



Facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en clínicas de VIH en Colombia. “Estudio PPrE-Colombia”*

Facilitators and Recommendations of Health Care Providers for the Implementation of Pre-Exposure Prophylaxis in HIV clinics in Colombia. “PrEP-Colombia Study”

Facilitadores e recomendações de prestadores de serviço em saúde para implementar a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV em clínicas de HIV na Colômbia. “Estudo PrEP -Colômbia”

Recibido: 11 de febrero de 2021. Aceptado: 12 de octubre de 2021. Publicado: 30 de abril de 2022.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.frps>

Marcela Arrivillaga^a

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5927-3386>

Sheila Andrea Gómez

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1273-5464>

Héctor Fabio Mueses

Corporación de Lucha Contra el Sida, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0608-6656>

Beatriz Alvarado

Queen’s University, Canadá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1269-405X>

Ernesto Martínez Buitrago

Universidad del Valle, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0959-8593>

Pilar Camargo-Plazas

Queen’s University, Canadá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8349-7723>

Lina Rocío Hurtado

Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9539-1141>

María Camila Bolívar

Corporación de Lucha Contra el Sida, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4637-4131>

Ximena Galindo

Corporación de Lucha Contra el Sida, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0422-9200>

Julián Torres

Albert Einstein College of Medicine, Estados Unidos

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6477-9867>

Jorge Luis Cajas-Martínez

Universidad de Queen’s, Ontario, Canadá

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2847-7823>

Cómo citar este artículo: Arrivillaga M, Gómez SA, Mueses HF, Alvarado B, Martínez Buitrago E, Camargo-Plazas P, Hurtado LR, Bolívar MC, Galindo X, Torres J, Cajas-Martínez MD FRCPJL. Facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en clínicas de VIH en Colombia. “Estudio PPrE-Colombia”. Rev Gerenc Polit Salud. 2022; 21. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps21.frps>

*Artículo de investigación.

^a Autora de correspondencia. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co



Facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en clínicas de VIH en Colombia. “Estudio PPrE-Colombia”

Resumen

Este artículo describe facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud de clínicas de VIH para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición (PPrE) en Colombia. Se realizó un estudio cualitativo con entrevistas semiestructuradas a 20 proveedores de salud de nueve clínicas. Además, se utilizó el “Marco Consolidado para avanzar en la Ciencia de la Implementación” para guiar la recolección de información y el análisis. Los resultados fueron: 1.) Características de la intervención: los proveedores reconocen la PPrE como una terapia innovadora, de demostrada efectividad; recomiendan que debe implementarse por normativa nacional del Ministerio de Salud y Protección Social, con compra centralizada de medicamentos y adaptaciones a las diversidades regionales. Para ensamblar la PPrE en las clínicas, recomiendan articularla a programas preventivos de salud sexual, orientados por equipos interdisciplinarios capacitados. 2.) Ambiente externo: se recomendó fortalecer el trabajo en red con las secretarías de salud, Profamilia y organizaciones LGTBI; cambiar condiciones de contratación con las Entidades Promotoras de Salud para incluir la PPrE dirigida a parejas de pacientes con VIH, y financiar con recursos públicos a personas que no la pueden pagar. 3.) Ambiente interno: clima y disponibilidad de implementación percibidos como favorables para la adopción de la PPrE; para reducir tensiones organizacionales por el cambio recomiendan expandir los planes de capacitación. 4.) Proceso de implementación: se recomienda el diseño de planes nacionales, locales e institucionales, así como la atracción de líderes clave internos y externos. Se concluye que los proveedores de salud de las clínicas para VIH en Colombia perciben un ambiente favorable para la adopción de la PPrE en el país.

Palabras clave: ciencia de la implementación, Profilaxis Pre-Exposición, serodiagnóstico del SIDA, servicios preventivos de salud.

Abstract

This article describes facilitators and recommendations of health care providers in HIV clinics for the implementation of pre-exposure prophylaxis (PrEP) in Colombia. A qualitative study was conducted using semi-structured interviews with twenty health care providers in nine clinics. In addition, the “Consolidated Framework for Implementation Research” was used to guide data collection and the analysis. Results are as follow: 1. Characteristics of the intervention: providers recognize PrEP as an innovative therapy with proven effectiveness; they recommend that it should be implemented by national regulations of the Ministry of Health and Social Protection with centralized purchase of medicines and adaptations to regional diversities. To assemble PrEP in clinics, they recommend linking it to preventive Sexual Health Programs, guided by trained interdisciplinary teams. 2. External environment: it was recommended to strengthen networking with the Secretaries of Health, Profamilia and LGTBI organizations; change contracting conditions with Health Promoting Entities to include PrEP aimed at partners of patients with HIV, and finance people who cannot pay for it with public resources. 3. Internal environment: climate and availability of implementation perceived as favorable for the adoption of PrEP. In order to reduce organizational tensions due to change, expanding training plans are recommended. 4. Implementation process: the design of national, local and institutional plans is recommended, as well as the attraction of key internal and external leaders. It is concluded that health providers in the HIV clinics in Colombia perceive a favorable environment for the adoption of PrEP in the country.

Keywords: implementation research, pre-exposure prophylaxis, AID serodiagnosis, preventive health services.

Resumo

Este artigo descreve os facilitadores e as recomendações de prestadores de serviço em saúde de clínicas de HIV para implementar a Profilaxia Pré-Exposição ao HIV (PrEP) na Colômbia. Foi realizado estudo qualitativo com entrevistas semiestructuradas com 20 prestadores de serviço em saúde de nove clínicas. Além disso, foi utilizado o “Quadro consolidado para avançar na ciência da implementação” para guiar a coleta de dados e a sua análise. Os resultados foram: 1) características da intervenção — os fornecedores reconhecem a PrEP como uma terapia inovadora, de demonstrada efetividade; recomenda-se que deve ser implementada por legislação nacional do Ministério de Saúde e Proteção Social, com compra centralizada de medicamentos e adaptações às diversidades regionais. Para implementar a PrEP nas clínicas, recomenda-se articulá-la a programas de prevenção de saúde sexual, orientados por equipes interdisciplinares capacitados; 2) ambiente externo — sugere-se fortalecer o trabalho em rede com as secretárias de saúde, Profamilia e organizações LGTBI; mudar condições de contratação com as instituições promotoras de saúde para incluir a PrEP dirigida a casais de pacientes com HIV e financiar com recursos públicos pessoas que não podem pagá-lo; 3) ambiente interno — clima e disponibilidade de implementação percebidos como favoráveis para adotar a PrEP; para reduzir tensões organizacionais pela mudança, recomendam expandir os planos de capacitação; 4) processo de implementação — recomenda-se o desenho de planos nacionais, locais e institucionais, bem como a atração de líderes-chave internos e externos. Conclui-se que os fornecedores de saúde das clínicas para HIV na Colômbia percebem um ambiente favorável para adotar a PrEP no país.

Palavras-chave: ciência da implementação, Profilaxia Pré-Exposição ao HIV, sorodiagnóstico da aids, serviços preventivos de saúde.



Introducción

La profilaxis pre-exposición (PPrE) se refiere a la toma de medicamentos antiretrovirales, ya utilizados para el manejo personas que viven con VIH (PVV) y por aquellos que no tienen la infección con el fin de reducir sus probabilidades de adquirirla. Es una combinación de dos medicamentos: Tenofovir (en sus formas Disoproxil Fumarato [TDF] o Alafenamida [TAF]) y Emtricitabina [FTC]. En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó que a las personas con riesgo alto de adquirir infección por VIH se les ofrezca PPrE (1). En 2014, la recomendación estaba enfocada principalmente a hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres (HSH), pero se extendió a otros grupos con conductas de riesgo o que usan drogas endovenosas. Las recomendaciones actuales incluyen a la PPrE como opción adicional dentro de un paquete de intervenciones que contiene asesoría y prueba rápida de VIH, uso de condones y manejo a parejas serodiscordantes, entre otros (1). La evidencia es clara en mostrar que la adecuada utilización de la PPrE ayuda a reducir la transmisión del VIH en más de un 90% (2, 3). Es por ello que la prevención de VIH con la PPrE ha significado un avance crucial en el abordaje de epidemia de VIH, razón por la cual en varios países se ha empezado a implementar como medida de salud pública e individual exitosa.

Durante la revisión del estado del arte del presente estudio, se identificó la multiplicidad de investigaciones internacionales realizadas con prestadores de servicios de salud que coinciden en que la PrEP es efectiva para prevenir el VIH (4-7). Sin embargo, los avances para implementar la PPrE en América Latina han sido limitados (8, 9). Las altas tasas de nuevos casos en la región y la necesidad urgente de implementar medidas que prevengan la transmisión del VIH, en especial en grupos vulnerables como HSH y personas transgénero (10), hacen imperativa la pronta investigación del fenómeno en nuestros países para generar evidencia que ayude a encausar la atención de los gobiernos y entidades de salud. Para dar cuenta del problema, ONUSIDA mostró recientemente datos contundentes. Por ejemplo, se estima que hay 2,1 millones de personas que viven con VIH en América Latina, lo que equivale a una prevalencia de 0,4%. En el mismo año, hubo 120.000 nuevas infecciones y 37.000 personas murieron por enfermedades relacionadas con el sida (11). Brasil es el único país de Latinoamérica donde la PrEP está disponible a través del sector público. En Chile, Costa Rica, Guatemala, México y Uruguay la PPrE puede ser obtenida a través de proveedores de atención médica privados, Internet o proyectos de investigación (12).

Colombia aún no cuenta con un plan nacional de implementación de la PPrE. Es razonable que existan obstáculos para ello similares a los descritos en un reporte publicado por la OPS en 2017, en el que se señala que hay un alto grado de desconocimiento de la PPrE por parte de los servicios de salud y de la sociedad en general, un sesgo y juicio moral acerca de su uso e impacto y obstáculos relacionados con la infraestructura y funcionamiento de los programas de atención y barreras de acceso a medicamentos (9). Para que una intervención como la PPrE sea eficaz y factible en el contexto colombiano, es fundamental recopilar la experiencia colectiva de los proveedores de salud de clínicas con experiencia en la atención de personas que viven con VIH.

La PPrE se asemeja mucho a la terapia antirretroviral para las personas que viven con VIH, pues se usan medicamentos similares, así que es necesario conocer la farmacología y posibles efectos adversos; además, requiere de educación del paciente respecto al VIH, al riesgo de contraer la infección y otras enfermedades de transmisión sexual, adherencia al tratamiento, monitoreo clínico y de laboratorio y expectativas y limitaciones de tal intervención. A su vez, la población que está a riesgo de VIH comparte muchos factores psicosociales y de contexto con las personas que viven con VIH. Así pues, los recursos humanos necesarios para la PPrE deben promover consistentemente a la adherencia al tratamiento, dar consejería de VIH y salud sexual y evaluar comportamientos de riesgo. Debido a esto, recopilar la experiencia colectiva de los proveedores de salud de instituciones con experiencia en prestar servicios de salud a personas que viven con VIH es un elemento central de la implementación.

Este artículo es uno de los resultados del “Estudio PPrE-Colombia” y describe facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud de clínicas de VIH para la implementación de la PPrE en el país. Para compilar tales recomendaciones se utilizó como referencia el “Marco Consolidado para avanzar en la Ciencia de la Implementación” (MCCI) (*Consolidate Framework for Implementation Research .CFIR*), en inglés) (13) (tabla 1).

El MCCI se utilizó porque permite identificar los factores que podrían obstaculizar la implementación y la eficacia de la intervención (14). Asimismo, el uso de marcos conceptuales ayuda a la generalización e interpretación de los resultados de la investigación. Damschroder y sus colegas desarrollaron este marco mediante la revisión de las teorías de implementación publicadas en las que identificaron los factores asociados con la implementación efectiva (15). Dicho marco cuenta con 39 constructos que reflejan los factores basados en la evidencia que más probablemente influyen en la implementación de las intervenciones (14). Así pues, el MCCI fue muy adecuado para guiar la evaluación de los facilitadores a nivel organizativo para la implementación de la PrEP en Colombia (15).

Tabla 1. Dominios y subdominios del MCCI adaptados para el análisis de la implementación de PPrE en Colombia

Características de la intervención	Ambiente externo	Ambiente interno	Procesos
<ul style="list-style-type: none"> • Fuente de la intervención • Evidencia de fuerza y calidad • Ventaja relativa • Adaptabilidad • Capacidad de probar la intervención • Complejidad • Diseño de calidad y ensamblaje de la intervención • Costos 	<ul style="list-style-type: none"> • Necesidades y recursos del paciente • Trabajo en red • Presión de grupo • Políticas externas e incentivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Características estructurales • Redes y comunicaciones • Cultura • Clima de implementación • Disponibilidad para la implementación 	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación • Atracción • Ejecución • Reflexión y evaluación

Fuente: Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC (15). Las definiciones de cada dominio y subdominio están disponibles en: <http://www.cfirguide.org/constructs.html>

Materiales y método

El presente estudio fue cualitativo con alcance descriptivo, diferente de una aproximación teórica conceptual, para identificar los facilitadores y las recomendaciones de proveedores de salud que laboran en 16 clínicas de la Red VIHCOL en 9 ciudades de Colombia. Fue aprobado por los Comités de Ética de la Corporación de Lucha Contra el SIDA en Cali, Colombia, y la Universidad de Queen's en Kingston, en Ontario, Canadá.

En el estudio participaron 20 proveedores de salud (directores y coordinadores de los programas de VIH), los cuales fueron reclutados utilizando la técnica de bola de nieve, en las ciudades de Bogotá (n=6), Cali (n=6), Medellín (n= 2), Popayán, Pasto, Villavicencio, Armenia, Manizales y Cartagena (n=1 en cada ciudad). De ellos, el 60% correspondió a médicos; 20%, a personal de enfermería; el 10%, a trabajadores sociales; el 5%, a un profesional en psicología, y el 5 % a un químico farmacéutico. Inicialmente, fueron contactados por correo electrónico y los proveedores de salud que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado.

La fase de recolección de información se llevó a cabo durante 10 meses entre 2019 y 2020. Se aplicó una entrevista semiestructurada presencial que duró entre 30 y 60 minutos por participante. Dada la afectación global por la pandemia del COVID-19, las últimas se llevaron

a cabo de manera virtual mediante la plataforma Zoom. Todas las entrevistas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis

El equipo de investigación usó el MCCI para construir el eje temático de la entrevista y las categorías. La entrevista constó de seis módulos: 1.) Información general del entrevistado y de la clínica, 2.) Características y percepciones de la PrEP, 3.) Implementación de la PrEP en la clínica, 4.) Liderazgo e influencias, 5.) Implementación de la PrEP en la clínica en relación con los grupos de riesgo y 6.) Capacitación y actualización de proveedores de salud. Solo se trabajó con categorías *a priori*, no hubo emergentes, las cuales incluyeron cinco constructos del enfoque MCCI: 1.) características de la intervención, 2.) ambiente interno, 3.) ambiente externo, 4.) características individuales y 5.) proceso.

Además, se realizó el análisis descriptivo a partir de las categorías establecidas, el cual consistió en responder a los interrogantes con una mínima interpretación por parte de los investigadores. La razón de ello es que el propósito era presentar el fenómeno estudiado lo más fiel posible a la realidad vivida por los participantes. Así, se espera que sean los lectores quienes saquen sus propias conclusiones y generalizaciones (16). Es por ello que la intervención interpretativa de los investigadores aparece en la sección de discusión del presente artículo.

También se siguió el enfoque analítico recomendado por Deslauriers (17), que se basa en tres fases: deconstrucción, reconstrucción y síntesis de datos. Primero, se llevó a cabo una lectura sistemática de las transcripciones, apoyada del software Atlas Ti v.8. Segundo, se realizó una deconstrucción de los datos, transformándolos en códigos a partir de las categorías. Tercero, se presentaron los resultados a partir de la identificación de patrones recurrentes de datos, esta decisión la tomaron los investigadores debido a que en la lectura sistemática se evidenciaron, sobre todo, consensos acerca las categorías planteadas. Por ello, en la sección de resultados los lectores no encontrarán muchas variaciones dado que los participantes compartían perfiles, experiencias y características similares. Por último, se realizó una discusión de los hallazgos con base en los resultados descriptivos.

Resultados

A continuación se presentan los resultados principales y se respaldan con algunos *verbatim* de relevancia. Éstos se sintetizan en la tabla 2.

Características de la intervención

Para este apartado los proveedores de salud expresaron su apreciación sobre la generalidad de la PPrE: conocimientos, percepción sobre su efectividad, condiciones generales que favorecen y dificultan su implementación.

En general, los proveedores de salud consideran que la PPrE es una terapia innovadora, que va más allá del tratamiento antirretroviral. Además saben que hay evidencia disponible y suficiente,



sobre todo a nivel internacional, sobre su efectividad para prevenir y controlar el VIH. Al respecto uno de los entrevistado indico lo siguiente: “[...] Conozco cómo funciona, para qué sirve, para quién fue creada inicialmente y quiénes la usan actualmente; también sé que es algo que en Colombia estamos implementando pero que en otros países ya se ha implementado y ha sido exitosa para la prevención de VIH” (14:13 (8837:9139) - D 14: 14 Directivo-Medicina-10).

Asimismo, coinciden en que es importante implementarla de manera masiva en el país, pues ya ha habido pilotos en algunos clínicas de VIH que se reconocen con la disposición y capacidad para implementar la PPrE. Además afirman que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) es quien debe asumir la compra centralizada de medicamento. Al respecto una de las personas entrevistadas señalo: “Que se pueda hacer una compra centralizada en el Ministerio y se pueda entregar en este tipo de programas de manera gratuita, tendríamos mucho acceso” (9:24 (15024:15703) - D 9: 09 Directivo-Medicina-6), y promover la PPrE de manera integrada a los demás programas preventivos en VIH ya en curso en el país.

Algunos de los proveedores de salud consideran que la PPrE debe ensamblarse en los servicios de atención primaria; mientras que otros recomiendan su implementación en los clínicas especializada en VIH. En ambos casos coinciden en que por razones de estigma es conveniente adaptar los consultorios para la atención de estos pacientes de manera separada a la atención regular de pacientes con VIH. Además, se señaló la necesidad de ensamblar la PPrE en programas preventivos de salud sexual al interior de los servicios. Al respecto, un entrevistado dijo: “Mi visión como médico y como persona que ha trabajado en muchos años con personas que viven con VIH, es que se ofrezca con un enfoque humanista, un enfoque de prevención en todos los sentidos” (8:25 (21835:22321) - D 8: 08 Directivo-Medicina-5).

Esto muestra que la implementación debe adaptarse a las necesidades locales y tener en cuenta las multiplicidad de contextos de esta región, tal como lo afirmó uno de los entrevistados: “Para mí todo está en la forma como des el mensaje. Si voy a la costa colombiana con un machismo marcado, si tengo que dar el mensaje en los Llanos Orientales o si voy a una población indígena, el mensaje es distinto[...] hay que meterse en la cultura y entenderla para ver cómo vas a dar el mensaje de la intervención. No puedo hacer la misma campaña con habitantes de la calle que con amas de casa, por ejemplo” (7:22 (24676:26833) - D 7: 07 Directivo-Medicina-4).

En este sentido, se encontraron diferentes experiencias que dan cuenta de la capacidad de adaptación de los entrevistados según las necesidades locales, lo cual es un facilitador importante para el diseño a futuro de estrategias creativas en PPrE. Sobre ello, escuchamos lo siguiente: “Hemos creado miles de estrategias, todo el tiempo estamos reinventándonos para asegurar que la proporción de pacientes no adherentes se disminuya cada día más. Tenemos estrategias que cambian, aunque los protocolos son los mismos” (14:12 (8050:8495) - D 14: 14 Directivo-Medicina-10). Algunos entrevistados expusieron cómo se han adaptado sus intervenciones en alianza con otros actores comunitarios: “A partir de junio nosotros

comenzamos a hacer las mesas de trabajo con las IPS para el manejo de casos difíciles y los comenzamos a resolver con el ente territorial (refiriéndose a Secretarías de Salud municipales y/o departamentales)” (3:7 (9445:12072) - D 3: 03 Directivo-Enfermería-3).

A pesar de que los proveedores de salud entrevistados consideran que implementar la PPrE en el país es complejo por los pasos que supone, señalaron que un facilitador clave es la aprobación, en enero de 2019, por parte del Invima (Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos) del medicamento combinado TDF/FTC. Al respecto señalaron lo siguiente: *“También se puede formular como profilaxis que antes no se podía dar. Entonces eso generaba un montón de limitantes administrativos para poder formularlo con esa indicación” (5:5 (12806:14089) - D 5: 05 Directivo-Medicina-2).*

Otro facilitador en el que los entrevistados mostraron acuerdo es la necesidad de contar con proveedores de salud que trabajen en equipos interdisciplinarios de trabajo y que estén capacitados en PPrE. Sobre ello, dijeron: *“Si a nosotros nos tocara generar un modelo de atención para estos pacientes de programa de la PPrE, lo primero que haría con el personal que se va a encargar de hacer la intervención es obviamente capacitarlos más a fondo con todo lo que tienen que saber. Lo haría con grupo interdisciplinario, con el médico y la parte psicosocial” (13:36 (30797:31452) - D 13: 13 Directivo-TS-1).*

De igual forma, se resaltó el establecimiento de alianzas con líderes comunitarios y LGTBI para educación de pares en la PPrE: *“Teniendo líderes LGTBI, que se los capacite, que tengan conocimiento, que sepa llegar a esa comunidad... Líderes que sean capacitados en PPrE, que puedan enseñar, es mucho más fácil cuando hay pares y grupos de apoyo” (3:43 (47744:49139) - D 3: 03 Directivo-Enfermería-3).*

Ambiente externo

En este apartado los proveedores de salud expresaron su percepción sobre las condiciones estructurales, a saber: alianzas y redes para facilitar la implementación.

Los entrevistados manifestaron que ha habido presión entre las instituciones de salud que ha facilitado la implementación de la PPrE. Perciben, además, la presión global en el tema puede hacer que Colombia busque mecanismos para que la PPrE sea una realidad. Sobre ello, uno de los entrevistados indicó que *“En estos momentos justamente la empresa está acelerando el proceso para el personal de enfermería y para auxiliares [...] tengo entendido que el mes pasado ingresó con terapia PPrE en la ciudad de Bogotá, ahorita en diciembre comienza en Cali y la idea es que a más tardar en enero del próximo año a nivel nacional” (2:21 (19693:20146) - D 2: 02 Directivo-Enfermería-2).*

Además, expresaron el amplio interés que tienen por el trabajo colaborativo interinstitucional y comentaron que ya cuentan con redes establecidas que pueden facilitar la implementación de la PPrE en el país. Entre ellas se destacan alianzas con el MSPS y con diversas secretarías de salud.



Recomiendan establecer nuevas alianzas con instituciones de salud de baja complejidad y con Profamilia, así como fortalecer redes con líderes LGTBI y otras organizaciones comunitarias que puedan apoyar la implementación. Al respecto, manifestaron: “*Con la red de VIH del Valle, por ejemplo, tenemos un plan de capacitación continua. También, estamos pendientes de las convocatorias que hace la secretaría de salud, departamental, la municipal o si de pronto necesitamos algo, nosotros hacemos la solicitud a ellos tanto la departamental como la municipal en temas específicos*” (9:43 (30778:31264) - D 9: 09 Directivo-Medicina-6).

Sumado a ello, recomiendan aumentar la voluntad del gobierno para formar más personal en la PPrE en el país: “*Sí podemos implementarla siempre y cuando haya voluntades administrativas que tomen decisiones para educar al recurso humano y hacer educación a la población en salud para poder manejar ese recurso. Pero no soltarlo abiertamente como a libre albedrío no..., pero faltan más voluntades gubernamentales y de las entidades prestadoras para la capacitación y la implementación de la misma*” (12:12 (10041:10478) - D 12: 12 Directivo-Medicina-9).

Ambiente interno

En este apartado los proveedores de salud expresaron su percepción sobre las condiciones internas institucionales (de las clínicas) para facilitar la implementación.

Los proveedores de salud perciben un clima favorable, aun cuando expresaron condicionantes de la implementación, por ejemplo: “*Todo lo que sea bien para la población, para la comunidad, creo que es bueno. Ojalá lo podamos implementar y lo podamos seguir porque es un método más para la prevención del VIH, siempre teniendo en cuenta a quienes se les va a dar [...] Hemos desarrollado diferentes estrategias educativas del paciente que nos lleva también a todo eso que tiene que ver con la adherencia. Nuestra misión es atender pacientes y satisfacer sus necesidades*” (9:3 (920:1252) - D 9: 09 Directivo-Medicina-6).

Este subdominio se compone a su vez de varias características:

1. *Tensión por el cambio.* Los proveedores de salud reconocen que implementar la PPrE puede resultar tenso organizacionalmente. Para reducir esta tensión recomendaron desarrollar planes de capacitación dirigidos a mejorar las competencias de los proveedores para el manejo de pacientes.
2. *Compatibilidad.* Algunos proveedores de salud expresaron que implementar la PPrE es compatible con el trabajo que desarrollan en las clínicas.
3. *Relativa prioridad.* Aunque la PPrE se reconoce como una terapia importante para implementar, los entrevistadores señalaron que se requiere que el MSPS emita una directiva gubernamental para darle prioridad en Colombia. Mientras tanto, la mayoría de los clínicas resaltan que su enfoque es la atención de pacientes con la infección.

4. *Incentivos organizacionales.* Los proveedores de salud recomendaron diseñar incentivos por funciones dedicadas a programas preventivos como la PPrE.
5. *Objetivos y retroalimentación.* Algunos proveedores de salud manifestaron que en las clínicas hay un clima organizacional en el que se pueden proponer objetivos de trabajo que son revisados y retroalimentados en juntas médicas.
6. *Clima de aprendizaje.* Se encontró un clima de aprendizaje favorable para la implementación de la PPrE. Se percibe apertura para la innovación y el cambio, disposición para la capacitación y experiencia en investigación; además, los pacientes están familiarizados y dispuestos a aprender en qué consiste la PPrE.

Así pues, los proveedores de salud consideran que sus clínicas tienen fortalezas para la implementación de la PPrE. En cuanto a la edad, tienen una trayectoria de atención de pacientes con VIH superior a los cinco años de creación. Por ello, se perciben como instituciones con madurez, reconocidas en el medio colombiano, con gran volumen de pacientes, amplia oferta de servicios y cobertura en el territorio nacional. Acerca de la arquitectura social, comentaron que cuentan con modelos de atención centrados en los pacientes, realizan búsquedas activas y forman permanentemente al personal de salud. Esto se percibe en el siguiente testimonio: “*La experiencia que tenemos es facilitadora, los premios que nos hemos ganado, esta sede que conociste es uno de los 120 centros avalados por el Invima, entonces creo que limitantes no tenemos muchas*” (10:20 (11772:12124) - D 10: 10 Directivo-Medicina-7).

Así pues, los proveedores de salud perciben culturas institucionales favorables a la implementación de la PPrE, con normas centradas en los pacientes y donde los profesionales tienen rol de educadores. Al respecto indicaron: “[...] *desde la óptica de la institución, acá como es el programa integrado, o sea, todos los profesionales, el médico, el trabajador social, el psicólogo, la enfermera, todo el mundo tiene acceso a la educación del paciente, entonces es definitivamente educarlo al paciente que ya está con nosotros, que ya es paciente de VIH para que ellos transmitan su información a sus parejas*” (2:1 (590:1579) - D 2: 02 Directivo-Enfermería-2).

En cuanto a valores, se identificaron el respeto por los deseos de los pacientes, la humanización de la atención, la pasión por el trabajo, el reconocimiento del trabajo de los demás y la integralidad de la atención.

Ahora bien, las clínicas cuentan con programas centrados en los pacientes que se caracterizan por un enfoque integral, de calidad, con atención humanizada e interdisciplinaria. Por ello, indicaron: “*Nosotros hemos descentralizado servicios y atendemos población vulnerable, personas que no tienen ni siquiera para su transporte para venir hasta Cali [...] Hacemos un plan con el infectólogo para que cada vez el personal esté más capacitado y pueda atenderse integralmente a los pacientes*” (9:42 (29598:30758) - D 9: 09 Directivo-Medicina-6).

Un facilitador percibido es la existencia de un paquete de servicios para VIH ofertado por las EPS y en el cual se podría incluir la PPrE. Para esto recomiendan cambiar las condiciones de

contratación con estas aseguradoras para incluir la PPrE dirigido a parejas de personas que viven con VIH, y que la financiación de la PPrE sea pública para pacientes que no la pueden pagar.

Asimismo, los proveedores de salud perciben que las redes sociales y las comunicaciones formales dentro de las instituciones son positivas para el desarrollo de las estrategias institucionales y favorables para la implementación de la PPrE. Las redes se conforman entre personal, tanto asistencial como administrativo, así como con otros profesionales externos. También se percibe que los pacientes y sus familias forman parte de ellas. Los proveedores expresaron que estas redes buscan fortalecer las capacidades del personal de los clínicas para brindar una mejor atención, eso se evidencia en la siguiente declaración: “*Los profesionales de la salud ya saben del tema (refiriéndose a PPrE), saben cuáles son las indicaciones [...] Hay otro tema que se está trabajando poco a poco y es el de la sensibilización con el resto del personal administrativo, las personas de recepción, de vigilancia, las personas que ayudan en servicios generales, todas esas personas que poco a poco hemos ido sensibilizando*” (5:12 (25617:27071) – D 5: 05 Directivo-Medicina-2). Asimismo: “*Nosotros tenemos una junta médica donde se discuten los casos críticos o si hay que tomar una decisión con algún paciente [...] en esas juntas leemos artículos y discutimos con todo el grupo [...] hacemos todo lo que compete a la institución*” (9:45 (31500:31832) - D 9: 09 Directivo-Medicina-6). Respecto a las comunicaciones formales se percibe que están definidas, son de calidad y conocidas por todos.

Además, plantean que existen indicadores tangibles e inmediatos del compromiso de los clínicas en su decisión de implementar la PPrE. Este subdominio se compone a su vez de varias características:

1. *Compromiso con el liderazgo.* Se reportó la presencia de líderes de implementación que han venido desarrollando el proyecto en sus clínicas.
2. *Disponibilidad de recursos.* El mayor recurso que perciben los proveedores de salud es que las clínicas cuentan con equipos interdisciplinarios de profesionales. Sin embargo, recomiendan ampliar el número de profesionales para poder implementar la PPrE.
3. *Acceso al conocimiento y la información.* Los proveedores de salud comentaron que ha habido capacitaciones impulsadas por el MSPS en la PPrE, así como recursos educativos en aulas virtuales.

Proceso

Algunos proveedores de salud comentaron la experiencia de implementación en sus clínicas, indicando que su experiencia previa en los programas de VIH y sus programas de calidad les han dado confianza para el uso de la PPrE. Expresaron, además, que para implementarla se debe trabajar anticipadamente en:

1. Diseñar la ruta de implementación de la PPrE tanto en instituciones públicas como privadas.
2. Diseñar y estandarizar guías clínicas de atención.
3. Sensibilizar y capacitar de manera innovadora el personal de salud responsable de la PPrE (en algunos clínicas ya iniciada).
4. Definir procesos de remisión de pacientes, tiempos de atención y criterios para determinar cuáles personas necesitan la PPrE.
5. Planear recursos humanos interdisciplinarios y de infraestructura física.
6. Acordar condiciones de contratación y financiación entre las EPS y las Instituciones Prestadoras de Servicios - IPS (las clínicas).

Además, dentro de las instituciones se debe contar con el involucramiento de las personas apropiadas para la implementación y el uso de la intervención. Sobre esto, los proveedores de salud manifestaron que los actores clave para enganchar directamente en la implementación de la PPrE son:

1. Coordinadores de los programas de VIH.
2. Personal médico, especialistas en infectología y en VIH.
3. Equipo interdisciplinario de salud, preferiblemente con formación en educación en salud sexual.
4. Epidemiólogos conocedores de la distribución del VIH en las ciudades y municipios aledaños.
5. Líderes comunitarios, especialmente de grupos de riesgo para VIH.
6. Gerentes y coordinadores de los programas de VIH que sean los responsables primarios.

También concuerdan en que un facilitador de la implementación de la PPrE es el involucramiento de líderes que tengan años de experiencia y con alta credibilidad institucional. Además, piensan que estos líderes deben tener reconocimiento entre la población en riesgo. Propusieron involucrar también líderes de comunidades en riesgo y actores influyentes socialmente.

Finalmente refieren a las personas de entidades externas que influyen formalmente o facilitan las decisiones de implementación en las clínicas. Los proveedores de salud expresaron que es clave la participación del MSPS, las secretarías de salud departamentales y municipales y las EPS de régimen contributivo y subsidiado.

Finalmente los proveedores de salud refieren que es necesaria la realización de actividades de implementación según planes establecidos. Al respecto, recomiendan:

1. Definir necesidades de atención de los pacientes.
2. Implementar la PPrE conforme a los contratos de prestación del servicio establecidos con las EPS.
3. Seguir las guías de manejo.
4. Promover la adherencia al tratamiento.

5. Realizar actividades planeadas para manejo y atención de pacientes conforme a lo concertado en juntas médicas.

Tabla 2. Facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud para la implementación de la PPrE en Colombia de acuerdo con el MCCI (*Consolidate Framework for Implementation Research (CFIR) en inglés*). 2020

Dominio	Subdominio	Facilitadores y recomendaciones
Características de la intervención	Fuente de la intervención	- MSPS facilitaría implementación de la PPrE si se incluye en programas preventivos regulares en VIH como norma nacional.
	Evidencia de fuerza y calidad	- La PPrE considerada una terapia con demostrada efectividad.
	Ventaja relativa	- La PPrE percibida como necesaria para el control del VIH en Colombia. - Terapia preventiva innovadora más allá del tratamiento antirretroviral.
	Adaptabilidad	- Disposición para adaptar la educación en la PPrE a las diversidades del contexto colombiano. - Existen experiencias previas en adaptación de intervención según necesidades locales y en alianza con actores comunitarios.
	Capacidad de probar la intervención (piloto)	- Reconocimiento a la OPS-Colombia y al MSPS como promotores de proyectos piloto en la PPrE. - Existen experiencias piloto en algunas clínicas de VIH que se reconocen con la disposición y capacidad para implementar la PPrE.
	Complejidad	- Complejidad de la implementación se afronta con planes y capacitación. - Medicamentos de la PPrE (Emtricitabina y Tenofovir) ya aprobados por parte de Invima en enero de 2019 para uso profiláctico.
	Diseño de calidad y ensamblaje de la intervención	- Enfatizar el enfoque preventivo de la PPrE en programas de salud sexual. - Disponer proveedores de salud en equipos interdisciplinarios de trabajo en la PPrE. - Establecer alianzas con líderes comunitarios y LGTBI para educación de pares en la PPrE. - Reorganizar la infraestructura física, adaptar las clínicas y reorganizar funciones de los proveedores de salud en dos sentidos: ✓ Integrando espacios de atención con los otros programas preventivos. ✓ En espacios separados de acuerdo con las necesidades de los pacientes y el estigma percibido sobre los lugares de atención.
	Costos	- Comprar de manera centralizada de medicamentos con financiación del MSPS.
Dominio	Subdominio	Facilitadores y recomendaciones
Ambiente externo	Necesidades y recursos del paciente	- Experiencia en programas centrados en los pacientes programas centrados en los pacientes. - Alianzas existentes con MSPS y con secretarías de salud. - Nuevas alianzas con: ✓ IPS de baja complejidad ✓ Profamilia ✓ ONG - LGTBI
	Trabajo en red	
	Presión de grupo	- Presión global percibida como motivo para implementar la PPrE en Colombia. - Cambiar condiciones de contratación con EPS.
	Políticas externas e incentivos	- Incluir la PPrE en servicios contratados para la atención de parejas de pacientes con VIH. - Financiar con recursos públicos la PPrE en régimen subsidiado. - Promover mayor capacitación en la PPrE por parte del MSPS.

Facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud para la implementación de la Profilaxis Pre-Exposición en clínicas de VIH en Colombia. “Estudio PPrE-Colombia”

Dominio	Subdominio	Facilitadores y recomendaciones
Ambiente interno	Características estructurales	- Clínicas con edad, trayectoria y organización interna adecuadas para implementar PPrE.
	Redes y comunicación	- Redes y comunicación establecidas entre personal administrativo y asistencial. - Comunicación establecida con las familias de pacientes.
	Cultura	- Normas centradas en la atención humanizada de pacientes. - Profesionales con rol de educadores. - Valores: respeto, pasión por el trabajo, reconocimiento del trabajo, integralidad de la atención.
	Clima de implementación	<i>Tensión por el cambio.</i> Para reducir tensión recomendación de implementar planes amplios de capacitación en la PPrE. <i>Compatibilidad.</i> La PPrE es compatible con el trabajo actual aunque se dirige a prevención y no a atención de pacientes con VIH. <i>Relativa prioridad.</i> Se requiere directiva del MSPS para priorizar la PPrE. <i>Incentivos organizacionales.</i> Diseñar incentivos por funciones y resultados en programas de la PPrE. <i>Objetivos y retroalimentación.</i> Clima organizacional en los clínicas que permite proponer objetivos de trabajo, revisados y retroalimentados en juntas médicas.
		Disponibilidad para la implementación

Dominio	Subdominio	Facilitadores y recomendaciones
Proceso	Planeación	Se requiere diseño de planes nacionales, locales e institucionales. Actores clave para implementar la PPrE: - Coordinadores de los programas de VIH.
	Atracción y enganche	- Personal médico, especialistas en Infectología y en VIH. - Equipo interdisciplinario de salud. - Epidemiólogos. - Líderes comunitarios.
	Enganchar/atraer líderes de opinión	- Líderes con trayectoria y credibilidad institucional. - Líderes de comunidades en riesgo para VIH. - Actores socialmente influyentes
	Enganchar/atraer líderes de implementación formalmente asignados internamente	- Gerentes de clínicas - Coordinadores de programas de VIH
	Enganchar/atraer agentes de cambio externo	- MSPS - Secretarías de salud departamentales y municipales - EPS de régimen contributivo y subsidiado
	Ejecución	- Ejecutar actividades conforma a planes nacionales, locales e institucionales definidos.
	Reflexión y evaluación	- Percepción de confianza en cuanto a la PPrE ya implementada en algunas clínicas

Fuente: elaboración propia

Discusión

La implementación de la PPrE en Colombia es un gran desafío de salud pública. La meta operacional final esperada es que todas las personas en riesgo de adquirir VIH puedan acceder a la PPrE de manera ágil. Los resultados descritos en este artículo contribuyen al proceso de implementación al describir los facilitadores y recomendaciones de proveedores de salud con amplia experiencia en el manejo de personas que viven con VIH en el país. Los hallazgos se discuten a continuación.



Aunque en Colombia no existen estudios respecto al conocimiento e intención del uso de la PPrE por parte de proveedores de salud de cuidado primario, es probable que ambas condiciones sean muy bajas en este grupo, lo cual podría constituirse en un obstáculo. Al respecto, países que han implementado la PPrE han descrito lo que se ha llamado “paradoja de la competencia” (perview paradox, de la literatura en inglés) que consiste en que los médicos especialistas en VIH y/o enfermedades infecciosas adoptan tempranamente la PPrE, en tanto que los médicos de cuidado primario lo hacen más tarde y a un nivel muy bajo, lo que limita marcadamente el acceso a esta terapia (18, 19).

Con respecto a la “paradoja de la competencia”, el presente estudio incluyó proveedores de salud cuya función se ha especializado en atender a personas que viven con VIH y que cuentan con capacitación e infraestructura en torno a lo que podría necesitarse para implementar la PPrE en el país. Las clínicas participantes poseen equipos interdisciplinarios y programas educativos que pudieran soportar la implementación. Además, conocen la infección por VIH y su manejo incluyendo los medicamentos que se usan en la PPrE, saben de la problemática social alrededor de la infección por VIH y a los grupos sociales que afecta principalmente y describen en detalle las estructuras institucionales locales y nacionales que debieran participar de la implementación de la PPrE. Asimismo, los proveedores de salud se muestran en disposición muy favorable para la implementación, lo cual sugiere que este grupo de clínicas podrían rápidamente adoptar la PPrE e, incluso, ofertar programas para capacitar proveedores de cuidado primario con apoyo gubernamental.

En sintonía con ello, la OMS sugiere construir sobre los recursos e infraestructura existente para formar el servicio de prestación de la PPrE (20). La primera fase podría utilizar las clínicas de VIH como plataforma temprana de implementación nacional. Siguiendo las recomendaciones de los proveedores de salud entrevistados para este estudio, es concebible que los gobiernos locales, a través de sus secretarías de salud, puedan fomentar vínculos colaborativos entre los centros que adopten tempranamente la PPrE y otros más tardíos para transferir así el saber-hacer de manera efectiva y dar el apoyo profesional a proveedores de salud de cuidado primario que inicien la implementación. Esto será necesario porque las clínicas de VIH no podrán en todos los casos ofrecer el servicio a grupos a riesgo debido a barreras geográficas, al miedo a la estigmatización de los posibles usuarios o debido a la naturaleza misma de la práctica clínica, por ejemplo salud prenatal, centros de detención, etc.

Varios países han experimentado con diferentes modelos de prestación de servicios de la PPrE. Algunos ejemplos de implementación con relevancia para Colombia son (21): 1.) Canadá, en donde se ha probado la PPrE en clínicas de salud sexual coordinada por un profesional de enfermería. Allí, las poblaciones reciben asesoría en línea sobre riesgos y elegibilidad para la PPrE y son referidos a las enfermeras de salud sexual quienes hacen la prescripción y monitoreo de PPrE usando guías médicas (22). 2.) Estados Unidos, en particular San Francisco, en donde la implementación de la PPrE por enfermeras en clínicas de salud sexual reveló altos niveles de

cumplimiento del tratamiento, cubriendo a los HSH que no estaban asegurados y poblaciones con gran vulnerabilidad social. 3.) Brasil, país en el que la PPrE es gratuita y está disponible a través de centros de atención primaria en 56 ciudades, en las cuales la toma de la PPrE por parte de las personas que son elegibles llega al 24% (23). 4.) Australia, en especial el estado de Nuevo Gales del Sur, lugar en el que los casos de VIH se redujeron en un 25% en 2018 comparado con el promedio entre 2013-2017 después de la implementación de la PPrE de acceso universal en 2016. En este caso, la PPrE se hizo disponible a través de un sistema flexible de centros de atención que incluyó consulta externa general con servicio de la PPrE, centros de atención dedicados a la PPrE, consulta de la PPrE dirigida por médicos y enfermeras, la PPrE por telemedicina, clínicas con apoyo de pares comunitarios, enrolamiento a través de sitios de realización de pruebas para VIH y dispensación de medicamentos en centros de atención y farmacias de hospitales públicos (24, 25).

Así pues, los proveedores de salud en clínicas para VIH en Colombia reconocen la PPrE como una intervención con alto potencial para dar beneficios en el contexto colombiano. También, se sienten capacitados para implementarla y recomiendan que debe seguir una normativa nacional expedida por el MSPS, con compra centralizada de medicamentos y adaptaciones a las diversidades regionales. Indican, además, que la expansión de la PPrE necesitará como base central un esfuerzo de capacitación y estandarización de guías clínicas para garantizar la consistencia y calidad en la ejecución de la intervención, así como la formación de equipos interdisciplinarios. Estos equipos podrían incluir profesionales con experiencia en el manejo de VIH, pues son quienes se han mostrado más proclives a la prescripción de PPrE en múltiples estudios (26-29); razón por la cual varios datos apuntan a la importancia de los profesionales de enfermería en la expansión de PPrE. Entre los aspectos que facilitan su involucramiento en el escalamiento de esta estrategia está su visión holística del individuo, sus habilidades de consejería y su experiencia educando pacientes (30, 31). Es de esperarse que en fases tempranas de implementación los médicos expertos en VIH ganen experiencia en la práctica de la PPrE y puedan apoyar a grupos de médicos y enfermeras de cuidado primario en fases más tardías, inclusive a través de medios de comunicación virtual.

Para insertar la PPrE en las clínicas colombianas, los proveedores de salud recomiendan articularla a programas preventivos de salud sexual. Asimismo, sugieren fortalecer el trabajo en red con las secretarías de salud, Profamilia, organizaciones comunitarias y LGTBI; al tiempo que consideran necesario cambiar las condiciones de contratación con las EPS e incluir la PPrE dirigida a parejas de personas que viven con VIH. Los proveedores de salud también aconsejan financiar la implementación de la PPrE con recursos públicos a personas que no la pueden pagar. La incorporación de líderes comunitarios se plantea como una opción para, por un lado, reducir la carga de atención en la PrEP, especialmente en la toma de pruebas de VIH, la consejería de la PrEP y la consejería en adherencia al tratamiento (21); por otro lado, focalizar estrategias a los diferentes grupos de riesgo.

Adicionalmente, la expectativa de que la PPrE sea implementada por normativa nacional se adhiere a la tradición de Colombia de que intervenciones médicas de aplicación masiva

deban seguir una reglamentación gubernamental para su ejecución. Esta tradición ofrece la ventaja de que la intervención puede estandarizarse y lograr una ejecución más consistente. Sin embargo, su desventaja es que la reglamentación de una intervención médica preventiva desde el gobierno nacional la sujeta a la existencia de voluntad política para darle prioridad. Asimismo, la preparación de guías de manejo clínico para la PPrE en Colombia podría ser una tarea larga y redundante, pues existen múltiples documentos que han evaluado la evidencia de la PPrE en el mundo, incluyendo los que la OMS ha publicado. Una opción más pragmática podría ser adoptar guías ya publicadas que se ajusten al contexto colombiano. Esta práctica es común en Europa en donde los consensos de manejo médico de organizaciones transnacionales con autoridad académica y científica se adoptan en varios países. Ejemplos específicos incluyen las guías para la PPrE de la Sociedad Europea del SIDA (32), y la adopción por parte de la Asociación Canadiense de Microbiología Médica y Enfermedades Infecciosas de Canadá de las guías de enfermedad de Lyme generadas por la Sociedad Americana de Enfermedades Infecciosas (33). En todo caso, sí hay necesidad de regular la implementación para la operación por parte de EPS e instituciones de salud públicas y privadas.

Fortalezas y limitaciones

Este estudio es de importancia nacional, pues muestra de manera cualitativa los facilitadores y recomendaciones para la implementación de la PPrE en Colombia. La mayoría de los estudios publicados en este tema carecen del abordaje cualitativo (20), lo que limita la comprensión de todas las dimensiones que acarrea una intervención como la PPrE. Por el contrario, el uso del método cualitativo revela las voces de los actores centrales de la implementación. El equipo del “Estudio PPrE-COL” también ha realizado abordajes cuantitativos y mixtos (datos por publicar) que ofrecen una mirada adicional y un análisis detallado para la implementación de la PPrE en un sentido más amplio y aplicable a la realidad colombiana.

Una de las limitaciones de este estudio es que incluyó profesionales de la salud pertenecientes a una red nacional de proveedores de salud asociados a la atención de pacientes con VIH. Sería importante incluir en estudios futuros a profesionales y personal de salud de cuidado primario, tanto en redes públicas como privadas, que atienden programas promoción y prevención. Tal como se ha mostrado en estudios previos (20), existe una brecha de conocimiento y actitudes frente a la PPrE entre especialistas en VIH y los profesionales de salud de cuidado primario, pero un eficaz engranaje entre ambos grupos permitiría el desarrollo de programas de mayor impacto y sostenibilidad en el tiempo, ya que de esa manera existiría una adecuada transferencia de conocimiento. Es de notar que el número de proveedores de salud en la atención primaria supera en gran medida al número de especialistas en VIH, por lo que estos últimos no podrían asumir la implementación de la PPrE de un programa nacional que abarque áreas y poblaciones de riesgo a lo largo del territorio nacional, lo que sí podría implementarse a través de los proveedores de cuidado preventivo primario.

Reconocimientos. Este artículo es producto de investigación del proyecto “Desarrollo de estrategias de un estudio de implementación de método mixto”, financiado por MINCIENCIAS, Colombia. Código: 334780762872. Los autores agradecen la colaboración de la Red VIH-COL que apoyó el proceso de recolección de información.

Referencias

1. World Health Organization. Guideline on When To Start Antiretroviral Therapy and on Pre-Exposure Prophylaxis for HIV. 2015.
2. Anderson PL, Glidden DV, Liu A, Buchbinder S, Lama JR, Guanira JV, et al. Emtricitabine-Tenofovir Concentrations and Pre-Exposure Prophylaxis Efficacy in Men Who Have Sex with Men. *Sci Transl Med*. 2012 Sep 12; 4(151):151ra125-151ra125. Available from: <https://stm.sciencemag.org/lookup/doi/10.1126/scitranslmed.3004006>
3. Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. 2016 Jul 31; 30(12):1973-83.
4. Sánchez-Rubio Ferrández J, Martínez Sesmero JM, Navarro Aznárez H, Fernández Espínola S, Escobar Rodríguez I, Ventura Cerdá JM. Perceptions about HIV pre-exposure prophylaxis among healthcare professionals in Spain (PERPPRES Study). *Fam Hosp*. 2016 Jul 1; 40(4):287-301. DOI: <https://doi.org/10.7399/fh.2016.40.4.10489>. PMID: 27571497
5. Yoong D, Naccarato M, Sharma M, Wilton J, Senn H, Tan DH. Preparing for pre-exposure prophylaxis: perceptions and readiness of Canadian pharmacists for the implementation of HIV pre-exposure prophylaxis. *Int J STD AIDS*. 2016 Jul; 27(8):608-16. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956462415589896>.
6. Krakower DS, Mayer KH. The role of healthcare providers in the roll out of preexposure prophylaxis. *Curr Opin HIV AIDS*. 2016 Jan; 11(1):41-8. DOI: <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000206>
7. Krakower D, Mayer KH. Engaging healthcare providers to implement HIV pre-exposure prophylaxis. *Curr Opin HIV AIDS*. 2012 Nov; 7(6):593-9. DOI: <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283590446>
8. Ravasi G, Grinsztejn B, Baruch R, Guanira JV, Luque R, Cáceres CF, et al. Towards a fair consideration of PrEP as part of combination HIV prevention in Latin America. *Journal of the International AIDS Society*. International AIDS Society. 2016; 19: 21113. Available from: <http://doi.wiley.com/10.7448/IAS.19.7.21113>
9. Pan American Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (PAHO/UNAIDS). HIV prevention Spotlight: : An Analysis from the Perspective of the Health Sector in Latin America and the Caribbean, PAHO, UNAIDS. PAHO. 2017; 1:1-7. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34381>
10. Cáceres CF. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: A hidden epidemic? 2002; 16: *AIDS*. 2002 Dec;16 Suppl 3:S23-33. doi: <https://doi.org/10.1097/0002030-200212003-00005>
11. UNAIDS. AIDSinfo | UNAIDS. Available from: <http://aidsinfo.unaids.org/>

12. AVERT. HIV and AIDS in Latin America regional overview. 2015. Available from: https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/overview#footnote65_jpc5hcg
13. Gagnon MP, Attieh R, Dunn S, Grandes G, Bully P, Estabrooks CA, et al. Development and content validation of a transcultural instrument to assess organizational readiness for knowledge translation in healthcare organizations: The OR4KT. *Int J Heal Policy Manag*. 2018 Sep 1;7(9):791-7. Available from: <http://ijhpm.com>
14. Keith RE, Crosson JC, O'Malley AS, Crompton DA, Taylor EF. Using the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to produce actionable findings: A rapid-cycle evaluation approach to improving implementation. *Implement Sci*. 2017 Feb 10;12(1):1-12. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s13012-017-0550-7>
15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci*. 2009 Dec 7;4(1). Available from: <http://implementationscience.biomedcentral.com/articles/10.1186/1748-5908-4-50>
16. Manuel Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. 2002. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005
17. Deslauriers J-P, Mainville S. Recherche qualitative: guide pratique. *Can J Educ / Rev Can l'éducation*. 1992;17(4):466. Available from: <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/6258>
18. Minsalud. Acta No 01 de 2019. Sesión Ordinaria. 28, 29, 30 y 31 de enero de 2019 In: Comisión Revisora. Sala Especializada de Moléculas Nuevas NIyMB. 2019.
19. Sevelius JM, Deutsch MB, Grant R, JM Sevelius, MB Deutsch RG. Pre-Exposure Prophylaxis: A Narrative Review of Provider Behavior and Interventions to Increase PrEP Implementation in Primary Care. *International AIDS Society*.; 2016 Oct 18;21105.
20. Marcus JL, Volk JE, Pinder J, Liu AY, Bacon O, Hare CB, et al. Successful Implementation of HIV Preexposure Prophylaxis: Lessons Learned From Three Clinical Settings. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2016 Apr 1; 13(2):116–24. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/295687807>
21. Organización Mundial de la Salud (OMS). Herramienta de la OMS para la Implementación de la Profilaxis Previa a la Infección por el VIH. OM. 2017. Available from: <https://www.paho.org/es/documentos/herramienta-oms-para-implementacion-profilaxis-previa-exposicion-al-vih>
22. Vanhamel J, Rotsaert A, Reyniers T, Nöstlinger C, Laga M, Van Landeghem E, et al. The current landscape of pre-exposure prophylaxis service delivery models for HIV prevention: A scoping review Pre-exposure prophylaxis (PrEP) for HIV prevention among men who have sex with men (MSM): A scoping review on PrEP service delivery and program. *BMC Health Serv Res*. 2020 Jul 31; 20(1). Available from: <https://pmc/articles/PMC7395423/?report=abstract>
23. Sharma M, Chris A, Chan A, Knox DC, Wilton J, McEwen O, et al. Decentralizing the delivery of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) through family physicians and sexual health clinic nurses: A dissemination and implementation study protocol. *BMC Health Serv Res*. 2018 Jul 3; 18(1):513. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3324-2>

24. Luz PM, Veloso VG, Grinsztejn B. The HIV epidemic in Latin America: Accomplishments and challenges on treatment and prevention. *Current Opinion in HIV and AIDS*. Lippincott Williams and Wilkins. 2019; 4:366-73. Available from: <https://pmc/articles/PMC6688714/?report=abstract>
25. Schmidt H-M. Ending HIV and Australia’s success story in PrEP implementation.
26. Zablotska IB, Selvey C, Guy R, Price K, Holden J, Schmidt HM, et al. Expanded HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) implementation in communities in New South Wales, Australia (EPIC-NSW): Design of an open label, single arm implementation trial. *BMC Public Health*. 2018 Feb 2; 18(1):210.
27. Turner L, Roepke A, Wardell E, Teitelman AM. Do You PrEP? A Review of Primary Care Provider Knowledge of PrEP and Attitudes on Prescribing PrEP. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2018 Jan 1; 29(1):83–92. Available from: <https://pmc/articles/PMC7653672/?report=abstract>
28. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit G V., Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, et al. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med*. 2017 Jan 1; 32(1):62-70. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-016-3903-z>
29. Carter MR, Aaron E, Nassau T, Brady KA. Knowledge, Attitudes, and PrEP Prescribing Practices of Health Care Providers in Philadelphia, PA. *J Prim Care Community Heal*. 2019 Jan 3; 10:215013271987852. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132719878526>
30. Nelson LRE, McMahon JM, Leblanc NM, Braksmajer A, Crean HF, Smith K, et al. Advancing the case for nurse practitioner-based models to accelerate scale-up of HIV pre-exposure prophylaxis. *J Clin Nurs*. 2019 Jan 11; 28(1-2):351-61. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jocn.14675>
31. O’Byrne P, MacPherson P, Orser L, Jacob JD, Holmes D. PrEP-RN: Clinical Considerations and Protocols for Nurse-Led PrEP. *J Assoc Nurses AIDS Care*. 2019 May 1; 30(3):301-11. Available from: <https://pmc/articles/PMC6551248/?report=abstract>
32. Society EAC. Guía Clínica Versión 10.0. 2019. Available from: <http://www.eacsociety.org>
33. AMMI Canada position statement on the diagnosis and treatment of people with persistent symptoms that have been attributed to lyme disease. *J Assoc Med Microbiol Infect Dis Canada*. 2019;4(2):43-6. Available from: <https://www.idsociety.org/public-health/lyme-disease/lyme-disease/chronic-lyme->