

Evaluación de la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH)* para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el SIDA (CLS), en Cali, entre los años 2021-2025

Introducción: La población en situación de calle constituye un grupo prioritario en la atención en salud frente al VIH. Sin embargo, el acceso a los servicios y la continuidad en los tratamientos enfrenta múltiples barreras, tales como, desconocimiento de las rutas de acceso al sistema de salud, falta de información sobre sus derechos, falta de comprensión por parte de los prestadores de servicios de salud sobre las dinámicas del grupo poblacional, entre otros. **Marco teórico:** Las Ciencias de la Implementación ofrecen herramientas para comprender la puesta en marcha de programas de salud desde una perspectiva práctica, permitiendo conocer los resultados obtenidos y analizar los procesos que los generan. Además, facilita la identificación de soluciones a problemáticas recurrentes en la ejecución de intervenciones de salud en contextos complejos. **Objetivo general:** Evaluar la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH)* para la población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en Cali, entre los años 2021-2025. **Tipo de estudio:** Investigación evaluativa con diseño mixto tipo III. **Metodología:** Revisión documental y de bases de datos, junto con entrevistas semiestructuradas. **Resultados:** Las estrategias de implementación del programa demuestran capacidad de cumplir con los objetivos de la intervención. El programa demuestra capacidad de implementación que se expresa en su efectividad, se encuentra bien adoptado, **Conclusiones:** La intervención evaluada, destaca la importancia de mantener coherencia y flexibilidad en relación con el contexto, integrando de manera efectiva los procesos de planificación y ejecución de los programas para alcanzar los resultados esperados.

Palabras Clave: Evaluación, Ciencias de la implementación, habitante de calle, VIH, programas de salud, atención integral.

Evaluación de la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH* (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el SIDA (CLS), en Cali, entre los años 2021-2025

Informe final del trabajo de investigación para optar por el título de
Magíster en Administración en Salud

Brian Echavarría Bonilla

brian.echavarria@correounivalle.edu.co

<https://orcid.org/0009-0005-0874-1879>

www.linkedin.com/in/brian-echavarria-bonilla-380a99292

Directora del trabajo de investigación

Olga Lucía Gómez Gutiérrez



Universidad del Valle

Facultad de Salud

Escuela de Salud Pública

Maestría en Administración en Salud

2025

Evaluación de la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH* para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, en Cali, entre los años 2021-2023

Contenido

1. Listado de abreviaturas	5
2. Planteamiento del Problema de Investigación	6
3. Estado del Arte	11
3.1 Estudios sobre Aspectos Sociales de la Población en Situación de Calle	11
3.2 Población en Situación de Calle y Salud	14
3.3 Población en Situación de Calle y Programas de Atención en Salud	16
4. Aproximación Teórica	21
4.1 Ciencias de la Implementación	21
4.2 Definiciones del Concepto “Persona en Situación de Calle”	34
5. Objetivos	36
Objetivo General.....	36
Objetivos Específicos.....	36
6. Metodología	37
6.1 Tipo de Estudio.....	37
6.2 Metodología por Objetivos Específicos.....	39
6.2.1 Objetivo Específico 1. Caracterizar el Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, en los Componentes del CFIR.....	39
6.2.2 Objetivo Específico 2. Describir la Población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida desde Variables Sociodemográficas y Clínicas de los Sujetos	42
6.2.3 Objetivo Específico 3. Caracterizar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle, con diagnóstico de VIH de la Corporación de Lucha Contra el SIDA	43
6.2.4 Objetivo Específico 4. Evaluar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la Población en Situación de Calle, con Diagnóstico de VIH, de la Corporación de Lucha Contra el SIDA en los Componentes del RE-AIM / PRISM	45
6.3 Plan de Análisis	48
7. Consideraciones Éticas	50
8. Resultados	54

8.1 Caracterización del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en los Componentes del CFIR	56
8.1.1 Características de la Intervención.....	58
8.1.2 Entorno Externo	67
8.1.3 Entorno Interno.....	77
8.1.4 Características de los individuos.....	82
8.1.5 Proceso de implementación	85
8.2 Descripción de la Población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida desde Variables Sociodemográficas y Clínicas de los Sujetos	92
8.3 Caracterización del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) Para la Población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida	97
7.3.1 Implementación	98
7.3.2 Infraestructura de la Implementación.....	111
8.4 Evaluación de la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida en los Componentes del RE-AIM / PRISM.....	115
8.4.1 Alcance.....	117
8.4.2 Efectividad/Eficacia	127
8.4.3 Adopción	134
8.4.4 Implementación	136
8.4.5 Infraestructura de la Implementación.....	140
8.4.6 Mantenimiento	143
8.4.7 Perspectivas sobre la intervención	145
8.4.9 Entorno Externo y Características de los entornos de implementación	155
9. Discusión.....	164
11. Bibliografía	175
12. Anexos	184
Anexo 1: Guía de preguntas para caracterizar el programa de Atención Integral de VIH en una IPS de Cali-Colombia en los componentes del CFIR.	184
Anexo 2: Guía de preguntas para caracterizar las estrategias de implementación del PAI_VIH para la población Situación de Calle.....	187
Anexo 3: Guía de preguntas para Evaluar las estrategias de implementación del PAI_VIH en los componentes del REA-IM / PRISM.....	189
Anexo 4: Guía de preguntas para Evaluar las estrategias de implementación del PAI_VIH desde la percepción de los usuarios.....	192
Anexo 5: Aval comité de ética Universidad del Valle.	193

Anexo 6: Aval comité de ética Corporación de Lucha Contra el Sida	195
Anexo 7: Consentimiento informado para usuarios del programa.	199
Anexo 8: Consentimiento informado para usuarios del programa.	202

1.Listado de abreviaturas

CAC: Cuenta de Alto Costo

CLS: Corporación de Lucha Contra el SIDA

DANE: Departamento Administrativo Nacional de Estadística

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Salud

MAI: Modelo de Atención Integral

MAN – AIN: Manual de Atención Integral.

Minsalud: Ministerio de salud y protección social

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAI_VIH: Programa de Atención Integral de VIH

PEB: Practicas Basadas en Evidencia

PID: Personas que se inyectan drogas

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

2. Planteamiento del Problema de Investigación

Según la OMS (2024) en su informe titulado *Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030*, la infección por el virus del VIH continúa siendo uno de los problemas de salud pública más importantes a nivel mundial. Se estima que para finales del año 2022 fallecieron alrededor de 630.000 personas en el mundo por causas que estaban relacionadas al VIH. Se ha registrado una persistencia en todos los países de la transmisión del virus y en algunos casos una tendencia al crecimiento de dicha transmisión.

En el caso de Colombia, el Ministerio de Salud y Protección Social (2023) en el Análisis de Situación de Salud 2023, estableció que de acuerdo con los datos registrados por el equipo de la Cuenta de alto costo entre el 01 de febrero de 2021 y el 31 de enero de 2022 se diagnosticaron con VIH 12.919 personas, lo que significó un aumento del 40,27% del reporte de personas infectadas en comparación con los registros del año anterior. En ese mismo reporte el Ministerio de Salud, se identificó que se presentaron alrededor de 2.112 muertes en personas con diagnóstico de VIH de las cuales el 30.6% eran defunciones por SIDA. Lo que hoy en día es totalmente evitable.

Según la Cuenta de Alto Costo (2021) en su informe Situación del VIH y SIDA en Colombia, en el país existen grupos priorizados por alta vulnerabilidad a la infección por VIH, los cuales son: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, mujeres transgénero, personas privadas de la libertad, consumidores de sustancias psicoactivas diferentes a la inyectable y habitantes de calle.

Al aumentar el foco de atención en la población en Situación de Calle para entender por qué es un grupo priorizado frente a la infección de VIH, es necesario en un primer momento conocer que según el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2021) en el último censo realizado por el DANE se identificó que para finales del año 2019 se habían registrado 22.790 personas que cumplían con los criterios de Situación de Calle, es decir, que para esa fecha la cifra era de 0,13% de la población colombiana. Sin embargo, es importante señalar que se ha considerado que esta cifra es una subestimación de la situación real.

En el mismo censo se identificó que del total de personas en Situación de Calle, 2.617 (11,5%) reportaron tener diagnóstico de hipertensión, diabetes, VIH y cáncer. En el caso del VIH, se identificó que un 3% reportó este diagnóstico.

Se ha documentado desde la Cuenta de Alto Costo (2021) que para el año 2021 el 84,32% de los usuarios que presentaban el diagnóstico y tenían la característica de estar en Situación de Calle no habían tenido cobertura frente a la terapia antirretroviral. En consecuencia, cuando las personas en Situación de Calle consultan los servicios de salud presentan un estadio SIDA en mayor proporción en comparación con los otros grupos priorizados.

El Ministerio de salud y protección social (2021) refiere que las personas en Situación de Calle sufren múltiples problemáticas sanitarias asociadas a sus condiciones de vida y comportamientos específicos que aumentan su vulnerabilidad. Además, se ha identificado que el acceso a los servicios de tratamiento de las principales afecciones de salud que sufre la población en condición de Calle presenta barreras de diferentes tipos. Por ejemplo, para la atención de usuarios con VIH, se requiere de una frecuencia de uso por parte del paciente a los diferentes servicios que ofertan los programas especializados en este diagnóstico. Esto se puede realizar con

personas que tienen contactos más o menos permanentes con los servicios sociales y de salud; con las demás, como la mayoría de las personas en Situación de Calle, es poco probable que se realice. De manera que, una de las poblaciones que demandan mayor monitoreo por parte de las IPS para la implementación y desarrollo de estrategias dirigidas a brindar acceso a la atención Integral y oportuna en salud para impactar en el tratamiento del VIH son las personas en Situación de Calle.

El acceso a los servicios de salud por parte de las personas Situación de Calle ha sido objeto de interés de algunas investigaciones en Colombia. Tirado (2009) establece que los programas de atención de Infecciones de transmisión sexual son unos de los más frecuentados por esta población, pero la presencia de barreras como problemas económicos, falta de interés, percepción de mala atención por parte del personal que atiende y creencias de no gratuidad afectan la asistencia de las personas pertenecientes a este grupo social.

En la misma perspectiva del acceso, Fernández et al. (2014) señalan que se ha analizado a esta población con el fin de determinar el grado de utilización de los servicios de salud, identificar las barreras existentes para acceder a la atención médica y, de esta manera, contribuir a la formulación de estrategias efectivas para la mitigación de riesgos. Entre los principales hallazgos de su estudio, se resalta que el uso de los servicios de salud por parte de la población en situación de calle se ve influenciado por diversos factores, como la limitación de recursos económicos, el desconocimiento de las rutas de acceso a los servicios, la falta de conciencia sobre sus derechos, la ausencia de apoyo para facilitar su ingreso y, en algunos casos según los autores la actitud negativa de los proveedores de salud al atender a este grupo poblacional.

Es necesario retomar el informe del Ministerio de Salud y Protección Social (2021) para establecer que en el mismo censo donde se identificaron en 2019, 22.790 personas en Situación de

Calle en el territorio colombiano, se registró que después de Bogotá, Cali es la segunda ciudad que tiene un mayor número de personas en Situación de Calle, 4.749 personas, lo cual representan el 20.84% del total de la población en situación de calle en Colombia.

Reconociendo este panorama, en la ciudad Cali la Corporación de Lucha Contra el SIDA (CLS) una IPS Especializada que oferta servicios de promoción, prevención, diagnóstico y control del VIH/ SIDA, desde 1992 desarrolla un programa de Atención Integral con sus usuarios, el cual ha permitido brindar servicios de salud a su población. Desde el año 2021 la institución identificó que había un aumento la demanda de servicios por parte de la población en Situación de Calle perteneciente a la EAPB con la que tiene contratación, lo que conllevó a la creación de un ***Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle*** que se está implementando desde el año 2021.

Este programa que lleva dos años implementándose no ha sido evaluado, en particular, sus estrategias de implementación. En consecuencia, es necesario estudiar y evaluar dichas estrategias de implementación realizadas por el equipo del programa. En particular, se considera necesario hacer esta evaluación desde la perspectiva de las Ciencias de la Implementación.

Por consiguiente, la pregunta de investigación es la siguiente:

¿Cuál es la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH para la población en Situación de Calle* de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, en Cali, entre los años 2021-2025¹, desde la perspectiva de las ciencias de la implementación?

¹ La evaluación se realizará hasta marzo 2025.

Finalmente, evaluar la capacidad de las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población Situación de Calle aportará al mejoramiento de estas, posibilitando la identificación de situaciones problemas, y vislumbrando el proceso de superación de dichos problemas que se desarrolla para la prestación de servicios. Además, proporcionará un insumo para la revisión de las políticas públicas y/o lineamientos que se han desarrollado hasta el momento para la atención en salud para la población en Situación de Calle.

También esta investigación tiene en cuenta la agenda 2030 y los objetivos de desarrollo sostenible de la Organización de Naciones Unidas (2018), específicamente el objetivo número 3 *“Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”*, en la meta de poner fin a la epidemia del SIDA, puesto que será un insumo que permita aportar a la reflexión sobre el acceso y adherencia de la población en Situación de Calle a los programas de atención de VIH en Colombia.

3. Estado del Arte

Para llevar a cabo esta investigación evaluativa, fue necesario comprender diversos aspectos relacionados con la población en situación de calle: sus condiciones sociales, su estado de salud, el acceso a programas de salud y los factores que influyen en la adherencia a los tratamientos médicos. Para esto, se hizo una revisión bibliográfica de artículos académicos y documentos a nivel nacional e internacional. La presentación del estado del arte será de la siguiente manera: Primero, se muestran las investigaciones realizadas sobre aspectos sociales de la población en Situación de Calle. Segundo, se muestran las investigaciones que dan cuenta de la situación de salud de la población en Situación de Calle. Tercero, se muestran investigaciones relacionadas con programas de atención en salud para la población en Situación de Calle.

3.1 Estudios sobre Aspectos Sociales de la Población en Situación de Calle

González (2018) presenta una investigación cualitativa cuyo objeto fue analizar la configuración del habitante de calle como sujeto social desde una perspectiva que involucra una relación contextual, social y económica que se ha venido configurando por el desarrollo del modelo neoliberal en Colombia. Para ello, utiliza tres categorías de análisis: 1) interacciones sociofamiliares previas, 2) interacciones y vínculos sociales nuevos [en la calle] y 3) función socioeconómica del habitante de calle en el contexto neoliberal. Como técnica para la recolección de información se hizo uso del relato de vida en ocho personas pertenecientes a la población Situación de Calle de Bogotá.

En cuanto a los resultados, el autor establece que se evidencia un vínculo entre la condición de habitabilidad en calle y las interacciones familiares previas. Dentro de las interacciones familiares de los entrevistados se identificaron esquemas subjetivos ligados a expectativas de

competitividad y productividad propias del modelo-socio-económico, pero, que al no ser cumplidas por diferentes desigualdades que pueden interpretarse propias del modelo neoliberal, se fracturan los vínculos familiares, generando un factor que si bien no es determinante, puede predisponer la búsqueda de otras alternativas como por ejemplo la adopción de la calle como un espacio de habitabilidad.

También se evidencia en los resultados que la población habitante de calle se encuentra invisibilizada frente a sus formas de interactuar o de construir la vida cotidiana en lo que respecta a la particularidad de sus normas, valores, miedos, prácticas sexuales, entre otros, los cuales surgen dentro de la habitabilidad en calle y no son tenidos en cuenta en el momento de construcción de políticas públicas o intervenciones estatales que buscan un impacto en el bienestar a largo plazo. A juicio del autor, lo anterior, se evidencia en la negación social actual de una realidad diferente a la hegemónica. Esta realidad dominante es sostenida e influenciada constantemente por el modelo socioeconómico instaurado.

González (2018) reafirma con este estudio la necesidad de validar la existencia del modo de vida de la población en Situación de Calle, así mismo considerar al habitante de calle como un sujeto social en los aspectos individuales y colectivos, con el fin de lograr intervenciones que permitan su dignificación y bienestar.

Así mismo, González (2018) plantea que es menester comprender a profundidad lo relacionado con la población en Situación de Calle, especialmente en su forma de relacionarse con la sociedad, con el objetivo de establecer acciones colectivas que incluyan todas las maneras de sentir, pensar y actuar de los sujetos, evitando la exclusión social y la discriminación. Además, él

propone una mirada crítica de los elementos relacionados con el sistema económico predominante en la actualidad.

De la misma manera, con la intención de entender lo social en la población que se encuentra en Situación de Calle se encuentra el estudio de Hernández (2019) quién realiza una investigación para identificar “*Los factores que llevan a la situación de calle*”. Lo anterior desde un estudio de tipo cualitativo que utilizó una metodología tipo taller en una población de 25 personas con el objetivo de realizar procesos de reflexión sobre sus vivencias y sentires y al mismo tiempo identificar factores asociados a su condición actual. En los resultados de este estudio, se identifica que vivir en la calle es un fenómeno complejo que debe ser analizado desde diferentes factores que se interrelacionan y se complementan, no con la intención de generalizar la realidad compleja, la cual se construye en el día a día de la interacción entre los seres humanos, sino con el objetivo de comprenderla para establecer miradas libres de estereotipos y prejuicios.

Es por ello que el autor propone develar el por qué se vive en la calle, relacionándolo estrechamente a la historia de vida, la cual en algunos casos presenta violencia familiar, consumo de sustancias psicoactivas y desigualdades sociales que emergen de diferentes elementos socioculturales. También se plantea el cómo se vive en la calle, abordando asuntos relacionados con la emoción, percepción, rol de género y elementos económicos, entre otros.

En consecuencia, Hernández (2007) reitera que este tipo de estudios permiten aproximar al lector a la realidad social y compleja, para la construcción de intervenciones que reconozcan las dinámicas de este grupo social, así como sus posturas, deseos y modos de construir la realidad. Las intervenciones que se pretendan construir deben estar ligadas al respeto por la diferencia con un enfoque de derechos donde la población sea un sujeto activo en su proceso de bienestar.

3.2 Población en Situación de Calle y Salud

Atehortúa, et al. (2022) realizan una investigación sobre *“La prevalencia de VIH y sus factores asociados en personas que se inyectan drogas (PID) atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de Medellín-Colombia”*. Aunque este estudio se realiza con población que se inyecta drogas, se identifica que uno de los grupos poblacionales participantes son las personas en Situación de Calle, por esta razón se consideró dentro del estado del arte. Sin embargo, es necesario precisar que no toda la población en Situación de Calle son consumidores de sustancias psicoactivas, en el caso de los que consumen, no todos consumen drogas inyectables.

El objetivo de esta investigación de tipo cuantitativo fue determinar la prevalencia de VIH y los factores asociados en población PID, para ello se realizó una encuesta para la obtención de datos sociodemográficos y de salud en 293 usuarios que cumplieran el criterio de ser PID.

Se identificó que las personas en Situación de Calle que participaron en el estudio registraron una prevalencia de VIH del 25,5 % en comparación con el 1,6 % que no cumplieran esta condición, lo anterior presentó una razón de prevalencia del 15,7. Es decir, que la prevalencia de VIH en las personas que se encuentran en Situación de Calle es 15,7 veces la prevalencia de los que no tienen esta condición.

Los autores resaltan que hay una interseccionalidad en el riesgo de VIH y factores como la Situación de Calle, la baja escolaridad y el consumo de drogas inyectables.

En la misma línea de identificar factores asociados a ITS, pero, específicamente con población en Situación de Calle, Blandón, et al (2019) presentan la investigación *“Infección activa por sífilis en habitantes de calle y factores asociados”* Como objetivo, se propusieron a través de un estudio cuantitativo identificar factores personales y sociodemográficos relacionados con la infección por sífilis en población en Situación de Calle de la ciudad de Medellín. Para ello

encuestaron a 145 personas en situación de Calle, y además aplicaron pruebas serológicas para sífilis a todos los participantes.

Se evidenció que la infección por sífilis en la población fue de 27.6%. Así mismo, se halló que las mujeres tienen mayor riesgo de infección por sífilis que los hombres (Razón de Prevalencia 1,68). Adicionalmente, encontraron que la población en Situación de Calle presenta mayor vulnerabilidad para adquirir infecciones de transmisión sexual en comparación con otros grupos poblacionales, debido, a juicio del autor, al desinterés por aspectos relacionados con la salud, pobreza, discriminación, barreras de tipo personal y administrativo, entre otros.

En consecuencia, las dos investigaciones anteriores sugieren que la población en Situación de Calle debe ser un grupo priorizado en cuanto a procesos de atención en salud para hacer prevención y tratamiento de infecciones como la sífilis y el VIH y que deben ser tratados como un asunto prioritario en salud pública. En ocasiones, las infecciones no manifiestan síntomas de manera temprana, la sintomatología puede ocurrir cuando hay un deterioro de la condición de salud de los sujetos, puesto que algunas personas pueden ser asintomáticas lo que puede retrasar la posibilidad de una atención oportuna. Lo anterior, termina siendo solo un factor de los múltiples que pueden afectar la prestación de servicios para la población en Situación de Calle. Es importante mencionar que las demoras en la atención se pueden presentar por barreras de tipo administrativo y económico y por características personales de la población en situación de calle, estas últimas haciendo referencia a que los usuarios no consultan aun siendo sintomáticos por miedo al estigma o prejuicio por las características de sus estilos de vida².

² El investigador principal tiene formación en Trabajo Social. Desde su perspectiva como científico social, la categoría de ‘estilos de vida’ se interpreta como aquellas prácticas que no son individuales, sino que se dan en interrelaciones y en un contexto social, histórico y político particular. Por tanto, es fundamental que se entienda que el investigador principal no se acoge a la visión de estilos de vida de carácter conductista y descontextualizada. Esto significa que, a lo largo del texto, cuando se utiliza la categoría de estilos de vida se hace desde la primera interpretación.

3.3 Población en Situación de Calle y Programas de Atención en Salud

Mármol, et al (2023) realizaron la investigación “*Uso de servicios de salud por Habitantes en situación de calle. Revisión de literatura*” cuyo objeto fue identificar y sintetizar las investigaciones relacionadas con el uso de los servicios de salud por parte de la población en Situación de Calle entre el año 2012 al 2022.

Los autores encontraron 109 artículos en inglés y español de los cuales se excluyeron 67 que no cumplían con el criterio de abordar aspectos relacionados con atención en salud para población en Situación de calle; de los 42 artículos restantes, se concluyó que 20 eran duplicados, por lo que se logró extraer 22 investigaciones.

Posterior a categorizar los artículos y hacer una revisión de estos, se estableció como resultado que el acceso a servicios de salud por parte de la población sujeto de intervención se promueve mediante políticas y normativas que pretenden la inclusión en la atención de servicios de salud de esta población. En el caso de Colombia, los autores encontraron que hay diferentes lineamientos normativos que buscan una integración intersectorial para fortalecer acceso a la población en Situación de Calle.

Así mismo, en las investigaciones revisadas por los autores se encontraron diversas barreras de acceso como falta de recursos económicos, ausencia de conocimiento por parte de la población sobre las rutas de atención en salud, falta de redes de apoyo social y familiar y falta de experiencia de los equipos de atención en salud para abordar la población en Situación de calle comprendiendo sus características para evitar estereotipos durante la atención.

Los autores consideran que la revisión sistemática revela que el tema de acceso a servicios de salud por parte de la población en Situación de Calle no ha sido estudiado a profundidad. Así pues, ellos destacan que la falta de acceso a servicios de salud por parte de la población previamente expuesta, en primera medida, pone en evidencia la falta de respuesta por parte del Estado para garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos. En segunda medida, puede generar costos elevados en la atención en salud, puesto que se estarían prestando servicios de atención con fines curativos y no preventivos lo que aumenta la carga económica al sistema de salud en el momento de presentarse situaciones que demanden atención en salud.

En la búsqueda de investigaciones que presenten la relación programas de salud y población en Situación de Calle se encontró otro estudio realizado en Estados Unidos por parte de Kidder, et al (2007) “ *Health status, health care use, medication use, and medication adherence among homeless and housed people living with HIV/AIDS*” Los autores establecen como objetivo comparar el estado de salud, el uso de los servicios y la adherencia de la toma del medicamento antirretroviral para el VIH entre habitantes de calle y personas con hogar, para ello realizaron un estudio transversal con aplicación de encuestas. Fueron captadas para el estudio un total de 7925 personas, de ellas 304 que corresponden al 3.84% del total de la población se encontraban en condición de habitantes de calle.

Dentro de los resultados de esta investigación se identificó que las personas que se encontraban en condición de calle tenían recuentos de CD4 más bajos que la población que tenía hogar, además las personas sin hogar eran menos adherentes a sus medicamentos para el control de la infección, muchos de los encuestados incluso referían no haber tomado medicamento en mucho tiempo. Otro hallazgo significativo es que más del 30% de los encuestados sin hogar

refirieron haber perdido sus medicamentos antirretrovirales en las últimas 48 horas previo a la entrevista, lo anterior por asuntos relacionados con la dinámica de la vida en la calle.

Las conclusiones de este estudio develan que aún falta explorar de manera más exhaustiva el estado de salud de la población en condición de calle y sus comportamientos específicamente en lo relacionado a la atención del diagnóstico de VIH/SIDA. Así mismo se concluyó que un factor protector para la adherencia a la toma del medicamento y mejoramiento de la salud es alojamiento ya sea propio o en casas de acogida, ya que permite un contacto frecuente con la población lo que facilita la atención a servicios de salud.

También se encontró la investigación “*A rua e as representações sociais para a população de rua de Manaus*” realizada por Palheta, et al (2021) quienes analizaron la adherencia al tratamiento antirretroviral en dos grupos poblacionales: la población general con VIH y las personas sin hogar en Manaus, Brasil. El objetivo principal del estudio fue analizar el proceso de adherencia al tratamiento antirretroviral en esta población, identificando cómo se realiza el seguimiento y qué factores influyen en la adherencia. Además, se buscó comprender las barreras que enfrentan las personas sin hogar para acceder a los servicios de salud y mantenerse en tratamiento.

En cuanto a la metodología, el estudio combinó enfoques cualitativos y cuantitativos, basándose en datos recopilados del servicio de atención especializada y del equipo clínico de calle en Manaus. Se realizó un análisis descriptivo de los datos disponibles entre 2020 y 2021, incluyendo el seguimiento de 903 pacientes en tratamiento antirretroviral. Los resultados mostraron que el 85% de los pacientes en seguimiento se adhirieron al tratamiento, lo que indica según los autores una alta tasa de adherencia en la población general, pero resaltan que se presenta

un abandono significativo de los tratamientos. Sin embargo, en el caso de las personas sin hogar, el panorama es crítico: de los 7 pacientes atendidos por el equipo clínico de calle durante 6 años, uno falleció debido a complicaciones relacionadas con comorbilidades como la tuberculosis, cinco no lograron ser localizados para asegurar adherencia, y solo uno continuó adherente.

En los hallazgos se resalta la complejidad de brindar atención continua a una población con alta movilidad, ausencia de redes de apoyo, lo que dificulta el seguimiento y la adherencia al tratamiento. Los autores también destacan que algunos factores implicados en el abandono de la población en situación de calle a los tratamientos pueden estar relacionados con inestabilidad de sus rutinas, carencia de un lugar fijo donde estar, y su característica de ser nómadas en la ciudad lo que dificulta el seguimiento por el equipo de atención.

En esa misma línea, El Ministerio de Salud y Protección Social (2021) en el *“Lineamiento para la Atención integral en salud de la población en Situación de Calle”* establece que, esta población sostiene mayor riesgo de sufrir problemáticas sanitarias asociadas a su estilo de vida y comportamiento, entre ellas un alto padecimiento de infecciones por VIH y Tuberculosis. También refiere sobre acceso a servicios de salud que presenta barreras como: asuntos económicos relacionados con gastos de bolsillo, específicamente el transporte para presentarse en la IPS, falta de interés por parte de la población, imaginarios negativos sobre los tratamientos, percepción de una posible mala atención dentro de las IPS, creencias sobre los costos del tratamiento, y además imaginarios sobre la posibilidad de discriminación por parte de sus compañeros.

Ahora bien, el Ministerio de salud y Protección Social (2021) reconoce que los programas de VIH requieren un permanente acompañamiento para que las personas accedan a los medicamentos, controles y otras coberturas descritas en la guía de práctica clínica, lo cual se puede

desarrollar de manera óptima, con personas que tienen contactos más o menos frecuentes con los servicios de salud, en el caso de la población en Situación de Calle por los mismas condiciones de hábitos de vida, es poco probable que se realice, por lo que supone un reto de intervención para el Sistema de Salud y sus diferentes actores.

En conclusión, se puede decir de acuerdo con la revisión que se debe continuar investigando sobre las estrategias para fortalecer la adherencia de la población en situación de calle a los programas de salud.

Hasta el momento se han realizado investigaciones que permiten conocer las características de la población en Situación de Calle y sus modos de construir la realidad, también se han identificado las infecciones a las cuales se exponen junto con los factores de riesgo que aumentan su vulnerabilidad, además, se ha investigado de manera parcial el acceso a servicios de salud desde elementos relacionados con barreras de atención de diferentes tipos, y las normatividades establecidas que direccionan la atención en salud, pero, aún es necesario profundizar en investigaciones que den cuenta de cómo se configuran los programas de salud para lograr adherencia de la población en situación de calle con los retos mencionados, es aquí donde se identifica la brecha de conocimiento que este estudio pretende atender.

Como se mostrará en el apartado de Aproximación Teórica, se considera que la perspectiva de las ciencias de la implementación fundamenta adecuadamente estas investigaciones.

4. Aproximación Teórica

4.1 Ciencias de la Implementación

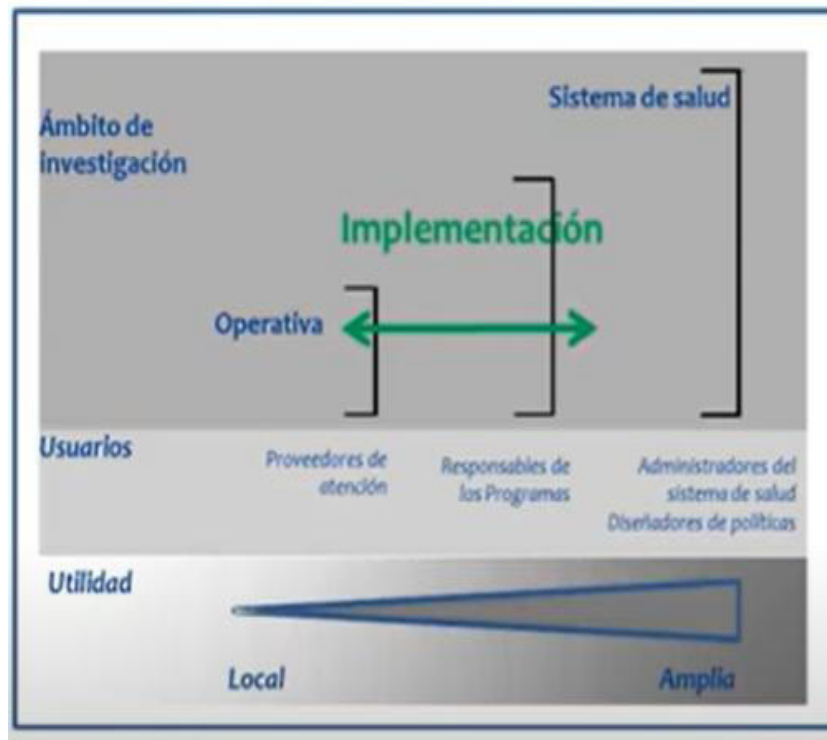
En la realidad actual se reconocen múltiples avances en las intervenciones en salud los cuales brindan solución a diversas problemáticas que afectan a los grupos poblacionales. Los profesionales de salud y puntualmente los administradores en salud tienen el reto de incorporar los progresos de investigación clínica y de salud pública en el ámbito práctico, por lo que se requiere conciliar diferentes elementos como el Sistema de Salud y la complejidad de sus marcos normativos, la capacidad institucional junto con las dinámicas diarias de la prestación de los servicios de salud y las necesidades de los grupos poblacionales, entre otros elementos.

Siguiendo a Suarez, et al (2008) uno de los desafíos más grandes es dilucidar el mejor método para identificar intervenciones con eficacia demostrada y aplicarla en la práctica real. Es necesario desarrollar investigaciones que sustenten los procesos decisorios en salud, que además contengan factores contextuales relacionados con las demandas de servicios y los procesos de atención por parte de los profesionales junto con efectos y resultados.

En este sentido y para fines de esta propuesta de investigación, se considera pertinente recurrir a las Ciencias de la Implementación como una perspectiva teórica que según Becerril & Orozco (2017) posibilita entender la puesta en marcha de políticas, programas y prácticas clínicas enmarcadas en el funcionamiento del Sistema de Salud, lo anterior permite evaluar no solamente resultados, al mismo tiempo posibilita estudiar el cómo se llegan a los mismos. Dentro de este tipo de investigaciones es necesario examinar que los usuarios principales de dichas investigaciones

son los proveedores de la atención, puesto que evidencia el funcionamiento en el día a día sus acciones en el marco de programas o políticas.

Figura 1. Ámbitos de investigación, usuarios y utilidad de la Investigación sobre la Implementación (ISI)



Fuente: Becerril & Orozco (2017)

En la figura anterior, Becerril & Orozco (2017) presentan los ámbitos de la Investigación sobre implementación. Es posible identificar que las investigaciones sobre implementación se desarrollan teniendo en cuenta el funcionamiento del sistema de salud, en tanto las acciones o intervenciones en salud independientemente de si son proyectos, programas, políticas, emergen dando respuesta a una necesidad del sistema. Lo anterior explica que el ámbito de investigación se

encuentre entre lo operativo y los sistemas de salud. En todos los ámbitos de investigación se identifican impacto y resultados, desarrollo de la acción y relación con el contexto externo.

Se requiere para las investigaciones en ciencias de la implementación según Suarez, et al (2008) tener en cuenta los diferentes elementos y actores que influyen el uso efectivo y completo de las innovaciones científicas en la práctica con el objeto de maximizar los efectos beneficiosos de las intervenciones en salud. Este es el estudio de los métodos que establecen una incorporación sistémica de hallazgos de investigación, con el objetivo de mejorar la calidad y efectividad de los servicios de salud. La implementación permite que la Medicina Basada en Evidencia se ejecute y se manifieste en la vida real como la Práctica Basada en Evidencia.

Para Suarez, et al (2008), a medida que se implementa la intervención se va mostrando la mejoría en la incorporación de la Práctica Basada en Evidencia. En ese proceso se puede dilucidar un impacto frente a los desenlaces, aunque este no sea el principal objetivo, dado que se pretende conocer las razones que expliquen cómo los contextos y condiciones locales influyen en la efectividad. Se plantea desde esta perspectiva integrar aproximaciones relacionadas con la práctica del cómo se generan estas intervenciones y los resultados, planteando tres tipos de estudios híbridos los cuales se describen a continuación.

“1. Diseño mixto tipo I, en el cual se evalúa, mediante desenlaces clínicos, el impacto en salud de la intervención, mientras se recopila información sobre la implementación.

2. Diseño mixto tipo II, en el cual se evalúa mediante desenlaces clínicos, el impacto en salud de la intervención y se evalúa la estrategia de implementación de acuerdo con su capacidad de incrementar el uso de PBE.

3. Diseño mixto tipo III, en el cual se evalúa la capacidad de la estrategia de implementación, para incrementar el uso de PBE y se recolecta información sobre el impacto en salud de la intervención.” Suarez, et al (2008).

Los diseños de investigación híbridos según Curran, et al (2012) permiten dilucidar la efectividad y la implementación de una intervención en salud en un mismo estudio, dado que es posible realizar preguntas sobre la efectividad de una intervención y la manera más adecuada de implementarla. En consecuencia, se identifica como beneficio de los diseños, la posibilidad de avanzar de una manera rápida hacia la implementación generalizada de intervenciones en salud en entornos clínicos y comunitarios.

Damschroder, et al (2009) argumentan que en el campo de la salud los investigadores deben avanzar en el reconocimiento no solo de los resultados sumativos, sino también evaluar hasta qué punto las implementaciones de estrategias son efectivas en un contexto específico y permite optimizar los beneficios de las intervenciones, además de ser sostenibles y aplicadas en diferentes contextos. Existen variedad de conceptualizaciones desde la ciencia de la implementación para promover una implementación efectiva, sin embargo, se debe comprender que la implementación es la constelación de procesos destinados a poner en práctica una intervención dentro de una organización, es el medio por el cual una intervención se asimila dentro de una organización.

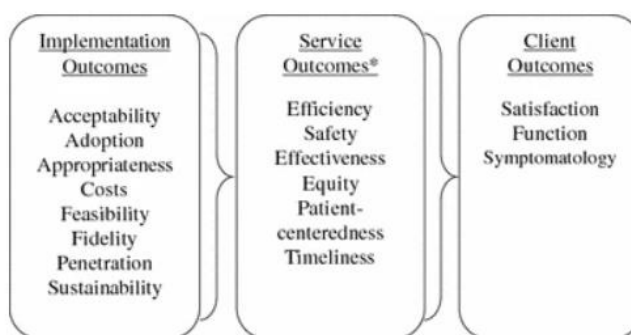
Las investigaciones de implementación se caracterizan según Becerril & Orozco (2017), por incluir en sus objetivos y preguntas, los factores o agentes responsables del éxito o fracaso de las implementaciones, el contexto en el que se encuentran inmersas, la influencia que tienen frente a la prestación de servicios de salud y la medida en que los resultados son generados por las intervenciones. En cuanto a las características de este tipo de estudios, responden a preguntas sobre la implementación, las estrategias que se desarrollaron durante la misma, además, describen la

intervención que se implementa adyacente al contexto en el que se desarrolla considerando los cambios y la complejidad del sistema de salud.

Por su parte Proctor, et al (2011) definen que en el proceso de implementación existe un conjunto de acciones deliberadas e intencionales que pretenden generar nuevas prácticas y servicios en relación con tratamientos, por lo que los resultados de estas investigaciones sirven como indicador del éxito de los programas en términos de indicadores proximales de procesos de implementación y por último son resultados intermedios de la prestación de servicios.

Al revisar lo relacionado con resultados desde un marco teórico orientado en Ciencias de la Implementación, es necesario tener en cuenta que existen tres tipos de resultados que se encuentran interrelacionados, estos son: Proctor, et al (2011) 1) implementación, 2) servicio, 3) resultados para el cliente. Por esta razón, las mejoras en el bienestar para los usuarios que acceden a los servicios de salud proporcionan criterios relevantes para evaluar tanto el tratamiento, como las estrategias de implementación

Figura 2. Tipos de resultados en la investigación de implementación



Fuente: Proctor, et al (2011)

A continuación, se describe lo presentado en la figura 2. Aunando en el proceso de entender los conceptos dentro de las Ciencias de la Implementación específicamente lo relacionado con los

resultados, Proctor, et al (2011) definen posterior a una revisión de investigaciones en Ciencias de la Implementación los siguientes conceptos en común: **1) Aceptabilidad:** percepción entre las partes interesadas en la implementación de que el proceso de atención, práctica o tratamiento es satisfactorio y aceptable. Esta se puede medir desde la perspectiva de varias partes interesadas como los administradores, pagadores, proveedores, consumidores. **2) Adopción:** es la intención y acción para probar o emplear una innovación o práctica basada en la evidencia, puede ser medida desde la perspectiva del proveedor o de la organización. **3) idoneidad:** se entiende como el ajuste percibido, es decir, la compatibilidad que tiene la implementación para el entorno, proveedor o consumidor determinado. **4) Costo:** se define como la repercusión en el costo de un esfuerzo de aplicación, este puede variar según los tratamientos y costos de entrega, la complejidad de la estrategia usada y los costos generales del desarrollo de la implementación dentro del contexto. **5) Viabilidad:** medida en que una nueva innovación puede ser utilizada o llevada a cabo con éxito. **6) Fidelidad:** es el grado en el que se implementa la intervención según el protocolo original. **7) Sostenibilidad:** es la medida en que una intervención se mantiene o se institucionaliza dentro de los procesos organizacionales.

De igual modo, siguiendo Damschroder, et al (2009) existen variedad de marcos conceptuales que proporcionan una estructura pragmática para abordar los constructos complejos e interactivos de las Ciencias de la Implementación. Uno de ellos es el CFIR (Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación), el cual ofrece una tipología general frente a los conceptos, además promueve el desarrollo de la teoría de la implementación y a su vez la posibilidad de verificar el funcionamiento en diferentes contextos. Se puede utilizar para guiar evaluaciones y para construir la base de conocimientos sobre la implementación en múltiples

estudios y entornos. Damschroder, et al (2009) establecen que el CFIR presenta cinco dominios conceptuales:

Características de la intervención. Inicialmente se debe reconocer si la intervención se desarrollará internamente, es decir, dentro de la misma organización como parte de una solución a un problema, o externamente, para atender procesos de un proveedor o de un grupo de investigación. En esa misma línea, incluye qué tanto se puede adaptar de la intervención para satisfacer las necesidades del contexto en el que se piensa implementar sin dejar de lado los aspectos centrales. Se debe reconocer si se cuenta con la capacidad de implementar la intervención, estableciendo alcances, objetivos claros, que estén ligados a la calidad del diseño y que así mismo tenga en cuenta los costos asociados a la implementación.

Entorno externo. Este dominio reconoce la importancia de tener en cuenta las características de los usuarios de los servicios de salud, sus necesidades y busca mejorar los resultados de las acciones que promueven la salud. Para este fin, tiene en cuenta el grado en que la organización trabaja conectada con otras organizaciones y promueve nuevas prácticas para cumplir su objetivo de atención. Lo anterior debe contemplar la complejidad del entorno externo, que incluya políticas y regulaciones o directrices gubernamentales, entre otros elementos que influyan en la atención.

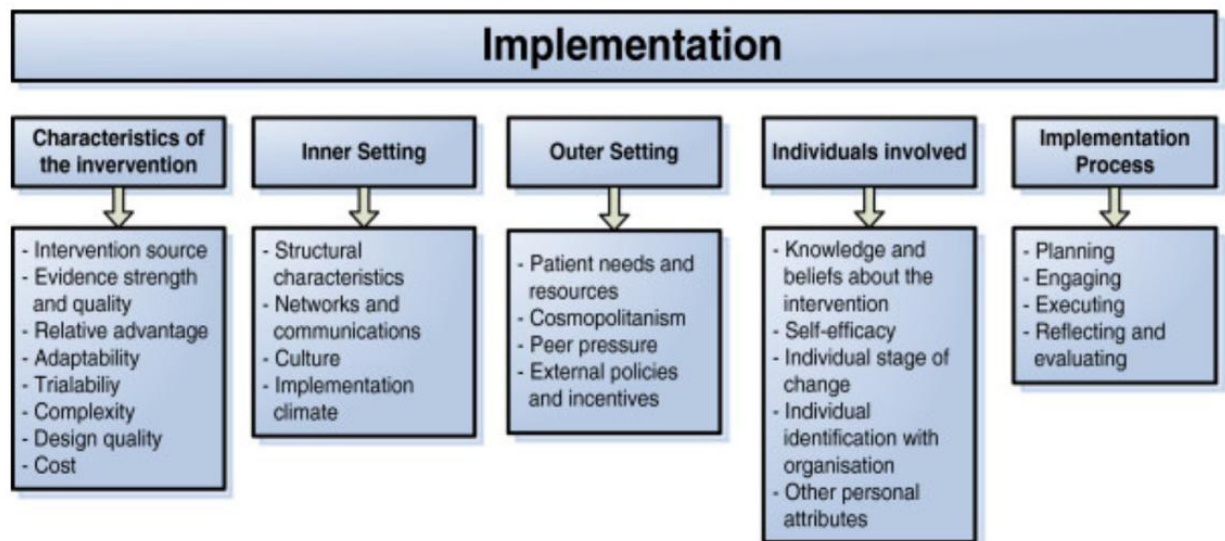
Entorno interno. Este aspecto contiene elementos relacionados con la estructura de la organización, la forma en la que los colaboradores se organizan para producir un producto o servicio que cumpla con las expectativas de los usuarios. Durante el desarrollo de este dominio según el autor se evidencia también una inmersión a las redes y comunicaciones que se establecen con el objetivo de implementar las intervenciones, lo cual también da cuenta de la cultura organizacional que se tiene construida dentro de las organizaciones.

Características de los individuos involucrados. Se pretende comprender la interacción dinámica entre el personal y la organización dentro de la cual trabajan, así mismo esta interacción cómo influye en los comportamientos individuales de los sujetos para ejecutar los cursos de acción que permiten lograr los objetivos de implementación.

Proceso de implementación. Es esencial en este aspecto tener en cuenta, la planificación, participación, ejecución, reflexión y evaluación de la intervención que se está desarrollando. Cada actividad puede revisarse, ampliarse, perfeccionarse y reevaluarse durante el transcurso de su implementación.

A continuación, se presenta la figura 3 que sintetiza el Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación de Damschroder, et al (2009).

Figura 3. Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación de Damschroder, et al.



Fuente: Damschroder, et al (2009)

En la literatura de Ciencias de la implementación es posible encontrar que uno de los marcos conceptuales más usados es el RE-AIM. Lee, Et al (2017) establecen que este modelo permite entender el diseño, implementación y evaluación de prácticas innovadoras en salud desde componentes como la cobertura, eficacia, adopción, implementación a nivel individual y organizacional, adicionalmente permite recoger los elementos contextuales para conceptualizar desde una visión amplia del impacto en salud pública que tiene las intervenciones.

El marco RE-AIM según Glasgow, et al (2022), *se centra en resultados necesarios para producir impacto en la población*, reconociendo los factores contextuales, permite evaluar los resultados de la implementación de una manera concreta y estructurada, así mismo fomenta discusiones sobre el progreso y las prioridades de la implementación, posterior a evaluar el alcance, eficacia, adopción, implementación y mantenimiento se integran resultados y se discuten desde un análisis de brechas de las dimensiones.

Glasgow, et al (2019) refieren el RE-AIM instaure cinco dimensiones que son transversales en el proceso de adaptación, implementación y evaluación:

Alcance. Este hace referencia al número o proporción de personas que se beneficiarán de las intervenciones o programa determinado, así como, los criterios de selección por el cual se prioriza cierto tipo de población. Incluye características demográficas, permanencia de la población en los procesos, el uso de estrategias de implementación de alcance para mejorar el acceso y la conciencia y la idoneidad de la intervención para satisfacer las demandas de la población.

Eficacia. Indica el impacto de una intervención sobre resultados importantes que incluyen los efectos de éxito y los negativos, evalúa las consecuencias deseadas teniendo en cuenta los sistemas de atención en salud y el contexto en general junto a la calidad de vida de los sujetos.

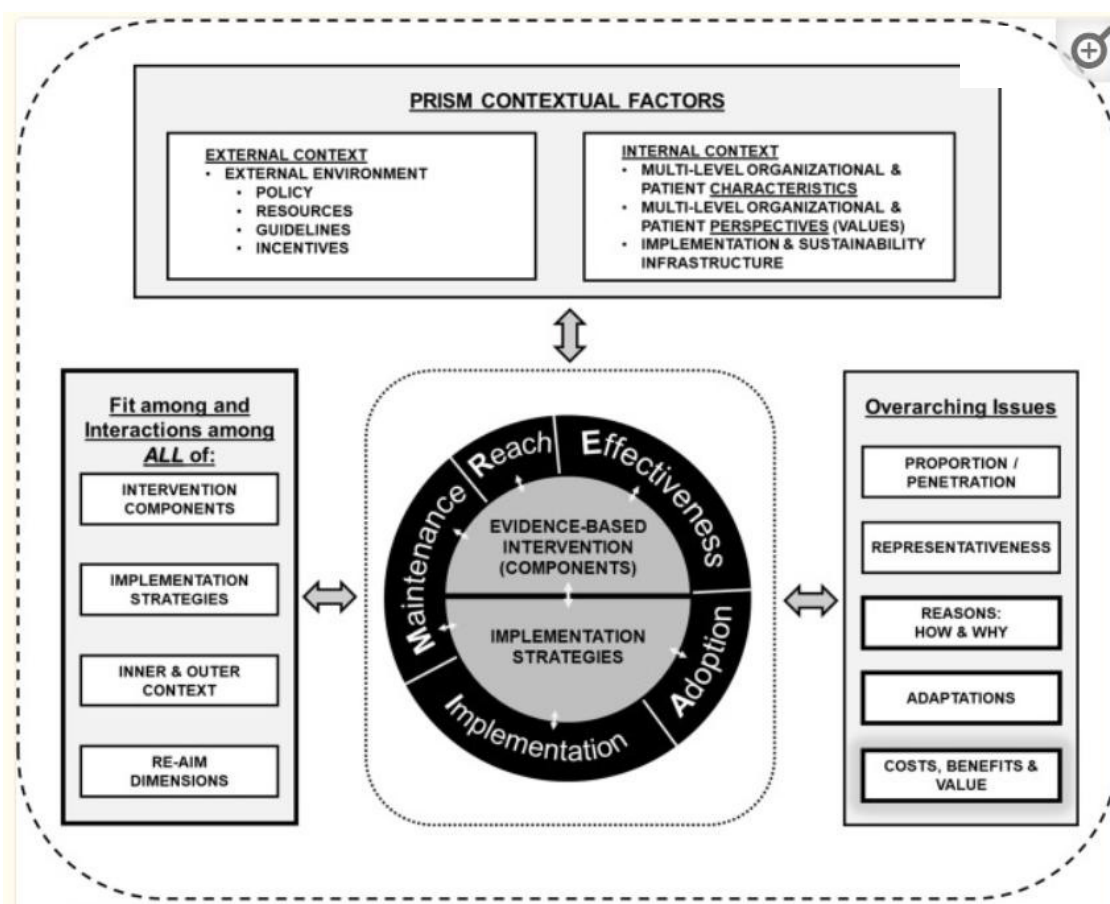
Adopción. Se caracteriza por tener en cuenta el entorno donde se desarrolla la intervención, las personas de la organización que implementan la intervención junto con las diferentes estrategias que desarrollan para que esta funcione, así como la cultura y clima organizacional y el desarrollo de guías y herramientas para ayudar a mejorar la implementación.

Implementación. Se debe tener en cuenta fidelidad que se tiene con la intervención, la coherencia frente a la ejecución, la descripción de la intervención incluye las adaptaciones realizadas para poder ejecutarse en un contexto determinado, costos y tiempo para el desarrollo, se pretende en este aspecto tener una comprensión de las practicas ejecutadas y la manera en que son evaluadas.

Mantenimiento. Reconoce el grado en que la intervención se mantiene durante un periodo no menor a seis meses después de su implementación, así mismo la manera en que esta se institucionaliza y forma parte de las prácticas y políticas rutinarias de las organizaciones.

En esa misma línea Glasgow, et al (2019) manifiesta como una ventaja del RE-AIM la actualización reciente junto con el modelo Practico robusto de implementación y de sostenibilidad PRISM, el cual se centra puntualmente en factores contextuales, revisando elementos externos a nivel macro, como políticas, directrices e incentivos y reconoce como estos se articular con factores locales y organizaciones. Estos modelos juntos permiten abordar elementos relacionados con el mantenimiento de la implementación a nivel de infraestructura y sostenibilidad incluyendo elementos como auditoria, retroalimentación continúa.

Figura 4. Modelo RE-AIM / PRISM, revisado y mejorado



Fuente: Glasgow, et al (2019)

Los dominios del PRIMS son los siguientes Rabin, et al (2022)

Perspectivas sobre la intervención. Recoge la experiencia de los colaboradores de la organización sobre el funcionamiento de la intervención, la percepción sobre el programa y la compatibilidad con la misión de la organización.

También se presenta la experiencia de la población objeto del programa sobre el acceso al programa, la frecuencia de uso de los servicios de los cuales se supone se beneficia, facilidad de uso de los mismo y las barreras existentes dentro de la intervención.

Características de los entornos de la implementación. incluye la organización, el personal y los destinatarios de la intervención, específicamente, pacientes y familiares. Las acciones en salud no surgen en el vacío, todo lo contrario, hay un entorno donde se desarrollan y una población objeto que recibe la intervención. Así mismo, se deben considerar características organizacionales que influyen en la capacidad de la organización para realizar la intervención. Además, se debe tener en cuenta que hay un equipo que implementa las acciones considerando el contexto organizacional ejemplo, responsabilidades de los colaboradores, estructura de la intervención, alcancé, entre otros, y los elementos externos como políticas, estructura del sistema de salud, coberturas entre otros elementos.

Con respecto a los pacientes y sus familias, es importante hacer una caracterización en términos, por ejemplo, de edad, género, cultura, nivel de necesidades sociales y conocimientos en salud.

Entorno externo. Hace referencia a las políticas, lineamientos estatales, fuerzas del mercado y estructura del sistema de salud.

Infraestructura de implementación y sostenibilidad. Este aspecto tiene en cuenta las características de implementación, capacitación, equipo asignado para desarrollar el proceso, auditoría de este, retroalimentación continua y planes de continuidad.

Estrategias de implementación. Es necesario reconocer que los programas de salud se estructuran a partir de una serie de actividades y acciones interrelacionadas, las cuales son esenciales para su desarrollo, sostenibilidad en el tiempo y el cumplimiento de los objetivos establecidos. Estas acciones, aunque pueden parecer simples en su concepción, forman parte de un entramado complejo que constituye las estrategias de implementación de dichos programas. Lo anterior, permite no solo la eficacia de las intervenciones, sino también su adaptación a las realidades locales y a las necesidades cambiantes de la población.

Según Proctor et al. (2013), las estrategias de implementación se definen como los métodos, actividades o técnicas que facilitan la mejora en la implementación y sostenibilidad de los programas de salud. El desarrollo de estas estrategias permite superar las barreras que pueden surgir y, a su vez, aumenta la eficacia de la implementación. En esta misma línea, las estrategias presentan una complejidad que debe abordarse de manera detallada para describir claramente los aspectos operativos que emergen, evidenciando la multiplicidad de los procesos a los que responden y los contextos interpersonales, organizacionales y comunitarios a los que están dirigidas.

A manera de conclusión, las investigaciones en Ciencias de la Implementación citando a Eccles & Mittman (2006) se pueden describir como estudios científicos que utilizan métodos que promueven la adopción sistemática de resultados de investigaciones y de prácticas basadas en la

evidencia, por lo tanto, pretenden impactar en la calidad y eficacia de los servicios de atención en salud.

Siguiendo a Harvey, et al (2023) este tipo de estudios tienen una naturaleza compleja, iterativa y estrechamente dependiente del contexto, por lo que se requiere hacer uso de diferentes perspectivas de investigación para entender y abordar la realidad de los sistemas de salud, los programas y la prestación de los servicios. Adicionalmente se requiere una estrecha alineación con el desarrollo práctico de la implementación de las intervenciones en salud con el objetivo de mejorar en sí mismas las practicas basadas en evidencia.

4.2 Definiciones del Concepto “Persona en Situación de Calle”

El concepto en torno a las personas que habitan la Calle se ha configurado de manera distinta a lo largo del tiempo. Nieto, et al (2015) indican que la habitabilidad en calle es un fenómeno social que se encuentra en todos los países y que según la cultura y el momento histórico la definición varía, por lo que se evidencia una ausencia de consenso en la definición desde los aspectos académicos hasta los políticos y culturales.

En el caso de países europeos y norteamericanos, los autores definen que la cuestión relacionada a la habitabilidad en calle ha sido ampliamente reportada y estudiada, pero, existe diferencias relacionadas con el idioma, así como en las expresiones para hacer referencia a las personas que cumplen las características de vivir en la calle junto con la forma en la que se entiende o percibe al habitante de calle. Lo anterior no ha permitido construir un concepto universal y homogéneo en estos países.

Para el caso de los países de Latinoamérica se establece que aún está en desarrollo la discusión académica sobre la definición del concepto para esta población, puesto que, no se

identifican investigaciones que evalúen las definiciones de acuerdo con las características propias de la región. En este punto, es importante resaltar que comprender este fenómeno es totalmente distinto en los países latinoamericanos por las particularidades sociales, económicas y políticas en comparación con los países europeos y norteamericanos.

En el caso de Colombia, Ramos, et al (2009) manifiestan que desde los años noventa, la definición para hacer referencia a las personas que habitan la calle ha presentado diferentes cambios, entre ellos: “indigentes”, “personas de la calle”, “personas en situación de calle” “personas que han hecho de la calle su hábitat” entre otros. Estas definiciones han estado ligadas principalmente a los censos poblacionales y han buscado atribuir un argumento técnico para lograr la caracterización de esta población.

En ese orden de ideas, es claro, que la población sujeto de la intervención en salud, tiene unas características específicas, las cuales se recogen para el caso de Colombia en la Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021-2031. En la política, se define la población en Situación de Calle de la siguiente manera:

La persona habitante de la calle. *“que hace de la calle su lugar de habitación” “donde satisface todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria”, es decir, “desarrolla todas las dimensiones de su vida en el espacio público, es decir, las actividades de su vida íntima y social”.*

La persona en calle. *“hace de la calle el escenario propio para su supervivencia. Sin embargo, alterna el trabajo en la calle, la casa y la escuela. Es decir, cuenta con un espacio privado diferente de la calle donde reside, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel.”*

Para efectos del trabajo de investigación y siguiendo la perspectiva de la política pública se entenderá por los dos grupos poblaciones con las características previamente mencionadas, personas en situación de calle.

5. Objetivos

Objetivo General

Evaluar la capacidad de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH)* para la población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en Cali, entre los años 2021-2025.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el Programa de Atención Integral de VIH³ (PAI_VIH), de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en los componentes del CFIR.
2. Describir la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida desde variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos.
3. Caracterizar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle⁴, con diagnóstico de VIH de la Corporación de Lucha Contra el Sida en componentes del RE-AIM/ PRISM

³ Aquí se hace referencia al programa de atención integral en VIH general que funciona en la CLS desde 1992.

⁴ Aquí se hace referencia al programa de atención integral en VIH específico para población en Situación de Calle que funciona en la CLS desde 2021.

4. Evaluar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la población en Situación de Calle, con diagnóstico de VIH, de la Corporación de Lucha Contra el Sida en los componentes del RE-AIM / PRISM.

6. Metodología

6.1 Tipo de Estudio

Con el fin de evaluar las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH para la población en Situación de Calle*, de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, se realizó un estudio en el marco de las Ciencias de la Implementación. Siguiendo a Suarez, et al (2008) el diseño del estudio es un Mixto Tipo III.

Es importante resaltar que este diseño no hace referencia a investigaciones de integración metodológica cualitativa y cuantitativa, sino, como se mencionó en el marco teórico, este diseño está definido desde las Ciencias de la Implementación y se denomina así (mixto) porque está dirigido tanto a evaluar la implementación de una intervención como a describir la efectividad de la misma. Además, también debe aclararse que la realización de los estudios desde las Ciencias de la Implementación utiliza técnicas de la investigación cualitativa y cuantitativa, pero no se constituyen en diseños cualitativos o cuantitativos específicos. En otras palabras, como se verá más adelante de la metodología, se utilizaron técnicas de recolección y análisis cuantitativas para el cumplimiento del objetivo 2 y técnicas de recolección y análisis cualitativas para el cumplimiento de los objetivos 3 y 4.

El diseño Mixto tipo III se caracteriza por evaluar la capacidad de la estrategia de implementación, reconociendo las acciones que se desarrollan dentro de la intervención y por qué estas resultan efectivas, lo anterior con el objeto de incrementar el uso de Práctica Basada en Evidencia, adicionalmente, se recolecta información sobre el impacto en salud de la intervención.

Profundizando en los aspectos relacionados a tipos de estudio, Curran, et al (2012) los estudios mixtos tipo III permiten implementar las estrategias e intervenciones mientras se observa y recopila información sobre dichas intervenciones; esta información permite acelerar la traducción de los hallazgos de la investigación a la práctica habitual.

Siguiendo a Curran, et al (2022) este tipo de estudios mixtos tipo 3, responden a preguntas de investigación relacionadas con el desempeño de las estrategias utilizadas para ofrecer una intervención en salud exitosa en relación con los conceptos de alcance, adopción fidelidad, y otros resultados propios de la implementación de una intervención.

Es importante aclarar que la Corporación de Lucha contra el SIDA tiene un programa de Atención Integral para la población en general y un programa específico, derivado del anterior, para población en Situación de Calle. Además, que como la mayoría de los programas que abordan problemas complejos, el Programa de Atención Integral para la Población en Situación de Calle tiene varias estrategias para su implementación. En este sentido, la evaluación del programa incluye la evaluación de sus estrategias de implementación.

Adicionalmente se resalta que en la metodología del objetivo 1 “Caracterizar el *Programa de Atención Integral de VIH*” se utilizaron los componentes del Marco conceptual CFIR (Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación) a criterio del investigador, puesto que

permite construir una caracterización del programa de Atención Integral que ejecuta la CLS. En esa misma línea, es necesario conocer la puesta en marcha del programa de Atención integral, puesto que es en ese proceso que surge la intervención en salud innovadora que pretende lograr el acceso a la población en Situación de Calle para el tratamiento de VIH.

Para el objetivo 3, se emplearon dos componentes del marco RE-AIM/PRISM (implementación e infraestructura de la implementación) con el propósito de caracterizar el programa. Respecto al objetivo 4, los componentes del RE-AIM/PRISM se utilizaron desde una perspectiva evaluativa, ya que este marco permite una aproximación detallada al proceso de implementación. Según el criterio del investigador, este marco desde un enfoque evaluativo resulta más adecuado que otros marcos conceptuales empleados en las ciencias de la implementación.

Se resalta que usar los marcos conceptuales CFIR, Y RE-AIM/PRISM, no constituye una incoherencia epistemológica, dado que forman parte del mismo marco teórico, ciencias de la implementación y son usados para fines diferentes en esta investigación.

6.2 Metodología por Objetivos Específicos

6.2.1 Objetivo Específico 1. Caracterizar el Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, en los Componentes del CFIR

Como se indicó anteriormente, se usará el marco conceptual CFIR para caracterizar el programa de Atención integral de VIH de la CLS, ya que comprender este programa es el punto de partida para entender la acción en salud que se desarrolla con la población en Situación de Calle. Es por ello, que la caracterización del programa se realizó teniendo en cuenta los siguientes dominios:

Componentes del CFIR	
Características de la intervención	Este dominio permite conocer el programa de Atención Integral de VIH de la CLS, desde elementos históricos y contextuales, dado que se pretende identificar: el momento en que surge como respuesta a una problemática del contexto, el alcance de intervención, el diseño del programa junto con los objetivos y la capacidad que se tiene para implementar la intervención.
Entorno externo	Se pretende explorar qué elementos normativos, como, por ejemplo: Políticas, Guías de práctica clínica, regulaciones o directrices gubernamentales, incluye la CLS en el desarrollo del programa de Atención integral de VIH. Así mismo, dado que en el desarrollo del Programa se reconoce las características y necesidades de los usuarios, se incluyen las acciones que desarrollan para promover la salud. También se describe el grado de integración que tiene la CLS con otras instituciones para desarrollar el programa de atención integral.
Entorno interno	Se identifican los elementos relacionados con la estructura de la organización, esto es: la manera en que la CLS ha organizado a los colaboradores para desarrollar el programa de atención integral. Además de la cultura organizacional que se tiene para lograr dar cumplimiento a los objetivos.
Características de los individuos involucrados	Se conocen los aspectos del personal de la institución que se tiene para la ejecución del programa de Atención Integral en VIH, así como la interacción dinámica entre el personal y los procesos que desarrollan dentro de la organización. Además, se revisarán aspectos relacionados con la capacitación del personal, con el fin de fortalecer sus competencias y garantizar un desempeño óptimo en la implementación del programa.
Proceso de implementación	Se exploran cómo se desarrolla el programa de Atención Integral teniendo en cuenta los siguientes aspectos: 1) Planificación para la atención de usuarios y los participantes en este proceso. 2) Ejecución del Programa de Atención integral.3) Reflexión sobre el proceso de intervención y evaluación.

Lo anterior, se llevó a cabo a través de revisión documental y entrevistas semiestructuradas.

Revisión documental

Se revisaron los siguientes documentos:

- Manual institucional de atención integral versión 2023.
- Modelo de atención integral versión 2024.
- Estructura MAPA de procesos versión (2006).
- Política de calidad y prestación del servicio versión 2024.
- Documento de caracterización poblacional de la institución.
- Investigaciones realizadas por la institución en relación con el PAI_VIH.

Los documentos mencionados anteriormente, se revisaron por el investigador principal quién desarrolló una síntesis de los mismos en Word teniendo en cuenta las categorías de análisis del CFIR previamente expuestas.

En cuanto al segundo punto, los potenciales participantes del estudio se reclutaron a través de una invitación vía correo electrónico para participar en el estudio. Este correo electrónico fue mandado por el investigador principal y se llevó a cabo posterior al aval del comité de ética.

Las entrevistas se desarrollaron previo consentimiento informado comunicado por el investigador principal, en un espacio físico dentro de las instalaciones de la CLS que garantizo la protección de la confidencialidad de la información y permitió la libre expresión.

El muestreo fue no probabilístico y se incluyeron dos funcionarias coordinadoras del programa y 1 asesor integral del programa (este último tiene funciones operativas).

Actividad que desarrolla	Número de participantes	Rango de edad	Sexo	Grupo étnico-racial	Tiempo como funcionario de la CLS.
--------------------------	-------------------------	---------------	------	---------------------	------------------------------------

Coordinadora de Atención Integral	1	65 años	Mujer	Mestizo	30 años
Coordinadora de Calidad	1	34 años	Mujer	Mestizo	4 años
Asesora Integral dentro del programa	1	29 años	Mujer	Mestizo	2 años
Total	3				

Se realizaron entrevistas por parte del investigador principal a los siguientes colaboradores de la CLS:

Estas entrevistas se transcribieron por parte del investigador en su totalidad, en un archivo en Word, sin datos de identificación del entrevistado y con codificación alfanumérica.

6.2.2 Objetivo Específico 2. Describir la Población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida desde Variables Sociodemográficas y Clínicas de los Sujetos

La descripción de la población objetivo se hizo mediante la descripción de variables sociodemográficas y clínicas de los sujetos que asisten al programa. Se recogió información de los archivos del programa en las siguientes variables.

Variables	Descripción	Tipo de variable	Valores posibles	Fuente de información
Variables sociodemográficas				
Tipo de paciente	Activo en el programa	Nominal politómica	Activo en el programa Salió del seguimiento Fallecidos	Archivos del programa
Sexo	Sexo biológico	Nominal dicotómica	Mujer Hombre	Archivos del programa
Edad	Edad en años cumplidos	Cuantitativa continua	18 o más	Archivos del programa
Barrio en el que se mueve	Barrio en el que se mueve	Nominal politómica	Nombre del barrio	Archivos del programa
Fecha de ingreso al programa	Fecha de ingreso al programa	Cuantitativa discreta	2016 a 2024	Archivos del programa
Tiempo en el programa	Tiempo en el programa en meses	Cuantitativa discreta	3,4,5...n	Archivos del programa
Niveles de carga viral al ingreso	Niveles de carga viral al ingreso	Cuantitativa continua	Indetectable, 20, 21, 22...n	Archivos del programa

Niveles de carga viral a los 3 meses	Niveles de carga viral a los 3 meses de ingreso al programa	Cuantitativa continua	Indetectable, 20, 21, 22...n	Archivos del programa
Niveles de carga viral – último valor tomado	Niveles de carga viral – último valor tomado	Cuantitativa continua	Indetectable, 20, 21, 22...n	Archivos del programa
Cd ingreso	Niveles de cd	Nominal politómica	< 200 células 200 - 499 células > 500 células	Archivos del programa
Cd actuales	Niveles de cd	Nominal politómica	< 200 células 200 - 499 células > 500 células	Archivos del programa
Tuberculosis latente	Tuberculosis latente por PPD	Nominal politómica	Sí No No aplica	Archivos del programa
Tuberculosis activa	Tuberculosis activa por PPD	Nominal politómica	Sí No No aplica	Archivos del programa
Sífilis	Sífilis	Nominal politómica	Reactiva No reactiva	Archivos del programa
Ingreso al programa de metadona	Ingreso al programa de metadona	Nominal politómica	Sí En proceso de ingreso No aplica	Archivos del programa

6.2.3 Objetivo Específico 3. Caracterizar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle, con diagnóstico de VIH de la Corporación de Lucha Contra el SIDA

Como se expresó anteriormente, se usó el marco conceptual RE-AIM/ PRISM. Para lograr un alcancé mayor en el reconocimiento de los aspectos contextuales donde se desarrolla la intervención en salud, Rabin, et al (2022) establece la versión del marco PRISM como una herramienta que permite diseminar las intervenciones en salud independientemente de su tipo, es decir, programa, política o acción. Se debe reconocer que dichas intervenciones surgen con unas características relacionadas con el contexto donde participan usuarios, personal de salud y miembros de la organización de diferentes niveles de influencia.

Las estrategias de implementación corresponden a las acciones de intervención en salud que realiza la CLS para lograr el acceso de la población en situación de calle, es decir, se procura conocer dicha estrategia.

Para este objetivo se usaron dos constructos del RE-AIM/PRISM:

Categoría	
Implementación	Se conocen la intervención con detalle, el contexto en el que se desarrolla y las razones por las cuales emerge esta acción en salud y conocer el tiempo que implica el desarrollo de la acción en salud.
Infraestructura de la Implementación	Se exploran los roles, responsabilidades, elementos claros del funcionamiento del programa, presentación de datos y canales de comunicación entre los miembros.

Para lo anterior, se recolectó información a través de entrevistas semiestructuradas al personal de la organización.

Los potenciales participantes del estudio se reclutaron a través de una invitación vía correo electrónico para participar en el estudio. Este correo electrónico fue mandado por el investigador principal y se llevó a cabo posterior al aval del comité de ética.

Las entrevistas se desarrollaron previo consentimiento informado comunicado por el investigador principal, en un espacio físico dentro de las instalaciones de la CLS lo que garantizó la protección de la confidencialidad de la información y permitió la libre expresión.

El muestreo fue no probabilístico, y se incluyeron tres funcionarios del programa.

Se realizaron entrevistas por parte del investigador principal a los siguientes colaboradores de la CLS:

Actividad que desarrolla	Número de participantes	Rango de edad	Sexo	Grupo étnico-racial	Tiempo como funcionario de la CLS.
Coordinadora de Atención Integral	1	65 años	Mujer	Mestizo	30 años

Coordinadora de Calidad	1	34 años	Mujer	Mestizo	4 años
Asesora Integral encargado del programa para la población en Situación de Calle	1	30 años	Hombre	Mestizo	3 años
Total	3				

Estas entrevistas se transcribieron por parte del investigador en su totalidad, en un archivo en Word, sin datos de identificación del entrevistado y con codificación alfanumérica.

6.2.4 Objetivo Específico 4. Evaluar la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la Población en Situación de Calle, con Diagnóstico de VIH, de la Corporación de Lucha Contra el SIDA en los Componentes del RE-AIM / PRISM

Las estrategias de implementación del PAI_VIH se evaluó teniendo en cuenta los dominios del marco conceptual RE-AIM/ PRIMs, es decir:

Categorías	
Alcance	Se verificó el alcance que se tiene con la acción en salud, por ello se identificó si durante el proceso de implementación se reconoce las características de la población en Situación de Calle y se desarrollan acciones teniendo en cuenta las mismas para fortalecer el acceso los servicios de salud. Además, se revisó el proceso de selección de la población en cuanto a los criterios y los planes de intervención que se establecen para lograr la captación de los usuarios para fortalecer el acceso a los servicios.
Eficacia	Se describieron los resultados de la intervención en relación con el cumplimiento de los objetivos para la que fue diseñada específicamente con la población en Situación de Calle. También se verificó si la acción en salud estaba alineada con los objetivos misionales, políticas de atención de la organización y si reconoce los elementos del contexto organizacional para llevarse a cabo. En esa misma línea, se pretende conocer el impacto en términos de los beneficios para la población en Situación de Calle, es decir, recolectar información sobre los resultados.
Adopción	Se verificó qué tanto las personas de la organización en los diferentes niveles de acción de sus funciones reconocen la estrategia diseñada para la población en Situación de Calle

	y aportan al despliegue de acciones necesarias para que esta se logre implementar. En este ítem, se pretende conocer el impacto que tiene la acción de salud en la cultura organizacional para lograr que la población pueda tener acceso a los servicios de salud.
Implementación	Se evaluó si la estrategia se desarrolla según lo propuesto, además, se identificó la manera en la que se realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos de la estrategia y las acciones o adaptaciones que se realizan para el cumplimiento de los mismos.
Infraestructura de implementación	Se revisó si se cuenta con el personal idóneo para desarrollar la acción n salud, del mismo modo, si se desarrollan capacitaciones con el equipo asignado para fortalecer sus conocimientos frente al trabajo que desarrollan, y también si existe retroalimentación continua y planes de continuidad de las acciones. Además, se revisó el proceso de capacitación permanente del equipo designado para implementar la estrategia siguiendo los direccionamientos organizacionales, así como los mecanismos de auditoría y retroalimentación continua para asegurar la continuidad de la estrategia.
Mantenimiento	El mantenimiento evaluó si la acción se sostiene a lo largo del tiempo teniendo en cuenta una auditoría de este frente al cumplimiento de objetivos, así como una retroalimentación continua y planes de continuidad.
Perspectivas sobre la intervención	Las Perspectivas sobre la intervención, en este aspecto recogió las experiencias y percepciones de los colaboradores de la organización sobre la estrategia con la población en Situación de Calle, se pretende verificar que tanto los proveedores del servicio de salud reconocen la acción como compatible con los lineamientos organizaciones. También se conoció la percepción y experiencia sobre la estrategia por parte de los beneficiarios directos, es decir, la población en Situación de Calle, lo anterior con el objetivo de evaluar si se considera por parte de los beneficiarios que la estrategia aporta a su acceso los servicios de salud, adicionalmente si se perciben incluidos dentro de las acciones institucionales y si consideran que hay gestión organizacional para disminución de barreras que puedan presentarse.
Características de los entornos de la implementación	Este dominio, tiene en cuenta características de los entornos de la implementación que dan referencia de los aspectos organizaciones y la caracterización de la población se han desarrollado en los dominios del RE-AIM.
El entorno externo	En este dominio se ubicó la intervención en salud teniendo en cuenta la estructura del Sistema de Salud colombiano, así mismo, si está en armonía con la normatividad y lineamientos para la población con diagnóstico de VIH y población en Situación de Calle, así como la guía de práctica clínica para la atención en VIH.

Para lo anterior, se recolectó información de dos tipos: 1) revisión de documentos y 2) entrevistas semiestructuradas con el personal de la organización

Con respecto al primer punto, se revisaron los siguientes documentos:

1. Misión y Visión institucional.
2. Manual institucional de atención integral versión 2023.
3. Modelo de atención integral versión 2024.

4. Protocolo de atención integral humanizada
5. Política de calidad y prestación del servicio versión 2024.
6. Documento de caracterización poblacional de la institución.
7. Eje Centrado en el usuario y su familia.
8. Cartilla de los Colaboradores.
9. Caracterización Población en Situación de Calle versión 2024.
10. Guía de práctica clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes del Ministerio de salud y protección social (2021).
11. Lineamiento para la Atención integral en salud de la población en Situación de Calle del Ministerio de salud y protección social (2021).
12. Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031.
13. Ley 100 de 1993.

Los documentos mencionados anteriormente fueron revisados por el investigador principal (el tesista) quién desarrolló una síntesis de los documentos en Word teniendo en cuenta las categorías de análisis del RE-AIM / PRISM.

En cuanto al segundo punto, los participantes del estudio se reclutaron a través de una invitación vía correo electrónico para participar en el estudio. Este correo electrónico fue mandado por el investigador principal y se llevó a cabo posterior al aval del comité de ética.

Las entrevistas semiestructuradas se desarrollaron previo consentimiento informado comunicado por el investigador principal, en un espacio físico dentro de las instalaciones de la CLS que garantizó la protección de la confidencialidad de la información y permitió la libre expresión.

Para el caso de la población en situación de calle, en la literatura revisada sobre este tema se propuso inicialmente el uso de las denominadas entrevistas itinerantes (walking interview o go-along interview o mobile interview). Este tipo de entrevistas se han utilizado para acceder a poblaciones en su contexto y que tienen comportamientos itinerantes, como las personas en situación de calle. Este método es más flexible a las condiciones de los participantes; además, se ha encontrado que, al estar dicho participante situado en donde vive su cotidianidad, se puede tener una conversación que ofrezca información más válida para la investigación (Kusenbach M. [2003], Lauwers, L. et al. [2021], García, C.M. et. al. [2012]).

Sin embargo, no fue posible desarrollar las entrevistas tipo itinerantes debido a situaciones de seguridad tanto para los participantes en la investigación como para el investigador principal, según información brindada por la agente extramural. Ante esta situación, se llevó a cabo una reunión de análisis de contexto con las personas encargadas de aspectos directivos y operativos del programa, en esta reunión se optó por invitar a los beneficiarios del programa, de manera voluntaria, a participar en las instalaciones de la CLS.

El muestreo fue no probabilístico, y se incluyeron 5 funcionarios del programa y 5 beneficiarios. Estas entrevistas se transcribieron por parte del investigador en su totalidad, en un archivo en Word, sin datos de identificación del entrevistado y con codificación alfanumérica.

6.3 Plan de Análisis

La caracterización de la población en Situación de Calle se hizo mediante la descripción de variables sociodemográficas y clínicas de los individuos que asisten al programa. Dado el número pequeño de pacientes registrados en los archivos del programa (55 pacientes) no se realizaron porcentajes ni promedios en casi todas las variables, a excepción de la edad, el sexo y

el barrio donde se mueve el paciente. Se hicieron tablas de contingencia de las variables sociodemográficas y clínicas, según el tipo de paciente: activo, que salió del seguimiento y fallecido. Se ubicaron con puntos todos los pacientes en el mapa de Cali según el barrio en el que se movilizan. Se identificaron patrones de disminución de la carga viral desde el ingreso hasta los 3 meses y la última reportada, así como el cambio de los linfocitos CD4. El análisis se realizó en Stata 17.

Con respecto a la revisión documental, se realizó un análisis en el cual utilizaron las categorías del CFIR y las del RE-AIM/PRISM.

Para las entrevistas semiestructuradas, se hizo un cuadro en Excel donde a través de categorías y subcategorías también del CFIR y el RE-AIM/PRISM se construyeron las preguntas que orientaron la conversación con los entrevistados. Luego de obtenida la información se hizo la transcripción de forma literal desde el audio al Microsoft Word. Posteriormente se agruparon los hallazgos para realizar un proceso de análisis descriptivo e interpretativo.

Para orientar la conversación por parte del investigador, se construyeron diferentes preguntas agrupadas por categorías y subcategorías de análisis teniendo en cuenta los marcos conceptuales que corresponden a las Ciencias de Implementación y que se utilizaran en esta investigación. Las categorías mencionadas tanto en el marco teórico como en la metodología por objetivos se operativizaron en subcategorías que se tradujeron en preguntas guía, las cuales permitieron la comprensión de elementos contextuales en relación con la implementación y el desarrollo de prácticas basadas en evidencia por parte de la investigación.

A través de un cuadro en Excel se organizaron los hallazgos de las entrevistas denominados verbatim por categorías y subcategorías. Siguiendo a García y Sánchez (2020). Las categorías

responden a la necesidad de definir elementos conceptuales y teóricos que a manera de palabras clave permitan estructurar de forma articulada y eficiente la información que se requiere. Por otra parte, las subcategorías Según Arias (2019, como se cita en Sánchez, et al. 2023) se componen por un grupo de conceptos que derivan de la categoría general. Lo anterior permite la aproximación al proceso de reducción de la información y posterior codificación para la presentación de los datos obtenidos.

En cuanto al proceso de codificación Sánchez, et al (2023) permite establecer una denominación común al conjunto de fragmentos de texto de las entrevistas, facilitando el proceso de presentación de la información para su análisis.

En este trabajo de investigación se codificaron las entrevistas para su posterior citación, de la siguiente forma:

- ES = (Entrevista Semiestructurada)
- H = (Hombre), M = (Mujer).
- 1- 15 = Numero de Entrevista

Ejemplo: ESM1

7. Consideraciones Éticas

Para el desarrollo de la investigación se tuvieron en cuenta las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias médicas (CIOMS) y las consideraciones éticas de la declaración de Helsinki donde se establecen los principios de beneficencia y no maleficencia, autonomía y justicia.

Según lo establecido por la resolución 8430 de 1993 esta investigación fue catalogada como “investigación de riesgo mínimo”.

Tomando en consideración las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos de CIOMS, se reconocieron posibles riesgos en la presente investigación, los cuales se muestran a continuación:

- 1) Pérdida de información recolectada de entrevistas y bases de datos.
- 2) Acceso a la información recolectada por parte de terceros.
- 3) Divulgación de la información personal de los participantes con afectación directa a la confidencialidad y el anonimato.

Para mitigar los riesgos presentados anteriormente se realizó lo siguiente:

1) Para garantizar la seguridad y evitar la pérdida de información, se realizó una copia de los datos recolectados en un disco duro externo. Esta copia se codificó para asegurar el acceso exclusivo por parte de los investigadores. El disco duro se almacenará de forma segura en la oficina de la Directora del Trabajo de Investigación, la cual es docente de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle, ubicada en la Universidad del Valle, y se conservará durante un período de 5 años.

2) Garantizar la confidencialidad de la información mediante el acceso restringido a la misma por parte del investigador principal y la directora de trabajo de investigación y la codificación de su acceso a cargo del investigador principal.

3) Verificar que la información recolectada no contenga ni datos de contacto ni de identificación.

En la presente investigación puede haber conflicto de intereses porque el investigador principal hace parte del programa a evaluar, específicamente, el investigador es el asesor integral encargado del programa. El conflicto de intereses con la institución se abordó mediante la evaluación de las estrategias de implementación con rigor metodológico y objetividad, incluso siendo parte del programa evaluado, la responsabilidad del investigador se centra en la aplicación del marco RE-AIM, que ofrece un enfoque estructurado para evaluar, como se ha mencionado en el marco teórico, la eficacia, adopción, implementación, mantenimiento y alcance de las estrategias implementadas. Además, este marco conceptual permite hacer una evaluación robusta de cómo las estrategias cumplen o no estos criterios de tal forma que no haya resultados sesgados.

Los métodos de recolección de información como entrevistas y revisión documentales estuvieron alineados con las dimensiones de RE-AIM, evitando interpretaciones sesgadas. Aunque el investigador forma parte del programa evaluado, liderar la investigación en este contexto ofrece la ventaja del conocimiento y comprensión total del proceso.

Adicionalmente para intervenir en posibles conflictos de interés, todas las interpretaciones de los datos y conclusiones fueron sometidas a revisión por parte de la docente directora de trabajo de investigación quién no forma parte de la organización, aumentando la imparcialidad en el análisis final. (Chasco E. et al, [2024], Charmant W., et al. [2024], Astengaard L., et al [2020].)

Es necesario establecer que abordar a la población en Situación de Calle, la cual es vulnerable, tiene dos elementos que se consideran un reto, primero, la dificultad de garantizar voluntariedad y, segundo, el reto en cuanto a la validez de la información. Ambos elementos están relacionados con el desempeño cognitivo de esta población, dados muchos factores, entre los más importantes, el uso de sustancias psicoactivas.

Voluntariedad

1. La voluntariedad puede afectarse porque el participante no esté en las condiciones cognitivas suficientes para tomar una decisión libre.

2. Hay también un conflicto de intereses que surge de la relación terapéutica entre el investigador principal y los usuarios del programa, dado que el investigador principal brinda atención a los usuarios, lo que genera una relación de jerarquía que podría influir en la voluntariedad en la participación en la investigación. Se afrontó este riesgo estableciendo claramente en el proceso de consentimiento informado que la participación en el estudio es completamente voluntaria. Se garantizó que los usuarios comprendieran que su decisión de participar o no, no tendrá ningún impacto en la calidad de la atención que reciben.

3. La estrategia para abordar la voluntariedad en este tipo de personas que usan sustancias consistirá en establecer un criterio de exclusión sobre si el participante tiene algún problema cognitivo que le dificulte entender el consentimiento informado. Es fundamental hacer énfasis que el investigador principal tiene gran experiencia en la interacción con personas en Situación de Calle lo que le permite identificar a quién le aplicará el criterio de exclusión.

Con respecto a la validez de la información ofrecida por el participante, como se mencionó antes, el desempeño cognitivo de esta población está afectado, entre otros factores, por el uso de sustancias psicoactivas

Los beneficios de esta investigación serán la mayor comprensión del Programa de Atención Integral de VIH para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el SIDA, específicamente evaluar su implementación. Lo anterior contribuirá a mejorar este

programa y generará beneficios para sus usuarios. Por tal motivo, se considera que los beneficios de esta investigación superan los riesgos.

8. Resultados

Para evaluar la capacidad de las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) dirigido a la población en situación de calle, desarrollado por la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS), una institución prestadora de servicios de salud ubicada en la ciudad de Cali fue necesario profundizar en el trabajo que realiza esta entidad. Para ello, se llevó a cabo una caracterización del Programa de Atención Integral de VIH, el cual ha sido implementado desde 1992 y es considerado pionero en Colombia en la atención de personas diagnosticadas con VIH, según información proporcionada por la institución.

La caracterización de este programa institucional se realizó mediante la indagación de elementos históricos y contextuales, profundizando en su alcance, objetivos, diseño y capacidad de ejecución. Cabe destacar que los programas de salud no surgen de manera aislada, sino que se interconectan con aspectos normativos y con el funcionamiento del sistema de salud. Por ello, se identificaron las acciones orientadas a promover la salud, así como las interacciones con otras

instituciones dentro del sistema. Además, se consideraron aspectos como la cultura organizacional y la dinámica entre los colaboradores, con el fin de comprender en detalle cómo se lleva a cabo la ejecución del programa.

La relevancia de esta investigación de evaluación se refuerza al considerar que, según el planteamiento del problema, la población en situación de calle es un grupo prioritario para la atención del VIH, de acuerdo con los lineamientos de la OMS. Así mismo, Minsalud (2021) ha señalado que esta población enfrenta múltiples problemáticas sanitarias asociadas a sus condiciones de vida y comportamientos específicos que aumentan su vulnerabilidad. Además, se han identificado barreras de acceso de diversos tipos a los servicios de salud, dificultando la atención integral de este grupo poblacional.

Esta situación fue evidenciada por la CLS, desde año 2021 tuvo un incremento en la demanda de servicios por parte de la población en situación de calle perteneciente a la EAPB con la que tiene contratación. Esto llevó a la creación de un **Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en situación de calle**, el cual se encuentra en implementación desde ese mismo año.

Para poder evaluar este programa, se hizo necesario conocer el grupo poblacional en situación de calle que se beneficia del programa a través de variables socio demográficas y clínicas.

Una vez conocida la población, se requirió adentrarse en el programa de atención integral para la población en situación de calle, es decir, se hizo una caracterización de este programa para conocer el contexto en el que surge esta propuesta de intervención en salud, los recursos usados en la implementación, así como la distribución de roles, responsabilidades, comunicación entre los

implementadores y su articulación con el programa de atención integral que se implementa desde 1992, lo anterior con el fin de tener la mayor información posible que permitiera hacer la evaluación desde el marco conceptual RE-AIM/PRISM.

Tal como se expuso en el apartado aproximación teórica, este marco conceptual según Glasgow, et al (2022), se centra en resultados necesarios para producir impacto en la población, reconociendo los factores contextuales, y favoreciendo la evaluación de los resultados de la implementación de una manera concreta y estructurada. En este caso, se evaluaron aspectos como: alcance, eficacia, adopción, implementación, infraestructura, sostenibilidad, percepciones sobre la intervención, las características de los entornos de implementación y los factores del contexto externo.

8.1 Caracterización del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), de la Corporación de Lucha Contra el Sida, en los Componentes del CFIR

En este primer apartado, se describe la caracterización del programa de Atención Integral de VIH de la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS), utilizando el marco conceptual del CFIR. Como lo señalan Damschroder et al. (2009), este marco proporciona una estructura para analizar la implementación de intervenciones en salud, identificando los factores que inciden en su efectividad. Está organizado en cinco categorías, las cuales facilitan un análisis sistemático del programa.

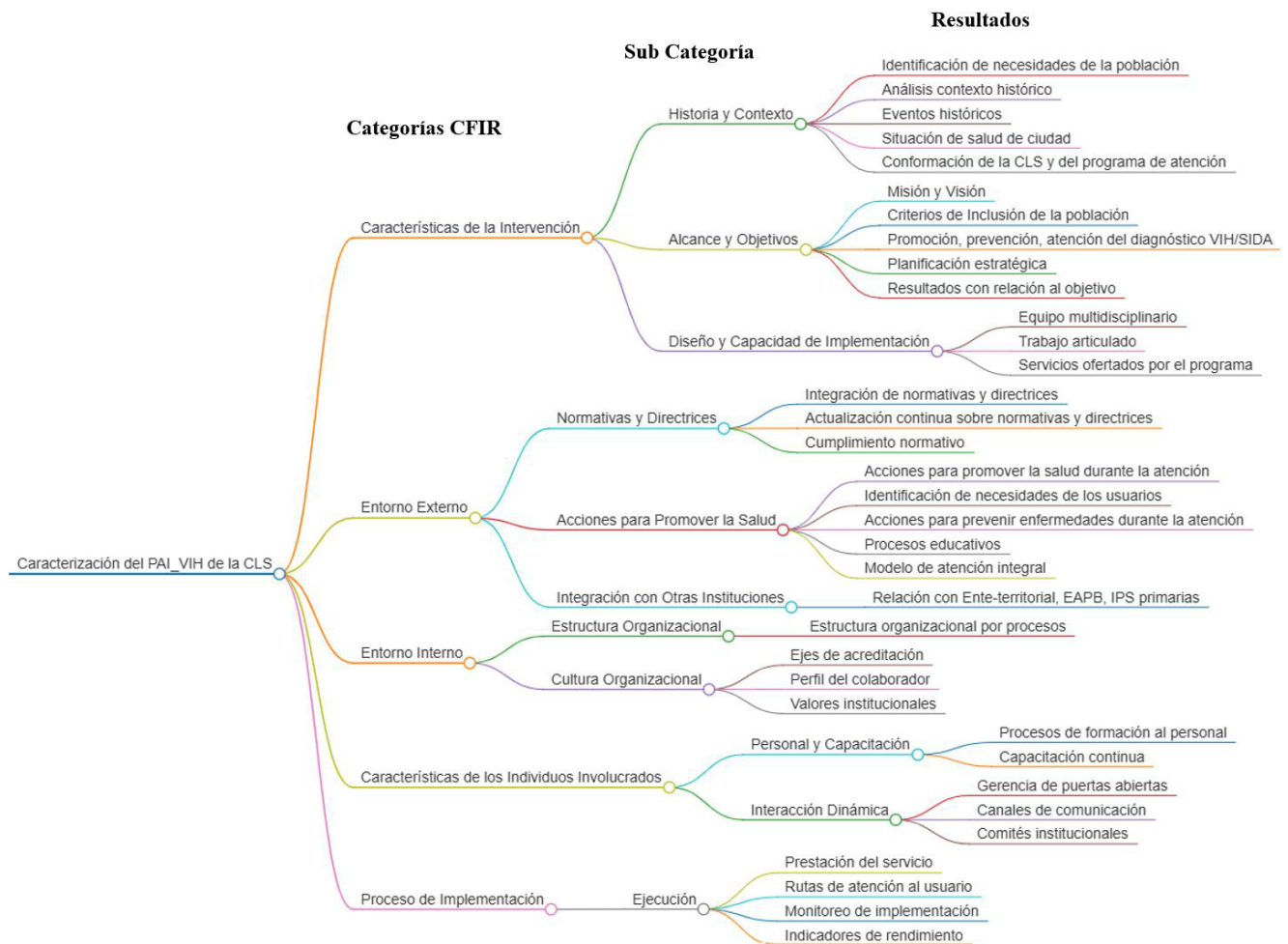
Respecto a las características de la intervención, se exploraron aspectos históricos y contextuales, así como el alcance y los objetivos del programa desde sus inicios, junto con su diseño y capacidad de ejecución. En el entorno externo, se analizó la articulación del programa con normativas nacionales e internacionales, incluyendo guías de práctica clínica y resoluciones del Ministerio de Salud. Asimismo, se indagaron las acciones orientadas a promover la salud y la

integración con otras instituciones. En el entorno interno, se identificó la estructura organizacional, basada en procesos estratégicos, misionales y de apoyo, y se profundizó en la cultura organizacional que sustenta la operación del programa.

En relación con las características de los individuos, se hizo una aproximación del proceso de capacitación del personal, la dinámica de interacción entre los colaboradores y la coordinación para la ejecución de las actividades, con especial atención a la comunicación, la definición de roles y la colaboración interdisciplinaria. Finalmente, en el proceso de implementación, se identificaron las etapas de planificación, ejecución y evaluación del programa, junto con las reflexiones derivadas de su seguimiento y mejora continua.

Para facilitar la comprensión de los resultados de la caracterización se muestra la siguiente figura:

Figura 5. Síntesis de los resultados de la Caracterización del PAI_VIH de la CLS



Fuente: Elaboración propia

8.1.1 Características de la Intervención

Para caracterizar desde este dominio, se integraron las perspectivas de los entrevistados y la revisión bibliográfica de documentos institucionales de la CLS, con el fin de explorar las características del programa de VIH de la CLS a través de apartados: historia y contexto, alcance y objetivos, diseño de la capacidad de implementación.

Historia y Contexto. Según el Instituto Nacional de Salud (2016) en el informe del comportamiento epidemiológico del VIH en el año 2016, el primer caso de SIDA en Colombia se notificó en 1983, en el año 1988 ya se tenían investigaciones con el propósito de entender la magnitud de la epidemia y buscar respuestas a la misma, poniendo en marcha múltiples planes de acción.

En ese mismo año 1988, se identifica en la revisión documental realizada en la Corporación de Lucha Contra el SIDA, Manual institucional para la Atención Integral (2023), que la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali estaba implementando el programa de Prevención y Atención del SIDA con la intención de sensibilizar y educar a la comunidad sobre el VIH /SIDA y la importancia de prácticas sexuales seguras para hacer frente la epidemia emergente con un equipo multidisciplinario de profesionales expertos en el tema.

En 1992 el mismo equipo de profesionales de la mano de instituciones como la Secretaría Salud, la Cruz Roja Colombiana, Profamilia, el Hospital Universitario del Valle Evaristo García y la Fundación Valle del Lili, constituyeron la Corporación de Lucha Contra el SIDA con la intención de ampliar el alcance de las intervenciones en salud que darían respuesta a la situación emergente. De una manera amplia, una de las entrevistadas describe el proceso de constitución de la organización y del programa de atención integral de la siguiente manera:

“La Corporación de Lucha Contra el SIDA inicialmente apareció en el panorama como atención y prevención, porque ya la atención específica se hacía en el Hospital Universitario del Valle(...), cuando la Corporación apareció en el ámbito, hizo acuerdos con Teatro Esquina Latina, con todo lo que tuvo que ver con cultura y se hicieron toda una cantidad de obras de teatro que tuvieron que ver con educación sexual y con educación en VIH” (ESM3)

(...) “cuando creció la Corporación ya pasó a una labor más de asistencia en lo que tiene que ver con atención de usuarios, desde ese año estamos haciendo atención de pacientes. Se fue creando el programa en la medida en que se fueron viendo las necesidades de la atención, se tuvo la visión de darle a los usuarios todo lo que necesitaban en un solo sitio, por eso se llamó atención integral y lo hemos ido construyendo en las medidas de las necesidades” (ESM3)

Posterior a este primer momento de gestación del programa en 1994 se estableció la constitución del primer Fondo de Medicamentos y ayudas diagnósticas especiales, lo que constituye una intervención en salud pública que buscaba abordar la creciente necesidad de atención médica especializada, y consolidaba el programa de Atención Integral ambulatorio para la población con diagnóstico VIH /SIDA mostrando un compromiso institucional para mejorar el acceso a tratamientos necesarios.

Asimismo, la CLS además de la prestación de servicios a través de su programa de Atención integral ambulatorio, realiza investigación y educación sobre VIH/SIDA a nivel nacional e internacional desde 1995, con el respaldo de instituciones internacionales y nacionales que aportan al fortalecimiento la capacidad técnica y organizativa del programa, permitiendo una implementación efectiva. El programa de atención integral se implementó de manera paralela a diferentes procesos educativos que emergen como respuesta a las necesidades contextuales y poblacionales, según una entrevistada:

“Realmente teníamos una gran ventaja y es que a la par, la Corporación ha tenido la posibilidad de estar en la parte de educación y con toda la tecnología de punta. Entonces se hacía un curso internacional, donde siempre todos los avances que había en el mundo,

nosotros lo conocíamos de primera mano y había posibilidades de ir integrando todo ese conocimiento al manejo que se le hacía a los pacientes” (ESM3)

Alcance y Objetivos. Se identifica en el MAN – AIN (2023) que la institución realiza procesos misionales relacionados con la prestación de servicios y la investigación, contando con el reconocimiento de la certificación Internacional ISO 9001:2008 y desde 2019 con la Norma ISO 9001:2015. Además, de encontrarse en proceso de acreditación de alta calidad. Para profundizar en los procesos misionales que dan cuenta del alcance y los objetivos institucionales, es necesario primero aproximarse a la misión y visión de la organización, puesto que estos son principios orientadores para el diseño del programa. La misión describe el propósito y las funciones que guían las operaciones diarias, mientras que la visión de una institución refleja las metas a futuro.

En el siguiente gráfico, se presenta la misión y visión de la Corporación de Lucha Contra el SIDA.

Figura 5:



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida: Misión y Visión. (2020)

Ahora bien, el alcance y objetivo misional en la voz de una de las colaboradoras de la institución:

“La promoción, prevención y atención a las infecciones de transmisión sexual, específicamente del VIH/ SIDA. Adicionalmente, también dentro de la misión está la investigación (...) referente a la visión, está encaminada, pues, a convertirnos en uno de los referentes a nivel regional y nacional en la atención a el diagnóstico del VIH/SIDA, el tratamiento de la infección de transmisión sexual y la investigación también” (ESM2)

Por otra parte, la promoción, prevención y atención de VIH/ SIDA como parte del objetivo de la organización y del programa de atención integral que desarrolla procesos de monitoreo, como se evidencia en la respuesta de la entrevistada 1 al respecto de este aspecto:

“todas las áreas deben hacer informes de la gestión que realizan, no es diferente el caso para el área de atención integral. Se hace evaluación de todos los objetivos del programa, todo eso está socializado, nos envían informes a las personas de la institución donde se ve,

pues que efectivamente los pacientes están cumpliendo o se está cumpliendo con los objetivos de programa (...) Que los pacientes estén con las cargas virales indetectables que le suban sus defensas, todas esas cosas, se están todo el tiempo midiendo para poder evidenciar realmente los objetivos se cumplan y se refleje en la vida de los pacientes” (ESM1)

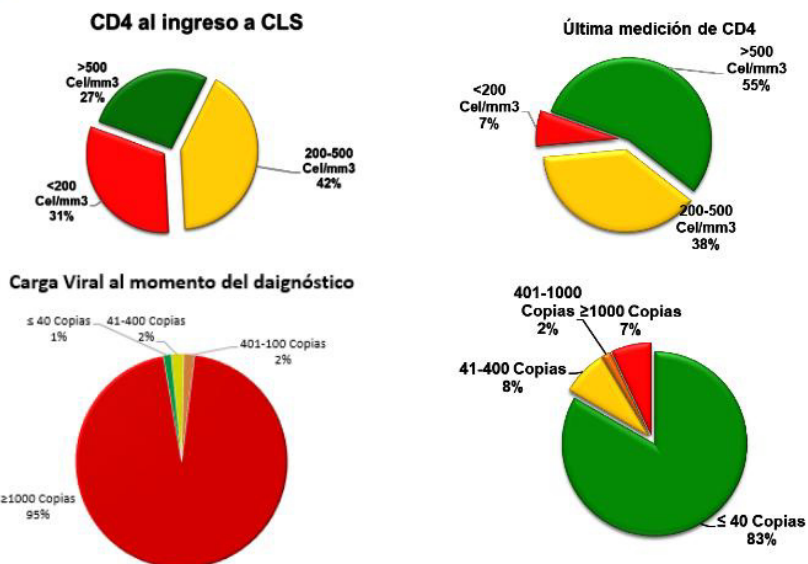
En relación a lo expuesto por la entrevistada frente a la supresión de carga viral y aumento de las defensas, la CLS (2009) en su artículo “*Un programa de atención integral ambulatoria especializada en VIH/SIDA*” destaca que su modelo es altamente efectivo en la atención de usuarios con diagnóstico de VIH, aspecto que ha sido medido con diferentes parámetros, concluyendo en cuanto resultados relacionados con supresión de carga viral y aumento de CD4, que los mejores resultados se obtienen en usuarios con al menos un año de participación en el programa de Atención Integral. Además, destacan una reducción notoria de hospitalizaciones desde el primer año de atención.

Profundizando en lo relacionado con la misión de la CLS, específicamente el “*control de VIH/SIDA*”, se presenta una figura que pertenece a la medición institucional sobre cómo llegan los usuarios en aspectos relacionados con su carga viral y CD4 y cómo se encuentran posterior a la participación del programa de atención integral, esta medición se realiza de manera anual por la organización o a necesidad.

Figura 6: Resultados de supresión de Carga Viral y aumento de CD4 al momento de ingreso a la institución y posterior a la participación en el programa de Atención Integral.



PRINCIPALES RESULTADOS (N=2243)



Se evidencia en estos resultados del primer semestre de 2023 que el impacto de la atención integral en la recuperación inmunológica y supresión virológica es alto, con efectividad cercana a las metas internacionales.

Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Eje Centrado en el usuario y su familia (2023) En el primer gráfico relacionado con los niveles de CD4, se observan los siguientes resultados:

Al momento del ingreso a la institución, el 31% de la población presenta un recuento de CD4 inferior a 200 células, el 42% tiene un recuento de CD4 entre 200 y 500 células, y el 27% presenta un recuento de CD4 superior a 500 células.

Después de participar en el programa de Atención Integral, el 7% de los usuarios tiene un recuento de CD4 inferior a 200 células, el 38% tiene un recuento entre 200 y 500 células, y el 55% presenta un recuento de CD4 superior a 500 células.

En el segundo gráfico relacionado con carga viral, se observan los siguientes resultados Al momento de ingresar a la institución, la distribución de la carga viral entre los usuarios es la

siguiente: el 95% presenta una carga viral superior a 1000 copias, el 2% se encuentra en el rango de 401 a 1000 copias, otro 2% tiene una carga viral entre 41 y 400 copias, y el 1% presenta una carga viral inferior a 40 copias. Después de participar en el programa de Atención Integral, el 7% de los usuarios mantiene una carga viral superior a 1000 copias, el 2% tiene una carga viral entre 401 y 1000 copias, el 8% se encuentra en el rango de 41 a 400 copias, y un 83% de los usuarios presenta una carga viral inferior a 40 copias.

Diseño y Capacidad de Implementación.

Frente al diseño del programa de Atención integral, según lo establecido por la CLS (2009), un elemento clave en la ejecución del programa es el trabajo interdisciplinario y colaborativo, ya que permite un abordaje comprensivo, personalizado de las necesidades de los usuarios enfocándose en el manejo completo de la infección y su vez fortaleciendo la adherencia

Siguiendo lo establecido en el MAN-AIN (2023) La prestación del servicio la desarrolla un equipo multidisciplinario que trabaja de manera articulada, enfocándose en la búsqueda de soluciones individuales y colectivas que conduzcan al mejoramiento continuo de la adherencia al programa de VIH, al auto cuidado y al tratamiento antirretroviral. También, refiere que la asesoría pretende la construcción implementación de estrategias amigables para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el logro de óptimos resultados de efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

Con referencia a la capacidad del programa de Atención Integral, la CLS (2023) establece que los servicios ambulatorios de salud que lo conforman son los siguientes:

- Atención Médica Integral Especializada en VIH/SIDA: Medicina General supervisada, Medicina especializada en VIH, Ciencias Biomédicas Básicas con énfasis en Inmunología, Medicina Interna, Infectología y Psiquiatría, para adolescentes y adultos.
- Asesoría Integral o Unidad terapéutica para la Adherencia: Atención y acompañamiento constante por profesionales de Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Química Farmacéutica, Regente de farmacia a través de atenciones previas y posteriores a las consultas médicas especializadas.
- Servicio farmacéutico de mediana complejidad. Incluye la adquisición, almacenamiento y dispensación de medicamentos antirretrovirales (incluidos o no en el Plan Obligatorio de Salud – POS y NO-POS), así como algunos para profilaxis de infecciones oportunistas y otros, todos legalmente disponibles en Colombia.
- Servicio de laboratorio clínico general y especializado para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH/SIDA, esta atención incluye desde: la toma de muestras hasta la obtención de resultados; socialización individualizada a los usuarios; registro confidencial de la información en las historias clínicas y bases de datos institucionales. En consecuencia, se realiza pruebas presuntivas y confirmatorias de diagnóstico, seguimiento virológico e inmunológico (carga viral VIH, CD4/CD8 y otros marcadores), vigilancia de resistencias del VIH a los antirretrovirales (estudio genotípico de resistencias del VIH) y otras para el diagnóstico de comorbilidades y para vigilar la seguridad y efectividad de las intervenciones.
- Vacunación según guía de práctica clínica de VIH
- Servicios complementarios como: nutrición y dietética, evaluación e intervención del riesgo cardiovascular y aplicación de estrategias de promoción y prevención para contribuir

a contener la transmisión del VIH y mejorar indicadores de salud tanto individuales como colectivos. Incluye el fomento de la promoción de hábitos saludables (dispensación de condones, actividad física y pedagogía alimentaria) y la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles.

8.1.2 Entorno Externo

De acuerdo con el marco conceptual, el dominio de entorno externo permite observar la relación del programa de Atención Integral de VIH de la CLS con las normativas y directrices, las acciones que se implementan en el programa para promover la salud y la integración con otras instituciones en la búsqueda de dar cumplimiento a su objeto misional

Normativas y Directrices. Continuando con la caracterización desde el dominio de entorno externo, se debe tener en cuenta que para que la organización pueda desarrollar sus actividades misionales debe cumplir con los requisitos establecidos por el Ministerio de Salud de Colombia frente a la habilitación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud establecidos en la resolución 3100 de 2019.

Para profundizar en este aspecto, se abordó el proceso de normatividad y directrices que son transversales en la organización y que influyen en el desarrollo del programa de atención integral con una de las entrevistadas. Se identificaron los siguientes elementos:

“nosotros por ser institución de salud digamos que nos cubre varias, pero las grandes y principalmente por ser IPS sería la resolución 3100 la de 2019, que es todo lo de la parte de habilitación que la cumplimos, nosotros con nuestro certificado de habilitación en los servicios que tenemos como: medicina general, tenemos psicología, tenemos el servicio farmacéutico, tenemos infectología, en psiquiatría, creo que no se me pierde ninguna.

Bueno, tenemos ciertos servicios de la cual hace parte como nuestro programa de atención integral, ese componente, está también la resolución 429, que es todo lo de la política atención integral en salud, donde nosotros la cubrimos con nuestro modelo de atención integral” (ESM2)

Adicionalmente, se indagó sobre el Programa de Auditoría para el Mejoramiento Continuo (PAMEC), una entrevistada respondió:

“(…) Tenemos también la 1446 que es la del PAMEC que es la auditoría para el mejoramiento de calidad y ese PAMEC, nosotros en la institución desde el 2018 lo tenemos enfocado a lo que es acreditación en salud. Principalmente ya para la atención esta la Guía de práctica clínica en adultos y gestantes, la última versión es del 2021. También nosotros desde este año 2024 integramos la guía práctica clínica de VIH para niños, niñas, niños, niñas y adolescentes e integramos nosotros desde el 2022, un referencial técnico que no es obligatorio, sino las instituciones que quieran estar alineadas al sello de no discriminación, que es el referencial técnico para prevenir y eliminar cualquier tipo, acto o forma de discriminación. Entre eso, pues muchas otras políticas como la política Nacional de Seguridad del paciente, la política nacional de humanización, los derechos humanos y hay unas que van enfocadas de pronto a lo que hacemos ya más explícitamente de acá (...)” (ESM2).

En la respuesta, se observa de manera general que la institución se acoge a las normatividades en salud antes mencionado.

Es importante anotar que en Colombia los programas de atención en salud se alinean con los documentos de Guía de Práctica Clínica, los cuales proporcionan recomendaciones basadas en

evidencia científica que buscan mejorar la efectividad de las atenciones y aportar a la calidad de prestación del servicio reduciendo riesgos de daño a los pacientes. Ahora bien, teniendo en cuenta los elementos orientadores expuestos desde la normatividad, se indagó también, sobre el proceso de actualización de las directrices, revisión de su vigencia y construcción de nuevas normas de obligatorio cumplimiento:

“En salud sí, pasa mucho y es que constantemente hay normativas que nos rigen, donde nosotros tenemos que dar cumplimiento, entonces sólo por habilitación es anual, tenemos que hacer una autoevaluación anual para ver cuánto cuál es nuestra suficiencia patrimonial, nuestra suficiencia, talento humano, nuestra capacidad instalada, verificar que aparte de infraestructura y todas las condiciones que tenga la resolución, estemos cumpliendo. Pero, hay muchas normativas que vienen saliendo, entonces realmente desde el sistema de gestión que se hace, se revisa de manera trimestral las últimas resoluciones, decretos comunicados que hayan salido de la parte de salud y se empieza a revisar con el equipo de líderes, especialmente también con nuestra directora general. ¿Qué es lo que tenemos nosotros? ¿Qué es lo que hay que actualizar? ¿Qué normativa nos aplican a nosotros y cómo damos cumplimiento a la normativa? Para eso nosotros, dentro del sistema de gestión tenemos una matriz legal y en la matriz legal definimos cuál fue la resolución que salió, qué sería lo que nos aplicaría a nosotros de esa resolución y si la vamos a integrar a nuestro sistema o no” (ESM2)

Se podría decir entonces, que la adopción de normatividades en la institución y en el programa de atención integral es permanente, a través del estudio, monitoreo e incorporación de las actualizaciones. Lo cual se puede evidenciar, en el instrumento que orienta el proceder de la Corporación para la implementación del Programa de Atención Integral es el Manual de Atención

integral (2023). El documento es desarrollado inicialmente en 2010, se centra en guiar la Atención Integral para personas que viven con VIH/SIDA, se basa en la recolección de datos y experiencia práctica desde 1988. La última actualización del documento, en septiembre de 2023, incorpora recomendaciones de la "Guía Colombiana de Práctica Clínica" (GPC) para la atención de VIH/SIDA en adolescentes mayores de 13 años y adultos. Además, se incluye directrices de organizaciones internacionales como la OMS y la OPS, específicas para Latinoamérica y el Caribe.

Acciones para Promover la Salud. En el MAN-AIN (2023) se establecen las diferentes acciones para promover la salud de los usuarios dentro de la prestación del servicio fundamentadas en el reconocimiento de necesidades de los usuarios, estas son:

1. El ofrecimiento del medicamento antirretroviral no necesariamente significa prescribir, si no que incluye la debida labor de convencimiento de los usuarios para la disposición y aceptación, así como la sensibilización para lograr que la persona que va a iniciar, reiniciar o continuar el medicamento se mantenga constante la mayor parte del tiempo. Así mismo, sugiera la articulación para la adherencia de la EAPB (Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud), la familia del usuario, redes de apoyo, y los colaboradores de la institución.
2. Abordaje de condiciones específicas con relación al estado de salud del usuario para insistir en procurar que se inicie de manera inmediata o se mantenga el tratamiento antirretroviral.
3. Prevención primaria y secundaria dentro del contexto del VIH/SIDA, considerando que los pacientes que reciben algunos esquemas de tratamiento antirretroviral podrían experimentar durante su tratamiento efectos metabólicos adversos. Como, por ejemplo: alteraciones en el perfil lipídico, y otros trastornos metabólicos que requieren una intervención integral que no solo se enfoque en la parte médica, sino también en la modificación de estilos de vida. Para

lo anterior se monitorean estos aspectos con ayudas diagnosticas según Guía de Práctica Clínica y de procesos de educación y sensibilización en estilos de vida saludable.

Durante las entrevistas se profundizó en las acciones de promoción, prevención y tratamiento. La entrevistada 1, quién se desempeña en el área asistencial del programa, expresó desde su experiencia lo siguiente:

“Hay muchas cosas que envuelven este tema del tratamiento finalmente lo que logra es que el virus deje de replicarse, deje de atacar las células de los CD4, y la persona pues logre quedar indetectable y asimismo no puede transmitir la enfermedad y eso pues, termina siendo una forma o una parte de la misión de la institución que es prevenir que avance de la pandemia del VIH” (ESM1).

“También nos interesa saber, además de lo médico, de lo físico, su estado de salud emocional, ya que pues eh como sabemos el diagnóstico es algo que afecta mucho esa parte, entonces para trabajar y de pronto reforzar cosas y recursos de las personas en ese aspecto. También cuando tienen situaciones sociales, también saber de pronto, en qué condiciones están, entonces, todo ese tipo de información nos sirve para luego en la post asesoría hacer digamos un plan de seguimiento u orientar al paciente sobre algunas acciones que puede tomar” (ESM1).

“Otro ejemplo corto tendría que ver con el estado emocional. Cuestiones que tengan que ver con la revelación del diagnóstico, problemáticas familiares relacionados con ese tema también. No sé pérdidas, crisis, todas las situaciones emocionales que pueda llevar a los pacientes a digamos descompensarse en su tratamiento o en general, pues son cosas que nos importan. Y estamos en la condición de asesorar y de orientar a los pacientes. Otro

ejemplo corto, tiene que ver con el tema social, de pronto, si las personas no pueden satisfacer sus necesidades básicas, tienen alguna situación, pues que les impide digamos hacer su vida cotidiana con normalidad, tratamos también de mirar opciones de apoyarnos con redes de apoyo, institucionales, familiares. Entonces, es mucho lo que se puede hacer y se puede identificar en la preasesoría” (ESM1).

De acuerdo con lo anterior, en las intervenciones del equipo asistencial de la CLS se tienen en cuenta diferentes ámbitos de la vida de los usuarios con el objetivo de construir acciones en beneficio del proceso de salud. Sobre este mismo aspecto, una de las entrevistadas quién pertenece al área de calidad, refirió desde su perspectiva lo siguiente:

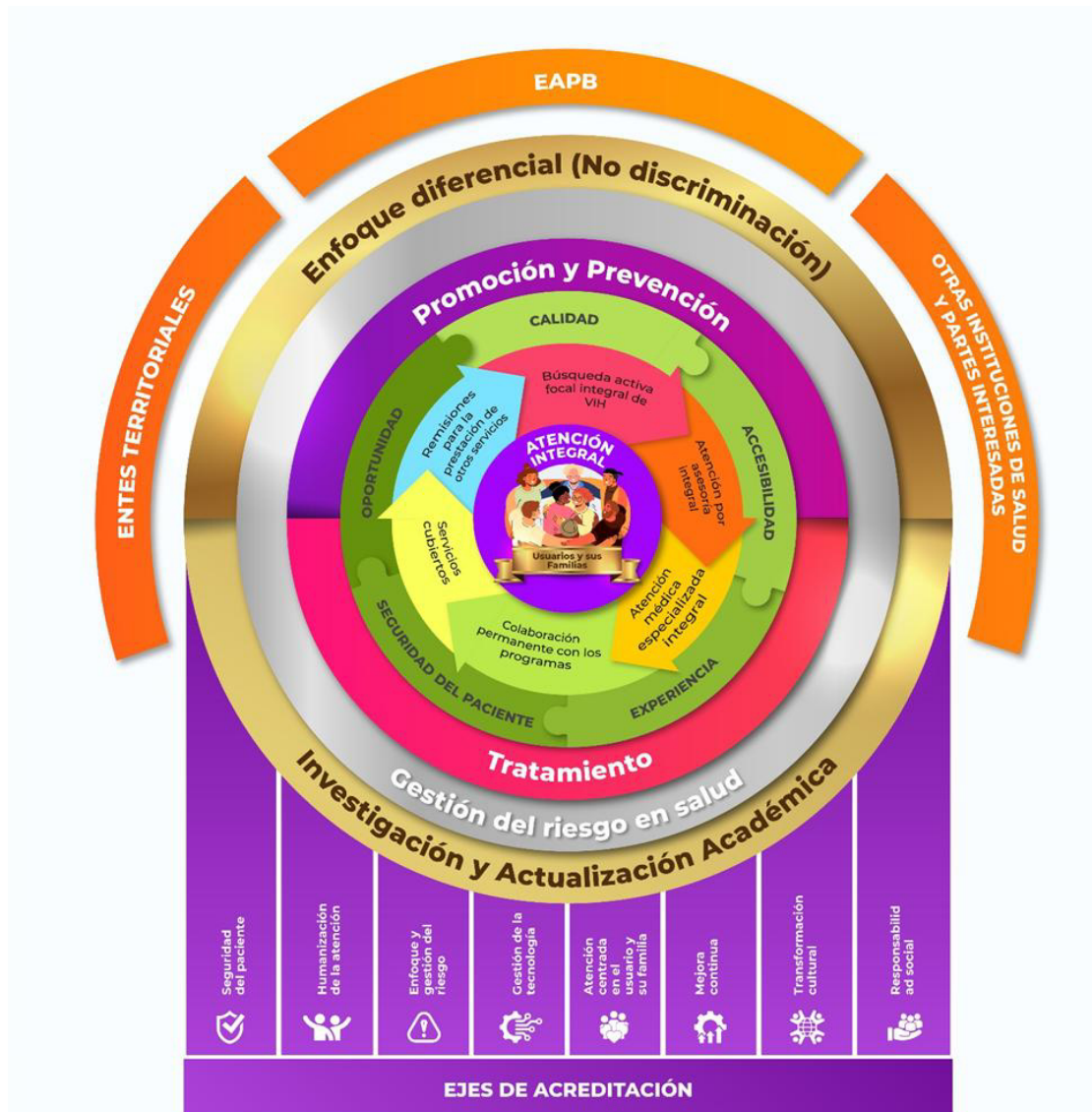
“Ellos hacen toda la promoción y mantenimiento de la salud con el usuario, con la población de acá de la institución y también por medio digamos diferentes medios de comunicación a nivel externo, como redes sociales, página web, también nosotros ofrecemos toda esa parte de educación y están enfocados ellos en la educación del usuario, en el autocuidado y en la parte de la prevención de la promoción y mantenimiento la salud” (ESM2)

Lo expuesto por la entrevistada se suma a las estrategias que implementa la institución para llevar a cabo la promoción de la salud, acciones como la educación y el uso de los medios de comunicación para impactar a la población beneficiaria.

Siguiendo esta línea, en el MAI (2023) se establece una explicación del modelo de atención que desarrolla la institución donde se involucran actores y procesos que inciden en el programa de Atención Integral de VIH, donde finalmente se desarrollan las acciones de prevención en salud.

A continuación, se presenta un gráfico que representa el Modelo de atención de la CLS y la explicación del mismo, por parte de una de las entrevistadas:

Figura 7: Modelo de Atención Integral de la Corporación de Lucha Contra el Sida.



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Modelo de atención integral (2023).

“Nosotros dentro del Modelo de Atención Integral tenemos un gráfico donde ponemos como eje principal la parte qué es: El eje centrado en el usuario y su familia, en el eje nosotros nos alineamos con el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad, donde tenemos:

“La parte de oportunidad, la parte de calidad, la parte de experiencia del paciente, seguridad, y en cuanto a eso, ya nuestro modelo, está la parte de búsqueda activa focal, está la integración que tenemos con otros programas, está la unidad terapéutica para la adherencia, que es asesoría, las y los médicos que tenemos Especialistas para la atención” (ESM2)

“Tenemos también servicios cubiertos acá en la institución para para poderle dar línea a esas RIAS y articularnos también con esas RIAS en la parte de referencia, y en cuanto a eso también tenemos como dos ellos diferenciadores, que es el Sello de No discriminación, donde alineamos lo del referencial al técnico para prevenir y eliminar cualquier tipo o forma de discriminación, que eso desde la parte de humanización está muy integrada con nuestro programa de atención integral y la parte de investigación” (ESM2)

“Nuestra misión dentro de los procesos, tenemos otra misión que es investigación, actualización académica donde hacemos investigaciones a todo lo referente al VIH/SIDA, sí para poderlo aplicar también acá de esos conocimientos y tener una actualización constante con el equipo asistencial de la institución, y al final, cómo nos articulamos nosotros nuestro modelo con las otras EAPB, donde nosotros hacemos como el seguimiento cuando enviamos al paciente o hacemos alguna remisión al paciente, estamos como alineados con la EPS enviando pues cuáles son los pacientes. ¿A qué programa lo hemos enviado? Estamos interactuando con ellos en las solicitudes que nos hacen a nosotros y otras instituciones de salud también” (ESM2)

Además, el documento MAI (2023) destaca que las acciones y orientaciones del sistema de gestión de la calidad institucional están presentes de manera transversal en la prestación del servicio. A través de este sistema, se han establecido diversos procesos y controles diseñados para asegurar que la atención se brinde conforme a los estándares de calidad definidos por la organización.

Integración con Otras Instituciones. Hasta el momento se ha presentado de manera breve dentro del MAI que existe una integración con otras instituciones como: Ente territorial, EAPB, IPS primarias, entre otros. Sin embargo, es necesario profundizar en este elemento para conocer cómo la organización a través de su programa de atención integral se integra con otras instituciones, durante la entrevista se indagó este aspecto con mayor detalle. A continuación, se presenta la respuesta sobre integración con otras instituciones por parte de una de las entrevistadas:

“nosotros hacemos como el seguimiento cuando hacemos alguna remisión al paciente, estamos alineados con la EPS enviando los pacientes e informado ¿a qué programa lo hemos enviado? Estamos interactuando con ellos en las solicitudes que nos hacen a nosotros y otras instituciones de salud también (...) eso son rutas ya establecidas, y es que cuando remitimos al paciente digamos que le damos la guía de donde debe ir, que ellos también comprendan cuáles son sus atenciones primarias, donde pueden recibir ese servicio y nosotros acá en la institución hacer un seguimiento donde hayamos constado de que el paciente sí asistió a esos programas donde se envía” (ESM2).

Desde la voz de las entrevistada, se identifica la necesidad de tener en mente cómo funciona el Sistema de Salud en Colombia y el rol desde los diferentes actores para que se presente una

integración con otras instituciones en el proceso de remisión, así como es mencionado en otra de las entrevistas:

“Bueno, de todas formas, hay una gran ventaja, y es que, como el programa en últimas, el programa nació en la secretaría de Salud Pública Municipal. Entonces, se conocen más o menos cómo funciona el Sistema y en la contratación con las EAPB. También se sabe cuáles son las rutas de atención y la Corporación en determinado momento, hay una cosa que es importante, la Corporación está compuesta por miembros fundadores y los miembros fundadores son instituciones, una de las instituciones fundadoras es la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, que ahora se llama Distrital. Entonces, eso nos ha permitido poder adentrarnos en toda la ciudad de Cali en esa articulación y tenemos articulación con la Secretaría Departamental, porque de una u otra manera, pues el hecho de ser como tan antiguos nos ha permitido conocer mucha gente que ha pasado por todos los programas, tanto departamentales y nacionales, que pues se conserva ese tipo de relación para la derivación de los pacientes cuando se requiera. Además, está contractualmente definido las rutas de atención para los otros programas en el programa que se tenga en cada una EAPB” (ESM2).

Es posible decir desde lo expuesto por la entrevistada que la articulación con los diferentes niveles de atención en salud se basa en la construcción de relaciones interinstitucionales que desde los inicios la institución ha sostenido.

8.1.3 Entorno Interno

Continuando la caracterización por dominios, el entorno interno permite observar la estructura de la organización que implementa el programa de Atención Integral de VIH, junto con la cultura organizacional construida para el cumplimiento de los objetivos.

Estructura Organizacional. Como se ha establecido previamente en la caracterización siguiendo el documento MAN – AIN (2023) para el desarrollo de los aspectos asistenciales, se requiere un perfil de colaboradores con formación profesional en: Medicina General, Medicina especializada en VIH/SIDA, Medicina Interna, Infectología, Psiquiatría, Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Químico Farmacéutico, Nutricionista, Regente de farmacia.

En cuanto al desarrollo de los aspectos administrativos y operacionales esenciales para la ejecución de las funciones misionales, como la facturación de servicios, el mantenimiento de la infraestructura física, la gestión y archivo de historias clínicas, así como la recepción y orientación de usuarios, son realizados por un equipo de profesionales y técnicos en diferentes áreas como: administración, contabilidad, gestión documental y seguridad, entre otros.

En consecuencia, según el MAI (2023) la institución se ha organizado por procesos para coordinar el trabajo de los colaboradores y las operaciones de funcionamiento.

Los procesos para los diferentes servicios de la Corporación se encuentran según el siguiente gráfico:

Figura 8: Mapa de procesos Corporación de Lucha Contra el Sida



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Modelo de atención integral (2023)

Se profundizó en la estructura de los procesos que tiene la organización para la sostenibilidad de esta y el desarrollo del programa, una de las entrevistadas refirió:

“Desde el sistema de gestión de calidad nos dicen que integremos como las actividades que se hacen en la institución, entonces integración se hacen por medio de unos procesos en tres líneas: procesos estratégicos, misionales, y de apoyo. Todos los procesos estratégicos son los que nos va a dar como los objetivos, las metas hacia dónde vamos, dirigidos dentro de esos procesos estratégicos está, gestión estratégica y está gestión de calidad, gestión de calidad porque es el mejoramiento continuo y gestión estratégica por el que nos da como las directrices de lo que vamos a hacer en la institución, de ahí tenemos nuestros procesos

misionales, nuestros procesos misionales son dos: Uno que es el proceso de atención integral que digamos acá está enfocado toda la parte de prestación del servicio, el otro que es el proceso de investigación y actualización académica, que es donde nosotros nos apoyamos para toda la actualización académica que se puede dar aquí al equipo asistencial, esa formación continua” (ESM2)

“Tenemos los procesos de apoyo, que son los que ayudan para que esa parte misional digamos que pueda dar respuesta a las necesidades y expectativas de los usuarios, porque todos estos procesos empiezan antes de ejecutarse, de cuáles son las necesidades y expectativas del usuario, su familia y partes interesadas. Entonces, al ingresar esa necesidad y expectativa, esa entrada principal, pues se crean esos procesos, los procesos de apoyo que tenemos son: la parte de gestión de ambiente físico donde esta infraestructura la parte ambiental, tenemos gestión de los recursos donde es el talento humano de nosotros, seguridad y salud al trabajo y todo lo que es proveedores, y el proceso de sistema de gestión de la tecnología e información donde reposa como toda la parte de información y tecnología, de soporte tecnológico a la institución” (ESM2)

En ese orden de ideas se devela una estructura organizacional donde los miembros interactúan entre sí, para el desarrollo y la sostenibilidad de la prestación del servicio desde el programa de atención integral.

Cultura organizacional. Frente a la cultura organizacional dentro de la CLS, se encontró que la cultura organizacional está estrechamente ligada al cumplimiento de aspectos misionales y elementos de calidad como lo manifiesta la misma entrevistada:

“La institución se alinea con los valores institucionales que son, digamos que la base de todo el eje de transformación cultural, porque nosotros acá, precisamente con todo lo de acreditación, estamos enfocados con los ocho ejes de acreditación, entonces dentro de eso tenemos unos valores institucionales que están bajo el eje de transformación cultural, que nos permite a nosotros como institución ya tener una cultura, una cultura del colaborador y esa cultura del colaborador es tanto como para la convivencia acá en la familia CLS, como para la parte de atención al usuario, que todos estemos alineados de que tenemos ya una cultura de calidad, una cultura, transformación cultural, una cultura para el hacer de las cosas, que ya sabemos que ya hay un procedimiento, que hay un estándar, que hay unas actividades que se realizan, que si no se realiza la actividad o no sale de forma correcta, la actividad como debería de salir, reportamos para mirar cómo hacemos esa mejora continua. Entonces ya aquí la institución tiene una cultura, ya son muy maduros, se puede decir de toda la parte de cultura de calidad y cultura de transformación cultural. Para poder ya entender desde su proceso, qué es lo que se hace, cuál es el objetivo, a que estoy alineado y cómo puedo dar cumplimiento a eso y mostrarlo ya al usuario” (ESM2)

Conforme a lo anterior, se resalta el discurso de la entrevistada frente a la cultura organizacional que pone en práctica la institución, como parte de uno de los 8 ejes de acreditación “*el eje de transformación cultural*” con sus respectivos valores institucionales. Se destaca también que el concepto de “cultura del colaborador” es definitorio en las formas de relacionamiento al interior de la institución que se expresa por la entrevistada como “la convivencia de la familia CLS” y hacia el exterior con los usuarios. Ampliando un poco más la manera en que los colaboradores incorporan la cultura organizacional, la entrevistada 2 expone:

“El perfil de colaborador se enfoca en los cinco valores. De acuerdo con cada uno de los valores, la institución le da una definición a cada valor, sí, de la confidencialidad, que es la confidencialidad para la institución. No es solamente una actitud, ejemplo dentro de la institución no voy a divulgar ciertas cosas, sí, sino la confidencialidad es hasta dónde llega entonces la institución, se describe cada uno de los valores, por ejemplo, la confidencialidad que se debe tener por parte quién maneja su proceso, de las personas que atienden los usuarios que ven en sala de espera, porque no solamente es lo asistencial, sino también eso va desde los proveedores tenemos proveedores para el aseo, tenemos los proveedores para la parte de seguridad, entonces desde ellos se alinean toda la parte de valores porque el perfil del colaborador no es solamente interno, sino que también esperamos que los terceros se alineen a nuestro perfil, a nuestras conductas comportamentales, con nuestros valores institucionales y les definimos a ellos y les describimos a ellos qué es lo que esperamos desde cada uno de los valores, de cómo se comportan en la institución, que eso está también con el código de ética de conducta y buen gobierno. ¿Cómo esperamos que se comporte la institución definiendo qué es lo que queremos para que sea transparente para el usuario y todas las personas, todas las partes interesadas” (ESM2)

Por consiguiente, un ejemplo de la incorporación de la cultura organizacional es la importancia de los valores institucionales en la cotidianidad, y su aplicación entre colaboradores y para con los usuarios, siendo por ejemplo entre otros la confidencialidad, un valor fundamental en la atención, que debe ser introyectado en todos los colaboradores.

8.1.4 Características de los individuos

Continuando con el uso de los dominios, las características de los individuos involucrados hacen referencia a los colaboradores que implementan el programa de Atención Integral. En ese orden de ideas, se explorará la interacción dinámica entre el personal y los procesos que desarrollan dentro de la organización. Además, se revisarán aspectos relacionados con la capacitación del personal.

Personal y capacitación. La capacitación es esencial en el proceso de sostenimiento de un programa de atención, por eso desde este aspecto se preguntó por la capacitación que se realiza con los colaboradores y sobre esto la misma entrevistada mencionó lo siguiente:

“ Cuando la persona que ingresa que ya viene la experiencia del cargo y cumple con el checklist, que hacemos nosotros, hacemos una inducción específica y una inducción general donde le alineamos todo lo que manejamos en la institución, entonces esa persona tiene una inducción general con talento humano y talento humano, le describe cómo es el código de ética, conducta del buen gobierno, cuáles son los reglamentos internos de la institución, cuáles son los valores institucionales, qué es lo que buscamos nosotros desde el eje de transformación cultural para cumplir, para que esa persona se alinee de esa parte completamente. También se sienta con la persona de seguridad del paciente y esa persona de seguridad del paciente le escribe, cuáles son los protocolos, las guías, cómo se hace todo acá en la institución para la seguridad del paciente, independientemente que el cargo que venga, digamos, sea un cargo asistencial que sea un cargo administrativo, se tiene que alinear como a todo lo que ya tenemos estandarizado en la institución” (ESM2)

“Se sienta esa persona con seguridad y salud en el trabajo y recibe también toda la información de todos los controles y cómo debe reportar en seguridad y salud en el trabajo, se sienta con los programas de vigilancia, así sea administrativo para conocer cuáles son las políticas y directrices institucionales y se sienta con el sistema de gestión de calidad y acreditación, que también lo alinea en cómo tenemos estandarizados, cómo tenemos la cultura de calidad y cómo participa dentro del proceso de acreditación en salud de la institución. Ya en la parte de entrenamiento específico ya es con la persona de pronto que ya tenga la experiencia en el cargo o con el líder del proceso para que el líder del proceso le haga el entrenamiento de la persona ya en el cargo específico” (ESM2)

De acuerdo con la información que nos brinda la entrevistada, quien es a su vez *“líder del proceso”* en este caso de calidad, los colaboradores actualmente deben ser *“alineados”* con los procesos de calidad que adelanta la institución y para esto se realizan capacitaciones en general, adicionalmente se hacen capacitaciones específicas relacionadas con el rol de cada colaborador en la institución. Unido a esto, la calidad de la atención del programa se encuentra estrechamente ligada a los procesos de capacitación que se realizan en diferentes niveles en la organización, como lo menciona también la entrevistada:

“La Corporación ha estado interesada también en tener todos los sellos de Calidad, eso nos ha permitido ir mejorando nuestra acción. Eso nos ha permitido ir perfilando cada uno de los profesionales para una mejora continua, de eso se trata. Entonces la unidad terapéutica para la adherencia que está compuesto por los asesores y son las personas que asesoran, ayudan al usuario desde el momento de su diagnóstico hasta todo su proceso. Son profesionales: Psicólogos, Trabajador Social, Químico farmacéutico, Regente de Farmacia, enfermeros. Que no ejercen dentro de la unidad terapéutica para la adherencia la profesión

como tal, sino que con eso se llaman asesores integrales, porque cada uno está en capacidad de atender al ser de manera integral al usuario” (ESM2)

Interacción Dinámica. Se indagó por los métodos usados por los profesionales que desarrollan el programa de atención integral, para realizar una comunicación asertiva y una colaboración continua entre profesionales, así como la manera en que se afrontan los desafíos emergentes durante el desarrollo del programa.

“Tenemos la gerencia de puertas abiertas, qué nos permite identificar también como las necesidades de los colaboradores dentro de esas necesidades también está la comunicación, sí, cuáles son como los requerimientos que se están necesitando y desde la Dirección General, se hace la gestión y se revisa (...)” (ESM2)

“También otros medios para llegar a la comunicación son los comités institucionales, de acuerdo con el comité institucional, pues hay unos requerimientos específicos, se pasa para comité de análisis de comité. Los comités los integran líderes o personas idóneas para poder dar resultados en esos comités que mantienen, como información continua en capacitación, la cual siempre todo comité tiene que dar la aprobación de parte de la Dirección General y poder llegar ya a un análisis, conclusión e informar y eso nos ha permitido tener una comunicación fluida aquí la parte de comunicación interna” (ESM2)

En resumen, se pueden resaltar los siguientes métodos reconocidos por la entrevistada: la manera en que la gerencia establece el relacionamiento con sus colaboradores, lo que ella menciona “a puertas abiertas” y la existencia de comités institucionales, lo que ha facilitado que la comunicación sea fluida.

8.1.5 Proceso de implementación

Se ha revisado ampliamente el funcionamiento del programa de atención integral desde las categorías establecidas por el CFIR, es importante establecer que la planificación ejecución y mantenimiento del programa se genera a partir de la integración de los diferentes aspectos ya explorados, por lo que se profundizó en revisar específicamente la ejecución en relación a la atención de usuarios y las rutas institucionales construidas para la prestación de servicio.

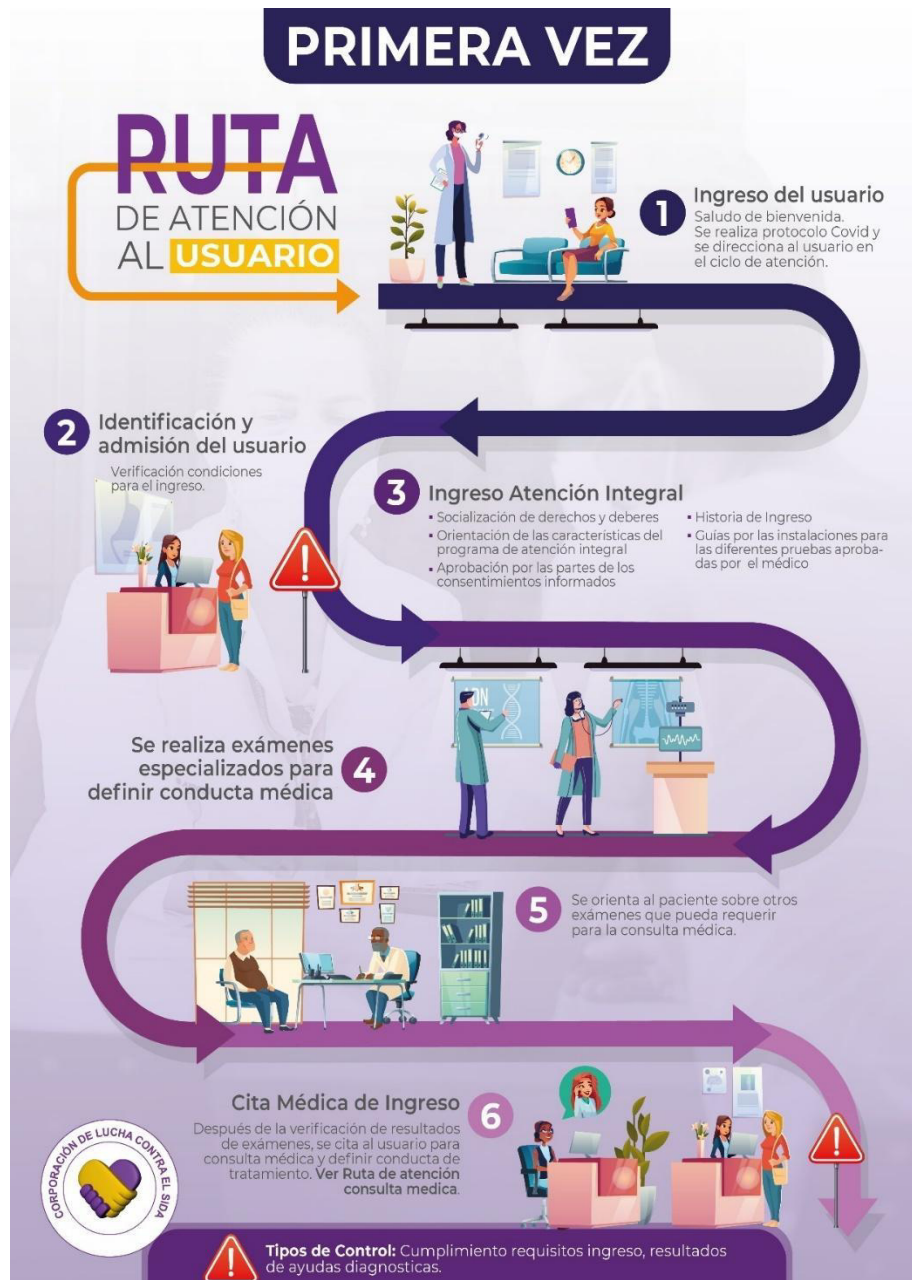
La especificidad en la prestación del servicio desde el programa de atención integral se realizó identificando los siguientes hallazgos:

“El programa de atención integral está concebido para la atención lo más integral del paciente, desde el área de la salud. Desde la prestación de servicios de salud para una población que tiene un diagnóstico, que es el VIH/ SIDA y qué es lo que se requiere. En esa medida, la consulta médica no solamente está concebida en términos curativos y paliativos, sino que está entendida en términos de atención psicosocial, por eso es muy importante, el médico, como el participante del equipo multidisciplinario. (...) En un solo sitio se da toda la atención, pensando en el estigma; pensando en la discriminación, pensando en la limitación de los pacientes para la movilidad; teniendo en cuenta las condiciones socioeconómicas de los usuarios” (ESM3)

“(...) nosotros hacemos un acompañamiento muy estrecho desde el inicio y generemos esa confianza para que las personas, así como nosotros profesionalmente, nos adherimos al programa, ellos también lo logren. Siendo más específica, al inicio cuando llegan los pacientes, pues se le hace el ingreso, posteriormente se le hace la asesoría integral” (ESM1)

También se identificó en el MAI (2023), las rutas de atención al usuario, las cuales guían la prestación de los servicios. A continuación, se presentan los siguientes gráficos:

Figura 9: Ruta de atención al usuario de primera vez



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Manual de atención Integral (2023)

Este grafico describe el proceso de atención que se realiza con los usuarios de ingreso de primera vez al programa, los procedimientos que desarrollan los colaboradores de la institución en la implementación del programa.

Figura 10: Ruta de atención consulta médica de primera vez



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Manual de Atención Integral (2023)

En este caso, se describe el proceso de atención que se realiza con los usuarios de ingreso que asisten a consulta médica de primera vez al programa, describe la ruta para acceder a la prestación del servicio que desarrollan los colaboradores de la institución en la implementación del programa.

Figura 11: Ruta de atención entrega de ordenamiento de apoyo



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Manual de Atención Integral (2023)

Este este último gráfico, se describe el proceso de atención que se realiza con los usuarios que ya pertenecen al programa y asisten a control mensual de su infección, describe la ruta para acceder a la prestación del servicio que desarrollan los colaboradores de la institución en la implementación del programa.

En cuanto a la implementación de las rutas y la explicación a detalle de las mismas la entrevistada 1 indicó:

“hay unas rutas muy organizadas desde el ingreso del paciente a la institución hasta la salida, todo está descrito como se debe hacer. Entonces tenemos una orientadora que está pendiente de los pacientes para facilitarle su ingreso (...) Luego, posteriormente, ya en la recepción también hay procesos muy específicos para poder identificar al paciente, saber a qué viene, orientarlo” (ESM1)

“Posteriormente, pues, se hace el engranaje de la recepción con la asesora integral que va a atender al paciente, eso también ya está agendado, ya está organizado y eso permite que todo sea muy muy efectivo. Ya luego, cuando la persona está con el asesor, el asesor utiliza todos los instrumentos y todos los pasos que sabe que debe realizar de los ya te conté un poco. Luego, le presenta al paciente al médico tratante para que tenga toda la información necesaria y pueda brindar el plan terapéutico óptimo para esa persona en específico. Luego de la consulta, nuevamente el paciente es entregado al asesor y se culmina con la post asesoría, donde todo lo que se ha hecho hasta el momento debe quedar muy claro y se refuerzan muchas otras cosas también importantes. El usuario está constantemente vinculado a través de llamadas a través de los compromisos que se realizan y las posteriores asistencias que ellos conocen deben cumplir” (ESM1)

Luego, dentro de la atención se espera que se presente un proceso de evaluación que arroje resultados de cumplimiento a través de diferentes indicadores, sobre estos elementos se encontró la siguiente información a través de entrevistas:

“(…) todas las áreas deben hacer informes de la gestión que realizan, no es diferente el caso para el área de atención integral. Yo sé que ellos deben hacer evaluación de todos los objetivos del programa, evaluación de que todo se esté cumpliendo. Todo eso está socializado, nos envían informes a las personas de la institución donde se ve, pues que efectivamente los pacientes están cumpliendo o se está cumpliendo con los objetivos de programa que tiene que ver con temas, sobre todo, pues de salud (…) Que los pacientes estén con las cargas virales indetectables que le suban sus defensas o CD4, todas esas cosas, se están todo el tiempo midiendo para poder evidenciar, pues que realmente los objetivos se cumplan y se refleje, en la vida de los pacientes” (ESM1)

“Nosotros dentro de la contratación tenemos valores agregados que damos mostrar, la efectividad y seguridad del programa, desde que nosotros tenemos programa de atención integral, tenemos informes que hacemos semestralmente, donde mostramos toda la seguridad y efectividad del programa, ¿Cómo llegan los usuarios? ¿Cómo están a los seis meses? ¿Cómo le suben los CD4, como le sube la carga viral? ¿De qué se nos enferman? ¿Cuáles son las comodidades que tienen? ¿Cuántos tienen otras ITS cuánto tienen otras infecciones? O sea, nosotros lo tenemos medido y la verdad es que, hasta el momento, siempre ha sido con un indicador ascendente” (ESM3)

“Ahorita el mes de noviembre presentamos los indicadores del año, pues hasta el mes de noviembre y teníamos una meta del 95, obtuvimos una eficacia del 99%, entonces a manera

general todos contribuyen para que el programa pueda funcionar hay una buena efectividad dentro de dentro de los procesos para que pueda funcionar el programa” (ESM2)

Como se observa en las respuestas, los indicadores se construyen en relación con el bienestar de los usuarios en cuanto a su condición de salud, a través de un monitoreo de su mejoría y estabilidad de su estado de salud en el tiempo.

A manera de conclusión, respecto a los resultados del objetivo 1, de acuerdo con los componentes del CFIR es posible decir que:

La caracterización realizada evidencia que el programa ha consolidado un enfoque de atención ambulatoria integral, estructurado en servicios médicos especializados, asesoría terapéutica por parte de un equipo multidisciplinario y estrategias para la adherencia al tratamiento.

Desde la revisión bibliográfica y la voz de los entrevistados se destaca continuamente que los resultados del programa se expresan en una disminución de hospitalizaciones y una mejoría en los parámetros clínicos de los usuarios. Además, la implementación de un sistema de monitoreo de resultados ha permitido evaluar el cumplimiento de los objetivos, evidenciando un alto nivel de efectividad en términos de estabilidad virológica e inmunológica en la población beneficiaria.

Los resultados también revelan una integración con otras instituciones del sistema de salud, lo que permite la continuidad de la atención y el cumplimiento de normativas nacionales e incluso locales. Las entrevistas evidencian que la sostenibilidad del modelo depende de una gestión eficiente y de la actualización constante de procesos, lo cual es monitoreado a través de sistemas de calidad y acreditación.

8.2 Descripción de la Población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida desde Variables Sociodemográficas y Clínicas de los Sujetos

A continuación, se describe la población objetivo del programa. Como se mencionó anteriormente, se hicieron tablas de contingencia de las variables sociodemográficas y clínicas, según el tipo de paciente: activo, que salió del seguimiento y fallecido (ver tabla a continuación).

Tabla. Descripción sociodemográfica y clínica de los pacientes del programa

Variable		Pacientes activos	Pacientes que no regresaron a seguimiento	Pacientes fallecidos	Total
Sexo	Hombre	16 (84.2%)	25 (86.2%)	7 (100%)	48 (87.3%)
	Mujer	3 (15.8%)	4 (13.8%)	0 (0%)	7 (12.7%)
Edad	20 - 29	5	7	3	15
	30 - 39	8	11	4	23
	40 - 49	6	11	0	17
	mínimo	20	23	28	20
	máximo	58	72	39	72
	mediana	32	34	30	33
	promedio	35.31	37.00	32.14	35.78
Fecha ingreso al programa*	2015	0	1	0	1
	2016	1	1	0	2
	2017	1	0	0	1
	2018	1	2	0	3
	2020	1	1	0	2
	2021	0	12	2	14
	2022	6	7	5	18
	2023	2	2	0	4
Ingreso agrupado	2015 – 2020	4	5	0	7
	2021 – 2022	6	19	7	34
	2023 – 2024	9	5	0	14
Municipio	Cali	17	27	7	51
	Palmira	2	0	0	2
	Buga	0	1	0	1
	Yotoco	0	1	0	1
Barrio en el que se mueve	Sucre	5 (26.3%)	13 (44.8%)	3 (42.9%)	21 (38.2%)
	Otros	14 (73.7%)	16 (55.2%)	4 (57.1%)	34 (61.8%)
Tuberculosis latente	Sí	3	7	**	10
	No	1	0	**	1
	No aplica	14	22	**	36
	ND	1	0	**	1

Tuberculosis activa	Sí	6	10	**	16
	No	0	0	**	0
	No aplica	13	19	**	32
	ND	0	0	**	0
Sífilis	Reactiva	4	13	**	17
	No reactiva	14	13	**	27
	ND	1	3	**	4
Programa de metadona	Sí	3	2	**	5
	En proceso de ingreso	3	5	**	8
	No aplica	13	13	**	26
	ND	0	9	**	9

* El año 2021 es el del inicio del programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la población en Situación de Calle. Los pacientes que ingresaron antes de este año recibieron la atención en el marco del programa más amplio de la Corporación de Lucha contra el Sida.

** Estas variables no se presentan para los pacientes fallecidos.

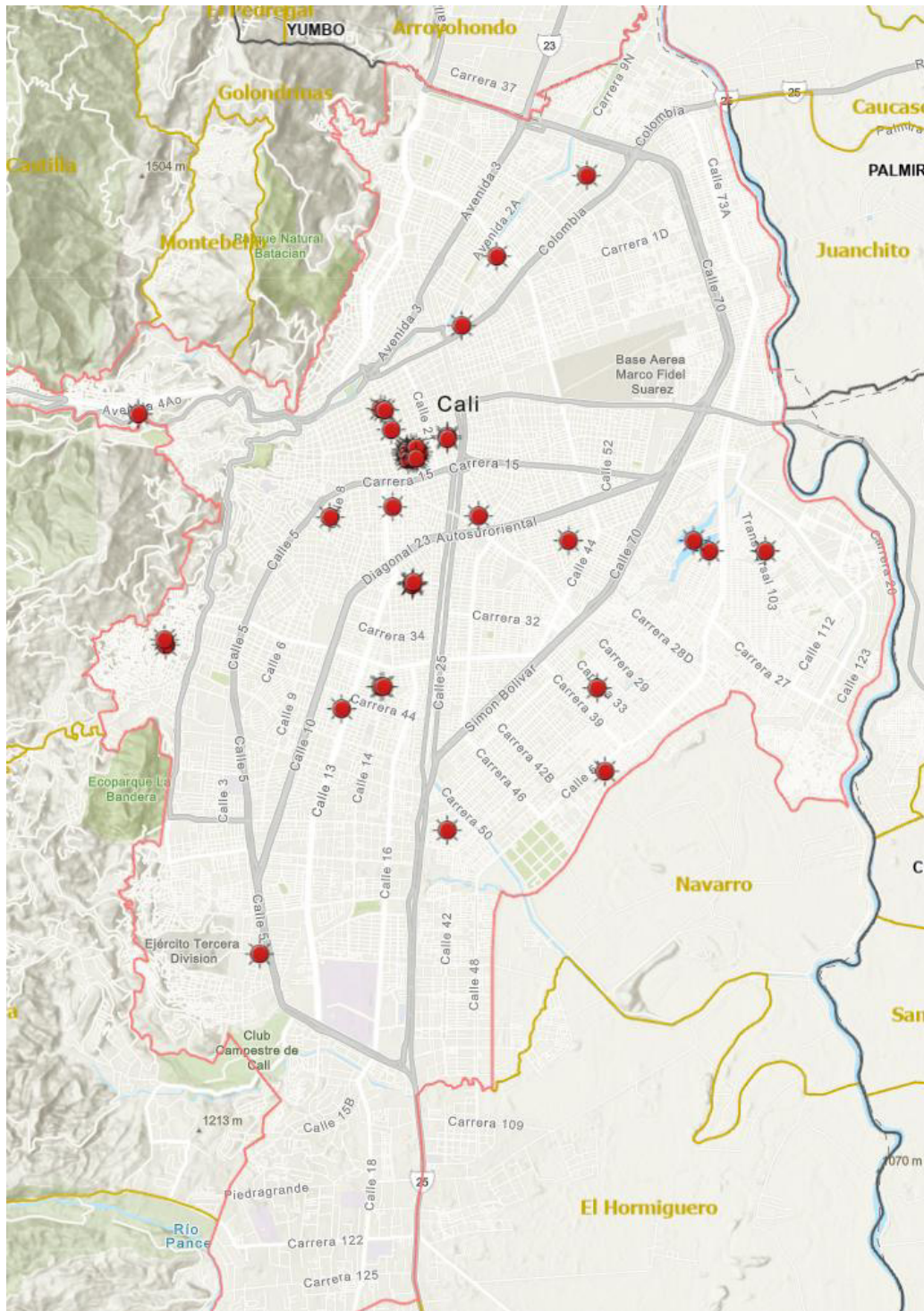
La distribución por tipo de paciente fue 19 activos, 29 que no regresaron al seguimiento y 7 fallecidos. La mayoría de los pacientes (87.3%) son hombres; esta cifra es del 100% en los pacientes fallecidos. En cuanto a la edad, los tres tipos de pacientes tienen medianas y promedios similares. Se destaca un paciente de 72 años entre los que no regresaron al seguimiento. La mayoría de los pacientes ingresaron después del 2021 (48 de 55).

El municipio de residencia fue la ciudad de Cali (51 de 55). Con respecto al barrio en el cual el paciente en situación de calle se moviliza, del total de 26 barrios reportados, el 38.2% de los pacientes se ubican en el barrio Sucre.

Con respecto a las patologías adicionales a la infección por VIH, 10 pacientes tienen tuberculosis latente, 16 tuberculosis activa y 17 sífilis. De los pacientes con adicción a la heroína, 5 asisten al programa y 8 están en proceso de ingreso al mismo.

En el siguiente mapa se ubican las personas en situación de Calle que asisten al programa.

Mapa 1. Ubicación de los pacientes en situación de calle que asisten al programa de atención integral del VIH



Se puede observar que la mayoría de los pacientes se movilizan por el barrio Sucre y barrios aledaños. Además, se encuentran pacientes de Siloé, Terrón Colorado y el Distrito de Agua Blanca.

Tabla. Estrato socioeconómico de los barrios donde se movilizan los pacientes

Barrios donde se movilizan los pacientes	Estrato socioeconómico
Brisas de los cristales (invasión vía cristo rey)	1
El vergel	1
Siloé	1
Sucre	1
Centro	2
El rodeo	2
El vallado	2
Fátima	2
La isla	2
La María	2
Marroquín	2
Meléndez	2
Obrero	2
Primitivo cresco	2
Puertas del sol	2
Samanes de Guadalupe	2
Terron colorado	2
Santa elena	3
El calvario	3
El Guabal	3
Guayaquil	3
Panamericano	3
Alameda	3

En la tabla anterior se puede observar que, del total de 23 barrios reportado, 4 están en estrato socioeconómico 1, 13 en estrato socioeconómico 2 y 6 en estrato socioeconómico 3.

A continuación, se presenta cómo fueron variando las cargas virales y el conteo de células CD4. Este análisis se muestra para los 19 pacientes activos en el programa (ver tabla a continuación). En esta tabla se indica con colores lo siguiente. Lo que está en amarillo alude a una disminución de las cargas virales y un aumento de los CD4. En rojo se resalta cuando ha aumentado

la carga viral. El no cambio en el conteo de CD4 se indica en azul cuando el número de células es de 200 – 499; y en amarillo cuando es <200.

Tabla. Comportamiento de las cargas virales y de las células CD4 en los pacientes activos del programa

Número del paciente	sexo	edad	Carga viral al ingreso	Carga viral a los 3 meses	Ultima carga viral	CD4 al ingreso	CD4 actual	Fecha de ingreso al programa	Tiempo en el programa en meses
1	Hombre	40	29949	132	20	> 500	> 500	2021	36
2	Hombre	31	34133	20	20	> 500	> 500	2023	15
3	Hombre	39	245293	1476	20	200 – 499	> 500	2022	31
4	Hombre	33	30475	20	20	200 – 499	> 500	2022	31
5	Hombre	30	127657	588	Indetectable	200 – 499	> 500	2022	27
6	Hombre	34	191972	2778	20	200 – 499	> 500	2022	28
7	Hombre	26	318856	Indetectable	52	200 – 499	> 500	2020**	44
8	Hombre	43	35413	5970	13141	200 – 499	> 500	2017**	62*
9	Hombre	28	352282	40	23	< 200	200 – 499	2016**	102
10	Hombre	42	26120	40	Indetectable	200 – 499	200 – 499	2022	30
11	Mujer	20	23291	95	95	200 – 499	200 – 499	2024	3
12	Hombre	25	3462	Indetectable	6488	200 – 499	200 – 499	2023	11
13	Hombre	46	822448	13789	710	< 200	< 200	2018**	42*
14	Hombre	53	2303963	70	105	< 200	< 200	2024	9
15	Hombre	32	164	153	176534	< 200	< 200	2023	12
16	Hombre	58	8495	277075	125	> 500	> 500	2022	26
17	Mujer	32	11369	42034	42034	200 – 499	200 – 499	2024	4
18	Hombre	27	805337	***	***	> 500	200 – 499	2024	3
19	Mujer	32	148048	***	***	200 – 499	200 – 499	2024	4

* Tuvo un reingreso y salió del programa en 2024.

** Estos pacientes ingresaron antes de que iniciase el programa específico para personas en situación de calle en 2021. Su atención estuvo durante esa época en el marco del programa más amplio de la Corporación de Lucha contra el Sida.

*** Los pacientes 18 y 19 que ingresaron en 2024 y que llevan en el programa 3 y 4 meses respectivamente, no tienen todavía información sobre la carga viral dado que durante ese tiempo se hizo un proceso de motivación a estos pacientes para la toma de los exámenes y esto alargó dicha toma.

En la tabla anterior se puede observar que 9 de los 19 pacientes activos (pacientes 1 a 9) tuvieron una mejoría en términos de disminución de la carga viral y aumento de los CD4. En 2 de

ellos el nivel de CD4 permanece en más de 500 células, en un paciente sube de <200 a 200-499. En el resto sube de 200-499 a más de 500.

Además, se observa que tres pacientes (10 a 12) tienen disminución de la carga viral, manteniendo estable el nivel de CD4 de 200-499.

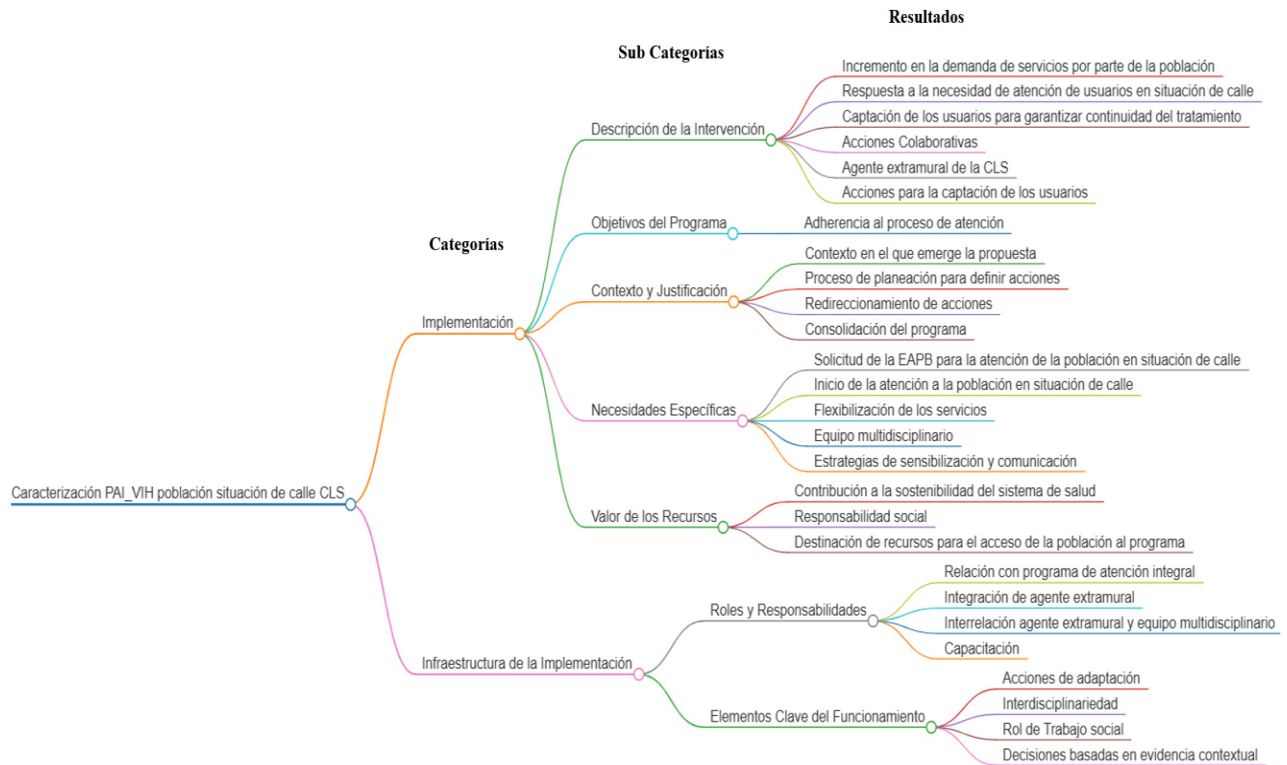
El paciente 16 tuvo un aumento de la carga viral, sin embargo, su conteo de CD4 se mantuvo en más de 500. Comportamiento similar tuvo el paciente 17, aunque con un conteo de 200-499.

8.3 Caracterización del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) Para la Población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida

Hasta el momento, en los resultados se ha presentado la caracterización del programa de Atención Integral en VIH de la CLS, así como la descripción de la población en situación de calle que asiste a esta institución. En este apartado, se caracterizó el programa de Atención Integral en VIH dirigido a la población en situación de calle de la CLS, utilizando dos categorías del marco conceptual RE-AIM/PRISM: Implementación e Infraestructura de la implementación.

La primera categoría, permitió conocer la intervención en detalle, considerando el contexto en el que se lleva a cabo, las razones por las cuales surge esta acción en salud y los recursos usados en la ejecución. Por su parte, la segunda categoría, facilitó la exploración de los roles, responsabilidades, y otros elementos clave que garantizan el funcionamiento adecuado del programa. Esta información se presentó de la siguiente manera:

Figura 6. Síntesis de los resultados de la Caracterización del PAI_VIH de la CLS



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, durante la revisión bibliográfica no se encontró información específica escrita sobre el programa para la población en situación de calle, por lo tanto, la caracterización se realizó a partir de las entrevistas llevadas a cabo con las personas encargadas de planificar la intervención con esta población

7.3.1 Implementación

En esta categoría, desde la perspectiva de los entrevistados que participaron en la planeación y diseño del programa, se exploraron aspectos como; la descripción de la intervención, los objetivos del programa, el contexto y su justificación, las necesidades específicas de la población y el valor de los recursos.

Descripción de la Intervención. A través de las entrevistas se logró construir una descripción del programa de atención integral para la población en situación de calle, destacando el proceso de identificación de necesidades y planificación de la acción en salud, a continuación, se presenta la descripción:

“La Corporación de Lucha Contra el Sida tiene un programa de atención integral, porque están todas las atenciones en una sola institución. Entonces identificamos que la población habitante de calle se quedaba como en un correo que indicaba había que brindar atención, pero no había una ruta de cómo iba a presentarse a la CLS y ha continuar, prácticamente era como búsquelos que están en Sucre, porque es el sector en Cali principalmente donde está esta población, dado que es donde se consigue fácil las sustancias psicoactivas, específicamente la Heroína. En ese orden de ideas, lo que hicimos, como lo dije, era empezar a trabajar desde la intervención puntual. Bueno, quién está allá busca al usuario y lo está trayendo, eso lo hace una ONG que por efecto de confidencialidad pues con esa institución no voy a decir el nombre. (...) ellos captan a la población en situación de calle y buscan esa población a ver a que EPS pertenece. Una vez identificada la EPS a la que pertenece, se contactan con esa EPS y lo direccionan a los prestadores en los cuales esa EPS tiene un contrato, prestadores como nosotros” (ESH4)

“La institución ha acordado en su relación de contrato que atenderá a esta población hasta que los traiga la EPS, porque ya trayéndonos a la IPS, digamos que ya sería responsabilidad de la IPS especializada. Sin embargo, como esta población tiene la particularidad de que se tiene que captar una manera extramural, pues las IPS especializadas no tienen digamos esa característica extramural, porque es una característica propia del nivel primario de complejidad dentro de la contratación que las EPS tienen con los centros de atención

primaria, específicamente en el caso de las subsidiadas con las ESE, las ESE son las que por lo general tienen sus equipos extramurales áreas de captación se llama eso, y eso tiene otras particularidades que hay de contratación. Entonces resulta que ahí está la primera brecha. Si ves, una población que se debe atender de manera extramural que llega a una institución que no tiene atenciones extramurales por su misma característica de IPS especializada, y digamos que el contacto con el nivel primario, pues todavía tiene muchas oportunidades de mejora, que eso no es un secreto y que en Colombia lo vivimos en todos los departamentos y municipios trabajando desde que se creó la ley 100 en el 93 tratando de articular los diferentes niveles de complejidad. Entonces ahí estaba la situación, una ONG que nos presentaba el paciente, pero decía, yo voy hasta aquí, le correspondió a usted. Nosotros hablando con la EPS diciendo, bueno, ¿Cómo me lo va a traer? Y la EPS a través de un correo consideraba que ya había hecho su gestión, pero pues esto requiere, digamos, de meter una intervención más práctica, más allá de lo administrativo por correo” (ESM4)

“El proceso de planeación, fue más desde la literatura y desde el conocimiento de profesionales psicosociales y desde el acercamiento de las ONG y Secretaría de Salud y Bienestar social que están trabajando allí compartiendo la misma oportunidad de trabajo con esta población” (ESH4)

“(…) se inicia este proceso para dar una respuesta concreta a una población que estábamos viendo que empieza en aumento y digamos que al principio la EPS nos decía, vea está fulano de tal, población habitante de calle, atiéndalo, pero dentro de la relación de contrato que hay la EPS debe entregar el paciente dar un contacto efectivo para yo llamar al paciente. Sin embargo, el habitante de calle pues no hay número de contacto y la EPS no tiene una agente extramural o un equipo extramural que me traiga al habitante de calle y

las ONG que están en el sector, de pronto lo intentan, pero tienen la situación de que pierden sus contratos con la alcaldía o se acaba el proyecto que están haciendo y entonces la población queda como en el limbo” (ESH4)

“Fue más bien una respuesta concreta al aumento de esta población direccionada por la EAPB, que al principio eran uno y luego al mes ya eran 6 o 7, y dijimos, bueno, pues el paso de los meses, multiplicación, 6 o 7 son tantos pacientes que de pronto, cuando uno tiene una cohorte de 2000 pacientes, como era nuestro caso, no son tan significativos en porcentaje. Pero, siguen siendo personas que están en una atención y estamos hablando de vidas humanas” (ESH4)

“Después de un ensayo y error de estas acciones colaborativas concretadas con todos los actores que atienden población en Situación de Calle y de ver que las acciones colaborativas pues no terminaron siendo tan colaborativas, ni tan efectivas. Dijimos, pues bueno, ¿cuál va a ser la otra forma de llegar a esa institución si no tenemos esa comunicación con los otros niveles? Y si las acciones colaborativas no han surgido el efecto que esperábamos, pues decidimos buscar a alguien que trabajara allá en el sector que fuera reconocido por esta población, que de pronto hubiese trabajado en alguna de las instituciones que ya estaba aquí, digamos con presencia. Y dijimos pues trabaje, para nosotros también, cosa de que a usted le queda fácil, porque como está trabajando en una de esas instituciones, capta la población, la población la reconoce, pero ya sabe que toda la confidencialidad que se requiere del diagnóstico de la atención y demás la va a manejar directamente con nosotros. Usted lo que va a hacer, es comenzar labor de convencimiento, allí en buscar una ficha clave que estuviera en el territorio que nos ayudará a tener digamos, tener un brazo extramural, sin decir que la institución hace atención extramural porque no

lo hacemos, surgió la figura de agente extramural y la agente extramural termina convirtiéndose en esa persona que trabaja allá en el sector, que tiene un reconocimiento de la población porque ya tiene una trayectoria de muchos años. O sea, no podía ser cualquier persona y que una vez logra captar a la población o al sujeto. Pues que nosotros le indicamos el paso a seguir” (ESH4)

Empezaron a llegar los usuarios y empezamos a ver, por lo menos que los usuarios sí les decíamos, tiene que llegar y les dábamos para el MIO, pues no llegaban, se gastaban la plata del mío. Entonces algunos nos decían, es que para mí es más fácil. Si usted me acompaña, dice usted me acompaña, me refiero a la agente extramural. Entonces dijimos, bueno, entonces cubramos el transporte en taxi ida y regreso de la agente extramural con el habitante de calle. Preguntémosle al habitante de calle. ¿Cuándo le queda mejor ir?” (ESH4)

“(…) El habitante de calle llega con el agente extramural, hacemos una prioridad en la atención para que pase con el asesor integral, porque desde atención al usuario ya se identifica, ya se reconoce a que asesora pertenece, entonces hace una prioridad de atención, se atiende al paciente y con el agente extramural es que hacen ese tipo de estrategias y dinámicas para llegar al paciente en el entorno donde se encuentra.” (ESM5)

Sintetizando lo referido por los entrevistados, el programa de atención para la población en Situación de Calle emerge como una respuesta de atención a una población referida por la EAPB, con la que se tenía contratación en ese momento, pero que, realmente no recibía una atención efectiva debido a que los usuarios requerían ser captados en territorio de manera continua, es decir que se asegurará no solo la primera asistencia, sino también la continuidad en la atención. Para ello, se intentó como estrategia una serie de acciones colaborativas a nivel institucional con

todos los actores involucrados en la atención de usuarios en Situación de Calle para lograr la captación y sostenimiento de los usuarios en el programa, sin embargo, esta primera estrategia no generó el efecto esperado por lo que no continuó desarrollándose.

Se plantea entonces una segunda estrategia, en la cual se espera lograr una captación y seguimiento de la población de manera directa por parte de la institución, es así como inicialmente se realiza la contratación de una agente extramural, esta nueva colaboradora cuenta con experiencia de trabajo en territorio y reconocimiento por parte de la comunidad sujeto de intervención, por lo que se esperaba que realizara la captación y acompañamiento de manera permanente a los usuarios de manera exitosa, llevando a cabo acciones de convencimiento y reconocimiento de necesidades en salud específicas que se pueden satisfacer desde el programa.

Objetivos del Programa. El programa de atención integral para personas en situación de calle tiene como objetivo principal según los participantes: *“eliminar las barreras que dificultan el acceso y la continuidad en el tratamiento de salud, garantizando su adherencia y efectividad”*. Así mismo refieren que la adherencia terapéutica es un proceso que requiere un seguimiento continuo, el cual implica intervenciones estratégicas por parte del equipo asistencial. Estas acciones incluyen la sensibilización del paciente, el monitoreo de la toma del medicamento, el acompañamiento en su entorno. Como se expresa a continuación:

“El fin último es facilitar intervenir esas barreras para que el paciente se mantenga en este tratamiento y pueda acceder al mismo y dar cumplimiento a los objetivos planteados en el programa de atención integral para toda la población” (ESH4)

“(…) darles una atención oportuna, sin barreras de acceso y en las condiciones que ellos lo requerían” (ESM6)

“(…) lograr la adherencia al tratamiento, para lograr la adherencia al tratamiento hay que tener un seguimiento continuo. Se requiere ciertas intervenciones del equipo asistencial de una frecuencia, y al final nosotros demostramos la efectividad del programa de atención de acuerdo pues a unos indicadores en cuanto a CD4 y carga viral. Ese acompañamiento se hace tanto en el entorno del paciente para lograr que se tome también el medicamento, aunque no solamente lleva el medicamento y entregárselo, sino como esa sensibilización. Entonces, digamos que son varios componentes para lograr el objetivo final de la adherencia” (ESM5)

Contexto y Justificación. En el apartado descripción de la intervención se han expuesto diferentes elementos que dan cuenta del contexto en el que emerge la propuesta de intervención y la justificación de esta, sin embargo, se ampliará este aspecto para responder específicamente a esta subcategoría:

“Tratamos de hacer un acercamiento con todas las entidades que manejan esta población, Secretaría de Salud Distrital, Bienestar Social, las organizaciones de base comunitaria que trabajan en estos sectores y en ese momento había un proyecto de carácter internacional que era el que estaba haciendo el diagnóstico en esa población(...) Hicimos varias reuniones donde cada uno asumía la responsabilidad de que lo que le tocaba, entregárselo al siguiente sector, pero definitivamente no fue posible, ninguna de estas instituciones asumió el compromiso que se había establecido en esas reuniones de coordinación. Entonces nos pareció que lo mejor era tratar de llevar nuestro programa a la calle y la mejor manera era con una agente extramural que ya teníamos, pero tenía la experiencia y la experticia en el manejo de habitantes de calle. Entonces, pues eso, de pronto fue como la

puerta de entrada para que la agente extramural todas sus funciones las dedicará a este tipo de población” (ESM6)

De acuerdo con la entrevistada, se relaciona la participación de múltiples actores para el establecimiento de una forma de captación y adherencia de la población en situación de calle, se destaca la flexibilidad en el proceso de planeación para redefinir acciones teniendo en cuenta que la estrategia inicial que pretendía lograr un trabajo mancomunado entre instituciones no dio el resultado esperado.

A partir de allí se define que la institución implementará directamente su programa para de atención para la población en situación de calle, tal como lo expresan los entrevistados teniendo en cuenta diversos aspectos:

“(…) hemos enfocado a los diferentes grupos poblacionales que hay acá en la institución y de acuerdo esos grupos poblacionales salen unas estrategias específicas para lograr la adherencia a estos diferentes grupos, entre estos los habitantes de calle.” (ESM5)

“(…) teníamos que buscar cómo lograr también que el programa llegará allá. Eso fue lo primero que entendí. Es que los equipos multidisciplinarios son esenciales para los procesos de promoción, prevención y rehabilitación del ser humano en cualquiera de los niveles de atención. Porque las situaciones de salud, independientemente de su complejidad, tienen un impacto en todas las dimensiones del ser. La segunda cosa que aprendí es que desatender alguna de esas dimensiones va a hacer que los pacientes reincidan en esa búsqueda de atención y lastimosamente, el sistema de salud todavía no da una respuesta holística a todos esos problemas. Tenemos claro el concepto de salud, que es amplio y dinámico y que también ha sido cuestionado en la OMS. Y creo que todos

tratamos de atender desde ese concepto, pero seguimos teniendo una visión muy clínica hoy médica, por así decirlo, de la enfermedad y tendemos a solo atender ese aspecto físico. De pronto, el sistema de salud, que tampoco ha logrado articularse con los otros sistemas para tener una visión ya más de salud pública. Y estamos en ese proceso de aprendizaje, pero se requiere. Si no se tiene y no se hace desde lo que tenemos, pues nunca vamos a llegar a buen puerto en ese aspecto. Ese fue, digamos, lo segundo que aprendí. Y lo tercero es la expresión de equipos de salud que se preocupan por entender que el ser humano, de por sí o por sí solo, no va a incluirse en el sistema de salud, que requiere que le demos más la mano, más allá de orientar a decirle vaya lleve este papel. Porque la burocracia que hay en todo el sistema crea sus propias maneras y eso requiere que haya un equipo también multidisciplinario, pendiente de cómo va el paciente en ese proceso de atención para que ayude a resolver esos conflictos. Se intervenga en situaciones emergentes y se pueda tener un verdadero acceso al tratamiento” (ESH4)

Lo anterior, evidencia un enfoque integral y diferenciado en la implementación de programas de salud dirigidos a poblaciones en situación de vulnerabilidad, como los habitantes de calle. Se resalta la importancia de comprender el contexto institucional y poblacional para diseñar estrategias de adherencia efectivas, reconociendo que la participación de equipos multidisciplinarios es esencial en la promoción, prevención y tratamiento en salud.

Asimismo, se identifica una oportunidad en la articulación entre el sistema de salud y otros sectores, para lograr un abordaje holístico de la salud pública ya que la fragmentación del sistema dificulta el acceso y la continuidad en la atención, lo que exige la presencia de equipos que acompañen activamente a las personas en el proceso de atención, superando barreras administrativas y estructurales.

Necesidades Específicas. El programa de atención integral para la población en situación de calle surge según las entrevistas, a partir de una necesidad identificada por parte de la EAPB y las personas que realizan el proceso de ingreso de los usuarios nuevos al programa. Por ello, en este objetivo se exploró, a través de las entrevistas, su percepción sobre las necesidades específicas de la población, identificando los siguientes hallazgos.

“Dentro de las estrategias que se empezaron a implementar de acuerdo a una necesidad de la EAPB para la atención de este tipo de pacientes. ...Pues el paciente de este grupo de población habitante de calle no se lograba tener adherencia porque simplemente se reconocía al paciente que estaba diagnosticado, pero llegar al paciente en la parte de su entorno y poderle hacerle el tratamiento era muy difícil, entonces digamos que una de las cualidades que tienen la institución es el equipo multidisciplinario que lo componen trabajadores sociales, que lo componen psicólogos y en equipo, en este equipo interdisciplinario, en reuniones empezaron como a revisar ¿qué ruta?, ¿cómo se podría hacer para poder llegar a este tipo de paciente? y lograr una adherencia y seguimiento continuo en el tratamiento” (ESM5)

“Como Corporación tenemos la experiencia en el manejo de un modelo de atención integral para pacientes con VIH. (...) acercamos el modelo de nosotros hacia la población, tratamos de ubicarnos dependiendo de las necesidades de ellos para poder lograr los objetivos que se integran con ellos” (ESM6)

Las entrevistadas resaltan el papel de la EAPB en la solicitud de atención de las necesidades específicas de la población en situación de calle, particularmente en lo relacionado con la adherencia al tratamiento. Se señala que, si bien los pacientes con diagnóstico eran reconocidos en

el sistema, el principal desafío radica en llegar a ellos dentro de su entorno y garantizar un seguimiento efectivo.

También el programa de atención integral para la población en Situación de Calle surge según las entrevistas, a partir de una necesidad identificada entre las personas que realizan el proceso de ingreso de los usuarios nuevos al programa. Por ello, en este objetivo se exploró la percepción sobre el reconocimiento de las necesidades específicas de la población, identificando los siguientes hallazgos:

“(…) entender la realidad humana e intervenir en problemas era intervenir ya buscando un impacto, pero conociendo holísticamente al ser humano y la realidad en la que estaba inmerso, fue entonces como el ejercicio de escuchar, teniendo en cuenta que es una población con muchas demandas y teniendo los pies sobre la tierra de hasta donde nosotros como institución podíamos acceder a cierto tipo de cosas. Entonces, sobre la marcha también fue. Ah, si no me van a dar desayuno allá, yo no voy. Pues bueno, ya la decisión es tuya. Hacemos la sensibilización, te cubrimos el transporte, pero si no quieres venir, si no hay desayuno, algunos nos decían: Es que a mí me deben pagar 20000 pesos por ir allá, porque igual a ustedes les paga la EPS, entonces no, así no funciona si me hago entender, era como colocando claramente el límite, pero también flexibilizando cosas” (ESH4)

“(…) tocó de pronto invertir el tipo de atención que nosotros hacemos y logramos que cuando el usuario viene a la institución tratamos de hacerle lo que más podamos, aprovechando ese espacio que tiene el usuario de lucidez, de pronto entre comillas, para aprovechar hacerle todas las cosas que nosotros necesitamos para aplicar las coberturas de la atención integral. Redirigimos el accionar de la agente extramural y la agente extramural se compromete con el usuario a traerlo, entonces le pagamos el transporte al usuario y a la

agente extramural para que lo traiga y en lo posible es mi usuario necesita atención médica de manera prioritaria logramos que uno de los médicos del equipo vea el usuario, entonces es acercar todas las coberturas que tenemos a las condiciones del usuario como tal” (ESM6)

Lo referido, evidencia que la población en situación de calle requiere un enfoque flexible con capacidad de ajustar horarios y condiciones de atención, estos elementos han sido claves para favorecer el acceso a los servicios. Asimismo, se identificó la necesidad de estrategias de sensibilización y comunicación clara, pues algunos usuarios presentan expectativas por fuera de los objetivos del programa, lo que exige definir límites.

Adicionalmente, se destaca la importancia de la empatía y la tolerancia ante conductas asociadas al consumo de sustancias o actitudes hostiles, garantizando el acceso sin prejuicios. Finalmente, resulta relevante destacar que los profesionales a cargo del proceso de ingreso tienen formación en Trabajo Social lo que permite una visión holística de las necesidades de los usuarios.

Valor de los Recursos. Según los entrevistados se identifica que el programa contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud al reducir complicaciones médicas que aumentan los costos para la EPS e IPS, también refuerza el compromiso institucional de impactar en la adherencia:

“No hicimos un cálculo de rentabilidad específicamente de ese programa de atención, porque lo que esperábamos era sostener digamos ese valor agregado que ha sido propio de la institución, y es impactar en la atención, en la verdadera adherencia del usuario y en la satisfacción del usuario. De pronto esa relación costo beneficio o esa rentabilidad es propiamente para la EPS, no para nosotros, porque nosotros dentro de nuestra forma de contratación es por paquete de atención integral. A nosotros como institución, digamos que la EPS nos paga un valor por todos los pacientes que están a nuestro cargo y que ingresaron

al programa por igual, pero si el paciente se enferma por una infección oportunista y el paciente no ha ingresado al programa nuestro va a ser un consumo más alto de lo mensual y en últimas quien termina asumiendo eso pues la EPS, porque son los encargados del usuario en su gestión del riesgo” (ESH4)

Otro aspecto a tener en cuenta sobre los recursos desde una perspectiva de la organización, como refiere la entrevistada es a través de su programa de responsabilidad social y proceso de acreditación en salud, la institución ha destinado recursos estratégicos para garantizar el acceso de esta población al programa de atención integral. Estos incluyen la contratación de un agente extramural para la búsqueda activa de pacientes, así como el cubrimiento de costos de transporte y otros aspectos que sean necesarios.

“(…) Pues digamos que nosotros por ser una institución que está enfocada ahorita en el proceso de acreditación en salud. Tenemos nuestro programa de responsabilidad social, desde nuestro programa de responsabilidad social. Sí se designan unos recursos precisamente para lograr la adherencia al paciente, en este caso para este grupo poblacional, está contratado un agente extramural para este grupo poblacional que hace como la búsqueda, los trae, pero también hay una parte económica que se mueve y es la parte, por ejemplo, del transporte para traerlo en taxi para poderlo volver a llevar. Entonces esa parte de transporte o si requiere de pronto alguna alimentación, porque hay que dejarle que el desayuno, que porque hay que traerlo en ayunas y entonces como para darle el desayuno. Como un dinero digamos, o un recurso que se da económico es representativo, no quiere decir que sea el 100% representativo para lograr traer al paciente a la institución. También se designa un presupuesto” (ESM5)

7.3.2 Infraestructura de la Implementación

La infraestructura de la implementación facilita la identificación de elementos esenciales para fortalecer la comprensión del programa dirigido a la población en situación de calle, entre ellos; roles, responsabilidades y los aspectos clave en su funcionamiento.

Roles y responsabilidades. En este aspecto, se destaca por parte de los entrevistados que el programa para la población en situación de calle funciona de forma similar al programa de atención integral, entonces, los roles y responsabilidades son entonces muy parecidos al programa de atención integral para el resto de la población. Con la diferencia de la participación de la agente extramural, rol esencial para el desarrollo del programa, como se evidencia en el siguiente apartado de una de las entrevistas:

“Surgió la figura de agente extramural y la agente extramural termina convirtiéndose en esa persona que trabaja allá en el sector, que tiene un reconocimiento de la población porque ya tiene una trayectoria de muchos años. O sea, no podía ser cualquier persona y que una vez logra captar a la población o al sujeto. Pues que nosotros le indicamos, la hace la labor de convencimiento. Tómese el medicamento que yo se lo traje, venga, termine de desayunar y yo lo llevo a que se tome la prueba de tuberculina o que vaya a la consulta médica. Pues es esencial y aquí reitero y me voy a devolver un poco a todo lo que ya dije, que la agente extramural sea conocida en el sector, es esencial que sea reconocida también por la oferta institucional que hay en el sector y que sepa cómo se mueve y cómo funcionan las dinámicas diarias de la población en situación de calle. Porque eso hace, que, si bien el programa no llegue hasta allá con toda su fuerza institucional, ella puede adaptar al paciente y no lo pueda traer claramente el programa lleva unas transformaciones más complejas de lo que estoy diciendo” (ESH4)

Junto con el rol de la agente extramural, se encuentran las responsabilidades que tiene para con la población, entre sus tareas se encuentra según lo mencionado por el entrevistado 4 supervisar la toma del medicamento y acompañar en los desplazamientos entre el sector en el que se ubica el usuario y la organización.

Otro de los roles a destacar para garantizar un seguimiento continuo y efectivo de la atención a la población en situación de calle, es el del asesor integral responsable del programa, quién es encargado de monitorear la evolución de cada paciente desde su ingreso a la institución. Este seguimiento se realiza en articulación con el agente extramural, quien reporta al asesor integral el estado de los pacientes y permite evaluar su nivel de adherencia al tratamiento. La centralización de esta función permite no solo registrar la asistencia y atención brindada, sino también dar cumplimiento a los indicadores establecidos, como se puede leer en la siguiente cita:

“se ha designado un responsable, un asesor integral, que es el que hace el seguimiento continuo de cómo ha venido en paciente desde que ingresó a la institución de este tipo de grupo poblacional, en cual en pues empieza a marcar como unos indicadores. ¿Cuáles serían los indicadores? Viene el agente extramural, reporta al encargado porque hay una persona como encargada de ese seguimiento, reporta al encargado de todos los pacientes que están de este grupo poblacional y empiezan como a revisar cada uno como va como esa adherencia al tratamiento de cada uno. Entonces digamos que sí, se ha centralizado a una persona, que es el que nos hace el seguimiento continuo para que no se nos pierda solamente de que él vino a la ruta de atención, se le atendió por el equipo, logramos la contención emocional, si era el caso, se le entrega al tratamiento la gente extramural, sino que hay que hacer un seguimiento para cumplir con los indicadores, para cumplir con la

guía práctica clínica para cumplir con el tratamiento y que logremos la adherencia.”
(ESM5)

“(…)se monitorea al interior del programa que el usuario venga, que el usuario tenga el reclamo de sus medicamentos, que el usuario se tome los medicamentos, que se tome los exámenes, que vengan a consulta médica, que se logre, Carga viral indetectable y que no abandone los programas si ya están, inserto en otros programas, eso lo hace el responsable del programa de habitante de calle. Entonces es allí donde se monitorea el seguimiento. Sabemos cuántos se han perdido, cuántos, cuántos han continuado, cuántos han estado a partir de a partir de ese responsable. (ESM6)

Por último, también se evidencia la existencia de responsabilidad de los profesionales que brindan la atención en las instalaciones de la organización para asistir y realizar procesos de capacitación que permitan una comprensión de las necesidades de la población y sus comportamientos:

“Porque eso implica procesos de capacitación, sensibilización, priorización de esta población, aquí en esta institución, que si bien la institución no se está moviendo hasta Sucre, sino que es el usuario quien se sigue moviendo a nosotros, nosotros sí tuvimos que aprender cuáles eran las formas de sentir, pensar y actuar de los sujetos en habitanza de calle, aproximarnos a ellos para entender, desde el portero que no le pueden pedir la cédula, porque no va a tener cédula, si de pronto llega mal encarado el sujeto el personal que atiende no se va a alarmar porque pues porque forma parte de su dinámica, hasta el profesional de enfermería o psicosocial, que va a tener que entender que esta población es un poco más compleja y requiere un enfoque de atención diferencial, que incluso, si yo tengo una embarazada y tengo un habitante de calle, pues de pronto mido cual es la

situación y si los 2 están esperando un examen. Voy a priorizar al habitante de calle, porque sé que se me puede descompensar más fácil. Sé que no tienen los recursos emocionales para hacer la gestión de sus emociones, paciencia. Lo agendo y lo puedo nuevamente despachar” (ESH4)

Elementos Clave del Funcionamiento. En los hallazgos de las entrevistas se destaca el papel central del Trabajo Social como una disciplina clave para generar proximidad con la población en situación de calle, según los entrevistados por su enfoque comunitario, además se resalta la necesidad de equilibrar la flexibilización del acceso con la importancia de la adherencia a los procesos institucionales, garantizando la continuidad del tratamiento y la vinculación con programas de salud complementarios, Además, se enfatiza la relevancia de la reconstrucción de redes de apoyo familiar como un factor necesario en las intervenciones.

“Desde el área de Trabajo Social, que tiene una visión mucho más amplia, tiene una sensibilización más hacia el trabajo comunitario, es mucho más fácil. O sea, de la primera persona que el habitante de calle hace sinergia para el programa es desde del área de Trabajo Social, porque es con la profesión que más permanencia tiene en el programa” (ESM6)

“El rol de trabajo social está marcado para poder atender nuevamente a poblaciones vulnerables que se quedan, digamos, esquinados o por allá olvidados por el mismo sistema, porque de pronto hay cosas que se entienden totalmente” (ESH4)

“Eso tiene que ver también con que desde la institución se enlaza con programas de resocialización de los usuarios, de los de los otros sectores, por lo menos la remisión y el seguimiento para ese tipo de cosas. Hay programa de metadona, programa de otras de otras

enfermedades, remisión a manejo de consumo de SPA. Hay una cosa muy importante que nos ha enseñado la experiencia es que tratar de recomponer la red familiar de esos usuarios siempre que encontramos y que el tratamiento para ellos ha sido exitoso, ha habido alguien cercano: primo, tío, mamá, fundamentalmente mamá o hermana, que hace acompañamiento y desde el equipo asistencial, desde la parte de Trabajo Social, se logra recomponer esta red, para que haya alguien en el proceso de resocialización de estos usuarios” (ESM6)

En conclusión, es posible exponer que, la implementación del Programa de Atención Integral de VIH para la población en situación de calle evidencia la necesidad de estrategias adaptativas para garantizar la adherencia al tratamiento y la continuidad en la atención. Adicionalmente se observa que la flexibilidad y los alcances extramurales son clave en la estructuración del programa. Este modelo se fortalece con la intervención de equipos multidisciplinarios, los cuales desempeñan un rol central en la vinculación y acompañamiento de los pacientes.

Asimismo, la implementación del programa demostró la importancia de la toma de decisiones basadas en evidencia contextual. Por último, la articulación con redes de apoyo familiar y la coordinación con programas complementarios son aspectos importantes para la sostenibilidad de la intervención.

8.4 Evaluación de la implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH), para la población en Situación de Calle, de la Corporación de Lucha Contra el Sida en los Componentes del RE-AIM / PRISM

Para evaluar una intervención en salud, específicamente el programa de atención integral para la población en situación de calle de la CLS, se empleará el marco conceptual RE-

AIM/PRISM, tal como se mencionó en el apartado de metodología. Este marco permite abordar diversos aspectos del programa, incluyendo su alcance, eficacia, adopción, implementación, infraestructura, sostenibilidad, percepciones sobre la intervención, características de los entornos de implementación y factores del contexto externo.

Con la evaluación se espera comprender el proceso de integración de prácticas basadas en evidencia teniendo en cuenta los factores contextuales y organizacionales que impactan en la sostenibilidad y capacidad de ampliación de las intervenciones en salud. Esto no solo enriquece el análisis de la efectividad de la intervención, sino que también proporciona una guía para la mejora continua y la toma de decisiones informadas en salud (Suárez et al. 2018)

Además, retomando el concepto de estrategias de implementación según Proctor et al. (2013), las cuales se definen como métodos, actividades, técnicas y acciones interrelacionadas que mejoran la implementación y sostenibilidad de los programas de salud, superando barreras y aumentando su eficacia. Los resultados de esta evaluación develan la capacidad de las estrategias de implementación utilizadas en el programa de atención integral para la población en situación de Calle.

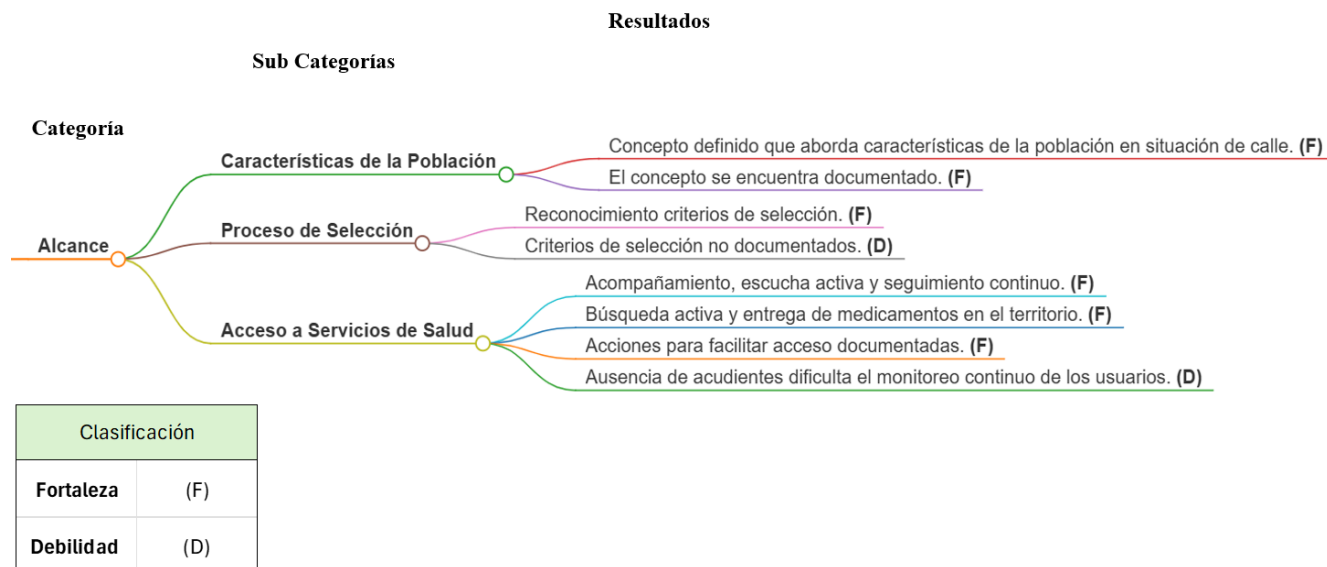
Cabe mencionar que, para facilitar la comprensión de los resultados de evaluación, la información también se presentará en figuras por cada categoría y al final se mostrará la figura completa de interrelación de todos los resultados de evaluación de la implementación del programa.

8.4.1 Alcance

Como se ha desarrollado en el marco teórico, el concepto de "**alcance**", siguiendo a Glasgow et al. (2019), se refiere a la capacidad de una acción en salud, en este caso, un programa, para llegar a la población sujeto de la intervención. Según Holtrop, et al (2018) Los enfoques tradicionales para evaluar el alcance suelen centrarse en revisar el número y el porcentaje de personas que se benefician de una acción en salud. Sin embargo, desde un enfoque cualitativo, las preguntas centrales giran en torno a comprender las razones por las cuales las personas acceden o no, así como explorar las características que diferencian a los participantes de aquellos que no participan, aspectos que no pueden ser develados a través de datos cuantitativos.

Para evaluar este dominio, se integraron las perspectivas de los implementadores con el objetivo de determinar si cuentan con una definición clara y comprensión de los elementos contextuales, culturales y sociales que caracterizan a la población en situación de calle, y que facilitan el proceso de selección. Asimismo, se buscó identificar si llevan a cabo acciones que contribuyen a garantizar un acceso efectivo y equitativo al programa.

Figura 7. Síntesis de los resultados de Evaluación Alcance



Fuente: Elaboración Propia

Características de la población. Con el propósito de examinar cómo el programa de atención para la población en situación de calle se adapta a las particularidades de la población y determinar si los funcionarios involucrados en su implementación, independientemente de sus roles, reconocen las características de los usuarios, se consultó a diversos actores del programa con distintas responsabilidades en la implementación, *¿Cuáles son las características específicas de la población en situación de calle?* A lo que los funcionarios respondieron:

“Desde el resorte del programa de humanización está documentado que las características que para la institución tiene el tema de condición de habitanza de calle, específicamente se caracterizan en dos grandes grupos: uno son las personas habitantes de la calle y otra es la persona en calle ¿ya cuáles son las características? Persona habitante de calle que hace de

la calle como su lugar de habitación donde hace prácticamente toda su vida, sus relaciones, toda gira entorno, pues al tema de allí, de ese lugar propiamente en calle y la persona en calle, pase la calle como un escenario propio para su supervivencia, más sin embargo lo alterna, o sea pues de pronto ir a alguna residencia a bañarse o puede ir a un albergue, o sea, como que lo está alternando” (ESM11)

En la misma línea, coincidiendo con la entrevistada, la siguiente entrevistada también destaca que una de las características fundamentales de la población atendida por el programa se divide entre quienes habitan en la calle y quienes utilizan la calle como espacio de supervivencia. Adicionalmente refiere que esta conceptualización se encuentra escrita en el protocolo de atención humanizada de la CLS.

“está primero que las personas, pues hablamos de personas en situación de calle, las personas habitan la calle, que sea ese sea su escenario de donde vive, donde habitan totalmente su vida íntima y social, y las personas también en calle, que son esas personas que, si bien están en otros lugares, en otros espacios que varían, pues también tienen ese escenario de la calle como supervivencia. Está conceptualizada en el protocolo y humanización de la atención” (ESM7)

La entrevistada ESM8, por su parte, señala que para identificar a la población en situación de calle es fundamental considerar que desarrollan su vida cotidiana en la calle. Así mismo, menciona otra característica relevante: la pérdida de vínculos.

Las características específicas, son personas que han perdido vínculos, vínculo familiar, el vínculo de amigos, están solos, están ensimismados, se encuentran y hacen su vida todo el tiempo en calle” (ESM8)

En relación con los vínculos, uno de los entrevistados destaca que la ausencia de un acudiente entre los usuarios en situación de calle representa un desafío al intentar realizarles seguimiento o localizarlos, debido a la dificultad para determinar su ubicación.

“Pues las características que son transversales a la población de situación de calle es que por lo general casi nunca tienen un acudiente (...) es difícil hacerle seguimiento o asignación de citas o localización debido a que los pacientes por alguna u otra razón, si bien frecuentan una zona, un área, pues no son pacientes que uno los va a encontrar en un domicilio o un número telefónico” (ESH12)

En resumen, según los funcionarios del programa de atención integral para la población en situación de calle de la CLS, esta población se clasifica en dos categorías: quienes residen de forma permanente en la calle y quienes la emplean como un espacio de supervivencia, combinándola con otros entornos. De igual forma se destaca la pérdida de vínculos con redes de apoyo, lo que complica su localización y seguimiento.

Se revisó el protocolo mencionado por los funcionarios donde se evidencia la conceptualización institucional que estandariza las características poblacionales:

Figura 10: Protocolo de Atención Integral Humanizada.

	ATENCIÓN INTEGRAL	PROTOCOLO	Código: PRO-AIN-022
	PROTOCOLO DE ATENCION INTEGRAL HUMANIZADA		Versión: 005
			Emisión: <u>Enero</u> 2025
			Página: 11 de 21

Población en Situación de Calle: Para la institución los usuarios en Situación de Calle son aquellos que cumplen las siguientes características:

Persona habitante de la calle: *“que hace de la calle su lugar de habitación donde satisface todas sus necesidades ya sea de forma permanente o transitoria desarrollando todas las dimensiones de su vida en el espacio público, es decir, las actividades de su vida íntima y social”*

La persona en calle: *“hace de la calle el escenario propio para su supervivencia. Sin embargo, alterna el trabajo en la calle, la casa y la escuela. Es decir, cuenta con un espacio privado diferente de la calle donde reside, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel.”*

La anterior conceptualización es tomada del La Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021-2031.

Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Protocolo de Atención Integral Humanizada

Proceso de Selección. En relación con los criterios de selección para vincular a la población en situación de calle al programa de atención integral, se indagó con los entrevistados si existían lineamientos específicos establecidos para la inclusión de esta población en el programa. En adelante, los entrevistados mencionan aspectos relacionados:

“Pues, desde el punto de vista operativo, obviamente son pacientes que sean habitantes de calle que estén afiliados a una EPS que estemos dándole nuestros servicios, y obviamente que nosotros somos una institución especializada para VIH, que ya tenga un diagnóstico de VIH(...)tengo entendido que hace parte, el paciente habitante de calle que se encuentra en la ciudad de Cali porque es más fácil garantizarle el acceso acá a la IPS que si fuera de otros municipios” (ESH12)

En esta primera respuesta, se pueden encontrar cuatro criterios que son reconocidos por el entrevistado. El primero, responde a la característica de la población: estar en situación de calle.

El segundo, hace referencia a la vinculación a una EPS que tenga convenio con la CLS. El tercero, el usuario debe tener un diagnóstico de VIH confirmado dado las características de atención de la CLS. Cuarto, el beneficiario del programa debe estar ubicada en la ciudad de Cali.

En sintonía con estos criterios, la siguiente entrevistada hace referencia al último criterio, y además adiciona un quinto; el lugar de ubicación en el que se encuentre el usuario no debe representar un peligro para la agente extramural.

“Esos criterios básicamente son que la persona esté en la ciudad de Cali. Que tengamos un sector específico de saber en qué lugar habita, si es en Santa Elena, si es en Sucre... que sea de un lugar, pues de fácil acceso, pues también que no corresponda a un peligro, corresponda un peligro para la persona que va a acceder, que sería la agente extramural”
(ESM7)

Criterio también mencionado por la entrevistada ESM11:

“(...) otro criterio de inclusión es que sea una zona que sea segura, pues entre comillas que no sea como tan de riesgo de pronto para el personal que va a acceder o a buscar pues como a la persona” (ESM11)

Ahora bien, también se enfatiza en esta misma entrevista que debe quedar establecido el sector en la que se va a ubicar al usuario, y que su contacto con instituciones o familiares es un aspecto que favorece esta ubicación y es tomada en cuenta

“ (...) entonces que haya pronto que esté, no sé en una institución donde se pueda como ubicar fácilmente o que tenga de pronto un familiar en el caso pues de que se requiera como la ubicación” (ESM11)

En resumen, para incluir a personas en situación de calle en el programa, se requiere que residan en Cali, estén afiliadas a una EPS con convenio, tengan diagnóstico de VIH y se ubiquen en zonas seguras y accesibles. Además, se tiene en cuenta su vinculación con instituciones o familiares para facilitar su atención y seguimiento.

Aun así, en la revisión documental no se identificó por escrito estos criterios, lo cual no permite la divulgación de la información para todos aquellos que deseen conocer o revisar este aspecto, independientemente de su vinculación con el programa.

Acceso a Servicios de Salud. Con la intención de analizar la efectividad de las acciones implementadas por el equipo del programa para facilitar el acceso a los servicios de atención dirigidos a la población en situación de calle, se indagó sobre las estrategias realizadas por ellos para garantizar dicho acceso. A continuación, se presenta las respuestas de los entrevistados.

La entrevistada ESM7 establece que:

“básicamente las acciones están orientadas justamente garantizar el acceso y la atención, oportuna y segura y de calidad al usuario. Entonces, pues siempre reconociendo esas particularidades de la persona, entonces, cuando ingresan aquí a la institución, esas personas particularmente, pues se le reconoce, por ejemplo, que a veces no tienen un horario específico, entonces se logra la captación en un día, en un horario, pues se le da

prioridad para que pase a consulta médica o para que se le tome las muestras por reconociendo esas particularidades” (ESM7)

Por su parte la entrevistada ESM8 adiciona lo siguiente:

“El acompañamiento, la escucha activa, los seguimientos y la búsqueda en territorio de cada habitante de calle. (...) La labor específica y la búsqueda del participante, la adherencia al tratamiento, o sea buscarlo en el territorio diario, que tenga un enganche para su tratamiento, facilitarle, y tener una atención diferencial aquí en la Corporación de Lucha Contra el Sida. (...)Facilitarle es llevarle hasta el territorio donde él se encuentra su medicamento” (ESM8)

Complementando esta perspectiva el entrevistado ESH12 establece:

La estrategia que tiene el programa como tal, es la confianza que uno puede generarle al paciente, en este caso al paciente en situación de calle, cuando tu logras transmitirle a ese paciente de que es importante, de que lo que vamos a hacer realmente va a tener un impacto en su salud y en su condición, realmente allí tú ganas gran parte del interés del paciente en continuar su programa, porque a veces podemos tener estrategias como un agente extramural o a través del territorio, pero si el paciente no logró tener una confianza o acercamiento con su médico, realmente desde ahí creo que se va a perder, pues todo la estrategia que se implemente(...)Otra ventaja que tenemos del programa es que así el paciente tenga una cita digamos a las 2 de la tarde, no importa que, si se aparece a las 3 a las 4, porque entendemos que su condición es diferente, entonces en cualquier momento de la jornada le damos esa flexibilidad a su condición, pero si definitivamente el paciente

no se presenta en ningún horario, se lo comunicó al asesor integral para que le haga seguimientos a través de, directo a través del agente extramural” (ESH12)

Las estrategias expuestas por los entrevistados evidencian incluyen el reconocimiento de las características de la población para priorizar su atención y flexibilizar los horarios de consulta y otras coberturas. Además, destacan el acompañamiento, la escucha activa y el seguimiento continuo, como parte de ese seguimiento se encuentra como estrategia la búsqueda diaria en el territorio para la entrega de medicamentos en el lugar donde se encuentren. Adicionalmente, subrayan la confianza generada en la relación equipo asistencial- usuario y las orientaciones sobre su salud.

Con relación a la evidencia de la estandarización de estas estrategias, la entrevistada ESM11 manifiesta que en el documento programa de humanización y en el documento protocolo de atención humanizada se encuentran descritas.

“Digamos que desde el resorte de humanización (...) estas estrategias, obviamente están documentadas, hacen parte de las líneas de acción del programa y hacen también parte de los documentos, pues hay un documento muy puntual que es donde habla con pues de esa atención humanizada, con ese enfoque diferencial, ya entonces lo tenemos documentado y desde el programa se hacen como diferentes actividades, ya sea educativas, de sensibilización, pues a todo el personal como para que conozcan estas estrategias y conozcan desde que punto desde el programa de humanización se aborda” (ESM11)

Figura 11: Programa de Humanización.

	ATENCIÓN INTEGRAL	PROGRAMA	Código: DOC-AIN-022
			Versión: 005
	PROGRAMA HUMANIZACIÓN		Emisión: Noviembre 2024 Página: 13 de 17

PLAN DE HUMANIZACIÓN INSTITUCIONAL

LÍNEAS DE ACCIÓN	ESTRATEGIAS	RESPONSABLES
Humanización de la atención integral centrada en el usuario y su familia.	Rondas integradas de seguridad para seguimiento a la adherencia de prácticas humanizadas.	Coordinación atención integral.
	Campañas en deberes y derechos en consulta y salas de espera.	Equipo asistencial.
	Atención integral humanizada con enfoque diferenciado articulada con la prevención de cualquier tipo o forma de discriminación.	Coordinación sistema de gestión de calidad.
	Gestión oportuna de manifestaciones.	Coordinación de seguridad del paciente y humanización.
	Atención en crisis emocional.	Orientadora del servicio.
	Figura de asesoría integral para la adherencia terapéutica.	Atención al usuario.
	Actividades educativas en temas de humanización en salas de espera.	Comité asistencial unificado
	Contar con personal que brinde orientación permanente del servicio.	
	Realizar seguimiento a encuestas de satisfacción, manifestaciones, paciente trazador en el marco del comité asistencial unificado (comité de seguridad del paciente y humanización, comité de calidad y ética institucional).	
	Velar por el fortalecimiento de la autonomía del usuario a través de la adecuada funcionalidad del consentimiento/desistimiento informado.	
	Realizar seguimiento a la vulneración de derechos o de algún tipo o forma de discriminación que se presente para su análisis e intervención.	
	Valoración y manejo del dolor desde la consulta médica y abordaje según el origen emocional y/o espiritual desde la unidad terapéutica para la adherencia.	
	Estrategias educativas de adherencia a la atención integral con el enfoque espiritual orientado hacia el respeto de las creencias de los usuarios.	

Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Programa de humanización

Figura 12: Protocolo de Atención Humanizada.

	ATENCIÓN INTEGRAL	PROTOCOLO	Código: PRO-AIN-022
	PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL HUMANIZADA		Versión: 005
			Emisión: <u>Enero 2025</u>
			Página: 12 de 21

Estrategias que facilitan la atención a personas en Situación de Calle:

En la institución se identifica las características y necesidades del usuario desde el inicio de la ruta, la población en Situación de calle se caracteriza por la presencia de factores predisponentes por la vida en la calle, como población vulnerable con desigualdades en el ejercicio de los derechos sociales, económicos, políticos y culturales.

Con base a los derechos y deberes y eliminando las barreras de acceso en la institución, desde el equipo asistencial se establece contacto con las instituciones del sector y/o organizaciones de base comunitaria a cargo del usuario para acordar el ingreso al programa de atención integral.

Para el seguimiento y control del tratamiento del usuario, la CLS además de su equipo asistencial asignado cuenta con el acompañamiento institucional del agente extramural, quien realiza búsqueda activa del paciente, brinda apoyo para seguimiento y supervisión de la adherencia a las indicaciones del equipo de salud, además, establece vínculos para trabajar de manera mancomunada con las instituciones del sector salud y organizaciones de base comunitaria que tienen contacto con la población en Situación de Calle, fortaleciendo la red de apoyo del paciente frente a la adherencia al proceso de atención.

Entre otras estrategias, el equipo asistencial realiza enlaces con otras instituciones y programas para la gestión del riesgo frente a la adherencia al tratamiento, en esta población se realiza un seguimiento continuo para identificar y gestionar las novedades que puedan afectar la adherencia al programa.

Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Protocolo de Atención Integral Humanizada

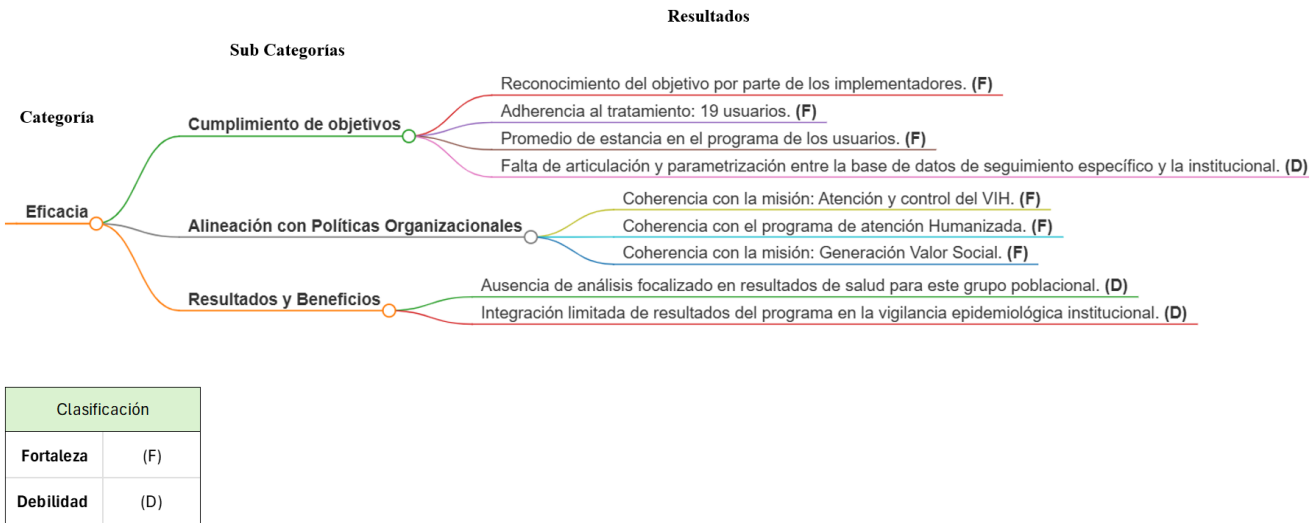
8.4.2 Efectividad/Eficacia

En esta parte, la intención de evaluar la eficacia se relaciona con uno de los aspectos mencionados por Glasgow, et al (2019) La eficacia responde a evaluar las consecuencias deseadas teniendo en cuenta los sistemas de atención en salud y el contexto en general. Lo expuesto, se encuentra en coherencia con el diseño mixto tipo III expuesto por Suarez, et al (2008) en donde se busca evaluar la capacidad de las estrategias de implementación, mientras se recolecta información sobre el impacto en salud de la intervención.

Basado en esta perspectiva, se evaluará la eficacia de las estrategias que desarrollan los implementadores del programa centrándose el cumplimiento de objetivos, la alineación del programa con políticas institucionales y resultados y beneficios para la población en Situación de Calle. Además, se describirá la información que se tenga sobre el resultado en salud del programa de atención para la población en situación de calle. Ahora bien, es necesario clarificar que;

describir la información sobre el resultado, no pretende evaluar impacto en términos de desenlaces clínicos.

Figura 8. Síntesis de los resultados de Evaluación Efectividad/ Eficacia



Fuente: Elaboración propia

Cumplimiento de objetivos. En lo referente al objetivo que tiene el programa, se evidencia que las personas entrevistadas están de acuerdo en que el objetivo principal del programa es la adherencia al tratamiento:

“Garantizar el acceso a la salud y a los servicios, además de fortalecimiento pues de la adherencia al proceso de tratamiento, específicamente dentro del programa” (ESM7)

“Lograr la adherencia de los habitantes de calle al programa, que ellos tengan adherencia a su tratamiento como tal, que tengan en algún momento adherencia, para que, para facilitarles el acceso a la salud” (ESM8)

“Adherencia, como que lograr la adherencia y el apego como tal al tratamiento de estas poblaciones que son vulnerables” (ESM11)

“El objetivo es lograr metas terapéuticas en cuanto a su diagnóstico de VIH/SIDA de los pacientes, inclusive aquellos que están en condición de calle, o sea, me explico, o sea, la idea es lograr adherencia a un tratamiento, llevar a la indetectabilidad, o sea a pesar de que esté en una condición de calle, y obviamente eso tiene un impacto a nivel de salud pública, porque realmente no va a haber transmisión, comorbilidades, muchas cosas de los pacientes” (ESH12)

Los entrevistados logran identificar claramente el objetivo del programa. Sin embargo, para evaluar su cumplimiento, es posible contrastar esta información con los datos proporcionados en el objetivo número dos. En este último, se observa información recopilada en la base de datos "Usuarios de seguimiento del programa", la cual indica que, hasta el momento 19 usuarios mantienen su adherencia al programa, con un tiempo promedio de permanencia de 27 meses, mediana de 26, mínimo 3 meses y máximo 102 meses. Además, se encontró que 9 de los 19 pacientes activos tuvieron una mejoría en términos de disminución de la carga viral y aumento de los CD4. En 2 de ellos el nivel de CD4 permanece en más de 500 células, en un paciente sube de <200 a 200-499. En el resto sube de 200-499 a más de 500. Adicionalmente, tres pacientes tienen disminución de la carga viral, manteniendo estable el nivel de CD4 de 200-499. En síntesis, 12 de los 19 pacientes presentan mejoría en sus parámetros de laboratorio.

Por otro lado, existe otra base de datos denominada "Desistimiento o egresos", que registra a usuarios que, por diversas razones, abandonaron o finalizaron su participación en el programa. En este grupo, el tiempo promedio de permanencia fue de 19.72 meses, con una mediana de 13 meses, un mínimo de 1 mes y un máximo de 89 meses.

Por otra parte, es importante mencionar que no se evidencia articulación y parametrización de la base de datos de seguimiento específico de esta población, con la base de datos de seguimiento institucional.

Alineación con políticas institucionales. Posteriormente, se indagó con los entrevistados si las acciones implementadas en la estrategia están alineadas con el objetivo misional de la institución y con la política de prestación de servicios. En este sentido, los entrevistados asociaron principalmente estas acciones con: el control de carga viral y aumento de CD4, condiciones para facilitar el acceso oportuno, seguro y la atención con enfoque diferencial.

Enseguida, se muestra la relación:

Fragmento de Entrevista	Misión CLS	Política de Calidad y Prestación del Servicio CLS
“Pues digamos que la misión institucional hace parte de realmente lograr que esa población que nosotros atendemos, <u>pues de nivelar sus cargas virales y poder como tener como esa efectividad (...) una adherencia al tratamiento.</u> (ESM11)	En la Corporación de Lucha Contra el Sida prestamos servicios especializados de promoción, prevención, diagnóstico y <u>control del VIH/Sida</u>, otras Infecciones de Transmisión Sexual y patologías concomitantes. Diseñamos y desarrollamos proyectos de educación, investigación y salud de manera íntegra para la vida en <u>un ambiente seguro, humanizado</u> y comprometido con el mejoramiento de la calidad de vida y la <u>generación de valor social.</u>	La Corporación de Lucha Contra el Sida está comprometida con la satisfacción de las necesidades de los usuarios , sus familias , colaboradores y partes interesadas, cumpliendo con el marco legal y los requisitos aplicables a través de la promoción y mantenimiento del servicio de salud, de investigación y educación no formal, <u>en condiciones oportunas, accesibles, seguras , humanizadas, evitando actos de discriminación, con personal competente y un ambiente incluyente que contribuya a mejorar su bienestar</u>, garantizando la sostenibilidad, el crecimiento de la institución y el mejoramiento continuo que permita ofrecer altos estándares de calidad en salud.
“Pues primero que tenga la adherencia, que la <u>carga viral va este indetectable, que los CD4 vayan en aumento</u> y específicamente con la población habitante de calle, pues también <u>fortalecer esas redes de apoyo</u>” (ESM7)		
“Lo que busca el programa de atención integral, además de <u>brindar el acceso oportuno, seguro y de calidad a todas las personas, justamente para la población habitante de calle busca garantizar ese acceso, pero de forma diferenciada</u>, o sea, teniendo un enfoque diferencial y dándole cumplimiento” (ESM7)		
“Aquí <u>tenemos la facilidad de que ellos accedan, tenemos una atención diferencial</u>, que es lo que se busca, en el programa” (ESM8)		

Las acciones descritas por los entrevistados señalan una coherencia con los lineamientos institucionales, específicamente lo relacionado en la misión con el control del VIH /SIDA, ambiente seguro, humanizado y generación de valor social. En cuanto a la política, se relaciona

con la atención en condiciones oportunas, accesibles, seguras, humanizadas, evitando actos de discriminación, con personal competente y un ambiente incluyente que contribuya a mejorar su bienestar.

Resultados y beneficios:

Por último, se pudo conseguir con los entrevistados, dar cuenta de los resultados y beneficios para la población del programa, con experiencias y ejemplos como veremos posteriormente:

“Con todas las acciones que se llevan a cabo desde el programa, pues esos beneficios van a verse reflejados directamente... David, un habitante en calle, él podía venir aquí a la institución y nosotros logramos hablar con la mamá, que aunque no vivía con ella, hablar con la mamá para fortalecer esa red de apoyo social y en un principio se logró llegar a un acuerdo con la mamá de apoyar ese proceso de adherencia, entonces hubo una vinculación de la familia en ese proceso, de su proceso de tratamiento. Pero también, pues, contar con la red de apoyo institucional, que a veces los habitantes de calle no cuentan con una institución que respalde esa red de apoyo social. Entonces, la institución también se convierte en esa red de apoyo social para el para el usuario, así como también el mantenimiento de su proceso.” (ESM7)

“es fácil medir, en cuanto a su tema de laboratorios, o sea, esos son resultados que para nosotros son evidenciables, que los tenemos, como son resultados de carga viral y resultados de CD4. En el caso de los pacientes que tengan sus exámenes al día, esos son, eso tiene un impacto positivo, o sea para mí eso es algo que se puede medir en esta población (...) muchos de esos pacientes que comenzaron como habitantes de calle, dejaron las conductas de habitantes de calle. Tenía un par de pacientes, pues tengo varios, pero

tengo más presente de un paciente que ingresaron con problemas de consumo al programa con unas conductas de calle muy, muy afianzadas y durante su proceso se logró vincular pacientes a programas de rehabilitación. En este caso también de consumo de drogas y los pacientes realmente dejan esas conductas, entonces eso también se rehabilitan en cuanto a todo su proceso de calle y se reincorporan pues a su vivienda normal” (ESM12)

“Un resultado es tener su tratamiento seguro y sus citas médicas y sus exámenes a tiempo (...) Claro que sí, podemos decir y hablar de que hemos de que tenemos muchísimos habitantes de calle dentro del programa que en este momento están, se me escapa ahora. Sí, me voló, quiero decir que están indetectables” (ESM8)

A partir de los testimonios recogidos en las entrevistas, se evidencia que los resultados y beneficios desde los implementadores se centran en tres aspectos: el fortalecimiento de la red de apoyo familiar como estrategia de adherencia al tratamiento; la vinculación con programas de rehabilitación, y el control de la carga viral del VIH. Sin embargo, una de las entrevistadas manifestó cómo en el análisis de información sobre los resultados del programa se debe avanzar.

“yo pienso en eso, desde lo que se maneja de vigilancia epidemiológica, realmente decir que se saque una efectividad propia en términos de indicadores para ese tipo de población no se tiene, como para realmente medir temas de impacto (...) se presentan en los comités de vigilancia, resultados de población global, pero si valdría la pena como para términos de impacto de esta estrategia sacar como esa población específica y ver realmente si se mueve el indicador para bien, para determinar efectividad y el impacto de la estrategia. El indicador está, se mide, pero global; pero entonces sí sería bueno como independizarlo para ese tipo de población para realmente focalizarlo. (ESM11)

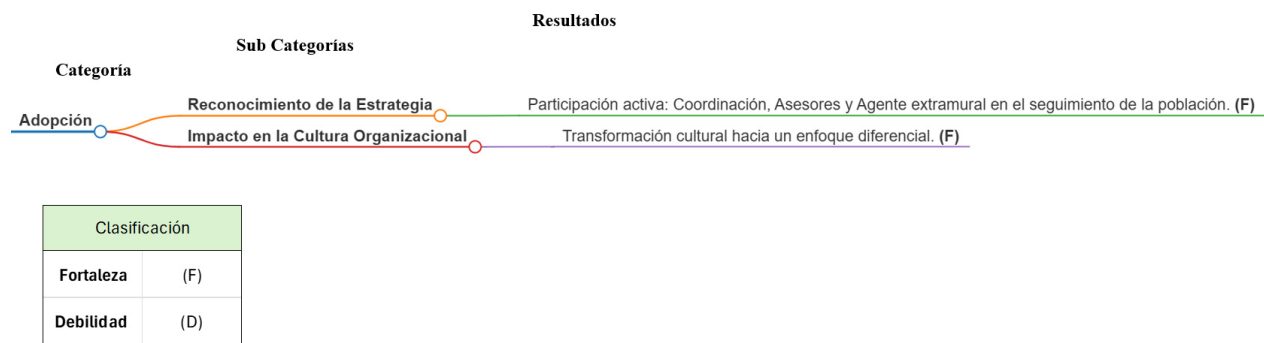
En relación con lo expuesto, se sugiere indicadores de vigilancia epidemiológica por grupos población para evaluar de manera específica el impacto de las estrategias en la población en situación de Calle y aportar a los análisis de comité epidemiológico que desarrolle la institución. Focalizar el análisis permitiría determinar con mayor precisión el impacto de las intervenciones y optimizar su diseño e implementación.

8.4.3 Adopción

Retomando a Glasgow, et al (2019). Este dominio se caracteriza por tener en cuenta el entorno donde se desarrolla la intervención, las personas de la organización que implementan la intervención, así como la cultura y clima organizacional.

En ese orden de ideas, se verificará si los implementadores reconocen el programa diseñado para la población en situación de calle, así como su efecto en la cultura organizacional.

Figura 9. Síntesis de los resultados de Evaluación Adopción



Fuente: Elaboración Propia

Reconocimiento de la estrategia. Se reconocen los roles desempeñados en el programa, y una transformación cultural en la organización para dar respuesta a la atención de una población con características diferenciales,

“Pues básicamente como es un programa que ha estado funcionando desde, pues generalmente contigo como coordinador, generalmente lo que se hace es, cada asesor que tiene, pues a su cargo, pues un habitante de calle establece comunicación directamente contigo con la agente extramural y pues se hace ese proceso como tal de seguimiento” (ESM7)

“(…) En el momento en que me entregan el paciente para hacer el seguimiento y la búsqueda, allí me dicen qué paciente es, qué problemas tiene, que diagnósticos tiene, que otros diagnósticos o patologías tienen(…) Tengo el número de cada de cada uno de mis compañeros, me comunico con ellos y hablamos bien sea, si el paciente ha llegado, si ha vuelto, si ha regresado y a sí mismo, yo le informo a las asesoras y a mi coordinador, si lo he visto o si en realidad no lo he podido encontrar y lo he perdido” (ESM8)

Según lo expuesto por los funcionarios, la intervención se caracteriza por la participación de los actores involucrados en el seguimiento de la población, para el cumplimiento del objetivo del programa. El coordinador de la intervención, los asesores y el agente extramural establecen una comunicación constante que facilita el monitoreo del paciente.

Impacto de la cultura organizacional. Se reconoce una transformación de la cultura organizacional de la CLS a partir de la consolidación del PAI_VIH para la población en situación de calle

“sí culturalmente digamos que, al focalizar este tipo de población, realmente si ha habido un cambio cultural en la organización, si ha habido como esa transformación cultural que nos ha permitido como orientar estas estrategias y aterrizarlo específicamente como este tipo de población” (ESM11)

Las acciones que se desarrollan para dar respuesta a las demandas de la población, desde lo expuesto por los entrevistados, se articulan con el enfoque diferencial y la atención personalizada.

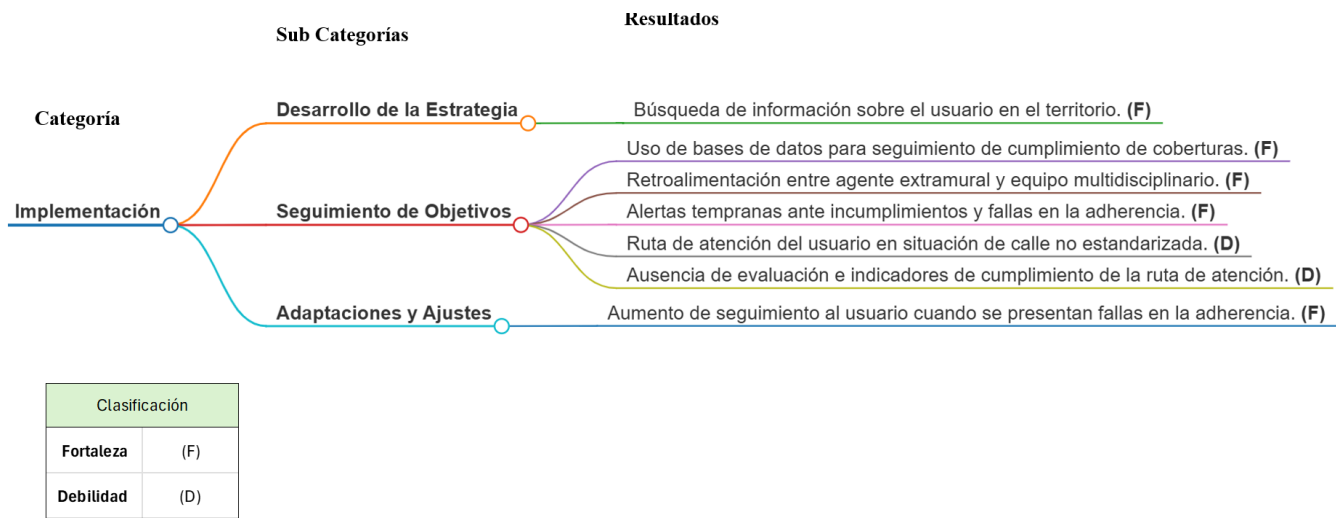
“Sí, y lo hablábamos y está relacionado con lo del enfoque diferencial y la atención personalizada. Entonces, de acuerdo a también como él venga esas particularidades de acuerdo al día y también a su personalidad y a las condiciones que tiene, pues se le brinda una atención específica desde el momento en el que ingresa por el guarda, pasa por recepción y pasa pues por atención de asesoría integral y consulta médica” (ESM7)

“Este programa nos ha sensibilizado a todos y cada uno de nosotros, porque podemos atender una habitante de calle en las condiciones en que llegue, es aceptado y es acogido en el tiempo y momento en que llega” (ESM8)

8.4.4 Implementación

En este aspecto se requiere considerar los elementos clave que aseguran la adecuada implementación. Glasgow, et al (2019) establece que se debe tener en cuenta la fidelidad con la que se desarrolla el programa en relación con su diseño origen, la coherencia frente a la ejecución, y las adaptaciones realizadas para poder ejecutarse. Por lo anterior se evaluará con los colaboradores si la estrategia se desarrolla según lo propuesto, además, se identificará la manera en la que se realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos y las acciones o adaptaciones que se realizan cuando se presentan desviaciones de los objetivos.

Figura 10. Síntesis de los resultados de Evaluación Implementación



Fuente: Elaboración Propia

Desarrollo del programa.

“Dentro de la red institucional nos apoyamos de los otros, de las otras instituciones que trabajan con habitantes de calle, porque ellos también acceden a los servicios que ellos les brindan o también a su red familiar, porque muchos de ellos pues no duermen en su casa, pero sí tienen el acercamiento a la casa(...) ¿De qué manera también? La manera más adecuada es: Nos vemos en la esquina, nos vemos en tal parte yo te llevo, yo te acompaño y así mismo nosotros. Desde la corporación de lucha contra el SIDA les hacemos este acompañamiento a sus citas médicas, a sus exámenes y todo lo que tenga que ver con el diagnóstico” (ESM8)

“si bien el paciente habitante de calle, vive en la calle, desarrolla todas sus actividades en la calle, pues siempre tiene como un punto de referencia en la zona donde se circula, porque el paciente obviamente hay, digamos, organizaciones que le brindan comida, que de pronto le brindan alguna cosa que el paciente necesita, entonces a través de nuestra agente

extramural y esas organizaciones que viven o digamos que funcionan en base al habitante de calle, de pronto se hace un acercamiento más, más cercano, más estrecho para identificar ese paciente que está con incumplimiento ¿qué le ha pasado?, ¿a dónde está?, ¿si se trasladó de zona? y también inclusive hacer visitas al territorio” (ESH12)

La intervención se desarrolla apoyándose en otras instituciones para obtener información sobre la ubicación del usuario. También con la coordinación de puntos de encuentro estratégicos y el acompañamiento en las coberturas del programa.

Seguimiento al cumplimiento de objetivos. Respecto al seguimiento al cumplimiento de objetivos, se hizo referencia en las entrevistas a estrategias como verificación de cumplimiento de coberturas por usuario, seguimiento a las responsabilidades de la agente extramural y comunicación constante con ella, retroalimentación por parte del área medica de los hallazgos en consulta.

“Por el seguimiento que se hace a los usuarios, generalmente, pues de todos los usuarios que hay, tenemos una base de datos donde se le hace seguimiento; del control de los exámenes; de las asistencias médicas que debe tener anualmente; de pues la toma del medicamento que se mide pues por los exámenes y específicamente con los habitantes de calle, igualmente mes a mes se le hace seguimiento” (ESM7)

“Yo como médico me doy cuenta, probablemente nosotros tenemos el agente extramural, el agente extramural tiene que, en conjunto con el asesor integral del programa, dar informes frente a cada uno de los pacientes y verificar cuáles son aquellos pacientes que están cumpliendo, cuales fueron localizables, cuáles no fueron localizables, cuál está tomando su medicamento, y obviamente, en el momento de la entrega del paciente en el

momento de la consulta con el médico, pues la retroalimentación del asesor hacia mí pues yo me doy cuenta que el paciente está adherente y cuál no” (ESH12)

En contraste, una de las entrevistadas propone estandarizar la ruta de atención que se tiene con los usuarios en situación de calle, para lograr la construcción de indicadores y evaluación de resultado con paciente trazador.

“sería muy bueno empezar a trabajar como esas rutas de atención, una propuesta interesante sería aperturarla pues como con el tema de los usuarios de en condición de habitanza de calle ¿Por qué? Porque si se estandarizan en términos de ruta de atención. Allí empezaríamos a hacer un seguimiento, se traduce en indicador, porque digamos nosotros ¿Cómo hacemos para realmente medir como esa adherencia esa ruta de atención? a través de paciente trazador, verificamos con paciente trazador que efectivamente esa ruta se dé, hacemos evaluación, hacemos retroalimentación y ya traduciéndolo en indicadores pues obviamente ya se puede mirar muchísimo más la efectividad de la estrategia. Ya entonces creería yo que sería muy bueno, como que documental o en términos de ruta para de ahí en adelante, ya que operativamente se está haciendo ya, pero entonces sí como para que ya sea como de, de, de, o sea, se manejan y a de manera transversal, como en todo el proceso” (ESM11)

Adaptaciones y ajustes. En lo concerniente a las adaptaciones y ajustes de las acciones para lograr el cumplimiento de los objetivos, se resalta por parte de los entrevistados: La notificación o alerta temprana de fallas en la adherencia, el aumento de seguimiento al usuario que presenta las fallas en la adherencia, la búsqueda activa en el territorio y acciones conjuntas con la red de apoyo si la tiene para fortalecer el proceso del usuario.

“yo tengo que notificar a la persona, el asesor integral en este caso, quien está incluido dentro de esa ruta, especificar el paciente no vino para ver si podemos ubicarlo durante toda la jornada laboral, a ver si podemos obtener cualquier acercamiento” (ESH12)

“Si hay un usuario que de pronto no asiste, no ha venido, pues se le hace mayor seguimiento, o sea, es un seguimiento que es más continuo, sin embargo, siempre está en constante comunicación contigo y pues con la agente extramural para saber que tiene pendiente que coberturas está el día, sí se está tomando o no el medicamento” (ESM7)

“Poner una búsqueda activa, apoyarme su red, por eso es tan importante saber si tiene red familiar, red de amigos o una red institucional donde yo lo pueda encontrar” (ESM8)

Con todo esto, también se contempla el egreso del paciente del programa con la firma de desistimiento informado del acompañamiento.

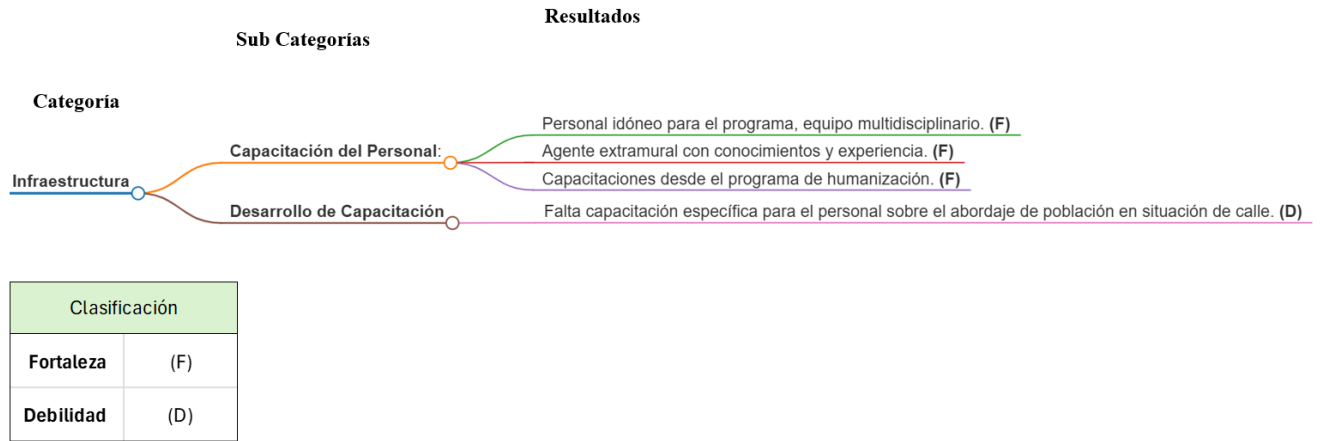
“hay que ir en busca de ellos y mirar. Bueno, se continúa definitivamente o se desiste y entra en juego pues como toda esa parte de la gestión que se haga ese consentimiento o desistimiento informado” (ESM11)

8.4.5 Infraestructura de la Implementación

En relación con la **Infraestructura de implementación** Rabin et al (2022) indican que este aspecto tiene en cuenta las características de implementación, capacitación, equipo asignado para desarrollar el proceso, auditoría de este, retroalimentación continua y planes de continuidad.

En ese sentido se valorará si se cuenta con el personal idóneo para desarrollar la intervención, además si se generan capacitaciones para orientar al equipo.

Figura 11. Síntesis de los resultados de Evaluación Infraestructura



Fuente: Elaboración Propia

Idoneidad del Personal. Con respecto a la idoneidad del personal se destaca por los colaboradores la conformación de un equipo multidisciplinario compuesto por profesiones como: Trabajo Social, Psicología, Enfermería, Medicina, entre otros que implementan el programa, así como el reconocimiento de una agente extramural con conocimientos específicos en la población en situación de calle y el territorio en el que se movilizan.

“Sí hay un personal idóneo, empezando pues desde donde empieza a dirigirse al programa. Desde Trabajo Social, hay un equipo asistencial también que trabaja en equipo, trabajadores sociales, psicología, jefas de enfermería. Igualmente se trabaja juntamente con el área médica, porque también trabajan de la mano y con la agente extramural” (ESM7)

“Sí, me parece que sí, porque es una persona que conoce el territorio y conoce como es, no sé la palabra, pero lo decir, cómo es la movida en la calle entonces de alguna u otra forma,

eso nos garantiza de que, de que no seamos ajenos al comportamiento y al, a cómo funciona la calle de estos pacientes” (ESH12)

La idoneidad como evidencia se identifica específicamente en las contrataciones del personal para dar cumplimiento a la atención integral según lo expuesto en el Manual de atención integral (2023)

	ATENCIÓN INTEGRAL	MANUAL	Código: MAN – AIN – 009
	MANUAL INSTITUCIONAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA EN VIH/SIDA Y EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL		Versión: 003
			Emisión: Agosto 2022
			Página: 4 de 40

Servicios ambulatorios de salud para el tratamiento integral especializado del VIH/Sida, en la Corporación de Lucha Contra el Sida:

- Atención Médica Integral Especializada: Incluye atención por medicina especializada en VIH/SIDA (Medicina General supervisada, Medicina especializada en VIH, Ciencias Biomédicas Básicas con énfasis en Inmunología, Medicina Interna, Infectología y Psiquiatría), para adolescentes y adultos.
- Asesoría Integral (trabajo social, psicología, enfermería, química farmacéutica, regente de farmacia) o “Unidad terapéutica para la Adherencia”: A través de atenciones previas y posteriores a las consultas médicas especializadas, principalmente enfocada a la búsqueda de soluciones individuales y colectivas que conduzcan al mejoramiento continuo de la adherencia al programa, al auto cuidado y al tratamiento antirretroviral, con énfasis en estrategias amigables para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el logro de óptimos resultados de efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos y

Desarrollo de Capacitación. Por lo que atañe al proceso de capacitación del equipo que implementa el programa es claro para los entrevistados que existe una capacitación frente a la humanización de la atención, no obstante, una capacitación específica para la población sujeto de la intervención como parte de un proceso estandarizado no se ha realizado. Lo anterior marca la necesidad de acciones de mejora en este aspecto.

“El tema de ruta de atención como tal de esa población en específico no la tenemos, está como en ese proceso de implementación, estamos haciendo toda la parte de estandarizar, documentar. Se hace capacitación a nivel general de las líneas de acción desde el programa

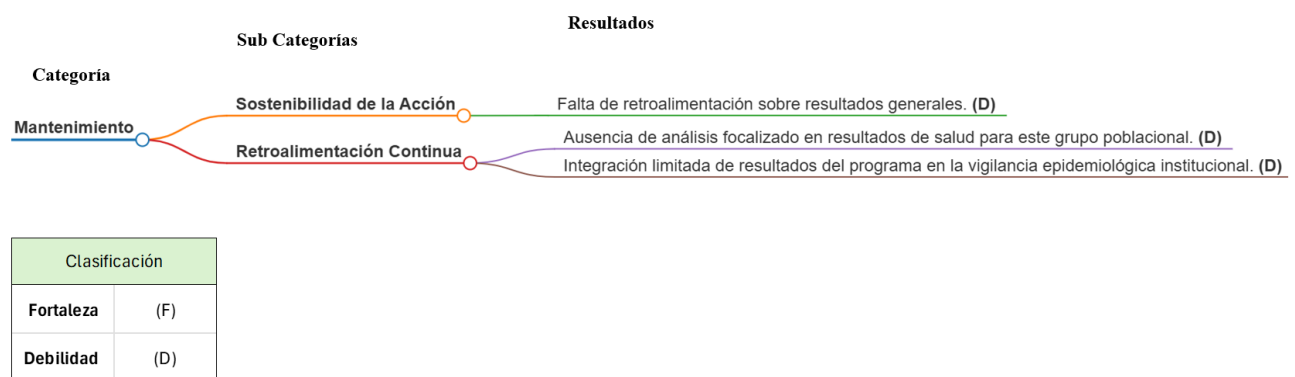
de humanización, pero aterrizarlo específicamente, ¡No!, sería pues, como una acción importante de mejora que se debería tener en cuenta” (ESM11)

“Pues de hecho yo creo que esa capacitación se ha hecho no de manera estandarizada, sino que se ha hablado directamente con cada asesor para saber cómo se va a tratar ese proceso, más que como una capacitación con absolutamente todos. Sin embargo, sí hay un protocolo de humanización donde ya se empezó a incluir” (ESM7)

8.4.6 Mantenimiento

Frente al Mantenimiento Glasgow, et al (2019) establece que permite reconocer el grado en que la intervención se mantiene durante un periodo no menor a seis meses después de su implementación, así mismo la manera en que esta se institucionaliza y forma parte de las prácticas y políticas rutinarias de las organizaciones. En esta parte, se revisará como se sostiene el programa en el tiempo y las evaluaciones que se desarrollan.

Figura 12. Síntesis de los resultados de Evaluación Mantenimiento



Fuente: Elaboración Propia

El mantenimiento del programa desde los entrevistados lo relacionan con aspectos antes mencionados como indicadores específicos para este grupo poblacional, así como capacitaciones

que fortalezcan el abordaje de la población y el seguimiento constante a los resultados. Estos elementos según lo evaluado deben estandarizarse, tal como se sugirió en el apartado de eficacia se requiere de indicadores de vigilancia epidemiológica institucional por grupo poblacional, por ejemplo, para este caso, usuarios en situación de calle, con el fin de hacer análisis de la información y definir estrategias de continuidad.

“Con el seguimiento constante de ver si está funcionando con todo lo que me venias preguntando de los indicadores, si realmente el equipo también se está capacitando frente a cómo abordar estos temas, ¿cómo está funcionando el programa?, entonces se puede mantener siempre y cuando va a tener un equipo que esté capacitado, que conozca sobre el tema, y siempre cuando se le haga seguimiento a las acciones que se están realizando.”

ESM11

Por otra parte, los entrevistados proponen la continuidad del programa desde un proceso de expansión de la intervención para que se replique en otros espacios involucrando a diferentes actores del sistema de salud.

“Primero, obviamente, eso debe ser un esfuerzo de todos los niveles, o sea nosotros no sólo como IPS, sino que también los niveles pues ya a nivel de la población que asegura y entiendan la importancia de tener en control a esta población. Porque si bien, la epidemia del VIH presenta, digamos, cada vez, díganos contralamos más a la población, los nichos o las poblaciones de alto riesgo en donde está la epidemia, todavía sigue estando concentrada, siendo los pacientes habitantes de calle pacientes que tiene unas conductas de riesgo muy alto y ahí se pueden presentar nuevos brotes de infección. Entonces, creo que, a nivel, si todos, tanto el nivel de IPS, EPS y la estrategia de nosotros como equipo,

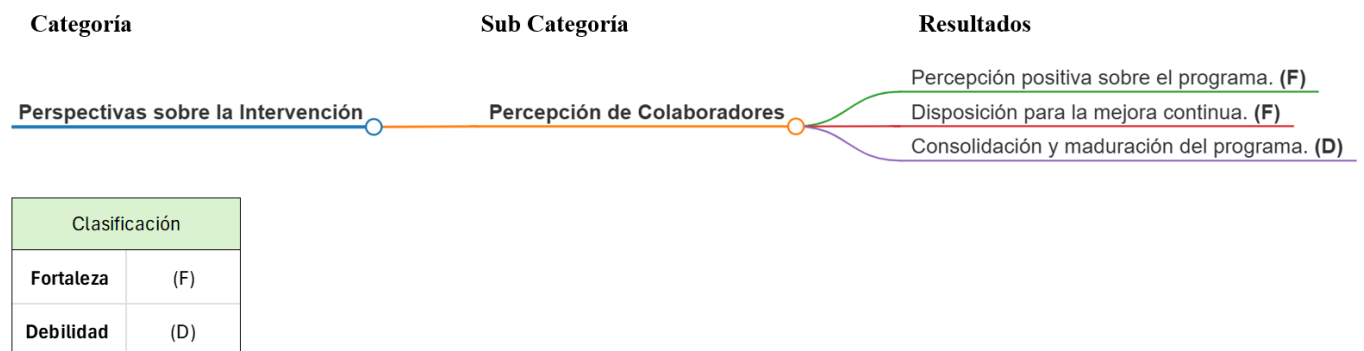
digamos nos ponemos la camiseta para sostener el programa, claro que sí, es muy sostenible porque vamos a tener un impacto en salud pública muy positivo” (ESH12)

8.4.7 Perspectivas sobre la intervención

8.4.7.1 Perspectivas sobre la intervención por parte de los colaboradores.

Al revisar las Perspectivas sobre la intervención, siguiendo Rabin et al (2022) se analiza la experiencia de los colaboradores de la organización sobre el funcionamiento de la intervención, la percepción sobre el programa y la compatibilidad con la misión de la organización. Estos elementos se han desarrollado a lo largo de la evaluación, sin embargo, aquí se puntualizará en la percepción de los colaboradores sobre la valoración del programa para la atención de los usuarios en situación de calle.

Figura 13. Síntesis de los resultados de Evaluación percepción colaboradores



Fuente: Elaboración Propia

“Yo creo que es una buena estrategia y hasta el momento está funcionando, sin embargo, creo que está en proceso y pues vienen muchas cosas. Pues que nosotros no solamente atendemos a los pacientes de aquí de Cali, hay otros pacientes en otros lugares y pues de

pronto eso se nos sale un poco de nuestros alcances, pero también habría que empezarse a revisar cómo hacer para tener mayor alcance con esta otra población” (ESM7)

“creo que ha sido un éxito, es un éxito” (ESM8)

“cómo se está, como en ese proceso de implementación, o sea, todavía digamos que tan maduro como tal o tan madura la estrategia todavía no está. No es que no estemos haciéndolo bien, creería yo que es una estrategia muy buena. no sé si de pronto referenciarnos que haya otra institución que tenga ya muy madura esta parte de podernos referenciar ¡ya! para poder nosotros mirar de pronto que otras actividades o alinearnos de pronto con otras estrategias exitosas que tengan en otra institución (...) ha sido pues como algo novedoso para la institución y como también que se podría de pronto mostrar en algún momento, ya que estamos, como en todo el tema del proyecto acreditación como estrategias o como prácticas exitosas que tenemos nosotros, podría ser también” (ESM11)

“Me parece que es adecuada y valiosa, o sea, yo soy fiel conocedor de los esfuerzos que se hacen para mantener un programa como, como este, porque realmente no es solo asignar una cita, delegar unas responsabilidades a un paciente, sino que tenemos que ir más allá de inclusive a veces de garantizar lo mínimo de transporte, alimentación, hacia algunos pacientes que a veces se presentan acá. Entonces, creo que es importantísimo mantener estos programas, porque, alejándonos un poquito de, digamos, del paciente de VIH, en el caso de aquellos pacientes que están con riesgo de presentar tuberculosis activa, tratarlos también es otro impacto en salud pública que acá en el programa también se hace, entonces creo que son programas que, que no solo son importantes, sino que son valiosos, y qué

bueno que se mantengan y a nosotros, pues, digamos a nuestro universo pequeño pues nos han dado buenos resultados” (ESH12)

8.4.7.2 Perspectivas sobre la intervención por parte de los usuarios.

Es fundamental según lo expuesto por Rabin et al (2022) revisar la perspectiva de los beneficiarios del programa sobre el acceso al programa, la facilidad de uso de los servicios y las barreras existentes dentro de la intervención. Por lo anterior, se entrevistó a cinco usuarios del programa para conocer su perspectiva sobre el acceso a los servicios de salud, la gestión del equipo de atención para la disminución de barreras y facilidad de adherencia, por último, la percepción de inclusión dentro de las acciones institucionales.

Figura 14. Resultados de Evaluación Percepción Beneficiarios



Fuente: Elaboración Propia

Acceso a los servicios de salud. Con respecto a la experiencia de ingreso al programa, los usuarios relatan en un primer momento el motivo con relación al diagnóstico de VIH, posibles mecanismos de transmisión del virus y la captación y acompañamiento por parte de otras instituciones para lograr vinculación a la CLS y su programa de atención.

“Ah porque, me hicieron tomar las pruebas del VIH y salió positivo entonces me mandaron para acá” (ESH14)

“Eh pues la gente de samaritanos fue que me decidí pues a hacerme la prueba de VIH, de ahí fue que pues salí positivo y ahí me ayudaron a llegar aquí” (ESH15)

“Bueno, comencé a sufrir eso hace como 7 años más o menos que yo me, me chutí heroína y me chutí con una jeringa que estaba infectada y pues gracias a Dios lo digo gracias a Dios, que en ese momento estaban haciendo una prueba de VIH y me la hice (...) fue cuando conocí a doña Marta, me dijo usted Andrés Valencia me dijo Sí, venga, necesito hablar con usted, no lo vaya a tomar muy sí de pecho ni nada. Pero lo ¿Usted se acuerda del examen que yo le tomé a usted de VIH?, sí le salió positivo, entonces yo uf, casi me dan ganas de llorar, yo ese día uf, me dijo, pero tranquilícese que hay pastillas para eso, usted tiene seguro, eh; Nosotros vamos a ayudarte, vamos a darte una mano para que reclame esas pastillas, pero yo ese día, yo estaba pues claro que usted le diga tiene SIDA a usted le hablan aquí, le sale por acá, yo ese día estaba pensando yo como así que SIDA, pero ¿Cómo así? Sí, me entiendes, estaba mal, pues ahí fue donde comenzó todo” (ESH10)

“El primer momento cómo llegué aquí exactamente, fue por parte de samaritanos de la calle por la Corporación viviendo, en el barrio Sucre, me dieron la oportunidad, me dieron las pautas, el conocer de esta corporación (...) sobre el VIH y todo, así de esa manera vine a dar aquí a la corporación” (ESH9)

“Pues ingresé al programa porque pues yo estaba en situación de calle en ese tiempo, no; entonces, lastimosamente pues me contagié del VIH y al lugar donde yo asistía que me

daban los implementos de para consumir, pues para que no se contagiarán más las enfermedades, eh... había un compañero, creo que llamaba Brian también, así como usted; él fue el que me indicó que tenía que tomarme, tenía que entrar al programa y tomar los retrovirales para no dejar que la enfermedad avanzara” (ESH13)

En lo concerniente a su percepción sobre las acciones implementadas por el equipo de atención de la CLS para facilitar el acceso al programa, los usuarios destacan el trato del personal que brinda la atención y la orientación sobre la oferta de los servicios.

“(...) La verdad que aquí me sentía muy bien, muy bien atendido” (ESH10)

“Mi experiencia aquí ha sido, pues al principio fue muy, muy duro, pues por la noticia y todo eso. Me dieron las pautas necesarias para poder conllevar esa enfermedad (...) Pues, todo ha sido muy controlado por parte de ustedes” (ESH9)

“Pues me acuerdo, lógicamente estaba mal, estaba en situación de calle, pero cuando llegué me atendieron muy bien, me explicaron cómo era el programa que tenía que hacer para poder retener el virus y estar bien. me atendieron como si fuera un rey, todas las expectativas las llenaron” (ESH1)

“pues desde el principio siempre me han acogido bien, siempre la atención ha sido buena. Eh... en medicamento, todo, todo ha sido excelente” (ESH15)

Profundizando en las acciones para facilitar el acceso de la población se identifica en el relato; búsqueda activa de los usuarios junto con el reconocimiento sus capacidades, entrega del medicamento en el territorio, comunicación constante con los usuarios y subsidio de transporte.

“eso los buscaba por todo lado. A mí nunca me tocó, ella nunca me tocó buscar porque yo siempre llegaba ahí. Más bien, yo le ayudaba a buscar a los pelaos que... que ella necesitaba encontrar” (ESH10)

“Pues Marta, para mí ella es encargada funcionaria de la corporación, según yo de los medicamentos, ella es una persona que me colabora se puede decidir en esas cuestiones de hasta el punto de llevarme el medicamento al sitio (...) ella trabaja allá directamente donde uno va y se baña todas esas cosas. Por ahí era que nos veíamos” (ESH9)

“Me comunican, pues, ustedes mismos me comunican las consultas médicas pues ustedes me dicen a tomar los exámenes” (ESH14)

“Nunca me faltaron con el transporte, siempre me daban un subsidio” (ESH10)

“Pues realmente nos ayudan con un subsidio como de transporte por decirlo así, y la verdad pues, es una ayuda bastante buena y necesaria” (ESH15)

Con relación a la percepción sobre el impacto de las estrategias desarrolladas por los funcionarios de la CLS en la salud de los beneficios se identificó: control del VIH, reducción de síntomas relacionados con infecciones oportunistas y cambios en los hábitos de vida.

“Realmente, la verdad, si, en el ámbito de los síntomas, me ha mejorado la salud porque antes sufría mucho de fiebre, escalofrío” (ESH15)

“Con ese tratamiento de la hepatitis C; me ayudaron, me cure. Me ayudaron en muchas cosas. ¿Pa’ qué? Aquí me atendieron muy bien, estoy muy agradecido con ustedes” (ESH10)

“Si claro, si hay una mejora, hubo un tiempo que yo tuve una recaída, que no me estaba tomando los retros y me sentía débil, no sé si era psicología, aunque creo que no, pero si me sentía decaído no me daba hambre, me sentía sin fuerzas; en cambio, ahora que si estoy juiciosos tomándome los retros y si se ve la diferencia” (ESH13)

“Sí, Uyy, de un ciento por ciento, un noventa por ciento, digo yo de que he mejorado, me siento muy bien, me acuesto a las 7:30, me levanto a las 5:00 de la mañana haciendo una oración para Dios y pidiéndole por toda la humanidad” (ESH14)

Gestión organizacional para la disminución de barreras y cumplimiento de objetivos.

Con relación a la percepción de los usuarios sobre la garantía del tratamiento antirretroviral, se les pregunto a los entrevistados si el equipo de la CLS le entregaba el tratamiento, identificando su respuesta como afirmativa, además uno de ellos estableció que la agente extramural le informaba previo a la fecha en la que iba a reclamar el tratamiento por él.

“Si he tenido mi medicamento, como vuelvo y repito he tomado mi medicamento juicioso” (ESH14)

“Normal, me entregaba el del día me lo tomaba, y listo (...) diariamente y lo que era el viernes me daba lo del sábado y del domingo” (ESH10)

“Si, ella nos lo suministra, ella dice, voy a ir a reclamarlo en tal fecha, y al día siguiente ya nos los está entregando” (ESH15)

En lo referente a las acciones de educación para la comprensión sobre el cuidado de su salud, los usuarios destacaron que se les informó sobre el VIH, la importancia de la toma adecuada del medicamento, uso del preservativo para evitar transmisión del virus, entre otros aspectos

“Yo tenía una idea errónea de lo que era el VIH (...) Sí me han dado totalmente la información requerida sobre eso. (ESH9)

“Sí, señor. Tengo que estar juicioso, tomándome todos los días del medicamento y venir a los controles hacerme los exámenes regularmente que me mandan y pues cuidarme; si en tal de que esté con una pareja o si tuviera pareja en ese estado, en ese momento estoy soltero. Tener, usar protección y todo eso” (ESH13)

“Sí claro, tengo el conocimiento de que debo protegerme y proteger al mismo tiempo a los demás. Por ese motivo, me toca pedirle al doctor que me envíe los condones, los preservativos para yo cuidarme y para proteger a las demás personas” (ESH14)

“Pues sí, pues, o sea realmente, pues me parece que si porque uno ya sabiendo lo que tiene uno, uno ya sabe que se tiene que cuidar y es una ayuda, una ayuda buena” (ESH15)

También se preguntó a los beneficiarios del programa si les habían explicado de manera clara y sencilla sobre su tratamiento y coberturas a las que accede.

“me decía vea salió un poquito, le salió excelente. Otras veces me decía salió esto, vamos a ver si cambiamos las pastillas. Sí, me entiende. Son personas que están pendiente de uno sin necesidad de uno tener plata ni nada. Son personas que se preocupan por uno. Eso es lo bueno.” (ESH10)

“Sí, me han explicado los exámenes, el doctor me manda a hacerme unos exámenes, hoy me va a hacer una orden para entregarme unos exámenes de “escupo” a ver cómo estoy, otra vez, aunque ya los otros exámenes me han salido negativos, me siento bien” (ESH14)

“Pues si realmente sí, eh, pues lo que han explicado, no, eh...pues que soy portador del VIH eh y que pues necesito tomarme el medicamento juicioso por toda la vida antes de que vaya a convertirse a un SIDA” (ESH13)

Percepción de inclusión en las acciones institucionales. En lo concerniente al acompañamiento por parte de la agente extramural los entrevistados recalcaron el acompañamiento realizado en el territorio para la entrega de medicamentos y el fortalecimiento de la red de apoyo.

“Claro. Pues ella me ha llevado el medicamento. Me he mejorado también, por la forma de ser de la persona, eso me llena de mucho gozo, mucho gozo, de que se preocupan por mi salud” (ESH14)

“doña Marta hacía más que todo estar pendiente de que me tomara los retrovirales, ella nos buscaba allá en la en la olla o en el en Sucre todos los días por la mañana y nos colaboraba con el desayuno y ahí mismo nos daba el retro. Estaba pendiente de que todos los días nos lo tomáramos (...) Ella se contactó con mi familia, ella conoció a mi papá; entonces ella consiguió el número de mi papá y pues para que yo estuviera bien, como ella me aprecia mucho todavía, ella se comunicó con mi papá y se comunicó acá para que el quedará como acudiente mío y mi hermano” (ESH13)

Los entrevistados también hacen referencia a la comunicación con la agente extramural, describiendo a fondo el acompañamiento. Describen métodos como llamada telefónica, y comunicación con grupo familiar,

“tienen comunicación, lo que tengo entendido mi papá con Marta” (ESH9)

“Por medio del teléfono, por el que Marta me llamó, por el teléfono habló con mi madre y le dijo, yo hablé, yo la saludé también, me la paso por el teléfono, la saludé, me dijo que quería verme a ver cómo seguía, como estoy entonces me alegro, me da mucho gozo, mucha alegría, saber de qué se preocupan por mi salud” (ESH14)

“Pues la verdad, como nosotros vamos a desayunar ahí, yo voy con mi mamá. Entonces nosotros nos acercamos mucho a samaritanos, ahí es que nosotros tenemos el contacto con ella (...) Pues ella no lo suministra, ella dice, voy a ir a reclamarlo en tal fecha, y al día siguiente ya nos los está entregando” (ESH15)

En lo concerniente a la prestación de servicio humanizado por parte de los entrevistados expresaron sus valoraciones sobre el programa:

“Excelente la atención, mejor dicho, yo a usted le he dado, le doy las gracias de nuevo, tanto por el conocimiento suyo médico y con la atención humana, eso más que todo (...) En asesoría, me explicó todo exactamente donde tenía que ir, y la ayuda psicológica, el echar pa’ adelante todo eso, y como le digo doctor y el acompañamiento, nunca me abandonó en el sentido de los medicamentos. Eso nunca lo hizo. Pues para mí está todo muy completo para que, no, todo está muy bien para mí.” (ESH9)

“Están haciendo muy bien porque uno pelao sin plata, están haciendo mucho mas bien por uno (...) Me gustaría que fuera como antes, pues, pero como ya no estoy en el mismo programa, ya no estamos aquí; Ya no va a ser lo mismo” (ESH10)

“Bien, todo bien gracias a Dios. Lo único es que pues a veces, como cuando estaban recién empezando, el programa estaba en situación de calle, entonces, pues yo entiendo que se

hace maluco, ¿no? Porque de pronto alguien piensa que uno se va a llevar algo, de pronto el portero a ese estaba como ahí, muy pegado, pero no, normal, uno entiende” (ESH13)

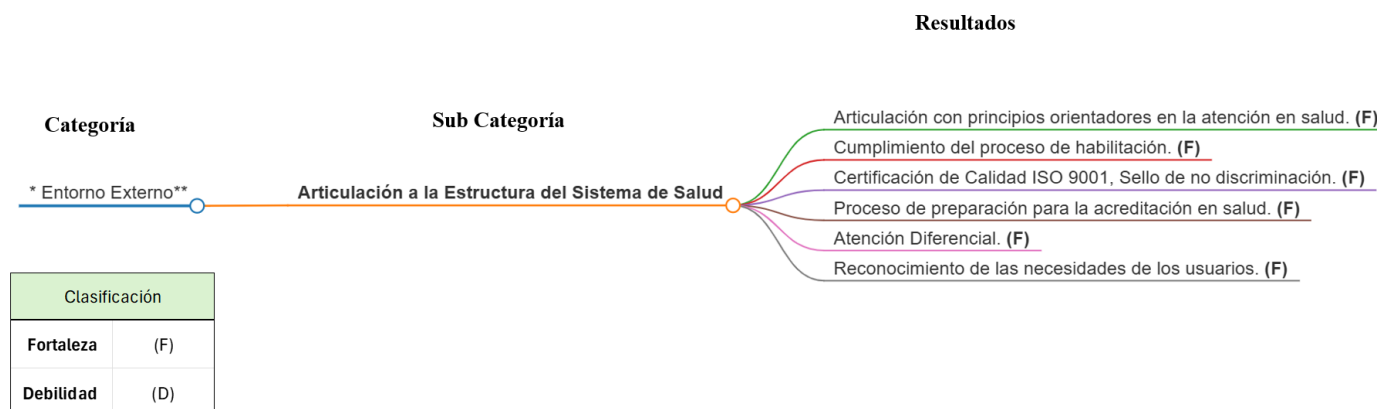
“Muy bien, muy, muy respetuoso. Me me respetuoso la gente para conmigo, muy bien, buen servicio, muy contento porque siento que me han dado amor eso me llena de felicidad.” (ESH14).

8.4.9 Entorno Externo y Características de los entornos de implementación

La revisión de los entornos en la implementación de programas de atención en salud es fundamental para comprender la relación entre las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y los marcos regulatorios pertenecientes al sistema de salud, además de aspectos políticos y económicos que condicionan su funcionamiento. Desde el enfoque de ciencias de la implementación y el modelo RE-AIM/PRISM, el entorno externo se configura como un conjunto de factores estructurales que influyen en la adopción, sostenibilidad y efectividad de las intervenciones en salud. Según las investigaciones recientes, la interacción entre regulación gubernamental, financiamiento y redes de actores es determinante para la calidad y el acceso equitativo a los servicios. (Holtrop, et al. [2021], Shelton et al. [2020],).

En este aspecto, el presente apartado da cuenta de la relación del entorno externo con el programa de atención integral para población en situación de calle desarrollado por la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS). Específicamente la relación con principios orientadores en la atención en salud, expuestos en la Ley 100 de 1993, la habilitación de IPS, la calidad en la libre competencia, la acreditación en salud y las necesidades de los usuarios. La relación con los aspectos mencionados que forman parte del sistema de salud y normatividad surgen de los hallazgos de la revisión bibliográfica y entrevistas.

Figura 15. Síntesis de los resultados de Evaluación Entorno Externo



Fuente: Elaboración Propia.

Para comprender el funcionamiento del programa de atención en salud implementado por la CLS, institución prestadora de servicios de salud en Colombia, es necesario hacer revisar la Ley 100 de 1993. Esta ley es clave para entender los principios y características del sistema de seguridad social en salud en el país, tal como lo establece el artículo 153, parágrafo 3 Protección integral. “Se brindará atención en salud integral a la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia, de conformidad con lo previsto en el artículo 162 respecto del Plan Obligatorio de Salud.”

De acuerdo con esto, todas las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia deben desarrollar programas y acciones que den cuenta del cumplimiento de los principios mencionados, con el objetivo de aportar al mejoramiento de las condiciones de salud de los sujetos que se benefician de la presentación de sus servicios, independientemente del nivel de atención.

Al revisar la política de calidad y prestación del servicio de la CLS, se observa en la misma, el reconocimiento de los principios que orienta la ley 100 de 1993 para el desarrollo de prestación de los servicios que componen el programa de atención integral.

Figura 16: Política de la Calidad y Prestación del Servicio



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Políticas institucionales

La Ley 100 de 1993 también establece que para que una entidad pueda constituirse como Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS), debe cumplir con los requisitos definidos por el Ministerio de Salud. Esto significa que en teoría ninguna IPS puede desarrollar programas de salud sin la correspondiente habilitación otorgada por la autoridad competente. En cumplimiento de esta norma, la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS) se constituyó como IPS en 1992 y

según lo indagado en las entrevistas cumple con los requisitos de habilitación para la operación del programa de atención integral. En particular, la CLS se rige por la Resolución 3100 de 2019,

“nosotros por ser institución de salud digamos que nos cubre varias, pero las grandes y principalmente por ser IPS sería la resolución 3100 la de 2019, que es todo lo de la parte de habilitación que la cumplimos, nosotros con nuestro certificado de habilitación en los servicios que tenemos como: Medicina general, tenemos psicología, tenemos el servicio farmacéutico, tenemos infectología, en Psiquiatría” (ESM2)

Unido a lo anterior y tal como se menciona en el Manual de Atención Integral (2023), la CLS ha obtenido otros reconocimientos, como el Certificado por la implementación del Sistema de Gestión de Calidad bajo la norma ISO 9001:2000, ISO 9001:2008, ISO 9001:2015 hasta junio de 2021, sello de no discriminación, entre otros. Esto le ha permitido a la institución consolidarse en el mercado de la red de prestadores de servicios para el diagnóstico de VIH, a la vez que resalta la calidad de los servicios ofrecidos a la población.

En este sentido, la gestión de calidad se consolida como un factor estratégico en el entorno externo, ya que no solo incentiva a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) a contratar con una IPS, sino que también otorga una ventaja competitiva a aquellas instituciones que buscan elevar sus estándares de calidad en la prestación de servicios. Esto se traduce en un elemento diferencial clave dentro de un mercado en libre competencia.

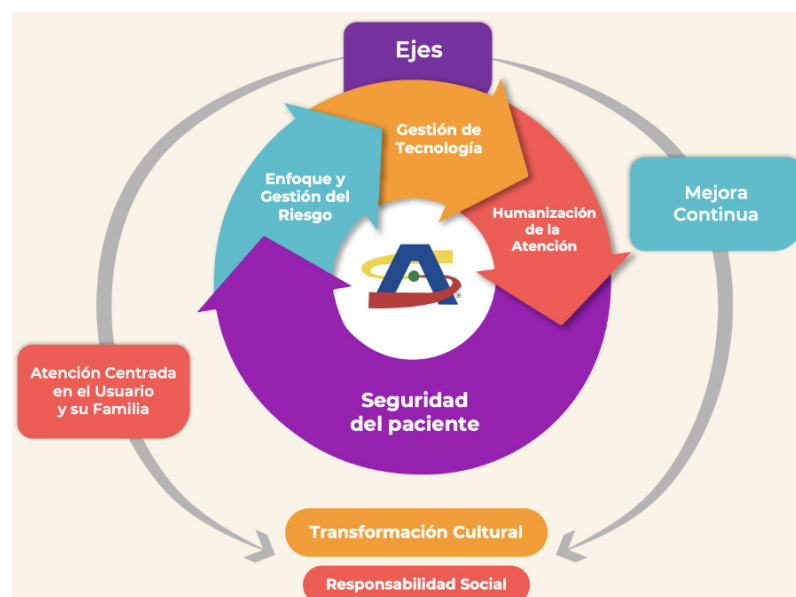
Profundizando en el factor estratégico de la calidad, la ley 100 de 1993 establece la promoción de un sistema de acreditación para las IPS, con el fin de fomentar la calidad y el mejoramiento continuo en la prestación de servicios. En esta línea, el Decreto 903 de 2014 profundiza en el concepto de acreditación, definiéndose como un conjunto de procesos,

procedimientos y herramientas de implementación voluntaria y periódica, a los cuales las entidades se someten para verificar el cumplimiento gradual de niveles de calidad superiores a los requisitos mínimos obligatorios.

Al revisar el modelo de atención integral (2023), se observa que la CLS está en proceso de preparación y gestión para obtener la acreditación de alta calidad. Para ello, se han implementado diversas acciones enfocadas en los ejes de acreditación establecidos por el Icontec, institución autorizada por el ministerio de salud para ejercer funciones de organismo acreditador en salud.

Lo anterior, con el objetivo de promover la mejora continua tanto a nivel organizacional como en la calidad de la atención. Los ejes definidos por el Icontec y adoptados por la CLS, son transversales a todos los procesos de la organización. En la siguiente imagen se muestran los 8 ejes de acreditación:

Figura 17: Ejes de Acreditación



Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Cartilla de Colaboradores

Esto evidencia nuevamente que la calidad de la atención, los programas implementados y el funcionamiento de las organizaciones están estrechamente influenciados por las directrices emitidas por los organismos reguladores del sistema, como el Ministerio de Salud.

Desde la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (2005) se propone establecimiento de un sistema de información que permita la publicación periódica de los resultados de calidad de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Aunque este sistema de información aún no está plenamente desarrollado en Colombia, realizando revisión de sitios web de instituciones prestadoras de servicios de salud se identifica que algunas instituciones han comenzado a divulgar sus resultados de calidad con el fin de destacarse frente a sus competidores. La CLS también se ha sumado a esta práctica y comparte sus reconocimientos a través de su página web.

Figura 18: Reconocimientos institucionales

Reconocimientos



1. Sistema Institucional de gestión de la calidad re-certificado bajo los parámetros de la Norma Internacional ISO 9001:2015.
2. Nos estamos preparando para el proceso de acreditación en salud.
3. Registro del Comité Institucional de Ética como "Institutional Review Board (IRB)" en los Estados Unidos de América.
4. Registro y categorización por MINCIENCIAS del Grupo de Investigación "Educación y Salud en VIH/Sida", de la Corporación con la colaboración de instituciones académicas y centros de investigación para la educación formal superior.
5. Registro ante el Centro Internacional de ISSN en París, de la colección seriada "Memorias del Curso Internacional de Enfermedades Infecciosas y Seminario Integral del Sida", con 17 volúmenes publicados en www.clsida.org.co/memorias.html entre 1996 y 2010.
6. Icontec Otorga Sello de No discriminación del Ministerio del Interior.

Fuente: Corporación de Lucha Contra el Sida. Sitio web

Por otro lado, un componente clave de los procesos de calidad es el reconocimiento de las necesidades de los usuarios durante la prestación de los servicios, asegurando así una atención con enfoque diferencial. En ese orden de ideas, el Lineamiento para la Atención Integral en Salud de la Población en Situación de Calle, elaborado por el Ministerio de Salud (2021), proporciona directrices esenciales para identificar las necesidades de la población y en consecuencia brindar una atención idónea, a través de un acceso oportuno, que priorice la prevención de enfermedades y deterioro de la condición de salud.

El lineamiento también propone la implementación de programas enfocados en la educación y la comunicación empática, respetuosa y libre de prejuicios hacia la población en situación de calle. Estos programas deben abordar aspectos clave del estilo de vida y los factores de riesgo relacionados, como: la sexualidad, el consumo de sustancias psicoactivas, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y enfermedades como la tuberculosis (TB). Además, recomienda un enfoque extramural para garantizar una atención con enfoque diferencial a los sujetos de intervención en salud.

Por consiguiente, al revisar la documentación conforme a los lineamientos establecidos, se observa que los programas de atención integral de la CLS cuentan con un protocolo de atención humanizada (2023). En este documento, se señala que la prestación de servicios de salud por parte de la CLS debe garantizar una atención personalizada que permita escuchar e interpretar adecuadamente las necesidades de los usuarios.

El equipo asistencial, así como todos los colaboradores según el protocolo, deben aplicar un enfoque diferenciado, que contemple factores como el ciclo vital, género, etnia, orientación sexual, discapacidad, entre otros, con el fin de asegurar un trato digno, acceso a los servicios y la

no discriminación. Además, el protocolo establece la atención prioritaria para usuarios en situaciones especiales, tales como adultos mayores, mujeres embarazadas, niños, personas con discapacidad, privados de libertad y usuarios situación de calle.

En cuanto al enfoque extramural recomendado en el lineamiento del ministerio de salud, la CLS en el mismo protocolo de atención humanizada (2023) hace referencia a las estrategias que facilitan la atención a personas en Situación de Calle que consisten en: Seguimiento y control del tratamiento del usuario, por parte de un equipo asistencial y una agente extramural, quién realiza búsqueda activa del paciente, brinda apoyo para seguimiento y supervisión de la adherencia a las indicaciones del equipo de salud, además, establece vínculos para trabajar de manera mancomunada con las instituciones del sector salud y organizaciones de base comunitaria.

Hasta este punto, se ha evaluado la implementación del programa de atención integral para la población en situación de calle. En consecuencia, es necesario retomar el concepto de estrategias de implementación, según Proctor et al. (2013) estas se definen como métodos, actividades, técnicas y acciones interrelacionadas que facilitan la implementación y sostenibilidad de las intervenciones en salud. Su complejidad requiere un abordaje detallado para describir los aspectos operativos que emergen, evidenciando los procesos y contextos interpersonales, organizacionales y comunitarios a los que responden. A continuación, se presenta una síntesis de los resultados, la cual permite observar los resultados de evaluación en clave de estrategias del programa tanto en fortalezas como en debilidades.

Figura 19: Síntesis de los resultados Generales de la Evaluación REAIM-PRISM



Fuente Elaboración Propia.

9. Discusión

Se realizó una evaluación de la capacidad de las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el SIDA (CLS), en Cali, entre los años 2021-2025. La discusión que se presenta a continuación se centra en los resultados de esta evaluación y los aspectos más relevantes derivados de la investigación evaluativa. Se busca relacionar los resultados obtenidos en la investigación, contrastarlos con el estado del arte y contextualizarlos dentro de las perspectivas de las ciencias de la implementación, la administración y la salud pública, con el fin de realizar aportes para la mejora continua de las intervenciones dirigidas a la población en situación de calle.

Entre las estrategias implementadas por la CLS, es decir el programa macro de Atención Integral de VIH destinado a población en general [no a población en situación de calle que corresponde al programa específico que se discutirá más adelante], se destaca un enfoque humanizado y diferencial, que incluye acciones como la búsqueda activa en el territorio, la entrega de medicamentos y el acompañamiento continuo. Estas iniciativas han contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y al control de la carga viral entre los usuarios, reflejando un impacto positivo en su salud y bienestar.

Sin embargo, se identifican aspectos que requieren mejora, como la documentación formal de los criterios de selección de la población sujeto de la intervención, la necesidad de capacitaciones específicas sobre las características de la población en situación de calle para el personal que brinda la atención, y la falta de articulación entre las bases de datos específicas del programa y las institucionales. Además, hace falta definir indicadores específicos para esta

población y la expansión del programa a otros contextos para garantizar su sostenibilidad y replicabilidad.

En general, el programa demuestra una gran capacidad de implementación que se expresa en su efectividad, además que se encuentra bien adoptado, es decir, la intervención en sí misma en su proceso de implementación no ha perdido sus características fundamentales, sin embargo, hay oportunidades para optimizar su implementación y medición de impacto, que tienen que ver con las debilidades anteriormente mencionadas.

Adicionalmente se destaca que el *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle* está directamente relacionado con el programa de Atención Integral de VIH que la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS) ha implementado desde 1992, ya que ambos comparten un enfoque integral y multidisciplinario en la atención de personas con VIH.

En cuanto al *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle*, este se nutre de la experiencia acumulada de la del programa orientado a población en general de la CLS con respecto a la atención ambulatoria especializada, adaptando estrategias como la búsqueda activa, el acompañamiento continuo y la entrega de medicamentos. Además, se integra con los servicios ya establecidos, como la asesoría integral y las consultas por el área médica, lo que permite una continuidad en la atención y una mejora en la adherencia al tratamiento. Sin embargo, el programa para habitantes de calle introduce elementos innovadores, como la figura de la agente extramural, que facilita el acceso y la vinculación de esta población al sistema de salud, evidenciando una adaptación contextualizada del modelo original.

Los resultados más relevantes de la evaluación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle* se discuten a continuación, con miras a brindar recomendaciones para las futuras intervenciones en salud e investigaciones con la población en situación de calle.

En la evaluación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle* se encontró que, en su proceso de implementación, la atención de la población en situación de calle era humanizada y diferencial. Estos hallazgos se relacionan directamente con lo encontrado por Mármol et al. (2023), quienes identificaron que la falta de experiencia de los equipos de salud para abordar las características específicas de esta población puede llevar a estereotipos durante la atención. Además, el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) en lineamiento de atención, señala que esta población enfrenta barreras como la percepción de mala atención y la posibilidad de discriminación, lo que refuerza la necesidad de un enfoque empático, flexible, sin estereotipos. Por lo tanto, se recomienda que los programas de salud incorporen estrategias que promuevan una atención humanizada hacia esta población evitando la estigmatización y garantizando que los servicios sean accesibles y adaptados a las realidades de esta población.

Por otra parte, en la evaluación del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle* se encontró que se implementaron estrategias de búsqueda activa en el territorio con un agente extramural que conocía a la población, quien era validado por la misma, lo que se constituyó en una forma efectiva de acercar los servicios de salud a la población en situación de calle. Esto, se vincula con los estudios revisados, como el de Kidder et al. (2007), quienes encontraron que las personas en situación de calle tienen baja adherencia a los tratamientos

debido a la falta de acceso continuo a los servicios de salud. En este sentido, una estrategia de búsqueda activa es fundamental para aumentar el acceso. Además, Palheta et al. (2021) resaltaron la complejidad de brindar atención continua a una población con alta movilidad y ausencia de redes de apoyo, lo que dificulta el seguimiento y la adherencia al tratamiento. En ese orden de ideas, la búsqueda activa en territorio realizada por una agente extramural permite a los programas de atención, llegar directamente a los espacios donde habita esta población, ofreciendo seguimiento continuo y acompañamiento cuando se requiera su desplazamiento hasta la institución, lo que mejora el acceso y la adherencia a los tratamientos.

De igual forma, en esta evaluación se encontró que se lograron implementar estrategias de entrega de medicamentos en el territorio para garantizar la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA. Esto se relaciona con los estudios de Kidder et al. (2007) y Palheta et al. (2021), quienes encontraron que las personas en situación de calle enfrentan dificultades significativas para mantener la adherencia a los tratamientos debido a la falta de un lugar fijo para almacenar medicamentos y la movilidad constante. Sumado a esto, el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) destaca que los programas de VIH requieren un acompañamiento permanente para garantizar que las personas accedan a los medicamentos y controles necesarios. Por lo tanto, se recomienda enfáticamente que los programas de salud incluyan estrategias de entrega directa de medicamentos en el territorio, como las implementadas en el *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle*, lo que mejora los resultados de salud de la población y reduce los costos asociados con la atención curativa por infecciones oportunistas.

De acuerdo con esto, cuando se realiza entrega y toma supervisada del medicamento en el territorio y se evidencia cargas virales menores en los resultados de paraclínicos, se evita la

progresión de la infección a una etapa SIDA y se disminuye la transmisión del virus del VIH. Tal como lo establece ONUSIDA (2018) hay un sólido consenso científico respecto al hecho de que las personas que conviven con el VIH que están siguiendo una terapia antirretroviral y logran la supresión de la carga viral no pueden transmitir el VIH al mantener relaciones sexuales.

En cuanto a los hallazgos que indican debilidades del *Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la Población en Situación de Calle*, es importante destacar que dicho programa tiene unos criterios de ingreso al mismo. Estos criterios de selección son los siguientes: i) que las personas residan en la ciudad de Cali, dado que no hay apoyo sistemático de agentes extramurales en otras ciudades, ii) que estén afiliados a una EPS con convenio con la CLS, iii) que tengan diagnóstico de infección por VIH y iv) que estén en zonas seguras y accesibles para su captación y seguimiento. Estos criterios de inclusión son importantes para garantizar la efectividad del programa porque cuando la persona no vive en Cali, sino, por ejemplo, como se ha dado el caso en varios usuarios del programa, vive en Palmira, el programa se ve obligado a generar estrategias que no han sido planeadas para hacer seguimiento a estas personas. Lo mismo pasa con aquellas personas en situación de calle que viven en zonas inseguras o inaccesibles.

Efectivamente, una debilidad del programa es que no hay una documentación formal de los criterios de selección para el ingreso de las personas en situación de calle que permitiese asegurar que todos los que apoyan la implementación de las intervenciones en salud se encuentren familiarizados con la población, sus necesidades y actúen de manera organizada según los procesos de planeación previos.

Otra debilidad del programa es que, pese a que se capacitan a los funcionarios del programa en humanización, seguridad del paciente, cultura de no discriminación, calidad de la atención,

evidencia actualizada con respecto al tratamiento del VIH/SIDA y la actualización del funcionamiento del programa, no se ofrecen capacitaciones en aspectos muy específicos de las dinámicas de vida de la población en situación de calle como, por ejemplo, sus estilos de vida, sus interacciones y vínculos sociales, cómo construyen sus perspectivas con respecto a la vida que llevan en la calle, sus problemáticas sociales, cómo se da el consumo de sustancias psicoactivas y qué otras enfermedades aparte del VIH/SIDA padecen. Mármol et al. (2023), señalaron que la falta de capacitación de los equipos de salud constituye una barrera significativa en la atención a esta población.

Siguiendo con las debilidades del programa, se encontró que hay dificultades en la articulación entre bases de datos específicas de los programas y las institucionales (las del CLS). Actuar frente a esto generará mayor integración de los sistemas de información, para facilitar el seguimiento y la evaluación de los programas.

Hasta aquí se han abordado elementos relacionados con las intervenciones en salud para la población en situación de calle, ahora, se abordará lo relacionado con las investigaciones evaluativas.

Como se puede evidenciar en esta investigación evaluativa, resulta importante reflexionar sobre este tipo de programas y su posibilidad de expansión e incluso adopción en otros contextos. El enfoque de las ciencias de la implementación permitió evidenciar el funcionamiento de una intervención en salud efectiva para una población que requiere de estrategias innovadoras por parte de los equipos de salud para lograr facilitar el acceso y fortalecer su adherencia. Este tipo de investigaciones según Damschroder et al. (2009), son fundamentales para avanzar no solo en el reconocimiento de los resultados sumativos de las evaluaciones, sino también para evaluar hasta

qué punto las estrategias de implementación son efectivas en un contexto específico, lo que permite optimizar los beneficios de las intervenciones, asegurar su sostenibilidad y facilitar su aplicación en diferentes entornos.

Desde una perspectiva administrativa, este tipo de investigación permitió un acercamiento detallado a una intervención en salud implementada, en este caso, un programa de atención. Esto facilitó la revisión de situaciones problemáticas relacionadas con el entorno interno, el entorno externo y el proceso de implementación, así como el análisis de las estrategias diseñadas para superar dichos desafíos. En ese sentido, la prestación de servicios de salud desde programas de atención va más allá de la atención directa de pacientes, involucra aspectos relacionados con organización del talento humano, su capacitación continua, la construcción de acciones orientadas a la calidad de la atención y el reconocimiento de las necesidades específicas de los grupos poblacionales, entre otros. Estos elementos son necesarios para garantizar un acceso efectivo a los servicios. Además, se destaca la importancia de la interrelación entre las organizaciones y sus programas con las políticas públicas y los lineamientos establecidos, los cuales orientan y fortalecen la prestación de servicios de salud.

Estas experiencias destacan la importancia de mantener coherencia y flexibilidad en relación con el contexto, integrando de manera efectiva los procesos de planificación y ejecución de los programas para alcanzar los resultados esperados. Así pues, resulta fundamental aprender de este tipo de intervenciones en salud, ya que en ellas se evidencia una asignación y manejo de recursos de todo tipo y una adaptación de las estrategias a las necesidades específicas de todas las partes interesadas en el proceso.

Esta investigación evaluativa también reveló un aporte en salud pública desde el siguiente argumento. Para comenzar, el cumplimiento de la meta *“poner fin a la epidemia del SIDA”*, establecida en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y acordada por los países miembros de la Organización de las Naciones Unidas, incluida Colombia, requiere, a mi juicio fortalecer los esfuerzos conjuntos de todos los actores del sistema de salud e incluso, de otros sectores vinculados a la protección social. Si bien cada actor puede estar realizando acciones individuales para contribuir a este compromiso, los hallazgos de esta investigación evidenciaron desde la historia del programa dificultades en el trabajo intersectorial e interinstitucional. En un primer momento se propuso una serie de acciones colaborativas entre todos los actores involucrados en la atención de usuarios en situación de calle, sin embargo, no fue posible, esto a su vez, fue uno de los factores que motivó la creación del programa específico para la población en situación de calle.

Lo anterior, se relaciona con lo establecido por el Ministerio de Salud y Protección Social (2021) en la política pública social para habitantes de la calle 2021-203, donde se establece la necesidad de armonización de las rutas intersectoriales en torno a los planes de atención integral para personas habitantes de la calle, así como el diseño de acciones intersectoriales que garanticen la integralidad y la sostenibilidad de los procesos de inclusión social, como parte de los planes.

Ahora bien, es importante destacar que, tras la revisión del estado del arte, donde diversos autores e instituciones han expuesto los desafíos asociados a garantizar el acceso y fortalecer la adherencia en la población en situación de calle, encontrar una intervención en salud con capacidad de sostener a los usuarios de este grupo social por más de seis meses y lograr el control de sus cargas virales, representa un avance significativo en el ámbito de la salud pública para *“poner fin a la epidemia del SIDA”* en este grupo poblacional.

Continuando, otro aspecto relacionado con la investigación muy importante en esta parte, son las potenciales limitaciones de la investigación.

Una de ellas, fue el reclutamiento de la población en situación de calle para las entrevistas, ya que se realizó por parte de la agente extramural y no por el investigador principal como se había planeado previamente, lo que podría haber influido en la percepción de voluntariedad. Sin embargo, esta posible afectación se mitigó al recordar a los participantes, antes de la firma del consentimiento informado, que su colaboración en el estudio era completamente voluntaria y sin ningún tipo de obligación

Otra posible limitación fue que el investigador forma parte del programa evaluado, lo que podría asociarse con un conflicto de interés. Sin embargo, este aspecto se convirtió en una fortaleza debido a su profundo conocimiento sobre la implementación de la intervención en salud, además para mitigar el riesgo, se cumplió rigurosamente con lo establecido en el marco teórico, además todas las interpretaciones de los datos y conclusiones fueron sometidas a revisión por parte de la docente directora del trabajo de investigación, quien no forma parte de la organización. Este proceso contribuyó a garantizar la imparcialidad y robustez del análisis final.

Para finalizar, otro elemento a mencionar de esta investigación son las recomendaciones y sugerencias.

Se sugiere que futuras investigaciones profundicen en aspectos que este estudio no pudo abarcar, pero que resultan fundamentales para una comprensión más integral del tema. Sería valioso enfocar investigativos en el análisis de la implementación de acciones colaborativas interinstitucionales e intersectoriales propuestas en los lineamientos para la atención de habitantes de calle, con el fin de evaluar su efectividad y posibles áreas de mejora. Además, es importante

explorar estrategias de implementación de programas que también atienden población en situación de calle, como los dirigidos a la tuberculosis (TB), para revisar su alcance y adaptabilidad en poblaciones con características específicas, especialmente en contextos de atención extramural desde el primer nivel de complejidad. Estos enfoques permitirían una visión amplia y detallada, contribuyendo al fortalecimiento de las políticas y prácticas en el ámbito de la salud pública y administración.

También se sugiere fortalecer los programas mediante la adaptación de estrategias innovadoras, como la búsqueda activa, el acompañamiento continuo y la entrega de medicamentos en el territorio. Estas estrategias deben integrarse en programas de salud ya establecidos, asegurando una atención continua y accesible para la población en situación de calle. En este sentido, la figura del agente extramural se presenta como un actor clave, ya que, al ser validado por la comunidad y contar con un conocimiento profundo de la población, facilita el acceso y la continuidad de esta población.

Además, se debe mencionar que el enfoque humanizado y diferencial en la atención en salud es fundamental, puesto que permite reconocer las particularidades y necesidades específicas de la población en situación de calle.

Asimismo, es prioritario fortalecer los conocimientos y prácticas del personal de salud que atiende a la población en situación de calle. Para ello, se recomienda implementar capacitaciones específicas centradas en el abordaje de las particularidades de esta población, incluyendo aspectos clínicos, sociales y culturales. Estas capacitaciones deben promover un trato empático y una atención integral. Por último, se sugiere avanzar en la evaluación de las estrategias de implementación desde un enfoque basado en las ciencias de la implementación. Esto implica no

solo medir resultados sumativos, sino también analizar la efectividad de las intervenciones en contextos específicos. Este enfoque permitirá optimizar los beneficios de las intervenciones, asegurar su sostenibilidad y facilitar su replicabilidad en diferentes entornos. Estas recomendaciones buscan mejorar la calidad, accesibilidad y efectividad de los servicios de salud para la población en situación de calle, promoviendo un enfoque integral, humanizado y basado en evidencia.

11. Bibliografía

- Atehortúa Tobón, A. M., Palacio Monsalve, G., Bohórquez Chacón, M. C., Álvarez Henao, G., & Cardona-Arias, J. A. (2022). Prevalencia de VIH y sus factores asociados en personas que se inyectan drogas atendidos en una institución prestadora de servicios de salud de Medellín-Colombia. *Revista Médica de Risaralda*, 28(2), 86-99. <https://doi.org/10.22517/25395203.25014>
- Astengaard L., et al (2020). Influence and management of conflicts of interest in randomized clinical trials: Qualitative interview study. *The BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.m3764>
- Blandón-Buelvas, M., Palacios-Moya, L., & Berbesí-Fernández, D. (2019). Infección activa por sífilis en habitantes de calle y factores asociados. *Revista de Salud Pública*, 21, 357-361. <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n3.61039>
- Becerril M. Víctor, & Orozco N. Emanuel (2017). La importancia de la investigación de implementación en el análisis de políticas de salud. 16° Ciclo de videoconferencias interactivas 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=QsXvNbWk6cY&t=5844s>
- Curran, G. M., Bauer, M., Mittman, B., Pyne, J. M., & Stetler, C. (2012). Effectiveness-implementation hybrid designs: combining elements of clinical effectiveness and implementation research to enhance public health impact. *Medical care*, 50(3), 217–226. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3182408812>
- Curran, G. M., Landes, S. J., McBain, S. A., Pyne, J. M., Smith, J. D., Fernandez, M. E., Chambers, D. A., & Mittman, B. S. (2022). Reflections on 10 years of effectiveness-implementation hybrid studies. *Frontiers in health services*, 2, 1053496. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.1053496>
- Cuenta de alto costo (2021) Situación del VIH y SIDA en Colombia. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2021/>

Corporación de Lucha Contra el SIDA (2023) Manual institucional para la Atención Integral Especializada en VIH/SIDA y el tratamiento antirretroviral

Corporación de Lucha Contra el Sida (2009) Un programa de atención integral ambulatoria especializada en VIH/sida. Cuadernos De Psiquiatría De Enlace ISSN: 0124-1524 Ed: Sociedad Colombiana de Psiquiatría v.42 p.3 - 10.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2023). Eje Centrado en el usuario y su familia.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2020). Misión y Visión institucional.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2023) Modelo de Atención Integral.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2023) Protocolo de atención integral humanizada.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2024) Política de la Calidad y Prestación del Servicio.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2024) Cartilla de los Colaboradores.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2024) Programa de humanización.

Corporación de Lucha Contra el Sida (2024) reconocimientos institucionales. Sitio web: <https://cls.org.co/atencion-integral/>

Chasco E., et al (2024). RE-AIM for rural health innovations: Perceptions of (mis)alignment with diverse contexts. *Frontiers in Health Services*. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1278209>

Charmant W., et al. (2024) Strategies for implementation of a transmural fall-prevention care pathway for older adults with fall-related injuries at the emergency department. *BMC Emerg Med* 24, 188 <https://doi.org/10.1186/s12873-024-01085-9>

Congreso de la República de Colombia (1993) Ley 100 de 1993. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated

- framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4, 1-15.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Eccles, MP, Mittman, BS (2006) Welcome to *Implementation Science*. *Implementation Science* <https://doi.org/10.1186/1748-5908-1-1>
- Fernández, D. Y. B., Agudelo, L. P., Castaño, C., Galeano, P., Cardona, A. M. S., & Vélez, L. P. M. (2014). Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Revista CES salud pública*, 5(2), 147-153. <https://doi.org/10.21615/cessp>
- García-González, J. R. y Sánchez-Sánchez, P. A. (2020). Diseño teórico de la investigación: Instrucciones metodológicas para el desarrollo de propuestas y proyectos de investigación científica. *Información tecnológica*, 31(6), 159-170. <https://doi.org/10.4067/S0718-07642020000600159>
- Glasgow, R. E., Battaglia, C., McCreight, M., Ayele, R., Maw, A. M., Fort, M. P., ... & Rabin, B. A. (2022). Use of the reach, effectiveness, adoption, implementation, and maintenance (RE-AIM) framework to guide iterative adaptations: applications, lessons learned, and future directions. *Frontiers in Health Services*, 2, 959565. <https://doi.org/10.3389/frhs.2022.959565>
- Glasgow, R. E., Harden, S. M., Gaglio, B., Rabin, B., Smith, M. L., Porter, G. C., Ory, M. G., & Estabrooks, P. A. (2019). RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. *Frontiers in public health*, 7, 64. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00064>
- González, J.H La configuración del habitante de calle como sujeto social. 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.11907/2234>
- Garcia, C. M., Eisenberg, M. E., Frerich, E. A., Lechner, K. E., & Lust, K. (2012). Conducting go-along interviews to understand context and promote health. *Qualitative health research*, 22(10), 1395–1403. <https://doi.org/10.1177/1049732312452936>

- Hernández, J. M. (2019). Los factores que llevan a la situación de calle. Trabajo de Grado. Universidad Católica de Colombia. Facultad de Psicología. Maestría en Psicología. Bogotá, Colombia
Disponible en: <https://hdl.handle.net/10983/23906>
- Harvey, G., Rycroft-Malone, J., Seers, K., Wilson, P., Cassidy, C., Embrett, M., Hu, J., Pearson, M., Semenic, S., Zhao, J., & Graham, I. D. (2023). Connecting the science and practice of implementation - applying the lens of context to inform study design in implementation research. *Frontiers in health services*, 3, 1162762. <https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1162762>
- Holtrop, J. S., Rabin, B. A., & Glasgow, R. E. (2018). Qualitative approaches to use of the RE-AIM framework: rationale and methods. *BMC health services research*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2938-8>
- Holtrop, J. S., Estabrooks, P. A., Gaglio, B., Harden, S. M., Kessler, R. S., King, D. K. K., Kwan, B. M., Ory, M. G., Rabin, B. A., Shelton, R. C., & Glasgow, R. E. (2021). Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *Journal of clinical and translational science*, 5(1), e126. <https://doi.org/10.1017/cts.2021.789>
- Instituto Nacional de Salud (2016) Informe del comportamiento del VIH-SIDA, Colombia periodo epidemiológico XIII del año 2016. <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-Sida%202016.pdf>
- J Nieto, C., & H Koller, S. (2015). Definiciones de habitante de calle y de niño, niña y adolescente en situación de calle: Diferencias y yuxtaposiciones. *Acta de investigación psicológica*, 5(3), 2162-2181. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(16\)30007-2](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(16)30007-2)
- Kidder, D. P., Wolitski, R. J., Campsmith, M. L., & Nakamura, G. V. (2007). Health status, health care use, medication use, and medication adherence among homeless and housed people living with

HIV/AIDS. American journal of public health, 97(12), 2238–2245.
<https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090209>

Kusenbach, M. (2003). Street phenomenology: The go-along as ethnographic research tool. *Ethnography*, 4(3), 455-485. <https://doi.org/10.1177/146613810343007>

Mármol Cubillo, D. V., & Graciano Mesa, E. F. (2023). Uso de servicios de salud por habitantes en situación de calle, revisión de literatura. Disponible en: https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=USO+DE+SERVICIOS+DE+SALUD+POR+HABITANTES+EN+SITUACION+DE+CALLE.+REVISION+DE+LITERATURA.&btnG=

Ministerio de salud y protección social (2021). Lineamiento para la Atención integral en salud de la población en Situación de Calle. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamiento-atencion-integral-salud-poblacion-situacion-calle.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2021). Política pública para habitantes de calle. <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-social-habitante-calle-2021-2031.pdf>

Ministerio de salud y protección social (2020) Boletines Poblacionales: Personas Habitantes de Calle. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/boletines-poblacionales-habitante-calle.pdf>

Ministerio de salud y protección Social (2023) Análisis de Situación de Salud Colombia 2023. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-colombia-2023.pdf>

Ministerio de Salud y protección Social (2014). Decreto 903 de 2014 por el cual se establece el Sistema Único de Acreditación en Salud. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-0903-de-2014.pdf>

Lee, R. E., Galaviz, K. I., Soltero, E. G., Rosales Chávez, J., Jauregui, E., Lévesque, L., ... & Estabrooks, P. A. (2017). Aplicando el marco conceptual RE-AIM para la promoción de la actividad física en países de ingreso bajo y medio. *Revista latinoamericana de enfermería* 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1894.2923>

Lauwers, L., Leone, M., Guyot, M., Pilgrims, I., Remmen, R., Van den Broeck, K., Keune, H., & Bastian's, H. (2021). Exploring how the urban neighborhood environment influences mental well-being using walking interviews. *Health & place*, 67, 102497. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2020.102497>

Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Lopezosa C, Díaz-Noci J, Codina L, editores Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44605#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.31009/methodos.2020.i01.08>

Lopezosa, C. (2020). Entrevistas semiestructuradas con NVivo: pasos para un análisis cualitativo eficaz. *Lopezosa C, Díaz-Noci J, Codina L, editores Methodos Anuario de Métodos de Investigación en Comunicación Social*. <https://repositori.upf.edu/handle/10230/44605#:~:text=http%3A//dx.doi.org/10.31009/methodos.2020.i01.08>

Organización Mundial de la Salud. (13 de julio de 2023). who.int. Obtenido de VIH Y SIDA:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Oficina de Promoción Social. Política Pública Social para Habitantes de la Calle 2021-2031 Disponible

en: <https://minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politicapublica-a-social-habitante-calle-2021-2031.pdf>

Organización de Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.

ONUSIDA (2018) *INDETECTABLE = INTRANSMISIBLE LA SALUD PÚBLICA Y LA SUPRESIÓN DE LA CARGA VÍRICA DEL VIH*. Disponible en:

<https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>

Palheta, R. P., Dahmer, L. C., da Silva, L. E. P., & Araújo, L. R. P. (2022). A rua e as representações sociais para a população de rua de Manaus. *Saúde Coletiva (Barueri)*, 12(80), 11228-11237.

<https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2022v12i80p11228-11237>

Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., ... & Hensley, M. (2011).

Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health and mental health services research*,

38, 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Proctor, E. K., Powell, B. J., & McMillen, J. C. (2013). Estrategias de implementación: recomendaciones

para especificar e informar. *Ciencia de la implementación: IS*, 8, 139.

<https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-139>

- Shelton, R. C., Chambers, D. A., & Glasgow, R. E. (2020). An extension of RE-AIM to enhance sustainability: addressing dynamic context and promoting health equity over time. *Frontiers in public health*, 8, 501105. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00134>
- Ramos, L., Munoz, J. A. O., & Silva, C. J. N. (2009). V censo de habitantes de la calle en Bogotá, 2007: informe de resultados. Centro de investigación sobre niñez y juventud desprotegida, CINJD-IDIPRON. Disponible en: https://www.idipron.gov.co/sites/default/files/repositorio/docs_conocimiento/2007-Ramos-Leandro-et-al-V-Censo-de-Habitantes-de-la-Calle-en%20Bogota.pdf
- Rabin, B.A., Cakici, J., Golden, C.A. et al. (2022). A citation analysis and scoping systematic review of the operationalization of the Practical, Robust Implementation and Sustainability Model (PRISM). *Implementation Sci* 17, 62. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01234-3>
- Sánchez, M. P. R., Armas, W. J., & Sigala-Paparella, S. P. (2023). Análisis cualitativo por categorías a priori: reducción de datos para estudios gerenciales. *Ciencia y Sociedad*, 48(2), 83-96. <https://doi.org/10.22206/cys.2023.v48i2.pp83-96>
- Suárez-Obando, F., Gómez-Restrepo, C., & Castro-Díaz, S. M. (2018). Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica. *Acta Médica Colombiana*, 43(4), 207-216. <https://doi.org/10.36104/amc.2018.1054>
- Tirado Otálvaro, A. F. (2009). Accesibilidad de la población habitante de calle a los programas de promoción y prevención establecidos por la resolución 412 de 2000. *Investigaciones Andina*, 11(18), 23-36. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n18/v11n18a03.pdf>
- World Health Organization. (2024). *Implementing the global health sector strategies on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022–2030: report on progress and gaps 2024*.

World Health Organization. Disponible end:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376814/9789240094925-eng.pdf>

12. Anexos

Anexo 1: Guía de preguntas para caracterizar el programa de Atención Integral de VIH en una IPS de Cali-Colombia en los componentes del CFIR.

Categoría CFIR	Subcategoría.	Preguntas orientadoras para entrevista-semiestructurada.
Características de la Intervención: Este dominio permite conocer el programa de Atención Integral de VIH de la IPS, desde elementos históricos y contextuales, dado que se pretende identificar: el momento en que surge como respuesta a una problemática del contexto, el alcance de intervención, el diseño del programa junto con los objetivos y la capacidad que se tiene para implementar la intervención.	Historia y Contexto	1. ¿Cuál fue la situación específica que se presentó en Cali que llevó a la creación de la CLS y del programa de Atención Integral para VIH?
		2. ¿En qué año se lanzó el programa de atención integral y como fue ese proceso?
		3. ¿Cómo se referenciaron y que datos usaron para argumentar la necesidad del programa?
	Alcance y Objetivos	4. ¿Cómo definieron el programa frente a su alcance en términos de población atendida (porque solo VIH)?
		5. ¿Qué objetivos específicos tiene el programa en relación con la prevención, tratamiento y apoyo a los pacientes con VIH?
		6. ¿Cómo se priorizan estos objetivos y qué criterios se utilizan para establecer estas prioridades?
	Diseño y Capacidad de Implementación	7. ¿Cómo se estructuró el diseño del programa, es decir; como identificaron que el programa debía estructurarse de esa manera y no de otra?
		8. ¿Qué recursos (financieros, humanos, tecnológicos) se han asignado para implementar el programa y cómo se gestionan estos recursos?
		9. ¿Qué desafíos se han encontrado durante la implementación y cómo se han abordado?
Entorno Externo: Se pretende explorar qué elementos normativos, como, por ejemplo: Políticas, Guías de práctica clínica, regulaciones o directrices gubernamentales,	Normativas y Directrices	10. ¿Qué normativas locales, nacionales o internacionales influyen en el programa y cómo se incorporan en su diseño y ejecución?
		11. ¿Cómo y cada cuanto, se actualizan las políticas y directrices del programa para cumplir con las regulaciones y recomendaciones más recientes?
		12. ¿Qué procesos existen y quién es el encargado para asegurar que el programa cumpla con las directrices gubernamentales y estándares de calidad?

incluye la IPS en el desarrollo del programa de Atención integral de VIH. Así mismo, dado que en el desarrollo del Programa se reconoce las características y necesidades de los usuarios, se incluirán las acciones que desarrollan para promover la salud. También se describirá el grado de integración que tiene la IPS con otras instituciones para desarrollar el programa de atención integral.	Acciones para Promover la Salud	13. ¿Qué estrategias específicas de promoción de la salud se implementan dentro del programa para prevenir el VIH y promover la salud general?
		14. ¿Cómo se identifican y abordan las necesidades específicas de la población objetivo en las actividades de promoción de la salud?
		15. ¿Qué tipos de procesos de sensibilización y educación se han llevado a cabo y como miden resultados?
	Integración con Otras Instituciones	16. ¿Cómo se coordina el programa con otras instituciones de salud ejemplo EAPB, IPS, FUNDACIONES para proporcionar una atención integral?
		17. ¿Qué tipos de contratos, acuerdos o alianzas se han establecido para facilitar esta coordinación?
		18. ¿Qué mecanismos existen para compartir información y recursos entre las instituciones con las que tienen contacto?
Entorno Interno: Se identificarán los elementos relacionados con la estructura de la organización, esto es: la manera en que la IPS ha organizado a los colaboradores para desarrollar el programa de atención integral. Además de la cultura organizacional que se tiene para lograr dar cumplimiento a los objetivos.	Estructura Organizacional	19. ¿Cómo está organizado el equipo de trabajo del programa en términos de roles y responsabilidades?
		20. ¿Qué áreas dentro de la CLS están involucrados en el programa y cómo se coordinan entre sí?
		21. ¿Cómo se gestiona la calidad del programa?
	Cultura Organizacional	22. ¿Cómo se reflejan la misión y visión de la CLS en la operación del programa de Atención Integral para VIH?
		23. ¿Qué valores y prácticas culturales son esenciales para la implementación efectiva del programa de atención integral?
		24. ¿Cómo se promueve un ambiente de trabajo que respalde la misión del programa y el compromiso del personal?

Características de los Individuos Involucrados: Se identificarán los elementos relacionados con la estructura de la organización, esto es: la manera en que la IPS ha organizado a los colaboradores para desarrollar el programa de atención integral. Además de la cultura organizacional que se tiene para lograr dar cumplimiento a los objetivos.	Personal y Capacitación	25. ¿Qué perfiles profesionales componen el equipo del programa y cuáles son sus principales competencias y formación?
		26. ¿Qué tipo de formación inicial y continua reciben los miembros del equipo para mantener sus competencias en la atención del VIH?
		27. ¿Cómo se evalúa el desempeño del personal y cómo se utilizan estos resultados para mejorar la implementación del programa?
	Interacción Dinámica	28. ¿Cómo se coordina el trabajo entre los distintos profesionales del programa?
		29. ¿Qué métodos se utilizan para facilitar la comunicación y colaboración dentro del equipo del programa?
		30. ¿Qué desafíos interpersonales o de comunicación han surgido y cómo se han resuelto?
Proceso de Implementación	Planificación	31. ¿Cómo se lleva a cabo la planificación estratégica del programa, incluyendo la identificación de metas a corto y largo plazo?
		32. ¿Qué pasos se siguen para planificar la atención de usuarios y cómo se ajustan los planes a las necesidades cambiantes?
		33. ¿Qué participación tienen los usuarios y otras partes interesadas en la planificación del programa?
	Ejecución	34. ¿Cómo se implementa el programa día a día y cuáles son los procedimientos específicos?
		35. ¿Qué mecanismos se utilizan para asegurar que la implementación sea consistente con el diseño del programa?
		36. ¿Cómo se maneja la gestión de casos y la coordinación de servicios durante la ejecución del programa?
	Reflexión y Evaluación	37. ¿Qué métodos se utilizan para evaluar la efectividad del programa y qué indicadores se emplean?
		38. ¿Cómo se recopilan y analizan los datos sobre el desempeño del programa y la satisfacción de los usuarios?

Anexo 2: Guía de preguntas para caracterizar las estrategias de implementación del PAI_VIH para la población Situación de Calle

Categoría	Subcategoría	Preguntas orientadoras para entrevista- semiestructurada.
Implementación: Se conocerá la intervención con detalle, el contexto en el que se desarrolla y las razones por las cuales emerge esta acción en salud. Adicionalmente, se requiere conocer el tiempo que implica el desarrollo de la acción en salud y los costos de esta. Para los aspectos relacionados con costos, es importante establecer, que no se realizará un análisis de costos, se desea conocer el valor que implica llevar a cabo esta acción en salud, puesto que se desea comprender a detalle la práctica ejecutada	Descripción de la Intervención	¿puede describir el programa de atención integral en VIH/SIDA para la población en situación de Calle?
	Objetivos del Programa	¿Cuáles son los objetivos principales de este programa?
	Contexto y Justificación	¿Por qué crearon el programa? ¿Qué factores locales han influido en su diseño y ejecución?
	Necesidades Específicas	¿Qué necesidades específicas de la población en situación de calle motivaron la implementación de este programa?
	Tiempo de Implementación	¿Cómo se relaciona el programa de atención integral con el programa para la población en Situación de calle desde su inicio hasta su implementación completa?
	Recursos y Materiales	¿Qué recursos de talento humano y materiales son necesarios para la implementación del programa?
Infraestructura de la Implementación: Se explorarán los roles, responsabilidades, elementos claros del funcionamiento del programa, presentación de datos y canales de comunicación entre los miembros.	Valor de los Recursos	¿Podría proporcionar una estimación aproximada del valor de los recursos y materiales necesarios para llevar a cabo el programa?
	Roles y Responsabilidades	¿Cuáles son los roles y responsabilidades de las personas que implementan del programa?
	Coordinación del Equipo	¿Cómo se coordinan las actividades entre los diferentes miembros del equipo?
	Elementos Clave del Funcionamiento	¿Según su criterio cuáles son los elementos clave que permiten el funcionamiento efectivo del programa?
	Procedimientos de Implementación	¿Qué procesos se siguen para asegurar que la intervención se lleve a cabo de manera efectiva?
	Recopilación de Datos	¿Qué tipo de datos se registran durante la implementación del programa?

	Uso de Datos	¿Cómo se presenta y utiliza la información recopilada para monitorear y evaluar la intervención?
	Comunicación del Equipo	¿Cómo se comunican los miembros del equipo entre sí y con otras partes interesadas?
	Mecanismos de Comunicación	¿Qué mecanismos de comunicación se utilizan para resolver problemas o ajustes necesarios durante la implementación?

Anexo 3: Guía de preguntas para Evaluar las estrategias de implementación del PAI_VIH en los componentes del REA-IM / PRISM

Categoría	Área de Enfoque	Preguntas orientadoras para entrevista-semiestructurada.
Alcance: Se verificará el alcance que se tiene con la acción en salud, por ello se pretende identificar si durante el proceso de implementación se reconoce las características de la población en Situación de Calle y se desarrollan acciones teniendo en cuenta las mismas para fortalecer el acceso los servicios de salud. Además, se revisará el proceso de selección de la población en cuanto a los criterios y los planes de intervención que se establecen para lograr la captación de los usuarios para fortalecer el acceso a los servicios.	Características de la Población	¿Cuáles son las características específicas de la población habitante de calle para usted
	Acceso a Servicios de Salud	¿Qué acciones desde su rol se han desarrollado para adaptar el acceso a los servicios de salud teniendo en cuenta las características de la población en situación de calle? ¿Eso está escrito en algún documento?
	Proceso de Selección	¿Cuáles son los criterios utilizados para seleccionar a la población en situación de calle que participa en el programa? ¿Eso está escrito en algún documento?
Eficacia: Se evaluará en cuanto al impacto de la intervención en relación con el éxito, si cumple los objetivos para la que fue diseñada específicamente con la población en Situación de Calle. También se verificará si la acción en salud está alineada con los objetivos misionales, políticas de atención de la organización y si reconoce los elementos del contexto organizacional para llevarse a cabo. En esa misma línea, se pretende conocer el impacto en términos de los beneficios para la población en Situación de Calle, es decir, recolectar información sobre los resultados.	Cumplimiento de Objetivos	¿usted sabe cuál es el objetivo del programa? ¿Considera que se cumple? ¿Como? ¿conoce si el programa tiene resultados de cumplimiento?
	Alineación con Políticas Organizacionales	¿Considera que las acciones que se realizan en la estrategia cumplen con el objetivo misional institucional y la política de prestación de servicios?
	Resultados y Beneficios	Desde su percepción ¿que resultados se han observado en términos de beneficios para la población en situación de calle?

Adopción: Se verificará que tanto las personas de la organización en los diferentes niveles de acción de sus funciones reconocen la estrategia diseñada para la población en Situación de Calle y aportan al despliegue de acciones necesarias para que esta se logre implementar. En este ítem, se pretende conocer el impacto que tiene la acción de salud en la cultura organizacional para lograr que la población pueda tener acceso a los servicios de salud.	Reconocimiento de la Estrategia	Desde su rol en el programa, reconoce y adopta la estrategia diseñada para la población en situación de calle.
	Impacto en la Cultura Organizacional	¿Qué impacto ha tenido el programa para la población en Situación de calle en la cultura organizacional para facilitar el acceso de esta población a los servicios de salud?
Implementación: Se evaluará si la estrategia se desarrolla según lo propuesto, además, se identificará la manera en la que se realiza seguimiento al cumplimiento de los objetivos de la estrategia y las acciones o adaptaciones que se realizan para el cumplimiento de los mismos.	Desarrollo de la Estrategia	¿Qué acciones realiza para que la estrategia se desarrolle según lo propuesto en los planes iniciales?
	Seguimiento de Objetivos	Como ya se habló del objetivo del programa que es adherencia, como se asegura usted desde su rol que se haga seguimiento sobre el cumplimiento de este objetivo
	Adaptaciones y Ajustes	¿Cuándo los pacientes no logran alcanzar adherencia que tipo de acciones realiza para dar cumplimiento al objetivo ?
Infraestructura de Implementación: Se revisará si se cuenta con el personal idóneo para desarrollar la acción n salud, del mismo modo, si se desarrollan capacitaciones con el equipo asignado para fortalecer sus conocimientos frente al trabajo que desarrollan, y también si existe retroalimentación continua y planes de continuidad de las acciones. Además, se revisará el proceso de capacitación permanente del equipo designado para implementar la estrategia siguiendo los direccionamientos organizacionales, así como los mecanismos de auditoría y	Capacitación del Personal	¿Usted considera que se cuenta con el personal idóneo para el desarrollo del programa ?, por qué?
	Desarrollo de Capacitación	¿Qué tipo de capacitaciones se han con el equipo encargado del programa
	Retroalimentación y Continuidad	¿Cómo se asegura que el equipo reciba retroalimentación continua sobre su desempeño y la implementación del programa?

retroalimentación continua para asegurar la continuidad de la estrategia.		
Mantenimiento: El mantenimiento se evaluará si la acción se sostiene a lo largo del tiempo teniendo en cuenta una auditoría de este frente al cumplimiento de objetivos, así como una retroalimentación continua y planes de continuidad.	Sostenibilidad de la Acción	Como considera usted que un programa de estos se sostiene en el tiempo.
	Retroalimentación Continua	¿Tienen espacios evalúen posibilidades de mejora del programa?
Perspectivas sobre la Intervención: Las Perspectivas sobre la intervención, en este aspecto recogerán las experiencias y percepciones de los colaboradores de la organización sobre la estrategia con la población en Situación de Calle, se pretende verificar que tanto los proveedores del servicio de salud reconocen la acción como compatible con los lineamientos organizaciones. También se conocerá la percepción y experiencia sobre la estrategia por parte de los beneficiarios directos, es decir, la población en Situación de Calle, lo anterior con el objetivo de evaluar si se considera por parte de los beneficiarios que la estrategia aporta a su acceso los servicios de salud, adicionalmente si se perciben incluidos dentro de las acciones institucionales y si consideran que hay gestión organizacional para disminución de barreras que puedan presentarse	Percepción de Colaboradores	¿Cree usted que esta estrategia es adecuada para la atención de habitantes de calle?, considera se puede realizar otro tipo de estrategia?
	Percepción de Beneficiarios Directos	este elemento se evaluará con unas preguntas específicas para los habitantes de calle

Anexo 4: Guía de preguntas para Evaluar las estrategias de implementación del PAI_VIH desde la percepción de los usuarios.

Categoría	Subcategoría	Preguntas orientadoras para entrevista-semiestructurada.
<u>Perspectivas sobre la intervención:</u> Se conocerá la percepción y experiencia sobre la estrategia por parte de los beneficiarios directos, es decir, la población en Situación de Calle, lo anterior con el objetivo de evaluar si se considera por parte de los beneficiarios que <u>la estrategia aporta a su acceso</u> los servicios de salud, adicionalmente si <u>se perciben incluidos dentro de las acciones institucionales</u> y si consideran que hay <u>gestión organizacional para disminución</u> de barreras que puedan presentarse	Acceso a los servicios de salud.	¿Por qué ingreso al programa?
		cómo te sentiste las primeras veces que viniste? ¿crees que fue fácil o difícil venir?
		¿considera que se intenta llegar hasta donde ustedes están y no solo que vengan acá?
		¿Ha mejorado su salud desde que ingreso a la Corporación?
	Gestión organizacional para la disminución de barreras y cumplimiento de objetivos.	¿Ha podido tener el medicamento para el VIH sin problema?
		¿Entiende mejor como cuidar su salud?
		¿En qué le ha servido el apoyo de Martha y de la corporación?
		¿Cómo te han tratado las personas que trabajan aquí?
		¿cómo se comunica Martha con usted para las citas y la entrega del medicamento?
	Inclusión dentro de las acciones institucionales	consideras que se preocupan por cumplir lo que te dicen
		¿Te han explicado de manera clara y sencilla cómo funciona EL VIH, y que hace el tratamiento que tomas?
		¿qué pasa cuando tiene inconvenientes para seguir su tratamiento?
		¿Le comunican sobre su proceso de salud?

Anexo 5: Aval comité de ética Universidad del Valle.



FACULTAD DE SALUD
Comité de Ética en Investigación en Salud

ACTA DE APROBACION N° (014-024)

Proyecto: "EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE VIH (PAI_VIH) PARA LA POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE CALLE, EN UNA IPS DE CALI-COLOMBIA, DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS CIENCIAS DE LA IMPLEMENTACIÓN"

Docente Responsable: **OLGA LUCÍA GÓMEZ GUTIÉRREZ**

Estudiantes Posgrado: **BRIAN ECHAVARRÍA BONILLA**

Código Interno: (077-024)

Fecha de expedición:

DÍA	MES	AÑO
28	08	2024

El Consejo de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, ha establecido el Comité de Ética en Investigación en Salud (CEIS), el cual está regido por la Resolución 8430 de 1993 "por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", del Ministerio de Salud, y ante el vacío de una norma específica para comités de ética que no revisen protocolos con medicamentos, se acogerá a la Resolución 2378 del 2008 "Por la cual se adoptan las Buenas Prácticas Clínicas para las instituciones que conducen investigación con medicamentos en seres humanos" del Ministerio de Protección Social, en los casos necesarios se adhiere a los principios de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su última revisión en el 2013, las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos (CIOMS –OMS de 2016); y el Código de Regulaciones Federales, título 45, parte 46, para la protección de los participantes, del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos 2000.

Este Comité **certifica que:**

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

X	Protocolo de Investigación
X	Instrumentos de recolección de datos
X	Formato de consentimiento informado
X	Soportes solicitados por el CEIS

2. Según las categorías de riesgo establecidas en el artículo 11 de la Resolución N° 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, el presente estudio tiene como **Clasificación de Riesgo:**

X	Riesgo mínimo
---	---------------

3. El CEIS indica que revisó:
 - a. Las **medidas** que tomarán para proteger a los participantes son adecuadas.
 - b. La forma de obtener el **consentimiento** informado de los participantes en el estudio es adecuada.
 - c. La participación de las personas será voluntaria.
4. El CEIS **informará** a la Vicedecanatura de investigaciones las siguientes inconformidades:
 - a. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité.
 - b. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación por parte del Comité.
 - c. Lesiones a los participantes.



- d. Problemas imprevistos que involucren riesgos para los participantes u otras personas.
- e. Toda situación que requiera resolución fuera del comité.
- 5. El presente proyecto fue **aprobado** por el Comité, por un periodo de un **(1) año** a partir de la fecha de aprobación.
Los proyectos de duración mayor a un año deberán solicitar la renovación del aval, adjuntando el formato de avance y los documentos solicitados por el CEIS.
- 6. El **investigador principal** deberá informar al Comité:
 - a. Cualquier cambio que se proponga introducir en este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes para los participantes.
 - b. Cualquier problema imprevisto que involucre riesgos para los participantes u otros.
 - c. Cualquier evento adverso serio dentro de las primeras 24 horas de ocurrido, al secretario(a) y al presidente.
 - d. Cualquier conocimiento nuevo respecto al estudio, que pueda afectar la tasa riesgo/beneficio para los participantes.
 - e. Cualquier decisión tomada por otros comités de ética
 - f. La terminación prematura o suspensión del proyecto explicando la razón para esto.
 - g. El investigador principal deberá presentar un informe final al terminar el proyecto.

Firma:

Nombre: **BEATRIZ EUGENIA FERNÁNDEZ HURTADO.**

Capacidad Representativa: Presidente

Teléfono: 5185677

Anexo 6: Aval comité de ética Corporación de Lucha Contra el Sida



NA 800.171.780-1

CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Personería Jurídica Res. No. 0500 Julio/92 de la Gobernación del Valle del Cauca

Educación, Investigación y Atención Integral para la Salud

Ayudar a proteger y conservar la vida humana es nuestra razón de ser.

COMITÉ INSTITUCIONAL DE ETICA PARA LA INVESTIGACION EN HUMANOS CORPORACION DE LUCHA CONTRA EL SIDA.

ACTA DE APROBACIÓN No 040

El lunes 1º de abril del 2024, se reunieron los integrantes del Comité Institucional de Ética para Investigación en Humanos de la Corporación de Lucha contra el SIDA, que se encuentra regido por la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, donde se establecen las normas científicas, técnicas, y administrativas para la investigación en salud. Este comité acoge los principios de las Buenas Prácticas Clínicas emitidas durante la Conferencia Internacional de Armonización (ICH) y de los principios de la declaración de Helsinki, para evaluar los aspectos éticos inherentes en proyectos de investigación. En esta sesión se realizó la revisión y evaluación de los proyectos **Proyecto Evaluación de las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI VIH) para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS)** presentado por el investigador Brian Echavarría Bonilla, bajo la tutoría de la Dra. Olga Lucia Gómez y **Proyecto "Descripción de la experiencia con inhibidores de integrasa de última generación en la Corporación de Lucha contra el Sida. Dolutegravir/Lamivudina en vida real"** presentado por Jorge Oñate como investigador principal, y Ximena Galindo, Héctor Mueses, Andrés Felipe Zapata y Christian Camilo González, como coinvestigadores.

Estos proyectos fueron evaluados por los siguientes Miembros del Comité:

Diego Correa Sánchez.	Psicólogo.	Presidenta del Comité.
María Eugenia. González R.	Bacterióloga	
Martha Lucia Vázquez	Enfermera	

1. Este comité certifica que durante la reunión sus miembros revisaron:

- El protocolo de investigación
- Formato de Consentimiento Informado
- Instrumentos para recolección de la información
- Hoja de vida de investigadores.



Carrera 56 No. 2-120 PBX: (572) 5136152, Cali-Colombia
www.cls.org.co – corporaidsa@cls.org.co



Certificado No. 8C 3941-1

"Diseño y desarrollo de programas y servicios para actualización académica, investigación y atención integral dirigida al VIH/SIDA. -Servicios de Actualización Académica de alto nivel en VIH/SIDA y enfermedades concomitantes. -Proyectos y líneas de investigación en ciencias sociales y biomédicas, en el campo del VIH/SIDA. -Prestación de servicios ambulatorios de salud para el tratamiento integral especializado del VIH/SIDA, en: Medicina Interna, Infectología y servicio farmacológico de mediana complejidad, psicología, medicina general y nutrición y dietética, de baja complejidad, asesoría médica internacional, asesoría integral (diseño social, psicología, enfermería y química farmacéutica), grupo de apoyo y toma de muestras de laboratorio clínico general y especializado para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH/SIDA".



CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Personería Jurídica Res. No. 0500 Julio/92 de la Gobernación del Valle del Cauca

Educación, Investigación y Atención Integral para la Salud

Ayudar a proteger y conservar la vida humana es nuestra razón de ser.

NA 800.171.780-1

- Estas investigaciones tienen una clasificación de **INVESTIGACION DE RIESGO MINIMO** según la categoría de riesgo establecida en el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

El Comité considera que ambos proyectos son pertinentes y aportan al conocimiento y avances en la atención integral de una población vulnerable, así como también ofrecen mayor claridad sobre los tratamientos antirretrovirales en el contexto del VIH/SIDA.

Una vez revisado los proyectos y los documentos de soporte por parte de los evaluadores, se plantearon las siguientes observaciones y recomendaciones, las cuales se enviaron al estadístico Hector Fabio Mueses, Coordinador del Centro de Investigaciones de la Corporación de Lucha Contra el Sida, con copia a la Dra. Ines Constanza Tello, directora general.

Proyecto *Evaluación de las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle de la Corporación de Lucha Contra el Sida (CLS)*,

- Incorporar en el título del proyecto “Evaluación de las capacidades de las estrategias...” Esta observación se hace a fin de que haya concordancia con el objetivo general.
- Complementar, en la declaración de conflictos de interés que reza en la página 50 “*El conflicto de intereses con la institución se abordará mediante la aplicación rigurosa de la metodología de tal forma que no haya resultados sesgados.*”, las acciones concretas para regular los roles en el proceso investigativo. El Comité sugiere que, para contrarrestar los conflictos de interés, se asigne personal externo, en la realización de la revisión documental.
- Incorporar al documento en forma más precisa los criterios de rigor científico que se van a tener en cuenta al tratarse de una investigación con enfoque cualitativo, con relación a la realización de las entrevistas semiestructuradas, su procesamiento en Atlas ti y la obtención de los resultados.
- Revisar y ajustar cronograma



Certificado No. 80 3941-1

“Diseño y desarrollo de programas y servicios para actualización académica, investigación y atención integral aplicadas al VIH/SIDA. -Servicios de Actualización Académica de alto nivel en VIH/SIDA y enfermedades concomitantes. -Proyectos y líneas de investigación en ciencias sociales y biomédicas, en el campo del VIH/SIDA. -Prestación de servicios ambulatorios de salud para el tratamiento integral especializado del VIH/SIDA, en: Medicina interna, Infectología y servicio farmacológico de mediana complejidad, psicología, medicina general y nutrición y dietética, de baja complejidad, asesoría médica internacional, asesoría integral (trabajo social, psicología, enfermería y química farmacológica), grupos de apoyo y fono de muestras de laboratorio clínico general y especializado para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH/SIDA.”



CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Personería Jurídica Res. No. 0500 Julio/92 de la Gobernación del Valle del Cauca

Educación, Investigación y Atención Integral para la Salud

Ayudar a proteger y conservar la vida humana es nuestra razón de ser.

NA 800.171.780-1

Esta información se encuentra consignada en el Acta de Reunión 064 del 25 de noviembre del 2024.

Posteriormente, con fecha diciembre 6 de 2024 se recibe comunicación con las respuestas a las observaciones, solicitud de aclaración y ajustes realizadas por el Comité de Ética. Se adjuntó, además, los protocolos de investigación donde se incluyen los ajustes solicitados y carta de respuesta a las observaciones realizadas. Estos documentos fueron revisados nuevamente por los miembros del comité, considerando que se ajustan satisfactoriamente a los requerimientos solicitados. Los proyectos son **APROBADOS**. Esta aprobación está *vigente por un año* y será estudiada de nuevo en caso de que se requiera tiempo adicional hasta la finalización del proyecto, además será supervisada o revisada nuevamente en el momento que el Comité, así lo considere.

COMPROMISOS

El Comité informara a la Presidencia de la Corporación de Lucha contra el SIDA:

- A. Todo desacato de los investigadores a las solicitudes del Comité
- B. Cualquier suspensión o terminación de la aprobación, por parte del Comité.
- C. Toda información que reciba acerca de:
 - Lesiones a los sujetos de estudio.
 - Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos u otras personas.
 - Cualquier cambio o modificación a este proyecto, que haya sido revisado y aprobado por el Comité.

El investigador principal deberá informar por escrito a este Comité:

- a) Cualquier cambio que se proponga introducir a este proyecto. Estos cambios no podrán iniciarse sin la revisión y aprobación del Comité, excepto cuando sean necesarios para eliminar peligros inminentes a los sujetos de investigación.
- b) b) Problemas imprevistos que involucren riesgos para los sujetos de investigación.
- c) c). Cualquier evento adverso serio, al día siguiente hábil, mediante comunicación con la secretaria de este Comité.



Certificado No. 8C-3941-1

“Diseño y desarrollo de programas y servicios para actualización académica, investigación y atención integral enfocada al VIH/SIDA. -Servicios de Actualización Académica de alto nivel en VIH/SIDA y enfermedades concomitantes. -Proyectos y líneas de investigación en ciencias sociales y biomédicas, en el campo del VIH/SIDA. -Prestación de servicios ambulatorios de salud para el tratamiento integral especializado del VIH/SIDA, entre: Medicina Interna, Infectología y servicio farmacológico de mediana complejidad, ginecología, medicina general y nutrición y dietética, de baja complejidad, asesoría médica internacional, asesoría integral (trabajo social, psicología, enfermería y química farmacéutica), grupo de apoyo y toma de muestras de laboratorio clínico general y especializado para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH/SIDA.”



☎ 800.171.780-1

CORPORACIÓN DE LUCHA CONTRA EL SIDA

Personería Jurídica Res. No. 0390 Julio/92 de la Gobernación del Valle del Cauca

Educación, Investigación y Atención Integral para la Salud

Ayudar a proteger y conservar la vida humana es nuestra razón de ser.

- d) d) Conocimientos nuevos respecto al estudio, que pueda afectar la relación riesgo-beneficio para los sujetos participantes.
- e) e) Cualquier decisión tomada por otros Comités de Ética, en los casos que así lo amerita.
- f) f) La terminación prematura o la suspensión del proyecto explicando las razones para esto.
- g) G) Resultados de avances, cada 6 meses y el resultado final de la investigación.

El presente certificado se firma en Santiago de Cali el 12 de diciembre del 2024.

Diego Correa Sánchez

Presidente

Comité de Ética Institucional para Investigación en Humanos

Corporación de Lucha contra el SIDA.



Carrera 56 No. 2-120 PBX: (572) 5136152, Cali-Colombia
www.cls.org.co – corposida@cls.org.co



Certificado No. SC 3941-1
 "Diseño y desarrollo de programas y servicios para actualización académica, investigación y atención integral aglutinados al VIRGEDI: -Servicios de Consultación Jurídica de alto nivel en VIH/SIDA y enfermedades asociadas. - Proyectos y líneas de investigación en ciencias sociales y biomédicas, en el campo del VIH/SIDA. -Prestación de servicios ambulatorios de salud para el manifiesto integral especializado del VIRGEDI, en: Medicina Interna, Infectología y servicio farmacéutico de mediana complejidad; psicología, medicina general y nutrición y dietética, de baja complejidad; asesoría médica internacional, asesoría integral (trabajo social, psicología, enfermería y química farmacéutica), grupos de apoyo y toma de muestras de laboratorio clínico general y especializado para el diagnóstico y seguimiento de la infección por el VIH/SIDA".

Anexo 7: Consentimiento informado para usuarios del programa.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

USUARIOS DEL PROGRAMA

Evaluación de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH* (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle, en una IPS de Cali-Colombia, desde la perspectiva de las ciencias de la implementación

Código del participante _____

Lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo evaluar el programa sobre atención integral de VIH al cual usted asiste.

En la investigación participarán 3 personas incluido(a) usted. Le garantizamos que ni su nombre ni sus datos personales serán expuestos, ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior de este documento.

Su participación en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en:

- Participar de una entrevista que le hará el investigador principal, para identificar cómo está funcionando el programa y qué aspectos del programa se deben tener en cuenta para mejorar su ejecución.

Su participación en la entrevista tiene un tiempo aproximado de duración mínimo de 15 min y máximo de 30 minutos. Usted tiene derecho a dejar de participar en la investigación y esto no afectará de ninguna manera la atención que recibe por parte del programa.

Su participación puede presentar algunos riesgos como son:

- 1) Que se pierda información recolectada de la entrevista.
- 2) Que otras personas tengan acceso a la información recolectada.

3) Que se divulgue la información personal de los participantes y que esto afecte la confidencialidad.

Para evitar estos riesgos se hará lo siguiente:

1) Para evitar la pérdida de información se hará una copia de la información recolectada en un disco duro externo, que será usada únicamente por parte del investigador principal.

2) Para garantizar la confidencialidad, se verificará que la información recolectada no tenga ni datos de contacto ni de identificación. Se le asignará un código y no se usará en ningún momento su nombre.

El beneficio que usted tendrá de su participación será conocer mejor el programa de Atención Integral al cual asiste. Además, tendrá información sobre cómo está funcionando el programa y cómo se puede mejorar.

Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo. Tampoco recibirá ninguna compensación económica por participar.

La información obtenida en este estudio será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada.

Le informamos que una vez termine el estudio le estaremos dando a conocer los resultados.

En caso de solicitar información adicional puede comunicarse con la docente Olga Lucia Gómez Gutiérrez al Cel 3122347792, o con el estudiante Brian Echavarría Bonilla al Cel 3225346989. Si requiere información sobre los aspectos éticos de su participación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación en Salud – CEIS - al teléfono (602) 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co.

Igualmente le solicitamos que usted dé su Autorización para que LOS DATOS Y RESULTADOS OBTENIDOS sean usados en los siguientes procesos, guardando su identidad y con la previa autorización de un comité de ética. Marque con una X según decida:

- Autorizo el uso en actividades con fines académicos SI ____ NO ____
- Autorizo el uso en futuros estudios SI ____ NO ____
- Autorizo la grabación de la entrevista en audio SI ____ NO ____

Se entrega una copia de este documento al participante.

Nombre del participante:

CC:

Firma:

Nombre testigo 1

Nombre testigo 2

Dirección:
Parentesco:
Firma:

Dirección:
Parentesco:
Firma:

Persona que realizó el proceso para obtener el consentimiento informado

Nombre:

CC:

Firma:

Relación con la investigación:

Se firma en Cali, a los ____ del mes de _____ del 2024__

Anexo 8: Consentimiento informado para usuarios del programa.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Funcionarios del programa

Evaluación de las estrategias de implementación del *Programa de Atención Integral de VIH* (PAI_VIH) para la población en Situación de Calle, en una IPS de Cali-Colombia, desde la perspectiva de las ciencias de la implementación

Código del participante _____

Lo estamos invitando a participar en una investigación que tiene como objetivo: Evaluar las estrategias de implementación del Programa de Atención Integral de VIH para la población en Situación de Calle, en una IPS de Cali-Colombia, desde la perspectiva de las ciencias de la implementación.

En la investigación participarán 5 personas incluido(a) usted. Le garantizamos que ni su nombre ni sus datos personales serán expuestos, ya que de aquí en adelante solo se identificará con el código a usted asignado en la parte superior de este documento.

Su implicación en el estudio es totalmente voluntaria y consiste en:

- Participar de una entrevista que guiará el investigador principal, para identificar cómo está funcionando el programa, qué aspectos del programa se deben tener en cuenta para mejorar su ejecución.

Su participación en la entrevista tiene un tiempo aproximado de duración de máximo 60 min. Es importante aclarar que en caso no darse completamente las indicaciones aquí explicadas, se le retirará del estudio sin tener ninguna repercusión. Otra forma de retirarse del proyecto es de manera voluntaria, para lo cual solo debe expresar su deseo sin que esto ocasione ningún problema para usted.

Su participación puede presentar algunos riesgos como son:

- 1) Que se pierda información recolectada de la entrevista.
- 2) Que otras personas tengan acceso a la información recolectada.
- 3) Que se divulgue la información personal de los participantes y que esto afecte la confidencialidad.

Para evitar estos riesgos se hará lo siguiente:

- 1) Para evitar la pérdida de información se hará una copia de la información recolectada en un disco duro externo, que será usada únicamente por parte del investigador principal.
- 2) Para garantizar la confidencialidad, se verificará que la información recolectada no tenga ni datos de contacto ni de identificación. Se le asignará un código y no se usará en ningún momento su nombre.

El beneficio que usted tendrá de su participación será conocer mejor el programa de Atención Integral para la población en Situación de Calle de la IPS. Además, tendrá información sobre cómo está funcionando el programa y cómo se puede mejorar.

Su participación en esta investigación no tendrá ningún costo. Tampoco recibirá ninguna compensación económica por participar.

La información obtenida en este estudio será guardada mediante un código que permitirá que nadie ajeno a la investigación acceda a su información privada.

Le informamos que una vez termine el estudio le estaremos dando a conocer los resultados.

En caso de solicitar información adicional puede comunicarse con la docente Olga Lucia Gómez Gutiérrez al Cel 3122347792, o con el estudiante Brian Echavarría Bonilla al Cel 3225346989. Si requiere información sobre los aspectos éticos de su participación puede comunicarse con el Comité de Ética en Investigación en Salud – CEIS - al teléfono (602) 5185677 o al correo eticasalud@correounivalle.edu.co.

Igualmente le solicitamos que usted dé su Autorización para que LOS DATOS Y RESULTADOS OBTENIDOS sean usados en los siguientes procesos, guardando su identidad y con la previa autorización de un comité de ética. Marque con una X según decida:

- Autorizo el uso en actividades con fines académicos SI ____ NO ____
- Autorizo el uso en futuros estudios SI ____ NO ____
- Autorizo la grabación de la entrevista en audio SI ____ NO ____

Se entrega una copia de este documento al participante.

Nombre del participante:

CC:

Firma:

Nombre testigo 1

Nombre testigo 2

Dirección:

Dirección:

Parentesco:

Parentesco:

Firma:

Firma:

Persona que realizó el proceso para obtener el consentimiento informado

Nombre:

CC:

Firma:

Relación con la investigación:

Se firma en Cali, a los ____ del mes de _____ del 2024__