



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**



50
Años

Rol del talento humano en salud

- **1. Detección Oportuna: "El Cazador de Oportunidades"**
- *El rol no es esperar al paciente, es buscar al virus.*
- **Más allá del síntoma:** El talento humano debe desarrollar un "alto índice de sospecha". No se trata solo de ofrecer la prueba al que llega con fiebre y pérdida de peso (eso es fácil). El reto es ofrecerla a la chica universitaria que viene por anticonceptivos, al ejecutivo que viene por una gastritis o al adulto mayor que consulta por hipertensión.



Rol del talento humano en salud

- **Normalización de la Prueba:** La misión del profesional es quitarle el drama al diagnóstico.
 - *Discurso Clave:* "Así como le mido la tensión y el azúcar, hoy vamos a revisar su salud sexual con una prueba de VIH. Es parte de la rutina".
- **Evitar las "Oportunidades Perdidas":** Cada vez que un paciente interactúa con el sistema de salud y sale sin una prueba de VIH (si no tiene una reciente), es una falla del talento humano.
- **El impacto:** Detectar hoy evita una transmisión mañana y una cama de UCI en 5 años.



Rol del talento humano en salud

- **2. Educación Basada en Evidencia: "El Traductor de Ciencia"**
- *El rol es combatir las 'Fake News' y empoderar con datos.*
- **Alfabetización en Salud:** El profesional debe traducir conceptos complejos (CD4, Carga Viral, Indetectabilidad) a un lenguaje que el paciente entienda y pueda usar para tomar decisiones.



Rol del talento humano en salud

- **Desmitificación:** El paciente llega con miedos heredados de los años 80 ("Me voy a morir", "Nadie me va a querer", "No puedo tener hijos").
 - *Acción:* Tu trabajo es actualizar ese "software" mental con evidencia moderna: "Hoy, con una pastilla al día, tu expectativa de vida es igual a la mía. Puedes tener hijos sanos y pareja sin riesgo (I=I)".
- **Consejería vs. Charla:** No es un monólogo. Es un diálogo donde se usa la **Entrevista Motivacional** para entender qué sabe el paciente, corregir errores conceptuales y negociar cambios de conducta.



Rol del talento humano en salud

- **3. Adherencia: "El Entrenador (Coach)"**
- *El rol es pasar de la 'Obediencia' al 'Compromiso'.*
- **Diferencia Clave:**
 - *Cumplimiento:* El paciente se toma la pastilla porque el médico le ordenó (pasivo, frágil).
 - *Adherencia:* El paciente se toma la pastilla porque entiende que es bueno para él y decide hacerlo (activo, sólido).



Rol del talento humano en salud

- **Identificación de Barreras:** El talento humano no juzga al que falla; indaga **por qué** falló.
 - ¿Olvido? -> Estrategia: Alarmas, pastillero.
 - ¿Miedo a efectos secundarios? -> Estrategia: Educación y manejo de síntomas.
 - ¿Depresión/Duelo? -> Estrategia: Apoyo psicosocial.
 - ¿Estigma en casa? -> Estrategia: Buscar privacidad.
 - **El Pacto:** La adherencia se construye sobre la confianza. Si el paciente te puede decir "Doctor, este fin de semana no me tomé la pastilla porque fui de fiesta" sin miedo a que lo regañes, has logrado una buena relación terapéutica.



Rol del talento humano en salud

- **4. Retención en el Cuidado: "El Navegante del Sistema"**
- *El rol es evitar que el paciente se pierda en el laberinto administrativo.*
- **Gestión del Riesgo de Abandono:** El momento más crítico es el primer año. El profesional debe ser un "ancla".
- **Navegación Administrativa:** En Colombia, el sistema puede ser fragmentado (autorizaciones, farmacia, citas). El talento humano guía al paciente: "¿Sabe dónde reclamar los medicamentos? ¿Entiende cómo pedir la próxima cita?".



Rol del talento humano en salud

- **Rescate de Pacientes (Re-vinculación):** Cuando un paciente falta a una cita, el sistema debe encender una alarma. El equipo de salud debe llamarlo activamente, no para regañarlo, sino para decirle: "Nos preocupamos por usted, ¿cómo le ayudamos a volver?".
- **Vínculo a Largo Plazo:** El VIH es crónico. Ustedes verán a estos pacientes envejecer. La calidad de esa relación humana es lo que hace que el paciente regrese mes tras mes durante 30 años.



Retos actuales

- **1. Estigmas Persistentes: "El virus mutó, el prejuicio no"**
- A pesar de 40 años de epidemia, el estigma sigue siendo la principal barrera para acabar con el SIDA.
- **La Interseccionalidad:** El estigma no llega solo. Se suma a otras formas de discriminación.
 - *Ejemplo:* Una mujer trans, afrodescendiente, trabajadora sexual y migrante que vive con VIH enfrenta **cinco capas de rechazo**. El sistema de salud suele ser hostil con ella no solo por el virus, sino por quién es.



Retos actuales

- **El Autoestigma (El Enemigo Interno):** Es el más difícil de tratar clínicamente. El paciente se cree la narrativa social de que es "tóxico" o "culpable". Esto lleva al aislamiento social y a la depresión, que son causas directas de abandono del tratamiento.
- **Estigma Institucional:** Ocurre cuando un odontólogo niega la atención, cuando un cirujano exige pruebas adicionales innecesarias o cuando enfermería marca la historia clínica con códigos de colores "para alertar". Esto viola la confidencialidad y expulsa al paciente del sistema.



Retos actuales

- **2. Desigualdad Territorial: "El Código Postal define tu Pronóstico"**
- En Colombia, la brecha entre el centro y la periferia es abismal.
- **La Tiranía de la Distancia:**
 - En Bogotá o Medellín, un paciente tiene acceso a infectólogo, carga viral en 48 horas y farmacia especializada.
 - En zonas como **Vichada, Guainía, Chocó o la Alta Guajira**, la muestra de sangre debe viajar en lancha o avioneta a la capital para ser procesada. Si la cadena de frío falla, la muestra se pierde. El paciente puede tardar meses en saber si es indetectable.



Retos actuales

- **Escasez de Talento Especializado:** Los infectólogos y enfermeros expertos en VIH no suelen estar en la ruralidad dispersa. Dependemos de la telemedicina, pero en zonas sin internet estable, esta herramienta falla.
- **Población Dispersa e Indígena:** Adaptar el modelo de atención a las cosmovisiones indígenas es un reto pendiente. Llegar con un enfoque occidental rígido a comunidades Wayuú o Emberá suele generar rechazo al tratamiento.



Retos actuales

- **3. Sostenibilidad Financiera: "Víctimas de nuestro propio éxito"**
- Este es el reto más complejo para los administradores de salud.
- **La Paradoja del Éxito:** Antes, los pacientes morían rápido, lo que (suena cruel, pero es real en economía) limitaba el gasto. Hoy, gracias al éxito del tratamiento, los pacientes viven 40 o 50 años más.
 - *El Reto:* El sistema debe financiar antirretrovirales de por vida para una población que **cada año crece** (porque entran nuevos diagnosticados y los antiguos no mueren). Es una "bola de nieve" financiera acumulativa.



Retos actuales

- **El Costo del Envejecimiento:** Ahora no solo pagamos el VIH. Pagamos el VIH + la Insulina (Diabetes) + los Antihipertensivos + la Quimioterapia, porque la población con VIH está envejeciendo y acumulando comorbilidades.
- **Transición de la Ayuda Internacional:** Colombia es considerado un país de "ingreso medio-alto", por lo que fondos globales (como el Fondo Mundial) están retirando sus donaciones, esperando que el país asuma el 100% del costo con recursos propios.
- **Inversión en Prevención (PrEP):** Financieramente, es más barato pagar PrEP a una persona sana que pagar tratamiento de por vida a una infectada. Sin embargo, convencer a los pagadores del sistema de invertir dinero *ahora* para ahorrar en 10 años es políticamente difícil.



Retos actuales

- **"La Balanza del Futuro"**
- Imagina una balanza en tu diapositiva.
- **En el plato izquierdo (Lo que hemos logrado):**
 - Pastillas efectivas.
 - I=I (Indetectable = Intransmisible).
 - Mayor esperanza de vida.
- **En el plato derecho (Lo que nos frena):**
 - Prejuicios sociales (Estigma).
 - Centralismo sanitario (Desigualdad).
 - Recursos finitos (Sostenibilidad).



Prioridades estratégicas

- **1. Focalización en Poblaciones Clave**
- **La Estrategia:** *Equidad, no igualdad.*
- En Salud Pública, tratar a todos por igual es ineficiente cuando la epidemia no afecta a todos por igual.
- **Micro-epidemiología:** Debemos entender que el VIH no es una sola epidemia nacional, sino muchas "micro-epidemias" concentradas.



Prioridades estratégicas

- **Intervenciones a Medida:** No sirve de nada poner un cartel de prevención en un centro comercial si la población clave (ej. mujeres trans o usuarios de drogas inyectables) no va allí.
 - *Acción:* Llevar la salud a la calle. Unidades móviles, horarios nocturnos, pares comunitarios (personas de la misma comunidad que hacen el enlace).
- **Enfoque Libre de Juicios:** La focalización solo funciona si es segura. Si focalizamos para estigmatizar ("allí están los enfermos"), fallamos. Si focalizamos para priorizar recursos ("allí necesitamos más prevención"), ganamos.



Prioridades estratégicas

- **2. Integración APS y Atención Especializada**

- **La Estrategia:** *El paciente no debe ser un ping-pong.*
- Históricamente, el VIH se aisló en "programas especiales". El reto ahora es devolverlo a la atención primaria, pero con respaldo experto.
- **Fortalecimiento de la APS (Atención Primaria en Salud):** El médico general y la enfermera de barrio deben tener la capacidad (**resolutividad**) para:
 - Diagnosticar.
 - Iniciar PrEP/PEP.
 - Manejar pacientes estables (controles de rutina).



Prioridades estratégicas

- **El Rol del Especialista (Infectólogo):** Se reserva para los casos complejos: falla virológica, multirresistencia, coinfecciones graves o embarazo de alto riesgo.
- **Contrarreferencia Efectiva:** El sistema debe funcionar como un engranaje. Si el especialista estabiliza al paciente, debe poder "devolverlo" a la APS para su seguimiento, descongestionando los hospitales de alta complejidad.
- **Beneficio:** Acerca el tratamiento a la casa del paciente (ruralidad) y reduce costos de transporte y barreras de acceso.



Prioridades estratégicas

- **3. Vigilancia Epidemiológica Robusta**
- **La Estrategia:** *Información para la acción, no para el archivo.*
- No se trata solo de llenar la ficha de notificación (SIVIGILA en Colombia); se trata de usar esos datos para tomar decisiones en tiempo real.
- **Vigilancia de "Recencia":** Las nuevas tecnologías permiten saber si una infección ocurrió en los últimos 6 meses. Esto nos dice *dónde* está activa la transmisión hoy, permitiendo intervenir brotes específicos rápidamente.



Prioridades estratégicas

- **Monitoreo de la Cascada en Tiempo Real:** Los sistemas de información deben decirnos, mes a mes, cuántos se diagnosticaron, cuántos iniciaron tratamiento y cuántos lo abandonaron.
 - *Alerta Temprana:* Si un municipio muestra caída en la adherencia, la vigilancia debe activar una intervención de campo inmediata.
- **Georreferenciación:** Mapear los casos para identificar "zonas calientes" y dirigir allí los recursos de prevención combinada.



Conclusiones

- **El Talento Humano es el Eslabón Crítico**
- *"La tecnología existe, pero la empatía la entrega."* Los medicamentos antirretrovirales y las pruebas de cuarta generación son inútiles si se quedan en una estantería. El **asesor, el enfermero y el médico** son quienes derriban las barreras del miedo. La detección oportuna, la vinculación efectiva y la adherencia a largo plazo dependen enteramente de la calidad humana y técnica del profesional que atiende.



Conclusiones

- **El Reto en Colombia: Cerrar las Brechas**
- *"Nadie se queda atrás."* A pesar de los avances, Colombia enfrenta el desafío de la **desigualdad territorial**. No podemos permitir un país de dos velocidades donde el VIH se controla en las capitales y se desborda en la ruralidad o en poblaciones migrantes. El futuro de la epidemia depende de nuestra capacidad para llevar la innovación (telemedicina, autoprueba, descentralización) a la "última milla".



Referencias (selección)

- **Fuentes Internacionales (Epidemiología Global y Conceptos)**

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). (2023). *El camino que pone fin al sida: Actualización mundial sobre el sida 2023*. [Informe]. Ginebra, Suiza.
<https://www.unaids.org/es>

1. *Uso:* Datos mundiales (39 millones), reducción de mortalidad, metas 95-95-95, situación en África Subsahariana.

2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022). *Terms, Definitions, and Calculations Used in CDC HIV Surveillance Publications*. U.S. Department of Health & Human Services.

1. *Uso:* Definiciones clínicas de VIH vs. SIDA, fases de la infección, infecciones oportunistas.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). *Directrices unificadas sobre el VIH, las hepatitis víricas y las infecciones de transmisión sexual*.

1. *Uso:* Definición de poblaciones clave y estrategias de prevención combinada.

4. Eisinger, R. W., Dieffenbach, C. W., & Fauci, A. S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection: Undetectable equals untransmittable. *JAMA*, 321(5), 451-452.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>

1. *Uso:* Evidencia científica para el concepto I = I (Indetectable = Intransmisible).



Referencias (selección)

- **CO Fuentes Nacionales (Contexto Colombia)**

5.Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (Cuenta de Alto Costo). (2024). *Situación del VIH, hepatitis B y hepatitis C en Colombia 2023*. Bogotá D.C. <https://cuentadealtocosto.org/>

5. *Uso:* Datos estadísticos de Colombia (prevalencia, incidencia, mortalidad), distribución por departamentos, brechas en la cascada de atención.

6.Instituto Nacional de Salud (INS). (2023). *Informe del evento VIH/SIDA, Colombia, 2023*. Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública. Bogotá D.C.

5. *Uso:* Datos de vigilancia epidemiológica, vías de transmisión y notificación obligatoria.

7.Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia para la atención de la infección por VIH/Sida en personas adultas, gestantes y adolescentes*. (GPC-2021). Bogotá D.C.

5. *Uso:* Protocolos de diagnóstico, inicio de tratamiento y manejo clínico en el sistema de salud colombiano.



Referencias (selección)

- **Fuentes Conceptuales (Determinantes y Salud Pública)**

8.Singer, M. (2009). *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. Jossey-Bass.

8. *Uso:* Concepto de "Sindemia" (interacción entre VIH, pobreza, violencia y otras enfermedades).

9.Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2020). *Prevención combinada de la infección por el VIH*. Washington, D.C.

8. *Uso:* Conceptos de PrEP, PEP y abordaje estructural.





GRACIAS!



**UNIVERSIDAD
DE LOS LLANOS®**