

**FUNCIONES DE RESPUESTA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EN
INSTITUCIONES DE SALUD DEL EJE CAFETERO PARA LA GESTION
INTEGRADA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE
ADULTOS QUE VIVEN CON VIH.**

Vladimir Matta Caicedo

Cod: 1703417-7680

**Trabajo de Investigación
para optar al título de Magíster en Salud Pública.**

Directora: Mónica Espinosa Arana. Mg. En Salud Pública

**Co-Director: Nicolás Ortiz Ruiz. Mg. En Salud Pública. Mg. en Ciencias
Sociales. Ph.D en Salud Colectiva**

Escuela de Salud Pública

Universidad del Valle

Maestría En Salud Pública

2021

TABLA DE CONTENIDO

1. Planteamiento del Problema.....	3
2. Estado del Arte	9
3. Marco Teórico.....	19
3.1 VIH y Envejecimiento.	19
3.2 VIH y Enfermedad Cardiovascular.	20
3.3 Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS).....	22
3.4 Integración de Servicios de Salud.	23
3.5 Capacidad Organizacional de la Salud Pública.	27
4. Objetivos.....	30
4.1. Objetivo General.....	30
4.2. Objetivos Específicos	30
5. Metodología.....	31
5.1. Tipo de Estudio.....	31
5.2. Área de Estudio	32
5.3. Definición de caso.	32
5.4. Categorías de Análisis.....	34
5.5. Recolección de la Información.....	35
5.6. Plan de Análisis	36
6. Consideraciones Éticas	38
7. Resultados.....	41
8. Discusión	96
9. Conclusiones	115
10. Bibliografía.....	122
ANEXOS	132

LISTA DE ABREVIATURAS.

ACIN	Asociación Colombiana de Infectología
ACV	Accidente Cerebrovascular
ADN	Ácido Desoxirribonucleico
AHA	American Heart Association
APS	Atención Primaria en Salud
APV	Asesoría en Prueba Voluntaria
ARV	Antirretrovirales
CAC	Cuenta de Alto Costo
CIOMS	Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
D:A:D	Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs Study
DLP	Dislipidemia
DM	Diabetes Mellitus
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficios
ECNT	Enfermedades Crónicas no Transmisibles
ECV	Enfermedad Cardiovascular
EKG	Electrocardiograma
GIRS	Gestión Integral del Riesgo en Salud
GPC	Guías de Práctica Clínica
HTA	Hipertensión Arterial
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
IETS	Instituto para la Evaluación de Tecnologías en Salud
INS	Instituto Nacional de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual

L-CD4	Linfocitos T CD4+
L-CD8	Linfocitos T CD8+
MAITE	Modelo de Acción Integral Territorial
MAPA	Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MIPRES	Mi prescripción
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública
PPD	Prueba de Tuberculina - Derivado Proteico Purificado
PVVIH	Persona o Paciente Viviendo con VIH
PyP	Promoción y Prevención
RAM	Reacciones adversas medicamentosas
RCV	Riesgo Cardiovascular
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
SGSSS	Sistema General de Seguridad Social en Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SPA	Sustancias Psicoactivas
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TBC	Tuberculosis
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

1. Planteamiento del Problema

Actualmente la epidemia del VIH viene sufriendo una transición a nivel mundial, gracias al aumento en la cobertura y disponibilidad de nuevas moléculas para el tratamiento antirretroviral (TAR) los pacientes están envejeciendo con VIH y su expectativa de vida es prácticamente la misma de la población general (1). Este nuevo panorama ha permitido observar el comportamiento de la infección por VIH en el marco de enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión (HTA) y la diabetes (DM) y los efectos adversos por uso prolongado de los medicamentos antirretrovirales. Este cambio de paradigma representa un gran desafío ya que se ha observado un incremento en la morbilidad cardiovascular de esta población y los sistemas de salud deben adaptarse para hacer frente a la situación (2–4).

La proporción de adultos que viven con VIH y son mayores de 50 años viene en aumento desde 2007; se estima que a nivel mundial hay unos 3.6 millones de personas viviendo con VIH (PVVIH) mayores de 50 años y que en países de altos ingresos éstos corresponden al 30% de todos los PVVIH; se proyecta que para 2030 esta cifra aumente al 70%, además, en los países de medianos y bajos ingresos la situación es similar, ya que se estimó que en 2012 unos 2.9 millones de PVVIH eran mayores de 50 años (5). Esto es especialmente preocupante ya que los sistemas de salud de estos países actualmente enfrentan una doble carga de enfermedad (crónicas + infecciosas) y sus recursos son limitados. Por esto es necesario que los hacedores de política pública planeen estrategias para proveer una atención adecuada. (2,5,6)

Según el informe de la Situación del VIH Sida en Colombia realizado por la Cuenta de Alto Costo (CAC), en 2017 se reportaron 82852 PVVIH de las cuales 18.454 (22.2%) eran mayores de 50 años. En reportes sucesivos de esta misma entidad, en 2018 se presentó un 24.7% y en 2019 un 23.4%. Esto refleja que Colombia no es ajena a los cambios en la demografía del VIH que se vienen observando a nivel mundial. (7–9)

Ante esta situación el sistema de salud, el personal de salud y los pacientes enfrentan nuevos retos. Entre ellos, uno de los más relevantes es el aumento en la frecuencia de enfermedad cardiovascular en este grupo poblacional. Entre las PVVIH son frecuentes los factores de riesgo cardiovascular como la obesidad, la dislipidemia, el tabaquismo y el sedentarismo que llevan a HTA y DM, además, algunos medicamentos antirretrovirales provocan lipodistrofia, redistribución de la grasa corporal y alteraciones en el perfil lipídico y el control glucémico que pueden llevar a una mayor frecuencia de eventos cardiovasculares (10,11). Diferentes estudios sugieren que estos pacientes tienen 1.5 a 2 veces más riesgo de sufrir un infarto al miocardio (IAM) o un accidente cerebro vascular (ACV) y algunos sugieren que incluso el VIH podría considerarse como un factor de riesgo cardiovascular independiente (10–14).

Bajo estas condiciones la mortalidad por eventos cardiovasculares ha superado a la mortalidad por causas asociadas al SIDA en los países desarrollados, mientras que países de medianos ingresos como Colombia, deben lidiar con una doble carga de enfermedad ya que las infecciones oportunistas aún son frecuentes, lo que genera más costos al sistema de salud (6,15). Se hace necesario entonces que el proceso de atención a esta población vaya más allá del manejo del VIH y se estructure sobre modelos integrados que incluyan una adecuada gestión del RCV mediante la implementación de estrategias preventivas, de detección temprana e intervención terapéutica (3,16,17).

Tras declarar a la salud como derecho fundamental por medio de la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015), el gobierno colombiano inició la implementación de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), cuyo objetivo es garantizar un mejor servicio de salud a la población. Para lograrlo diseñó el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), actualmente denominado Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), que comprende una serie de procesos coordinados y articulados estratégicamente, teniendo al paciente como eje central y que incluyen acciones encaminadas a generarle bienestar, detectar oportunamente sus riesgos, mantener su salud y no sólo a tratar sus enfermedades (18).

Uno de los eslabones operativos del MAITE es el componente de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Estas rutas permiten orientar y ordenar las acciones de atención integral llevadas a cabo en los territorios y lugares en donde los pacientes viven e interactúan entre sí. Su propósito es impactar su salud en forma global (18). Para ello se han priorizado 16 grupos de riesgo entre los que se incluye a la población con riesgo cardio – cerebro – vascular y metabólico y a la población con riesgo de infecciones, entre ellas VIH. Desafortunadamente las actividades e indicadores para cada grupo de riesgo son independientes y no se establecen acciones articuladoras entre ambos programas. En 2014 el Ministerio de Protección Social (MSPS) de Colombia publicó las Guías de Práctica Clínica (GPC) para la atención del VIH en adolescentes y adultos y posteriormente en 2016 y 2017 se publicaron las GPC de atención de la DM y la HTA; en ninguno de estos documentos se encuentra un capítulo que especifique acciones integradoras para ambos programas (19–21).

Recientemente, en 2019, la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN) emitió un documento de consenso de expertos para la evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en infección por VIH el cual contiene recomendaciones de manejo y abordaje específico para estas dos situaciones (13). A su vez la American Heart Association (AHA) publicó en la revista *Circulation* del mes de julio de 2019 un informe científico en el que realiza una revisión a profundidad de la evidencia disponible sobre la enfermedad cardiovascular asociada al VIH con el propósito de proporcionar recomendaciones acerca del abordaje preventivo y el manejo de las mismas (22).

Actualmente muchas de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) encargan la atención de las PVVIH a Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) especializadas, lo que se explica, por las necesidades específicas de recurso humano y técnico que se requieren para dicho proceso. Sin embargo, vale decir que, aunque esto propende por facilitar el logro de las metas clínicas, el buen uso de los medicamentos antirretrovirales (ARV), la atención confidencial y la reducción de la morbilidad asociada a SIDA, también da pie a la fragmentación de la

prestación de los servicios dejando una brecha entre éstas y las IPS básicas que se encargan de atender las demás necesidades de los pacientes incluido el programa de riesgo cardiovascular (RCV).

Incluir en la agenda institucional de los programas de VIH la necesidad de hacer una gestión integral del RCV en PVVIH, es de vital importancia en el momento actual de transición epidemiológica. La implementación de estrategias de tipo preventivo con miras a la mejora de los hábitos y estilos de vida, el uso de herramientas adecuadas para la calificación y estatificación del RCV, el ajuste de los esquemas de TAR según el riesgo cardiovascular individual, el manejo adecuado de condiciones frecuentemente asociadas como la dislipidemia y el monitoreo y seguimiento adecuados son esenciales (1,13,16,22).

En nuestro medio los procesos de atención en los programas de VIH se enfocan principalmente en el control de la infección y en la prevención de complicaciones causadas por infecciones oportunistas. Hasta donde se tiene conocimiento, no se encuentran publicados estudios o investigaciones a nivel nacional, diferentes al ya citado de la ACIN, que se aproximen al riesgo cardiovascular de las PVVIH y a modelos de atención y gerenciamiento integrado de ambas condiciones al interior de las IPS especializadas.

Actualmente se desconoce cómo se está atendiendo el riesgo cardiovascular a esta población en los municipios de Pereira y Manizales y de qué forma se integran los servicios prestados en los programas de VIH y Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT); este conocimiento permitiría identificar las barreras y facilitadores actuales en los procesos institucionales y aportar a la construcción de un modelo de atención integrada. Por lo anterior con este trabajo de investigación se plantea identificar estos elementos y responder a la pregunta ¿Cuáles son las funciones de respuesta y la capacidad organizacional para la gestión integrada de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes adultos que viven con VIH atendidos en instituciones prestadoras de servicios de salud especializadas del Eje Cafetero en 2020?

2. Estado del Arte

Se realizó una búsqueda en las bases de datos PubMed, Scielo, Embase, Lilacs y Scopus, utilizando la metodología PICO. Las palabras clave que aportaron los resultados más específicos fueron: HIV, AIDS, cardiovascular risk, cardiovascular disease, chronic disease, risk management, risk assessment, health service*, chronic care y self management. La búsqueda inicial se limitó a estudios publicados en los últimos 5 años y posteriormente se incluyeron estudios de años previos citados en los primeros y que se consideraron por su gran relevancia y trascendencia. Se incluyeron revisiones sistemáticas, meta-análisis y estudios de cohorte.

La gran mayoría de los estudios encontrados provienen de Norteamérica y Europa y abordan todo el espectro de la temática objeto de este trabajo; contrario a lo observado en estudios realizados en países de Latinoamérica y el Caribe, ya que la búsqueda arrojó resultados limitados con sólo algunos estudios descriptivos realizados en Chile, Perú y Brasil que abordan el tema de factores de RCV en pacientes con VIH y un estudio realizado en Haití que evalúa un modelo de prestación de servicios.

En cuanto a estudios realizados y publicados en Colombia, sólo se encontró un artículo que describe los factores de riesgo cardiovascular de un pequeño grupo de pacientes adultos con VIH atendidos por una EAPB en la región caribe. Adicionalmente, se revisaron publicaciones oficiales del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, el Instituto Nacional de Salud (INS), la Asociación Colombiana de Infectología y la Cuenta de Alto Costo (CAC). En la totalidad de los estudios encontrados para esta revisión los investigadores utilizaron metodologías cuantitativas.

Hace más de una década se viene publicando evidencia que relaciona un incremento en la morbilidad cardiovascular al VIH. Entre los estudios revisados, se

encontró que la gran mayoría de las revisiones sistemáticas (1–4,10,11,23) tienen como referentes 4 grandes estudios de cohorte:

- 1) El estudio de cohorte sobre el envejecimiento de los veteranos (VACS) con más de 40.000 pacientes con VIH, que inició en 1997 en Estados Unidos con el objeto de comprender el impacto general del VIH, su tratamiento y el efecto de sus comorbilidades sobre la morbilidad y mortalidad. Los datos indicaron que los PVVIH tienen un aumento del riesgo de presentar un infarto agudo del miocardio (IAM) del 48% y que en ausencia de los factores de riesgo tradicionales para RCV el VIH por sí solo duplica el riesgo de IAM. Esto no se asoció con un pobre control del VIH, ya que a pesar de tener la carga viral suprimida y el conteo de linfocitos CD4 por encima de 200 persistía un 40% de ese riesgo en los pacientes (4,11,24).
- 2) El estudio de la cohorte de VIH de Kaiser Permanente, también realizado en Estados Unidos, inició en 2009 y finalizó en 2013. Realizó seguimiento a 282.368 pacientes adultos con VIH para estimar las tasas de eventos clínicos específicos, como cáncer, enfermedad cardiovascular, infecciones oportunistas, mortalidad por todas las causas, entre otros. Los datos arrojaron que los PVVIH tienen un 50% más riesgo de presentar un IAM y encontró evidencia de que las tasas de hospitalización por cardiopatía isquémica y enfermedad coronaria son entre 2 y 6 veces más altas en esta población (23,25).
- 3) El estudio de cohorte de EuroSIDA inició en 1994 e incluye a 22.000 pacientes atendidos en 35 países europeos, Israel y Argentina. Su objetivo inicialmente era hacer seguimiento al pronóstico a largo plazo y evaluar el impacto del TAR en los PVVIH. Posteriormente, se agregaron otros objetivos, como la recolección de información acerca de eventos no asociados a SIDA y la afección de órgano blanco para encontrar factores asociados a la prevención de su ocurrencia (esto dio paso al diseño del estudio D:A:D). Shahmanesh et al. revisaron en 2016 los factores de riesgo cardiovascular tradicionales de esta cohorte encontrando que

de entrada el 18% quedaron clasificados como alto riesgo, evidenciando que en general dichos factores de riesgo son frecuentes entre los PVVIH (16,26).

- 4) El estudio D:A:D (Data collection on Adverse events of anti-HIV Drugs) es un estudio prospectivo de múltiples cohortes que inició en 1999 y su objetivo es evaluar las tasas de incidencia de IAM entre PVVIH que reciben TAR. Actualmente se encuentran en seguimiento 49.000 pacientes de 33 países de Europa, Estados Unidos y Australia. Adicionalmente, el estudio aporta información acerca de factores de riesgo cardiovascular, enfermedad renal, enfermedad hepática y cáncer y sirvió para el desarrollo de una de las pocas herramientas de cálculo del riesgo de mortalidad por enfermedad cardiovascular que tiene en cuenta factores específicos de los PVVIH como el uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) entre los que se encuentran el abacavir, indinavir y lopinavir que se han asociado a un incremento del RCV (10,27,28).

Adicionalmente se revisaron otros estudios que abordaron el tema en cohortes propias. Freiberg et al. en 2013 realizaron un estudio de cohorte retrospectivo con el objeto de identificar si la infección por VIH se asocia a un aumento del riesgo de sufrir IAM. Para ello hicieron seguimiento por un periodo promedio de 5.9 años a 82.459 pacientes e implementaron estrategias metodológicas para eliminar potenciales sesgos presentes en estudios previos. Los resultados obtenidos le permitieron al grupo investigador concluir que los PVVIH tienen un 50% más riesgo de IAM. Adicionalmente, que todos los grupos de edad presentan un incremento del riesgo estadísticamente significativo y que incluso los pacientes con CV controlada presentan un exceso de riesgo asociado (29).

En 2014 Schouten et al, publicaron el estudio de la cohorte AGEhIV que comparó en forma prospectiva la prevalencia de Enfermedad Crónica No Transmisible (ECNT) y sus factores de riesgo en dos grupos comparables de pacientes, unos con VIH en TAR y otros sin VIH, de la ciudad de Amsterdam atendidos entre 2010 y 2012; encontrando que los PVVIH presentaron una mayor prevalencia de ECNT

principalmente HTA, IAM, enfermedad arterial periférica y daño renal. Se identificó asociación con todos los factores de riesgo cardiovascular convencionales y además del VIH como factor independiente con un OR de 1.58 (IC 95% [1.23 – 2.03] $P < 0.001$). Es importante señalar que debido al tipo de estudio estos hallazgos se limitan a la asociación, pero no demuestran causalidad y los autores dejan claro que se requiere mayor estudio para determinar si el VIH actúa como un factor de riesgo adicional a los tradicionales para el desarrollo de ECNT o si incluye un rol adicional en la biología del envejecimiento del paciente. (14)

Feinstein et al. estudiaron en 2016 los patrones de mortalidad asociada a enfermedad cardiovascular (ECV) en PVVIH entre los años 1999 y 2013, basados en información obtenida de la base de datos WONDER del CDC (Center for Disease Control and Prevention), encontrando que la proporción de muertes por ECV en PVVIH pasó de 1,95% en 1999 a 4,62 % en 2013. Este incremento en la proporción de muertes por ECV en PVVIH se justifica dada la reducción en las muertes por patologías definitorias de SIDA, el mayor RCV de esta población y su envejecimiento. Aunque reconoce potenciales sesgos de información dada la fuente de los datos analizados, el equipo investigador concluye que se hace evidente la necesidad de mejorar las herramientas de predicción de RCV en PVVIH y las estrategias de prevención y gestión del riesgo (15).

Posteriormente el mismo autor, en compañía de otro grupo de investigadores publicaron en 2019 un documento que recopila la mejor evidencia disponible acerca de las ECV asociadas a VIH, con un enfoque dirigido principalmente a la enfermedad aterosclerótica y la falla cardíaca. En cuanto a la evidencia indica un exceso de riesgo en esta población, con un aumento en el RR que varía entre un 50 y un 200% para IAM y ACV, y un aumento del riesgo de 1.5 a 2 veces para falla cardíaca; encontrando los mayores niveles de riesgo en pacientes con niveles de viremia altos, mayor grado de disfunción inmune y recuentos de L-CD4 por debajo de 200 Cels/uL, aunque señala que en pacientes controlados también se observa un mayor riesgo que en la población general. Tras resumir aspectos de la fisiopatología de la ECV en PVVIH emiten recomendaciones específicas para el

abordaje preventivo y manejo de estas, las cuales incluyen: el uso de herramientas de estadificación del RCV, optimización del estilo de vida, prevención farmacológica de la enfermedad coronaria, actividades de prevención secundaria tras IAM y ajustes en los regímenes de TAR (22).

Shah et al, realizaron una revisión sistemática y meta-análisis que incluyó artículos que trataron los temas de ECV y VIH a nivel mundial entre 1948 y 2016. Resaltan que la ECV es la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y que ahora la mayor parte de las muertes en PVVIH se asocian a estas patologías, llamando la atención sobre el efecto de la doble carga generada por ambas enfermedades sobre los sistemas de salud, especialmente en países de medianos y bajos ingresos. Adicionalmente los autores evidencian la poca producción académica de estos países ya que la gran mayoría de los estudios encontrados provenían de Europa y Norteamérica. Este estudio encontró una alta tasa de incidencia de ECV en PVVIH, comparable con la que se observa en pacientes diabéticos (61.8 por 10000 p/año), también, que la carga mundial de ECV atribuible al VIH se triplicó entre 1990 y 2015 y finalmente un incremento del riesgo de IAM (RR 1.79) y de accidente cerebrovascular (RR 2.56) (30).

Desde otra perspectiva, en 2013 ONUSIDA emitió un informe adjunto al reporte sobre la epidemia global de VIH que llama la atención acerca del envejecimiento de esta población, cuya proporción va en aumento en todas las regiones del planeta y señala que los países de bajos y medianos ingresos cuentan con muy pocas estrategias para abordar este tema. Para explicar este fenómeno demográfico incluye factores como el aumento de la expectativa de vida gracias al TAR y la problemática de la conducta sexual de riesgo en los pacientes mayores de 50 años que no se visibiliza adecuadamente y por lo tanto no se aborda (5).

Según este informe a nivel mundial hay unos 3.6 millones de PVVIH mayores de 50 años, por primera vez desde que inició la epidemia la proporción de adultos con VIH en los países de bajos y medianos ingresos supera el 10% y para 2012 se estimaron un total de 2,9 millones. En países de altos ingresos el 30% de los PVVIH es mayor de 50 años y se proyecta que para 2030 esta cifra aumente al 70%. El reporte

concluye con una invitación a tener en cuenta estos cambios demográficos en el diseño de la respuesta que dan los países a su situación de VIH (5).

Esta realidad en Colombia se evidencia a través de los informes epidemiológicos del INS y los informes de situación del VIH-Sida de la CAC, que concuerdan con la tendencia mundial. En un panorama general de la epidemia en Colombia entre 1983 y 2012 se informó que el 8,4% de los pacientes reportados tenían más de 50 años con un aumento en la notificación de estos casos a partir de 2004 (31). Para el año 2017 el INS reportó que el 13,9% de los casos incidentes se presentaron en personas mayores de 50 años (32) y por su parte la CAC informó que el 22% de los casos prevalentes en 2018 son de población mayor de 50 años. Esto demuestra que en los últimos 6 años en nuestro país prácticamente se ha triplicado el número de PVVIH mayores de 50 años (7).

Ante este panorama, ya que tanto el VIH como las patologías crónicas no transmisibles requieren de seguimiento médico y manejo farmacológico a largo plazo, varios estudios a nivel mundial señalan que es necesario y conveniente realizar un abordaje integrado de ambas patologías basado en modelos de cuidado crónico y sugieren que la mejor forma de hacerlo es desde las IPS especializadas o clínicas de VIH (3,17,33–35).

Los principales beneficios de un programa de VIH que incluya un manejo integrado del RCV a sus pacientes son: mejores resultados en salud (control de niveles de presión arterial, glicemia y lípidos en sangre, reducción del tabaquismo, reducción de la morbilidad), reducción del riesgo estimado de eventos cardiovasculares, mejora en la adherencia a los tratamientos, reducción de la frecuencia de eventos adversos asociados a interacciones farmacológicas, estandarización del manejo médico, reducción de la variabilidad clínica y mejora en la experiencia del servicio percibida por los pacientes y del acceso a la prestación. Cabe anotar que ninguno de estos estudios se realizó en Suramérica, sólo se encontró uno realizado en Haití (6,16,33,34,36).

En Colombia, dentro de la política PAIS se desarrolla el concepto de gestión integral del riesgo en salud (GIRS) que se refiere a todas las actividades que se realizan para anticipar la ocurrencia de eventos asociados a los riesgos de la población y cuando no sea posible evitarlo lograr que generen el menor impacto posible. Para ello se hace necesario: intervenciones colectivas realizadas por los entes territoriales, gestión clínica individual realizada por las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y acciones de autocuidado y corresponsabilidad a cargo del paciente (18).

Si bien es cierto que las consecuencias actuales del envejecimiento e incremento de eventos cardiovasculares en PVVIH tiene un mayor impacto en países desarrollados, la doble carga de enfermedad que debe soportar nuestro sistema de salud y la transición epidemiológica en la que nos encontramos hace necesario anticipar la situación (37).

Para nuestro país la ACIN da un primer paso en esa dirección, publicando en 2019 un documento de consenso de expertos con recomendaciones para el manejo del RCV en PVVIH. Para ello realizaron una revisión sistemática de GPC basadas en la evidencia publicadas entre el 2008 y el 2015 y las calificaron por medio de la herramienta AGREE II. Inicialmente todas las GPC que incluían las temáticas de ECV en PVVIH resultaron mal calificadas por temas metodológicos, por esto fue necesario ampliar la búsqueda a GPC de RCV, HTA y DLP en población sin VIH y cruzar sus recomendaciones con las dadas en artículos con alto nivel de evidencia para pacientes con VIH.

Entre sus principales conclusiones esta revisión sistemática permitió establecer que existe evidencia que sustenta que los pacientes con VIH tienen mayor RCV que la población general, por ello dan pautas para el manejo adecuado de la dislipidemia, el síndrome metabólico y la HTA en estos pacientes e indican clasificar cada año su RCV por medio de escalas adecuadas e individualizar los esquemas de TAR según el RCV calculado. En términos prácticos este documento es la única guía disponible en el país con indicaciones de manejo del RCV en PVVIH. (13)

Para llevar a la práctica las recomendaciones dadas por la AHA o la ACIN es importante conocer las percepciones de los diferentes actores del proceso de atención (pacientes y médicos) sobre la magnitud del RCV que enfrentan ya que así mismo se podría hacer una aproximación a la disposición e interés de estos para ponerlas en práctica, desafortunadamente no se encontraron estudios que las exploren directamente. En un trabajo de Sherer et al en 2016, se realizaron encuestas a PVVIH de países en 5 continentes indagando si habían discutido en alguna oportunidad con sus médicos de cabecera temas relacionados con RCV como: las interacciones y efectos secundarios cardiovasculares del TAR, educación acerca de reducción de peso, cesación tabáquica y dieta y ejercicio; encontrando que estas discusiones en general se daban en promedio sólo en un 20% de los casos (38).

Los costos que acarrea para el sistema de salud la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) son muy elevados y van en aumento debido a la transición epidemiológica y las falencias de autocuidado de las poblaciones (39,40); y en el escenario del VIH, se presenta un doble reto: asumir los costos y mantener los logros en sobrevida alcanzados por la eficacia del TAR, por este motivo varios autores coinciden en afirmar que para mantener el éxito en la reducción de la morbilidad por VIH obtenido con el TAR es necesario avanzar en la atención y manejo integrado de las comorbilidades asociadas al VIH y el RCV.

Varias revisiones sistemáticas y estudios retrospectivos aportan evidencia que sustenta que la integración de los programas es la vía para mejorar el acceso de los pacientes a servicios de calidad, lograr una mejor respuesta de las instituciones a las necesidades de los pacientes, mejorar la cobertura, reducir las inequidades y mejorar los resultados en salud. Para ello indican que las instituciones deben prepararse implementando rutas y protocolos de atención, entrenando al talento humano en salud, y disponiendo de la misma infraestructura para atender ambos programas en el mismo lugar (6,16,33–38,41).

La búsqueda de un modelo ideal para la atención de esta problemática ha sido objeto de investigación por varios autores. Hatleberg et al. publicaron en 2017 una

revisión sistemática (17) que se enfocó en las investigaciones más recientes en el manejo de las ECV en PVVIH, con enfoque en el tamizaje y la prevención primaria y secundaria; aseverando que el cumplimiento de guías y protocolos de atención a estos pacientes es sub-óptimo y haciendo énfasis en los siguientes puntos:

- 1) Todos los pacientes requieren intervenciones de cesación tabáquica, promoción del ejercicio y dieta como estrategia de manejo no farmacológico.
- 2) Las PVVIH con RCV tienen menos probabilidad de ser manejados con medicamentos anti-hipertensivos, hipolipemiantes y aspirina que los pacientes con RCV sin VIH.
- 3) Ciertos ARV se asocian a mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes, por esto para su manejo se requiere personal adecuadamente capacitado.

Por otra parte, Watt et al. en 2017 realizaron una revisión sistemática con el objetivo de identificar los factores del sistema de salud, que facilitan u obstaculizan la integración de los servicios (41) y señala 4 acciones principales para lograrla:

- 1) Facilitar espacios de comunicación y colaboración entre prestadores, administrativos y pacientes.
- 2) Tener personal entrenado, sensibilizado y motivado.
- 3) Contar con una estructura de recursos institucionales que den soporte a la intervención.
- 4) El ejercicio de un liderazgo efectivo y una cultura organizacional dirigida al servicio integrado.

A manera de conclusión, existe amplia evidencia del problema de investigación para países de Europa y Norteamérica y una menor cantidad de información disponible en países de Latinoamérica y el Caribe. En el caso de Colombia se identifican datos

que sugieren que la transición epidemiológica que se viene presentando en países desarrollados también está iniciando en el país y, aunque la ACIN recientemente publicó un documento de consenso de expertos para el manejo del RCV en PVVIH, se observa una brecha en la articulación de la normativa del MSPS para la atención de estas patologías lo que da pie a la fragmentación en la prestación de los servicios, por último, a la fecha de esta revisión no se identificaron estudios publicados que exploren el tema de integración de servicios de VIH y RCV a nivel nacional.

3. Marco Teórico

El siguiente apartado se abordará en dos pasos; inicialmente en los apartados 3.1 y 3.2 se desarrollarán conceptos que se encuentran interrelacionados y que sirven para comprender los motivos por los que las PVVIH se encuentran en mayor predisposición a sufrir, entre otras patologías, aquellas relacionadas con enfermedad cardiovascular. Seguido por los apartados 3.3 y 3.4 en los que se abordarán conceptos de gestión integral de riesgo y modelos de servicios integrados y el 3.5 en el que tratará el tema de capacidad de respuesta organizacional para la gestión en salud. Finalmente se tomarán elementos de estos conceptos para la construcción de un fundamento teórico adaptado a los objetivos de este estudio.

3.1 VIH y Envejecimiento.

El cambio en la demografía de la epidemia del VIH muestra un incremento en la población mayor de 50 años y puede deberse a varias causas, entre ellas resaltan las siguientes: 1) Los avances en el TAR, con mejoras en su efectividad, tolerancia, disponibilidad y desarrollo. 2) Mejoras en la cobertura de los sistemas de salud, que facilitan el acceso de las PVVIH a cuidado médico y tratamiento para controlar la infección. 3) Menor reconocimiento de las conductas sexuales de riesgo en estas personas y con ello, deficiencia en el alcance de políticas públicas de salud sexual y reproductiva a este grupo de edad. (1,5)

Existe evidencia de que a diferencia de lo que sucede en la población general, el proceso de envejecimiento en una persona con VIH se da en forma particularmente acelerada. Según el Center for Diseases Control (CDC) de Atlanta el punto de corte para referirse a envejecimiento en este grupo poblacional es a los 50 años. Diversos estudios han demostrado que el sistema inmune de un paciente con VIH a esta edad

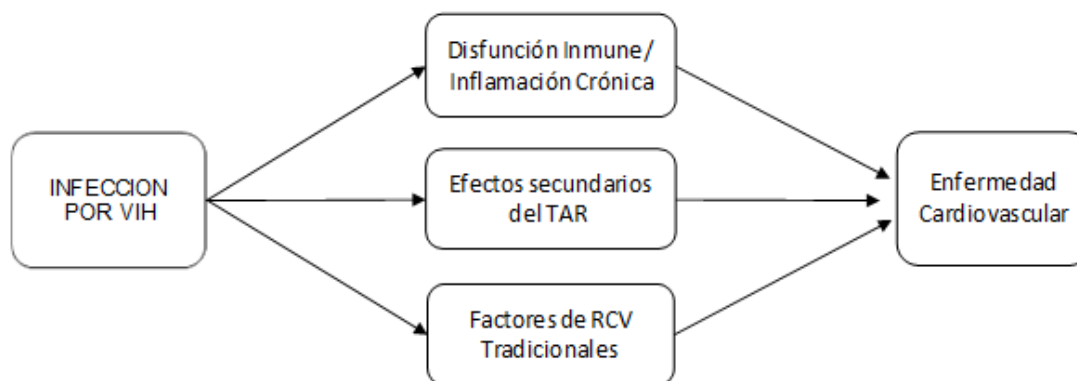
sufre cambios similares a los que se presentan en la población mayor de 65 años sin VIH; a este fenómeno se le denomina inmunosenescencia (1,42).

La inmunosecescencia, la senescencia celular y la inflamación crónica parecen ser los principales mecanismos involucrados en este proceso, así como también pueden estar asociadas la disfunción mitocondrial, la disfunción de la regulación del crecimiento celular y el metabolismo, el acortamiento telomérico y el daño al ADN, todos mediados por VIH. Actualmente estos temas son materia de intenso estudio y requieren mayor evidencia, pero se presume que este fenómeno predispone a los pacientes con VIH a presentar ECNT y síndrome de fragilidad a una edad más temprana que en la población general. (1,2,42,43).

3.2 VIH y Enfermedad Cardiovascular.

La evidencia disponible permite asociar los siguientes elementos para explicar la predisposición a ECV que se observa en las PVVIH:

Figura 1. Factores asociados a ECV en PVVIH



Fuente: Elaboración propia.

Disfunción Inmune: Aunque gracias al TAR se ha logrado extender la expectativa de vida de las PVVIH y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a SIDA, se ha

llegado a la conclusión de que este tratamiento no puede evitar ni resolver la disfunción que lleva a la activación crónica del sistema inmune producida por el VIH. Esta condición da paso a un estado de inflamación crónica que presuntamente se asocia al aumento en la prevalencia de patologías entre las que se encuentran afecciones neurológicas, hepáticas, metabólicas y renales, la osteoporosis, algunos tipos de cáncer y la enfermedad cardiovascular (11,12,22,44,45).

Se cree que el fenómeno de inflamación crónica en PVVIH se encuentra mediado además por: 1) Persistencia de replicación residual del VIH. 2) Activación crónica de otros virus como el Herpes y Citomegalovirus. 3) Paso de bacterias del intestino al torrente sanguíneo (translocación bacteriana) por daño en la mucosa intestinal. (1,2)

La disfunción inmune se ha relacionado con daño endotelial y disfunción vascular, similar a la observada en patologías como la diabetes mellitus o la artritis reumatoide, pero en este caso se asocia a la depleción de L-CD4, la proliferación y activación persistente de L-CD8 y el aumento de monocitos y macrófagos circulantes, que liberan al torrente sanguíneo citoquinas proinflamatorias que se han asociado a la promoción de rutas pro-aterogénicas; es por esto que algunos autores plantean que el virus actúa como un factor de riesgo individual para ECV (22,23,44,46–48).

Efectos secundarios de los fármacos ARV: Son de especial importancia los observados en el grupo de inhibidores de proteasa (atazanavir, lopinavir, ritonavir, darunavir, indinavir) y de los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa (abacavir, zidovudina, didanosina) y que son ampliamente utilizados en nuestro medio. (49) Estos se han relacionado con alteraciones del metabolismo y del control de lípidos en sangre, redistribución de la grasa corporal, resistencia a la insulina y toxicidad mitocondrial que dan pie al desarrollo del síndrome metabólico en estos pacientes. Además, algunos estudios sugieren una asociación entre el uso de

abacavir, indinavir y didanosina con un aumento en el riesgo de IAM, siendo esto último aun motivo de controversia en el campo. (22,23,27,50–52)

Factores de RCV tradicionales: Varios estudios han señalado que factores de riesgo cardiovascular como la dislipidemia, la HTA y la DM y otros relacionados, tales como el tabaquismo, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el sedentarismo y la obesidad son más frecuentes entre los PVVIH, configurando así un perfil de riesgo particular que requiere especial atención por parte de quienes cuidan la salud de este grupo poblacional (13,22,27,29,47,52,53).

3.3 Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS)

La GIRS se trata de la identificación oportuna de los riesgos en salud para evitar que se presenten las enfermedades o detectarlas en forma temprana y así tomar las acciones necesarias para prevenir las complicaciones y reducir los daños que estas pueden provocar a las personas (54).

Existen dos tipos de GIRS, la colectiva que está a cargo de los entes territoriales y que por su alcance puede llegar a considerarse más costo-efectiva; y la individual, a cargo de las aseguradoras, que implica el análisis de los factores biológicos, los determinantes sociales y el impacto de los estilos de vida sobre la salud. Para su puesta en práctica se utilizan mecanismos de clasificación, organización, diagnóstico y seguimiento; como por ejemplo, la conformación de cohortes, el análisis de riesgo poblacional, la aplicación de rutas integrales de atención, la gestión de calidad y coordinación de los procesos de atención y la implementación de sistemas de incentivos por el logro de metas y resultados en salud (18).

Esto se hace evidente en la disposición y organización de la prestación que realizan las EAPB ya que éstas distribuyen su población por grupos de riesgo o población objeto, entre los que se encuentran los grupos de VIH y de ECNT.

El Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021 es la guía que los agentes del sistema tienen para la implementación de las intervenciones necesarias en

respuesta a los problemas de salud pública del país. En este plan se orientan las acciones por medio de 8 dimensiones prioritarias, 2 transversales y 3 líneas operativas que incluyen la promoción de la salud, la gestión de riesgo en salud y la gestión de la salud pública (55). De las dimensiones priorizadas, la de “*Vida saludable y enfermedades no transmisibles*” y la de “*Sexualidad, derechos sexuales y reproductivos*”; contemplan acciones de atención integral, metas y resultados para las enfermedades cardiovasculares y para lo relacionado a la infección por VIH, pero sin hacer alusión a la estrecha relación que existe entre ambas condiciones, ni encomendar la integración de servicios para su prestación.

En Colombia se encuentran sentadas las bases para la implementación de la GIRS en la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y en el PDSP 2012-2021. La PAIS está formulada con el objeto de hacer que el sistema de salud logre brindar las mejores condiciones de salud para la población, esta cuenta con 4 estrategias principales, dentro de las que la GIRS se presenta como una vía para acoplar las acciones de salud pública de los diferentes actores del sistema, entre los que se encuentran aseguradores e IPS y finalmente, para la operativización de estas estrategias, surge el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), anteriormente denominado (MIAS) (18).

3.4 Integración de Servicios de Salud.

La integración de servicios de salud se presenta como una estrategia de prestación centrada en el paciente que busca hacer un manejo más eficiente de los recursos del sistema. Su objetivo es lograr que las personas reciban el tratamiento que necesitan, cuando lo necesitan, de forma organizada, ágil, con satisfacción y costo-efectividad. Esta debe ser vista como un proceso continuo y sistemático y en el que se requiere de un monitoreo continuo a fin de prevenir que se afecte la calidad de los servicios prestados. (56)

La integración de servicios puede tener diferentes significados dependiendo del nivel desde el que se aborde. La Organización Mundial de la Salud (OMS) describe 4 tipos de integración de servicios de salud: (57)

Tabla 1. Tipos de integración de Servicios de Salud

Organizacional	Implica la coordinación de las organizaciones por medio de redes de proveedores y prestadores.
Funcional	Se refiere al uso de herramientas de apoyo a los servicios de salud como el uso de historias clínicas electrónicas, telemedicina y aplicaciones.
Servicios	Formación de equipos multidisciplinarios a nivel organizacional para integrar diferentes servicios clínicos.
Clínica	Uso de guías y protocolos de atención para garantizar uniformidad en los procesos de atención de forma coordinada entre distintos profesionales.

Fuente: OMS, 2016.

Los programas de atención a PVVIH están diseñados con características de cada uno de estos tipos de integración de servicios, ya que están asignados a organizaciones (IPS) conformadas por equipos interdisciplinarios de profesionales con funciones específicas y están dispuestos administrativamente para brindar la atención y cuidados relacionados con el VIH a un grupo de pacientes, basados en guías, protocolos y lineamientos nacionales e internacionales.

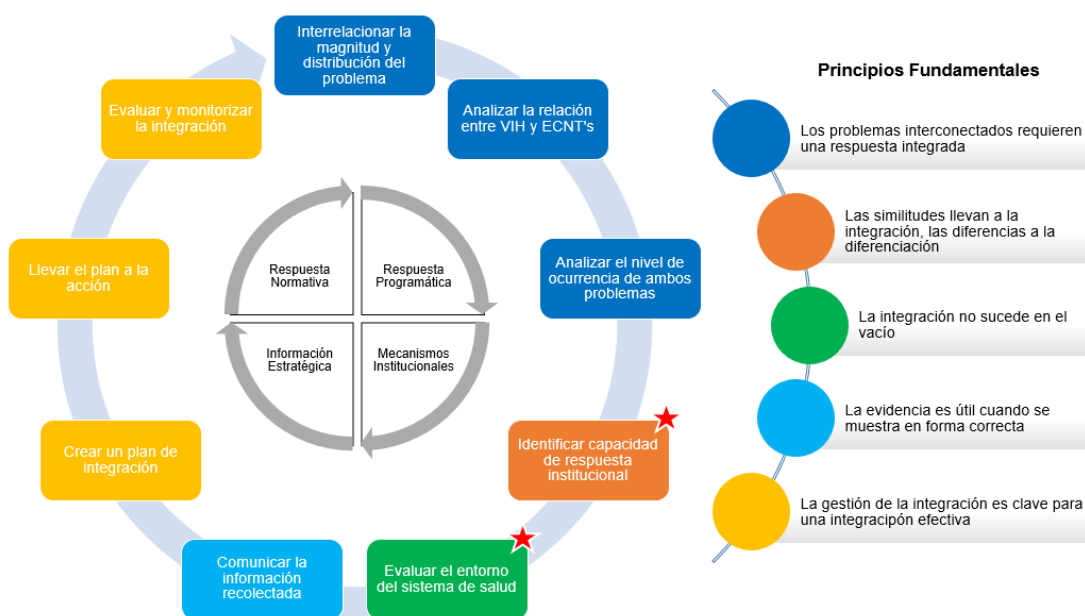
Teniendo en cuenta la transición epidemiológica y la relación que existe entre el VIH y las ECNT, varios autores señalan que estos programas comparten tantas características que los servicios que se requieren para ambas deberían ser provistos de forma integrada y urge la necesidad de diseñar, probar e implementar modelos basados en la evidencia que sirvan a este propósito. (6,35,37,41,58,59)

En las últimas décadas se han diseñado e implementado diferentes modelos de integración de servicios dirigidos a grupos específicos por patologías comunes, entre estos se encuentran el modelo de cuidado crónico, desarrollado en 1998 por investigadores del instituto MacColl y que plantea acciones coordinadas para atender a personas con enfermedades crónicas por medio de 6 ejes principales: comunidad, sistema de salud, apoyo al autocuidado, diseño del sistema de prestación de servicios, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información clínica.

Los modelos de atención integral a personas mayores y con síndromes de fragilidad implementados en países como Canadá, Inglaterra e Italia; están diseñados para coordinar la prestación de los servicios de salud con los servicios de asistencia social por medio de una sola puerta de entrada al sistema y los modelos de atención integrada para enfermedades específicas como *Chains of Care* en Suiza, *Redes de Manejo Clínico* en Escocia, y los *Programas de Gestión de Enfermedades* en Alemania se enfocan en la atención del EPOC, la diabetes y ciertas enfermedades cardiovasculares retomando los elementos de la teoría de integración de servicios de Lewis (57).

Dado que ninguno de estos modelos incluye acciones integradas para la atención del VIH y el RCV, tras realizar una revisión sistemática y análisis de los modelos de integración de servicios más relevantes, Haregu, Setswe, Elliott y Oldenburg en 2014 desarrollaron un modelo de integración de las funciones de respuesta del sistema de salud para la atención a las PVVIH con ECNT en el contexto de países en vías de desarrollo llamado INTEGRATE. (58)

Figura 2. Modelo INTEGRATE



Fuente: Haregu et. al. 2014.

Este modelo está basado en cinco principios fundamentales:

- 1) Reconocer la conexión existente entre el VIH y las ECNT: Los tres primeros pasos del proceso de integración apuntan a identificar la magnitud y distribución del problema a nivel poblacional, el vínculo entre ambas patologías a nivel fisiopatológico y los niveles de comorbilidad individual. Pasos que, para efectos de este trabajo, se abordaron en los apartados del planteamiento del problema y la revisión del estado del arte, señalando que en nuestro medio existe información limitada al respecto y que sería relevante que se lleven a cabo estudios epidemiológicos que aporten a llenar este vacío de conocimiento a nivel local y nacional.
- 2) Examinar los niveles de respuesta requeridos: El paso número 4 del modelo consiste en analizar las similitudes y diferencias entre las funciones de respuesta requeridas para atender el VIH y las ECNT. Para esto es esencial identificar la forma en la que el sistema de salud está respondiendo a ambas problemáticas desde una perspectiva de políticas públicas, programas, coordinación institucional y sistemas de información.
- 3) Evaluar el entorno del sistema de salud: Ya que los procesos de integración se dan dentro de un contexto, el paso 5 del modelo consiste en evaluar las condiciones internas (organizacional), externas (políticas, económicas, sociales) y operativas (grupos de interés, inversionistas, pacientes) que tengan el potencial de afectar el proceso, por ejemplo, las capacidades organizacionales, la motivación de los hacedores de política pública y los gerentes de los servicios para implementar las actividades de integración y los niveles de aceptación de dichas actividades entre los profesionales de la salud y los pacientes.
- 4) Presentar adecuadamente la información recolectada: La información recolectada en los pasos anteriores tiene diferentes focos de interés y debe

ser presentada de manera adecuada a las diferentes audiencias para lograr el impacto deseado.

- 5) Gestión de la integración: Los últimos tres pasos del ciclo se refieren a la puesta en marcha y la gestión de los procesos integración. Para esto se requiere el diseño de un plan de integración alineado a la normativa en el que se especifiquen los componentes y los niveles de atención incluidos, las estrategias y los recursos necesarios y se analicen los riesgos y beneficios del proceso. Tras la planeación sigue la puesta en marcha de la estrategia en los diferentes campos de acción. Finalmente, dado que el proceso de integración es continuo se deben establecer mecanismos de monitoreo y evaluación que den cuenta de la efectividad, la eficiencia y el impacto del modelo.

3.5 Capacidad Organizacional de la Salud Pública.

Tras realizar un análisis de las fortalezas y debilidades de los sistemas de salud de los países de Latinoamérica e identificar que aún se presentaban deficiencias en salud pública, en los últimos años la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha impulsado iniciativas de evaluación y fortalecimiento de las capacidades de salud pública con el objetivo de fortalecer su funcionamiento y mejorar sus resultados (60).

Las capacidades en salud pública son el conjunto de elementos que hacen que un sistema de salud pública funcione; estas se definen, más allá de la infraestructura en salud pública, como *“las aptitudes y el potencial para llevar a cabo las funciones básicas de la salud pública”* y están constituidas por cinco elementos:

- Los sistemas de información
- La fuerza de trabajo en salud pública
- La capacidad institucional y organizacional
- Las tecnologías
- Los recursos financieros (60).

La capacidad organizacional se refiere a cómo las organizaciones están conformadas a fin de alcanzar, con eficacia y sostenibilidad, su misión, visión y objetivos estratégicos en el marco de las normas y leyes que las rigen desde el nivel institucional, todo esto con un enfoque en salud pública (60).

Estas capacidades pueden agruparse en 4 dimensiones: (60)

- 1) Las capacidades humanas e institucionales: Incluyen una misión y visión claras, infraestructura adecuada, sistemas de gestión funcionales, prácticas aprobadas, incentivos y entornos de alto desempeño para los trabajadores.
- 2) Las capacidades de planificación y ejecución con las que los gerentes y coordinadores de estas organizaciones destinan los recursos y lideran los procesos.
- 3) Las capacidades programáticas (micro) y de políticas (macro), es decir, como se llevan a la práctica los programas de salud basados en los lineamientos institucionales.
- 4) Las capacidades cognitivas y prácticas con las que la organización aprende, innova y se adapta a las necesidades y contingencias del día a día.

Es de esperarse que la adecuada disposición de estos elementos facilite el alcance operativo de las organizaciones y el logro de sus objetivos misionales y contractuales.

En conclusión, con lo descrito en los apartados anteriores, el fundamento teórico de esta investigación tomará como punto de partida elementos de los pasos 4 y 5 del modelo INTEGRATE. Para el análisis de los niveles de respuesta del sistema de salud al VIH y las ECNT se abordarán las capacidades organizacionales de salud pública de las IPS especializadas, las actividades programáticas llevadas a cabo con base en el marco normativo vigente y la planeación, coordinación y monitoreo de éstas (GIRS).

Para el análisis del ambiente del sistema de salud para la integración de los servicios, se hará una aproximación desde la revisión del marco normativo institucional y organizacional vigente y la identificación de elementos de contexto en las IPS especializadas que puedan actuar como barreras o facilitadores para la prestación integrada de los servicios. Se considerarán como marco normativo institucional las RIAS de salud cardiovascular y salud sexual y reproductiva, las GPC del MSPS de Colombia para la atención de adultos con VIH, HTA, DM, DLP y Obesidad y el documento de consenso de expertos de la ACIN para la evaluación y manejo del RCV en PVVIH y como marco normativo organizacional los modelos de atención y/o rutas de atención que se apliquen en las IPS especializadas participantes.

4. Objetivos

4.1. Objetivo General

Analizar las funciones de respuesta y la capacidad organizacional para la gestión integral de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes adultos que viven con VIH, atendidos en instituciones prestadoras de servicios especializadas en dos ciudades del Eje Cafetero en 2020.

4.2. Objetivos Específicos

- 1) Describir los elementos de capacidad operativa para la integración de los servicios de VIH y RCV en las instituciones especializadas.
- 2) Caracterizar los procesos de gestión interprogramática de los programas de VIH y RCV llevadas a cabo en las instituciones especializadas.
- 3) Identificar las acciones programáticas que se llevan a cabo durante los procesos de atención de los programas de VIH y su relación con RCV en las instituciones especializadas.

5. Metodología

5.1. Tipo de Estudio

Para este estudio se utilizó un enfoque cualitativo y se implementó un diseño metodológico de estudio de casos descriptivo, esto con la intención de reflejar de mejor manera la complejidad y multiplicidad de contextos en los que se desarrolla el fenómeno de estudio, objetivo que desde un enfoque cuantitativo sería muy difícil de lograr en forma independiente.

El abordaje cualitativo de este estudio permite conocer los elementos que componen el proceso de atención en los programas de VIH a nivel de las IPS especializadas, comprender su puesta en práctica y realizar un contraste con los elementos teóricos expuestos en el apartado No. 3 de este documento. Además, para aportar al logro de una mejor comprensión, este enfoque permite un acercamiento a las percepciones y la realidad del quehacer de los diferentes actores que participan en los procesos de atención, desde su planeación hasta su implementación y, con ello, a la identificación de barreras y facilitadores para la integración de los programas de VIH y RCV en el contexto de nuestro sistema de salud.

Se espera que el conocimiento que se genere por medio de este estudio pueda ser utilizado por las instituciones participantes para ajustar sus propios modelos de atención y a largo plazo aportar a la construcción de modelos regionales y nacionales de acción colaborativa entre los programas de VIH y RCV.

Es importante señalar que este estudio se plantea desde una perspectiva exploratoria debido a que tras la revisión bibliográfica realizada no se encontró información publicada sobre la integración de servicios de VIH y RCV en Colombia. Este tipo de perspectivas se utilizan en los casos en los que la

información disponible sobre el objeto o fenómeno de investigación es escasa o nula (61).

Autores como Yin y Eisenhardt coinciden en que el estudio de caso es una excelente forma de aproximarse a un tema u objeto de estudio que se encuentra influenciado por múltiples factores o categorías, permitiendo indagar por los fenómenos directamente en su contexto. Su aplicación permite al investigador aproximarse tanto a la generación de teorías, desde una lógica inductiva, como a la aceptación de las existentes, desde una lógica deductiva (61,62).

Se planteó un diseño metodológico como *estudio de casos* basado en conceptos de estos mismos autores que señalan su utilidad como medio de comparación a profundidad de fenómenos que se presentan en contextos diferentes y permiten realizar un análisis de cada uno de ellos ya sea para buscar sus similitudes o contrastar sus diferencias; aportando de manera sustancial a la construcción del conocimiento (63).

5.2. Área de Estudio

El 100% de los centros de atención especializada a PVVIH en la región de Eje Cafetero se encuentran ubicados en las ciudades capitales. Hasta donde se tiene conocimiento, ni los entes territoriales, ni las EAPB, ni las mismas IPS llevan estadísticas o hacen seguimiento a indicadores de seguimiento, ni a las tasas de morbilidad y mortalidad asociadas a ECV en las PVVIH atendidas en dichos centros. Se desconocen las particularidades de los procesos de atención y si las condiciones para la prestación de los servicios favorecen o no que se pueda trabajar un modelo de atención integrada de los servicios de VIH y RCV.

5.3. Definición de caso.

Por caso se tomó a cada IPS de atención especializada en VIH (centro de excelencia) participante. El número de casos se definió después de lograr

acceso a las instituciones tras solicitarlo formalmente por los medios que éstas dispusieron oficialmente.

Una vez autorizada la realización del estudio en cada institución se solicitó una reunión con el coordinador(a) del programa con el objetivo de realizar un primer acercamiento en campo e identificar a los potenciales participantes en el estudio. Se tuvo en cuenta a aquellas personas que laboran en la institución, incluyendo a los médicos generales, médicos expertos, médicos especialistas (infectología, pediatría, medicina interna, ginecología), enfermeras, químicos farmacéuticos, coordinadores administrativos, gestores, auditores y directores de programa.

Para determinar la pertinencia de la participación de cada uno de estos actores se consideró la cantidad, suficiencia y calidad de la información que podían brindar, teniendo en cuenta, para el cumplimiento de estos criterios, que la persona tuviera bajo su responsabilidad roles y funciones asistenciales y/o administrativas dentro del programa por un periodo de tiempo idealmente mayor a un año, pero en ningún caso menor a 6 meses; así como con el mayor número de horas de dedicación semanal posible. En cuanto al personal administrativo se consideró especialmente su rol en la planeación, evaluación y monitoreo de las actividades del programa y su interacción/mediación al interior de las EAPB y con otros actores del sistema, tales como, los entes territoriales, otras IPS, aliados estratégicos, servicios farmacéuticos y demás.

Una vez identificados los potenciales candidatos se contactó formalmente a cada uno de ellos en un espacio según su conveniencia para presentar el proyecto, explorar su disposición a participar y concertar una cita para llevar a cabo la entrevista semiestructurada en caso positivo.

Teniendo en cuenta lo anterior, al final, la cantidad de participantes en cada caso se definió tras realizar este ejercicio. El detalle y número de participantes se especifica en el apartado de resultados.

5.4. Categorías de Análisis.

Basado en cada uno de los objetivos específicos se definieron las categorías de análisis y a su vez se identificaron las subcategorías y ejes de indagación, todo lo anterior basado en los elementos teóricos expuestos en el apartado 3 de este documento (13,22,41,57,58).

Tabla 2. Categorías de análisis

Objetivos Específicos	Categorías (definición)	Sub-Categorías	Sub-Sub-Categorías
Describir los elementos de capacidad operativa para la integración de los servicios de VIH y RCV en las instituciones especializadas.	Capacidad operativa: Se refiere a los elementos de talento humano e infraestructura con los que cuentan las IPS especializadas para la prestación de servicios.	Talento humano	- Disponibilidad. - Contratación - Suficiencia de personal. - Recurso humano asistencial. - Recurso humano administrativo. - Capacitación y educación continuada.
		Infraestructura Física	- Planta física. - Dotación de consultorios - Servicios complementarios
		Infraestructura tecnológica	- Herramientas de diagnóstico - Herramientas de tamizaje - Módulo de HC - Medios de comunicación interna
Caracterizar los procesos de gestión interprogramática de los programas de VIH y RCV llevadas a cabo en las instituciones especializadas.	Capacidad de Gestión Interprogramática: tiene que ver con las acciones de planeación, gerencia, monitoreo y evaluación necesarios para la integración de los servicios RCV y VIH.	Gestión administrativa	- Planeación de servicios - Coordinación - Auditoría - Movilización de recursos
		Gestión de la Información	- Modelos de atención - Cohortes - Indicadores de gestión
Identificar las acciones programáticas que se llevan a cabo durante los procesos de atención de los programas de VIH y su relación con RCV en las instituciones especializadas.	Capacidad programática: Son todas las actividades que componen los procesos de atención de los programas de VIH y RVC.	Operativización – Continuum de la atención	- Aplicación de guías y protocolos - Estratificación del riesgo - Monitoreo clínico
		Resolutividad	- Capacidad resolutiva clínica - Capacidad resolutiva administrativa

		Prestación	- Frecuencias - Pertinencia - Farmacoterapia - Niveles de atención
		Cuidado y Soporte	- Actividades educativas - Fomento Vida saludable - Prevención

5.5.Recolección de la Información

Para el cumplimiento de los objetivos de este estudio y basado en los ejes de indagación derivados de las categorías y subcategorías planteadas se realizó la recolección de la información mediante la revisión documental de la normativa, las guías programáticas, protocolos de manejo y manuales de procesos institucionales disponibles y a su vez se realizaron entrevistas semiestructuradas dirigidas a los participantes seleccionados según los criterios mencionados en el apartado 5.3.

Adicionalmente el investigador principal, que estuvo encargado de realizar las entrevistas y la revisión documental, llevó un diario de campo en el cual registró sus impresiones, pensamientos, sensaciones y análisis inicial en cada uno de los momentos de la investigación.

Para la revisión documental, se revisaron los lineamientos programáticos, resoluciones, decretos y demás documentos estatales vigentes los cuales fueron descargados de las páginas de internet oficiales; los documentos revisados se listan en el anexo 3. Además, se solicitó acceso a las guías, protocolos, rutas y manuales de procesos utilizados en cada IPS especializada.

Para las entrevistas semiestructuradas se concertó con cada participante la fecha, el lugar y la hora de su conveniencia. Su duración en promedio fue de aproximadamente 60 minutos y podía concertarse una continuación, pero esto no fue necesario. Al inicio de esta se tomó el tiempo suficiente para leer,

comprender, responder dudas o inquietudes y firmar el consentimiento informado, en el que se incluyó el consentimiento de realizar la grabación de audio de la entrevista con el objeto de transcribirla posteriormente.

Finalmente, la información recolectada tras la revisión documental y las entrevistas semiestructuradas se transcribió por medio de un procesador de texto y se organizó en tablas matriz para su posterior análisis.

En el anexo 2 de este documento se encuentra un formato de entrevista que incluye los ejes de indagación y algunas de las preguntas guía utilizadas. Es importante aclarar que este formato de entrevista tuvo como único objetivo servir como guía al entrevistador, a fin de tener presente información y puntos clave para el análisis en cada categoría, sin la intención de convertirse en una estructura rígida. Se buscó que las entrevistas se llevaran a cabo de la forma más fluida posible y facilitar el desarrollo natural de las mismas enriqueciendo el proceso de recolección de información y a su vez permitiendo el surgimiento de otros contenidos que pueden ser relevantes. A su vez, en este mismo anexo, se incluye la matriz para la revisión documental que permitió direccionar y facilitar el proceso de categorización de la información.

5.6. Plan de Análisis

Conforme al enfoque metodológico seleccionado para este estudio, el análisis de la información recolectada se realizó de acuerdo con los procedimientos y métodos de análisis de contenido cualitativo. Teniendo en cuenta la gran utilidad de este tipo de análisis para identificar e interpretar, más allá de los contenidos explícitos, los sentidos que subyacen en los textos o discursos según su contexto (64). En el apartado 5.4 se encuentran las categorías y subcategorías de análisis que se formularon por medio de un abordaje deductivo basado en los fundamentos teóricos de este estudio.

Se plantó el uso por parte del investigador de un diario de campo con el objeto de que sus registros logran enriquecer con elementos del contexto la

información recolectada en las entrevistas semiestructuradas y la revisión documental. Tras su recolección, la información obtenida se transcribió por medio de un procesador de texto y se ordenó por cada caso. Cabe anotar que la transcripción de las entrevistas se realizó de manera textual, sin omisiones o adiciones.

En la primera fase de análisis, se procedió a la lectura y revisión de la información para la constitución de un panorama general descriptivo. Para ello, se realizó un ejercicio de codificación abierta en el que se identificaron, marcaron y extrajeron apartes de las transcripciones, es decir, porciones de texto, que contenían elementos significativos o relevantes para el tema y que daban cuenta o estaban relacionados con los contemplados en cada una de las categorías de análisis (unidades de registro); identificando al mismo tiempo el párrafo, frase o anotación del diario de campo en que ésta surge (unidad de contexto); procediendo, con todo esto, a la construcción de un escrito inicial de tipo descriptivo (64,65).

Luego se avanzó con un proceso de codificación axial. Iniciando con un análisis de las relaciones entre los diferentes conceptos identificados dentro de cada categoría y sus correspondientes subcategorías (análisis intra-categorial) que, a continuación, se realizó de igual forma buscando las relaciones entre las diferentes categorías de análisis (análisis inter-categorial). Con este abordaje se buscó comprender los factores causales, determinantes o condicionantes de dichas relaciones, así como sus efectos y consecuencias al interior de cada institución (caso).

Una vez alcanzado este nivel se avanzó con la realización de un análisis inter-institucional (entre casos) en busca de patrones, relaciones, similitudes y diferencias; para finalmente analizar la forma en que todo se relaciona con los elementos del marco teórico planteados en el apartado 3 de este estudio.

6. Consideraciones Éticas

La presente investigación involucró a diferentes actores del proceso de atención a las PVVIH en las instituciones de salud participantes. Según la metodología propuesta la aproximación se hizo por medio revisión de documentos estatales y organizacionales y de entrevistas semiestructuradas dirigidas a un grupo de sujetos seleccionados entre el personal asistencial (médicos, enfermeras, químicos farmacéuticos) y el personal administrativo (coordinadores, auditores, directores) de las instituciones participantes. Los criterios que se tuvieron en cuenta para realizar dicha selección se especifican en el apartado 5.3 de este documento y buscan garantizar en los participantes tanto cantidad y suficiencia, como calidad de la información aportada, con base en sus roles y funciones, el tiempo que llevan en el cargo y el número de horas de dedicación al mismo. Por este motivo el número final de participante se dio según el cumplimiento de estos criterios y de su disponibilidad de participar.

Las entrevistas semiestructuradas se realizaron a conveniencia de cada participante en la fecha, lugar y hora que este definió. Se planteó una duración aproximada de 60 minutos y podía concertarse una continuación en caso de ser necesario.

No se realizó ninguna intervención directa sobre los sujetos, con base en esto se podría afirmar que la presente investigación estaría incluida, según el artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, en la categoría “*Sin Riesgo*” (66). Sin embargo, según las pautas CIOMS se considera que este estudio se encuentra en la categoría de “*Riesgo Mínimo*” ya que los participantes hacen parte de los procesos de atención a población en situación de vulnerabilidad y además se recolectó y dio tratamiento a datos e información de documentos institucionales privados por lo que existe un riesgo de confidencialidad.

Se tomaron en cuenta las siguientes precauciones para controlar el riesgo y prevenir situaciones que afecten a los participantes:

- Se solicitó la debida autorización para el acceso a guías, protocolos y mapas de proceso institucionales para su revisión y análisis, por los medios y bajo las condiciones que definió cada institución.
- Se establecieron mecanismos de consentimiento informado para la libre participación de los sujetos en el estudio brindando el tiempo y explicaciones necesarias para su comprensión y permitiendo el retiro de este en cualquier momento del proceso.
- Las condiciones de la entrevista se concertaron con cada participante según su conveniencia y requerimientos de confidencialidad.
- Se solicitó autorización al participante, por medio del consentimiento informado, para el almacenamiento y custodia de la información recolectada a fin de ser utilizada en futuras investigaciones.
- Se solicitó autorización al participante, por medio del consentimiento informado, para la grabación del audio al momento de la entrevista.
- La información recolectada se organizó con base en el rol del participante y la institución a la que pertenece, no se utilizaron datos que permitieran su individualización. Para ello se utilizaron métodos de codificación alfa-numérica de los archivos, cuya clave es de conocimiento exclusivo del investigador principal.
- Los datos recolectados quedaron bajo custodia del investigador principal y almacenados en su equipo de cómputo en carpetas cifradas. La clave de cifrado es de conocimiento exclusivo del investigador principal.
- La información recolectada no será enviada por medios electrónicos a terceros.
- Los datos recolectados no serán utilizados para objetivos diferentes a los expresados en el consentimiento informado.

El consentimiento informado que se utilizó fue diseñado según los parámetros de la de la Resolución 8430 de 1993. (Ver anexo 1)

Como se especificó anteriormente, para la protección a la privacidad de los participantes no se utilizó información que sirva para su plena identificación o individualización y como medida de protección de la confidencialidad de los participantes y las instituciones, la información recolectada esta únicamente bajo la custodia del investigador principal bajo condiciones de seguridad informática, no se dará a conocer a terceros sin procesar y la difusión de los resultados obtenidos tras su análisis sólo será utilizada con fines académicos.

En referencia al conflicto de interés declaro que como investigador principal mi motivación para llevar a cabo este proyecto es de carácter completamente académico ya que es un requisito para obtener el título al que aspiro, en este caso no poseo intereses adicionales. En cuanto a los sujetos, se considera que no incurrirán en conflictos de interés dado que darán cuenta de su interpretación personal de los procesos y su puesta en práctica, entendiendo que la institución autoriza la realización de la investigación y en pleno conocimiento de que se les brindará garantía de anonimidad y que final la institución no tendrá acceso a los datos sin procesar.

El valor social y beneficios de esta investigación radican principalmente en el uso de sus resultados para aportar a la construcción, diseño e implementación de modelos de atención integral del RCV en PVVIH que apunten a la mejora en la calidad de vida de los pacientes y a la reducción de la morbimortalidad asociada a estas causas.

7. Resultados.

Para la revisión documental se examinó normativa vigente en Colombia. Tras realizar una revisión de la plataforma institucional del MSPS se tomaron 21 documentos entre los cuales se encuentran: 2 leyes del Congreso de la República, 11 resoluciones, decretos y políticas de salud pública del MSPS, 5 guías de práctica clínica, 2 guías conceptuales y modelos de atención del MSPS y 1 a un artículo científico de la Asociación Colombiana de Infectología. Ver anexo 3.

Adicionalmente se revisó la documentación disponible de las instituciones participantes en lo referente a las rutas del Programa VIH, rutas de referencia y contrarreferencia, el modelo de atención del Programa VIH y las guías adoptadas para el Programa. Las 3 instituciones analizadas tienen adoptada la GPC de VIH del MSPS de Colombia de 2014.

Se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas de acuerdo con las categorías de indagación, dirigidas al personal asistencial y administrativo según el organigrama institucional, roles, cargos y el manejo de la información requerida, con la siguiente distribución:

Tabla 3. Distribución de Entrevistas por Caso

CASO 1	CASO 2	CASO 3
2 Enfermeras	2 Enfermeras	1 Médico
1 Médico	1 Médico	1 Director Científico
1 Coordinador Médico	1 Director Científico	
1 Jefe Nacional de Programa		

Fuente: elaboración propia.

Cabe aclarar que el caso 3 corresponde a la IPS más pequeña de las participantes. En el eje cafetero esta IPS cuenta con el personal asistencial presencial en sedes y un organigrama administrativo del orden nacional. Por lo tanto se entrevistó al rol asistencial regional principal y al rol administrativo

nacional, estos 2 roles dominan la totalidad de la información y procesos de la institución y aportaron la información necesaria.

Las IPS son un eslabón fundamental para el funcionamiento operativo del sistema de salud colombiano, poseen la responsabilidad de la atención al paciente y el manejo de sus comorbilidades y funcionan bajo los parámetros establecidos en las relaciones contractuales con las aseguradoras (EAPB), que son las entidades en las que se concentra la responsabilidad de la recuperación y promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la rehabilitación.

Para este estudio interesa la atención del VIH y de las ECNT, así como la gestión del RCV y su articulación. Para analizar su operacionalidad es importante tener en cuenta su estructura, el flujo de información y recursos y los mecanismos de acceso de la población afectada por VIH y ECNT de RVC.

Se describirá inicialmente el ambiente normativo en que se enmarcan y desarrollan las actividades de las IPS y posteriormente se presentarán los componentes organizacionales, estructurales y de modelo de prestación identificados en los 3 casos analizados en este trabajo de investigación.

7.1. Ambiente Normativo

Con el objetivo de reconocer el panorama normativo del sistema de salud en el que se dan los procesos de atención en la actualidad y en el que potencialmente se pondrían en marcha los procesos de integración de los servicios de VIH y RCV, de acuerdo con la dinámica del paso 5 del modelo teórico INTEGRATE, se realiza a continuación una revisión de la normativa vigente en materia de salud pública, políticas públicas, modelos de servicios de VIH, rutas, programas, guías y protocolos de atención oficiales para el abordaje y manejo de ECNT y VIH en Colombia. De esta manera se busca conocer el potencial de integración con que cuentan las instituciones analizadas dentro del marco normativo en que se da su funcionamiento.

Ley Estatutaria De La Salud. (Ley 1751 de 2015)

Su objetivo es garantizar la salud como un derecho fundamental de los colombianos. Se cimenta en varios principios fundamentales, dentro de los que se destacan: la eficiencia, que propende por dar el mejor uso a los recursos disponibles para la prestación de servicios a la población; y la integralidad, que implica que estos servicios abarquen un espectro completo (promoción, prevención, mitigación/paliación, curación y rehabilitación) para evitar así la fragmentación en la prestación que afecte la salud de las personas; a este respecto expresa de manera literal:

“No podrá fragmentarse la responsabilidad en la prestación de un servicio de salud específico en desmedro de la salud del usuario.”

Para facilitar esta integralidad se plantea la conformación de redes integrales de servicios de salud que garanticen una atención oportuna y de alta calidad técnico-científica centrada en el usuario.

En cuanto al talento humano expresa que el personal debe estar preparado y capacitado y propone incentivos a la educación continuada, el fortalecimiento de la investigación y la garantía de la autonomía profesional ejercida desde la ética profesional y la autorregulación con racionalidad técnico-científica.

Por último, se destaca dentro del rol del usuario, el deber del autocuidado como parte fundamental del proceso. En este punto se observa un especial énfasis de los equipos interdisciplinarios en los procesos educativos con los PVVIH en las instituciones analizadas constituyéndose en una fortaleza al momento de gestionar el RCV de la población atendida.

Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.

La salud de un individuo o un colectivo depende de diversos factores que interactúan entre sí, desde los procesos socioculturales, los ambientes en los que se desenvuelve, las condiciones de vida y trabajo, los estilos de vida y los determinantes genéticos. Para lograr una intervención integral el PDSP 2012-2021 plantea estrategias dirigidas a los diferentes niveles de determinantes identificados.

Desde la dimensión de vida saludable y condiciones no transmisibles del plan se contemplan las actividades dirigidas a que las personas gocen de una buena salud en todas las etapas de su vida por medio de ambientes que favorezcan un estilo de vida saludable y la organización de los servicios de salud para la atención de las ECNT de forma integral y con enfoque diferencial. Dichas estrategias de atención se caracterizan por estar centradas en el individuo tal y como se muestra en el siguiente gráfico:

Figura 3. Estrategias Dimensión Vida Saludable – PDSP 2021-2021



Fuente: elaboración propia a partir del PDSP 2012-2021.

En el aspecto de la reorientación de los servicios en que se propone la integralidad como parte de la estrategia de atención se observa un posible articulador entre los programas de VIH y RCV, ya que se propone el desarrollo de modelos y formas de atención diferencial a población vulnerable.

Desde la dimensión de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) se plantean además, estrategias para el goce efectivo de la sexualidad de forma libre, autónoma e informada, incluyendo la anticoncepción y la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, con enfoque de género, derechos y vulnerabilidad. En este componente se tiene en cuenta la importancia del fortalecimiento del sistema de información del plan nacional de respuesta a ITS y VIH/SIDA como insumo para el análisis de la situación del VIH en el país y la planeación y ejecución de estrategias de atención integral.

Política de Atención Integral en Salud (PAIS) - 2016.

Plantea los lineamientos para llevar a cabo la implementación de la Ley estatutaria de la salud (Ley 1751 de 2015) ordenando las acciones e intervenciones llevadas a cabo por cada actor del Sistema General de Seguridad

Social en Salud (SGSSS). Se enmarca en las estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), el modelo de cuidado de la salud, la Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) y el enfoque diferencial.

Inicialmente se planteó al MIAS como su modelo operativo, pero debido a dificultades y brechas identificadas durante su implementación el MSPS decidió, en septiembre de 2019, adoptar un nuevo modelo denominado MAITE (Modelo de Acción Integral Territorial) que pretende resolver las dificultades de implementación identificadas en el MIAS incluyendo los logros, avances y desarrollos adelantados en su implementación inicial.

La GIRS es la estrategia vertebral de esta política y busca anticipar la ocurrencia de enfermedad o paliar o mitigar los daños de esta por medio de la acción articulada de los diferentes actores del sistema desde cada una de sus responsabilidades. La premisa es el logro del mayor nivel de salud posible, con la mejor experiencia del usuario y un uso eficiente de los recursos.

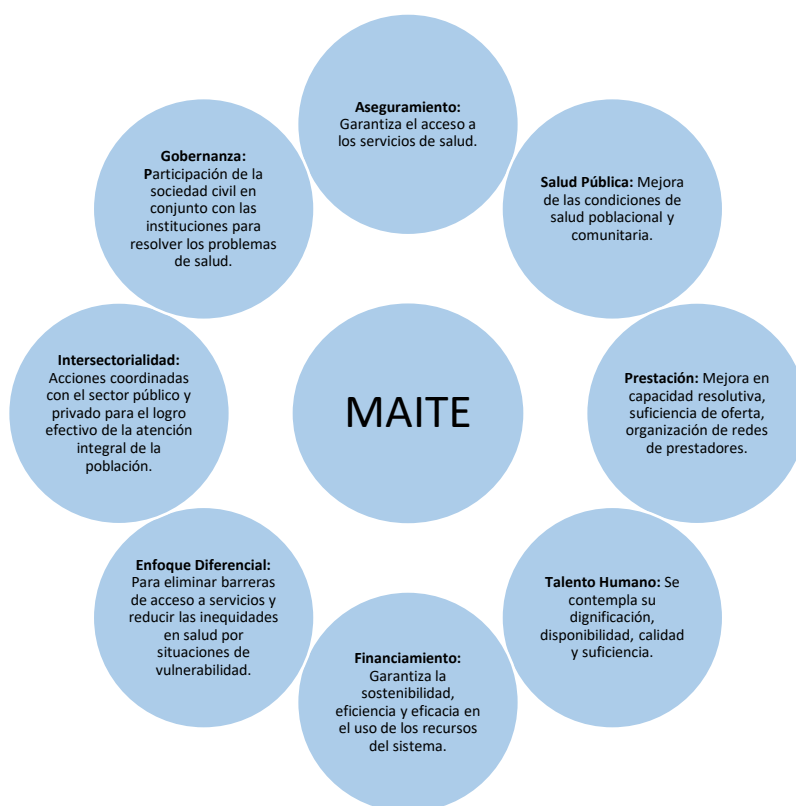
El enfoque de APS promueve la atención integral, integrada y continua, así como el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los equipos multidisciplinarios que atienden a la población. Esto, sumado al enfoque diferencial que requieren los PVVIH podría convertirse en un sustento normativo para el planteamiento de modelos de atención integrada VIH – RCV en nuestro país.

Así, bajo este enfoque, se podría argumentar que las IPS especializadas tendrían que resolver todas las necesidades en salud de los PVVIH, incluyendo la atención de las ECNT y la gestión del RCV. Sin embargo, es importante tener en cuenta el objetivo primario de estos programas: controlar la infección por VIH y prevenir sus complicaciones.

Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE) - 2019.

Es el nuevo modelo operativo de la PAIS, prioriza la planeación de las acciones e intervenciones en salud basada en las necesidades identificadas en cada territorio por medio del ASIS. Se desarrolla en 8 líneas consideradas como “mínimas” dejando a cada zona la inclusión de líneas adicionales que se consideren necesarias según sus particularidades:

Figura 4. Componentes MAITE



Fuente: elaboración propia.

Dentro de estas líneas de acción se destaca la GIRS como eje central y además se plantea la implementación de las Rutas Integrales de Salud (RIAS) como uno de los medios para el logro de la integralidad.

De las RIAS propuestas por el MSPS, interesan a los efectos de este estudio, la RIA de cuidado y mantenimiento de la salud y la RIA de salud cardio-cerebro-

vascular, estas incluyen el paso a paso de los procesos de prevención, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, detección temprana y tratamiento de las ECNT y sus complicaciones más frecuentes. Sin embargo, no contemplan en acciones específicas para las PVVIH ni puntos de unión o articulación de los servicios entre las IPS primarias y las IPS especializadas.

Respecto a las RIAS, el manual metodológico para su elaboración e implementación en la Resolución 3202 de 2016 indica:

“Los integrantes del Sistema podrán conformar otros grupos de riesgo de acuerdo con el comportamiento epidemiológico de la población a cargo y según las prioridades de su población y deberán desarrollar las Rutas de acuerdo con el “Manual metodológico para el diseño e implementación de la Rutas Integral de Atención en Salud — RIAS”, adoptado por la presente resolución”

Lo que abre la puerta desde la normativa a la adaptación de las rutas antes mencionadas para la inclusión de los PVVIH y así llevar al ajuste y fortalecimiento de los modelos de atención actuales.

Al presente el MAITE se encuentra en fase de planeación, formulación y adaptación por parte de los entes territoriales y el MSPS brinda el acompañamiento necesario, aunque es muy posible que la situación actual de la pandemia por COVID-19 retrase su puesta en marcha.

Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos. 2014.

Esta se diseñó con el propósito de dar cumplimiento a los lineamientos del PDSP 2012-2021 en su dimensión de SSR, e impactar la forma en que los colombianos abordan su sexualidad y reproducción, entendiéndolos como elementos fundamentales del concepto de salud.

La política busca que los servicios de salud atiendan las necesidades de la población en forma integral, desde una perspectiva de derechos en la que el individuo pueda expresar libremente sus pensamientos, orientación sexual e identidad de género y debe aplicarse a todos los programas y servicios de salud incluidos los de atención de ECNT.

Por diseño los programas de VIH están estructurados con enfoque diferencial y de derechos en SSR por lo que se presentan como el ambiente ideal para la prestación de servicios a este grupo de población, lo que sirve como argumento adicional a la integración de los servicios de RCV y VIH aportando posiblemente una mejora en la percepción y aceptación de los servicios por parte de los pacientes que en múltiples ocasiones se ven afectados por discriminación y revictimización en los centros de salud.

Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, El VIH, la Coinfección Tb/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021.

Su objetivo es organizar la respuesta del sistema de salud ante estas patologías, con un enfoque en su detección temprana y tratamiento integral, lo cual apunta a reducir el daño producido y contener su propagación. La intención es articular la respuesta de los diferentes actores del SGSSS según su alcance y lograr prestadores primarios oportunos, resolutivos y de calidad y prestadores complementarios alineados e integrados a redes de servicios organizadas.

La fragmentación en la prestación de los servicios que tiene que ver con la atención de estas patologías es uno de los principales problemas que enfrenta nuestro sistema de salud ya que esta se encuentra concentrada en su mayoría en prestadores complementarios lo que configura barreras de acceso, sumado a falencias en los sistemas de referencia y contrarreferencia entre el nivel primario y complementario que agregan peso a la problemática.

Para la atención integral a PVVIH se deben cerrar estas brechas y adicionalmente se deben garantizar las condiciones de los prestadores para el cumplimiento y aplicación de la GPC de atención al VIH, desde los procesos de detección temprana, acompañamiento y Asesoría en Prueba Voluntaria (APV) de VIH acorde al Decreto 1543 de 1997, con enfoque diferencial y de vulnerabilidad de tal forma que puedan gozar del mejor estado de salud posible.

Decreto 1543 de 1997. Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH, el SIDA y las otras ETS.

En su momento surgió de la necesidad de una respuesta del sistema de salud de Colombia en prevención, manejo y control por el avance de la epidemia de VIH en el país.

Desde su concepción reconoce a las PVVIH como sujetos de derechos y señala que se requiere de una respuesta intersectorial y articulada, en todas las fases del continuo de la atención (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación).

El Decreto también resalta el rol del paciente en su deber en la toma de medidas de autocuidado y como sujeto de intervenciones educativas y de promoción de la salud. Estas acciones educativas se llevan a cabo en las 3 instituciones analizadas e incluyen no solo acciones de mitigación de riesgos por VIH y otras ITS, si no también acciones de autocuidado y estilos de vida saludable que incluyan: una dieta balanceada, actividad física frecuente, cesación del uso de tabaco y el control del consumo de alcohol. Estas actividades, que también son contempladas en las Guías de Práctica Clínica de las diferentes ECNT, se realizan en el día a día de los Programas de VIH y apuntan de forma innegable a una mejor salud cardiovascular del individuo y una reducción de riesgos.

Por último, señala que el talento humano encargado de la atención de las PVVIH debe mantenerse actualizado, por medio de actividades de educación continua, y aplicar dicho conocimiento en favor de la salud de los pacientes. Las IPS especializadas se encuentran entonces en la obligación de mantener su personal actualizado.

Modelo de gestión programática en VIH/SIDA. 2006.

Podría decirse que este documento sienta las bases del modelo de atención a PVVIH que aún se aplica en Colombia. Si bien es cierto que posteriormente la GPC de VIH de 2014 actualizó varios de estos lineamientos, en esencia el modelo sigue siendo el mismo.

Plantea los objetivos en la atención integral de las PVVIH:

- Garantizar el acceso a TAR.
- Realizar seguimiento clínico y paraclínico de las PVVIH.
- Brindar acceso a prevención y manejo oportuno de complicaciones.
- Rehabilitación integral de la PVVIH.

Es fundamental tener en cuenta el tercer objetivo si consideramos a las complicaciones por ECV como parte del espectro asociado al VIH, tal y como actualmente lo evidencia la literatura; las IPS especializadas tienen entonces un rol protagónico en la intervención y gestión de los factores de RCV en la población objeto.

Se definió como estrategia de atención la implementación de un programa coordinado por el asegurador e implementado en su red de atención primaria. El Programa tiene a su cargo la coordinación operativa de las atenciones requeridas por el paciente con el propósito de garantizar una atención integral,

adecuada y oportuna de las necesidades en salud de los PVVIH. Para llevarlos a la práctica, propuso que dichos programas contaran con la participación de grupos interdisciplinarios de profesionales.

En la conformación de estos grupos de trabajo el documento indica que además del equipo de base, pueden vincularse otros profesionales de acuerdo con las propuestas específicas de atención implementadas en cada institución. En este sentido deja la puerta abierta a la inclusión de personal de apoyo para complementar los servicios en estas instituciones y aportar en la gestión de los riesgos.

Es importante resaltar que este modelo enfatiza en el asegurador (EAPB), la necesidad de flexibilizar los procesos a fin de garantizar a las PVVIH un oportuno acceso al tratamiento y a los recursos requeridos para su atención con un mínimo de barreras.

Por último, el modelo deja en manos de las IPS Especializadas, el establecimiento de mecanismos que garanticen una permanente comunicación tanto con la EAPB, como con los equipos de atención de otros niveles para mantener una adecuada coordinación de la atención y dar respuesta oportuna a los usuarios, además de su obligación en la educación continuada del personal encargado de la atención y por último resalta su papel en:

“La presentación activa de sugerencias y opciones de mejoramiento a la EAPB y otros agentes relacionados, que supongan una mejor atención de la población”

Lo que las convierte en un agente activo del proceso, con la responsabilidad de dar a conocer, llamar la atención y visibilizar los temas del impacto de la salud de las PVVIH entre las que se resaltan las diferentes comorbilidades asociadas al envejecimiento y uso prolongado del TAR y la importancia de la gestión de estos riesgos para nuestro sistema de salud.

Guías de Práctica Clínica Basadas en la Evidencia. (GPC)

Son un conjunto de documentos publicados por el MSPS y desarrollados en colaboración con diferentes organizaciones científicas del país como el Instituto para la Evaluación de Tecnologías en Salud (IETS), la Asociación Colombiana de Infectología (ACIN), Colciencias y la Fundación Cardio infantil; con la participación de la academia, representada en este caso por la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional y la Universidad Javeriana.

A diferencia de los documentos citados anteriormente que proveen un soporte normativo/administrativo; las GPC aportan, basadas en la revisión sistemática de la mejor evidencia disponible, los lineamientos para la atención clínica de la población. Estas se encuentran en sintonía con los principios de integralidad, calidad y oportunidad planteados en la PAIS, el modelo de atención – MAITE y las RIAS desarrolladas.

Las GPC incluidas fueron las que se encuentran vigentes al momento de realizar esta revisión. Se incluyeron las dirigidas a la atención a adultos con VIH del año 2014, HTA en su 2da edición de 2017, diabetes de 2016, dislipidemia de 2014 y obesidad de 2016. Es importante señalar que la GPC de VIH se encuentra desactualizada en comparación con los lineamientos internacionales lo que genera un rezago de los programas nacionales, principalmente en temas como el inicio de TAR y el uso de medicamentos para los esquemas de tratamiento antirretroviral de primera línea.

La GPC de atención a adultos con VIH no aporta indicaciones específicas en el tema de comorbilidades, por lo tanto, no aporta lineamientos para el manejo y control de ECNT en PVVIH. Aunque sí hace referencia a la relación existente entre VIH y ECV, trastornos de control de carbohidratos y nefropatías, por lo que justifica el seguimiento a los pacientes con glucemia basal y creatinina e indica realizar la clasificación del RCV de los PVVIH con la escala de Framingham y actualizarla con una frecuencia anual. Sin profundizar más en esto señala que,

en caso de requerirse, deben aplicarse las GPC publicadas para cada patología específica y remitir a los pacientes con antecedentes o clasificación de alto riesgo.

Al revisar las GPC de HTA, DM, DLP y obesidad se encuentra que estas proveen lineamientos de atención para la población general, desde estrategias de promoción de estilos de vida saludable, prevención, tamizaje, diagnóstico temprano, tratamiento y seguimiento de cada una de estas patologías. En ninguna de estas GPC se hace referencia a particularidades de las PVVIH.

Se encuentra entonces un vacío de guías y protocolos de manejo de ECNT en PVVIH en Colombia. Llama la atención que en la GPC de DLP se aclara incluso que dentro de su población objeto están excluidas las PVVIH. Esto entra en contradicción con la guía de VIH que da la indicación de referirse a la GPC específica de cada patología en caso de ser necesario. Este vacío en las guías oficiales colombianas fue abordado en el documento de consenso de la ACIN que se comenta a continuación.

Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en infección por VIH. Consenso de expertos ACIN. 2019.

A la fecha este es el único documento a nivel nacional que aporta lineamientos y recomendaciones específicas para el manejo del RCV en PVVIH. Resulta de una revisión sistemática de guías y protocolos nacionales e internacionales y los criterios de los expertos para emitir sus recomendaciones. Los temas tratados en este documento son:

- Riesgo Cardiovascular en PVVIH: la revisión de la literatura realizada aporta evidencia de una mayor incidencia de eventos cardiovasculares en PVVIH cuando se comparan con la población general. Hace énfasis en la necesidad de intervención de los factores de RCV tradicionales, en el

acceso oportuno al TAR y la recuperación de L-CD4 como factor protector.

- Evaluación del RCV en PVVIH: Señala la importancia detectar e intervenir en forma temprana los factores de RCV modificables como el tabaquismo, la HTA, DM y DLP, la obesidad, el sedentarismo y la dieta aterogénica. A nivel mundial las escalas de predicción disponibles presentan limitaciones dado que no incluyen elementos asociados al VIH que pueden influir en el RCV y en Colombia no se cuenta con escalas específicas para PVVIH validadas. Ante esta realidad la recomendación dada es usar la escala de Framingham recalibrada para Colombia y como alternativas el uso de la escala D:A:D o la escala PCE.
- Relación del TAR con DLP e IAM: Tras una detallada revisión de la literatura en este apartado los expertos recomiendan justar los esquemas de TAR al RCV del paciente evitando el uso de los medicamentos asociados a DLP e IAM en pacientes con RCV mayor al 10% calculado por Framingham ajustado para Colombia.
- Manejo de la DLP en PVVIH: Es este aparte aporta instrucciones claras y específicas frente al uso de medicamentos hipolipemiantes, las dosis de manejo y las interacciones farmacológicas asociadas al TAR, siendo este último un punto crítico del manejo. Así mismo hace un llamado a considerar el ajuste del TAR en los casos que se considere ventajoso tras un análisis profundo de cada caso.
- Evaluación y manejo del Síndrome Metabólico en PVVIH: Como grupo de factores de riesgo para ECV y DM los expertos recomiendan realizar un abordaje completo y temprano a fin de prevenir el desarrollo de enfermedad.
- Manejo de la HTA en PVVIH: siendo la HTA uno de los principales factores de RCV los expertos resaltan la importancia de realizar una

correcta medición de la presión arterial en la consulta para lograr un adecuado diagnóstico, así como el uso del monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) como herramienta diagnóstica de mayor precisión. Para el manejo farmacológico brinda recomendaciones específicas de uso de antihipertensivos y advierte nuevamente sobre las posibles interacciones con el TAR y su manejo.

Así, este documento cubre los temas más relevantes respecto a la evaluación y manejo del RCV en PVVIH y da indicaciones claras a los grupos interdisciplinarios encargados de la atención en las IPS Especializadas, llenando el vacío que dejan las GPC en cuanto a las acciones prácticas específicas para el manejo de las necesidades en salud de los PVVIH en lo que respecta al RCV.

Llama la atención que en ninguno de los 3 casos analizados se encuentra adoptada esta guía. Esto tal vez, porque fue publicada pocos meses antes de la declaratoria de pandemia mundial por COVID-19, situación que pudo interferir en su socialización y por consiguiente su adopción e implementación al interior de los Programas.

Recapitulando, queda sobre la mesa como el marco normativo colombiano le apunta a un modelo de salud integral, basado en la GIRS y los principios de APS; que se pone en marcha por medio rutas de atención que pueden adaptarse a las necesidades de salud identificadas para brindar una mejor atención a poblaciones vulnerables; que el modelo de atención a PVVIH se lleva a la práctica en instituciones conformadas por equipos interdisciplinarios de profesionales que también pueden complementarse y adaptarse a los servicios que se planteen en cada institución, lo que aporta flexibilidad y propende por una mayor capacidad de respuesta institucional, pero que, al carecer de indicaciones explícitas sobre el manejo integrado del VIH y RCV deja abierta la puerta a la fragmentación en la prestación de los servicios.

7.2.Descripción organizacional, infraestructura y modelo de prestación de servicios de las instituciones participantes.

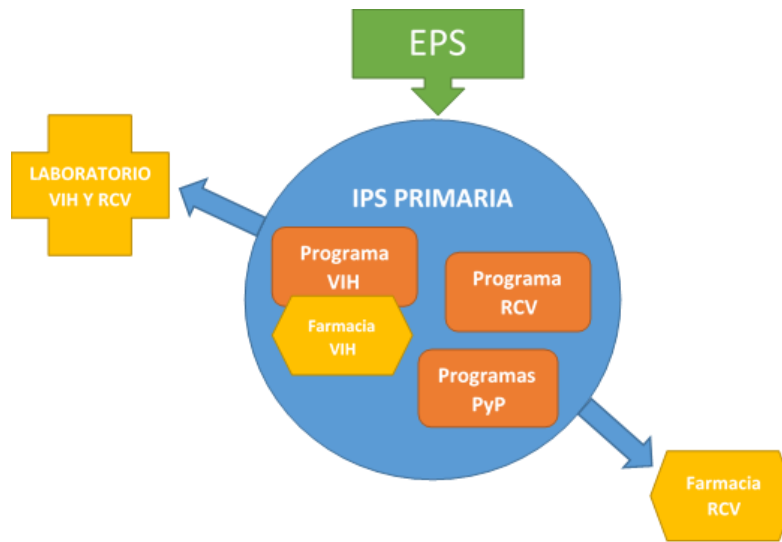
En este apartado se consideran los aspectos básicos de la composición organizacional, infraestructura y el modelo de prestación de servicios de las IPS especializadas participantes, que según el abordaje metodológico de este estudio se denominan casos, realizando la aproximación a su capacidad organizacional.

Los 3 casos analizados cumplen con las condiciones de habilitación para la prestación de los servicios según los parámetros de ley, condición que les permite ofertarlos y contratarlos con las diferentes EAPB. Adicionalmente cuentan con la respectiva certificación para la prestación de servicios de salud a PVVIH por parte de las secretarías de salud municipales y departamentales en las ciudades y departamentos en donde funcionan.

CASO 1.

Corresponde a una IPS de atención primaria o de primer nivel de atención que presta sus servicios a una sola EAPB a nivel nacional, este asegurador cuenta con pacientes tanto de régimen contributivo como del subsidiado. La institución tiene presencia en varias ciudades a nivel nacional y en la región del Eje Cafetero se encuentra en: Armenia, Pereira y Manizales; las cuales, al ser las capitales, son las 3 ciudades más importantes de la región y las que concentran la mayor población. Como IPS especializada para la atención a PVVIH funciona el programa funciona en Pereira y Manizales y atiende aproximadamente a 800 pacientes.

Figura 5. Estructura Organizacional Caso 1.



Fuente: elaboración propia.

En Colombia por lo general la atención a PVVIH es brindada en IPS especializadas complementarias. Sin embargo, en esta institución el Programa de VIH funciona al interior de la IPS primaria. Este particular modo de operación corresponde a una iniciativa institucional que adopta y adapta lineamientos nacionales.

Así pues, el caso 1 es concebido como una institución con funcionalidad mixta. Como IPS primaria presta los servicios de consulta externa general, oferta especialidades básicas y programas de PyP como RCV, Gestantes, Crecimiento & Desarrollo y Planificación Familiar. Y como programa para la atención de PVVIH funciona como un programa especial de la IPS primaria, utilizando su infraestructura, pero con un personal contratado de dedicación exclusiva.

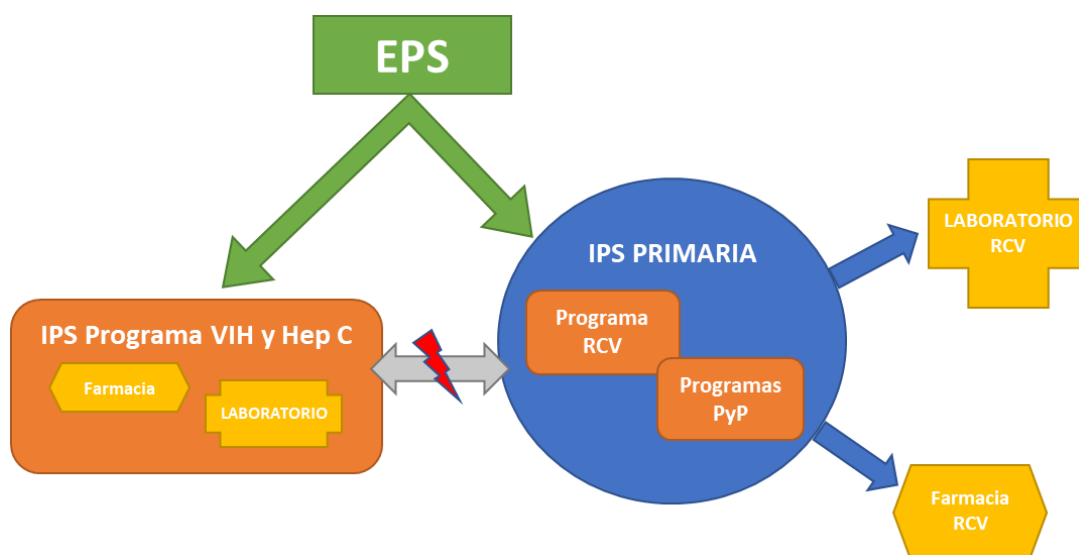
Dentro de los servicios como IPS especializada en la ruta de atención incluye servicios como; consultas especializadas, servicio de farmacia y laboratorio clínico, el cual está a cargo de un operador externo compartido con la IPS primaria.

Al ser una IPS con operación y funcionalidad mixta, supone una ventaja de interacción entre los programas con que no cuentan los demás casos analizados. Sin embargo, para materializar esta ventaja de infraestructura se requiere de una visión integrada de los programas que debe estar acompañada de una disposición administrativa acorde con una atención integral e integrada para el seguimiento del PVVIH con RCV.

CASO 2.

El caso 2 corresponde a una IPS creada bajo el concepto de IPS especializada para la atención de personas con diagnósticos de VIH y Hepatitis C. Tiene presencia a nivel nacional y en el Eje Cafetero en sus tres ciudades capitales: Pereira, Armenia y Manizales. Oferta servicios a diferentes EAPB de regímenes subsidiado y contributivo de la región y atiende aproximadamente a 1200 pacientes. Su operatividad y funcionalidad se basa en un modelo de servicios direccionado desde una instancia nacional como IPS especializada.

Figura 6. Estructura Organizacional Caso 2



Fuente: elaboración propia.

Cuenta con infraestructura física, tecnológica y personal dedicado exclusivamente a la atención de los pacientes del Programa; lo que incluye el servicio farmacéutico y de laboratorio, que también es exclusivo.

A su vez, las IPS primarias contratadas por las EAPB ofertan los servicios de primer nivel en infraestructuras separadas. Entre estos, se encuentran los programas de RCV, la toma de electrocardiograma (EKG), especialidades básicas como medicina interna, el laboratorio clínico y el servicio farmacéutico general. Además, éstas IPS primarias son las tienen a su cargo toda la gestión y seguimiento de las ECNT.

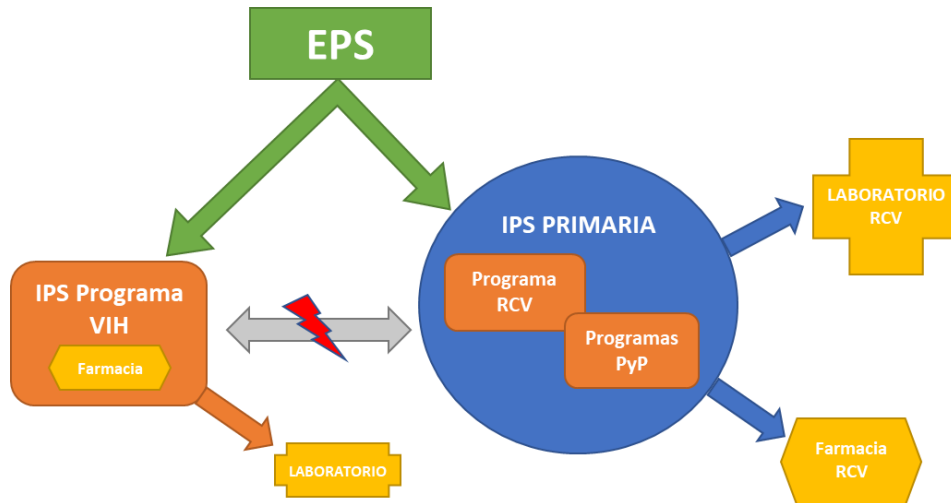
Así tenemos entonces que los servicios se prestan en sedes separadas por lo que se observa una desventaja potencial para los PVVIH que requieren atención de salud relacionado al abordaje preventivo o resolutivo de ECNT, específicamente en RCV, ya que probablemente enfrentan barreras económicas, geográficas y de infraestructura al momento de acceder a estos servicios.

CASO 3.

Es una IPS creada para la atención exclusiva de patologías de alto costo como VIH y cáncer. Durante el periodo de recolección de información funcionó exclusivamente como IPS especializada para la atención de PVVIH. Tiene presencia en varias ciudades a nivel nacional y en el Eje Cafetero funciona en las ciudades capitales Pereira, Armenia y Manizales atendiendo aproximadamente a 300 pacientes.

Esta IPS oferta sus servicios a diferentes EAPB del régimen subsidiado y contributivo de la región cumpliendo su rol dentro de las rutas de atención como IPS complementaria en la región.

Figura 7. Estructura Organizacional Caso 3.



Fuente: elaboración propia.

La IPS cuenta con instalaciones, infraestructura y recurso humano de dedicación exclusiva al Programa de VIH lo que incluye el servicio farmacéutico. El servicio de laboratorio es exclusivo para los pacientes del Programa pero es externo y prestado por un operador diferente.

Como particularidad, en su organigrama las enfermeras administrativas se encuentran distribuidas desde el nivel nacional por regionales, es decir que no se cuenta con una enfermera en cada sede, sino con una por cada regional.

De nuevo, como característica de este modo de contratación, la IPS especializada se encarga del manejo del VIH y las IPS primarias, contratadas por las EAPB, ofertan los servicios de primer nivel entre los que se encuentran los programas de PyP y de ECNT como el programa de RCV, además de las especialidades básicas como medicina interna y los servicios complementarios como laboratorio clínico y farmacéutico general. Dejando también a su cargo toda la gestión y seguimiento de estas patologías.

Se observa una desventaja potencial en el caso 3 para los PVVIH que requieren atención de relacionado al abordaje de ECNT, específicamente en RCV, ya que probablemente enfrentan barreras económicas, geográficas y de infraestructura al momento de acceder a estos servicios. Más, cuando en las contrataciones de las aseguradoras con los prestadores especializados no incluyen actividades de atención manejo, seguimiento y gestión de ECNT.

En resumen, el caso 1 opera como una institución mixta y comparte elementos de infraestructura para la atención de PVVIH y ECNT, por el contrario, en la disposición organizacional y el funcionamiento de los casos 2 y 3 los PVVIH afiliados a la EAPB contratante son remitidos a la IPS especializada para la atención exclusiva de lo referente al VIH, mientras que los demás servicios de primer nivel y los programas de PyP, entre los que está el programa de RCV, se encuentran disponibles únicamente en la IPS primarias y los proveedores definidos por cada asegurador.

El caso 1 constituye un modelo excepcional e innovador en la prestación de servicios a PVVIH, pocas instituciones optan por este modelo posiblemente por la carga administrativa adicional que implica, pero esta opción puede representar ventajas ya que permite tener un mejor control y calidad de la información de gerenciamiento de la cohorte, mejor control de la calidad de los datos de los reportes obligatorios a la CAC, mejoras en la percepción de calidad de los servicios por parte de los pacientes y reducción de barreras locativas y administrativas al momento de acceder a servicios; lo que permite a la institución dar un paso adelante en el alcance de la integralidad indicada por la norma.

Además, la disposición operativa del caso 1 brinda la posibilidad de una mejor comunicación entre los diferentes programas al interior de la IPS primaria, acceso por parte de los médicos a las historias clínicas de otros servicios y programas dentro de la institución como el de RCV, acceso directo de los

pacientes a servicios complementarios como medicina familiar, planificación familiar, psiquiatría, neurología, ginecología, dermatología, odontología, servicio de vacunación y toma de EKG que en los casos 2 y 3 se prestan en la IPS primaria o por medio de intermediarios; lo que se traduce mayores barreras locativas y administrativas a los pacientes.

Bajo esta dinámica, se observa en los casos 2 y 3 una aparente desventaja para la atención integral de los PVVIH que a su vez presenten comorbilidades de ECNT como HTA, DM, DLP u obesidad ya que estos enfrentan barreras de infraestructura al momento de acceder a los servicios. El modelo de atención como IPS complementaria, que en la práctica busca ser una ventaja para el paciente con VIH ya que le permitiría encontrar todos los servicios relacionados con la atención de su patología de base en un solo lugar, a su vez implica una fragmentación en la prestación de los servicios cuando se presentan comorbilidades como las ECNT.

Aunque en la práctica el caso 1 cuenta con algunas particularidades de implementación, se observa que los modelos de atención a PVVIH en los 3 casos están basados en la normativa vigente.

CAPACIDAD OPERATIVA

Se tienen en cuenta los elementos presentes en cada IPS para la prestación de sus servicios a la población objeto y para dar cumplimiento a las actividades definidas en el contrato con la respectiva EPS, con miras a determinar los recursos disponibles y su utilidad y suficiencia para la gestión del RCV de la población atendida.

➤ **Talento Humano:**

Disponibilidad.

Se observó que los grupos de talento humano para la prestación del servicio, que se denominan grupo interdisciplinario o grupo multidisciplinario, están conformados en los 3 casos dando cumplimiento a los requerimientos de la GPC de VIH.

Cabe aclarar que la normativa no señala de manera explícita la totalidad de las funciones por cada rol, lo que deja abierta la posibilidad en cada institución de asignarlas según sus necesidades particulares.

En los 3 casos se incluyen los siguientes profesionales:

Médico Experto en VIH: según la GPC para la atención de adultos con VIH del MSPS, se refiere a un profesional que cumpla los siguientes criterios:

- Experiencia en el manejo de por lo menos 25 pacientes con VIH en los últimos 3 años.
- Educación médica continuada mínima de 40 horas en los últimos 3 años de las cuales por lo menos 10 horas han debido ser en el último año.
- Certificación de especialista en Medicina Interna, Pediatría, Medicina Familiar o médico general (u otra especialidad médica) con por lo menos 5 años de experiencia en manejo de pacientes con VIH/Sida
- Médico en entrenamiento quién está bajo la tutoría de un médico experto o de un infectólogo.

Adicionalmente en el medio se acepta y se requiere, que el profesional posea el título de Máster en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España,

programa académico al que se accede gracias a un convenio internacional entre el MSPS de Colombia y el Ministerio de Sanidad de España.

Sus funciones principales son: realizar la valoración clínica del paciente, formular el tratamiento antirretroviral, solicitar los estudios de laboratorio de seguimiento en las frecuencias establecidas, evaluar la adherencia y respuesta al tratamiento, evaluar e intervenir los factores de riesgo del paciente, educar en salud y responder a las dudas e inquietudes del paciente y/o su familia. Todo esto en el marco de la GPC de VIH.

Los médicos expertos, que en los 3 casos analizados son médicos generales que cumplen los criterios antes señalados, son los llamados a liderar el proceso salud-enfermedad de los PVVIH dado que cuentan con conocimiento profundo de la patología y sus potenciales complicaciones, tienen la mayor oportunidad de contacto directo con los pacientes y en el marco de la integralidad se encargan de implementar las acciones de prevención, detección temprana, diagnóstico, manejo y control de las condiciones asociadas a cada paciente.

Según la guía de consenso de expertos para el manejo del RCV de los PVVIH, ya comentada, se requiere de un amplio conocimiento en el manejo del TAR y de las interacciones farmacológicas al momento de realizar el tratamiento y control de patologías como la HTA y la DLP. De esto se puede derivar entonces que entre el médico experto en VIH y el médico de RCV, el profesional mejor capacitado para atender el RCV de los PVVIH sería el primero.

Como médico general un médico experto en VIH también cuenta con la formación necesaria para atender ECNT. En los 3 casos pudo evidenciarse que efectivamente los profesionales realizan las intervenciones según las necesidades del paciente y en la medida en que las limitantes administrativas se los permite.

Cabe resaltar que la norma obliga a las IPS a mantener e implementar procesos de formación médica continuada que aporten al fortalecimiento de los conocimientos del personal en pro de la salud de los pacientes. Y en este aspecto como veremos más adelante existe una oportunidad de mejora.

Infectología: Se trata de un médico(a) con título de post grado en medicina interna y subespecialidad en enfermedades infecciosas. Según la GPC del MSPS se considera el líder del grupo interdisciplinario y su función es atender las potenciales complicaciones del paciente, hacer los cambios de manejo antirretroviral cuando sea necesario y encabezar las juntas médicas. En los 3 casos analizados esta especialidad se encuentra disponible como opción de interconsulta, en apoyo al médico experto, por vía telefónica y en la atención a los pacientes por medio de la modalidad de telemedicina y en los espacios de junta médica con los que se cuenta para la presentación de casos complejos con necesidades de ajuste de TAR o complicaciones asociadas. Sería en estos espacios en los que se realizaría el análisis para el ajuste de TAR por causas asociadas al RCV según lo indica el documento de consenso de la ACIN.

Enfermería: Las enfermeras que trabajan en el programa de VIH son seleccionadas con base en su tiempo de experiencia y conocimiento de la patología. Sus funciones son de dos tipos: por una parte, en los casos 1 y 2 tienen funciones asistenciales con un enfoque primario en educación, actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y enfoque de derechos y SSR. En el caso 2 adicionalmente cumplen funciones de toma de muestras de laboratorio. En el caso 3 las enfermeras no cumplen funciones asistenciales y se encuentran asignadas por regional.

Su rol principal en los 3 casos se enfoca en el componente administrativo del programa, son las encargadas de realizar los informes de indicadores del Programa y participan en los comités de análisis y evaluación, hacen

seguimiento a las agendas, a la facturación y atienden las visitas de asistencia técnica de los entes territoriales y de control.

Por la naturaleza de su cargo, las enfermeras se convierten en las intermediarias de los pacientes con los servicios externos al Programa de VIH y con la EAPB correspondiente, en este aspecto su función es fundamental para la movilización de recursos y el direccionamiento a los pacientes.

En el caso 1 la enfermera del programa tiene una mayor capacidad de respuesta dado que cuenta con los recursos disponibles en la IPS primaria, lo que contrasta con los casos 2 y 3 en los que al ser externos al nivel primario requieren de líneas de comunicación e intermediación adicionales que con frecuencia no funcionan adecuadamente.

Estas tareas de intermediación y movilización de recursos se realizan en los 3 casos, pero las profesionales de los casos 1 y 2 (que tienen a su cargo funciones asistenciales) expresaron dificultad por el tiempo que estas tareas consumen. Lo que deja ver que al momento de pensar en la integración de los programas es necesario ajustar los tiempos y la asignación de tareas o contar con personal adicional principalmente en el caso 2, ya que la enfermera del caso 1 cuenta con una auxiliar de enfermería de apoyo y en el caso 3, dado que la profesional no se encuentra en la sede, algunas de estas tareas se asignan a un auxiliar administrativo.

Psicología: atiende todo lo relacionado con la salud mental de los PVVIH, y sus intervenciones se enfocan principalmente en el logro y mantenimiento de actitudes adecuadas hacia el autocuidado, los estilos de vida saludable y la adherencia al tratamiento.

Nutrición: la asesoría nutricional juega un papel importante en el manejo de los PVVIH. Tiene como objetivo que los pacientes adquieran las herramientas y conocimientos necesarios para alcanzar una alimentación balanceada y

nutritiva que reduzca el riesgo de enfermedad y mejore el potencial y calidad de vida. Su intervención es de gran relevancia al momento de atender patologías metabólicas que incrementan el RCV HTA, DM, DLP y obesidad, convirtiéndose en complemento esencial a las intervenciones del médico.

Trabajo Social: evalúa las diferentes redes de apoyo del paciente, a nivel familiar, laboral, de afiliación al sistema de salud y de asistencia social; a fin de propiciar su continuidad en el programa. Adicionalmente aporta en la educación en salud y fomento de estilos de vida y hábitos saludables.

Químico Farmaceuta: hace seguimiento a la adherencia al TAR, vigila potenciales interacciones medicamentosas que pueden presentarse entre el TAR y otros fármacos que el paciente este recibiendo por sus comorbilidades, vigila y asesora en el manejo de reacciones adversas medicamentosas (RAM) y educa al paciente en el manejo adecuado de los medicamentos.

Regente de farmacia: se encarga del manejo de la farmacia del Programa, lo cual incluye el seguimiento a inventarios y pedidos, y realiza las entregas de medicamentos y demás insumos del programa (por ejemplo, los preservativos), aporta al momento de realizar el análisis del cumplimiento y adherencia del paciente y puede participar, en conjunto con el químico farmaceuta, en los procesos de educación al paciente para el manejo adecuado de los mismos.

Aunque la GPC de VIH no lo exige, al momento de considerar un abordaje integrado del RCV las GPC específicas de HTA, DM y DLP que se enfocan en población general, resaltan la importancia de contar en el grupo interdisciplinario con un profesional en ciencias del deporte, médico deportólogo o fisioterapeuta, que aporte a los procesos de educación y prescripción de actividad física de los pacientes, ya sea como actividad de

prevención primaria o como parte del manejo y control de patologías ya establecidas.

El personal de las 3 instituciones coincide con la apreciación general de que sería importante contar con alguno de estos profesionales para mejorar la atención a los pacientes y brindar mejor educación y asesoría respecto a la realización de actividad física.

Contratación del personal.

En el caso 1 la contratación del personal se hace por contrato a término indefinido y con todas las prestaciones legales, esto brinda una mayor estabilidad y aporta a la reducción de la rotación del personal, lo cual es importante ya que, dadas las características y calificaciones con que debe contar el personal, es difícil reemplazar a sus integrantes.

Adicionalmente, por las características de la población, es deseable generar estabilidad en los equipos de trabajo a fin de mejorar la interacción con los pacientes y ganar confianza con ellos en su proceso de cuidado.

Esto contrasta con el caso 3 en el que se utiliza el modo de contrato por prestación de servicios y pago por paciente “visto” o “atendido” lo cual deja en una situación de mayor inestabilidad al equipo y además entorpece los procesos de capacitación continuada ya que, al no tener un vínculo laboral, los profesionales no están obligados a asistir a estos espacios.

En el caso 2 el personal puede seleccionar el modo de contratación que más le convenga y se ajuste a sus necesidades personales. Algunos profesionales, especialmente los de tiempo completo tienen contrato directo y otros están por prestación de servicios, presentando las ventajas y desventajas ya mencionadas.

Personal administrativo.

Todos los casos cuentan con personal de apoyo en la recepción o auxiliar administrativo, que cumple funciones de agendamiento de citas, entrega de ordenamientos y direccionamiento a los usuarios. Como se comentó previamente el rol de enfermería en todos los casos cumple con funciones administrativas (ya descritas) y adicionalmente los centros cuentan con coordinadores médicos y áreas de dirección científica que se encargan de la planeación de los servicios, seguimiento a contratos, gestión de los reportes a la Cuenta de Alto Costo (CAC), auditoría y calidad, la interacción con los aseguradores y del seguimiento a resultados y cumplimiento de metas de los programas, así como de la recepción y respuesta a los requerimientos de los entes territoriales y entes de control.

Espacios de Capacitación.

En los 3 casos se observó que cuentan con un cronograma anual y con espacios de capacitación con frecuencia mensual. El acceso se realiza por medio de plataformas tecnológicas tipo “campus virtual” y en algunas ocasiones de forma presencial o por teleconferencia, siendo este último el preferido en el último año dada la situación de pandemia.

En los casos 1 y 2 los médicos expertos del Programa tuvieron, por experiencia profesional previa, manejo de programas de RCV. Dicha situación los pone en una mejor capacidad, confianza y disposición de intervenir a los PVVIH en este tipo patologías y aprovechar de mejor forma las posibilidades de integración, pero se resalta la importancia y la necesidad de mantener actualizados dichos conocimientos. Sin embargo, en los tres casos se resaltó la importancia de mantener actualizados los conocimientos a fin de prestar un mejor servicio.

En el caso 1 el personal del Programa de VIH participa adicionalmente en los procesos de capacitación y educación continuada de la IPS primaria, como los temas tratados en estos espacios son más variados, el personal podría estar en mejor capacidad de prestar un servicio más integral lo puede sumar en beneficio a las PVVIH atendidas.

Parte de la búsqueda de la integralidad del servicio se logra mejorando las capacidades del personal por medio de su capacitación, ya que en el caso de los Programas de VIH la hiper-especialización y la falta de conocimientos o de habilidad en el manejo de otras patologías puede convertirse en una barrera o limitante. Hatleberg et al. y Watt et al. resaltan en sus investigaciones la importancia de contar con personal sensibilizado y entrenado para facilitar estos procesos (17,41).

Los temas que se tratan en los espacios de capacitación coinciden en los 3 casos. Principalmente están relacionados con:

- Manejo del VIH en adultos y gestantes.
- Actualizaciones en farmacoterapia antirretroviral.
- Manejo de RAM del TAR.
- Manejo de infecciones oportunistas
- Cáncer asociado a SIDA.
- Osteoporosis asociada a VIH
- Síndrome retroviral agudo.

Además, en los 3 casos se mencionó que en algún momento se tocaron temas asociados a RCV como:

- Manejo de DLP asociadas a TAR.
- Cálculo del RCV
- Relación entre VIH y RCV.

Adicionalmente, en estos espacios también se manejan temas administrativos del Programa, se revisan los indicadores y se habla de temas de habilitación y calidad; finalmente, durante 2020 se incluyeron temas relacionados a la pandemia por COVID-19 en general.

En cuanto a la evaluación de las capacitaciones se observa que algunas veces se utiliza la modalidad de quiz o test, pero esto no siempre se aplica lo que deja un vacío en reconocer el impacto real en el personal. No obstante, podría decirse que los espacios de auditoría, evaluación de historia clínica y evaluación de adherencia a guías que se realizan en las 3 instituciones proporcionan una medida indirecta de estos procesos de capacitación.

Como particularidades, en el caso 3, teniendo en cuenta que el personal está contratado por prestación de servicios, los espacios de capacitación están programados en horarios que no necesariamente coinciden con la jornada laboral del personal por lo que asisten según su disponibilidad y disposición.

Otro punto para señalar es que se observó que la industria farmacéutica, los entes territoriales y las asociaciones medico/científicas privadas juegan un rol fundamental en la capacitación de los equipos. En los 3 casos se referenció participación en las actividades que estas entidades programan. Sin embargo, dicha participación va por cuenta de cada profesional en tiempos fuera del horario laboral o con pago, ajuste y reposición de horas de trabajo (cuando se da a lugar), es decir, las IPS no financian, ni reconocen las horas de estudio y es el profesional el responsable de los gastos a que haya lugar.

➤ **Infraestructura Física.**

Planta física

En todos los casos las sedes cuentan con recepción, sala de espera, consultorios para los profesionales del grupo interdisciplinario y farmacia para la entrega de los medicamentos antirretrovirales (ARV), antibióticos profilácticos y preservativos.

Si uno de los médicos formula medicamentos diferentes al TAR en los 3 casos el paciente debe desplazarse a farmacias en sedes externas para reclamarlos. Se reportó que estos sitios son cercanos a las sedes del Programa en los 3 casos.

Una de las mayores dificultades se presenta con la formulación de hipolipemiantes para los PVVIH, ya que la DLP es una de las comorbilidades más frecuentes asociadas al TAR. Y para los medicamentos por fuera del PBS en el caso 2 y 3 se reportó dificultades en la autorización por parte de las EAPB. Según lo observado por los médicos, muchos pacientes prefieren comprar los medicamentos que no les entregan en las sedes del Programa y en otros casos simplemente no los toman dada la barrera de acceso.

En el caso 1 los pacientes son atendidos en sedes compartidas con otros programas y servicios como Medicina Familiar, RCV, Obesidad, TBC, Control del joven y Planificación familiar. Según el coordinador médico de esta IPS:

“La IPS piensa que, para no discriminar, segregar o caracterizar la población... no se dedicó (un sitio) exclusivo para el programa, se abrieron más programas dentro de la sede”

En los casos 2 y 3 el programa funciona como IPS complementaria y las sedes son exclusivas para la atención de los PVVIH. En estos casos, para evitar señalamientos y discriminación, ni los nombres de las instituciones, ni

sus logotipos, hacen referencia al VIH. Y en el caso 3 las sedes no cuentan con señalética externa.

Dotación de consultorios.

En las 3 instituciones los consultorios cuentan con la dotación básica según la norma de habilitación:

- Equipos biomédicos: Fonendoscopio, tensiómetro, equipo de órganos, báscula, tallímetro, cinta métrica y martillo de reflejos.
- Mobiliario: Camilla, escalerilla, mesa de mayo, escritorio, sillas y equipo de cómputo.

Estos elementos permiten que durante las consultas de control de rutina del Programa de VIH se pueda hacer el seguimiento a parámetros de signos vitales y antropométricos tales como la presión arterial, la frecuencia cardiaca, el peso, la talla y la circunferencia abdominal de los pacientes y con ello, tener la capacidad de emitir conceptos, hacer diagnósticos y evaluar aspectos de patologías como HTA y obesidad.

Servicios complementarios.

Dado que el caso 1 funciona al interior de una IPS primaria, los servicios de odontología, vacunación y toma de electrocardiograma son prestados al interior de la misma IPS. Sin embargo, el servicio de laboratorio clínico es prestado por una institución externa ubicada en sedes aledañas a las del programa.

En el caso 2 el laboratorio funciona al interior de la sede, pero no cuentan con odontología, vacunación ni toma de electrocardiogramas y en el caso 3 todos estos servicios complementarios son externos.

➤ **Infraestructura Tecnológica.**

Herramientas de diagnóstico y tamizaje.

Las únicas herramientas de diagnóstico disponibles en los 3 casos son los equipos biomédicos con que se cuenta en los consultorios, los cuales permiten realizar el abordaje desde la consulta médica básica.

En el caso 1 se cuenta además con el servicio de toma ambulatoria de EKG, tecnología que se usa de manera rutinaria en el Programa de VIH para la evaluación de posibles RAM de algunos medicamentos antirretrovirales. Incluso, por lineamiento de la GPC de atención a PVVIH, se requiere en la evaluación de pacientes con alto RCV. En los casos 2 y 3 los pacientes son enviados a las IPS primarias para su realización.

Tecnologías de diagnóstico cardiovascular adicionales como el MAPA y el ecocardiograma, que son exclusivos del programa de RCV, no están disponibles en ninguna de las instituciones y los pacientes que los requieren son remitidos a otros prestadores contratados por la EAPB.

En cuanto a la clasificación del RCV de los PVVIH en los 3 casos se utiliza la fórmula de Framingham ajustada para Colombia, esta es la herramienta de elección según el consenso de expertos de la ACIN y la GPC de VIH.

Para el cálculo de la tasa de filtración glomerular y el diagnóstico de daño renal al cual también se le hace seguimiento de rutina en el Programa dados los posibles RAMS de algunos medicamentos y la necesidad de ajuste de

dosis en caso de presentarse, se utiliza la fórmula desarrollada por el Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration (CKD-EPI).

En los casos 1 y 3 estos cálculos los realiza el médico utilizando herramientas externas (calculadoras web, tablas de Microsoft Excel ® o apps de celular) y los ingresa a la historia del paciente. En el caso 2 dichas herramientas de cálculo se encuentran incluidas en el módulo de historia clínica y el cálculo se realiza automáticamente, aunque el personal refiere que prefiere verificar los resultados para mayor seguridad.

Es importante señalar que estas actividades de tamizaje también son realizadas de rutina en los programas de RCV, así que en este caso se tiene otra función de respuesta similar para ambos programas en pro de la integración.

Módulo de Historia Clínica.

En los 3 casos la historia clínica es sistematizada, con el formato básico: Motivo de consulta, anamnesis, revisión por sistemas, antecedentes personales y familiares, examen físico, análisis y conducta. Adicionalmente el formato es complementado con los elementos que hacen parte del reporte a la CAC, incluyendo todas las variables con el objetivo de facilitar y agilizar la realización del informe que cada IPS debe enviar de forma anual.

Estos ítems agregan el historial de vacunación del paciente, fechas y reportes de laboratorios del programa de VIH, historial de TAR recibido, calificación del nivel de adherencia al tratamiento y la calificación del RCV del paciente. En todos los casos el software cuenta con la opción de generación de alertas clínicas y de seguimiento.

En el caso 1 el módulo de historia clínica permite acceso a las historias de otros programas, los resultados de exámenes y consultas de otros programas

a los que el paciente haya asistido al interior de la IPS primaria, incluidos los de RCV lo que facilita los procesos de referencia y contrarreferencia entre programas; a diferencia de los casos 2 y 3 que funcionan con software diferentes a los de la IPS primaria lo que impide el acceso a esta información a menos que el paciente la aporte en formato físico.

En el caso 3 el software cuenta con una pestaña para educación del paciente con material informativo y videos que el profesional puede presentarle durante su consulta. Esto facilita los procesos de educación al paciente.

Medios De Comunicación Interna.

Aparte de la comunicación personal directa, la cual se facilita por que las sedes son pequeñas y el personal reducido, en los 3 casos predomina el uso del chat y el celular como herramienta de comunicación entre los miembros de los equipos interdisciplinarios, incluso con otras áreas regionales o nacionales y con el personal de las EAPB, esto como vía expedita para la movilización de recursos, facilitar procesos de referencia y contrarreferencia, agilizar gestiones y comunicar novedades a los miembros del equipo de manera rápida y ágil.

Cuando se requiere una comunicación o requerimiento oficial, el envío de informes, historias clínicas y datos sensibles del Programa que requieren un manejo más confidencial el correo electrónico institucional es la herramienta de elección en los 3 casos.

Adicionalmente se utilizan plataformas de teleconferencia como Google Meet ® y Zoom ® para las juntas médicas, conversatorios y reuniones; plataformas basadas en web para la gestión documental en intranet corporativa y campus virtual para las capacitaciones.

CAPACIDAD DE GESTION INTERPROGRAMATICA.

Aquí se contemplan las actividades realizadas al interior de las 3 IPS participantes para la planeación de la prestación de los servicios, el seguimiento a los resultados y metas del Programa y el monitoreo y auditoría de los procesos y del cumplimiento de los contratos con las EAPB. A fin de indagar sobre la capacidad de estas instituciones y la compatibilidad de sus modelos de atención con los procesos de gestión integrada del RCV.

➤ Gestión Administrativa.

Planeación y Coordinación de los Servicios

En los 3 casos se cuenta con comités administrativos en los que se realiza la planeación, auditoría, monitoreo y evaluación del Programa. Estos espacios están programados de forma mensual y en ellos se lleva a cabo la revisión rutinaria de los indicadores de Programa.

En el caso 1, por su funcionamiento al interior de la IPS primaria, durante los comités se cuenta con la presencia de las enfermeras coordinadoras de otros programas de la IPS, lo cual es aprovechado para comentar casos de pacientes con requerimientos especiales. Esto podría verse como una ventaja en comparación con los casos 2 y 3 que deben optar por comunicar estos casos vía correo electrónico desde la IPS especializada hacia la IPS primaria.

En cuanto a los espacios de gestión con las EAPB, en los 3 casos el personal administrativo tiene reuniones y comités de seguimiento con el personal encargado del Programa VIH. Estos comités solían realizarse periódicamente y de forma presencial cada 1 a 3 meses antes de la contingencia generada por la pandemia de la COVID-19, pero durante el año 2020 estos espacios no se programaron.

En todos los casos, este espacio se enfoca en la revisión y seguimiento al cumplimiento del contrato entre la IPS y la EAPB, el cumplimiento de resultados del Programa y la oportunidad de citas. También se aprovecha para comentar y solicitar apoyo con la gestión de casos especiales de pacientes con complicaciones, exámenes o remisiones a otros servicios o programas por fuera del contrato. Aparte de los comités, existen líneas de comunicación directa entre el personal administrativo de cada IPS especializada y el personal administrativo de la EAPB correspondiente para el direccionamiento de estos casos especiales.

Dentro de los seguimientos y puntos tenidos en cuenta durante estas reuniones no se realiza seguimiento directo a las comorbilidades cardiovasculares de la población asignada, ni al cumplimiento de metas clínicas, ni a las hospitalizaciones derivadas de patologías de RCV.

Las EAPB no exigen la realización de estas tareas ya que en el papel éstas son responsabilidad del Programa de RCV de las IPS primarias, pero en la práctica, en ninguno de los casos analizados se tiene certeza de que el 100% de las PVVIH con diagnóstico de patologías de RCV asista a las citas o si están o no controlados.

En el caso 1 se evidenció que se viene trabajando en la caracterización e identificación de los PVVIH con comorbilidades cardiovasculares y en la clasificación del RCV de la cohorte con el objetivo de realizar intervenciones educativas desde el área de nutrición.

Se debe aclarar que esta actividad surge de la iniciativa del equipo interdisciplinario y se facilita por el mayor acceso a la información con que cuenta esta institución, no por lineamientos del Programa. Sin embargo, es un ejemplo del alcance que pueden llegar a tener los equipos interdisciplinarios al interior de las IPS especializadas y de cómo se pueden tomar medidas adicionales de gestión desde el Programa.

En los 3 casos se realizan de forma rutinaria seguimientos inter-programáticos con el programa de TBC, las gestantes con VIH y los menores de edad expuestos a VIH; todas estas actividades que se llevan a cabo según las guías de Programa y los acuerdos de acciones colaborativas TBC/VIH, denotando que, a pesar de la flexibilidad normativa, tal vez se requieren lineamientos específicos para que se lleven a cabo las acciones de gestión inter programática.

Modelos de Atención

En los 3 casos el modelo de atención está definido en un contrato con la respectiva EPS. Dicho modelo está basado principalmente en los preceptos y condiciones estipuladas en modelo de gestión programática de VIH y la GPC para la atención de PVVIH del MSPS de Colombia, ambas analizadas en el apartado normativo y que estipulan las frecuencias de atención y de controles de laboratorio, así como las frecuencias de los servicios y actividades para la atención de los pacientes.

Como se ha comentado, los modelos de atención a PVVIH no incluyen servicios de programas de ECNT y por lo tanto, el acceso de los pacientes a actividades o servicios de esta índole se da de forma externa al Programa, con las particularidades de infraestructura explicadas en cada caso, siguiendo rutas que por lo general incluyen la remisión por parte del médico del Programa de VIH al Programa de RCV de la IPS primaria, mediada por el personal administrativo.

Auditoría

Los procesos de auditoría al interior de las IPS especializadas, en los 3 casos, se enfocan al diligenciamiento adecuado de la historia clínica (con

miras al reporte del informe a la CAC) y de allí se deriva el tema de evaluación de cumplimiento o adherencia a la guía clínica de VIH.

Los médicos expertos, en el ejercicio de su autonomía profesional, pueden realizar la atención, seguimiento y formulación de tratamiento para ECNT y comorbilidades como HTA, DM o DLP. No se reportaron limitaciones o restricciones de auditoría. Sin embargo, los profesionales reportan que en algunas oportunidades el tiempo disponible para realizar las consultas integradas no es suficiente.

En ninguna de las instituciones se revisa la adherencia a guías específicas de ECNT, ni a las conductas médicas o cumplimiento de metas clínicas específicas de estas patologías.

En otro espacio de auditoría, según la información recolectada, durante las visitas técnicas de los diferentes entes territoriales no se identificó en ninguno de los 3 casos que se realizaran exigencias de gestión del RCV a la población. Solo se revisan los puntos de la GPC y los que tienen que ver con el reporte a la CAC.

Movilización de recursos

Esta gestión administrativa se encuentra a cargo de las enfermeras del Programa de VIH, quienes actúan como mediadoras entre los pacientes y su EAPB para el acceso a servicios que se encuentren por fuera de las actividades pactadas dentro del contrato.

En el caso 1 el equipo de enfermería cuenta con una mayor disponibilidad de recursos y mejor capacidad de gestión ya que se encuentra al interior de la IPS primaria y gracias a que los sistemas de información son compartidos, el equipo puede acceder a historias clínicas de otros programas, asignar citas

y realizar remisiones a programas y servicios provistos por la IPS primaria sin intermediarios.

En los casos 2 y 3 esta gestión requiere la intermediación de la enfermera del Programa con un par administrativo en la IPS primaria asignada al paciente por su EAPB, o se requiere de la gestión del mismo paciente por medio de las vías o rutas administrativas establecidas en su IPS primaria. Así, la capacidad de movilización de recursos en estos casos se ve limitada.

➤ **Gestión de la Información.**

Cohortes

En las 3 IPS especializadas las cohortes de PVVIH se manejan de forma interna. Existen unos listados en los que se tiene la información de cada paciente inscrito al Programa, sus citas, fechas de entrega de medicamentos y fecha de últimos laboratorios de control. También están asociados a los tableros de seguimiento de los indicadores del Programa.

En cuanto a las cohortes de seguimiento de patologías de RCV, éstas son manejadas por otro equipo y otro personal del programa específico al interior de las IPS primarias y en las respectivas EAPB.

La información de estos listados es importante porque permite conocer datos e indicadores vitales del comportamiento de los Programas que permiten la planeación de los servicios y la toma de decisiones. Con miras a la integración de los servicios de VIH y RCV el cruce de esta información permitiría avanzar en el proceso y conocer cuáles PVVIH están captados por el programa de RCV, cuáles pacientes hacen falta, cuáles PVVIH con RCV alto están en las cohortes de RCV y si asisten o no a sus controles.

Indicadores de Gestión

Los indicadores de seguimiento del Programa de VIH están enfocados a la evaluación de la efectividad del Programa en el control de la infección. Están directamente relacionados al reporte anual que se debe hacer a la CAC y al cumplimiento de las frecuencias y actividades contempladas en la GPC para la atención de PVVIH del MSPS de Colombia.

El seguimiento clínico del Programa VIH se enfoca en el logro del control virológico, la adherencia al TAR, el cumplimiento de esquemas de vacunación y el análisis de los eventos hospitalarios asociados a VIH en los pacientes de la cohorte.

A su vez los indicadores de seguimiento de programas de RCV apuntan al grado de control de las patologías (HTA, DM, DLP, Obesidad) medido por cifras antropométricas y parámetros de laboratorio, la adherencia a controles y el seguimiento a las complicaciones y eventos hospitalarios asociados. Adicionalmente, al igual que en el Programa VIH, este programa hace reportes a la CAC.

Se debe resaltar que, bajo el modelo actual, los indicadores de gestión y seguimiento de patologías de RCV son responsabilidad de las IPS primarias y las EAPB. En ninguna de las instituciones analizadas se hace seguimiento a control de comorbilidades cardiovasculares o metas programáticas de HTA, DM o DLP, pero existe una similitud en la forma en que se hace seguimiento a ambos programas lo cual facilitaría la implementación de un modelo de seguimiento que integre ambos conceptos.

Lo que pudo observarse en la aproximación con las IPS participantes es que la EAPB realiza seguimiento y auditoría a los contratos y verifica el logro de resultados específicos del Programa. En los 3 casos analizados los espacios de gestión con las EAPB se llevan a cabo entre el coordinador del programa de VIH y un auditor o coordinador del programa de VIH designado por la

EAPB, que ejecuta listas de chequeo para verificar que las actividades del Programa se están llevando a cabo según el contrato de servicios y además se le hace seguimiento a indicadores de control del Programa entre los que se encuentran:

- Porcentaje de asistencia a cita con médico experto.
- Porcentaje de pacientes con carga viral indetectable a las 48 semanas de TAR.
- Porcentaje de pacientes con L-CD4 mayor de 350 a las 48 semanas de TAR.
- Porcentaje de pacientes con esquema completo de vacunación contra virus de Hepatitis B.
- Porcentaje de pacientes con PPD anual.
- Porcentaje de pacientes con seguimiento de carga viral y L-CD4 en los últimos 6 meses.
- Tasa de mortalidad asociada a VIH.
- Proporción de pacientes mayores de 30 años con cálculo del RCV en los últimos 12 meses.

De estos indicadores sólo uno apunta a conocer el RCV de la población, pero sólo mide a cuántos pacientes se les ha realizado la clasificación del RCV, sin definir cuántos pacientes son de alto, medio o bajo riesgo, ni cuántos de los pacientes tienen HTA, DLP o DM, ni cuántos se han remitido y están adherentes a programas de RCV, ni su estado de control.

En cuanto a la mortalidad no se hace seguimiento a las causas no asociadas a VIH, esto explica, en parte, la brecha de información existente frente al tema ya que no se obtiene la información directa en la fuente, es decir, del Programa VIH.

ACCIONES PROGRAMATICAS

Aquí se contemplan las actividades que se llevan a cabo en las IPS al momento de atender a la población asignada. Indagando lo que se realiza bajo el modelo de atención actual y las intervenciones de manejo y/o prevención del RCV que se llevan a cabo.

➤ Operativización – Continuum de la Atención

Aplicación de Guías y Protocolos.

En este apartado los médicos y demás personal asistencial de los 3 casos trabajan bajo los lineamientos de la GPC para la atención de PVVIH del MSPS de Colombia. Esta guía se encuentra adoptada por todas las instituciones analizadas y es la hoja de ruta para las actividades del Programa.

Cabe anotar que, a pesar de ser la guía oficial adoptada, todos los médicos tienen en cuenta y aplican otras guías y lineamientos al momento de atender a sus pacientes dado que la guía vigente en Colombia data de 2014 y se encuentra desactualizada en cuanto a lineamientos esenciales para la atención de los PVVIH como los medicamentos de primera línea y la indicación de dar TAR a todos los pacientes.

Entre otras guías que los profesionales tienen en cuenta, se encuentran documentos de consenso norteamericanos y europeos que aportan las recomendaciones de manejo más actualizadas. Son estos los que se tienen en cuenta en los procesos de capacitación médica continuada patrocinados por la industria farmacéutica. Aunque esas guías internacionales no están adoptadas oficialmente en las 3 instituciones se tienen en cuenta sus

lineamientos, comprendiendo que hacen parte de la mejor evidencia disponible y la mejor práctica en pro de la salud de los pacientes.

En cuanto a guías y lineamientos de manejo del RCV en PVVIH, sólo en el caso 1 se reportó la adopción de las GPC colombianas de HTA, DM y DLP, pero esto aplica directamente al programa de RCV que también funciona al interior de esa IPS primaria. En los casos 2 y 3 no se tiene adoptada ninguna de estas guías dado que el objetivo específico de los contratos firmados entre IPS y EAPB es atender solamente el VIH.

A pesar de esto, los médicos expertos de las 3 instituciones reportaron tener conocimiento de la existencia de estas GPC y un manejo adecuado de los conceptos básicos. Sólo en el caso 1 y 2 se reportó por parte de los médicos expertos conocimiento del documento de consenso de la ACIN para el manejo del RCV en PVVIH, pero este no se encuentra adoptado en ninguna de las instituciones analizadas.

Dentro de los documentos internos en las 3 IPS se encuentran los mapas de procesos, manuales de funciones y rutas del Programa de VIH, los cuales son, en esencia, adaptaciones de la GPC de VIH a la dinámica de cada IPS para llevar a cabo los ingresos y los controles de los pacientes.

En ninguno de los casos existe una ruta de referencia y contrarreferencia explícita para los pacientes del Programa de VIH que deban ser remitidos a programa de RCV. Lo que los profesionales hacen es proceder con la remisión a los programas por los medios disponibles, sin que se haga un seguimiento a su efectividad y cumplimiento.

En el caso 1 el médico experto hace las remisiones de forma interna y las citas son asignadas en la misma IPS, en los casos 2 y 3 el paciente es remitido y debe presentarse en su IPS primaria con la orden y gestionar por sí mismo la asignación de la cita. En algunos casos la enfermera del

Programa apoya esta gestión especialmente cuando el médico o el mismo paciente reportan dificultades.

La falta de rutas de referencia y contrarreferencia se refleja adicionalmente en las dificultades existentes para el acceso a la información clínica de las atenciones en programa de RCV al momento de hacer seguimiento. Solo en el caso 1, que cuenta con el mismo software de historias clínicas, la información está disponible fácilmente. En los casos 2 y 3 solo se tiene la información que el paciente aporta.

Estratificación del RCV.

La estratificación del RCV en la PVVIH tiene una gran utilidad al momento de caracterizar a la población y definir posibles medidas de intervención integrada.

Para ello, de acuerdo con las recomendaciones de la GPC de VIH y el documento de consenso de la ACIN, en los 3 casos se utiliza la fórmula de Framingham ajustada para Colombia, que tiene en cuenta elementos de la historia clínica del paciente como su rango de edad, sexo, nivel de colesterol total, nivel de colesterol de alta densidad (HDL), valor de presión arterial sistólica (PAS), toma de medicamentos antihipertensivos, condición de tabaquismo activo, diagnóstico concomitante de DM y antecedentes de patologías vasculares como accidente cerebrovascular (ACV), enfermedad coronaria y enfermedad vascular periférica.

Todos estos datos se obtienen en la consulta médica de rutina del Programa de VIH y se introducen en calculadoras especiales para dictaminar el riesgo estimado de eventos coronarios a 10 años. En ninguno de los 3 casos se utilizan métodos alternativos de cálculo del RCV recomendados en la

literatura como la herramienta D:A:D que tiene en cuenta elementos específicos del TAR al momento de realizar el cálculo.

Por protocolo esta clasificación se actualiza de forma anual y es tomada en cuenta en los seguimientos del Programa de VIH como requerimiento de la GPC de atención a PVVIH y como dato de reporte a la CAC.

Monitoreo Clínico.

Las actividades y frecuencias que se aplican en el Programa de VIH según la GPC son similares a las necesarias para hacer el monitoreo clínico del RCV de la población.

Basado en los lineamientos de la GPC de VIH, el médico experto del Programa solicita de manera periódica estudios paraclínicos que también aportan información acerca de la salud cardiovascular de los pacientes y le permite tomar decisiones de manejo, especialmente en DLP que es una de las comorbilidades más frecuentes.

La solicitud de los exámenes paraclínicos del Programa de VIH incluye por GPC de forma semestral: perfil lipídico, glucosa en ayunas, creatinina sérica y parcial de orina, así como un EKG anual, exámenes que también se realizan para el seguimiento en el Programa de RCV.

Sin embargo, la medición de potasio sérico, la microalbuminuria, la hemoglobina glicosilada, el MAPA y el ecocardiograma, también necesarios para seguimiento del Programa de RCV, no están incluidos en el paquete de laboratorios contratado para el Programa de VIH, sin embargo, en caso de requerirlo, en los 3 casos el médico experto del Programa de VIH puede incluirlos para el seguimiento específico de patologías de RCV.

➤ **Resolutividad**

Clínica.

Teniendo en cuenta lo anterior, la resolutividad clínica del médico en lo que respecta al VIH es total e incluso es obligatoria como parte del seguimiento del Programa. En las auditorías de adherencia a guías se valida que el médico cumpla con todas las actividades de seguimiento listadas en la GPC de atención a PVVIH.

En cuanto a los temas de seguimiento de patologías de RCV como HTA, DM y DLP la resolutividad del médico sólo se encuentra limitada por su disposición y por su conocimiento de las guías y del manejo de éstas. En ninguno de los 3 casos existen restricciones para la solicitud de paraclínicos o realización de actividades de seguimiento del RCV de la población VIH en la consulta. Aunque estas actividades se ven como parte de la integralidad de la atención, no hacen parte de la auditoría y no se les hace seguimiento específico es decir que el médico decide libremente si se involucra en el proceso o no.

Administrativa.

En los 3 casos se evidenció que la resolutividad clínica con la que cuentan los médicos expertos del Programa de VIH se encuentra con algunas barreras desde lo administrativo, ya que, como se comentó en el apartado de monitoreo, los paraclínicos de seguimiento de patologías de RCV que están fuera del contrato del Programa de VIH se solicitan como estudios adicionales.

En el caso 1, las órdenes de exámenes de laboratorio adicionales que el médico genere son autorizadas automáticamente con las de los laboratorios del Programa de VIH y se realizan en el mismo laboratorio; los EKG se

realizan en la misma IPS, en una sede anexa a la del Programa y en cuanto a los estudios de monitoreo cardiovascular como MAPA y ecocardiograma las órdenes salen autorizadas y el paciente debe remitirse a un prestador externo definido por la EAPB para solicitar su cita. Estas facilidades administrativas mejoran la capacidad del médico para intervenir de manera integral a los pacientes en esta institución.

En los casos 2 y 3, cuando el médico genera órdenes de laboratorios por fuera del contrato del Programa no existen restricciones de auditoría interna, pero el paciente debe llevar esa orden a su respectiva EAPB para su autorización o incluso, en algunas ocasiones, se ha identificado que se exige la transcripción de estas por un médico general en la IPS primaria.

Sólo tras llevar a cabo estos trámites el paciente puede asistir a un laboratorio o al prestador indicado. Esto se convierte en una barrera administrativa y geográfica para la integración de los servicios. Los pacientes incurren en desplazamientos y costos adicionales, además del desgaste de los trámites adicionales. Se reportó, especialmente en el caso 2, que las dificultades con estas gestiones son tan serias, que los pacientes se ven obligados incluso a cambiarse de EAPB.

➤ **Prestación del Servicio.**

Frecuencias de servicios.

En los 3 casos estas frecuencias se basan en los lineamientos dados en la GPC para la atención de PVVIH. Por una parte, se tienen las frecuencias de las citas con los profesionales del grupo interdisciplinar del Programa que se indican cada 6 meses o a solicitud del paciente o por criterio del médico experto, esto deja abierta una variedad de posibilidades y tiene en cuenta las necesidades particulares de cada paciente.

En cuanto a las valoraciones médicas estas se realizan de forma mensual, bimensual o trimestral, dependiendo de la condición y estado de cada paciente. Superando la capacidad de evaluación de los programas de RCV de las IPS primarias que difícilmente pueden tener disponibilidad de citas mensuales, dando ventaja a las IPS especializadas al momento de considerar su capacidad de realizar este seguimiento.

Las frecuencias de los estudios paraclínicos y demás actividades, como se mencionó anteriormente, se definen según la GPC de atención a PVVIH. Como norma general lo mínimo es cada 6 meses para los estudios de control inmunoviroológico (L-CD4 y Carga Viral) y otros como hemograma y transaminasas y hasta un año en los de seguimiento a coinfecciones como hepatitis virales y otras ITS según los factores de riesgo del paciente.

En el caso de paraclínicos como el perfil lipídico y glicemia en ayunas se indica cada 6 meses si el paciente recibe inhibidores de proteasa o si el anterior es patológico y anual si no cumple ninguno de los criterios anteriores. La creatinina sérica y el uroanálisis se realizan con frecuencia semestral. El EKG se indica en caso de un Framingham mayor al 20%, edad mayor de 50 años, uso de medicamentos que pueden producir elongación del segmento Qt (Atazanavir) o a criterio médico y su frecuencia no está limitada.

Pertinencia.

En las 3 instituciones participantes es el médico experto quien define y soporta la pertinencia de las intervenciones con los pacientes. En los casos 1 y 3 el médico cuenta con la instancia de junta médica, conformada por otros médicos expertos e infectología, para resolver casos difíciles o complejos. En el caso 2 el médico cuenta con la especialidad de infectología. No se reportaron limitaciones a la autonomía médica.

Farmacoterapia.

El enfoque en los 3 casos es tratar el VIH y prevenir sus complicaciones. Se utilizan medicamentos antirretrovirales y antibióticos profilácticos. La dispensación de estos medicamentos se realiza directamente en la sede del Programa facilitando el acceso a los pacientes.

En el caso de pacientes con necesidad de tratamiento farmacológico para patologías de RCV como HTA, DM y DLP los médicos cuentan con la libertad de formular según su criterio los tratamientos necesarios, sin embargo, estos medicamentos no son dispensados en la farmacia del Programa.

Se pudo observar que en el caso 1 la formulación del médico experto sirve para que el paciente se acerque al prestador de servicios farmacéuticos contratado por la EAPB para reclamar los medicamentos sin que medie otro trámite, solo el desplazamiento. Además, cuando se trata de medicamentos no incluidos en el Plan de Beneficios en Salud (PBS) la formulación del médico experto en la plataforma MIPRES es autorizada y no presenta restricciones.

En los casos 2 y 3 se observa que esta dinámica ha variado a lo largo del tiempo, dependiendo de lineamientos de las EAPB contratantes, en ambos casos se describieron épocas o temporadas en los que las fórmulas de los médicos expertos eran entregadas sin mediar otros trámites administrativos, pero más recientemente los equipos se encuentran con que los pacientes requieren transcripción de las fórmulas por parte de los médicos en las IPS primarias. En el caso de los ordenamientos por MIPRES existen mayores dificultades para la autorización y en muchas ocasiones se requiere la mediación administrativa de la enfermera de Programa.

Los médicos expertos de las 3 instituciones tienen claridad frente a la necesidad de realizar ajustes al TAR a los pacientes con clasificación de RCV elevado o por DLP o trastornos metabólicos asociados como RAM al mismo según lo recomendado en la literatura. Esto hace parte del monitoreo rutinario del programa, y se tiene como causa de remisión a infectología o a junta médica.

Niveles de Atención.

De la mano con lo anterior los 3 casos actúan como un 1er nivel de atención con servicios de tercer nivel (infectología), pero que deben remitir para las actividades de diagnóstico cardiovascular y de valoración especializada.

En otras oportunidades, cuando se identifica que las patologías de RCV están descompensadas, los pacientes son remitidos a medicina interna, endocrinología o nefrología; siendo estas, especialidades que se encuentran por fuera del Programa de VIH.

➤ **Cuidado y Soporte.**

Actividades Educativas, fomento a estilos de vida saludable (EVS) y Promoción y Prevención.

Se identificó una gran disposición y un reconocimiento de la importancia por parte de los equipos interdisciplinarios en las 3 instituciones a la educación en salud y la realización de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, no solo enfocados a enfermedad cardiovascular, sino también a actividades de detección temprana de cáncer y la planificación familiar.

En la anamnesis, o entrevista médica, se verifican los estilos de vida del paciente y se hace seguimiento al consumo de tabaco con énfasis en su supresión, fomentando también la realización de actividad física aeróbica frecuente. Todas estas actividades, realizadas de forma rutinaria en el Programa de VIH sirven para el seguimiento y monitoreo de patologías de RCV en la población.

En los 3 casos sobresale la participación del equipo paramédico, conformado por psicología, trabajo social, nutrición y enfermería; como actores fundamentales de estas actividades educativas. Los médicos expertos coinciden en que los tiempos de consulta no favorecen la dedicación a estas actividades y coinciden en la importancia de contar con el apoyo del equipo paramédico.

Los principales temas tratados con los pacientes son:

- Adherencia al TAR
- Uso adecuado del preservativo
- Sexualidad segura y responsable
- Alimentación saludable
- Actividad física
- Cesación tabáquica
- Reducción del consumo de alcohol
- Control del consumo de sustancias psicoactivas (SPA)
- Relajación y control del estrés
- Síntomas respiratorios y TBC

- Derechos y deberes
- Cáncer de mama, cérvix y ano.

En el tema de cesación tabáquica, control del alcohol y SPA los equipos se apoyan en la especialidad de psiquiatría para el manejo y abordaje de los procesos necesarios. En el caso 1 se cuenta con la especialidad con franjas de agenda y un profesional exclusivo para la atención de los pacientes del Programa. En los casos 2 y 3 los pacientes son remitidos y agendados según disponibilidad y prestadores definidos por sus respectivas EAPB, reportando dificultades en el proceso, demoras y poca disponibilidad.

En el caso 3 el software de historias clínicas cuenta con un módulo educativo en el que el profesional tiene acceso a material de video y presentaciones para tratar con los pacientes los temas educativos ya mencionados.

Los temas que se manejan en los espacios educativos con los pacientes coinciden con los que se incluyen en las GPC de HTA, DM y DLP. Y hacen parte del enfoque recomendado en la evidencia científica que soporta y promueve la implementación de modelos de integración de los servicios de VIH y RCV.

Cabe señalar que la situación de pandemia mundial por COVID-19 obligó a las 3 instituciones a cancelar los espacios de capacitación grupal con los pacientes, quedando sólo con las intervenciones individuales en consulta.

A manera de resumen, se observó que, en lo programático, las 3 instituciones adelantan actividades de estratificación del RCV, monitoreo clínico, frecuencias de control, tratamiento y actividades de educación que coinciden con las necesarias para el abordaje y gestión del RCV. Esto permite considerar que, con la realización de los respectivos ajustes administrativos, se cuenta con un potencial de integración en los 3 casos analizados.

8. Discusión

En este capítulo se desarrollarán 3 líneas o ejes de discusión desde la perspectiva de barreras y facilitadores para la gestión integral de los factores de RCV de los PVVIH. Se tendrán en cuenta los hallazgos realizados en cuanto a las capacidades y potencialidades de las IPS especializadas participantes, los cuales se pondrán en contraste con la evidencia disponible sobre modelos de integración de servicios de VIH y ECNT.

Pudo observarse que las IPS especializadas participantes cuentan con elementos operativos y ejecutan acciones programáticas que van en pro de la integración de los servicios. Así mismo, se identificaron oportunidades de mejora en lo concerniente a los procesos de gestión interprogramática, derivadas de vacíos de la normativa vigente.

En primer lugar, se discutirán las consecuencias de este vacío normativo, las necesidades emergentes y posibles alternativas de solución, abordando posteriormente el problema de la fragmentación de los servicios, las dificultades derivadas y sus implicaciones en el proceso salud-enfermedad. Por último, se analizará el rol del talento humano que conforma los grupos interdisciplinarios que operativizan las acciones programáticas e interactúan día a día con los pacientes.

EJE 1. La Normativa Como Factor Orientador de las Acciones Programáticas.

Los marcos normativos en el sector de la salud representan la confluencia de directrices nacionales e internacionales como estrategia para la búsqueda de la cobertura, calidad, suficiencia y oportunidad de la prestación de servicios. Sirven para demarcar el camino de las organizaciones, brindar uniformidad a sus procesos y a su vez, definen lo que se espera de ellas.

En Colombia se presentan barreras políticas, sociales, culturales, geográficas y económicas que entorpecen la implementación efectiva de la normativa en salud, situación que afecta el desempeño del sistema y sus resultados. En el caso del modelo de atención, que aspira a la integralidad, las brechas de implementación se manifiestan en pobres resultados en salud derivados de dificultades en la gestión de los riesgos, falta de acceso oportuno a servicios, ineficiencia del sistema, sobre costos y necesidades insatisfechas.

Uno de los desafíos que se plantea frente al envejecimiento de la población con VIH, es la necesidad de abordar de manera integral las necesidades que emergen de dicho proceso, es decir, que el sistema responda adecuadamente al incremento de las comorbilidades y ECNT de esta población. Para ello es fundamental reconocer las capacidades de las instituciones especializadas encargadas de su atención y así aprovechar el potencial que tienen para avanzar en el abordaje integral de eventos en salud pública asociados al VIH y a las ECNT, epidemias que afectan en la actualidad a países de bajos, medianos y altos ingresos, y que dejan mayores consecuencias en los dos primeros.

En Colombia, las acciones programáticas de VIH y ECNT se encuentran desligadas entre sí. Para comprender esto, es necesario reconocer que, aunque la normativa colombiana configura un escenario de integración por medio de un modelo ajustado a las necesidades en salud de los ciudadanos, con enfoque diferencial y de gestión del riesgo, con flexibilidad y capacidad de adaptación; en la actualidad no se evidencia un eje articulador, ni direccionamientos técnicos específicos que apunten hacia la integración de los programas de VIH y ECNT o que den pautas para la ejecución de acciones colaborativas interprogramáticas, tal y como ocurre, por ejemplo, entre los programas de TBC y VIH.

En el papel el modelo de salud plantea al paciente como eje central, como objeto de intervenciones en salud, pero a su vez el pensamiento sistémico dominante del paradigma médico tradicional organiza su atención por sistemas y ejes temáticos, fallando de esta manera en lograr la tan deseada integralidad.

Además, las guías y protocolos de manejo clínico se encuentran desactualizadas, y están diseñadas para el abordaje de los casos “típicos”. Esto no incluye elementos de manejo específico de las comorbilidades asociadas al envejecimiento de los PVVIH. Actualmente el MSPS está trabajando en la actualización de la GPC para la atención de PVVIH en Colombia y se espera que incluya avances respecto al abordaje de ECNT y del RCV de los PVVIH que permitan avanzar hacia la integración de los servicios, tal y como se plantea en la evidencia internacional de países como Estados Unidos, Reino Unido, Zambia, Kenya y Cambodia, recopilada en este estudio.

En contradicción con el planteamiento de atención integral, la actual GPC para el manejo de PVVIH indica la remisión de los pacientes con ECNT y RCV para manejo en otros niveles de atención, principalmente en los programas definidos en las instituciones de atención primaria y a los servicios de tercer nivel como cardiología.

Esto sin tener en cuenta la estrecha relación interprogramática existente, las oportunidades de integración y el gran número de exámenes complementarios que se comparten entre los programas, y ni que decir de los riesgos y consecuencias derivadas de las interacciones farmacológicas, el impacto metabólico y renal de algunos de los antirretrovirales usados con mayor frecuencia, la necesidad de ajustes e individualización de la terapia, la mayor frecuencia de factores de RCV de esta población, y los gastos de no calidad generados por las complicaciones y la duplicidad de intervenciones, es decir la ineficiencia.

Tampoco se reconoce la mayor capacidad de captación y adherencia que tienen los programas de VIH y la disponibilidad de equipos interdisciplinarios que permiten un mejor manejo multifuncional de la PVVIH. Por esto en la actualidad, se observa en la práctica la falta de operatividad de un modelo de atención que apunte a la integralidad, así como se plantea en la política nacional en la PAIS y el MAITE, y con ello una separación entre las estrategias de gestión de riesgo administrativo, de atención operativa y de seguimiento de las EAPB y las IPS especializadas, lo que no permite una atención preventiva, oportuna y de calidad.

Dado que la normativa y las guías de VIH y ECNT se encuentran desarticuladas entre sí, no se indica desde el nivel nacional de manera explícita llevar a cabo actividades de gestión inter programática VIH – RCV, dejando vacíos que no permiten exigencias en ningún nivel del sistema (entes territoriales, aseguradores y prestadores) lo que en consecuencia genera falencias en las competencias y funciones de gerenciamiento administrativo y operacional requeridas para la atención integral del VIH y ECNT en las instituciones analizadas.

Las consecuencias de la falta de normativa clara y específica en esta materia interfieren sobre las capacidades institucionales para brindar una atención de acuerdo con las necesidades de los PVVIH, especialmente en temas de infraestructura, en la falta de indicadores de monitoreo y seguimiento clínico que apunten a ambos programas, y en la debilidad en los sistemas de referencia y contrarreferencia inteprogramática. Estas falencias generan barreras de acceso a los servicios ya que provocan mayores gastos y desplazamientos del paciente, duplicidad en las intervenciones médicas, mayores costos, ineficiencia y mal uso de los recursos, fallas de seguimiento clínico a las comorbilidades y finalmente barreras de comunicación entre los equipos interdisciplinarios y los diferentes niveles de atención complementarios; impactando negativamente en la salud de los pacientes.

Esto concuerda con los hallazgos de Leung et al. en Tanzania, donde analizaron las barreras y facilitadores para la integración de los servicios de VIH y ECNT, encontrando que una de las mayores dificultades es la falta de protocolos de manejo integrado. (37) En el mismo sentido, Duffy et al. revisaron los modelos de atención integral del VIH y ECNT en Zambia, Kenia, Uganda y Cambodia, con hallazgos similares frente a barreras de integración: falta de herramientas de monitoreo y evaluación y la ausencia de estrategias de seguimiento y debilidad en los protocolos de referencia. (67)

Cabe resaltar que, según este último autor, los países en los que existen modelos de integración VIH y ECNT, como Zambia, Kenia, Uganda y Cambodia, tienen algo en común: la integración de los servicios esta mediada por normativa y/o iniciativas gubernamentales. Este mismo estudio permitió evidenciar que, sin una normativa

que dirija y determine las acciones interprogramáticas específicas, la integración no se da (67), por lo tanto, extrapolando estos hallazgos a la realidad colombiana, podríamos plantear que nos enfrentamos a una falla estructural del sistema.

A nivel mundial, el continente en el que más se ha estudiado el tema de integración de los servicios de VIH y ECNT es África. Numerosos países africanos apuestan por estrategias de integración que apuntan al uso eficiente de los recursos y la mejora de los resultados en salud, con el ánimo de reducir el impacto de la morbilidad causada por ambas epidemias.

Según Haregu, las funciones de respuesta para los programas de VIH y ECNT comparten tantas características que una aproximación integrada sería mucho más efectiva ya que permite superar las barreras antes mencionadas, lo que se traduce en una mejor calidad de los servicios y un uso más eficiente de los recursos, pero se requiere el diseño, implementación y evaluación de un modelo de atención que las integre completamente. (58) Esto necesariamente debe originarse como política desde los programas nacionales, pero se debe resaltar que, tanto las EAPB como las IPS especializadas, podrían avanzar en el ajuste de sus rutas y el fortalecimiento de los canales de comunicación, gracias a la flexibilidad de la normativa vigente.

Sin embargo, la construcción de un nuevo modelo de atención a PVVIH que incluya la gestión de sus factores de RCV, necesariamente requiere de la visibilización de la problemática desde la investigación en salud pública y de la voluntad política y económica del Estado para lograr el impacto deseado y con ello lograr el desarrollo normativo que oriente la articulación de los programas.

En este escenario aún más complejo, se requiere de una estructura administrativa de soporte dispuesta de tal forma que los pacientes no se pierdan en el proceso. Sin embargo, dado el vacío normativo se observan dificultades en las rutas de atención y falta de seguimiento a las responsabilidades de atención integral interinstitucionales, que afectan la salud y el bienestar futuro de las PVVIH.

Como se evidenció en el caso 1, la adaptación del modelo de atención del Programa de VIH al funcionamiento de la IPS primaria es posible. En esta institución existe

una aproximación a la integración de las intervenciones de VIH y ECNT, ya que los programas comparten infraestructura tecnológica y, en forma parcial, su infraestructura física, lo que reduce algunas de las barreras de acceso y comunicación, pero desafortunadamente, esta oportunidad no se capitaliza completamente a causa de la fragmentación en algunos servicios complementarios y vacíos en la gestión administrativa determinados por aspectos contractuales entre IPS y EAPB que derivan directamente de este vacío normativo.

Se debe reconocer que en Colombia existe poca evidencia específica frente a la carga de morbilidad por ECNT en PVVIH, lo que contrasta con la enorme cantidad de evidencia que lo sustenta a nivel internacional. Este vacío de conocimiento local impide, tal vez, visibilizar el impacto de esta comorbilidad en nuestro país y por ello los hacedores de políticas públicas, los entes de control y las EAPB no tienen la presión necesaria para diseñar e implementar modelos integrados de servicios. Es necesario avanzar en el desarrollo de indicadores específicos que permitan conocer el impacto de morbilidad producido por las patologías de RCV a los PVVIH, los eventos hospitalarios y de mortalidad asociados, la adherencia farmacológica y a las citas de control y los eventos adversos y de farmacovigilancia que pueden presentarse.

En este aspecto podría cuestionarse el rol que cumple la CAC en la generación de dicha evidencia, ya que esta entidad del Estado recibe cada año la información de todas las EAPB en lo referente al manejo y control de los PVVIH y a su vez, pero de forma separada, la información de la gestión de los pacientes con ECNT como HTA, DM y enfermedad renal. Con este insumo se podrían generar datos, estadísticas e información que relacione el VIH y las ECNT en Colombia y así empezar a visibilizar el impacto real en morbilidad de las ECNT sobre los PVVIH en Colombia. Contar con dicha información es de vital importancia en la actualidad ya que estos datos sirven como insumo para el análisis de la situación de salud a nivel nacional, para la planeación de los servicios y la toma de decisiones, pero nuevamente para llevar a cabo estas acciones se necesita legislación al respecto.

Finalmente, Njuguna et al. resaltan la importancia del desarrollo de pilotos en los que se implementen modelos de programas integrados VIH-ECNT, impulsados desde la academia y financiados por alianzas público-privadas, ONG o entidades internacionales, en los que se haga manejo, seguimiento y evaluación a PVVIH y sus comorbilidades cardiovasculares (HTA, DM, DLP, Obesidad).(68)

El desarrollo de este tipo de proyectos piloto podría visibilizar los beneficios de la integración de estos programas, demostrar su impacto positivo en resultados de salud y la reducción del gasto gracias al uso eficiente de los recursos y al mismo tiempo reconocer las dificultades de implementación que surjan de elementos contextuales durante su puesta en marcha. La experiencia del personal en las IPS especializadas y la academia puede aportar importantes elementos de adaptación para sortearlas. Este enfoque *bottom-up* o retrospectivo para la implementación de políticas públicas, serviría para el diseño, construcción e implementación de un modelo de atención integral desde la base, para luego llevarlo a una escala nacional y así resolver el problema del vacío normativo evidenciado en Colombia.

EJE 2. El Problema De La Fragmentación De Los Servicios.

En Colombia el continuo de atención del programa de VIH frente a las necesidades emergentes en la atención del RCV están fragmentadas desde lo normativo y lo operativo. El diagnóstico del VIH está a cargo principalmente de las IPS primarias y el tratamiento y seguimiento de la patología se lleva a cabo en IPS especializadas. Si observamos bajo esta misma óptica el programa de RCV, vemos que todas las actividades de diagnóstico, seguimiento y tratamiento están a cargo de IPS primarias, constituyéndose en una barrera de atención desde sus niveles de diagnóstico y tratamiento.

Si una PVVIH requiere servicios de prevención primaria, secundaria o terciaria del programa de RCV en HTA, DM, DLP u obesidad, la situación se complejiza dado que las actividades de atención de RCV se encuentran asignadas a una IPS primaria, los servicios de apoyo diagnóstico y logística farmacéutica están ubicados

en IPS complementarias y las actividades de atención del VIH son contratadas con IPS especializadas. Esto lleva al paciente a recibir atención y manejo en sitios diferentes y por equipos interdisciplinarios de profesionales que no se interrelacionan en el momento de su atención y posterior seguimiento.

En general, la fragmentación de los servicios de salud trae consecuencias para los sistemas de salud y para los pacientes. En primer lugar, afecta el desempeño y equidad del sistema, su eficiencia y sostenibilidad y reduce la calidad de los servicios prestados. A su vez, aumenta las barreras de acceso a los pacientes, incrementa los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos asociados a su enfermedad y produce una baja satisfacción con los servicios recibidos. (57,69,70) De aquí la importancia de que se tomen las medidas necesarias para resolver este problema, aún más en el caso de patologías crónicas como el VIH y sus comorbilidades asociadas, ya que requieren de intervenciones a largo plazo.

Los servicios de atención de VIH, como enfermedad de alto costo y alta complejidad, son prestados por IPS especializadas que están equipadas y estructuradas para contar con la mejor capacidad de gestión y atención a dicha patología y las complicaciones asociadas. Bajo este planteamiento, éstas IPS deben ser parte activa de las rutas integrales de atención y conectar con los demás servicios de primero, segundo y tercer nivel, de modo que el flujo del continuo de atención entre estos no presente barreras para el paciente.

Los hallazgos de este estudio permiten evidenciar que las rutas de comunicación interna, para la referencia y contrarreferencia de pacientes entre niveles de atención, y el reporte, análisis y evaluación oportunos de los resultados de la atención, presentan falencias importantes, lo que se traduce en una fragmentación de la atención.

Esta situación se hace más evidente en el abordaje de las ECNT de los PVVIH. Las rutas de atención dispuestas entre las EAPB y las IPS no son lo suficientemente robustas como para superar los problemas de comunicación interinstitucional y las barreras de acceso a servicios a los cuales tienen derecho las poblaciones que se

atienden. Para satisfacer las expectativas de integración y llevarlas a la realidad, los contratos entre las EAPB y las IPS especializadas deberían contemplar los aspectos operativos y administrativos de la gestión del riesgo de las patologías y factores de RCV de la población atendida. Aunque la normativa actual no lo explicita, dado que esta fragmentación puede resultar en detrimento de la salud y bienestar de las PVVIH, este problema debería ser tomado en consideración. (6,71)

En los casos analizados en este trabajo de investigación pudo observarse que el programa de VIH se enfoca en el logro del control de la infección viral, la adherencia al tratamiento y cumplimiento del TAR, el cumplimiento de esquemas de vacunación y el análisis de los eventos hospitalarios asociados a VIH en los pacientes de la cohorte. En ninguno de los casos se hace seguimiento a control de comorbilidades cardiovasculares o metas programáticas de HTA, DM o DLP, lo que hace que sean indicadores vistos de manera desagregada.

Al no estar incluidos programáticamente estos seguimientos, los tomadores de decisión y las instituciones no cuentan con los elementos para planear e implementar estrategias de atención preventivas basadas en un seguimiento integrado. Esto las lleva a reaccionar cuando ya se presentan las complicaciones por ECV con medidas de prevención terciaria, las cuales, cuando se habla de eventos prevenibles, son tardías y más costosas dado que se pierde la oportunidad de ejecutar acciones de prevención primaria y secundaria. De aquí la importancia del planteamiento teórico de este estudio: implementar un modelo de gestión de RCV integrado a los programas de VIH, que permita la detección temprana, tratamiento, seguimiento, evaluación, gestión y monitoreo adecuado de las comorbilidades y una respuesta desde lo preventivo como prioridad.

La articulación entre los programas de VIH y ECNT es necesaria, pero para que esta suceda se requiere de un modelo de integración de servicios y de una normativa que lo soporte, tal como lo sugieren Watt y colaboradores, que afirman que las fallas de integración no dependen únicamente de los programas sino también de falencias o debilidades del sistema de salud. (41)

La dificultad del caso colombiano se presenta al tener un modelo de atención fragmentado en un ambiente normativo flexible y con vacíos. Aunque en teoría se busca la integralidad, no se logra una uniformidad en los procesos de atención y no se definen los ejes articuladores, dejando a la iniciativa de cada equipo interdisciplinario y de cada profesional, llegar hasta donde sus recursos, capacidades, conocimiento y disposición les permita.

Autores como Haldane, Watt y ONUSIDA (6,41,72) han llevado a cabo revisiones sistemáticas de la evidencia y han evaluado modelos de integración de servicios de VIH y ECNT, HTA y DM alrededor del mundo, principalmente en África, aunque también se han incluido estudios de Estados Unidos e Inglaterra; identificando barreras y facilitadores para su puesta en marcha.

En términos de infraestructura, Watt et al. afirman que la localización compartida de los programas de VIH y RCV puede facilitar la accesibilidad y oportunidad de los servicios. Esto concuerda con los hallazgos de este trabajo, ya que en las instituciones en las que los programas se encuentran en sedes separadas se observaron mayores barreras para la atención. Así mismo, una revisión sistemática de distintos modelos de integración entre VIH y ECNT evidenció que un factor común en la mayoría de estos modelos es el uso de la infraestructura del programa de VIH, no solo para la integración de la atención, sino también para el desarrollo e implementación de los protocolos de atención. (41)

Los facilitadores mencionados se hicieron evidentes en este estudio al analizar el modelo de atención del caso 1 en el que se comparte parcialmente la infraestructura de ambos programas; lo que permite una aproximación al beneficio potencial de la integración. Se justifica entonces, integrar la atención y gestión del RCV a los programas de VIH ya que la evidencia muestra que hacerlo permite mejorar el acceso, cobertura y calidad de los servicios, reducir las inequidades y mejorar los resultados en salud (6,16,35,36,71)

En contraste con esta premisa, Watt et al. citan a Kobayashi y Standridge; Cooperman et al. y Lombard et al, quienes señalan que la localización compartida

de los servicios de VIH y RCV debe ser manejada con cuidado, ya que puede convertirse en una amenaza a la confidencialidad de los pacientes. (41) Esta amenaza se materializó en los programas en los que el modelo planteaba la atención compartida de pacientes con HTA y DM quienes a su vez podían tener o no VIH.

Una opción para mitigar este riesgo sería incluir los servicios de RCV al programa de VIH en la IPS especializada, no llevar los servicios de VIH a la IPS primaria; de manera que las personas accedan a ambos servicios sin poner en riesgo su confidencialidad. Sin embargo, en la experiencia documentada en este trabajo, en el caso 1 en donde las PVVIH son atendidas en sedes compartidas con otros programas, no se reportaron quejas o problemas de confidencialidad. Explorar las percepciones de los pacientes a este respecto está fuera de los alcances de este estudio, pero es necesario plantearlo a futuro, ya que se deben incluir sus expectativas y necesidades al momento de diseñar un modelo de gestión integral adaptado y centrado en el paciente.

Otro aspecto que, según este autor, facilita la integración de los servicios, es el uso de sistemas de historia clínica compartidos que permitan el acceso directo a la información del paciente, sus datos clínicos, reportes de laboratorio, formulaciones y ordenamientos. Esto abre la posibilidad de mejorar la toma de decisiones frente a los ajustes terapéuticos necesarios, agrega oportunidad y permite a los profesionales realizar seguimiento a metas y compromisos y reforzar los temas de educación en salud y los resultados obtenidos tras dichas intervenciones. Así mismo, el uso de infraestructura tecnológica facilita la comunicación interprogramática y la fluidez de los procesos de referencia.

Según los hallazgos de este trabajo de investigación los equipos interdisciplinarios y los pacientes enfrentan barreras en el flujo de la información que afectan la toma de decisiones y el acceso oportuno a tratamiento y servicios, derivadas de falencias en el sistema de referencia y contrarreferencia entre los distintos niveles de atención. Dado que no existe un sistema único de historia clínica, los médicos expertos del programa de VIH solo tienen acceso a la información que el paciente

aporta cuando se trata de atenciones realizadas por fuera de la IPS especializada y viceversa, los médicos del programa de RCV no tienen acceso a las historias clínicas del control del VIH. Esto no solo sucede frente a RCV, también se presenta en las atenciones de cualquier otra causa. En contraste, pudo observarse que en la institución que contaba con mayor acceso a la información tenía mejores avances y mayor potencial para la gestión integral de los riesgos.

En un sistema de salud basado en un modelo centrado en el paciente es de vital importancia tener en cuenta sus necesidades. La fragmentación afecta directamente la calidad y el acceso a los servicios, aumenta los gastos de bolsillo, ya que se generan desplazamientos adicionales, obliga a una mayor inversión de tiempo e incluso, en algunas ocasiones, a la necesidad de comprar los medicamentos debido a las barreras de acceso. Njuguna afirma que todo esto entorpece la forma en la que el paciente se relaciona con el sistema, así como su percepción del cuidado recibido, afectando su adherencia y cumplimiento y finalmente impactando negativamente en los resultados clínicos de los programas. (68)

En complemento con esto, Duffy et al. indican que la integración de los servicios puede mejorar la adherencia de los pacientes ya que unificando las citas y la entrega de medicamentos se reducen los desplazamientos y además se hace un uso más eficiente de los recursos del sistema, todo en beneficio del paciente y sus necesidades. (67)

Según Nebelkopf E y Penagos M, que llevaron a cabo un estudio de integración de servicios de VIH, abuso de sustancias y enfermedad mental en 2005, una ventaja de un modelo integrado sobre uno fragmentado radica en que el paciente y su familia tienen la oportunidad de fortalecer, en respeto y confianza, su relación con el personal que le atiende, lo que mejora su adherencia al tratamiento y capacidad de agencia y le permite sentir que sus preferencias y necesidades son tenidas en cuenta. Es por esto por lo que los modelos de atención deben contar con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las necesidades del paciente y no excluir o estigmatizar a aquellos que no se acoplen al modelo propuesto. (41)

Por su parte, Suter citando a Rogers y Sheaff, señala que “la razón de ser de un sistema de salud integrado es satisfacer las necesidades de salud de los pacientes, por encima de las necesidades de los prestadores” agregando que “las organizaciones que fallan en poner al paciente en el centro de sus intervenciones probablemente fallaran en sus intentos de integración”. (71) Con base en estos conceptos, se plantea que el desarrollo de un modelo de atención que integre VIH y RCV en nuestro país debe atacar la fragmentación de los servicios y aportar flexibilidad, teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes y sus familias y el fortalecimiento y estabilidad de su relación con el equipo de salud de modo que todo se traduzca en una mejora en su calidad de vida.

Muchos estudios sobre modelos de atención integral del VIH y ECNT reportaron que los programas que cuentan con personal dedicado a la gestión de las necesidades de los pacientes tenían mejores resultados. (6,67,68,73) En este trabajo de investigación esto se vio reflejado en el rol desempeñado por las enfermeras de programa; ya que en todos los casos su participación fue reconocida como un factor facilitador de los procesos de integración, sin embargo, estas profesionales reportaron poco tiempo disponible para llevar a cabo estas tareas ya que se encuentran fuera de su asignación de funciones. Como se tratará a continuación, en el apartado de talento humano, para el desarrollo de un modelo de atención integral VIH y RCV se debe destinar mayor recurso humano para cumplir con estas funciones adicionales o realizar una redistribución de las tareas asignadas.

Enfrentar la fragmentación en la prestación de los servicios y reducirla al máximo debe ser una prioridad de los tomadores de decisiones. Es fundamental reconocer los puntos de confluencia y las estrechas relaciones existentes entre los elementos de esta problemática como punto de partida para el diseño y puesta en práctica de un modelo de integración de servicios de VIH y ECNT. Para ello es necesario evolucionar de la mirada sistémica, o por patologías, a una mirada holística e integral. La disposición de la infraestructura, del personal y los servicios complementarios debe apuntar a la satisfacción de las necesidades de los pacientes

y sus familias, a la reducción o eliminación de las barreras de atención y al logro de metas clínicas y resultados acordes a la evidencia científica, considerando que las realidades que enfrentan las poblaciones deben sobreponerse a las dinámicas de poder económico que rodean el proceso de atención a un PVVIH en Colombia.

Eje 3. El Recurso Humano En Los Procesos De Integración.

Uno de los pilares fundamentales para la integración de servicios de salud es su abordaje por medio de grupos interdisciplinarios de profesionales. Así es reconocido en Colombia en el MAITE y en el Modelo de Gestión Programática del VIH/SIDA y a nivel internacional por parte de la OMS en su documento técnico sobre integración de servicios de 2008. Así mismo este concepto es reforzado por los hallazgos de autores como Suter, Duffy, Rabkin y Njuguna en sus revisiones sistemáticas de modelos de atención integral para servicios de cuidado crónico y de VIH. (67,68,71,73)

El talento humano en salud es fundamental para el logro de los objetivos planteados en un sistema de salud. Teniendo en cuenta esto, el MSPS contempla para la implementación del MAITE la sensibilización, socialización y capacitación del personal de salud en los aspectos más importantes del modelo. Así mismo, considera la necesidad de mejorar la capacidad resolutive de los profesionales, su mejora en términos cuantitativos y cualitativos y la disposición de equipos multidisciplinarios como estrategia para mejorar la integralidad de la atención en el marco de las RIAS. (74)

El personal de salud lleva a la práctica los procesos y procedimientos planteados en las rutas y protocolos de atención establecidos y tiene contacto directo con el paciente. Entonces, es de vital importancia que este personal se encuentre adecuadamente entrenado, actualizado y motivado, así mismo que cuente con los elementos de acceso a la información para una comunicación efectiva. Al respecto los programas de VIH son ejemplo de cómo funciona un equipo interdisciplinario en pro de la salud del paciente.

En este sentido, este trabajo permitió observar la importancia de la estabilidad laboral del personal al interior de las instituciones como facilitador de los procesos de atención a los pacientes. Principalmente por dos aspectos, en primer lugar, porque el personal del programa de VIH debe contar con experiencia y experticia en la atención y manejo de PVVIH, y las organizaciones invierten tiempo y recursos en la búsqueda del talento humano mejor capacitado. En segundo lugar, porque adicionalmente estas instituciones dedican espacios y recursos para su capacitación continua.

A propósito, Duffy et al. señalan que una alta rotación del personal, además de afectar estas calidades y cualidades técnicas, afecta negativamente la percepción de los pacientes frente a la calidad del servicio recibido, su adherencia a los programas y sus resultados, debido a que no se logran establecer esos vínculos entre el equipo profesional y el paciente que desencadenan en relaciones de confianza y motivación que permiten un mejor acercamiento a sus necesidades y una mayor corresponsabilidad. (67) Todos estos elementos, según lo discutido en el apartado de fragmentación de servicios, son necesarios para el adecuado funcionamiento de un programa de atención integral centrado en el paciente.

Los modelos de integración de VIH y ECNT analizados en las revisiones sistemáticas de Njuguna y Haldane señalan que una de las estrategias claves es el uso de la infraestructura existente en los programas de VIH, esto incluye la infraestructura física, tecnológica y de talento humano. (6,68) En lo que a talento humano se refiere, para alcanzar esta integración, los equipos interdisciplinarios de los programas de VIH deben agregar a sus conocimientos todo lo referente al diagnóstico, manejo y seguimiento de estas patologías. (73)

Para esto, según Rabkin et al., la academia en asocio con instituciones especializadas puede jugar un rol importante en la construcción de capacidades en el personal para la atención de PVVIH con ECNT. (73) Desafortunadamente en nuestro país la oferta académica es limitada, la Universidad de Antioquia ofrece un diplomado virtual en VIH con una intensidad horaria de 150 horas y la Universidad del Rosario ofrece un Diplomado de Atención Integral a Pacientes con VIH/SIDA

con una intensidad de 100 horas. En ambas ofertas académicas se menciona el tema de VIH-Vejez o VIH-RCV pero los contenidos específicos del pénsum no se encuentran disponibles.

En Colombia no existen programas de especialización en el manejo del VIH y aunque el MSPS ha promovido por varios años la participación en la Maestría Esther para la Atención de Pacientes con VIH en asocio con el Ministerio de Salud de España y la Universidad Rey Juan Carlos, de manera contradictoria, este título no es homologable en Colombia. Los estudios sobre talento humano en salud en Colombia llevados a cabo por el MSPS desde la implementación de la ley 100 de 1993 no han incluido de forma específica al personal que atiende a PVVIH. (74)

Adelantar una caracterización del talento humano que se desempeña en la atención del VIH, conocer su cantidad, suficiencia, distribución, contenidos de formación y capacidades es de gran importancia para la planeación de los servicios y proyectar su alcance, lo que a su vez permite al sector educativo responder a las demandas del sistema en torno al fortalecimiento de los perfiles profesionales necesarios para brindar una atención adecuada e integral a las PVVIH.

En las instituciones analizadas en este estudio, se observó que se llevan a cabo procesos de educación continuada con un enfoque principalmente hacia la patología de VIH, y aunque se reconoce su relación con enfermedades como la HTA, DM, DLP y Osteoporosis, dichos espacios de capacitación se quedan cortos en brindar los elementos para el manejo en propiedad de estas patologías crónicas y el personal depende de su experiencia previa y su propia iniciativa para adquirir las habilidades. Esto se debe, posiblemente, a que contractualmente las IPS especializadas no están obligadas a manejar dichas patologías, ni son responsables de los resultados en salud dependientes de éstas, así que no se hace necesario invertir recursos en ello.

También pudo observarse que los equipos interdisciplinarios en los casos analizados realizan actividades e intervenciones de VIH y RCV, lo cual refleja una buena disposición a resolver las necesidades de los pacientes y un reconocimiento

de la relación VIH – RCV. Sin embargo, al estar basadas sólo en sus conocimientos, entrenamiento y experiencia previa y no incluir especialidades complementarias como medicina interna, se abre la posibilidad a situaciones de alta variabilidad clínica, potenciales errores o eventos adversos y posibles necesidades insatisfechas.

Al respecto, autores como Leug et al. y Rabkin et al. identificaron como facilitadores del proceso de integración, la expansión del alcance resolutivo, de las capacidades y conocimientos del personal y la conformación de grupos interdisciplinarios que incluyan todas las profesiones necesarias para mejorar la capacidad resolutiva, calidad y eficiencia en la prestación de los servicios y reducir estos riesgos. (37,73)

La industria farmacéutica también interviene en los procesos de formación y capacitación continuada de los profesionales de los programas. En todas las instituciones analizadas en este estudio se hizo referencia a participación del personal en actividades, charlas, conferencias y congresos financiados, auspiciados y organizados por particulares. El rol que juega la industria en este sentido es cuestionable desde el punto de vista ético, ya que es poco probable que sus intervenciones se encuentren totalmente aisladas de sus propios intereses económicos. En este aspecto se considera que se requiere mayor control por parte de los organismos de vigilancia, mayor control por parte de las IPS y también que la academia ocupe el espacio que le corresponde como formador del talento humano en salud respondiendo de manera adecuada a las necesidades especiales de los programas.

El sector educativo cumple un papel fundamental en la mejora cualitativa de los perfiles profesionales del talento humano en salud encargado del cuidado y atención de las PVVIH. Para avanzar hacia la búsqueda de un modelo de atención integrado VIH – RCV, este sector debe responder a las necesidades de capacitación del personal y no dejar todo en manos de las IPS especializadas y la industria farmacéutica. Y así lograr que la capacidad resolutiva, el alcance de los equipos interdisciplinarios y la calidad de los servicios prestados sean optimizadas en pro de la salud y bienestar de los pacientes y la sostenibilidad del sistema.

Valdría la pena profundizar y conocer el nivel actual de conocimientos y adherencia a las GPC de ECNT por parte de los médicos expertos en VIH. De esta forma se podrían identificar las fortalezas y debilidades del personal y las necesidades específicas de capacitación. Desafortunadamente los procesos de auditoria de las instituciones participantes en este estudio no abordan este asunto, por lo que no hay información que permita hacer una aproximación. Evaluar el nivel de conocimientos y de adherencia a las guías de RCV de los médicos expertos de los programas de VIH se encuentra fuera del alcance y propósito de esta investigación, pero puede ser un campo de estudio a futuro, ya que al momento no se tiene conocimiento de evidencia al respecto en nuestro país.

Otra barrera identificada en este estudio para avanzar en la integración de los programas de VIH y RCV es de tipo administrativo. Dado que las actividades de seguimiento y gestión del RCV no son tenidas en cuenta en el modelo actual como parte de la responsabilidad del programa de VIH, éstas quedan fuera de los contratos y de los procesos, por lo que el personal no dispone del tiempo suficiente para llevarlas a cabo. Esto hace que los profesionales del equipo interdisciplinario, especialmente médicos y enfermeras perciban que la integración de las funciones de gestión de RCV al programa de VIH generaría una sobrecarga de trabajo.

Al respecto, Rabkin et al. señalan la importancia de tener en cuenta la percepción del personal frente a la asignación de nuevos roles y funciones al momento de implementar un modelo de atención integrado, para evitar reactividad y desmotivación del personal. De allí plantea como oportunidad de integración, que se tengan en cuenta estas percepciones, y se tomen medidas como: ampliar los tiempos de gestión, ampliar los tiempos de consulta, contratar personal adicional, redistribuir funciones, revisar la remuneración e implementar sistemas de compensación e incentivos por logros para que los equipos de profesionales se alineen a las nuevas responsabilidades, se sientan motivados y puedan abordar ambas patologías adecuadamente. (73)

Teniendo en cuenta que los programas de VIH se fundamentan en el adecuado funcionamiento de sus equipos interdisciplinarios y que ello depende directamente

de la existencia de guías, rutas y protocolos de atención que promuevan la estandarización de los procesos y den soporte a las acciones de los profesionales (71), es necesario resolver el vacío normativo existente en nuestro país.

Si la normativa actual y el modelo de atención a PVVIH en Colombia incluyera dentro de las actividades del programa de VIH, la atención, manejo y gestión de las ECNT, el sector educativo tendría que ampliar su oferta académica para satisfacer las nuevas necesidades de capacitación y las EAPB tendrían que ajustar los modelos de gerenciamiento y los contratos de prestación de servicios con las IPS especializadas. Del mismo modo, las IPS especializadas estarían obligadas a ampliar su infraestructura y planta de personal, ajustar su modelo de servicios y reforzar sus procesos de capacitación con el objetivo de mejorar su capacidad de respuesta y con ello garantizar unos resultados clínicos adecuados y el bienestar de los pacientes el cual es el objetivo primario del MAITE y finalmente del sistema en general.

9. Conclusiones

Los supuestos de este estudio exploratorio son que la población con VIH a nivel mundial está envejeciendo, dando paso a la presentación cada vez más frecuente de ECNT. Además, que existe evidencia de que los PVVIH enfrentan procesos de inmunosenescencia, disfunción inmune, inflamación crónica, efectos secundarios del TAR y una mayor frecuencia de factores de RCV tradicionales que los hacen particularmente susceptibles a ECV. Lo anterior, hace necesario que los sistemas de salud respondan adecuadamente a estas necesidades emergentes.

La evidencia sugiere que la mejor forma de responder a esta situación de salud pública es implementando modelos de atención integral VIH - ECNT, teniendo en cuenta que los procesos de integración están enmarcados en un sistema de salud que debe ser propicio, por lo que requiere la confluencia de elementos normativos, infraestructura, planeación, gestión e implementación. Para hacer una aproximación a la situación, se tomaron elementos teóricos de GIRS, capacidad organizacional en salud pública y elementos del modelo INTEGRATE para la atención de salud a PVVIH con ECNT en el contexto de países en vías de desarrollo con el fin de analizar las funciones de respuesta y analizar la capacidad organizacional para la gestión integral de los factores de RCV de PVVIH en 3 instituciones especializadas.

En primer lugar, se considera como algo positivo que el marco normativo colombiano cuente con un enfoque hacia la integralidad de los servicios. Desde la Ley estatutaria de la salud hasta el modelo de gestión programática de VIH, pasando por la PAIS y el MAITE, todo el planteamiento apunta hacia la prestación de servicios de salud centrados en el paciente, con enfoque de vulnerabilidad y de gestión del riesgo, de forma que se garantice el goce efectivo de la salud de la población de forma integral.

Desafortunadamente, lo expresado en estas políticas públicas no se materializa satisfactoriamente debido a falencias estructurales del sistema colombiano, como los incentivos perversos a las aseguradoras, la integración vertical de servicios, el

mal uso de los recursos, la corrupción, la desfinanciación del sistema, la informalidad de la economía que lleva al desbalance entre los regímenes subsidiado y contributivo, la fragmentación de los servicios, la mercantilización del sistema, el predominio de la ley de oferta y demanda sobre la calidad de los servicios, la debilidad de los entes de control y la concentración de la población en oligopolios aseguradores con enfoque económico más que de gestión de los riesgos.

Además, se debe señalar que existe un vacío en lo que respecta a guías, lineamientos y protocolos de atención, ya que el modelo de atención programática del VIH y las GPC de atención de adultos con VIH, HTA, DM, DLP y Obesidad del MSPS vigentes en la actualidad no incluyen actividades específicas de gestión del RCV de las PVVIH. Es necesario que como mínimo la actualización de la GPC de VIH, que se está llevando a cabo actualmente, incorpore estas recomendaciones y brinde los lineamientos de gestión necesarios. De no estar incluidos, como alternativa se propone que las IPS especializadas adopten y adapten los recursos y evidencia ya disponibles tanto a nivel nacional como internacional a fin de fortalecer las capacidades operativas de los Programas de VIH en esta materia.

Como consecuencia lógica derivada de este vacío, las actividades de gestión de RCV en PVVIH no están incluidas en los contratos entre EAPB e IPS especializadas y los entes de control no tienen una base o sustento legal para exigir resultados en esta materia a las IPS especializadas encargadas de su atención.

El problema de que estos contratos no tengan en cuenta las actividades de gestión del RCV de las PVVIH es enorme, ya que, al no definirse como responsabilidad específica de las IPS especializadas, toda la planeación y gerencia de los servicios, la infraestructura física, el talento humano, las actividades de seguimiento clínico, los indicadores de cumplimiento de resultados y los reportes a la CAC se disponen de forma única y exclusiva para la atención del VIH.

Son las IPS primarias las que llevan la responsabilidad directa de la atención de las ECNT, lo que desencadena irremediabilmente una atención fragmentada, una

gestión del riesgo fallida, un vacío de información estadística, un aumento en el riesgo de eventos adversos de origen farmacoterapéutico y una respuesta reactiva en lugar de preventiva ante las complicaciones derivadas por ECV en la población con VIH por parte de las EAPB.

El marco normativo colombiano permite la flexibilidad requerida para que los entes territoriales, las EAPB y las IPS, avancen en el diseño e implementación de rutas integrales de atención y en la conformación de grupos interdisciplinarios ajustados según las necesidades identificadas. Por esto se considera que hay vía libre para que las instituciones avancen en el diseño de un nuevo modelo de gestión y atención programática del VIH, adaptado a las nuevas necesidades, que dirija la disposición y fortalecimiento de las capacidades operativas de los Programas de VIH a fin de que puedan incluir la atención y gestión del RCV de los PVVIH.

Con el planteamiento de un modelo de atención integral VIH-RCV desde las IPS especializadas, se apunta al cierre de las barreras de acceso que actualmente enfrenta la población, ya que los servicios básicos como la consulta médica y de especialista, el servicio farmacéutico, el servicio de laboratorio y la toma de EKG necesarios para el paciente se centrarían en un solo lugar.

Las funciones de respuesta requeridas para la atención de los programas de VIH y ECNT cuentan con muchas similitudes. Ambos programas se basan en la atención por grupos interdisciplinarios, con consultas de seguimiento frecuentes, los exámenes laboratorio que incluye el programa de VIH son casi los mismos que se incluyen en los seguimientos de RCV, se realiza seguimiento al cumplimiento y adherencia y se ejecutan intervenciones educativas, promoción de estilo de vida saludable y reducción de factores de RCV.

Por lo tanto, basado en las similitudes de dichas funciones de respuesta, también se considera viable la implementación de modelos de atención integral VIH – RCV. Esto supondría previamente, los ajustes de infraestructura requeridos y la adaptación de procesos de gestión y seguimiento de las cohortes de pacientes

asignados. Para el diseño de este modelo, con base en los resultados de este estudio se recomienda tener en cuenta los siguientes elementos de infraestructura:

- Unificar los servicios farmacéuticos de modo que se dispense el TAR y los medicamentos antihipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes necesarios para el manejo de la HTA, DM y DLP en un mismo sitio.
- Unificar los servicios de laboratorio clínico y EKG de modo que los paraclínicos de control de los programas de VIH, HTA, DM y DLP sean tomados en el mismo sitio.
- Incluir a los equipos interdisciplinarios el servicio de medicina interna o medicina familiar y un profesional del deporte para complementar el servicio.
- Ajustar los tiempos de atención y redistribuir las tareas del personal, especialmente médicos y enfermeras, para evitar sobrecarga laboral.
- Optimizar los procesos de capacitación al talento humano encargado para ampliar su capacidad resolutive y mejorar la atención y manejo de las ECNT asociadas al VIH.
- Implementar políticas de incentivos por calidad y resultados que efectivamente lleguen al personal para mantener su motivación.
- Agregar al software de historias clínicas un módulo de RCV para hacer el seguimiento de los factores de riesgo de forma específica.

Es en lo referente a la capacidad de gestión interprogramática, donde se encuentran las mayores dificultades dada la desarticulación administrativa derivada del vacío normativo. Por tanto, se recomienda que el modelo de atención integral tenga en cuenta los siguientes procesos críticos:

- Fortalecer los procesos de referencia y contrarreferencia.
- Definir rutas y líneas de comunicación entre los programas. De modo que se haga un gerenciamiento conjunto del riesgo de ambas condiciones.
- Definir protocolos de manejo específicos a fin de reducir la variabilidad clínica y estandarizar los procesos de atención/gestión/seguimiento.

- Ajustar los contratos entre las EAPB e IPS especializadas en VIH de modo que se incluyan las actividades de gestión de RCV a la población, desde lo clínico, lo administrativo y el seguimiento al cumplimiento de metas y resultados.

Los hallazgos de esta investigación permiten concluir que, con los ajustes contractuales y operativos mencionados, los Programas de VIH analizados cuentan con las funciones de respuesta y capacidad organizacional necesarias para asumir acciones de gestión integral de los factores de RCV de las PVVIH que atienden, todo dentro del marco de un nuevo modelo de gestión programática del VIH.

Además de avanzar en el diseño de un nuevo modelo, también se hace necesario avanzar en el fortalecimiento de las capacidades del talento humano en salud que se encarga de la atención de las PVVIH y que finalmente es el actor llamado a implementarlo. En este sentido, es vital que el sector educativo colombiano amplíe su oferta académica y garantice que se incluyan contenidos dirigidos a ampliar la capacidad clínica y resolutive del personal en los temas de manejo de las ECNT.

Como insumo para la construcción de esta oferta académica y el reconocimiento de los vacíos en el nivel de conocimientos y de adherencia a las guías de RCV de los médicos expertos de los programas de VIH se propone adelantar investigaciones que permitan una aproximación más objetiva al respecto, ya que al momento no se tiene conocimiento de la existencia de evidencia al respecto en Colombia.

Se debe reconocer que la falta de información a nivel nacional sobre el impacto de las comorbilidades de ECNT en los PVVIH se convierte en un obstáculo para proyección de los hallazgos de este estudio, dado que la problemática se visibiliza desde una perspectiva internacional extrapolada a nuestro contexto. Por esto es necesario llevar a cabo estudios epidemiológicos dirigidos a conocer el impacto de morbi-mortalidad producido por ECV en la población con VIH de nuestro país y así brindar mayores elementos a los tomadores de decisiones y hacedores de políticas públicas que les permitan movilizar los recursos y realizar los ajustes al modelo de atención programática de acuerdo con las necesidades identificadas.

Para este propósito puede aprovecharse inicialmente la información reportada cada año por las EAPB a la CAC de VIH y RCV. El cruce de estos datos y su análisis puede brindar información valiosa sobre la caracterización de la población, las prevalencias de ECV en PVVIH y el grado de control de las patologías. Así mismo, permitiría hacer una aproximación a la brecha derivada de la fragmentación de los servicios, al identificar cuántos pacientes con VIH y ECV están siendo gestionados por ambos programas en la actualidad y los resultados de esa gestión.

Adicionalmente, la debilidad en los espacios de gestión interprogramática VIH – RCV a nivel institucional y la ausencia de indicadores que permitan recabar información adicional desde las fuentes directas de la información, es decir, las EAPB e IPS especializadas, acerca de frecuencias de ECNT, niveles de adherencia y control, la morbilidad asociada, los eventos hospitalarios y la mortalidad asociada a ECV en PVVIH, debe ser abordada para mejorar la data disponible y enriquecer el análisis de la situación nacional.

Se propone como estrategia adicional, el diseño e implementación de programas piloto en el marco de proyectos de investigación operativa lideradas por la academia en asocio con instituciones de salud y agencias financiadoras con el fin de probar en la práctica los beneficios teóricos del modelo integrado y recabar más información que permita avanzar hacia un escalamiento del modelo integral como política nacional.

En este estudio se contó con la participación de 3 IPS especializadas en la atención de PVVIH, con presencia en el Eje Cafetero y varias ciudades a nivel nacional. Aunque esto podría considerarse como una potencial limitante al alcance de sus hallazgos, dado que el universo de IPS especializadas a nivel nacional es mayor y tal vez, los hallazgos puedan no ser extrapolables, se considera que brindan un panorama amplio sobre el funcionamiento del modelo actual. Salvo algunas particularidades, todos los programas de VIH funcionan basados en la misma GPC y el mismo modelo de gestión programática, por lo tanto, su comportamiento debe ser similar en las demás instituciones.

Finalmente, como áreas de estudio adicionales, se considera necesario avanzar hacia el conocimiento de la perspectiva de las EAPB y las IPS primarias que son el siguiente eslabón en el actualmente fragmentado proceso de atención. Una aproximación desde los directos responsables de la gestión del RCV de la población aportaría elementos contextuales adicionales para el diseño de un nuevo modelo que permita la gestión integrada de los factores de RCV de los PVVIH.

A su vez se ha señalado la importancia de explorar las percepciones de los PVVIH frente a su percepción del RCV y los potenciales efectos, benéficos o no, de un modelo integrado para su abordaje, indagando sobre sus expectativas y necesidades con el objeto de diseñar un modelo de gestión integral adaptado y centrado en el paciente.

10. Bibliografía

1. Cardoso SW, Torres TS, Santini-Oliveira M, Marins LMS, Veloso VG, Grinsztejn B. Aging with HIV: A practical review. *Brazilian J Infect Dis*. 2013;17(4):464–79.
2. Wing EJ. HIV and aging. *Int J Infect Dis*. 2016;53:61–8.
3. Serrano-Villar S, Gutiérrez F, Miralles C, Berenguer J, Rivero A, Martínez E, et al. Human immunodeficiency virus as a chronic disease: Evaluation and management of nonacquired immune deficiency syndrome-defining conditions. *Open Forum Infect Dis*. 2016;3(2).
4. Escota G V., O'Halloran JA, Powderly WG, Presti RM. Understanding mechanisms to promote successful aging in persons living with HIV. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2018;66:56–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2017.11.010>
5. UNAIDS. HIV and Aging. A special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. 2013;1–7. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/20131101_JC2563_hiv-and-aging_en.pdf
6. Haldane V, Legido-Quigley H, Chuah FLH, Sigfrid L, Murphy G, Ong SE, et al. Integrating cardiovascular diseases, hypertension, and diabetes with HIV services: a systematic review. *AIDS Care - Psychol Socio-Medical Asp AIDS/HIV*. 2018;30(1):103–15.
7. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH Sida en Colombia 2017. Cuenta de Alto Costo; 2018. 152 p.
8. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH Sida en Colombia 2018. 2019;166.
9. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH SIDA en Colombia 2019. 2020;162.

10. Martin-Iguacel R, Llibre JM, Friis-Moller N. Risk of Cardiovascular Disease in an Aging HIV Population: Where Are We Now? *Curr HIV/AIDS Rep.* 2015;12(4):375–87.
11. Triant VA, Grinspoon SK. Epidemiology of ischemic heart disease in HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* 2017;12(6):540–7.
12. d'Ettorre G, Ceccarelli G, Giustini N, Mastroianni CM, Silvestri G, Vullo V. Taming HIV-Related Inflammation with Physical Activity: A Matter of Timing. *AIDS Res Hum Retroviruses* [Internet]. 2014 Oct 30 [cited 2018 Feb 23];30(10):936–44. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/aid.2014.0069>
13. Valderrama Beltrán SL, Gualtero SM, Quiroga C, Garzón JR, Lowenstein de Mendivelson E, Tamara JR, et al. Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en infección por VIH. Consenso de expertos ACIN. *Infectio.* 2019;23(1):73.
14. Schouten J, Wit FW, Stolte IG, Kootstra NA, Van Der Valk M, Geerlings SE, et al. Cross-sectional comparison of the prevalence of age-associated comorbidities and their risk factors between hiv-infected and uninfected individuals: The age H IV cohort study. *Clin Infect Dis.* 2014;59(12):1787–97.
15. Feinstein MJ, Bahiru E, Achenbach C, Longenecker CT, Hsue P, So-Armah K, et al. Patterns of cardiovascular mortality for HIV-infected adults in the United States: 1999 to 2013. *Am J Cardiol* [Internet]. 2016;117(2):214–20. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjcard.2015.10.030>
16. Shahmanesh M, Schultze A, Burns F, Kirk O, Lundgren J, Mussini C, et al. The cardiovascular risk management for people living with HIV in Europe: How well are we doing? *Aids.* 2016;30(16):2505–18.
17. Hatleberg CI, Lundgren JD, Ryom L. Are we successfully managing cardiovascular disease in people living with HIV? *Curr Opin HIV AIDS.* 2017;12(6):594–603.

18. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Política de Atención Integral en Salud. Repos Inst Digit Minsalud [Internet]. 2016;97. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
19. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años de edad o más) y adultos. Colombia; 2014 p. 500.
20. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria (HTA) [Internet]. Colombia; 2017 p. 554. Available from: http://gpc.minsalud.gov.co/gpc_sites/Repositorio/Conv_500/GPC_hta/gpc_hta_completa.aspx
21. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico , tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. Colombia; 2016 p. 606.
22. Feinstein MJ, Hsue PY, Benjamin LA, Bloomfield GS, Currier JS, Freiberg MS, et al. Characteristics, Prevention, and Management of Cardiovascular Disease in People Living With HIV: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circulation [Internet]. 2019;140:e98–124. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIR.0000000000000695>
23. Lambert CT, Sandesara PB, Hirsh B, Shaw LJ, Lewis W, Quyyumi AA, et al. HIV, highly active antiretroviral therapy and the heart: a cellular to epidemiological review. HIV Med. 2016;17(6):411–24.
24. Yale University. VACS - Veterans Aging Cohort Study [Internet]. Available from: <https://medicine.yale.edu/intmed/vacs/welcome/about.aspx>
25. Kaiser Permanente. Kaiser Permanente HIV Cohort Study [Internet]. Available

from: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01339403>

26. Centre of Excellence for Health Immunity and Infections. EuroSIDA Cohort Study [Internet]. Available from: <https://www.chip.dk/Studies/EuroSIDA/About>
27. Centre of Excellence for Health Immunity and Infections. Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs [Internet]. Available from: <https://www.chip.dk/Studies/DAD>
28. Friis-Møller N, Ryom L, Smith C, Weber R, Reiss P, Dabis F, et al. An updated prediction model of the global risk of cardiovascular disease in HIV-positive persons: The Data-collection on Adverse Effects of Anti-HIV Drugs (D:A:D) study. *Eur J Prev Cardiol*. 2016;23(2):214–23.
29. Freiberg MS, Chang C-CH, Kuller LH, Skanderson M, Lowy E, Kraemer KL, et al. HIV Infection and the Risk of Acute Myocardial Infarction. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2013;173(8):614. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2013.3728>
30. Shah ASV, Stelzle D, Lee KK, Beck EJ, Alam S, Clifford S, et al. Global Burden of Atherosclerotic Cardiovascular Disease in People Living With HIV. *Circulation* [Internet]. 2018;138(11):1100–12. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.033369>
31. Osorio Saldarriaga E, Luque Nuñez R, Ávila Mira SP. Boletín Epidemiológico, Situación Del VIH/Sida Colombia 2013. 2013.
32. Instituto nacional de salud. Informe de Evento Vih / Sida. Colombia 2017. 2017.
33. Reynolds R, Dennis S, Hasan I, Slewa J, Chen W, Tian D, et al. A systematic review of chronic disease management interventions in primary care. *BMC Fam Pract*. 2018;19(1):1–13.
34. Davy C, Bleasel J, Liu H, Tchan M, Ponniah S, Brown A. Effectiveness of

chronic care models: Opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: A systematic review. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(1):1–11.

35. Walsh KF, Lee MH, Martelly S, Pierre MM, Joseph J, Gustin M, et al. Integrating hypertension services at an HIV clinic in Port-au-Prince, Haiti: A report from the field. J Clin Hypertens (Greenwich) [Internet]. 2018;20(10):1485–92. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/jch.13392><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30259642>
36. Morillo-Verdugo R, Robustillo-Cortés M de las A, Martín-Conde MT, Callejón-Callejón G, Cid-Silva P, Moriel-Sánchez C, et al. Effect of a Structured Pharmaceutical Care Intervention Versus Usual Care on Cardiovascular Risk in HIV Patients on Antiretroviral Therapy: INFAMERICA Study. Ann Pharmacother. 2018;
37. Leung C, Aris E, Mhalu A, Siril H, Christian B, Koda H, et al. Preparedness of HIV care and treatment clinics for the management of concomitant non-communicable diseases: A cross-sectional survey. BMC Public Health. 2016;
38. Sherer R, Solomon S, Schechter M, Nachega JB, Rockstroh J, Zuniga J. HIV provider-patient communication regarding cardiovascular risk: Results from the aids treatment for life international survey. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2014;13(4):342–5.
39. WHO. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Heal Organ [Internet]. 2013;102. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf
40. van Olmen J, Marie Ku G, Bermejo R, Kegels G, Katharina Hermann I, Marie Ku G, et al. The Growing Caseload of Chronic Life-Long Conditions Calls for a Move towards Full Self-Management in Low Income Countries. Global Health [Internet]. 2011;7(Lic):1–10. Available from:

<http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/38%0Ahttp://www.globalizationandhealth.com/authors/instructions/%0Ahttp://www.biomedcentral.com/>

41. Watt N, Sigfrid L, Legido-Quigley H, Hogarth S, Maimaris W, Otero-Garcia L, et al. Health systems facilitators and barriers to the integration of HIV and chronic disease services: A systematic review. *Health Policy Plan.* 2017;32:iv13–26.
42. Grupo de expertos de la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA (SPNS), Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). Documento de consenso sobre edad avanzada e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2015;(Noviembre).
43. Horvath S, Levine AJ. HIV-1 infection accelerates age according to the epigenetic clock. *J Infect Dis.* 2015;212(10):1563–73.
44. Holloway CJ, Boccara F. HIV-related cardiovascular disease: Closing the gap in mortality. *Curr Opin HIV AIDS.* 2017;12(6):509–12.
45. Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, van Sighem A V., et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: A modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. 2015;15(7):810–8. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(15\)00056-0](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(15)00056-0)
46. Longenecker CT, Sullivan C, Baker J V. Immune activation and cardiovascular disease in chronic HIV infection. *Curr Opin HIV AIDS.* 2016;11(2):216–25.
47. Hemkens LG, Bucher HC. HIV infection and cardiovascular disease. *Eur Heart J.* 2014;35(21):1373–81.
48. Pocock MO, Dorrell L, Cicconi P. Pathophysiology of ischaemic heart disease. *Curr Opin HIV AIDS.* 2017;12(6):548–53.
49. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Guía de práctica clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más de edad) y adultos. 2014.

50. Bavinger C, Bendavid E, Niehaus K, Olshen RA, Olkin I, Sundaram V, et al. Risk of Cardiovascular Disease from Antiretroviral Therapy for HIV: A Systematic Review. *PLoS One*. 2013;8(3).
51. Lang S, Boccara F, Mary-Krause M, Cohen A. Epidemiology of coronary heart disease in HIV-infected versus uninfected individuals in developed countries. *Arch Cardiovasc Dis* [Internet]. 2015;108(3):206–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.acvd.2015.01.004>
52. Hanna DB, Ramaswamy C, Kaplan RC, Kizer JR, Anastos K, Daskalakis D, et al. Trends in Cardiovascular Disease Mortality among Persons with HIV in New York City, 2001-2012. *Clin Infect Dis*. 2016;63(8):1122–9.
53. Vachiat A, McCutcheon K, Tsabedze N, Zachariah D, Manga P. HIV and Ischemic Heart Disease. *J Am Coll Cardiol*. 2017;69(1):73–82.
54. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. Lineamientos de Política para el Mercado de Aseguramiento en Salud en Colombia. 2018.
55. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Plan Decenal Salud Pública, 2012-2021. Colombia; 2012 p. 535.
56. Waddington C. Making health systems work. *WHO Tech Br Rep*. 2008;(861):1–10.
57. WHO. Integrated care models: an overview [Internet]. Health Services Delivery Programme. 2016. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf%0A
58. Haregu TN, Setswe G, Elliott J, Oldenburg B. Developing an Action Model for Integration of Health System Response to HIV/AIDS and Noncommunicable Diseases (NCDs) in Developing Countries. *Glob J Health Sci* [Internet]. 2013;6(1):9–22. Available from:

<http://www.ccsenet.org/journal/index.php/gjhs/article/view/30276>

59. Broughton EI, Muhire M, Karamagi E, Kisamba H. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. *Int J Qual Heal Care*. 2016;28(6):802–7.
60. OPS/OMS. Capacidades en Salud Pública en América Latina y el Caribe : Evaluación y Fortalecimiento. 2007.
61. Jiménez Chaves VE. El estudio de caso y su implementación en la investigación. *Rev Int Investig en Ciencias Soc [Internet]*. 2012;8(1):141–50. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3999526>
62. Martínez PC. El método de estudio de caso Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensam Gest*. 2006;1(20):165–93.
63. Baxter P, Jack S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *Qual Rep*. 2008;13(4):544–59.
64. Díaz C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista Universum. *Rev Gen Inf y Doc*. 2018;28(1):119–42.
65. Aigeneren M. ANÁLISIS DE CONTENIDO: UNA INTRODUCCIÓN. Univ Antioquia Fac Ciencias Soc y Humanas Cent Estud Opinión. :1–52.
66. MINISTERIO DE SALUD. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993. 8430 COLOMBIA; 1993 p. 1–19.
67. Duffy M, Ojikutu B, Andrian S, Sohng E, Minior T, Hirschhorn LR. Non-communicable diseases and HIV care and treatment: models of integrated service delivery. *Trop Med Int Heal*. 2017;22(8):926–37.
68. Njuguna B, Vorkoper S, Patel P, Reid MJA, Vedanthan R, Pfaff C, et al. Models of integration of HIV and noncommunicable disease care in sub-Saharan Africa: Lessons learned and evidence gaps. *Aids*. 2018;32(May):S33–42.
69. Organizacion Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. SERIE La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas N. 4

Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 2010. 1–102 p. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

70. McIntyre D, Garshong B, Mtei G, Meheus F, Thiede M, Akazili J, et al. Beyond fragmentation and towards universal coverage: Insights from Ghana, South Africa and the United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ. 2008;86(11):871–6.
71. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. Healthc Q [Internet]. 2009;13 Spec No(Cookson 2005):16–23. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20057244><http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC3004930>
72. Unaid. Chronic care of HIV and noncommunicable diseases. Report [Internet]. 2011;11. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20110526_JC2145_Chronic_care_of_HIV_0.pdf
73. Rabkin M, De Pinho H, Michaels-Strasser S, Naitore D, Rawat A, Topp SM. Strengthening the health workforce to support integration of HIV and noncommunicable disease services in sub-Saharan Africa. Aids. 2018;32(November 2017):S47–54.
74. Minsalud. Política Nacional de Talento Humano en Salud. Minist Salud y Protección Soc [Internet]. 2018;84. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/politica-nacional-talento-humano-salud.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1.



Funciones De Respuesta Y Capacidad Organizacional En Instituciones De Salud Del Eje Cafetero Para La Gestión Integrada De Los Factores De Riesgo Cardiovascular De Adultos Que Viven Con VIH.

Consentimiento Informado para participar en el estudio:

Gracias al tratamiento antirretroviral y la mejora en el acceso a los servicios de salud, en los últimos años la expectativa de vida de las personas que viven con VIH ha aumentado y con ello las enfermedades crónicas no transmisibles, en especial enfermedades cardiovasculares que provocan en ellos un mayor nivel de morbilidad y mortalidad asociados. La recomendación de diferentes investigadores es que estas comorbilidades se aborden y gestionen de manera integrada desde las IPS especializadas en VIH.

Objetivos de la investigación: El objetivo general de esta investigación es analizar las funciones de respuesta y la capacidad organizacional de los centros de atención de VIH para la gestión integral de los factores de riesgo cardiovascular de los pacientes que atienden. Se realizará en instituciones especializadas que operan en el Eje Cafetero y para ello se analizarán elementos de talento humano e infraestructura, lineamientos, normativas, guías y protocolos de atención, acciones de gestión interprogramática y su puesta en práctica.

Justificación de la investigación: Existen diversos elementos que incrementan el riesgo cardiovascular en esta población, por ejemplo, el uso prolongado de ciertos antirretrovirales, fenómenos de inflamación crónica mediados por el virus y una alta frecuencia de hábitos poco saludables. Hasta ahora la atención en salud a las personas que viven con VIH se ha enfocado principalmente al control de la infección sin mucho énfasis en acciones específicas para gestionar su riesgo cardiovascular. Para reducir los efectos dañinos de las enfermedades cardiovasculares en esta población es necesario tomar acciones de gestión integral.

Procedimientos que se realizarán y su propósito: El investigador realizará una revisión de documentos oficiales estatales y de la organización en la que usted trabaja y adicionalmente le realizará una entrevista dirigida a registrar sus percepciones, opiniones y acciones adelantadas en el ejercicio de su rol y responsabilidades asignadas en el proceso de atención de los pacientes y en el cumplimiento de la misión, visión, protocolos y rutas instauradas por la institución y sus aliados. Dicha

entrevista tendrá una duración aproximada de una hora y podrá concertarse una continuación en caso de ser necesario.

Molestias o riesgos esperados: La intención de esta investigación es explorar las percepciones y acciones de los participantes durante los procesos de atención, no busca calificarlas ni emitir un juicio de valor sobre ellas. La información recolectada es confidencial y no será socializada sin antes garantizar el anonimato del participante y la institución a la que pertenece. Por este motivo se espera un riesgo mínimo y que no se generen situaciones molestas o incómodas para usted durante la misma. Sin embargo, es importante que tenga en cuenta que su participación es totalmente voluntaria y podrá retirar su consentimiento y dejar de participar en la investigación cuando lo desee sin que esto acarree consecuencias para usted o su institución. Adicionalmente, su información personal y de identificación no se recolectará y los datos obtenidos serán guardados bajo estrictas medidas de confidencialidad.

Gastos y/o compensaciones: Los gastos de la investigación serán asumidos por el investigador principal. Es importante que entienda que su participación en este estudio no generará ningún tipo de compensación monetaria o en especie para usted o la institución.

Beneficios: Los resultados de esta investigación aportarán a la comprensión de los procesos de atención al interior de las IPS especializadas en VIH y con ello se espera que a futuro sirvan de base para la construcción de un modelo integrado de atención VIH/RCV que conlleve a la mejora del cuidado de la salud de los pacientes, mejorando su calidad de vida, reduciendo la morbilidad y mortalidad asociadas y su impacto sobre el sistema de salud.

Usted tendrá la posibilidad de solicitar aclaración a cualquier duda que presente. Puede contactar al investigador principal, Vladimir Matta Caicedo al celular 3137824198 o al correo electrónico vladimir.matta@correounivalle.edu.co. A la docente tutora del proyecto, Mónica Espinosa al celular 3168754313 o al correo electrónico monica.espinosa@correounivalle.edu.co, o al Comité de Ética Humana de la Universidad del Valle al correo eticasalud@correounivalle.edu.co o al teléfono +572 5185677 – 5185670. Además, una vez firmado, recibirá una copia de este documento.

¿En el futuro, autoriza el uso de la información recolectada para la realización de estudios de investigación similares, previa aprobación del Comité de Ética de la Universidad del Valle? **SI**____

NO____

¿Autoriza la grabación del audio de la entrevista? **SI**____ **NO**____

Yo _____ identificado(a) con cédula No. _____ de la ciudad de _____. Doy mi consentimiento para participar en la investigación "FUNCIONES DE RESPUESTA Y CAPACIDAD ORGANIZACIONAL EN INSTITUCIONES DE SALUD DEL EJE CAFETERO PARA LA GESTION INTEGRADA DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR DE ADULTOS QUE VIVEN CON VIH". Manifiesto que escuché y entendí la exposición del investigador sobre el proyecto y que me fueron aclaradas las dudas. Además, manifiesto mi deseo voluntario de participar:

Firmado en _____, Fecha: ____/____/____

Firma del participante: _____

Firma del investigador: _____

Nombre Testigo No 1: _____ cc: _____

Nombre Testigo No 2: _____ cc: _____

ANEXO 2.

Formato Entrevista

Fecha:	/ /	No. Entrevista	
Nombre Entrevistador:			
Cargo / Rol:		Tiempo en el programa:	
Profesión:			

Parte 1: Capacidad Operativa.

Ejes de indagación	Preguntas Guía
- Conformación de equipos de trabajo - Niveles de formación - Presencialidad - Tipo de Vinculación - Disponibilidad/horarios - Interacción /comunicación - Cronogramas de capacitación - Acceso a actividades de EMC - Evaluación de conocimientos - Ubicación de los servicios - Requerimientos / autorizaciones - Oportunidad - Contratación / Convenios - Dispensación de medicamentos - Toma de laboratorios - Procedimientos Dx	¿Cómo es el proceso de selección del personal? ¿Quién se encarga? ¿Cuáles son los requisitos mínimos? ¿Cómo se conforma el grupo de trabajo? ¿Qué tipo de contratación tienen? ¿Cuáles son los horarios de atención de la IPS? ¿Cómo se da la comunicación entre los profesionales? ¿Qué espacios de capacitación existen para el personal? ¿Cómo se evalúan los conocimientos del personal? ¿Cómo se retroalimentan los resultados de las evaluaciones? ¿Cuál es la frecuencia de estos espacios? ¿Dónde se prestan los servicios del programa de VIH y RCV? ¿Qué restricciones administrativas ha identificado? ¿En la farmacia dispensan medicamentos de VIH y RCV? ¿Qué disponibilidad de procedimientos Dx de RCV? ¿Cómo cree que esto impacta la experiencia del paciente?

Parte 2: Capacidad de Gestión Interprogramática

Ejes de indagación	Preguntas Guía
- Comités - Descripción de los procesos - Espacios interprogramáticos - Líneas de comunicación interprogramática - Visitas técnicas (EAPB - Ente Territorial) - Evaluación de adherencia a guías clínicas - Auditoría de adecuación de Hx Clínicas. - Rutas de los programas - Datos y estadísticas - Seguimiento al cumplimiento de metas programáticas - Comunicación	¿Cómo se llevan a cabo los comités en la IPS? ¿Existen espacios interprogramáticos? ¿Cómo son? ¿Cómo se da la comunicación entre programas? ¿Cuáles son los indicadores y metas programáticas? ¿Se incluyen estadísticas específicas de RCV? ¿Con qué frecuencia reciben visitas técnicas del ente territorial? ¿Se incluyen elementos del programa de RCV? ¿Cuáles son las guías y protocolos que utilizan? ¿Alguna de estas incluye temas de RCV? ¿Qué procesos de auditoría y evaluación se llevan a cabo? ¿Cuál es la ruta de atención del paciente con VIH? ¿Cómo está incluida la morbilidad por ECV en estas rutas? ¿Qué factores considera que afectan la atención integral del paciente con VIH y ECV?

Parte 3: Capacidad Programática

Ejes de indagación	Preguntas Guía
- Conocimiento de guías y protocolos específicos - Restricciones a la formulación - Seguimiento farmacoterapéutico - Establecimiento de metas terapéuticas. - Espacios de interconsulta - Sistemas de referencia/contrarreferencia - Restricciones a la toma de decisiones	¿Cómo maneja a las PVVIH con ECV? ¿Qué guías o protocolos utiliza en la práctica diaria? ¿Ha identificado restricciones a los ordenamientos o formulación de procedimientos o medicamentos de RCV? ¿Cómo se realiza el seguimiento farmacoterapéutico? ¿Cómo define las metas terapéuticas en HTA - DM - DLP? ¿Qué opciones de interconsulta tiene? ¿Con qué oportunidad? ¿Cómo funciona el sistema de referencia de referencia / contrarreferencia? ¿Qué actividades educativas se realizan con los pacientes?

- Oportunidad de consulta - Frecuencias y contenidos de acciones educativas - Actividades/talleres de estilo de vida saludable.	¿Qué opciones tiene para indicar actividades de estilo de vida saludable a los pacientes? ¿talleres, sesiones prácticas?
---	--

Fuente: Elaboración propia.

Matriz de Revisión Documental.

Título	Autor(es)	Año Publicación	País/Región	Tipo de Documento	Categorías de Análisis		
					Capacidad Operativa	Capacidad de Gestión Interprogramática	Capacidad Programática

Fuente: Elaboración propia.

ANEXO 3.

Documentos tenidos en cuenta para la revisión documental.

Título	Autor(es)	Año Publicación	País	Tipo de Documento
Ley 972 de 15/07/2005	Congreso de la República de Colombia	2005	Colombia	Ley
Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Profamilia Organización Internacional Para las Migraciones (OIM) Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	2014	Colombia	Política
Plan Decenal Salud Pública 2012-2021. Dimensión sexualidad, Derechos sexuales y reproductivos	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2012	Colombia	Política
Plan Decenal Salud Pública 2012-2021. Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2012	Colombia	Política
Ley 1751 2015 - Ley Estatutaria Salud	Congreso de la República de Colombia	2015	Colombia	Ley
POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2016	Colombia	Política
PLAN NACIONAL DE RESPUESTA ANTE LAS ITS-VIH/SIDA COLOMBIA 2018-2021	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2018	Colombia	Política
Guía conceptual y metodológica para la caracterización de la población afiliada a las EAPB	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2017	Colombia	Guía

Decreto 1543 de 1997. Reglamenta el manejo de la infección por VIH, el SIDA y las otras ETS	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	1997	Colombia	Decreto
Resolución 5592 de 2015. Actualiza integralmente el Plan Básico de Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación.	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2015	Colombia	Resolución
Resolución 518 de 2015. Dicta disposiciones en Gestión de la Salud Pública y directrices para la ejecución, seguimiento y evaluación del Plan de Intervenciones Colectivas	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2015	Colombia	Resolución
Resolución 429 de 2016. Adopta la Política Integral de Atención en Salud —PIAS	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2016	Colombia	Resolución
Resolución 3202 de 2016. Adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las RIAS	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2016	Colombia	Resolución
Resolución 2626 de 2019. Modifica la PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial-MAITE	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia	2019	Colombia	Resolución
Modelo de gestión programática en VIH/sida	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Programa de Apoyo a la Reforma de Salud Fedesalud	2006	Colombia	Modelo
Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Asociación Colombiana de	2014	Colombia	GPC

la infección por VIH/Sida en adolescentes (con 13 años o más) y adultos	Infectología (ACIN) Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud			
Evaluación y manejo del riesgo cardiovascular en infección por VIH. Consenso de expertos ACIN.	Asociación Colombiana de Infectología (ACIN)	2019	Colombia	Artículo Científico
Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión arterial primaria. 2da Ed.	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud Fundación Cardioinfantil	2017	Colombia	GPC
Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las dislipidemias en la población mayor de 18 años	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Colciencias Universidad Nacional de Colombia - Universidad Javeriana - Universidad de Antioquia Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud	2014	Colombia	GPC
Guía de Práctica Clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Colciencias Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud Universidad Nacional de Colombia - Universidad Javeriana - Universidad de Antioquia	2016	Colombia	GPC
Guía de Práctica Clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adultos.	Ministerio de Salud y Protección Social Colombia Colciencias Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud	2016	Colombia	GPC

