

**Sistematización de la implementación de una experiencia con aplicación del modelo  
socio-sanitario para el fortalecimiento de la atención a personas en condición de  
vulnerabilidad con enfermedades como tuberculosis, virus de la inmunodeficiencia  
humana o coinfección en Bogotá, Colombia durante los años 2015 a 2020**

**Liliana Rocío Galvis Gantiva**  
**Enfermera, Universidad Nacional de Colombia**

**Trabajo de Grado para optar al Título de Magíster en Salud Pública**

**Directora de Tesis: Jovana Alexandra Ocampo Cañas MD, PhD en Salud Pública**  
**Maestría en Salud Pública**  
**Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo**  
**Universidad de los Andes Bogotá, Colombia**

## RESUMEN

**Introducción:** La tuberculosis y el virus de inmunodeficiencia humana son enfermedades que han sido un reto desde hace varios años para la salud pública, especialmente en aquellas poblaciones en las cuales no es fácil realizar seguimiento o mantener adherencia a los tratamientos como son la población clave y la población vulnerable. Para realizar un abordaje integral a esta población y que su atención no sea de forma fragmentada, se han buscado estrategias como la aplicación del modelo de atención sociosanitario con una postura centrada en el cuidado integral del paciente.

**Método:** Este proyecto corresponde a una sistematización de experiencias la cual se desarrolló en Bogotá de 2015 a 2020. Se realizaron 10 entrevistas a los principales actores de la experiencia, se realizó revisión documental y la sistematización de la experiencia se realizó teniendo en cuatro momentos relevantes para esta.

**Resultados:** Los resultados están relacionados con la reconstrucción de la experiencia, teniendo en cuenta los cuatro momentos relevantes como la situación inicial que refleja los inicios de la experiencia y la preocupación ante la pérdida del seguimiento de pacientes con las patologías mencionadas, el proceso de intervención resalta aspectos como los facilitadores o limitantes para el desarrollo de la experiencia, la situación final indica la satisfacción de los actores ante los objetivos planteados y el impacto positivo en las personas, en cuanto a las lecciones aprendidas se indican recomendaciones en torno a procesos de contratación, de oferta de servicios y de instituciones.

**Conclusiones:** La aplicación del modelo sociosanitario por parte de la experiencia fue útil para el abordaje de los pacientes, en donde se percibe que se han cumplido los objetivos propuestos

**Palabras Clave:** tuberculosis, VIH, poblaciones vulnerables, modelos de atención

## INTRODUCCIÓN

La tuberculosis (TB) es la decimotercera causa de muerte y la enfermedad infecciosa más mortífera detrás de la COVID –19. Se estima que en el 2020 enfermaron 9,9 millones de personas por esta enfermedad en todo el mundo, de los cuales 1,1 millones fueron niños, 3,3 millones mujeres y 5,5 millones hombres según la Organización mundial de la salud (1). En Bogotá para 2020 las poblaciones más afectadas por esta enfermedad fueron: personas privadas de la libertad 6.6%, población migrante 5.9%, personas indígenas 5.0%, personas habitantes de calle 4.0%, personas afrodescendientes 3.8% según el Ministerio de salud y Protección Social (2).

Por otra parte, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es considerado como uno de los problemas de salud pública más graves del mundo, especialmente en países de ingresos bajos y medianos. Para finales del 2021 en el mundo se calculó que resultaron infectadas 1,5 millones de personas con VIH, murieron 650.000 personas por causas relacionadas con este y había 38,4 millones de personas viviendo con VIH, según la Organización Mundial de la Salud (3). Para Bogotá según la cuenta de alto costo (4) en el año 2021 se registraron 2.274 nuevos casos de VIH y 30.909 personas viviendo con VIH, para este mismo año los registros en población clave fueron: personas trabajadoras sexuales 6,4%, mujer transgénero 11,36%, hombre transgénero 21,2%, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres 34,9%, consumidores de sustancias psicoactivas vía diferente a inyectada 19.1%, personas que se inyectan drogas 13,6%, habitante de calle 17,9%, privado de la libertad 12,7%.

La TB y el VIH son enfermedades que han sido un reto desde hace varios años para la salud pública, especialmente en aquellas poblaciones en las cuales no es fácil realizar seguimiento o mantener adherencia a los tratamientos como son la población clave y la población vulnerable. Para este estudio nos enfocaremos especialmente en la población en situación de habitabilidad en calle, quienes presentan contextos de vulnerabilidad ya que como lo expresa Metraux (5) “ser habitante de calle crea un contexto en el cual el individuo

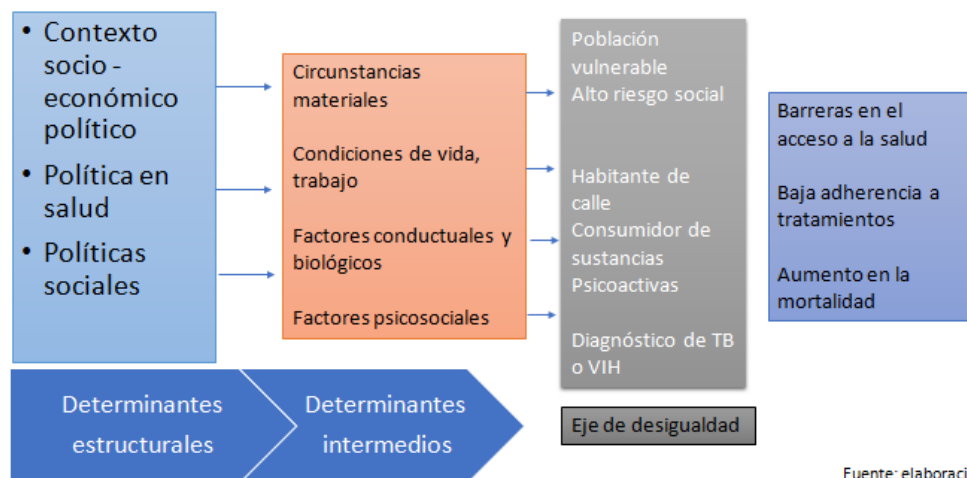
se enfrenta a escasos recursos materiales, aislamiento social, acceso inadecuado a la atención de la salud y circunstancias que tornan difícil mantener prácticas higiénicas básicas”

Para realizar un abordaje integral a esta población y que su atención no sea de forma fragmentada, se han buscado estrategias como la aplicación del **modelo de atención sociosanitario** el cual comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones, sufrimientos y facilitar su reinserción social (6).

Esta postura es centrada en el cuidado integral del paciente desde las condiciones de vida y el modelo de determinantes sociales de la salud teniendo en cuenta las relaciones de poder y las inequidades que se presentan en salud en esta población producto del contexto social, económico y político, así como la estratificación de acuerdo al género, ingreso, educación, ocupación, raza o etnia y la afectación en los determinantes intermedios de la salud.

Figura 1.

## Modelo Conceptual



Fuente: elaboración propia

Figura 1.

La población habitante de calle requiere un abordaje integral no solo desde la atención en salud, sino también desde los servicios sociales, razón por la cual el Ministerio de Salud y Protección Social en conjunto con otras entidades participantes iniciaron en 2015 una experiencia cuyo núcleo fundamental fue la articulación intersectorial para el abordaje de los diferentes factores que estuviesen contribuyendo a la baja adherencia y alta mortalidad en las personas habitantes de calle o consumidoras de sustancias psicoactivas con diagnóstico de TB, VIH o coinfección TB/VIH teniendo como referencia y realizando la aplicación del modelo de atención sociosanitario. Sin embargo, no se cuenta con una documentación detallada de cómo ha sido su desarrollo e implementación desde su origen, por esta razón se realiza la sistematización de esta experiencia.

La sistematización de experiencias ha venido siendo utilizada en diferentes áreas de intervención social como la salud, como lo menciona Peña-Varon (7) “los retos y desafíos de la evaluación de las intervenciones en salud pública ponen en evidencia la necesidad de involucrar metodologías como la sistematización de experiencias en el diseño e implementación de las evaluaciones”. Así mismo, la sistematización en el contexto del abordaje de los determinantes sociales de la salud facilita el ordenamiento de los procesos participativos, la síntesis de las acciones referidas a la promoción de estilos de vida y entornos saludables, la interpretación de los antecedentes históricos y la identificación de las lecciones aprendidas que favorezcan la réplica de experiencias, con el objetivo de construir políticas públicas sanitarias basadas en evidencias (8).

Esta sistematización surge de la necesidad de reconstruir esta experiencia para conocer cómo fue el proceso desde sus inicios, cuáles han sido sus resultados, las lecciones aprendidas y se busca la replicación de esta experiencia en otras partes del territorio que tengan población con estas mismas características de salud pública. Por esta razón el objetivo de este estudio fue sistematizar la experiencia de fortalecimiento de la atención de poblaciones vulnerables con TB, VIH y coinfección TB/VIH en población habitante de calle y/o consumidores de sustancias psicoactivas desarrollada en la ciudad de Bogotá en el periodo 2015–2020.

## MÉTODOS

Este proyecto corresponde a una sistematización de experiencias la cual se desarrolló en Bogotá de 2015 a 2020.

### Población

La población está constituida por 10 personas de talento humano del área de la salud (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería, psicólogos) participantes de la mesa de trabajo de la experiencia, quienes se identifican como los principales actores teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad, se encuentran vinculados a entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, Secretaría Distrital de Integración Social, Secretaría Distrital de Salud, Liga Colombiana de lucha contra el SIDA, EPS Capital Salud, Hospital Santa Clara, Asistencia Científica de alta complejidad S.A.S, Subred Integrada de servicios de salud centro oriente.

### Instrumentos

- Se utilizó documentación como actas y listados de asistencia que se diligenciaron en cada una de las reuniones de forma mensual. Estos documentos contenían información correspondiente a los compromisos de la reunión anterior, al seguimiento, evolución y novedades de cada uno de los pacientes teniendo en cuenta la adherencia al tratamiento y las intervenciones realizadas con cada uno de ellos, la presentación de nuevos pacientes y las acciones o intervenciones a realizar junto con los responsables para la próxima reunión.
- Se aplicaron entrevistas semiestructuradas teniendo en cuenta cuatro momentos relevantes para la experiencia como son: situación inicial, proceso de intervención, situación final y lecciones aprendidas.
- Se construyó una base de datos con el objetivo de organizar la información de las actas anteriores y conocer algunos resultados en cuanto a número de pacientes en seguimiento, las intervenciones realizadas y la adherencia a los tratamientos, teniendo en cuenta las siguientes variables:

**Variabes de ingreso:** Variables demográficas (nombre, apellido, tipo de documento, número, fecha de nacimiento, edad, sexo o género) población clave (habitante de calle, consumidor de sustancia psicoactivas, hombre que tiene relaciones sexuales con otros hombres, mujer transgénero, trabajador sexual, población privada de la libertad) aseguramiento (régimen y asegurador) diagnóstico de ingreso.

**Variabes clínicas de seguimiento:** antecedentes de tratamientos de TB, tratamiento actual de TB (inicio del tratamiento, última dosis recibida y condición de egreso a diciembre de 2020) antecedentes de VIH (antecedentes de tratamiento y de abandono de tratamiento) seguimiento de VIH (inicio del tratamiento actual, condición a la fecha de diciembre de 2020, adherencia al tratamiento, presencia de comorbilidades)

**Variabes sociales de seguimiento:** intervenciones realizadas (sensibilización en adherencia al tratamiento, acompañamiento, gestión en cedulación, afiliación en salud, gestión en albergue, en empleo, en educación, en transporte, alimentación, en insumos, apoyo económico, psicosocial, orientación a servicios)

**Variabes de Egreso:** fecha de egreso, tiempo total de seguimiento, condición de egreso.

La Sistematización se realizó siguiendo los pasos propuestos por Oscar Jara (9) como son: punto de partida, plan de sistematización, recuperación del proceso vivido, reflexiones de fondo y puntos de llegada los cuales describo a continuación:

En el **punto de partida** se realizó un acercamiento a la mesa de trabajo de la experiencia con el fin de conocer a las personas que hacían parte de ella. Participe en las reuniones que se realizaban de forma mensual para conocer cómo era la dinámica, las intervenciones y el seguimiento que realizaban.

En el **plan de sistematización** se estableció que la sistematización de esta experiencia se realizaría desde el año 2015 hasta 2020. Luego se realizó la solicitud de la información y los registros de la experiencia.

Para la **reconstrucción del proceso vivido** se realizó la revisión documental donde se hizo la lectura de cada una de las actas teniendo en cuenta el contenido, identificando las

personas a las cuales se les estaba realizando seguimiento, el tipo de intervención que se estaba realizando y así mismo identificando las variables para la construcción de la base de datos. Se revisaron los listados de asistencia de las reuniones realizadas en el periodo de enero de 2015 a diciembre 2020 para identificar los principales actores que participaron de esta experiencia. Se realizó una matriz en donde a partir de los listados de asistencia se identificaron los 10 principales actores participantes en esta experiencia, teniendo como **criterio de inclusión** haber permanecido durante todo el periodo mencionado o haber estado el mayor tiempo posible en ella. Se realizó la aplicación de 10 entrevistas semiestructuradas previo consentimiento informado, en donde se realizaron preguntas sobre los cuatro momentos relevantes para la experiencia: situación inicial de la experiencia, sobre los procesos intervención, sobre la situación final y acerca de las lecciones aprendidas, estas se realizaron de forma virtual con un promedio de duración de 45 minutos.

Por otra parte, se realizó una base de datos con la información encontrada en las actas de seguimiento mensual de los usuarios de la experiencia en el periodo 2015 – 2020 en donde se recopiló información teniendo en cuenta variables de ingreso (demográficas, de identificación, de población clave, diagnóstico, aseguramiento), variables clínicas de seguimiento con respecto a antecedentes y tratamientos de tuberculosis y virus de inmunodeficiencia humana, variables sociales de seguimiento sobre las intervenciones realizadas y condiciones de egreso de la experiencia, con esta información se realizó un análisis de tipo descriptivo.

Para **las reflexiones de fondo** se transcribieron las entrevistas, se establecieron las categorías de análisis, se realizó la codificación teniendo en cuenta las categorías establecidas y se realizó el análisis a través del programa Nvivo.

En los **puntos de llegada** se comparten los aprendizajes que representa presentar paso a paso como se llevó a cabo el proceso y cuáles fueron los resultados obtenidos.



## Plan de análisis:

Para realizar el análisis de datos se utilizó el programa Nvivo y se tuvieron en cuenta las siguientes categorías de análisis teniendo en cuenta los cuatro momentos relevantes de la experiencia:

**Situación inicial:** Origen de la experiencia, equipo de trabajo, antecedentes de la atención y criterios de ingreso. **Proceso de intervención:** experiencia en la actualidad, aspectos a resaltar, factores facilitadores y factores limitantes. **Situación final:** cumplimiento de objetivos, impacto de la experiencia, cambios en el funcionamiento, situación actual de las personas beneficiadas. **Lecciones aprendidas:** oportunidades de cambio, situaciones de tensión y recomendaciones.

Este proyecto fue aprobado por el comité de ética de la Escuela de Gobierno Alberto Lleras Camargo y las entrevistas se realizaron con consentimiento informado de los actores.

## RESULTADOS

La sistematización de la experiencia permitió determinar los siguientes hallazgos, los cuales se presentan teniendo en cuenta los cuatro momentos relevantes para esta experiencia con sus respectivas categorías:

### SITUACIÓN INICIAL

#### Origen de la experiencia

Esta experiencia inició en el año 2015, surgió bajo el liderazgo del Ministerio de salud y protección social al realizar la revisión de indicadores de mortalidad con respecto a personas con TB/VIH, en la cual se evidenció que había un alto porcentaje de mortalidad en población habitante de calle, quienes a su vez presentaban características como consumo de sustancias psicoactivas, no tenían adherencia a los tratamientos y presentaban pérdidas en los seguimientos.

Uno de los objetivos que tuvo esta experiencia fue la articulación intersectorial, involucrar a los diferentes actores desde la identificación del paciente, el tratamiento y el seguimiento, para poder realizar un abordaje integral, no solamente desde el sector salud en cuanto al tratamiento y la prevención de la transmisión, sino también desde la parte social teniendo

en cuenta los determinantes sociales de la salud, verificando con el paciente como era su entorno, su red de apoyo, indagando las razones por las cuales no recibían el tratamiento y buscando estrategias e intervenciones encaminadas garantizar la atención, mejorar las condiciones de vida, mantener una adherencia a los tratamientos, disminuir los contagios y establecer algún proyecto de vida luego de recibir el tratamiento.

## **Equipo de trabajo**

Desde el Ministerio de Salud y Protección social se inició una identificación de actores que estuvieran relacionados con la atención de población objeto, se realizó la convocatoria para identificar quién podría formar parte de esta mesa de trabajo, en las primeras reuniones las mismas organizaciones se presentaban e indicaban cuáles eran sus funciones, fortalezas y debilidades en torno a la población vulnerable.

Se vincularon instituciones como la Secretaría Distrital de Salud, Secretaría de Integración Social quienes realizaban las búsquedas, intervenciones y seguimientos de los pacientes habitantes de calle, la EPS Capital Salud como asegurador de la mayoría de los usuarios, Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA por su experiencia en el abordaje a pacientes con esta condición, Hospital Santa Clara que era el punto de referencia donde generalmente llegaban o consultaban los pacientes, Asistencia Científica SAS como IPS especializada en la atención a pacientes con enfermedades de alto costo, Subred Integrada de Servicios de Salud Centro-Oriente, en algunas ocasiones participaron entidades como IDIPRON, ICBF, Fondo Mundial, Secretaría de Salud de Cundinamarca, la Universidad Nacional a través de la facultad de Enfermería quienes hacían acompañamiento desde la academia.

## **Antecedentes de la atención**

En las características de la atención que se realizaba antes de la experiencia a la población vulnerable encontramos que hace aproximadamente 20 años un diagnóstico de tuberculosis en un usuario generaba temor dentro de los servicios sociales por desconocimiento en el abordaje, se tenía la concepción de que por ser habitante de calle no le daba derecho a tener un tratamiento, esto ligado a que no había un sitio específico como una vivienda donde ir a suministrarle el medicamento, no generaban el compromiso de ir a reclamar un medicamento o de realizar el tratamiento.

Los antecedentes de atención a personas habitantes de calle con diagnósticos TB/VIH se encuentran relacionados con el servicio de urgencias, en algunas ocasiones el establecimiento del diagnóstico el cual generalmente se realizaba porque el paciente llegaba a los servicios de salud por una urgencia, se diagnosticaba y si accedía a realizar el tratamiento se remitía a los servicios de integración social, allí podía tomar el tratamiento pero una vez salía o pedía el alta voluntaria se le perdía el rastro y no había seguimiento de ese caso.

### **Criterios de Ingreso**

Los criterios que se tuvieron en cuenta al presentar a cada uno de los pacientes fueron diagnóstico de TB, diagnóstico de VIH o coinfección TB/VIH, que fueran habitantes de calle o consumidores de sustancias psicoactivas, algunos de ellos pertenecientes a grupos LGBTI, con prácticas sexuales de riesgo, pacientes con largas historias de abandono de tratamientos o baja adherencia al tratamiento.

## **PROCESO DE INTERVENCIÓN**

### **Experiencia en la actualidad**

La experiencia hasta diciembre de 2020 funcionó de forma similar a cuando inicio, cada una de las instituciones presentaba a la mesa de trabajo unos casos especiales de pacientes con diversas situaciones teniendo en cuenta los criterios de inclusión, en seguida se mencionaba a cada uno de los pacientes en seguimiento en donde se indicaban las acciones o intervenciones que cada entidad estaba realizando con el paciente, se mencionaban los controles médicos, tratamientos, laboratorios, si hubo hospitalizaciones, si continúa adherente al tratamiento, en que dosis se encuentra, si pidió salida voluntaria, si se presentó algún fallecimiento, se establecía el plan de manejo personalizado y se iba retroalimentando esta información cada mes. Así mismo, si se presentaba alguna novedad con alguno de los pacientes se estudiaban las posibles intervenciones o estrategias que podrían ser útiles para el abordaje de ese paciente particular con el fin de dar continuidad al tratamiento en curso y al proceso atención.

## Aspectos a resaltar

En el desarrollo de la experiencia se realizaron algunas actividades que fueron relevantes o importantes para la mesa de trabajo, algunas relacionadas con los casos exitosos, otras tienen que ver con la importancia del acercamiento desde pares, desde personas que han estado en esta misma situación y que probablemente tengan un lenguaje más cercano que les pueden dedicar hasta más tiempo a los pacientes, ya que desde los profesionales de la salud el tiempo es limitado, en cambio, un par comunitario lo puede visitar en un contexto un poco diferente, en un lugar donde generalmente se encuentra desarrollando sus actividades, puede llevarle algo de comer o algo que puede marcar la diferencia.

Otro aspecto mencionado fue el realizar acciones como registrarlos ya que no tienen documento de identidad, registrar su contraseña por primera vez y realizar la vinculación a salud.

## Factores facilitadores

Como factores facilitadores se encontró el trabajo en equipo, ya que ha sido un grupo base que se ha mantenido en el tiempo y esto hace que se conozca la dinámica de funcionamiento y los pacientes, la intersectorialidad, interdisciplinariedad, el compromiso de cada uno de los actores fue fundamental ya que cada uno desde su experiencia, desde la misionalidad de la institución en la cual labora y desde las acciones que desarrollan aportan y complementan las intervenciones que se plantearon en la experiencia y con cada paciente.

## Factores limitantes

Los factores limitantes se encontraron relacionados con procesos de contratación esto en dos sentidos, el primero con respecto a los tipos de contratos que algunos de los actores tienen, ya que no son de planta y hay periodos en los que están sin contrato, el segundo con respecto a que desde la experiencia no se puede contratar una persona o tener un par comunitario que se dedique exclusivamente a hacer las visitas domiciliarias y realice la sensibilización lo cual sería muy beneficioso para la experiencia. Por otra parte, hay un limitante en cuanto a la oferta de lugares en donde se puede remitir un paciente desde el componente social, para rehabilitación y desde salud mental ya que en algunas ocasiones no se encuentran cupos en los hogares de Secretaría de Integración o los pacientes no desean ingresar allá.

Otro aspecto que se reconoció como limitante fue la fatiga de los actores, esto relacionado con el tiempo que se lleva en la experiencia, con el tipo de población con la cual se trabaja, en algunas ocasiones la impotencia en el manejo de algunos casos especialmente cuando los pacientes no aceptan las intervenciones o ya van avanzados en el proceso y desertan.

## **SITUACIÓN FINAL**

### **Cumplimiento de objetivos**

Los diferentes actores consideraron que los objetivos planteados por la experiencia se cumplieron, que hubo experiencias positivas ya sea porque el paciente se curó de TB o es adherente al tratamiento de VIH o dejó su situación de habitación en calle o el consumo. También se consideró que así el paciente haya fallecido se realizó el acompañamiento, seguimiento y se realizaron todas las acciones desde el sector salud y el sector social para que esta persona tuviera una restitución de sus derechos y una muerte digna. Se refirió que muchas veces no se ve en indicadores y de forma cuantitativa pero se han tenido experiencias exitosas como lo expresa uno de los actores: “ El objetivo de esta experiencia, es lograr que haya más adherencia al paciente de habitante de calle a sus tratamientos, prevenimos mortalidades, mejorar condiciones de vida, mejorar estados de salud y tratar de que ese paciente se resocialice, se reintegre nuevamente a una vida social y que tome diferentes rumbos, que no siga en su hábitat diario que es el consumir en la calle, aguantar hambre, tratar de integrarlo a unos centros sociales, en donde pueda recibir su alimentación, que tenga oportunidades de capacitarse, de prepararse, de bañarse, de arreglarse, de vivir más dignamente que estar en la calle. Esos son logros muy grandes”

### **Impacto de la experiencia**

El impacto que generó la experiencia se ve relacionado en dos aspectos, el primero en cuanto al individuo, ya que las acciones que se realizaron fueron personalizadas, de acuerdo a las necesidades de cada uno de ellos, los pacientes se sintieron reconocidos, sujetos de derechos, las intervenciones y el seguimiento hicieron que se generaran cambios en el individuo, al haber una atención integral se genera un cambio la calidad de vida. El segundo relacionado con el impacto que se ha generado en salud pública, si bien es cierto la experiencia no maneja cifras estadísticas, se relacionó con las acciones intersectoriales, con

los casos satisfactorios de pacientes curados por TB, con los pacientes adherentes al tratamiento de VIH, los cuales hacen que disminuyan los nuevos casos y la transmisión.

### **Cambios en el funcionamiento**

En el desarrollo de la experiencia no se generaron grandes cambios, se mejoraron ciertos aspectos como el diligenciamiento de datos adicionales en el seguimiento, el ingreso de nuevos actores y el aumento en el número de pacientes en seguimiento.

### **Situación actual de las personas beneficiadas**

En todo el proceso de desarrollo de la experiencia se tuvieron diferentes tipos de pacientes, algunos casos exitosos en los cuales se evidenció el cambio en el estado de salud, culminó su tratamiento de TB, continuó adherente al tratamiento de VIH, algunos generaron procesos de rehabilitación para el consumo de sustancias psicoactivas y cambiaron su proyecto de vida, otros pacientes iniciaron sus tratamientos y los abandonaron y algunos pacientes han fallecido en el proceso.

## **LECCIONES APRENDIDAS**

### **Oportunidades de cambio**

Estas oportunidades de cambio estuvieron relacionadas con los aspectos que cambiaría de la experiencia los cuales estuvieron encaminados a la contratación de un par comunitario, a la generación de alianzas desde el sector privado como parte de responsabilidad social que ayuden a fortalecer las acciones que se realizan, otro aspecto fue el documentar las actividades que se realizan dentro de la experiencia desde sus inicios y haber podido hacerla más visible.

### **Situaciones de tensión**

No hay registro de que se hubieran presentado situaciones de tensión dentro de los integrantes de la experiencia, según lo mencionado ha sido un grupo de trabajo armonioso, en donde hay una dinámica propositiva desde el respeto.

### **Recomendaciones**

Las recomendaciones van encaminadas a aspectos que se podrían tener en cuenta para el desarrollo de proyectos con este mismo abordaje o con esta misma población para lo cual se indicó que es importante reconocer desde los orígenes la oferta de instituciones desde salud y desde lo social, por otra parte, el generar la documentación de las acciones y

establecer una hoja de ruta de los pasos a seguir, otro aspecto es la capacitación y educación continua a los integrantes del grupo, así mismo seguir trabajando en la humanización del personal de la salud frente a la atención de los habitantes de calle o población clave y por último generar más oferta o fortalecer la atención desde salud mental.

Por otra parte es importante mencionar que en el periodo comprendido entre enero de 2015 a diciembre de 2020 se realizó seguimiento a 90 personas de las cuales continuaban en seguimiento 34 personas (38%), fallecieron 26 personas (29%) y tuvieron egreso del seguimiento con resultados satisfactorios 30 personas (33%). Algunas características de esta población las encontramos en la tabla 1.

Variable	Categoría	Número
<b>Género</b>	Femenino	24
	Masculino	55
	Transgénero	12
<b>Población Clave</b>	Habitante de calle	61
	Consumidor de SPA	31
	HSH	4
	Transgénero	11
	Antecedente de trabajo sexual	1
	Población privada de la libertad	4
<b>Aseguramiento en salud</b>	Otros (desplazados, migrantes, gestantes, niños, indígena)	13
	Régimen Subsidiado	78
	Régimen especial	3
	Fondo financiero distrital	3
	Sin aseguramiento	3
	Sin registro	4
<b>Diagnósticos</b>	Tuberculosis	13
	TB MDR	3
	VIH	20
	Coinfección TB/VIH	45
	Coinfección TB MDR/VIH	9

Tabla 1.

Teniendo en cuenta que el modelo sociosanitario realiza integración entre los servicios de salud y los servicios sociales se realizaron las siguientes atenciones por parte del equipo interdisciplinario (conformado por auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, grupos de apoyo, pares comunitarios, liga de lucha contra el SIDA, asuntos LGBTI): 41 personas recibieron sensibilización con respecto a la importancia de recibir el tratamiento correspondiente a su diagnóstico y ser adherente a este; 77 personas recibieron acompañamiento entendido como visitas y seguimiento; 5 personas tuvieron gestión para la



cedulación; 6 personas tuvieron gestión para proceso de aseguramiento o cambio de EPS; a 16 personas se les realizó gestión para algún trámite en salud, entendido como agendamiento o autorización de citas o servicios médicos; 22 personas tuvieron gestión en albergue sea comunicación con la familia para que los reciba, gestión ante una fundación o en algún centro de acogida con Secretaría de Integración Social; 7 personas recibieron apoyo en empleo, sea a través de un emprendimiento o generando un vínculo laboral; 1 persona tuvo apoyo en la parte educativa; 3 personas recibieron gestión en transporte; 7 personas recibieron gestión en alimentación a través de bono o a través de comedor comunitario; 3 personas tuvieron gestión en insumos entendidos como elementos para sus emprendimientos, ropa, kit de aseo; 2 personas recibieron apoyo económico para generar emprendimiento, 6 personas recibieron apoyo psicosocial por parte del equipo; 2 personas tuvieron orientación a los servicios de Secretaria Distrital de Integración Social.

## DISCUSIÓN

El habitante de calle se ha considerado una población de difícil abordaje por sus condiciones de vida, más aún cuando tiene un diagnóstico como TB o VIH, ya que para ellos no representa una prioridad realizar un tratamiento, existen otras prioridades como buscar alimento, un lugar donde dormir o el consumo de sustancias psicoactivas. El tener una serie de necesidades básicas insatisfechas hace que haya una mayor dificultad para poder adherirse al tratamiento, lo cual concuerda con el expresado por Berbesi (10) quien menciona que para el habitante en calle el cuidado de la salud no es su principal preocupación, pues las diferentes carencias los llevan a poner el cuidado de la salud en un rango más bajo comparado con la búsqueda de alimento, dinero, techo entre otros.

El modelo de atención sociosanitaria tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual y la atención en su domicilio. Este modelo presenta varios elementos característicos entre ellos garantizar la continuidad en los cuidados, realiza intervenciones sociales y sanitarias de forma articulada y hay un principio de interdisciplinariedad (11). Esto concuerda con las características mencionadas y



utilizadas en la experiencia en donde a partir de un grupo interdisciplinario se crearon estrategias, intervenciones y se fortaleció la atención de las personas en situación de vulnerabilidad con TB y VIH, buscando mejorar calidad de vida y adherencia a los tratamientos y generando una articulación intersectorial.

El seguimiento que realiza la experiencia a los pacientes permite conocer las novedades con respecto a su estado de salud, el estado del tratamiento para dar continuidad a este, ya que Los pacientes con HIV requieren un seguimiento clínico prolongado para vigilar la progresión de la enfermedad y determinar el momento oportuno para iniciar el tratamiento y para evaluar la respuesta terapéutica, el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y los efectos secundarios, y para abordar los aspectos de salud sexual y las necesidades de prevención del HIV (12)

Por otra parte, el trabajo intersectorial tiene gran relevancia dentro de las acciones de salud pública ya que la intersectorialidad se fundamenta en la integración entre sectores, lo cual puede ser usado productivamente para resolver los problemas, además permite compartir los recursos, saberes, experiencias de cada sector y posibilita la búsqueda de soluciones integrales en las políticas públicas, que buscan bienestar, desarrollo y calidad de vida de la población tal como lo indica el Ministerio de Salud y Protección Social (13) lo cual puede ser útil para la aplicación de estrategias o modelos como el sociosanitario.

## CONCLUSIONES

La aplicación del modelo de atención sociosanitaria es centrado en la persona y ha sido de gran utilidad para poder responder a estas necesidades de atención integral que requiere esta población, generar la integración de las acciones de los servicios de salud y de las acciones de los servicios sociales ha servido para generar estrategias que favorezcan la continuidad en los tratamientos, la adherencia a estos y ha mejorado condiciones de vida de las personas.

Es de resaltar que el compromiso de cada uno de los actores desde su rol, desde su experiencia y desde de la institución en la que se encuentra laborando ha sido uno de los factores que ha contribuido al funcionamiento de la experiencia.

## Referencias

- (1) Organización Mundial de la Salud. Tuberculosis [Sitio virtual]. [actualizado 2021 oct 14, citado 2022 sept]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/tuberculosis#:~:text=La%20tuberculosis%20es%20causada%20por,persona%20a%20trav%C3%A9s%20del%20aire>
- (2) Ministerio de Salud y Protección Social. Informe de evento tuberculosis año 2021 [Sitio virtual]. [2021 mzo 24, citado 2022 sept]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/comportamiento-tuberculosis-2020.pdf>
- (3) Organización Mundial de la Salud. VIH/sida, datos y cifras. [Sitio virtual] [actualizado 2022 jul 27, citado 2022 sept]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
- (4) Cuenta de Alto Costo. Situación del VIH y sida en Colombia 2021 [Sitio virtual]. [2022 febr, citado 2022 sept]. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/site/publicaciones/situacion-del-vih-y-sida-en-colombia-2021/>
- (5) Metraux, S., Metzger, DS y Culhane, DP. Homelessness and HIV risk behaviors among injection drug users [Internet]. J Urban Health. 2004 dic [citado 2022 sept] 81 (4), 618–629. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3455922/>  
<https://doi.org/10.1093/jurban/jth145>
- (6) Ley 16 de 2003. Cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 28 de mayo de 2003. España.
- (7) Peña JF, Marín PA, Mosquera J. Papel de la sistematización de experiencias en los procesos de evaluación de casos de emergencia de salud pública en la comuna saludable por la Paz, Cali – Colombia. Prospectiva. [Internet]. 2021 en [citado 2022 oct] Disponible en: <https://doi.org/10.25100/prts.v0i31.10572>
- (8) Ministerio de Salud Perú. Sistematización de experiencias en promoción de la salud.[Internet]. Perú, 2014. Tomo I. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321030-sistematizacion-de-experiencias-en-promocion-de-la-salud-tomo-i>

- (9) Jara, O (2018) La Sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles.[Internet]. 2021 en [citado 2021 oct] Disponible en:  
<https://repository.cinde.org.co/bitstream/handle/20.500.11907/2121/Libro%20sistematizacio%CC%81n%20Cinde-Web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- (10) Berbesi, D., Agudelo, L., Castaño, C., Galeano, P., Segura, A., Montoya, L. (2014) Utilización de los servicios de salud en la población habitante de calle. *Revista CES Salud Pública*, 5(2), 147-153. Disponible en: [https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/3076](https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3076)
- (11) Ararteko. Atención sociosanitaria: una aproximación al marco conceptual y a los avances internacionales autonómicos. [Sitio virtual]. Disponible en <https://www.ararteko.eus/es/atencion-sociosanitaria-una-aproximacion-al-marco-conceptual-y-los-avances-internacionales-y-autonomicos>
- (12) British HIV Association. Standards for HIV clinical care. [Sitio virtual] 2007. Disponible en <https://www.bhiva.org/standards-of-care-2007>
- (13) Ministerio de Salud y Protección Social. Comisión intersectorial de salud pública.[Sitio virtual]. [citado 2022 nov]. Disponible en:  
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/comision-intersectorial-de-salud-publica.aspx#:~:text=La%20intersectorialidad%20se%20fundamenta%20en,pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20que%20buscan%20bienestar%2C>