos de lepra cuando no tuvieran otro tipo de ingresos (6) y de esta manera mejorar su calidad de vida.

Por lo tanto, se encuentra importante realizar nuevos estudios que incluyan variables que se relacionen con calidad de vida, para conocer qué tan efectiva es esta ayuda y si la misma disminuye la probabilidad de terminar en discapacidades grado 2. También se considera importante realizar el seguimiento de estos pacientes en las etapas posteriores a la aprobación del subsidio, puesto que después de salir como paciente

curado del programa de control de lepra, no existe seguimiento de los casos, por parte de las entidades de salud.

Referencias

1. World Health Organization. Global Strategy for Further Reducing the Leprosy Burden and Sustaining Leprosy Control Activities. *Lepr Rev.* 2006;77:IX, X, 1-50.
2. Instituto nacional de salud. Plan estrategico Colombia para aliviar la carga y sostener las actividades de control de lepra 2010-2015. 2010. 38 p.
3. Armando SH, Contexto EL, La NDE. EL LAZARETO DE CAÑO DE LORO , BAHIA DE THE PESTHOUSE IN CAÑO DE LORO , CARTAGENA BAY ,. 2011;338–48.
4. Nova J, Sánchez G. Reacciones por lepra en un centro de referencia nacional en Colombia. *Biomédica.* 2012;33(1):99–106.
5. Archivos de la Fonoteca: acciones que el gobierno de Guillermo León Valencia (1962-1966) adelanto frente a esta enfermedad Señal Colombia. La discapacidad por Hansen: entre el estigma y la soledad | Señal Memoria [Internet]. señal Colombia . 2014 [citado 3 de octubre de 2018]. p. 1. Disponible en: <https://www.senalmemoria.co/articulos/la-discapacidad-por-hansen-entre-el-estigma-y-la-soledad>
6. COLOMBIA C DE. Congreso De Colombia. 2007;30(OCTUBRE,3):1–2.
7. sentencia T-860/14. REGULACION JURIDICA DEL SUBSIDIO DE TRATAMIENTO PARA LOS ENFERMOS DE LEPROA-Asignación [Internet]. Corte Constitucional. 2014 [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2014/T-860-14.htm>
8. Colombia C de. LEY 380 de 1997 julio 10 Diario Oficial No 43.083,de 14 de julio de 1997. 2018;2017–8.
9. Pérez SF. Protocolo de Vigilancia En Salud Pública LEPROA Código: 450. Intituto Nac Salud. 2017;
10. Buitrago MT, Casallas AL, Ortiz SP. Perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes con lepra atendidos en el Hospital San Salvador de Chiquinquirá, Boyacá, durante el periodo 1951-

1999. Rev Ciencias la Salud. 2003;1(1):13–44.
11. Salud MDE. Consenso sobre prevención, diagnóstico y tratamiento de la lepra autoridades. 2016;1–53.
 12. Faizal M. Guía de atención de la lepra. Programa Apoyo a la Reforma Salud/PARS • Minist la Protección Soc. 2005;1–52.
 13. Viana L da S, Aguiar MIF de, Vasconcelos PF de, Aquino DMC de. El aspecto físico y las repercusiones en la calidad de vida y autonomía de personas mayores afectadas por la lepra TT - Aspecto físico e as repercussões na qualidade de vida e autonomia de idosos afetados por hanseníase TT - Physical appearance and repe. Enferm glob. 2017;16(46):336–48.
 14. Rafael A, Carey C. Situación epidemiológica de lepra, Colombia, 2012 a 2014..... 22. 2014.
 15. Nacional T. Boletín Técnico DANE. 2016.
 16. Guerrero Martha Inírida, Muvdi Sandra, León Clara Inés. Retraso en el diagnóstico de lepra como factor pronóstico de discapaci -dad en una cohorte de pacientes en Colombia, 2000–2010. Rev Panam Salud Publica. 2013;33(2):137–43.
 17. Guerrero Martha Inírida. Vigilancia epidemiológica de lepra aplicable a sitios de baja prevalencia: una necesidad vigente. Open Forum Infect Dis. 2016;3(2):13–4.
 18. TORRES DO. Revista Colombiana de Antropología. Rev Colomb Antropol. 2004;Volumen 40:362–7.
 19. Corte L, Reguladores P, Procesos C De, Decision M. Sentencia T-860/14 REGULACION JURIDICA DEL SUBSIDIO DE TRATAMIENTO PARA LOS ENFERMOS DE LEPRASignación. 2018;1–21.

Anexo 1. Operacionalización de las variables del estudio

Nombre	Definición operativa	Nivel de medición	Naturaleza	Escala de medición	Unidad de medición
1. Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Razón	Número de años cumplidos al momento del ingreso o egreso.
2. Género	Conjunto de características no biológicas asignadas a hombres y mujeres	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Femenino (1) Masculino (2)
3. Etnia	Pertenencia Étnica	Cualitativa	Politómica	Nominal	Afro (0) Otro (1) Sin dato (99)
4. Grupos Poblacionales	Tipo de población especial, según ficha de notificación SIVIGILA y ficha de tratamiento OPS.	Cualitativa	Politómica	Nominal	Otros (0) Desplazado (1) Privado de la libertad (2) Víctima del conflicto armado. (3)
5. Departamento de procedencia	Procedencia del paciente	Cualitativa	Politómica	Nominal	Boyacá (1) Caquetá (2) Casanare (3) Cundinamarca (4) Huila (5) Magdalena (6) Meta (7) Norte de Santander (8) Extranjero (9) Santander (10) Tolima (11)

6. Fuente de contagio conocida	Si hay conciencia de la fuente de contagio	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Fuente de contagio conocido (1) Fuente de contagio desconocido (2)
7. Ocupación	pacientes que tienen una actividad laboral remunerada y no remunerada, independiente de la formalidad de esta.	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Con Ocupación (1) Sin Ocupación (2) Sin dato (99)
8. Grado de contacto	Si es conocida que grado de consanguinidad de la fuente de contacto	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Primer grado (1) Segundo Grado (2) Otros (3) No aplica (99)
9. inscripción previa en el programa	Para conocer si tuvo medicación previa	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Inscrito en otro municipio (1) No inscrito en otro municipio (2)
10. Lugar de inscripción previa del programa	Lugar donde previamente se había inscrito al programa	Cualitativa	Politómica	Nominal	Cundinamarca (1) Tolima (2) Casanare (3) Huila (4) Boyacá (5) Norte de Santander (6) Meta (7) Bogotá (8) Santander (9) No aplica (99)
11. Causa de salida	Cual fue la razón por la cual no continuó tratamiento en el municipio donde estaba inscrito previamente	Cualitativa	Politómica	Nominal	Abandono (1) Curación (2) Remisión y/o traslado (3) Sin información (99) No aplica (0)

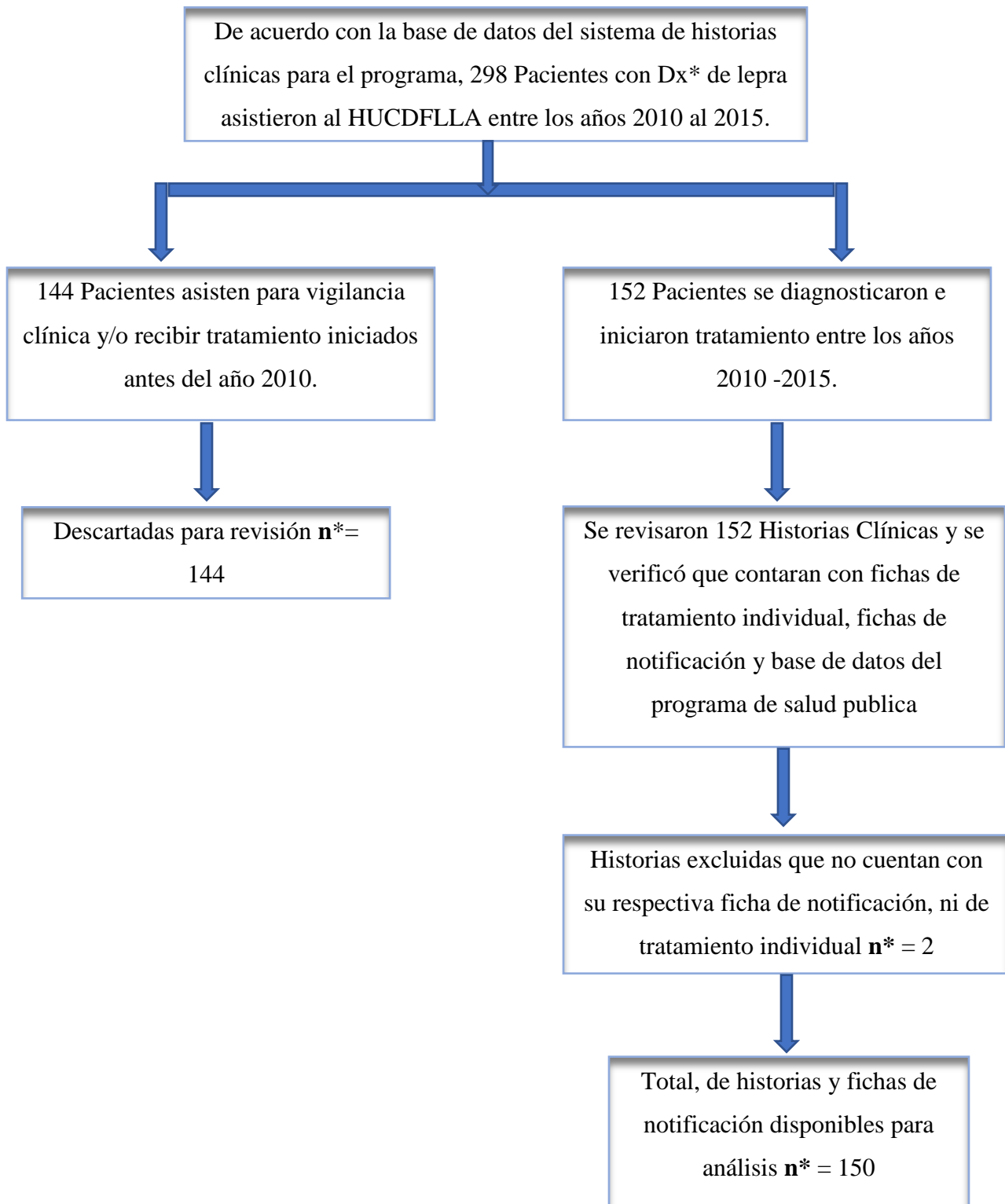
12. Meses desde el registro anterior	Número de meses desde el registro anterior hasta la fecha de la primera consulta en el HUCDFLLA	Cuantitativa	Politómica	Nominal	Sin registro en año anterior: (0) Sin información: (99). < 24 MESES: (1) 25-48 MESES: (2) 26-72 MESES: (3) >73 MESES: (4)
13. Notificado como	La forma en como fue notificado al SIVIGILA y se ingresó al programa	Cualitativa	Politómica	Nominal	Nuevo (1) Recidiva (2) Recuperado por abandono (3)
14. Método de diagnóstico	Cual fue la forma en como el caso llego a la institución.	Cualitativa	Politómica	Nominal	Demanda espontanea (1) Convivientes (2) Remisión (3) Sin información (99)
15. Subsidio	Si es un paciente que recibe la ayuda económica del estado	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Sin subsidio (1) con subsidio (2)
16. Régimen salud	El régimen de salud al cual el paciente está afiliado.	Cualitativa	Politómica	Nominal	Régimen subsidiado (1) Régimen contributivo (2) Régimen especial(3) sin afiliación (4)
17. Meses síntomas numeral	Tiempo en meses desde los síntomas hasta la fecha consulta.	Cuantitativa	Discreta	Razón	Número de meses desde los síntomas hasta la consulta
18. discapacidad ingreso	El grado de discapacidad que se identificó cuando el paciente ingreso al programa.	Cualitativa	Politómica	Ordinal	grado 0 grado 1 grado 2 sin información 99

19. discapacidad control	El grado de discapacidad que se identificó durante la duración del tratamiento.	Cualitativa	Politómica	Ordinal	grado 0 grado 1 grado 2 sin información 99
20. discapacidad Egreso	El grado de discapacidad que se identificó cuando el paciente finalizo tratamiento.	Cualitativa	Politómica	Ordinal	grado 0 grado 1 grado 2 sin información 99
21. Forma de toma de tratamiento	Define si el tratamiento formulado fue consecutivo y terminado, y después de un tiempo fue reiniciado y el caso no notificado al SIVIGILA	cualitativa	Dicotómica	Nominal	Consecutivo (1) Caso recidiva (2)
22. Regularidad del tratamiento	indica que el tratamiento regular corresponde a los pacientes que acuden mensualmente a recibir los medicamentos supervisados y toma puntualmente los autoadministrados, para los pacientes paucibaciliares los que reciben las seis dosis en máximo nueve meses y para los pacientes multibaciliares las doce dosis en dieciocho meses máximo	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Regular (0) Irregular (1) Sin dato (99)
23.Tratamiento terminado	Hace referencia a la terminación del tratamiento mínimo recomendado por la OMS cuando el tratante define que el paciente entra a vigilancia.	Cualitativa	Politómica	Nominal	No terminado por abandono (1) No terminado por fallecimiento (2) Terminado (3) Sin dato (99)

<p>24. Dosis de tratamiento administrado según el esquema recomendado por la OMS.</p>	<p>Tratamiento estándar se define a la toma de 12 blíster de tratamiento mínimo para los casos multibacilares (MB); y 6 blíster de tratamiento mínimo para los casos paucibacilares (PB)</p>	<p>Cualitativa</p>	<p>Politémica</p>	<p>Nominal</p>	<p>tratamiento estándar 12 Blíster MB y 6 blíster PB: (1).</p> <p>Tratamiento doble estándar 24 Blíster MB y 12 Blíster PB. (2)</p> <p>Tratamiento mayor que el doble estándar: > de 24 blíster MB y > de 12 meses PB. (3)</p> <p>Sin estándar: Pacientes que completaron las dosis del tratamiento recomendado por la OMS, pero adicionalmente recibieron dosis extras sin que las mismas llegaran a hacer el doble. (4)</p> <p>No terminado: Pacientes que no completaron las dosis del tratamiento recomendado por la OMS como mínimo (5)</p> <p>Sin Dato: (99)</p>
---	--	--------------------	-------------------	----------------	--

25. Numero de blíster	Número de blíster que toma el paciente desde el inicio del tratamiento hasta el egreso de este.	Cuantitativa	Discreta	Razón	Número de blíster que toma el paciente desde el inicio del tratamiento hasta el egreso de este
26. Número de meses de tratamiento al egreso	Número de meses en los que el paciente tomo tratamiento.	Cuantitativa	Discreta	Razón	Número de meses en los que el paciente tomo tratamiento.
27. Tratamiento que Inicia	Hace referencia al tipo de tratamiento que se formula según la clasificación que el clínico le da al caso.	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	multibacilar (1) paucibacilar (2)
28. Baciloscopia Ingreso	Indica si el paciente tuvo una baciloscopia	Cualitativa	Dicotómica	Nominal	Positiva (1) negativa (2)
29. Biopsia Ingreso	Hace referencia al resultado histopatológico de la biopsia tomada al paciente	Cualitativa	Politómica	Nominal	LL (1) LT (2) BB-DIMORFA (3) BL (4) BT (5) NEURAL (6) INDETERMINADA (7) SIN INFORMACION (99)
30. Clasificación Final del caso	Es la clasificación que hace el dermatólogo al finalizar la conducta	Cualitativa	Politómica	Nominal	Indeterminada (1) Boderline (2) Lepromatosa (3) Tuberculoide (4) Lepra Neural Pura (5)

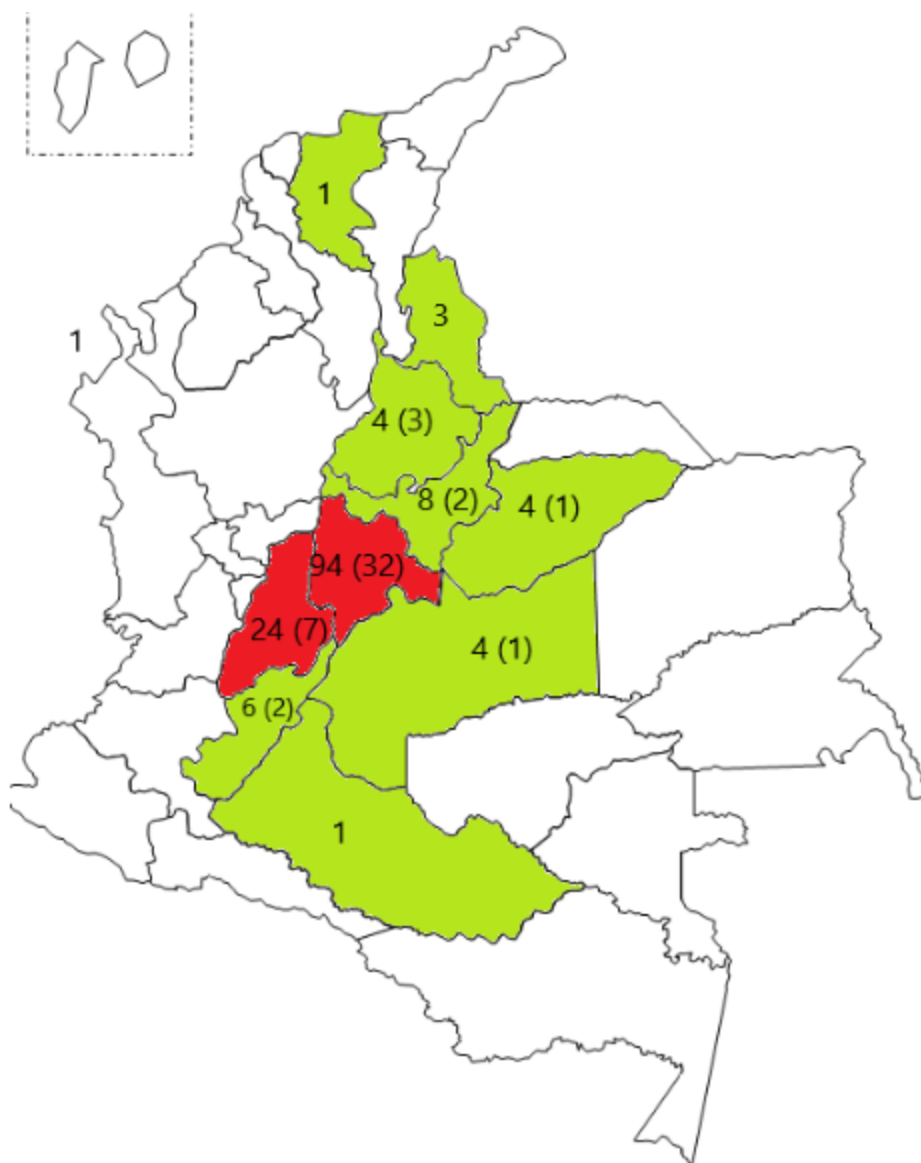
Figura 1. Flujo de recolección de datos a partir de las historias clínicas y fichas de notificación.



*(Dx): Diagnostico.

*(n): Total de números.

Figura 2. Departamento de procedencia de los pacientes incluidos en el estudio mostrando cuántos de ellos tienen subsidios.

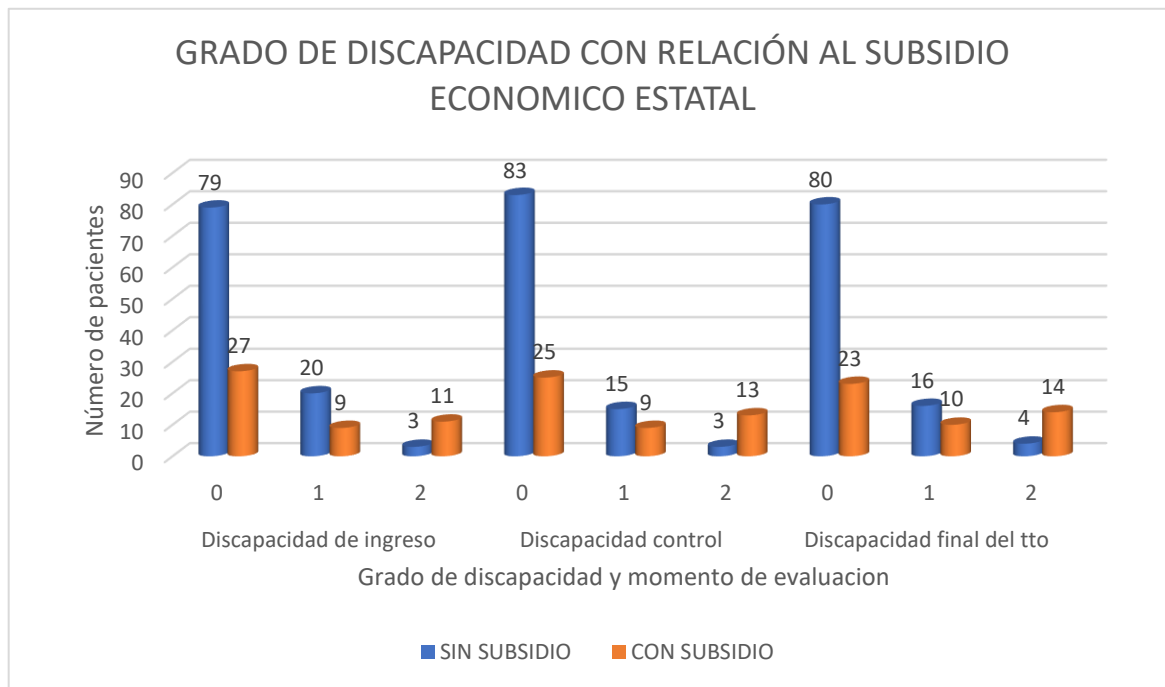


*() Número de pacientes que tienen subsidio.

● Cundinamarca y Tolima

● Otros departamentos

Figura 3. Comparación del grado de discapacidad encontrado en evaluaciones de ingreso, control y finalización de tratamiento entre pacientes con y sin subsidio económico



Cuadro 1. Variables socio demográfica según presencia o ausencia de subsidio económico estatal.

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS		CON	SIN	OR*	P*
		SUBSIDIO	SUBSIDIO		
Ocupación	Sin ocupación remunerada	20	29	1,517	0,23
	Estudiante	1	4	0,550	
	Pensionado	1	7	0,314	
	Con ocupación remunerada	25	55	1	
	sin dato	1	7	0,314	
Etnia	Otro	40	95		NA*
	Afrodescendiente	1	0		
	Sin dato	7	7		
Genero	Femenino	18	45	0,761	0,225
	Masculino	30	57		
Fuente de Contagio	Desconocido	28	66	0,8309	0,282
	Conocido	19	34		
	Sin dato	1	2		
Parentesco de la fuente de contagio	Primer Grado	13	22	1,372	0,1875
	Segundo Grado	4	5	1,857	
	Otros	2	7	0,663	
	SIN	28	65	1	
	Sin dato	1	3	0,774	
Inscripción previa en otra institución	No	35	79	0,641	0,074
	Si	12	20		
	Sin dato	1	3		
Causa del egreso de otra institución	Traslado	7	8	1,868	0,25
	Curación	3	10	0,641	
	Abandono	0	2	1,068	
	NO	37	79	1	
	Sin dato	1	3	1.068	
Caso Notificado a SIVIGILA	Nuevo	40	86	1	0,04
	Recidiva	6	14	0,920	
	Recuperado	2	2	2,150	

Método de captación	Demanda Espontanea	30	62	1	0,05
	Remisión	11	25	0,910	
	Convivientes	5	11	0,940	
	Sin dato	2	4	1,033	
Régimen de Salud	No afiliado	2	6	1,1	0,67
	Contributivo	17	56	1	
	Subsidiado	27	29	3,07	
	Especial	2	8	0,82	
	Sin dato	0	3		

***(OR): Odds Ratio**

***(P): Valor de significancia estadística**

***(NA): No aplica**

Cuadro 2. Variables clínicas según presencia o ausencia de subsidio económico estatal

VARIABLES CLINICAS		CON	SIN	OR*	P*
		SUBSIDIO	SUBSIDIO		
Meses de demora en el diagnóstico	>24 MESES	24	36	1,55	0,034
	0-24 MESES	23	66		
Blísteres recibidos según OMS	Fuera del Estándar	9	20	1,00	0,049
	Estándar	12	33	0,81	
	Doble Estándar	8	11	1,62	
	Mayor del Doble Estándar	19	19	2,22	
Regularidad del tratamiento	Irregular	13	26	1,06	0,418
	Regular	35	76		
Presencia de Discapacidad	Al Ingreso	21	23	0,87	0,421
	Al Egreso	23	19		
	Sin	4	60		
Esquema de Tratamiento según la OMS	Multibacilar	36	60	1,69	0,027
	Paucibacilares	12	42		
Baciloscopia	Negativa	16	46	1,64	0,088
	Positiva	32	56		
Resultado de la Biopsia	Indeterminada	2	4	1,00	0,681
	Boderline	23	56	0,82	
	Lepromatosa	15	31	0,97	
	Tuberculoide	3	8	0,75	
	Neural Pura	2	1	4,00	
	sin dato	3	2		
Desenlace del TTo	Abandono	0	9		NA*
	Fallecido	0	2		
	Remitido	0	8		
	Terminado	48	83		
Clasificación Clínica	Indeterminada	2	2	1,00	0,569
	Bordeline	26	61	0,43	
	Lepromatosa	14	31	0,47	

	Tuberculoide	4	7	0,57	
	Neural Pura	2	1	2,00	

***(OR): Odds Ratio**

***(P): Valor de significancia estadística**

***(NA): No aplica**