

Factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en un grupo de Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HSH)

Ana Elvia Ardila Amado

Trabajo de grado para optar al título de Maestría en Intervención Social

Director

Raquel Méndez Villamizar

Doctora en Ciencias Sociales

Universidad Industrial de Santander

Facultad Ciencia Humanas

Escuela de Trabajo Social

Maestría en Intervención Social

Bucaramanga

2022

Agradecimientos

A mi familia.

A las “universitarias”.

A mis amigos de LigaSida.

Tabla de Contenido

Introducción	12
1. Planteamiento y formulación del problema	13
1.2 Justificación	14
1.3 Objetivos	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 Marcos de referencia	19
1.4.1 Estado del arte	19
1.4.2 Marco teórico y conceptual	29
1.4.3 Fundamentos legales	46
1.5 Metodología	52
1.5.1 Consideraciones éticas	55
2. Hallazgos: factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en un grupo de Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HSH)	56
3. Propuesta de Intervención: Desarrollo de Acciones Promocionales y Preventivas en el Marco de la Estrategia de Prevención Combinada de las ITS/VIH dirigido a HSH en la ciudad de Bucaramanga	71
3.1 Estrategias biomédicas	72
3.1.1 La estrategia condón a la mano en HSH.	72
3.1.2 Fortalecimiento institucional y comunitario en PREP (Profilaxis pre exposición)	75
3.1.3 Fortalecimiento institucional y comunitario en PEP (Profilaxis pre exposición)	75

3.2 Estrategias conductuales	76
3.2.1 Asesoría cognitiva personalizada, PCC.	77
3.2.2 Antiretroviral Treatmentans Acces to Services (ARTAS).....	78
3.2.3 Video Oportunidades para la Prevención “Sin Buscar Excusas”	79
3.2.4 Cuidar de mí es Cuidar de ti	79
3.3 Estrategias estructurales.....	80
3.3.1 Fortalecimiento de los mecanismos de articulación de la respuesta estructural	80
3.3.2 Fortalecimiento de la respuesta comunitaria.....	81
3.3.3 Fortalecimiento de capacidad técnica de los profesionales de salud	81
3.4 Plan Operativo de la propuesta de intervención	82
4. Conclusiones y recomendaciones	84
Referencias bibliografía	88
Apéndices.....	92

Lista de Tablas

Tabla 1.	<i>Prácticas sexuales</i>	43
Tabla 2.	<i>Normativa internacional</i>	47
Tabla 3.	<i>Normativa Nacional</i>	49
Tabla 4.	<i>Planes y políticas nacionales</i>	52
Tabla 5.	<i>Plan Operativo de la propuesta de Intervención</i>	83

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Dimensiones de vulnerabilidad</i>	34
Figura 2. <i>Conceptos prejuicio, estigma y discriminación</i>	36
Figura 3. <i>Enfoques de intervención</i>	38
Figura 4. <i>Acciones de prevención combinada</i>	44

Lista de apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado.....	92
Apéndice B. Guía de preguntas grupo Focal HSH.....	93
Apéndice C. Matriz Analítica grupo focal	94
Apéndice D. Entrevista semiestructurada institucional.....	99

Siglas y acrónimos

AIS: Atención integral en salud

ARV: Terapia antirretroviral

CAC: Cuenta de Alto Costo

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficios

GPC: Guías de Práctica Clínica

HB: Hepatitis B

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

LGTBI: Lesbianas, gays, transexuales, bisexuales e <intersexuales.

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

Minsalud: Ministerio de Salud y Protección Social

OBC: Organizaciones de Base Comunitaria

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

OPS: Organización Panamericana de la Salud

PASCR: Penetración anal sin condón receptiva.

PASCI: Penetración anal sin condón insertiva.

PEP: Profilaxis Post exposición.

PIC: Plan de Intervenciones Colectivas

PID: Personas que se Inyectan Drogas

PBS: Plan de Beneficios en Salud

PNR: Plan Nacional de Respuesta

PPL: Población Privada de la Libertad

PrPE: Profilaxis pre exposición.

PV V: Personas Viviendo con VIH

RIAS: Rutas Integrales de Atención en Salud

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SISCO-SSR: Sistema de Información de Actividades Comunitarias y Colectivas en Salud

Sexual y Reproductiva

SIVIGILA: Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública

SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud

SSR: Salud Sexual y Reproductiva

SPA: Sustancias psicoactivas

TB: Tuberculosis

TRANS: Transgénero

TS: Trabajadoras sexuales

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

VHB: Virus de la Hepatitis B

VHC: Virus de la Hepatitis C

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Resumen

Título: Factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en un grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)*

Autoras: Ana Elvia Ardila Amado **

Palabras Clave: VIH/SIDA, HSH, Conducta de riesgo, Vulnerabilidad.

Descripción:

Este ejercicio investigativo parte de la necesidad de desarrollar procesos que identifiquen sistemáticamente los factores de vulnerabilidad de los HSH (hombres que tienen sexo con hombres) frente al riesgo existente a la infección del VIH, para realizar una lectura integral que incluya: aspectos biológicos, epidemiológicos, sociales, culturales y el acceso a los servicios sociales y generar una propuesta de intervención que mejore las acciones de prevención enfocadas este grupo en el municipio de Bucaramanga y su área metropolitana.

Dichas acciones permitirán el fortalecimiento institucional y comunitario para agenciar los retos establecidos para la prevención del VIH como son: controlar su crecimiento para evitar nuevas infecciones en el grupo de HSH, lograr la continuidad en la atención y tratamiento, proteger los Derechos Humanos, promover la solidaridad y tener información que permita tomar las mejores decisiones y el uso de recursos de manera efectiva y eficiente.

La propuesta de intervención social está fundamentada en acciones de prevención combinada frente al VIH/SIDA que permitirán implementar en la ciudad de Bucaramanga estrategias efectivas y aterrizadas en las necesidades encontradas en la población HSH.

* Trabajo de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora: Raquel Méndez Villamizar. Doctora en Ciencia Sociales.

Abstract

Title: Factors influencing vulnerability to HIV/AIDS infection in a group of men who have sex with men (MSM)*

Authors: Ana Elvia Ardila Amado **

Keywords: Risk behaviour, Vulnerability.

Description:

This project seeks to strengthen future actions with vulnerable populations, as well as to contribute to institutional and community strengthening in the face of the challenges established for HIV prevention: controlling its growth to avoid new infections in the group of MSM, achieving continuity of care and treatment, protecting human rights, promoting solidarity and having information that allows for making the best decisions and using resources in an effective and efficient manner.

This research exercise is based on the need to develop processes that systematically visualise the vulnerability factors of MSM (men who have sex with men) in the face of the existing risk of HIV infection, in order to make a comprehensive reading that includes biological, epidemiological, social and cultural aspects and access to social services and to generate proposals for the design of policies, plans and programmes that improve the situation of MSM in the municipality of Bucaramanga and its metropolitan area.

The proposal for social intervention is based on combined HIV/AIDS prevention actions that will allow the implementation of effective strategies in the city of Bucaramanga, based on the needs found in the MSM population, covering biological, epidemiological, social and cultural aspects and access to social services.

* Degree work.

** Faculty of Human Sciences. Social Work School. Director: Raquel Mendez Villamizar, PhD of Sciences Social.

Introducción

El presente documento parte de un cuidadoso trabajo de investigación con representantes de grupos HSH como de actores institucionales claves en la respuesta al VIH en el municipio de Bucaramanga y se encontró que se identifican diversos factores de vulnerabilidad individual como: prácticas sexuales de riesgo, consumo de SPA, baja percepción de riesgo con conocidos, desconfianza de los equipos con los equipos de salud), programáticos como: déficit y dificultad en los servicios de prevención ofertados por entidades de salud como APV, pruebas rápidas, condones, acceso a PEP (profilaxis pos exposición) y PREP (profilaxis pre exposición), acceso tratamientos de ITS (infecciones de transmisión sexual), confianza con el equipo de salud y situaciones de estigma y discriminación por parte de equipos de salud y dentro del mismo grupo de HSH.

También se evidenció que algunas organizaciones no gubernamentales ofertan servicios de prevención enfocados en poblaciones claves tales como: pruebas rápidas de VIH, APV, enrutamiento a servicios de atención integral en VIH y suministro de condones y lubricantes. Aunque estas intervenciones aportaron a la reducción de algunos factores de vulnerabilidad, se hace necesario profundizar en otras estrategias que generan mayor impacto y respondan a las necesidades presentadas por el grupo objeto del presente proyecto.

Aunque en Bucaramanga, durante los últimos cinco años, se ha logrado importantes avances en torno a la prevención y el abordaje del VIH y las ITS dirigido al grupo HSH, la realidad actual exige una respuesta mucho más efectiva, por tal motivo la autora presenta una propuesta de intervención basada en estrategias de prevención combinada que articule el sector institucional y el comunitario y que en un lapso de tiempo relativamente corto, desarrolle estrategias que permitan al departamento y al municipio alcanzar los compromisos de ciudad y país hacia la contención de la epidemia de VIH.

1. Planteamiento y formulación del problema

En Colombia, igual que en el resto del mundo, se han realizado estudios sobre VIH/SIDA con el propósito de calcular la prevalencia e identificar comportamientos sexuales de riesgo en la población y vigilar su evolución. Los estudios de prevalencia en poblaciones claves han mostrado la evidencia que Colombia sigue manteniendo una epidemia concentrada, con una prevalencia en mujeres embarazadas de áreas urbanas inferior al 1%, mientras que existen prevalencias que se han mantenido constantes por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de población. Los datos encontrados con respecto a su dispersión hacen prever que la epidemia está afectando a distintos subgrupos de la población de manera diferente y superpuesta en el tiempo. Lo anterior complejiza las acciones de seguimiento de la epidemia, fundamentales a la hora de programar y planificar actividades preventivas y de reducción de su impacto (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El estudio de prevalencia en HSH realizado en Bucaramanga en el año 2009 presentó una prevalencia de infección por VIH del 11,1% en comparación con la población en general donde la prevalencia se estima en el 0,7%, lo que evidencia que la epidemia corresponde a las características de tipo concentrada. Por lo anterior se priorizó como un problema para la salud pública en el municipio e impulso la necesidad de fortalecer la prevención y atención desde los diferentes actores del sistema de salud y de la comunidad organizada (Rodríguez, 2009, p.136).

La Secretaría de Salud de Bucaramanga ha incluido en las acciones del Plan de Intervenciones Colectivas(PIC), en los últimos tres (3) años, recursos necesarios para realizar tamizaje y actividades de prevención con poblaciones clave, priorizando el grupo de HSH. Además, desde el 2017, el Proyecto de Fondo Mundial ejecutó acciones educativas y de tamizaje dirigido a grupos de HSH en la ciudad de Bucaramanga, con un porcentaje de reactividad hasta del 10% entre 2017 y 2018, según datos incluidos en la plataforma del

Ministerio del Sistema de Información de servicios Comunitarios de Registro de Acciones en Salud Sexual y Reproductiva SISCO SSR. (FONADE, 2019)

La diversidad de posibilidades de manifestación y comportamiento de la epidemia del VIH hace indispensable conocer a fondo su naturaleza y evolución y contar con información sobre las personas con mayor vulnerabilidad e identificar cuáles son los comportamientos que contribuyen a tal situación. Al respecto, estudios han estimado que el grupo HSH es uno de los que está en mayor condición de vulnerabilidad. Por ello, la realización de acciones para la vigilancia epidemiológica y del comportamiento constituye una de las estrategias que permitirán obtener información adecuada sobre la epidemia. Teniendo en cuenta las anteriores acciones desarrolladas en el municipio de Bucaramanga y con el fin de mejorar la información sobre la epidemia se presenta la siguiente pregunta de investigación ¿Cuáles son los factores que inciden en la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en Bucaramanga?

1.2 Justificación

Con el fin de obtener un conocimiento más completo sobre la epidemia y comprender mejor su comportamiento, es necesario complementar la vigilancia biológica con la observación de comportamientos por medio de estudios cuantitativos y cualitativos, particularmente entre las que además de satisfacer las necesidades de información biológica, proporcione información sobre los comportamientos y otros factores de vulnerabilidad (por ejemplo: acceso y utilización de los servicios de salud, estigma y discriminación percibida) que determinan la prevalencia de VIH/SIDA.

Para comprender completamente la epidemia es necesario contar con información y hacer seguimiento a grupos de población que tienen la mayor vulnerabilidad en el país como han sido los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Esto implica: caracterizar los

comportamientos que contribuyen a las elevadas prevalencias encontradas, conocer sus condiciones de acceso real a los servicios de salud, y comprender las posibles explicaciones y motivaciones de esos comportamientos, para prevenirlos efectivamente.

Para el caso de Colombia en el grupo de Hombres HSH (Hombres que tiene sexo con Hombres) se ha estudiado que dentro de los factores de vulnerabilidad individual se encontraron, inicio temprano de relaciones sexuales (<14 años) y con parejas mucho mayores, limitado uso del condón en la última relación sexual 54%, antecedentes de ITS 32%. En relación con la vulnerabilidad programática se identificaron dificultades para el acceso a condones, acceso a servicios de prevención (entre el 22% y el 29% recibieron acciones de prevención en el último año); 30% accedieron a servicios diagnósticos en el último año, de los cuales, menos de la mitad, recibieron asesoría pre y pos test; al respecto, también se encontró que entre el 14% y 32% de los HSH no saben a dónde dirigirse para realizarse la prueba. En relación con la vulnerabilidad social, 43% de los HSH reportó haber sido víctima de estigma y discriminación asociados a su orientación o comportamiento sexual en el último año (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, p.19).

Para el caso de Bucaramanga, se han realizado algunos estudios cualitativos de incidencia y comportamiento sexual, los cuales identifican una parte de la problemática, pero se hace necesario ahondar en las causales, por lo tanto, se plantea la presente investigación de tipo cualitativo, que permitirá identificar factores de vulnerabilidad desde lo individual, lo social y lo programático, que están incidiendo en el incremento de la infección de VIH/SIDA en el grupo HSH.

Los resultados del estudio, al identificar los factores de vulnerabilidad, permitirán el planteamiento de una estrategia de intervención y la orientación y planificación de acciones de promoción y prevención en VIH/SIDA con este grupo poblacional, que puede servir a las Secretarías de Salud Departamentales y municipales para dar cumplimiento a las metas

planteadas en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021.

En Colombia, desde 1985 al 31 de diciembre de 2016 se ha reportado un total de 120.622 casos de infección por VIH, Sida, lo que evidencia que año tras año hay un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. Para el año 2016 ingresaron al SIVIGILA (Sistema de vigilancia en salud pública) un total de 11.328 casos VIH/SIDA. De estos 8.935 (78,8%) fueron hombres y 2.393 (21,1%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual. En tanto, se destacan los aportes del Ministerio de Salud y Protección Social (2018), donde se resalta que:

Los estudios de prevalencia en poblaciones clave, han mostrado la evidencia que Colombia tiene una epidemia concentrada, caracterizada por tener una prevalencia en la población general inferior al 1%, mientras que existen prevalencias que se han mantenido constantes por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de población clave (HSH; MT, PID, MTS, HC, PPL). Los estudios realizados a nivel nacional en diferentes poblaciones que evidencian entre otras un incremento en la prevalencia de la población de HSH al 17%.

Abordar la epidemia desde ese enfoque de vulnerabilidad “significa reconocer las formas en que estos aspectos -sociales, políticos y económicos- actúan entre sí, afectan la vida de las personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/SIDA” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011, p.18). Con esta perspectiva, el abordaje de prevención pretende disminuir el estigma y la discriminación. Y así está plasmado en la legislación, los manuales, las políticas, el modelo de gestión programática y las guías de atención en VIH, aunque en la realidad la situación persiste, “la exclusión y la marginalidad en la que la sociedad deja a los HSH, por fuera de los patrones imperantes, representa – erróneamente-en los imaginarios colectivos, un destino irreversible hacia la enfermedad y la carencia” (Ministerio de Protección Social. 2011, p.58).

Este trabajo pretende aportar elementos de conocimiento de los factores de vulnerabilidad en el grupo HSH en Bucaramanga y su área metropolitana y espera orientar a los tomadores de decisión en el diseño de las estrategias de promoción y prevención para este grupo, teniendo en cuenta algunos de los siguientes aspectos identificados en la Guía de Prevención VIH/SIDA HSH:

- Identificar los contextos de vulnerabilidad y los factores que inciden en la prevalencia de VIH e ITS.
- Trabajar alrededor de los factores específicos, generales y locales que influyen en la transmisión del VIH/ITS entre hombres (inclusive la violencia, el estigma, las leyes, etc.)
- Motivar, informar y generar destrezas para la prevención entre los HSH, incluyendo el conocimiento de sus derechos
- Generar recomendaciones sobre cómo pueden ocurrir cambios y quiénes deben ser involucrados
- Identificar barreras y oportunidades para el logro de los cambios.
- Promover el trabajo intersectorial que involucrando al sector comunitario y los líderes de esta población. (Ministerio de Protección Social, 2011, p.21)

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y las coinfecciones TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021 plantea que: se debe partir de la organización y formalización de las acciones de la comunidad y de la existencia de servicios de salud de atención primaria fortalecidos en los temas de SSR, ITS, VIH, coinfección TB /VIH, VHB y VHC enfocados en la prevención, tamizaje y canalización (Ministerio de salud y protección, 2017, p.62).

Con los resultados de este trabajo se espera los entes gubernamentales el diseño de las acciones centradas en el fortalecimiento del sector comunitario y los líderes pares con el fin de que realicen las actividades de prevención y sensibilización frente al riesgo, detección

temprana de la infección, enrutamiento y acompañamiento a los servicios de salud y también del sector institucional y las entidades de salud para que adecuen los servicios y capaciten a su personal para tener un abordaje con enfoque diferencial que se adapte a las condiciones que los HSH necesitan.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Determinar factores que inciden en la vulnerabilidad al VIH/SIDA en un grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), residentes en el área metropolitana en Bucaramanga, con el fin de dar recomendaciones para el diseño de estrategias de educación, promoción y prevención.

1.3.2 Objetivos específicos

- Establecer el estado del arte a través de la revisión documental y el análisis de estudios de factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en diferentes grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH).
- Identificar a través de estudio cualitativo factores de vulnerabilidad en un grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH)
- Formular recomendaciones para el diseño de estrategias de educación, promoción y prevención en VIH/SIDA dirigidos a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, a fin de orientar el diseño de políticas públicas, los procesos de intervención de profesionales de la salud y de líderes de la población en Bucaramanga y su área metropolitana.

1.4 Marcos de referencia

1.4.1 Estado del arte

A continuación, se presentan algunos antecedentes documentados sobre factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en diferentes grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, con el propósito de conocer más sobre el objeto de intervención y guiar el abordaje con los participantes en el grupo focal, cuyos aportes serán tenidos en cuenta en la propuesta de intervención.

Existe una gran variedad de estudios e investigaciones relacionadas con los factores de vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en diferentes grupos de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los cuales dan cuenta del tipo, contenido y problemáticas que se desarrollan en torno a esta clase de relaciones y su implicación en la vulnerabilidad de los hombres que las practican, frente al VIH/SIDA.

Al respecto, Morell, Gil, Ballester y Díaz (2014) realizaron un estudio en España, con el objetivo de analizar las conductas sexuales de riesgo y las actitudes para la infección por VIH/SIDA en hombres que tenían sexo con otros hombres, para ello aplicaron una encuesta a 202 hombres, 168 homosexuales y 34 bisexuales con edades comprendidas entre 14 y 57 años. Lo anterior, en atención a que las estadísticas señalaban incremento de transmisión de la infección por VIH en HSH.

Según los últimos datos proporcionados por el (Centro Nacional de Epidemiología, 2013b), de los 3.210 nuevos diagnósticos de VIH notificados durante el año 2012, la transmisión en hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) fue la más frecuente, 51%, seguida de la heterosexual, 31% (Morell y otros, 2014). Para la recolección de la información se aplicaron dos cuestionarios online, uno sobre información sociodemográfica y la Encuesta sobre el Sida (ENSI) de Ballester, Gil, y Giménez (2007). En general, los resultados arrojaron,

con relación al perfil de los participantes que: el 97% había mantenido relaciones sexuales de algún tipo con otra persona, el 83,2% refería ser homosexual, y el 16,8% se consideraba bisexual, el 46,5%, mantenían relaciones con una pareja estable, y el 40,1% reconoció haber sido alguna vez infiel a su pareja estable. Respecto al tipo de prácticas sexuales, el 98% de los participantes referían masturbarse, el 92,1% realizaban masturbaciones mutuas, un 96,5% practicaban sexo oral, un 90,6% coito anal y solo un 7,9% afirmaban realizar otro tipo de prácticas. De otra parte, cabe resaltar que un 20,3% de los encuestados reconocía haber bebido alcohol en su última relación sexual y un 5,4% haber consumido otras drogas (Morell, et al., 2014).

En lo referente al uso de preservativo, se encontró que siempre lo utilizaban el 6,2% de quienes realizaban sexo oral, el 54,6% en el coito anal y el 49,4% de quienes mantenían relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol o drogas. En las relaciones con una pareja estable, su uso rondaba el 24% mientras que el porcentaje ascendía a 72,7% cuando se trataba de una pareja esporádica. Respecto a los inconvenientes con el uso del preservativo, el 38,6% manifestó no tener dificultad, los restantes refirieron aspectos como: disminución de la sensibilidad, interrupción de la relación, el precio, no disponer de él en el surgimiento de una relación sexual, incomodidad, posible rotura. No obstante, el 75,7% percibe el preservativo como método eficaz para la prevención del VIH, el 28,1% bastante fiable, el 1,5% algo fiable y el 1% nada fiable.

Así, los autores concluyen que existe una visión optimista al creer que el SIDA es una enfermedad que tiene cura, tal vez generada por la inclusión de tratamientos antirretrovirales que han contribuido a prolongar el tiempo de supervivencia, lo cual ha disminuido la percepción de vulnerabilidad, aspecto preocupante y que se suma al uso del preservativo, ya que este aumenta si se trata de relaciones esporádicas y disminuye en relaciones estables donde se reduce el nivel de alerta, según los autores la diferencia radica en los estímulos que tienen

los HSH para evaluar la situación como peligrosa. En otras investigaciones revisadas por los autores encontraron que el consumo de drogas se ha relacionado con una mayor probabilidad de tener múltiples parejas sexuales o realizar el coito anal sin preservativo en HSH, pero su estudio reveló que una de cada dos personas que ha consumido alcohol o drogas no utiliza preservativo.

En resumen, los autores refieren que “No obstante, la baja percepción de riesgo de infectarse por VIH, así como los numerosos prejuicios y estereotipos asociados al uso del preservativo, todavía existentes, subrayan la necesidad de seguir desarrollando estrategias de prevención eficaces” (p.413).

En esta misma línea, Gasch, Tomás y Rubio (2015), en su estudio titulado: Pareja, situaciones socioeconómicas y prácticas de riesgo, se propusieron como objetivo “analizar la asociación entre penetración anal sin condón receptiva o insertiva (PASCER/PASCI) según el tipo de pareja y el bareback (penetración anal sin condón realizada de forma premeditada e intencional), con variables socioeconómicas en hombres que tienen sexo con hombres” (p.412), allí plantean que los HSH realizan prácticas de riesgo que desafían las estrategias de prevención. En este estudio participaron 601 hombres entre 16 y 69 años, residentes en España, mediante una encuesta online difundida en redes sociales y organizaciones no gubernamentales, entre junio de 2014 y enero de 2015.

Con relación a los resultados, el estudio encontró que más de la mitad de los participantes realizan prácticas de riesgo con su pareja estable y con mayor frecuencia PASCER (penetración anal sin condón receptiva receptiva) señala que los que tienen ingresos medios y los que conviven en pareja son los que en mayor proporción realizan estas prácticas, mientras que los jubilados las realizan en menor proporción (...) así mismo, afirma que cuando se tienen relaciones con parejas ocasionales, más del 25% realizan tanto PASCER como PASCI (penetración anal sin condón insertiva); en este trabajo se encontró que la realización de

prácticas de riesgo se asocia a haber completado estudios secundarios, y apuntan a que son los jubilados en primer lugar y los desempleados en segundo quienes realizan estas prácticas(...) Alrededor del 20% de los participantes realizan PASCOR y PASCOR con parejas ocasionales conocidas a través de Internet.

De otra parte, la investigación permitió determinar que el nivel de estudios, el empleo, los ingresos y la situación de convivencia se asocian con la realización de prácticas de riesgo. Con relación al bareback, se encontró que casi la mitad realiza esta práctica, y que la variable socioeconómica que más influye es tener estudios secundarios; en cuanto a la edad algunas publicaciones coinciden en que ser joven aumenta el riesgo de practicar el bareback, no obstante, tampoco se encontraron diferencias en este trabajo con el nivel de estudios, la situación de empleo, los ingresos ni el tipo de pareja. Además, no existe consenso respecto a la edad como determinante de realizar bareback, y en aquellos estudios en los que aparece asociada a dicha práctica, difiere de lo que encontraron los autores.

A manera de conclusión, la investigación señala la importancia de tener en cuenta el tipo de pareja y las variables socioeconómicas en la realización de prácticas de riesgo en los HSH; refiere que las acciones preventivas se han orientado a lo individual, grupal y comunitario, mientras algunos autores enfatizan la importancia de desarrollar intervenciones basadas en las relaciones de pareja para reducir las prácticas de riesgo y otros sugieren favorecer las estrategias comunicativas entre los HSH cuando se toman decisiones sobre las prácticas sexuales. En lo referente en cuanto a la realización de prácticas de riesgo de forma intencional (bareback), sobre todo en jóvenes, se sugiere implementar programas que informen, aporten herramientas sobre lo que implica la infección y la sobreinfección, y en especial estrategias y habilidades personales para tomar decisiones de manera consciente y segura, así como mecanismos de reducción de daños (Gasch, et al., 2015).

Referente a la preocupación del por qué los HSH se ven notablemente afectados por el VIH, con relación a otros grupos poblacionales, Fernández-Dávila, P (2015) publicó su artículo ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? El autor plantea este modelo a partir trabajo de investigación de los últimos 10 años con HSH en Barcelona (España), pero considerando algunos modelos ya propuestos por otros autores,

En el artículo, se presenta un modelo ecológico-explicativo que permite entender su mayor vulnerabilidad para adquirir el VIH y otras ITS, modelo del cual se desarrolló cuatro aspectos que pueden estar interviniendo en el menor uso del condón que lleva a riesgo de infección: las nuevas tecnologías, la emergencia de ciertas prácticas sexuales y espacios de riesgo, el incremento del consumo de drogas recreativas y un aspecto bastante descuidado en la prevención como es el de la relación de pareja estable entre hombres. La interacción simultánea de algunos factores psicosociales puede elevar el riesgo de infección en lo que se ha llamado una sindemia.

Respecto a las nuevas tecnologías como internet y las aplicaciones geosociales, han traído consigo como consecuencia directa para el colectivo gay, el incremento de parejas sexuales, dada la rapidez y efectividad en su búsqueda, además, el identificar la cercanía física de las potenciales parejas, favorece el éxito del encuentro con menos esfuerzo. También ofrecen mayor visibilización de ciertas prácticas sexuales que les permite identificar rápidamente parejas con los mismos gustos sexuales.

Asimismo, producto de las nuevas tecnologías, las prácticas sexuales que antes se consideraban marginales, ahora se hicieron más visibles y atractivas para muchos hombres. Prácticas como el fist-fucking, las “preñadas” (eyacular dentro del ano), el “cerdeo y el guarreo” (relacionados al juego sexual con ciertos fluidos corporales) y, últimamente, las fiestas privadas de sexo en grupo, donde muchas de ellas son de bareback, han aumentado considerablemente en los últimos años (Fernández-Dávila, 2011). La participación en fiestas

de sexo grupal puede traer consigo penetración anal sin condón, elevando así el riesgo de infección por el VIH y otras ITS, incluido el VHC (Fernández, 2015).

En cuanto al incremento del consumo de drogas recreativas para tener sexo, entre los HSH, ha conllevado a elevar los índices de infección por VIH y otras ITS. El consumo de drogas para tener sexo tiene que ver con el efecto de estas ya que intensifican el placer y permite sesiones más largas, no obstante, el uso de drogas disminuye el juicio o la conciencia de las normas preventivas, la noción de la conciencia, tener el control de la situación, a no darse cuenta de lo que está sucediendo y del deseo o voluntad de tener sexo.

En lo referente a la relación de pareja estable, se ha prestado poca atención para la prevención del VIH entre los HSH, aunque se ha encontrado que aproximadamente el 40% de las infecciones ocurren en el contexto de las relaciones de parejas estables. La percepción de riesgo con la pareja estable puede ser baja debido al elemento de la confianza que media la relación en una pareja. El autor manifiesta que los cuatro factores relacionados son solo algunos que han afectado el aumento del sexo sin condón entre los HSH, no obstante, particulariza que la salud psicosocial permite explicar la disparidad de la situación del VIH entre los HSH ya que son diversos problemas de salud psicosocial que asociados han potenciado la vulnerabilidad de los HSH para adquirir el VIH.

El artículo concluye que todo programa de prevención en el colectivo de HSH debe entender y abordar integral u holísticamente estos factores asociados al riesgo de infección por el VIH. Sin esta mirada, cualquier intervención conductual y/o psicosocial será inefectiva. Y aun cuando sólo las intervenciones biomédicas (por ejemplo, la PrEP) puedan reducir drásticamente las infecciones por el VIH entre los HSH, los problemas psicosociales que afectan a este colectivo no desaparecerán. La apuesta debe ser por una prevención combinada (Fernández, 2015).

Al asociar las características sociodemográficas, de comportamientos sexuales y antecedentes de VIH, se determina que el grupo poblacional de HSH, en edad reproductiva presenta alto riesgo de infección por VIH por su mayor frecuencia de positividad para VIH, por tanto, se sugiere continuo asesoramiento para la prevención para aportar en la modificación de conductas, comportamientos y antecedentes de riesgo para la infección por VIH.

Otra investigación denominada “Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres trans el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH /SIDA”, permite aportar en los procesos de prevención en Chile, donde según el Ministerio de Salud la población más afectada por el VIH son los HSH, incluso de los hombres homosexuales, bisexuales, pansexuales, y otros hombres que tienen sexo con otros hombres sin importar la orientación sexual con la cual se identifican. Igualmente, menciona como factor de vulnerabilidad las prácticas sexuales comunes en estos grupos son más eficientes para la transmisión del VIH. Por ejemplo, durante el sexo anal el virus puede ser transmitido fácilmente a través del fino revestimiento rectal. Esto, sumando a la alta prevalencia del virus en estas poblaciones, aumenta las posibilidades de infectarse.

La metodología implementada, consistió en diez entrevistas formales, cinco con hombres que tienen sexo con otros hombres, además de cinco con mujeres transgénero y transexuales, además realizaron entrevistas informales a dos profesionales que laboran desde la prevención del VIH en Chile.

Para entender con mayor propiedad la investigación, es necesario reconocer el concepto de los términos estigma y discriminación y estigma. Para el caso de estigma, se debe entender como el conjunto de factores, más que un concepto, la conceptualización de Link y Phelan, el estigma, es definida como la incidencia simultánea de las etiquetas, los estereotipos, la separación, una pérdida de estatus, y la discriminación, en un ambiente donde existe una situación de poder. La discriminación, puede ser ambos el tratamiento desigual y/o prejuicioso

que viene de actitudes y creencias sobre miembros de grupos ciertos, además de una construcción de limitaciones, por prácticas institucionales, las cuales restringen la oportunidad para miembros de un cierto grupo.

Ambas poblaciones presentaron estigmas percibidos en la forma de estereotipos de promiscuidad y delincuencia además de la asociación con el VIH. También, revelaron experiencias con la discriminación en los contextos educativo, familiar, laboral, y en las vidas cotidianas, como confrontaciones con homofobia y transfobia.

Basados en las respuestas sobre sus experiencias y opiniones de estigma y discriminación de los participantes, residenciados en la Región de Arica, sector con el índice más alto en el país con tasas de VIH y SIDA, se concluyó que para los hombres que tienen sexo con otros hombres la vinculación con su vulnerabilidad queda en las barreras de expresión de sexualidad y el aislamiento social que afectan sus conocimientos, recursos, y conductas. Para las mujeres trans, el estigma y la discriminación tienen influencias más directas en sus vidas. Por eso, la vinculación queda en las barreras sociales y estructurales que disminuyen sus oportunidades en la vida y el acceso a mejores recursos. También la falta de educación sobre temas de la salud sexual, la sexualidad, y la identidad de género fueron mencionados por tener una gran influencia en la generación del estigma y discriminación y por perpetuar la vulnerabilidad de las poblaciones frente al VIH.

En cuanto al virus VIH, según el Ministerio de Salud, en Chile el 99% de casos vienen por vía sexual, y 61% del sexo homosexual o bisexual. El 87% de los 7.842 fallecidos por SIDA desde el año 1990 hasta el año 2011 han sido hombres. Según las cifras de morbilidad además de mortalidad, los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) son la población más afectada por VIH en Chile y aproximadamente 21,1% de ellos viven con el virus.

Al revisar el Índice Compuesto de Estigma y Discriminación (ICED) de los HSH y las mujeres transgénero, se registran que las acciones de violencia más reportadas fueron burlas,

con tasas de 73,2% por hombres gay y 88,1% por mujeres trans, e insultos, con tasas de 55,8% por hombres gay y 87,4% por mujeres trans. También la violencia física fue reportada mucho por las mujeres trans.

En el mismo estudio, las experiencias de discriminación y estigma en la vida cotidiana fueron estratificadas por nivel socioeconómico (NSE), de 325 hombres gay y 122 mujeres trans, los hombres gays típicamente quedan en el NSE medio o medio alto, cuando las mujeres trans mayormente quedan en el NSE medio bajo sin ninguna representación en el grupo de NSE alto o muy alto. Lo que podría relacionar con el hecho que típicamente las mujeres trans logran niveles de educación menores de la población general y que 74,7% de la muestra trabajan en comercio sexual.

La investigación concluye que los participantes se han sentido estigmatizados, por la construcción en la sociedad de estereotipos y generalizaciones, igualmente, se han sentido discriminados, a través de comportamientos y actitudes donde se le excluye, agrede de manera directa y se les violenta. Respecto a las percepciones de los participantes, sobre los conocimientos del VIH entre la población a la cual pertenecen, fueron variadas, sin embargo, revelan desconocimiento, percepciones bajas de riesgo, falta del uso de preservativos entre ambas poblaciones, sobre todo entre los HSH.

En otra investigación, realizada por Mueses, Tello y Galindo, (2017), realizada en Cali/Colombia entre 2012 y 2015 se observa que, dentro los factores que ofrecen alto riesgo para adquirir el VIH por hombres que tienen sexo hombres (HSH) se encuentran los relacionados con la condición socioeconómica y demográfica, vulnerabilidad por la condición de género, altos niveles de discriminación y desconocimiento del tema por parte, de la población afectada y en riesgo para infección con el VIH.

Estos mismos autores, afirman que la alta prevalencia de resultados positivos para VIH analizados en el grupo de interés (HSH), permite dilucidar que para Colombia “esta población

sea considerada como de mayores riesgos para infección por el VIH y donde la epidemia continúa concentrada en comparación con la población general en edad reproductiva del país”. También es importante visibilizar que, según (Gala, 2007) esta problemática (HSH) es reconocida a nivel mundial. Razones por las que se puede inferir la importancia de plantear estrategias con enfoque diferencial que, contribuyan a disminuir la dinámica de adquisición de la enfermedad en la población con condiciones de vulnerabilidad, desde las diferentes dimensiones de ser humano.

La campaña de búsqueda activa de VIH en el periodo referenciado, donde participaron de manera voluntaria 503 hombres, con orientación homosexual, bisexual, o trans género, hace un acercamiento a las características sociodemográficas de este grupo poblacional, donde la edad promedio de los participantes fue de 27 años (etapa de reproductividad), el 18,1% tenía pareja o con relación estable, el 50,1% con estudios secundarios, en cuanto a salud el 75,7% con afiliación al Sistema de Salud y el 58,6% no reporta ningún ingreso económico o reciben menos del salario mínimo mensual.

Respecto al VIH, el 62,8% reporta antecedentes de pruebas de VIH, solo el 37,4 % había utilizado el condón en su primera relación y la edad de su primera relación sexual estuvo alrededor de los 15 años, la cual en un 76% había ocurrido con otro hombre. La investigación concluye que las personas con 25 años o más, con estudios hasta secundaria, consumo de sustancias psicoactivas, con tatuajes o piercing, con antecedentes de diagnóstico médico o profesional de salud de ITS, tienen mayor oportunidad de diagnóstico positivo para VIH. Igualmente, se ha planteado que las elevadas tasas de VIH en prácticas sexuales de riesgo están relacionadas en gran medida a la vulnerabilidad de género, además de otras condiciones sociales como pobreza, baja cohesión social, y altos niveles de discriminación.

1.4.2 Marco teórico y conceptual

Para la realización del trabajo de grado es fundamental tener una base teórica que permita reconocer y analizar los factores de vulnerabilidad que inciden en el incremento de infección del VIH/SIDA en HSH, por tanto, es necesario esbozar la importancia de situarnos desde un paradigma. Para Alvarado y García (2008), un paradigma es:

Un cuerpo de creencias, presupuestos, reglas y procedimientos que definen cómo hay que hacer ciencia; son los modelos de acción para la búsqueda del conocimiento [...] modelos o reglas a seguir por los investigadores de un campo de acción determinado (p.12).

En tanto, el paradigma socio crítico, permite el análisis desde la praxis y considera que las personas involucradas son participantes activos en los procesos de construcción de las estrategias que se desarrollan con y para ellos y ellas; el empoderarlos con herramientas genera competencias que les permiten ser capaces de transformar sus condiciones, prácticas, nociones de sentido y, en general, su vida y su cultura. Igualmente, es un complemento para un ejercicio crítico y reflexivo que dé insumo para promover la emancipación y transformación de los actores directamente implicados en ese proceso. De esta manera, desde la crítica social, Arnal (1992), lo refiere “con un marcado carácter auto reflexivo; considera que el conocimiento se construye siempre por intereses que parten de las necesidades de los grupos; pretende la autonomía racional y liberadora del ser humano” (p.98).

A continuación, se presentarán los conceptos teóricos y conceptuales de mayor relevancia para este trabajo:

Teoría de la Vulnerabilidad: Para enmarcar teórica y conceptualmente este trabajo es necesario abordar el concepto de vulnerabilidad, que hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social. Esta claridad conceptual debiera tener incidencia en las políticas públicas, con tratamientos que permitan

atacar la pobreza y la vulnerabilidad de forma integral. El Estado tiene la responsabilidad insoslayable de garantizar una seguridad mínima a todas las personas y de facilitar el acceso a similares oportunidades a todos los miembros de la sociedad. De esta manera, se abre un ámbito en las políticas y programas públicos para enfrentar los desafíos de la vulnerabilidad sobre la base de una convergencia entre los recursos y estrategias existentes en las comunidades y familias y las iniciativas y recursos del estado.

Según Herrera y Campero, desde que apareció la epidemia del VIH/SIDA en el mundo, hubo una evolución conceptual en la forma de caracterizarla: de la idea de “*grupos de riesgo*”, se pasó a la de “prácticas de riesgo”; luego a la de “situaciones y contextos de riesgo” y, finalmente, a la de “condiciones sociales del riesgo”; lo que dio lugar al concepto de “vulnerabilidad”. Mientras que las acciones para mitigar el riesgo apuntan hacia una probabilidad y evocan una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política”. (Ministerio de Salud y protección social, 2011. P.20).

En todo problema de salud, como lo es sin duda el VIH, es necesario estudiar cómo ocurre el proceso de transmisión de la enfermedad. Varios modelos han sido desarrollados para explicar el contexto y las causas del VIH/SIDA, así como para identificar los impactos de la epidemia y sus estrategias de control. El modelo propuesto por Coreil et al. desglosa los tres macro-ambientes donde se desenvuelven los determinantes que influyen la vulnerabilidad de adquirir una enfermedad transmisible: ambiente social, ambiente biofísico y ambiente constituido sobre la base de la cultura.

Gala González et al. adaptan dicho modelo a la temática de la conducta vulnerable, de modo que identifican tres tipos de comportamientos relacionados con la infección por VIH: comportamientos que incrementan la exposición al VIH, comportamientos que facilitan la infección por VIH y comportamientos que proveen protección para la infección por VIH. Por

tanto, se presume que existen comportamientos de riesgo que incrementan la probabilidad de adquirir la infección, y de protección específicos que contrarrestan a los primeros y que pueden ser identificados para estudiarlos como variables de medida del proceso de adquisición. De aquellos que incrementan el riesgo, la participación del individuo vulnerable en la dinámica de diseminación del virus adquiere un valor considerable para el direccionamiento de estrategias de prevención.

La teoría de la vulnerabilidad tiene relevancia para el área de la salud y la epidemiología, en consecuencia, que la vulnerabilidad es el resultado de la acumulación de desventajas sociales y la posibilidad de presentar un daño en cualquier dimensión del ser humano, por causas sociales y algunas características personales y/o culturales (Acevedo, Trujillo y López, 2010). Es pertinente precisar a continuación la definición que en este trabajo se toma para el VIH/SIDA

VIH. El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), es una partícula infecciosa que debilita el sistema inmunológico, llamado también Sistema de Defensa, disminuye la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades, se detecta únicamente con pruebas de laboratorio. Para determinar la etapa de la enfermedad o infección, se realiza el recuento de células CD4 (estado del sistema inmunológico) y la carga viral (cantidad de virus presente en la sangre), cuanto más alta es la carga viral, más afectado está el sistema inmunológico, lo que lleva a la fase denominada SIDA Síndrome de inmunodeficiencia adquirida, *en que el organismo es susceptible a adquirir enfermedades oportunistas que pueden causar la muerte.*

El Virus es extremadamente débil fuera del cuerpo humano y la exposición a temperaturas altas y a condiciones del medio ambiente tales como el sol, resultan suficientes para que esta partícula pierda todas sus cualidades. El virus ingresa a través de heridas abiertas, mucosas o por el torrente sanguíneo.

La epidemia de VIH/SIDA, ha generado implicaciones en todos los niveles estructurales de las sociedades y ha hecho evidente la necesidad de comprender la infección como un fenómeno social. Por ello requiere una mirada integral que trascienda lo biológico y reconozca la influencia e inter relación de los factores sociales, políticos, económicos, educativos e implica asumir nuevos y complejos retos en las esferas de la prevención y del tratamiento.

En el contexto del VIH/SIDA, la vulnerabilidad se define como:

los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/SIDA, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo”. Por ello, asumir la vulnerabilidad como un enfoque, significa reconocer las formas en que estos aspectos sociales, políticos y económicos actúan entre sí, afectan la vida de las personas, y definen contextos que incrementan la susceptibilidad ante la infección por VIH/SIDA (Ayres y Junior, 2009, p.19).

Cabe destacar que la vulnerabilidad es: i) Multidimensional, toda vez que se manifiesta en distintas personas, grupos y comunidades, y adopta diferentes formas y modalidades; ii) Integral, porque puede afectar todos los aspectos de la vida de quien la padece y iii) Progresiva, porque existe previamente y puede acumularse e incrementarse con el tiempo. En este sentido, es causa y consecuencia de distintas situaciones que ponen en evidencia dificultades existentes, agudizándolas y convirtiéndolas en detonadoras de nuevos problemas. (Ministerio de protección social. 2011. P.18)

La vulnerabilidad puede identificarse en dos dimensiones:

Una dimensión individual, se define por tres supuestos:

a) Todas las personas son vulnerables al VIH y sus consecuencias; b) En las personas infectadas, el potencial de vulnerabilidad está en función inversa al amparo social y a la

asistencia en salud que dispone; y c) Las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales afectan la vulnerabilidad individual de toda persona.

Una dimensión colectiva que se divide, a su vez, en dos:

La dimensión social: está determinada por las condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que definen mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia. Esta dimensión incluye: normas sociales, relaciones de género y generacionales, referentes culturales, creencias y normas religiosas, estigma y discriminación, bienestar social, empleo, ingresos, apoyo social; el acceso a la atención en salud, a la educación, a la cultura, al ocio, al deporte y a medios de comunicación; la libertad de pensamiento, de expresión, la participación política, los derechos de ciudadanía, la rendición de cuentas del sector público y privado y —por último— el acceso al sistema jurídico.

La dimensión programática, está determinada por la fortaleza o la insuficiencia de los programas de prevención, control y asistencia al VIH/SIDA —independientemente de si provienen del ámbito gubernamental, no gubernamental, o privado; o de si pertenecen al nivel territorial (nacional, regional, o municipal)—. Cabe señalar que estas acciones se relacionan estrechamente con la dimensión social y determinan la dimensión individual. (Ministerio de protección social. 2011. P.18)

Figura 1.*Dimensiones de vulnerabilidad*

INDIVIDUAL	COLECTIVA	
	SOCIAL	PROGRAMÁTICA
Tiene como objetivo identificar dificultades en la salud de la persona que sean relevantes para el objetivo de la asesoría: condiciones físicas, mentales o comportamientos que aumenten el grado de susceptibilidad a las infecciones de transmisión sexual, en especial al VIH/Sida.	Aquellos aspectos culturales, políticos, económicos y factores institucionales que pueden ser relevantes en el aumento de la susceptibilidad evidenciada en el nivel individual.	Al acercarse al análisis del componente programático de esta dimensión, examinar las formas en que las políticas, programas y servicios puede interferir en las situaciones sociales e individuales de la persona consultante y, por ende, aumentar sus niveles de vulnerabilidad a la infección.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. (2011). *Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria, con enfoque de vulnerabilidad*. Bogotá, Colombia. P 66

Tsasis (2008), menciona que para el manejo de la epidemia del VIH es necesario analizar el vínculo existente entre la desventaja social y la vulnerabilidad. En similitud, anota como la propagación de esta infección se ve agravada no solo por factores sociales como la situación socioeconómica, la inestabilidad política y la ubicación geográfica, sino también por los comportamientos de riesgo sexual. Esta identificada la relación entre el VIH y el riesgo de adquirir la infección, enmarcados en un contexto de vulnerabilidad social. Por ende, para abordar esta problemática se requiere un análisis de los factores sociales que interactúan constantemente con las conductas de riesgo de VIH.

Al tratar de entender el comportamiento de la infección del VIH/SIDA, desde el análisis de los contextos sociales, económicos y culturales de las personas, se presentan varios obstáculos significativos relacionados con la falta de acceso a la atención, la deficiente adherencia al tratamiento, el desconocimiento de programas y acciones gubernamentales, pero sobre todo factores de estigma y discriminación social.

Al inicio de la epidemia de VIH/SIDA, se planteaba que la misma afectaba a aquellos individuos que practicaban conductas de riesgo, o que no se protegían adecuadamente. Los grupos vulnerables lo constituían conjuntos específicos de la población (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras(es) del sexo, usuarios de drogas inyectables) sin relación clara con las condiciones sociales; pero a medida que la enfermedad se fue propagando, los grupos vulnerables se definieron por la capacidad de protegerse frente a conductas riesgosas, y esa capacidad está relacionada con las condiciones socioeconómicas, culturales y demográficas.

Mawar (2005) describe cómo se reconoció que la infección por VIH es una fuente de vulnerabilidad social, con mayores consecuencias en los grupos de menores ventajas, describe cuales requieren mayor atención para reducir el estigma desde una perspectiva social de derechos y dignidad humana. El estigma se conceptualiza como un problema de 'ellos' y 'nosotros', o una perspectiva de interacción. Se describen causas y consecuencias para posibilitar las variadas perspectivas en la comprensión de esta tercera epidemia de impacto social del VIH/SIDA.

El estigma y discriminación coexisten en un círculo vicioso, que se inicia en los juicios sin fundamento, promovidos por las etiquetas que se asignan a las “personas diferentes” y que se cristalizan en distinciones que contribuyen a generar nuevos prejuicios.

Figura 2.*Conceptos prejuicio, estigma y discriminación*

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Guía de prevención en VIH/SIDAVIH/SIDA. Hombres que tienen sexo con Hombres. Bogotá, Colombia. P33*

En el campo específico del estigma relacionado al VIH/SIDA la definición actual indica que el estigma es el prejuicio, la devaluación y la discriminación que se dirige hacia las personas percibidas como viviendo con VIH o Sida se identifican dos clases de estigma: El Estigma promulgado, refiriéndose a aquellas sanciones sociales aplicadas contra el colectivo de personas que viven con VIH y el Estigma internalizado que son aquellos sentimientos de vergüenza, culpa y opresión que experimentan las personas con VIH ante el estigma promulgado por su entorno sociocultural. Ministerio de Salud. 2011, p. 1

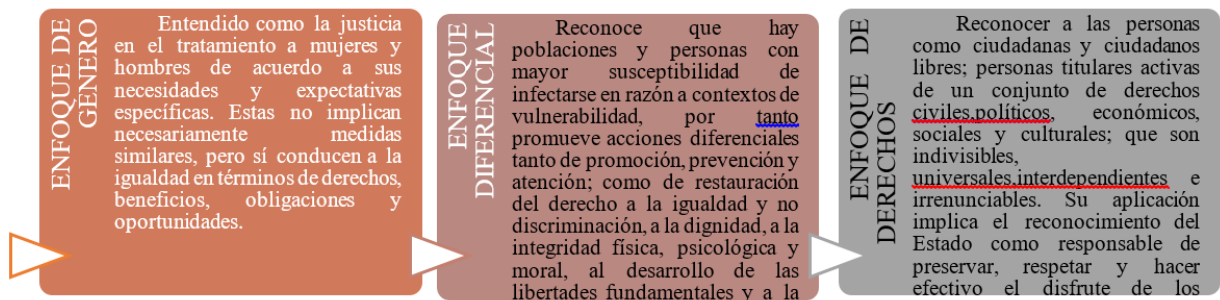
El hecho de que el VIH/SIDA sea una infección de transmisión sexual construye imaginarios sociales frente a las comunidades marginales y discriminadas en razón de su orientación y prácticas sexuales, haciéndoles responsables a partir de un prejuicio social de la expansión de la epidemia. Estos imaginarios son reforzados por paradigmas morales que les discriminan al identificar a estos sujetos como vectores y responsables de la problemática que significa el

VIH/SIDA. El estigma a las personas que realizan prácticas y orientaciones sexuales por fuera de los patrones convencionales e históricamente aceptados por la sociedad se basa en la percepción errónea de responsabilizarles de la infección, constituyendo nuevas formas de rechazo.

Existe todo un conglomerado de contextos que colocan a los HSH como blanco continuo y casi preferente de esta epidemia. Entendiendo que, biológicamente en términos constitutivos, no existen condiciones que predispongan particularmente a estas personas a la infección por el VIH, debemos pensar que existen otros factores que hacen vulnerable a esta población. La mayoría de las situaciones mencionadas tienen que ver con estigma y discriminación. La estigmatización de la sexualidad, especialmente de HSH, se nutre de la invisibilidad social en la que se la ha ubicado históricamente y, a su vez, contribuye a perpetuarla. (Ministerio de Salud. 2011.p37)

Para evitar la estigma y discriminación, lo más importante es educar la sociedad sobre temas de la salud sexual, la sexualidad, y la identidad de género y familiarizar la población con la diversidad sexual desde una edad joven. Esto incluye la idea de que hay diferentes orientaciones sexuales, identidades de géneros, y la diferencia entre sexo y género. Los espacios formativos, también deben ser dirigidos a los padres para que tengan la capacidad de hablar con sus hijos sobre los temas y para disminuir la familia como una fuente discriminatoria.

Enfoques de intervención del VIH/SIDA: El Ministerio de Salud define los siguientes enfoques de intervención, que permiten dar un mayor énfasis a la realidad de los factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en el grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Se priorizan los siguientes: el Enfoque de Género, el Enfoque Diferencial y el Enfoques de Derechos.

Figura 3.*Enfoques de intervención*

Fuente: *Elaboración propia a partir de los enfoques de intervención.*

El primero a resaltar es el Enfoque género, que implica un abordaje que contempla la perspectiva de género como una herramienta de análisis social que visibiliza las desigualdades e inequidades en el contexto de las relaciones sociales de poder, de dominación y exclusión, establecidas entre hombres y mujeres. Igualmente, este enfoque también tiene en cuenta los retos, necesidades, experiencias de quienes se sienten excluidos de los espacios y normativos que hegemónicamente se organiza la sociedad.

Cabe destacar que dentro de la perspectiva de género se incluye a gays, lesbianas, bisexuales y personas trans, quienes experimentan situaciones de desigualdad y discriminación por cuestionar las normas de la heterosexualidad obligatoria y del binarismo de género que solo permite la existencia de dos identidades claramente marcadas: mujer-femenina, hombre-masculino.

Desde una perspectiva de género, las identidades tradicionales femeninas y masculinas, están construidas en un contexto de desigualdad. En el marco de este sistema patriarcal, tiene lugar el modelo hegemónico de masculinidad; o de masculinidad tradicional. Es decir, el esquema culturalmente construido donde se presenta al hombre como esencialmente dominante, quien discrimina y subordina a la mujer, así como a otros hombres que no se adaptan a este modelo.

En palabras de los teóricos Game y Pringle (1983), tal esquema cultural dota a algunos hombres de poder sobre otros hombres y, a todos los hombres, de poder sobre las mujeres. Este modelo asimila la masculinidad con el riesgo, la valentía, el dominio, la fortaleza y se construye por oposición y dominio de lo femenino. Este tipo de masculinidad, en especial en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y de la prevención del VIH/SIDA, en similitud a menudo se vuelve en contra de los propios hombres que la encarnan. Las creencias en torno a la masculinidad, se transforman en mandatos socioculturales que instan a los hombres a probar su supuesta virilidad y hombría mediante la exposición al riesgo y en detrimento de ellos mismos, y de otros con los que interactúan permanentemente.

En segunda instancia se profundiza en el Enfoque de Derechos, el cual se comprende como la perspectiva de derechos parte de reconocer a las personas como ciudadanas y ciudadanos libres; personas titulares activas de un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales; que son indivisibles, universales, interdependientes e irrenunciables. Su aplicación implica el reconocimiento del Estado como responsable de preservar, respetar y hacer efectivo el disfrute de los derechos para toda la ciudadanía, en condiciones de igualdad y de dignidad.

En tercer lugar, el Enfoque Diferencial toda vez que enfatiza en la necesidad de reconocer las maneras en que una situación similar afecta, de manera específica, a diferentes grupos de poblaciones; reconociendo que, dicha diferencia, está profundamente influenciada y construida por los contextos sociales en lo que se crece, por las construcciones del lenguaje que se desarrollan en esos contextos y, por supuesto, por las prácticas cotidianas en el mismo.

El enfoque diferencial en la prevención del VIH/SIDA, contempla el desarrollo de lecturas que permitan integrar en su mirada el reconocimiento de la condición etaria (relativa a la edad en la que queda inserta una persona) y al estado respecto al ciclo vital, particularmente de niñas, niños, jóvenes y personas mayores, al género y la identidad de género, distinguiendo

la experiencia de hombres, mujeres y personas trans, a la orientación sexual y las situaciones de discriminación y estigma que traen consigo las orientaciones sexuales no hegemónicas, al origen étnico, las tradiciones ancestrales, sus territorios, su autonomía y su cultura, a la clase social, dado que la estructura económica da lugar al acceso diferencial a los recursos y a la desigualdad social, esto implica que unos grupos humanos encuentren más dificultades en el acceso a los servicios, a métodos de protección ante el VIH/ Sida y a una sexualidad consentida.

Finalmente, el enfoque diferencial, plantea como estrategia la implementación de acciones afirmativas, que conlleva al goce efectivo de derechos en poblaciones o grupos en una condición especial de vulnerabilidad. Acciones articuladas en planes, políticas, programas y proyectos que lleven a atender la condición diferencial y a avanzar en el proceso de restitución, garantía y/o promoción de los derechos.

Definición de HSH. Frente a la conceptualización Hombres que tienen relaciones Sexuales con Hombres (HSH), cabe destacar los aportes realizados por el Ministerio de Salud en la Guía de prevención, donde se expresa que la categoría HSH:

Obedece a un patrón epidemiológico de comportamiento y se refiere al grupo de hombres que, dentro de sus prácticas sexuales, realizan sexo con otros hombres o contemplan tal posibilidad. Por ello, esta categoría cobija a hombres gay, bisexuales, y otros hombres de diferentes orientaciones sexuales (incluida la heterosexual), que en algunos contextos o determinadas situaciones tienen relaciones sexuales con otros hombres Ministerio de salud. 2011, (p.55).

Para ASICAL (Asociación de salud integral y ciudadanía en América Latina), este término incluye un amplio conjunto de individuos entre los cuales se abarcan:

Gays, bisexuales, travestis, trabajadores sexuales y un sinnúmero de hombres que por distintas razones y situaciones se relacionan, experimentan y/o mantienen prácticas sexuales con otros hombres. Pueden ser adolescentes, hombres privados de su libertad, militares u

hombres que sufren otras situaciones de encierro. HSH es una categoría epidemiológica para determinar la transmisión del VIH con relación a prácticas sexuales específicas, las mismas que son independientes de la orientación y/o identidad sexual de los individuos (ASICAL, 2013, p.13).

Esta categorización ha dado la posibilidad de incluir dentro de los estudios y los programas de atención y prevención a un grupo más amplio de hombres que están en mayor posibilidad de adquirir el VIH, bien sea por el tipo de práctica sexual o por las condiciones socio culturales o de discriminación.

En gran parte de América Latina y el Caribe las prevalencias del VIH en población de HSH, son mayores al 5%, aspecto que permite hablar de una epidemia concentrada en esta población aun cuando también hay otros grupos altamente afectados. En toda la región, los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse de VIH que la población general. En Colombia, algunos estudios han demostrado prevalencias de la infección en HSH por encima del 15%, aunque esto no necesariamente refleje la situación nacional.

En sociedades machistas, donde predominan actitudes que estigmatizan y discriminan las relaciones diferentes a las establecidas por los patrones hegemónicos, conllevan a que en el caso de HSH, busquen otras formas secretas de contacto íntimo a costa de evitar duras consecuencias sociales. Se puede dar, por tanto, sexo en ambientes clandestinos o frecuentar compañeros anónimos mientras se mantienen relaciones heterosexuales concurrentes, que pueden ser vistas como más aceptables y que se usan para enmascarar las relaciones sexuales con otros hombres. Es necesario precisar que alrededor de estas situaciones, se genera una infraestructura de sitios y lugares para el encuentro casual como saunas, videos, baños de centros comerciales, parques y zonas específicas en las ciudades que no ofrecen las condiciones mínimas para el ejercicio del sexo seguro.

Muchos de estos ambientes ofrecen contextos de vulnerabilidad que afectan principalmente el nivel social y personal, en consecuencia, la sociedad percibe estos lugares de encuentro como sitios de perdición, que no son sanos, que no son dignos y que no son reconocidos como auténticos espacios de homosocialización. Son pocos los espacios que brindan la posibilidad de encuentros sin que las personas se vean sujetas al estigma y a la discriminación.

Entendida como la infección por VIH, adquirida con participación consciente del receptor, es un problema complejo de alcance mundial, sobre todo entre hombres que tienen sexo con otros hombres. Emergen comportamientos como el Bareback (sexo anal sin protección de modo intencional entre hombres) y Bugchasing (sexo bareback cuando uno de los participantes es VIH+ y el otro no).

Conductas producidas entre otros aspectos por el Homonegativismo social, la cobertura positiva de la Terapia Antirretroviral, campañas de prevención insuficientes, búsqueda de nuevas sensaciones, y el intento de fortalecer la relación con un miembro de la pareja VIH+. Igualmente, se debe analizar las prácticas de tener sexo sin protección, las cuales en parte se asocian principalmente a tener diagnóstico de VIH/SIDA, violencia física debido a la orientación sexual, asistir a sitios de sexo Gay y haber comprado o vendido sexo.

Con base en los aportes del teórico Wolitski (2001), se destaca que las tendencias epidemiológicas desde mediados de la década de 1990 sugieren un aumento alarmante de los comportamientos sexuales no protegidos entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), fenómeno que se daba principalmente en grandes comunidades homosexuales y que involucraban especialmente a los hombres jóvenes homosexuales y bisexuales. A continuación, se describen algunas de esas prácticas sexuales.

Tabla 1.

Prácticas sexuales

PRACTICAS SEXUALES		
Nombre de la práctica y sigla común	Definición	Posibles riesgos en salud sexual
Bareback (BB) (montar a pelo o sexo sin condón)	Término en inglés que denota prácticas sexuales penetrativas entre hombres sin uso intencionado o no del condón. Pueden ser en parejas o de forma grupal.	Transmisión de ITS incluyendo VHC y VI
Fisting (Fistfucking) (FF) (Se llama Footing cuando se usa el pie)	Introducción de la mano, el puño o el pie en el recto o en la vagina	Transmisión de ITS incluyendo VHC y VI
Uso de dildos o consoladores	Penetración anal con juguetes eróticos fállicos	Si se comparten puede haber riesgo de transmisión de ITS y VIH
Gang Bang	Práctica en la que una persona es penetrada por varias otras.	Si se lleva a cabo sin uso de condón puede exponer a transmisión de ITS, VIH y hepatitis
Face Fuck, Gaggling, Deep Throat	Práctica que consiste en la penetración oral, buscando el placer máximo por medio de movimientos fuertes, contundentes y agresivos, esto puede llegar a la eyaculación en la boca. Cuando el pene llega hasta la garganta se conoce como Gaggling o Deep Throat. Puede haber uno o varios participantes, que buscan llegar a la eyaculación en la boca de un solo individuo.	Puede haber riesgo de transmisión de ITS, el cual aumenta con la presencia de semen Se pueden presentar laceraciones en garganta
Sexo oral – pene boca	Es el estímulo del pene, por medio de la boca, los labios y la lengua, puede llegar a la eyaculación.	Puede haber riesgo de transmisión de ITS, el cual aumenta con la presencia de semen
Bondage	consiste en la inmovilización parcial o total del cuerpo de una persona por otra; por medio de cuerdas, cintas, películas de envoltura, o cualquier elemento que permita un amarre, controlando el límite y la capacidad de resistencia del dominado por parte del dominante.	No hay riesgo de transmisión de infecciones en tanto no hay penetración. Marcas en la piel Obstaculización de la circulación sanguínea
Sadomasoquismo clínico	Inyección salina en testículos, pene o labios vaginales	Riesgo de celulitis y gangrena Si se comparten agujas puede haber riesgo de transmisión de ITS, VIH y hepatitis
Sounding	Uso de sonda uretral en el pene para generar placer	Si se comparten sondas puede haber riesgo de transmisión de ITS, VIH y hepatitis
Chemsex	Uso de sustancias psicoactivas (spa) para tener relaciones sexuales, generalmente tiene lugar en contextos grupales entre hsh	El uso de sustancias psicoactivas para tener relaciones sexuales permite expandir la conciencia de los usuarios y experimentar sensaciones diferentes e intensas; sin embargo, inhibe las posibilidades de tomar decisiones frente a la protección, el uso del condón y posibilita mayor permisividad para acceder a prácticas sexuales que implican riesgo frente a las ITS, el VIH y las hepatitis virales. Las interacciones entre spa cuando existe policonsumo son desconocidas por los usuarios aumentando el riesgo en este tipo de contextos. También es frecuente el uso de sildenafil en estos contextos, lo cual incrementa el riesgo de problemas cardíacos cuando se mezcla con sustancias como cocaína y poppers

Fuente: *Elaboración propia a partir de conceptos de prácticas sexuales.*

Prevención Combinada. el enfoque de prevención combinada ha sido adoptado por Colombia como uno de los compromisos internacionales en el marco de la lucha global contra la epidemia de VIH, esto se traduce en intervenciones orientadas a reducir los riesgos y evitar la transmisión de la infección, incluido el diagnóstico oportuno y un tratamiento sin interrupciones para las personas viviendo con VIH.

La Prevención Combinada se define como: el uso estratégico y simultáneo de diferentes clases de actividades de prevención (biomédica, conductual, social / estructural) que operan en múltiples niveles (individual, relacional, comunitario, social). Para responder a las necesidades específicas de audiencias particulares y modos de transmisión del VIH y para hacer un uso

eficiente de recursos a través de la priorización, la asociación y la participación de los afectados Onusida, 2019, (p.15).

La epidemia de VIH en Colombia es fundamentalmente una epidemia concentrada que afecta las siguientes poblaciones: mujeres transgénero, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres – HSH y personas que se inyectan drogas. Por tal razón, las acciones de prevención combinada en VIH están dirigidas principalmente a las poblaciones clave o de mayor riesgo, sin descuidar las actividades que deben llevarse a cabo con la población general

Prevención Combinada se basa en el principio de “Conocer la epidemia” y “Conocer la respuesta” para poder diseñar programas a la medida que respondan a las realidades epidemiológicas de las poblaciones clave y que orienten a la respuesta programática para dar soluciones sostenibles basadas en evidencia que permitan una respuesta integral al VIH. En este sentido y como se puede ver la Figura 4, la prevención combinada evoca una serie de componentes que al articularse generan sinergias que fortalecen el impacto de los resultados obtenidos.

Figura 4.

Acciones de prevención combinada



Fuente: Ministerio. (2021) *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y las coinfección TB/VIH y las hepatitis ByC, Colombia 2022-2025. P.10*

La combinación de acciones biomédicas específicas, altamente eficaces, incluyen la distribución de preservativos, realización de pruebas, terapia antirretroviral (ARV) para todos, profilaxis pre exposición (PrEP), profilaxis pos exposición, programas de agujas y jeringas para personas que se inyectan drogas (programas de reducción de riesgos y daños), circuncisión masculina voluntaria, entre otros.

Las estrategias Biomédicas incluyen una variedad de acciones entre las cuales se destacan:

i) Distribución de condones y lubricante, enfocado en la promoción del uso adecuado y consistente de preservativos y lubricantes puede alcanzar una efectividad del 95%; (5) sin embargo, su uso consistente varía entre los diferentes grupos clave.

ii) Asesoría y Prueba Voluntaria, siendo este el primer paso en el logro de las metas 90-90-90 es reducir la brecha entre quienes desconocen su diagnóstico frente al VIH y quienes se hacen la prueba, esto tiene sentido en tanto las personas que conocen su estado serológico reducen sus comportamientos de riesgo, el desconocimiento del estado serológico se relaciona con una menor probabilidad de usar condón y una persona conoce su estado serológico puede asumir mejores decisiones en relación a su autocuidado((Kurth, 2011).

iii) Profilaxis Pre Exposición (PrEP), la cual consiste en el uso de medicamentos antirretrovirales para evitar la transmisión del VIH y se constituye en una estrategia biomédica relevante que brinda una opción para quienes no viven con VIH.

Las estrategias conductuales para la prevención del VIH, abarcan un amplio rango de intervenciones que a su vez pueden buscar diferentes tipos de resultados, tales como el incremento de uso de condón, la reducción de sexo anal desprotegido, la reducción de número de parejas sexuales, el desarrollo de habilidades para uso de condón y lubricante, la adherencia a tratamientos, la reducción del consumo de sustancias psicoactivas o estrategias de reducción de daño, etc. El tipo de intervención conductual puede variar en cuanto al nivel de aplicación en términos de los ámbitos individual, grupal o comunitario.

Parte de la respuesta al VIH tiene que ver con la transformación de imaginarios y normas sociales frente a la enfermedad y generar conciencia alrededor de la prevención, promoviendo comportamientos saludables, con asesoramiento en reducción del riesgo, educación sexual integral, programas de educación entre pares y campañas de marketing social para el uso del preservativo

Estrategias estructurales para la prevención del VIH son aquellas que actúan en los determinantes proximales del individuo y típicamente están por fuera del alcance de los sistemas de salud, intervenciones que aseguren medios de subsistencia, reduzcan violencia de género o permitan amplia participación política de los grupos clave generan alto impacto en la prevención del VIH. Por lo tanto, los paquetes de servicios deben incluir intervenciones orientadas al empoderamiento de las comunidades, abordar las leyes para proteger los derechos de las poblaciones claves, reducción del estigma y la discriminación, descriminalización de la transmisión del VIH y de los grupos de poblaciones clave, el enfoque de género y el abordaje de las violencias de género. (ONUSIDA, 2012, p32)

Una sola intervención no es suficiente en la prevención de las ITS, el VIH o las hepatitis, por lo tanto, es preciso la combinación de varias estrategias de alto impacto adaptadas a los diferentes entornos

1.4.3 Fundamentos legales

Conocer el marco normativo tanto en el contexto internacional como nacional, permite identificar los compromisos de las entidades del Estado y de las instituciones de salud, en aras de ofrecer los servicios para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, de todos los grupos poblacionales, en especial de aquellos cuyas condiciones de vulnerabilidad se constituye un factor de riesgo e incidencia en las cifras de infección del VIH/SIDA.

Normativa Internacional. El impacto del VIH puso de manifiesto las desigualdades y vulnerabilidades que llevan a mayores tasas de infección en mujeres, grupos personas pobres y marginadas y a grupos con orientación sexual diversas entre ellos el grupo de HSH, quienes actúan como sujetos de intervención de la presente experiencia.

Conjunto de circunstancias que exigieron a los gobiernos a nivel internacional y nacional normatividades que garantizaran el derecho a la salud con acciones asequibles, integrales, diferenciales para promover, proteger y respetar los derechos humanos en el contexto de la epidemia de VIH. A modo que, a continuación, se socializan aquellas normativa internaciones que generan un conjunto de aportes significativos al objeto de estudio (ver Tabla 1).

Tabla 2.

Normativa internacional

Normas, Acuerdos, Derechos Internacionales	Aspectos a Destacar
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)	Propone prevenir las ETS -incluido el VIH/SIDA- reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las ETS, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres.
Derechos Sexuales y Reproductivos (1997)	Los DDSSRR pretenden garantizar libertades en materia de sexualidad humana, así como asistencia e intervenciones efectivas por parte de las instituciones de salud, en el bienestar sexual y reproductivo de las poblaciones.
Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015)	: Fueron adoptados a nivel global, en 2015, para luchar contra la pobreza, proteger al planeta y trabajar por la paz y prosperidad a nivel mundial. Son 17 objetivos, con metas específicas planeadas para ser alcanzadas en 15 años, es decir hasta 2030. La salud y bienestar está contemplada en el objetivo 3, que busca “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”. Con la meta 3.3 de este ODS se espera: “Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles” ³
Asamblea General de las Naciones Unidas UNGASS (2001)	Declaración de compromiso de lucha contra VIH. Incluye componentes de liderazgo, prevención, atención, apoyo, tratamiento incluyendo la terapia antirretroviral y derechos humanos.
La estrategia mundial de acción acelerada o fast track (2014):	La estrategia mundial de acción acelerada o fast track (2014): Por consenso a nivel mundial se ha establecido a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA que, para poner fin a la epidemia del Sida, las metas a cumplir en el 2030 son: 95-95-95 (diagnosticar al 95% de las personas que viven con VIH, realizar tratamiento antirretroviral –TAR - al 95% de los diagnosticados y lograr la supresión viral en el 95% de estas personas), la reducción de nuevas infecciones de VIH entre adultos a 200.000 y cero tolerancia a la discriminación. Esto se espera lograr a través de programas de VIH más efectivos, que lleguen a más personas, de manera acelerada, con un enfoque de derechos, reduciendo las barreras de acceso a los servicios de salud,

Normas, Acuerdos, Derechos Internacionales	Aspectos a Destacar
	con participación y movilización comunitaria y articulación sectorial e intersectorial.

Nota: Tomado de Guía de prevención HSH, (2011).

Normativa Nacional. Las leyes, decretos, resoluciones y acuerdos en el contexto normativo colombiano incluyen mecanismos para garantizar el diagnóstico, registro, y manejo de la infección del VIH/SIDA, a través del Sistema de Seguridad Social de los regímenes contributivo y subsidiado. Los cuales son coherentes con la normatividad internacional que obliga a los Estados y a las entidades de salud al desarrollo de acciones eficaces de promoción, prevención y atención en VIH/SIDA, con lo que busca mitigar los efectos de la infección. (ver Tabla 2).

Tabla 3. *Normativa Nacional*

Ley, Decreto Resolución o Acuerdo	Nombre	Aspecto a Destacar
Constitución política de Colombia	Constitución política de Colombia.	<p><i>f.</i> La Constitución indica que el derecho a la salud es de carácter fundamental para cualquier ser humano sin importar su condición física, creencia, actitud y demás.</p> <p>Se debe garantizar a todas las personas habitantes, el derecho irrenunciable a la Seguridad Social.</p> <p><i>f.</i> El derecho a la salud es considerado como uno de los principales derechos que conforman el Sistema General de Seguridad Social en Salud SGSSS.</p> <p><i>f.</i> La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que podrá ser prestado por entidades públicas o privadas bajo la dirección, coordinación y control del Estado, el cual se debe regir bajo los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad.</p> <p><i>f.</i> La salud debe ser parte integral de los servicios de salud en atención, promoción, prevención, protección, diagnóstico, recuperación y otros servicios de control</p> <p>El servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.</p>
Ley 100 de 1993	Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones.	<p><i>f.</i> El Ministerio de protección social definirá en el plan de atención básica (1) las acciones previstas en el Plan Obligatorio de Salud y (2) las acciones de saneamiento ambiental.</p> <p><i>f.</i> Se contemplan intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a las personas, como la información pública, la educación y fomento de la salud, y las campañas nacionales de prevención, detección precoz y control de enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la lepra, y de enfermedades tropicales como la malaria.</p>
Ley 972 de 2005	Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/SIDA.	<p>Es la Ley en la cual se declara de interés y prioridad de la República de Colombia la Atención integral estatal a la lucha contra el VIH/SIDA.</p> <p><i>f.</i> Especifica que el SGSSS garantizará el suministro de medicamentos, reactivos y dispositivos para el diagnóstico y tratamiento de la Infección.</p> <p><i>f.</i> Indica que el día Primero (1ro) de diciembre de cada año se institucionaliza como el Día Nacional de respuesta al VIH/SIDA en Colombia.</p> <p><i>f.</i> Se garantiza el respeto a la intimidad y privacidad de la persona paciente, derecho a la familia, al trabajo, al estudio y a llevar una vida digna.</p> <p><i>f.</i> La tarea fundamental de la autoridad de salud será lograr el tratamiento, la rehabilitación del paciente o la paciente y evitará la propagación de la infección.</p> <p><i>f.</i> Cualquier entidad que conforme el SGSSS, no podrá negar la asistencia de laboratorio, medicina u hospitalización a una persona paciente de VIH/SIDA.</p> <p><i>f.</i> El o la paciente asegurada deberá ser obligatoriamente atendida por la EPS.</p> <p><i>f.</i> El o la paciente no asegurada deberá ser atendida por la respectiva entidad territorial.</p>

Ley, Decreto Resolución o Acuerdo	Nombre	Aspecto a Destacar
Ley 1257 de 2008:	“Por la cual se dictan normas de sensibilización, prevención y sanción de formas de violencia y discriminación contra las mujeres”	Con esta ley se reforman los Códigos Penal, de Procedimiento Penal, la Ley 294 de 1996 y se dictan otras disposiciones.
Ley 1482 de 2011	“Garantizar la protección de los derechos de una persona, grupo de personas, comunidad o pueblo, que son vulnerados a través de actos de racismo o discriminación”	El que arbitrariamente impida, obstruya o restrinja el pleno ejercicio de los derechos de las personas por razón de su raza, nacionalidad, sexo u orientación sexual, incurrirá en prisión de doce (12) a treinta y seis (36) meses y multa de diez (10) a quince (15) salarios mínimos mensuales vigentes.
Decreto 1543 de 1997.	Por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS).	Que la infección del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha incrementado considerablemente en los últimos años en la población colombiana, tanto en hombres como en mujeres y menores de edad. <i>f.</i> Visibiliza la necesidad de expedir las normas correspondientes en desarrollo de la función de control y prevención. Que por su naturaleza infecciosa, transmisible y mortal, requieren de un esfuerzo a nivel intersectorial y de carácter multidisciplinario para combatirlo. <i>f.</i> Es el decreto marco en el manejo de los casos de Infección por VIH/SIDA. <i>f.</i> Regula la atención y da los lineamientos para el manejo de la infección por VIH/ Sida en Colombia.
Decreto 3518 de 2006	Por el cual se crea y reglamenta el Sistema de Vigilancia en Salud Pública y se dictan otras disposiciones.	En el presente decreto se reglamenta y crea el Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) y se dictan medidas para los procedimientos de vigilancia en salud pública. <i>f.</i> Es importante resaltar, entre otras disposiciones del decreto, las responsabilidades frente a la obligatoriedad de la información epidemiológica.
Resolución 3442 de 2006	Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basada en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y	Se adoptan las Guías de Práctica Clínica para VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica, las cuales serán de obligatoria referencia para la atención de las personas con infección por VIH y con Enfermedad Renal Crónica, por parte de Entidades Promotoras de Salud, EPS subsidiadas, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, y en lo que sea competencia de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

Ley, Decreto Resolución o Acuerdo	Nombre	Aspecto a Destacar
	Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH /Sida y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica.	<i>f.</i> Se Adoptan las recomendaciones del Modelo de Gestión Programática en VIH/ Sida y del Modelo de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica, en sus aspectos de vigilancia en salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia integral como el instrumento de referencia para la gestión programática, por parte de todas y todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, según los recursos y competencias establecidas por la ley.
El Decreto 780 de 2016	Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social	En él se incluye la reglamentación del manejo de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) que contemplaba el Decreto 1543 de 19975.
Resolución 1314 de 2020	“Por la cual se adoptan los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C”	El Ministerio de Salud regula el uso y manejo de las pruebas de laboratorio utilizadas en el punto de atención al paciente, asegurando su calidad y efectividad en la prestación integral de los servicios de salud, dirigidas especialmente a poblaciones rurales y urbanas, dispersas o en condición de mayor vulnerabilidad. También reglamenta la certificación de personal de salud, distinto a bacteriólogos, para que puedan hacer lectura de pruebas rápidas de VIH, sífilis y Hepatitis B y C.
Circular 13 de 2019:	Establece acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C	El Ministerio de Salud y protección social conmina a los diferentes actores del sistema de salud en Colombia a fortalecer la oferta de pruebas de VIH, sífilis y hepatitis B y C y a reducir la morbimortalidad y la probabilidad de la transmisión de estas enfermedades.

En paralelo, es indispensable enfatizar en los diversos Planes y Políticas Nacionales (ver Tabla 3), los cuales generan un conjunto de aportes a la comprensión y abordaje del tópico objeto de interés.

Tabla 4.*Planes y políticas nacionales*

Nombre del Plan	Aspecto a Destacar
Política de Atención Integral en Salud – PAIS (2016) Resolución 429 de 2016.	El objetivo era orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”. Se adopta el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), que se constituyó en el modelo operativo de la PAIS, y su propósito fue “la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo”
Ley 1955 de 2019: Por el cual se expide el “Plan Nacional de Desarrollo 2018-2022.	El objetivo de la Ley es “sentar las bases de legalidad, emprendimiento y equidad que permitan lograr la igualdad de oportunidades para todos los colombianos, en concordancia con un proyecto de largo plazo con el que Colombia alcance los Objetivos de Desarrollo Sostenible al 2030.
La Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021 (actualización):	“Esta Política direcciona el desarrollo de la sexualidad como dimensión prioritaria definida en el Plan Decenal de Salud Pública, que incluye el disfrute de la sexualidad y el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en forma digna, libre, e igualitaria y la transformación de los lugares, conceptos e imaginarios desde donde se piensa y vive la sexualidad”
Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021. Resolución 1841 de 2013:	Plantea los siguientes objetivos: 1) avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud; 2) mejorar las condiciones de vida que modifican la situación de salud y disminuyen la carga de enfermedad existente; 3) mantener cero tolerancias frente a la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad evitable”. Actualmente se encuentra en proceso de actualización

1.5 Metodología

Se llevó a cabo un estudio de enfoque cualitativo de tipo descriptivo “que indaga lo que sucede en termino de comportamiento y eventos observables” (Bonilla,1997. P 130). Tiene como objetivo acercarse, identificar y caracterizar las experiencias, y puntos de vista frente a factores de vulnerabilidad de un grupo de HSH.

También se incluyó a un grupo de informantes claves (profesional de salud, gestor, investigador, líder de prevención, etc.) que aporten desde su perspectiva información completaría que sirva para enriquecer la investigación, mediante la triangulación de fuentes.

Para responder a la identificación de los factores de vulnerabilidad en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), se realizó un muestreo intencional para seleccionar un grupo heterogéneo de hombres con características de representatividad en la categoría de HSH. La técnica de recolección de la información usada fue el grupo focal, que permite a los participantes analizar a partir de la vivencia personal los factores que inciden en la vulnerabilidad al VIH/SIDA. Para lo cual se elaboró una guía que propicia la discusión a partir del análisis de factores de vulnerabilidad que fueron identificados dentro de la revisión documental de estudios y de los temas de interés planteados por los participantes, desde tres ejes transversales: el componente individual, social y programático.

En el grupo focal participan siete (7) hombres quienes se han vinculado a actividades educativa o tomas de pruebas en la Liga de Lucha Contra el SIDA –Bucaramanga-, participantes de sitios de homosocialización, grupos LGTBI, que cumplieron con los criterios de inclusión, permitiendo una información relevante para el objeto de la investigación (Bonilla y Rodríguez, 1997). Cabe resaltar que se anexa el Consentimiento Informado (ver Apéndice A), empleado con la población en cuestión.

Los criterios de inclusión de población HSH en el estudio fueron:

- Hombres que correspondan a las características de la categoría de definición de HSH, (ASICAL. 2003, p.3)
- Hombre mayor de 18 años de edad.
- Residente en el área metropolitana de Bucaramanga.

- Hombre con interés de participar voluntariamente en el estudio.
- Firma del consentimiento informado.

De otra parte, los criterios de exclusión de población HSH contemplados fueron:

- Hombres que no correspondan a las características de la categoría HSH.
- Hombre menor de 18 años de edad.
- Negación a firmar el consentimiento.
- Dificultades cognitivas u otro signo que impida la comprensión del estudio y las preguntas que se realizaron.

El grupo se desarrolló siguiendo los parámetros metodológicos para tal fin, diseñando una guía de preguntas (ver Apéndice B). El grupo focal contó con un coordinador de la discusión y dos anotadores, quienes registraron en una matriz los diálogos, así como los pormenores y características de los lenguajes verbales y no verbales de los participantes.

Se llevó también un registro de audio y transcripción. Todos estos insumos permitieron la escritura de un informe que se alimentaron una Matriz Analítica (ver Apéndice C) en la que se consignaron las conclusiones de cada una de las categorías de vulnerabilidad, posibilitando obtener conclusiones que permitieron el desarrollo del análisis descriptivo que se presenta a continuación.

También se realizó un diálogo de saberes con un grupo de informantes claves (profesional de salud, gestor, investigador, líder de prevención, entre otros), seleccionados por muestreo de conveniencia, a quienes se les indaga sobre su percepción de factores vulnerabilidad en HSH a partir de su experiencia en trabajo preventivo y de intervención que realizan con este grupo.

Se diseñó una entrevista semiestructurada (ver Apéndice D) que se aplicó a un grupo de actores claves pertenecientes a Secretaría de salud departamental, organización LGTBI, LigaSida,

Proyecto Fondo Mundial ISABU-Enterritorio, Profesional del PIC de Bucaramanga, coordinadora en atención primaria del ISABU.

Para el último objetivo planteado relacionado con recomendaciones para el diseño de estrategias de educación, promoción y prevención en VIH/SIDA dirigidos a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, se retoman los aportes dados por los participantes en el grupo focal y el dialogo de saberes con los profesionales de salud, además de los elementos encontrados a partir del ejercicio de construcción del estado del arte.

1.5.1 Consideraciones éticas

Entre las consideraciones éticas, se tendrán en cuenta los mecanismos para garantizar la confidencialidad y custodia de la información recabada, según reglamentado en la Ley estatutaria 1581 de 2012, Decreto 1377 de 2013. Se utilizarán códigos para la identificación de la información de cada uno de los participantes. Para el abordaje a los participantes se hará la invitación a través de contactos conocidos de grupos LGTBI y de diversidad sexual, organizaciones de base comunitaria, usuarios de programas de prevención y tamizaje de LigaSida y grupos de amigos. La participación será voluntaria y no se tiene previsto entregar ningún incentivo económico por la participación en el estudio.

Posterior a ello se realizará el contacto con los posibles participantes, se invitará a quienes cumplan con los criterios de selección para participar del estudio, se le citará a un lugar previamente establecido, se les explicará el consentimiento informado y se procederá a establecer su decisión de participar o no, registrado con su firma. Los participantes seleccionados estarán en libertad de abandonar el proyecto cuando así lo decidan.

Este estudio comprenderá el desarrollo de acciones que contribuyen a la descripción y comprensión de un problema de salud y se ajusta a los principios científicos y éticos, que se fundamenta en el conocimiento acumulado bajo estricto rigor metodológico. Por tanto, se clasificó como una Investigación Sin Riesgo, debido a que no se realizará ningún tipo de intervención en salud, sino que se identificarán y describirán elementos que permitan reconocer y entender factores de vulnerabilidad. Sin embargo, se pueden presentar riesgos psicológicos potenciales por el malestar que pueden ocasionar algunas preguntas que indaguen sobre temas relacionados con la conducta sexual de los participantes, así como otras conductas como consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Y preguntas relacionadas con el estigma y la discriminación pueden generar un sentido de reflexión sobre las situaciones en las cuales se han sentido víctimas por ello, produciendo malestar emocional y prevención.

Para reducir estos riesgos, la investigadora estará entrenada de manera que sea empática al momento de realizar las preguntas, enfatizará en la confidencialidad de la información, así como reiterará la libertad de no responder a lo que considere que le puede generar sentimientos adversos. En caso de considerarse pertinente la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida dispondrá del apoyo psicológico al participante que lo solicite.

2. Hallazgos: factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en un grupo de Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HSH)

Partir de la definición del concepto de prevención permitió que los participantes relacionaron este concepto con ideas como “saber actuar”, “usar herramientas para evitar algo”, “hacer uso de medidas que se orienten a evitar una circunstancia de riesgo”. se evidencia que tienen claridad

sobre el concepto de cuidado, protección y medidas para evitar algo que ponga en riesgo su salud. Otros por su parte relacionan la prevención con autocuidado, con amor propio, uso del condón, responsabilidad en las acciones y la “seguridad” en conocer a la persona con la que se interactúa. Se percibe que hay una percepción clara del concepto como tal de prevención, pero la misma se desestima cuando se relación con alguien conocido lo cual podría representar un factor para asumir de riesgo en sus relaciones sexuales.

Y aunque se reconoce la necesidad de programas de prevención los participantes manifiestan que el acceso a los servicios por parte de las empresas prestadoras de servicios EPS, se ofrecen únicamente sitios como centros de salud u hospitales y se limita a la prueba de VIH con el inconveniente que la oportunidad en la orden de la prueba y la entrega de resultados es deficiente, pues este proceso se puede demorar aproximadamente 10 días, además que no hay oferta permanente de pruebas rápidas de VIH u otra ITS, ni suministro de condones como elemento de prevención, manifiestan que solo se entregan a persona que tienen ITS o que viven con VIH. Sumado a lo anterior no se encuentra oferta de servicios de prevención destinados específicamente a HSH. Se percibe que el sistema de salud continúa concibiendo a los HSH desde la perspectiva epidemiológica conductual como sujetos de intervención a partir de su orientación sexual, los sigue relacionando específicamente con la transmisión del VIH y tiene una visión descontextualizada de sus prácticas sexuales, por tanto, no hace otro tipo de ofertas más allá de la prueba o el condón y algunas estrategias comunicativas en esos mismos temas.

La demanda de servicios de prevención, informativos y de tratamiento de ITS desde la perspectiva de los usuarios, está determinada por los niveles de confianza que se establece con el profesional de la salud para hablar de las prácticas sexuales y los riesgos que se enfrentan, lo cual

inhibe la demanda del servicio, y lleva a la población a buscar soluciones alternativas como recurrir a los amigos, automedicarse o consultar en farmacias.

Acerca de la ruta de acceso a servicios los participantes que han solicitado la prueba en el servicio de salud indican que el médico les da la orden, la enfermera les da el consentimiento para firma, toman prueba en el laboratorio y esperar resultados. Señalan que el resultado se demora entre 5 y 10 días hábiles. Afirmación ratificada por otro participante, quien menciona que el tiempo entre la orden, toma y entrega de resultados transcurren más de 8 días hábiles. Otro de los participantes, reporta que acceden a la ruta por prevención y control. ¿Dónde consiguen los condones? Algunos participantes mencionaron que en la rumba les suministraban algunas veces condones, dos de ellos mencionaron que en la EPS algunas veces, otros más mencionaron que los amigos se los suministraban, algunos mencionaron que algunas veces los compraban.

Respecto al acceso a condones esta población reporta comprarlos se encuentra en farmacias, Profamilia, o acceden a ellos en bares o en moteles incluidos en el servicio de habitación. También manifiestan solicitar los condones en sus EPS y otros en organizaciones que les ofrecen los condones como estrategia de prevención. Reconocen como positivas las estrategias de organizaciones no gubernamentales que entregan condones en espacios como bares, saunas, sitios de encuentro sexual y saunas; porque los tienen a la mano. Identifican la existencia de proyectos operados por organizaciones comunitarias, en los cuales les entregan condones y lubricantes.

La oferta en las EAPS es escasa, solamente les entregan de 10 a 20 unidades a los que viven con VIH; otros reciben los condones en servicios complementarios, diferente a donde los atienden usualmente.

Si bien el condón debe estar acompañado por el uso de lubricante, este aditamento no es suministrado por el sistema de salud y los HSH deben adquirirlo por su cuenta en farmacias y supermercados. Algunos mencionaron haber accedido a lubricantes de manera gratuita en iniciativas de prevención de ONGs. De otro lado, la mayoría mencionó usar marcas como KY y Profamilia, aunque refieren que el costo es elevado y limita el acceso al mismo. Como alternativa alguna ONG realiza talleres para enseñar la preparación del gel casero como estrategia exitosa para acceso económico al mismo.

Los participantes manifestaron no tener conocimiento sobre el derecho a solicitar el lubricante en su EPS; reafirman no solicitar el lubricante en sus servicios de salud; además, que nunca se los han ofrecido. también, informan que con el proyecto de VIH Fondo Mundial ISABU-Enterritorio, les han entregado uno paquete de condones y lubricantes, igualmente en LigaSida-AHF les entregan 3 lubricantes y 10 preservativos cuando se realizan la prueba.

En cuanto a la disposición del dispensador de condones, los participantes mencionan que debe estar ubicado en el sitio donde se presenta el encuentro sexual o la práctica sexual, tenerlos a la mano. También, la ubicación puede ser en bomboneras o recipientes transparentes que estén a la mano. Algunos participantes manifiestan que Espacios públicos, colegios universidades sitios nocturnos, en Baños públicos (Centros comerciales, plazas de mercado, Transporte público, terminales), sitios de socialización o ligue (bares, discotecas, saunas, spas, videos) centros médicos y colegios y universidades.

Consideran que es una eficaz alternativa para acceder a los condones, así el mensaje puede llegar a la gente, así sean pocos, pero llega. Adicionalmente, indican que “es importante tener en cuenta que a la gente le da pena llenar formatos, dar sus nombres reales, alguna población es *de*

closet y teme por cómo se manejen los datos y quien acceda a la información”. Teniendo en cuenta esto, mencionan que no poner el nombre ni el documento aumentaría la participación.

Tratamiento como prevención. Al respecto la mayoría de los participantes refirieron desconocer esta estrategia, los participantes más jóvenes evidenciaron que no tenían esa información mientras otros manifiestan conocerla e incluso conocer casos de amigos y PVS cercanas que contaban con una buena calidad de vida estando indetectables.

En este contexto vale la pena mencionar para el logro de la meta de indetectable=intransmisible, diversos estudios han demostrado que la efectividad de la adherencia está ligada al suministro constante de medicamentos y a una adherencia de más del 95% a la terapia antirretroviral acompañados de terapia cognitiva conductual y apoyo de pares. En Colombia la actual guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia para la atención de VIH valida estos conceptos con la recomendación del inicio del tratamiento en paciente recién diagnosticado, el desarrollo de actividades de prevención secundaria y la conformación de grupos de apoyo para lograr mantener la adherencia.

Respecto al uso del condón con parejas indetectables, la mayoría de los participantes manifiestan que es necesario, pues se pueden poner en riesgo o exponerse con otras ITS.

Existen diferentes niveles de información frente al tratamiento como prevención, y que esta puede estar relacionada con el nivel de cercanía a la vivencia con VIH, pues para quienes viven con VIH es claro que el uso de antirretrovirales ha mejorado sensiblemente su calidad de vida y tiene conocimiento de la característica de indetectabilidad como estrategia en la reducción de la transmisión; no obstante, esta información no es del uso generalizado de todos los participantes y quienes no tiene experiencias cercanas frente al VIH a través de amigos o parejas, no comprenden

aún la situación, les es difícil aceptarla ya que contradice los discursos de la transmisión siempre que se tenga el virus.

El uso de SPA en torno a esta pregunta todos los participantes refirieron usar o haber usado alcohol. Se mencionaron las siguientes sustancias: Popper, Marihuana, Cocaína. Consideran que el Popper es muy común que tiene un efecto rápido y es económico.

Varios de los participantes mencionaron también consumir sildenafil y mezclarlo con otras sustancias. Además, manifiestan consumo de alcohol la totalidad de participantes. Haciendo un análisis del consumo de alcohol, conlleva a ser sexualmente insaciable, sostener relaciones sexuales sin protección y el uso de la violencia para mantener el ordenamiento de género establecido son prácticas que sostienen las identidades masculinas tradicionales, cuyos patrones incrementan la vulnerabilidad de los hombres y la de sus parejas frente a la infección por VIH/SIDA.

Es por ello, que constituye una de las barreras más importantes en la prevención de la infección. En este sentido, una de las estrategias claves en la prevención del VIH/SIDA, es la generación de procesos reflexivos que alienten a mujeres y hombres a transformar imaginarios, prácticas y creencias en torno a su feminidad y/o masculinidad; a construir identidades más flexibles, donde las relaciones entre géneros permitan espacios proclives a la prevención del VIH/SIDA y al ejercicio de una sexualidad placentera. Identidades que den paso al disfrute, al respeto y al reconocimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de cada persona.

Partir del placer para prevenir lo participante consideran que poder hablar de lo que les gusta a las personas ayudaría a que se comprenda las prácticas que tienen y las razones por las que las llevan a cabo. Se podría hablar de prevenir, pero desde lo que las personas hacen, esto puede hacerse por ejemplo a través de instrumentos de comunicación. Los participantes mencionan que

rara vez es tenido el placer de manera explícita en la consulta médica. Algunos consideran que hablar de sus prácticas sexuales con el personal de la salud les ayudaría a obtener mejores respuestas a sus inquietudes y necesidades en su salud sexual.

Otros, se refieren a la importancia de “mensajes educativos que indiquen que el preservativo no quita la sensibilidad, ofrecer otras alternativas como las que ya se vieron: promover el uso del lubricante, eliminar mitos, como el uso de doble condón. Los participantes del grupo focal, también manifiestan que, mediante el uso de estrategias de comunicación basadas en el placer, se puede mejorar la prevención.

En torno a las prácticas sexuales, las personas abordadas se mueven en un amplio espectro que incluye el sexo oral, las prácticas penetrativas y una serie de otras alternas dentro del bondage, disciplina, dominación sadomasoquismo (BDSM), sin embargo, refieren que les es difícil hablar de esos temas con el personal de salud, debido al desconocimiento que perciben de éste al respecto; así mismo, perciben que hablar de sus prácticas sexuales no ayudaría a mejorar la calidad de la atención, dado que consideran que es una vulneración a su intimidad. Desde su perspectiva, el personal de la salud no se siente en capacidad de abordar este tipo de temas y tampoco considera que esto genere cambios en las acciones que se pueden ofertar desde los servicios de salud. Sin embargo, manifiestan la necesidad de disponer de información de calidad sobre prácticas sexuales como una herramienta fundamental para la toma de decisiones, frente a la reducción del riesgo y como estrategia de prevención.

En cuanto a acción específica para prevenir la transmisión del VIH y las ITS, a este respecto los participantes mencionaron únicamente el uso del condón.

De otro lado, algunos de los HSH abordados identifican PrEP sin que este sea de manejo generalizado, sin embargo, al haber explicado el concepto las personas identifican la necesidad de

usar condón simultáneamente con esta alternativa para prevenir la transmisión de otras enfermedades diferentes al VIH. Algunos participantes manifiestan que en establecimientos de “rumba” ofrecen un producto que se promueve como PrEP , con un costo de 80.000 aproximadamente, viene en una bolsita con Viagra, Truvada y otra producto, este se vende sin receta médica ni ningún tipo de control. Solo uno de los hombres abordados mencionó haber solicitado PrEP en la EPS, mientras que los demás no conciben que esta sea una posibilidad preventiva que puedan solicitar en el sistema de salud, realmente no se tiene suficiente claridad sobre lo que implica. Este hecho contrasta que es una opción preventiva legal que está funcionando en varios países, en Colombia ya está incluida en las guías de atención de VIH. Por lo tanto, ya se puede solicitar información en el sistema de salud.

Cuatro de los participantes indican no haber escuchado el concepto. Otros participantes piensan que es más efectivo el preservativo, ya que no saben en qué momento van a tener una relación sexual de riesgo y consideran que tomarse en un tratamiento innecesario, teniendo en cuenta que podrían exponerse a otras infecciones diferentes al VIH. También manifiesta que es necesario mayores acciones de información sobre la PrEP, ya que en algunos espacios de socialización esta se ofrece y se comercializa sin ningún tipo de control, engañando a las personas diciéndoles con solo tres pastillas que ellos les ofrecen allí ya se pueden proteger de todas las ITS.

En términos generales puede decirse que aunque existe mucha información sobre PrEP en diferentes medios, círculos sociales y redes, está aún no ha logrado permear el total de la población abordada, más bien la información que se maneja aún es de uso de algunos círculos aún cerrados, tampoco se concibe aún ésta como una estrategia que los participantes perciban como viable y disponible en el país; esta idea es fortalecida por la promoción y venta de PrEP de manera subrepticia y fuera de control de las autoridades en salud

En cuanto a la PEP de Profilaxis Post Exposición los participantes en su mayoría desconocían que podía demandar ese servicio y a ninguno de ellos se les había ofertado en el sistema de salud en casos de emergencia de ruptura de condón. Manifiestan que sería bueno que se pudiera acceder a la profilaxis en las organizaciones comunitarias, por temas de oportunidad y confianza, pues identifican casos en los que han necesitado por accidentes no ha estado disponible en el sistema de salud, no tienen claridad de la ruta de acceso a este servicio, porque al recurrir a los servicios de urgencias no se les ha ofertado esta opción, haciéndolos sentir discriminados y vulnerados.

En términos de SSR, los participantes enfatizan que los servicios de salud deberían ofrecer servicios más amigables para las personas LGBTI, en los cuales puedan hablar de sus necesidades, de su sexualidad, con personal especializado que comprenda y pueda dar apoyo y orientaciones. Los participantes manifestaron: Grupos de apoyo en las EPS, para las personas que viven con VIH. El abordaje de las prácticas sexuales y salud sexual que sea abierto, que lleguen al territorio sin prejuicio, que se pueda hablar libremente y tener grupos donde llegar para despejar sus dudas.

Acciones sin estigma ni discriminación, espacios de apoyo para personas viviendo con VIH. Espacios en salud adecuados para las personas LGBTI en donde se comprendan sus necesidades y se orienten por especialistas de manera adecuada.

Que los profesionales de salud conozcan sobre las prácticas sexuales, implica para los participantes la comprensión de sus necesidades desde la sexualidad en tanto, sirva para ofrecer un mejor servicio. Hicieron mención a la necesidad de poder hablar tranquilamente con las personas de la salud respecto a sus prácticas sexuales y el deseo. Aunque algunos manifestaron temor, porque han percibido que si identifican que su orientación sexual se presenta barreras en la atención y actitudes de discriminación.

Sobre acceso a pruebas de VIH fuera del servicio de salud, los participantes manifestaron que se habían realizado pruebas de VIH en laboratorios privados, en Cruz Roja, en Profamilia y en otras organizaciones como LigaSida-AHF y del Fondo Mundial con ISABU-Enterritorio, mencionaron la experiencia con estas últimas instituciones como una buena alternativa ya que pudieron encontrar la prueba de manera rápida, fácil y cercana, con eficiencia, garantía de confidencialidad y una atmósfera segura y confiable. Además, les suministran condones y lubricantes.

En cuanto al abordaje interinstitucional en estrategias de prevención los participantes enfatizaron que se debe dar en general en el sector educativo universidades y en los colegios, la academia. Así mismo la empresa privada, el desarrollo de actividades educativas en otros espacios, como educativos, laborales, culturales y recreativos.

También se reconoce la importancia de involucrar los medios de comunicación en todas las estrategias de tipo preventivo. Destacan el importante aporte que han tenido los establecimientos de homosocialización y de encuentro sexual – saunas, videos y spa en la difusión de estrategias educativas y de prevención. Y por último, resaltan la participación de ONG, las fundaciones, organizaciones comunitarias, líderes comunitarios que en forma continua han estado apoyando la respuesta al VIH.

En las respuestas de los informantes claves, se reporta que la oferta de servicios de prevención a nivel intramural de los servicios de salud está centrada en gestantes, mujeres y jóvenes, no se focaliza en grupos claves para VIH e ITS e incluso, se manifiesta que es difícil caracterizarlos en los servicios. Pero contrasta, con la priorización en acciones extramurales a través del PIC que focalizan la atención en VIH en estos grupos y son claramente identificables como beneficiarias

de las intervenciones y existen actividades adaptadas a sus necesidades. Se identifica que las organizaciones de sociedad son aliados estratégicos para implementar estos servicios de atención.

La información obtenida en las entrevistas permite observar que para los profesionales de la salud es muy difícil conocer la orientación sexual o la identidad de género de sus consultantes, sin embargo, las EAPB han iniciado esfuerzos para poder recabar este tipo de información a través de preguntas en la historia clínica, o en los registros de actividades de prevención implementadas desde la gestión individual del riesgo.

En concordancia con lo mencionado en el párrafo anterior, las actividades de gestión de la salud pública en las poblaciones clave que están identificadas se desarrollan en el entorno extramural, tales como: pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis B, condones, atención de ITS, charlas de prevención en ITS. En algunos contextos intramurales como consultas individuales, los profesionales identifican a las poblaciones clave sobre las cuales se deben focalizar las acciones y reconocen su vulnerabilidad, pero confunden atención diferencial con trato discriminatorio “No es correcto ir a preguntarles su orientación sexual para atenderlos porque eso sería discriminatorio” (Profesional de enfermería, IPS pública y privada).

La ruta de acceso a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, Solicitar servicios en la IPS asignada. Enrutarlo a institución dónde se le brinde asesoría. Debe ser atendida siempre como urgencia, atención prioritaria y gratuita.

Realizar valoración y prueba diagnóstica, suministro de profilaxis PEP dentro de las primeras 72 horas, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas, asignación de cita médica para seguimiento y valoración, asesoría psicológica. Si se tiene el insumo se hace el descarte, se brinda información. se activa ruta segunda sea el caso con EAPB para valoración médica y de este a

especialista. Si se tiene el insumo se hace el descarte, se brinda información. se activa ruta segunda sea el caso con EAPB para valoración médica y de este a especialista.

Los profesionales de salud entrevistados no mencionan canalización de HSH para realización de Asesoría y Prueba Voluntaria (APV) a usuarios con motivos de consulta asociados a ITS, ni canalización a consulta de ITS a los que solicitaron APV. Esta situación deja ver el desconocimiento del protocolo de manejo y el desaprovechamiento de la oportunidad para hacer demanda inducida.

En cuanto a la oferta y entrega de condones masculinos, se evidenció que éstos se ofrecen en el marco de acciones de prevención y de tratamiento de ITS o VIH, para tal fin las EAPB cuentan con sistemas de dispensación en farmacias contratadas, lo cual genera barrera para el acceso a los mismos, pues no están disponible en los sitios de atención, y no se ofrece como estrategia de prevención a pesar de que esta normada su entrega desde el año 2009. En las intervenciones del Plan de intervenciones colectivas en el municipio y departamento manifiestan que hay buena disponibilidad de condones para poblaciones clave, aunque hay que tener en cuenta que el suministro no es constante, pues se supedita al tiempo y lugar de ejecución del mismo y de acuerdo con las metas establecidas, por ejemplo, los contratos para estas acciones por los general se realizan en el segundo semestre del año, por lo tanto el resto de tiempo no hay suministro de los mismos.. En cuanto las acciones de educación y comunicación para la salud no se evidencia buena producción de material y además no se evidenciaron estrategias conductuales para la motivación sobre el uso consistente del condón como un elemento erótico en la relación.

De condones femeninos no hay disponibilidad en el sistema de Salud, pues aún no han sido aprobada patente de comercialización en el país. Algunas ONGs manifiestan que han tenido

oportunidad de entregar a sus usuarias ya que han recibido donaciones de organizaciones como el UNFPA.

Se identifica que organizaciones como LigaSida, AHF, proyecto de Fondo Mundial mantienen suministro de condones y lubricantes a los usuarios HSH que se realizan la prueba rápida. Lo que indica que estas instituciones están solventando el suministro de los mismos a los usuarios que no pueden acceder en el sistema de salud.

Profilaxis Pre Exposición (PrEP), algunos representantes de IPS publica manifestaron ignoran cómo se formula o si está incluida en el plan de beneficios, las actitudes de los profesionales hacia la estrategia son variables y ningún entrevistado demostró franca oposición, aunque alguno manifiesta reserva pues considera que su promoción puede incidir en el aumento de conductas sexuales riesgosas, “especialmente en HSH” y enfatizan que no se debe dejar de lado la promoción del uso de condón para evitar transmisión de otras ITS. También se resalta la necesidad de informar y capacitar en la implementación y más aún cuando acaba de ser aprobada dentro de la guía de atención clínica. Se hace necesario fortalecer las estrategias de información y educación tanto a equipo de salud como a poblaciones clave.

De otro lado, al indagar a los entrevistados respecto a *Profilaxis Post Exposición(PEP)*, las respuestas obtenidas permitieron percibir que se tiene claridad respecto a que se debe formular en los servicios de urgencias e identifican su relación con violencia sexual; no obstante, la oferta en otros casos no es identificada claramente, desconociendo así la entrega efectiva de PEP en los casos fuera de los contextos de violencia sexual y riesgo ocupacional; esta situación refleja que no hay un conocimiento robusto sobre la estrategia ni sobre el protocolo para la atención por exposición de riesgo biológico laboral o no laboral, ante las infecciones de transmisión sexual, el VIH, los virus de las hepatitis B y C.

En cuanto al reconocimiento del trabajo intersectorial para apoyar procesos en salud las EAPB identifican al sector educación como el aliado ideal para la prevención del VIH, saben que en los espacios educativos se llevan cabo acciones para prevención del VIH, pero consideran que a los temas de HSH y mujeres trans les generarían barreras en el entorno escolar. Se identifican otros sectores como desarrollo social, organizaciones de base comunitaria, planeación, empresa privada, ya que se necesita el aporte de todos los sectores para dar una respuesta efectiva, aunque se reconoce que los ejercicios de articulación no han sido muy exitosos.

Para ampliar o mejorar la prevención de ITS y VIH en población HSH manifiestan que es necesario el trabajo intersectorial entre salud y educación, la oferta continua de pruebas de sífilis y hepatitis B, reducir barreras y mejorar la oferta en EAPBs. La realización de actividades extramurales que lleguen a las poblaciones más vulnerables y fortalecer la capacitación de líderes pares de HSH o agentes comunitarios en salud que provean servicios de prevención más individualizados y cercanos a las poblaciones.

Las barreras de acceso para acceder a la ruta de servicios identificadas van desde el desconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, el sistema de salud, el estigma y la discriminación por parte del equipo de salud como actitudes juzgadoras por la orientación sexual, desconocimiento del enfoque diferencial, la identidad de género,

Las estrategias educativas para la prevención del VIH identificadas incluyen la asistencia técnica a equipos de salud de niveles operativos de atención y a las secretarías locales de salud, para la inclusión de actividades de prevención de las ITS/VIH en los planes de intervenciones colectivas, la actividad educativa individuales y grupales, trabajo de campo, jornadas de salud, conversatorios, estrategias comunicativas en redes sociales, asesoría en línea

Las actividades con poblaciones clave requieren de una buena convocatoria, la elección de un lugar estratégico para los eventos, difusión de información en Redes casuales, sociales y de encuentros sexuales y la utilización de un lenguaje apropiado para cada población, cercano y de confianza.

Conocimiento sobre Prácticas sexuales. Los entrevistados en general, tienen un conocimiento parcial de estas, es limitada por las ideas de las prácticas penetrativas tradicionales; así mismo, dado que el placer no está incluido como parte de la indagación al momento de llenar la historia clínica en la consulta, no se da una interacción propicia con el usuario que permita hablar del universo que puede implicar su búsqueda del placer, lo cual cierra el diálogo de ambas partes. De otro lado, la indagación sobre las prácticas sexuales no es reconocida por el personal de la salud como una información que pueda nutrir el abordaje de las poblaciones clave. Lo que se plantea es que se puede erotizar el uso del condón, para que no se sienta como una barrera que impida sentir placer. No cuestionar el gusto de las personas, pero si sugerir procedimientos seguros para la prevención, la acción educativa ser un obstáculo para el disfrute de la sexualidad, sino que es un presupuesto necesario para la misma, sin el temor o la incertidumbre de quedar expuestos.

El uso de un lenguaje intencional, provocativo en el marco de la sexualidad se convierte en una herramienta que llama la atención de los grupos clave. El uso de modelos anatómicos también es otra forma de llamar la atención y dar a conocer que desde el placer en las prácticas sexuales es posible mantener el cuidado. Por lo tanto, este elemento se debe tener en cuenta al momento de plantear estrategias en la prevención, y de educación en los derechos sexuales y reproductivos.

3. Propuesta de Intervención: Desarrollo de Acciones Promocionales y Preventivas en el Marco de la Estrategia de Prevención Combinada de las ITS/VIH dirigido a HSH en la ciudad de Bucaramanga

Después de analizar la información que aporta el estado del arte, de reconocer las características individuales, sociales y programáticas compartidas por los HSH, es un compromiso ético como profesional de Trabajo Social y maestrante en intervención Social, aportar recomendaciones para empoderar a las personas que en contextos de vulnerabilidad tienen un alto nivel de riesgo de infección de Sida. Cabe destacar la relevancia de generar aportes a las entidades del estado, en su rol de corresponsabilidad para prevenir o mitigar las altas cifras de SIDA, con programas que garanticen el derecho a la salud con enfoques desde la vulnerabilidad, derechos, género y diferencial para responder de forma firme y decidida a cualquier forma de segregación o injusticia, entre las que se cuenta la pandemia de intolerancia que alimenta la epidemia del Sida.

Con base en esta definición y en los resultados recolectados en la presente investigación se propone el desarrollo de una serie de estrategias de prevención combinada, que se basan en la experiencia del proyecto: Desarrollo de Acciones Promocionales y Preventivas en el Marco de la Estrategia de Prevención Combinada de las ITS/VIH, adelantando por Secretaría distrital de salud de Bogotá, OPS y Liga Colombiana de Lucha contra el Sida en el 2018. Este proyecto fue implementado por la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida y que cuenta con el aval teórico y técnico para ser adaptada por la seccional Santander en la ciudad de Bucaramanga. Por lo tanto, se planean las siguientes Estrategias de Intervención.

3.1 Estrategias biomédicas

Dentro de estas estrategias planteo la implementación en Bucaramanga tres muy importantes proyecto condón a la mano, fortalecimiento institucional y comunitario en PrEP (profilaxis pre exposición) y fortalecimiento institucional y comunitario en PEP (profilaxis post exposición). A continuación, se describen los aspectos más relevantes de cada una de ellas:

La primera se titula Condón a la mano, es una estrategia de distribución de condones que busca reducir el impacto negativo que ha generado el discurso medicalizante del uso de este adminículo alejando a la población. Por tanto, la estrategia busca centrar la entrega en la necesidad de las personas y no de los servicios de provisión de condones, reconoce las dificultades de hacer el suministro ligado a actividades educativas.

3.1.1 La estrategia condón a la mano en HSH.

Consistirá en la disposición de bomboneras con condones en cada cubículo de los establecimientos de encuentro sexual, y el monitoreo de su uso. La sostenibilidad para la implementación de esta experiencia en Bucaramanga estará garantizada por LigaSida Santander y AHF Colombia, quienes suministrarán los condones, los lubricantes y las pruebas de VIH que se requerirán. Se contará también recurso humano y técnico calificado. Así mismo, se gestionará recursos adicionales para logística y gastos operativos, con entidades gubernamentales y no gubernamentales que apoyen este tipo de iniciativas.

A continuación, se presenta un protocolo de uso, para la estrategia de Condón a la Mano en HSH, los cuales se espera que sean adoptados dentro de los lineamientos PIC.

Objetivo. Facilitar el acceso de condones a la población HSH, usuaria de sitios de encuentro Sexual y homosocialización, como estrategia de prevención combinada del VIH e ITS en la ciudad de Bucaramanga.

Población Objeto. Hombres que tienen sexo con otros hombres usuarios de diez (10) establecimientos de encuentro Sexual y sitios de homosocialización en la ciudad de Bucaramanga.

Lugares de Intervención. Las acciones serán desarrolladas en sitios de encuentro sexual y homosocialización de Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres en Bucaramanga.

Metodología. La disponibilidad de preservativos en lugares de encuentro sexuales y homosocialización es una de las estrategias biomédicas de prevención combinada del VIH e ITS, buscando garantizar a las poblaciones clave el acceso oportuno a condones, que responda a sus necesidades.

La metodología propuesta para la estrategia aquí planteada, se concentra en cinco (5) fases, las cuales se exponen a continuación:

Fase I. Reconocimiento. Selección de establecimientos de encuentro sexual y sitios de homosocialización, la cual se desarrollará mediante ejercicio de georreferenciación, que consiste en un proceso de identificación de lugares de la ciudad de Bucaramanga frecuentada por la población objeto de estudios para realizan encuentros de este tipo.

Fase II. Construcción de acuerdos. Se visualiza la necesidad de constituir un acuerdo entre la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA Seccional Santander y los sitios de encuentro participantes, en donde se establecen los compromisos, beneficios y corresponsabilidad entre las partes. Para posterior, realizar la debida firma de Acuerdo de operación.

Fase III. Distribución de responsabilidades. Esclarecido el Acuerdo de Operación, se clarifican las responsabilidades de las partes intervinientes en la estrategia a realizar y se firma el Acuerdo de Responsabilidades entre las mismas. Estipulando que la Secretaría de Salud de Santander, realizara la entrega de preservativos a la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA Seccional Santander, para la administración y distribución a los lugares de encuentro sexual participantes de la estrategia piloto.

En tanto, la Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA Seccional Santander asumirá el suministro y ubicación de bomboneras o dispensadores, para la disposición de preservativos, en los lugares de encuentro sexual participantes de la estrategia piloto. Por su parte, los lugares objeto de intervención asumirán la disposición del espacio físico para la ubicación de las bomboneras o dispensadores de condones y piezas comunicativas que apoyan la estrategia.

Fase IV. Abordaje a los lugares objeto de intervención. En esta etapa se suministrarán los condones a los lugares de encuentro sexual participantes de la estrategia piloto. Así mismo, se entregarán piezas comunicativas utilizadas como apoyo en la estrategia, las cuales se basan en un enfoque de difusión de innovaciones. Cabe destacar que, en esta etapa se llevara a cabo el control de insumos, mediante el registro de cantidad, lote y fecha de vencimiento de los condones suministrados al establecimiento.

Además, se realizará un proceso de sensibilización con al equipo de trabajo de los lugares de encuentro sexual, en la captura del dato y reconocimiento de la población. Posteriormente se hará la entrega de instrumentos de captura de información de registro de participantes beneficiarios de la entrega de preservativos.

Fase V. Abordaje a los sujetos objeto de intervención. En este momento, se realizará un proceso de acompañamiento aleatorio durante las actividades de campo. Se ofrecerán y aplicarán pruebas

rápidas de VIH, en paralelo se realizarán sesiones educativas prevención de VIH e ITS a población asistente a los lugares de encuentro sexual. Se dispondrán instrumentos de registro de datos para reportes de participación en las actividades y de la entrega de preservativos.

Fase VI. Evaluación. A modo que, realizadas las fases mencionadas anteriormente, es conveniente realizar un proceso evaluativo, donde se analice y evalúe el impacto del desarrollo de las acciones de campo realizadas en los lugares de encuentro sexual frecuentados por la población objeto de interés.

3.1.2 Fortalecimiento institucional y comunitario en PREP (Profilaxis pre exposición)

La implementación de esta estrategia se hace relevante teniendo en cuenta que el presente estudio revela el desconocimiento tanto de los HSH como de los profesionales entrevistados frente a este tema y que la reciente inclusión de la PREP en la guías prácticas de atención en VIH no ha permitido realizar una socialización profunda con EAPBs y equipos de salud, por lo tanto se plantea la ejecución de talleres informativos dirigidos a equipos de salud y a organizaciones y líderes comunitarios HSH de Bucaramanga y su área metropolitana.

Así mismo, se destaca que para la ejecución y sostenibilidad de esta estrategia se dispondrá del apoyo en materia de asistencia técnica del UNFPA, a través del comité departamental de salud sexual y reproductiva y el apoyo de la Secretaría de salud de Santander y LigaSida Santander para la difusión en los líderes y la comunidad HSH.

3.1.3 Fortalecimiento institucional y comunitario en PEP (Profilaxis pre exposición)

Cabe resaltar que para la sostenibilidad de esta propuesta se cuenta con el apoyo en asistencia técnica por parte del UNFPA, el apoyo del comité departamental de salud sexual y reproductiva y

la Secretaría de Salud de Santander y LigaSida Santander. Porque, aunque en Colombia la Profilaxis post Exposición se encuentra disponible con acceso permanente para todas las poblaciones en situaciones de emergencia, tales como accidente laboral del personal de la salud, violencia sexual y ruptura del condón, la presente investigación encontró que hay barreras para el acceso a la PEP por parte de la población HSH cuando asisten en caso de ruptura del condón, tales como negación del servicio, barreras administrativas que no permiten el acceso oportuno (dentro de las primeras 72 horas posteriores a la exposición) a la profilaxis y desconocimiento de la población sobre la PEP y los derechos que tienen para acceder a ella. En tanto, se propone la realización de talleres informativos dirigidos a Equipos de salud, especialmente del servicio de urgencias y otro dirigido a actores comunitarios de población HSH.

Para la sostenibilidad de esta propuesta se contará con el apoyo en asistencia técnica por parte del UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas, Comité departamental de salud sexual y reproductiva y el apoyo de la Secretaría de salud de Santander, AHF y LigaSida Santander.

3.2 Estrategias conductuales

Las estrategias conductuales para que sean efectivas deben estar basadas en la evidencia, por tal motivo se realizó una revisión de algunas intervenciones validadas en Estados Unidos por el CDC desde el 2009, a través del proyecto, DEBI (Diffusion of Effective Behavior Intervention Project), que identificó intervenciones de prevención en VIH con efectividad demostrada, a partir de materiales fáciles de implementar y que se propone adaptar en el contexto de Bucaramanga, teniendo en cuenta los protocolos y elementos de monitoreo originales, sin alterar los elementos centrales, a continuación se presentan las intervenciones seleccionadas:

3.2.1 Asesoría cognitiva personalizada, PCC.

Personalized Cognitive Counseling (PCC), es una intervención de asesoramiento de sesión única, brindada en el contexto de VIH, diseñada para reducir las relaciones sexuales anales sin protección entre los HSH, que han asistido a asesoría y prueba voluntaria. La PCC se centra en las auto justificaciones (pensamientos, actitudes y creencias), que las personas utilizan para decidir si se involucra o no en conductas sexuales de riesgo, para la adquisición de VIH. PCC es una intervención identificada en el proyecto DEBI y también es aplicable a mujeres trans (San Francisco Department of Public Health, 2017, p.14). Con modificaciones que están ya definidas en el manual, también es posible, su aplicación a personas que se inyectan drogas.

El objetivo de PCC es ayudar a las personas a evitar futuros episodios de relaciones anales sin protección con parejas con un estado de VIH desconocido o positivo. PCC alienta a los usuarios a explorar sus razones o auto justificaciones para involucrarse en conductas sexuales riesgosas y desarrollar estrategias para evitar futuros episodios. PCC se aplica a las personas que acaban de recibir asesoría y prueba voluntaria con resultado no reactivo cuya escala de riesgo fue alta. Esta corresponde a una intervención de sensibilización, que permite involucrarse en un proceso personalizado, para el desarrollo de habilidades de protección, acompañado por un profesional psicosocial en los servicios de salud o comunitarios. PCC es efectiva en reducir la prevalencia en grupos de mayor riesgo que solicitan APV frecuentemente, pero que no cambian sus prácticas. El objetivo de incluir la asesoría Cognitiva Personalizada dentro de los paquetes, es el de potenciar los procesos de APV.

Para la sostenibilidad de esta estrategia, se plantea solicitar a la Secretaría de salud departamental que, dentro de las capacitaciones anuales dirigida a equipos de salud de Santander

de Asesoría de Prueba Voluntaria de VIH, se incluya este concepto y se realice una actualización con aquellos asesores que fueron certificados en años anteriores.

3.2.2 Antiretroviral Treatmentans Acces to Services (ARTAS)

Es un modelo de gestión de casos diseñado por el Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (Craw. 2010, p. 598). Esta es una intervención a nivel individual, de sesiones múltiples y con tiempo limitado para vincular a las personas que recientemente han sido diagnosticadas a programas integrales de VIH.

Se basa en el modelo de gestión de casos basado en fortalezas (SBCM, por sus siglas en inglés), que se fundamenta en la teoría cognitiva social (particularmente la autoeficacia) y la psicología humanística. SBCM es un modelo de administración de casos que alienta a los usuarios a identificar y usar fortalezas personales, crear sus propias metas y establecer una relación de trabajo efectiva con el encargado de remisión o canalización.

ARTAS consta de hasta cinco sesiones realizadas durante un período de 90 días o hasta que el usuario ingresa a la atención médica, lo que ocurra primero. ARTAS considera que la comunidad es un recurso para el usuario y se recomienda que las sesiones se realicen fuera de entornos clínicos o donde el usuario se sienta más cómodo.

Se propone que esta estrategia se adopte por los servicios comunitarios que realizan pruebas o canalizan usuarios diagnosticados al servicio de salud y también a las IPS de atención primaria y de atención integral en VIH como estrategia de adherencia. Para la capacitación en esta estrategia se contará con la asistencia técnica de LigaSida Santander, institución que cuenta con la experiencia en la implementación de esta técnica y de los profesionales del UNFPA encargados de asistencia técnica en prevención combinada.

3.2.3 Video Oportunidades para la Prevención “Sin Buscar Excusas”

Por medio de realizar sesión de sesenta (60) minutos donde se desarrolla una intervención conductual, en grupos pequeños, mediante un video que tiene como objetivo incentivar las prácticas sexuales seguras, la promoción de las pruebas rápidas y el acceso a servicios de salud frente al VIH e ITS en población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH).

Dentro de las prácticas sexuales seguras se contempla: conocer, identificar y fortalecer canales de comunicación con la pareja, usar condones de manera constante y cotidiana, prácticas sexuales de menor riesgo, usar PrEP o PEP, según sea necesario. Sin Buscar Excusas puede ser implementado en entornos clínicos y comunitarios, esta estrategia está basada en la teoría de la acción razonada que permite desarrollar habilidades para cambiar conductas de riesgo en el marco de la norma social.

Este video se potencia en 31 mensajes clave en 20 minutos de video, se adaptará a través de un protocolo de uso que LigaSida ha construido y que se espera incluir de forma transversal en las estrategias de condón a la mano, talleres de fortalecimiento institucional y de líderes comunitario incluidas en el presente documento. Se propone que esta intervención se le pueda dar sostenibilidad incluyendo dentro de los lineamientos de PIC departamental o municipal.

3.2.4 Cuidar de mí es Cuidar de ti

Esta es una estrategia producida por el proyecto de VIH del Fondo Mundial en su novena ronda, que consta de una cartilla educativa y 5 videos informativos que se basa en las experiencias de personas viviendo con VIH y las realidades que afrontan una vez se confirma el diagnostico, se ha usado para el proceso de canalización de casos reactivos.

En el año 2016 la Secretaría de Salud departamental realizó una actualización de esta cartilla dentro de un proyecto de Reducción de mortalidad por VIH y adherencia al tratamiento. Con entrega de material digital de la cartilla y los videos a IPS de atención integral en VIH y organizaciones que trabajan con VIH. Dicha estrategia ha tenido un impacto positivo en los usuarios e instituciones que la han usado que se puede apreciar en el vínculo a internet del artículo Ligasida (2018). Se propone que la Secretaría de Salud Departamental incluya dentro de acciones del PIC la difusión y entrega de material a instituciones de atención y diagnóstico de VIH como herramienta fundamental para personas viviendo con VIH recién diagnosticadas.

3.3 Estrategias estructurales

A continuación, se socializan las Estrategias Estructurales propuestas en torno al objeto de interés.

3.3.1 Fortalecimiento de los mecanismos de articulación de la respuesta estructural

A través de esta estrategia se fortalecerá el Comité departamental de SSR, como ente que articula la respuesta de los actores institucionales y comunitarios en VIH en el departamento, promoviendo la participación de otros sectores y actores tales como educación, planeación, desarrollo social, empresa privada y las mesas técnicas LGTBI departamental y municipales de Bucaramanga y su área metropolitana para lograr que se concreten acciones colaborativas y se incorpore una agenda conjunta en la que de acuerdo a la misionalidad organizacional se puedan disponer de los recursos necesarios para una atención integrada y articulada que responda a las necesidades de la población intervenida.

3.3.2 Fortalecimiento de la respuesta comunitaria

Se realizará un Taller de formación del líderes HSH de Bucaramanga y su área metropolitana. El cual metodológicamente estará compuesto por cuatro (4) módulos: conceptos básicos, enfoques de intervención en VIH y estrategias educativas, prevención combinada estrategias, APV para actores comunitarios. Se realizará con intervenciones en espacios virtuales y presenciales y se concluirá con un ejercicio de práctica, como parte de la implementación de la estrategia Condón a la mano.

Cabe destacar que, para la implementación se contara con el apoyo de LigaSida Santander, Secretaría de Salud de Santander y UNFPA que cuentan con el recurso técnico y humano, también con líderes de las organizaciones Avanzando, LigaSida, mesas municipales LGTBIQ de Bucaramanga y su área metropolitana.

3.3.3 Fortalecimiento de capacidad técnica de los profesionales de salud

Esta estrategia transversal incluye acciones de biomédicas y conductuales dirigidas a equipos de salud con el fin de reconocer y abordar de manera integral las vulnerabilidades individuales, programáticas y estructurales encontradas en la presente investigación y las barreras en el sistema para acceso a atención integral y prevención en VIH, en todos los ámbitos, salud, educación, protección social y reconocer y fortalecer rutas de atención.

Para la sostenibilidad de esta estrategia se espera el apoyo de la Secretaría de Salud Departamental y el Comité Departamental de Salud Sexual y reproductiva, mesas LGTBI municipales y departamental y las diferentes organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que se involucran en acciones que dan respuesta al VIH en Santander.

3.4 Plan Operativo de la propuesta de intervención

A continuación, se presenta el Plan Operativo de la Propuesta de Intervención donde se abarcan los elementos sostenibilidad, tiempo e instituciones implementadoras (ver Tabla 4).

Tabla 5. *Plan Operativo de la propuesta de Intervención*

Plan Operativo de Propuesta de Acciones de Abordaje en prevención combinada para población HSH en Bucaramanga y su área metropolitana.					
Tipo de Estrategia	Sostenibilidad	Tiempo	Instituciones Implementadoras		
	Condón a la mano	Mediano plazo (6 meses)	(6)	LigaSida Santander y AHF Colombia	Secretaría de salud de Santander. UNFPA
	Talleres sobre prácticas sexuales. “Sin Buscar Excusas”	Mediano plazo (6 meses)	(6)	LigaSida Santander y AHF Colombia.	Secretaría de salud de Santander. UNFPA
Biomédicas	Fortalecimiento institucional y comunitario para conocer la PREP	Largo plazo (1 año)		LigaSida Santander y Secretaría de salud de Santander,	UNFPA
	Fortalecimiento institucional y comunitario para conocer la Profilaxis post exposición.	Largo Plazo (1 año)		LigaSida Santander y Secretaría de salud de Santander,	UNFPA
	Fortalecimiento institucional y comunitario para conocer la Tratamiento como prevención. Estrategia Indetectable=Intransmisible	Largo Plazo (1 año)		LigaSida Santander y Secretaría de salud de Santander,	UNFPA
Estrategias conductuales	Asesoría cognitiva personalizada, PCC. Antiretroviral Treatmentans Acces to Services (ARTAS)	Largo Plazo (1 año)		LigaSida Santander y Secretaría de salud de Santander,	UNFPA
	Cuidar de mí es Cuidar de ti	Largo Plazo (1 año)		LigaSida Santander, AHF,	Secretaría de salud de Santander, IPS de atención integral en Bucaramanga.
	Articulación de actores de la respuesta estructural (comité DPTAL de SSR, mesa técnica LGTBI	Largo Plazo (1 año)		Secretaría de salud de Santander, mecanismo coordinador departamental de SSR y Mesa técnica LGTIBI Bucaramanga y departamental.	
	Fortalecimiento de la respuesta comunitaria				
	Taller de formación de líderes HSH. Educación de pares. Complementa el piloto de condón a la mano.	Mediano plazo (6 meses).	(6)	LigaSida Santander, Secretaría de salud de Santander,	UNFPA
Estrategias estructurales	Fortalecimiento de capacidad técnica de los profesionales de salud para abordar barreras en sistema para acceso a atención y prevención en VIH. Estigma, rutas de atención salud y protección, barreras administrativas, barreras desde	Largo Plazo (1 año)		Secretaría de salud de Santander, UNFPA, mecanismo coordinador departamental de SSR y Mesa técnica LGTIBI Bucaramanga y departamental.	

4. Conclusiones y recomendaciones

Los resultados de la presente investigación indican que en el contexto de Bucaramanga se evidencia factores de vulnerabilidad en HSH que repercuten en el aumento de infecciones de VIH, la propuesta de intervención expuesta en este documento brindara los elementos necesarios a los tomadores de decisiones del orden departamental y municipal para que desarrollen diferentes estrategias de prevención combinada y mejoren la respuesta a las necesidades de prevención y atención en VIH.

Se evidencia que el grupo HSH reconoce barreras para el acceso a pruebas rápidas para VIH y otras ITS y a condones masculinos por la parte de los servicios de promoción y prevención que brindan las EAPBs. En contraste, se identificó que la oferta de estos servicios se ha garantizado en los últimos años a través de proyectos de financiación internacional que tiene como objetivo el abordaje de esta población. Sin embargo, existe la limitante de que la oferta solo se puede mantener por el tiempo que dura la financiación. Por lo tanto, se hace necesario el fortalecimiento de este tipo de acciones por las entidades encargadas dentro del sistema de salud, ya que es un derecho que deben garantizar a sus usuarios.

Aunque la PEP profilaxis pos exposición, está garantizada desde hace varios años en protocolos y guías de atención en VIH, se evidencia que en las entidades de salud hay negación de este servicio o demora injustificada que imposibilita la acción de los medicamentos que se deben suministrar entre las 6 y 72 horas después de la exposición, con mayor frecuencia en los casos exposición por ruptura del condón. Tal situación se presenta por trámites administrativos, desconocimiento de las normas y por prejuicios, estigma y discriminación hacia los HSH, trabajadores sexuales y mujeres trans.

Se recomienda la capacitación al personal de los servicios de urgencias y las instituciones de salud para realizar la oferta adecuada, la realización de acciones de vigilancia y control por parte de los entes encargados y el avance en procesos educativos dirigidos a los usuarios y comunidad para que reconozcan las rutas de atención que les permita acceder a este servicio como parte de sus derechos en salud y los sexuales y reproductivos.

Respecto a la PrEP profilaxis pre exposición, los resultados de la exploración permiten evidenciar la necesidad de desarrollar estrategias que permita el acceso a la información de calidad sobre este tipo de profilaxis dirigida a equipos de salud y población más vulnerable.

Se recomienda a las direcciones territoriales y los agentes del sistema general de seguridad social en salud del municipio, con la participación de organizaciones de sociedad civil, de base comunitaria y que viven con ITS o VIH, promover e implementar programas de prevención combinada del VIH, incluyendo la profilaxis pre exposición y diseñar e implementar estrategias de información en salud, educación para la salud, comunicación y movilización social enfocadas en la difusión de los derechos sexuales (DS) y derechos reproductivos (DR).

La investigación permitió reconocer el importante papel desempeñado por las organizaciones de base comunitarias (OBC) en Bucaramanga y su área metropolitana, en las acciones de prevención en ITS y VIH dirigidas a población HSH, al punto que los participantes y las instituciones identifican que en los últimos años han mantenido la oferta permanente de actividades educativas, APV, pruebas rápidas, suministro de condones y lubricantes, y han asegurado la canalización a servicios de salud de las personas que han recibido diagnóstico, lo que representa un gran aporte al sistema de salud.

Los hallazgos del presente estudio evidencian la necesidad del trabajo intersectorial articulado y comprometer a los sectores de la educación, protección y comunicación, en la implementación,

divulgación y desarrollo de las acciones de promoción de la salud. para dar una respuesta efectiva a las necesidades de las poblaciones claves y propender por la superación de las barreras que impiden el acceso a servicios integrales y de calidad tanto de prevención con de atención en VIH.

Se hace necesario el desarrollo de procesos continuos de inducción y reinducción a los profesionales de las instituciones de salud de las ciudades en guías de práctica clínica, atención diferencial en VIH, prácticas sexuales y sustancias psicoactivas, con la finalidad de crear competencias para el abordaje y acompañamiento adecuado de los usuarios.

Se recomienda que las entidades de salud estructuren servicios que permitan el fortalecimiento de las capacidades para atención diferencial, la prevención y el diagnóstico oportuno, a partir de la disponibilidad de pruebas de VIH, sífilis en consultorio y el tratamiento correspondiente, tales servicios se pueden enmarcar dentro de los ya existentes complementando el paquete de acciones de prevención combinada que desde lineamiento del ministerio se deben ofrecer.

Se recomienda el desarrollar estrategias de fortalecimiento articuladas con las organizaciones de sociedad civil, de base comunitaria y líderes de la población clave en competencias técnicas, formulación de estrategias de IEC para la reducción del estigma y la discriminación y de información y comunicación en SSR, con énfasis en ITS y VIH.

La propuesta de intervención del presente proyecto articula una serie de actividades de prevención combinada que permiten el fortalecimiento del sector comunitario e institucional y que responde a los factores de vulnerabilidad encontrados en el proceso de investigación, tales como: barreras de acceso a pruebas de VIH e ITS, condones, PrPE profilaxis pre exposición, PEP profilaxis pos exposición, situaciones de estigma y discriminación, mayor capacitación y acompañamiento de líderes pares que trabajen prevención de VIH, falta de articulación intersectorial, falta de servicios diferenciales para HSH en salud sexual y reproductiva, falta de

capacitación del personal de salud en atención en VIH. Se recomienda el trabajo articulado de entidades gubernamentales, no gubernamental y organizaciones de base comunitaria en la implementación de la presente propuesta.

Referencias bibliografía

- Alemán, D. y Latkin, C. (2012). Estabilidad Social y Comportamiento De Riesgo De VIH: Evaluando El Papel De La Vulnerabilidad Acumulada. *SIDA y comportamiento*, 16 (1), 168.
- Alvarado, L, García, M. (2008). Características más relevantes del paradigma socio-crítico: su aplicación en investigaciones de educación ambiental y de enseñanza de las ciencias realizadas en el Doctorado de Educación del Instituto Pedagógico de Caracas. *Revista Universitaria de Investigación*, 2(9), 187-202.
- Amirkhanian, Y. (2012). Revisión de la vulnerabilidad al VIH y el uso de preservativos en Europa central y oriental. *Salud sexual*, 9(1), 34-43.
- Arnal, J. (1992). *Investigación educativa, fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Ayres, J. y Junior, I. (2009). *Factores de vulnerabilidad a la infección por VIH en mujeres*. Bogotá: Ministerio de la Protección Social. Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Bonilla, E, y Rodríguez, P. (1997). *Más allá del dilema de los métodos*. Bogotá: Norma.
- Brunello, M. y Chiaravalloti, N. (2011). Áreas de vulnerabilidad para coinfección VIH-sida/TB en Ribeirão, S. *Revista Saúde Pública*, 45(3), 556-63.
- Craw, JA, Gardner, LI, Marks, G., Rapp, RC, Bosshart, J., Duffus, WA, ... y Schmitt, K. (2008). La gestión breve de casos basada en fortalezas promueve el ingreso a la atención médica del VIH: resultados del estudio de acceso al tratamiento antirretroviral-II. *Revista JAIDS de Síndromes de Inmunodeficiencia Adquirida*, 47 (5), 597-606.
- Fernández, P. (2015). ¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón? *MonoFigura*, 1(6).

- Gasch, A., Tomás, C., y Rubio, E. (2015). Pareja, situaciones socioeconómicas y prácticas de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(6), 412-418.
- Kurth, A, Celum C, Baeten J, Vermund, S. y Wasserheit J. (2011). Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities. *Current HIV/AIDS Reports* 8(1) p.62-72.
- Ligasida (2018). *Material a instituciones de atención y diagnóstico de VIH como herramienta fundamental para personas viviendo con VIH recién diagnosticadas*. <http://www.ligasida.org.co/2018/08/23/vivir-con-vih/>.
- Martínez, M. (2004). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas.
- Melero, N. (2012). El paradigma crítico y los aportes de la investigación acción participativa en la transformación de la realidad social: un análisis desde las ciencias sociales. *En Cuestiones pedagógicas*, 339-355.
- Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA. (2011) *“Estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia”*. Bogotá: Colombia.
- Ministerio de la Protección Social y Global Communities. (2015). *Protocolo e instructivo para la recolección de la información del estudio de Comportamiento sexual y prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Cúcuta, Pereira y Cartagena)*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social, Fondo de Población de Naciones Unidas. (2011). *Pautas para la realización de asesoría y prueba voluntaria, con enfoque de vulnerabilidad*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Guía de prevención en VIH/SIDAVIH/SIDA. Hombres que tienen sexo con Hombres*. Bogotá, Colombia.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y las infecciones TB/VIH y las hepatitis ByC, Colombia 2018-2021*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH y las coinfección TB/VIH y las hepatitis ByC, Colombia 2022-2025*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de Salud, República de Colombia. (1993). *Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá: Colombia.
- Morell, V., Gil, M., Ballester, R., y Díaz, I. (2014). Conductas de riesgo y actitudes relacionadas con la infección por VIH/SIDAVIH/SIDA en HSH. *Revista de Psicología INFAD*, 1(3).
- Mueses, H., Tello, I. y Galindo, J. (2017). Frecuencia de VIH+ y características relacionadas en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). *Revista UDEA. Facultad. Nacional de Salud pública*, 35(2).
- Mueses, H., Tello, I. y Galindo, J. (2017). Frecuencia de VIH+ y características relacionadas en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). *Revista UDEA Facultad. Nacional de Salud pública*, 35(2).
- Rodríguez, L., Moreno, L, Bautista, J., Ardila, A., Numa, E., Caicedo, P., Ramírez, L. (2009). *Prevalencia de infección por VIH/SIDAVIH/SIDA en hombres que tienen sexo con hombres en Bucaramanga, Colombia. Revista Salud UIS*.
- San Francisco Department of public health. (2017). *Personalized Cognitive Counseling (PCC) implementation manual*.
- Schero, A. (2016). Estigma y discriminación hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y mujeres trans: el impacto en la vulnerabilidad y riesgo frente al VIH/SIDAVIH/SIDA/ Stigma and discrimination against men who have sex with

men (MSM) and transgender women: the impact on vulnerability and risk of HIV / AIDS. *Independent Study Project (ISP) Collection.*

SDS, Bogotá, OPS, LigaSida. (2018). *Producto 1 con 18-00032426 informe final desarrollo de acciones promocionales y preventivas en el marco de la estrategia de prevención combinada de las ITS/VIH.* Documento no publicado

Tsasis, P., Nirupama, N., Runello, M. y Chiaravalloti, N. (2008). Vulnerabilidad y percepción del riesgo en el manejo del VIH/SIDAVIH/SIDA: Prioridades públicas en una pandemia global. *Política de curación de gestión de riesgos* 56-63.

UN (2015). Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Acción acelerada para la prevención combinada. Hacia la reducción de nuevas infecciones por el VIH a menos de 500000 de aquí a 2020. Bogotá.

Wolitski, R.; Valdiserri RO; Denning PH; Levine WC. (2001). Are we headed for a resurgence in the HIV epidemic among men who have sex with men? *Am J Public Health.*

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. PROPOSITO Y EXPLICACION

Como parte del proyecto "Factores que inciden en la vulnerabilidad frente a la infección por VIH/SIDA en un grupo de Hombres que tienen Relaciones Sexuales con Hombres (HSH)" como trabajo de grado para la Maestría en Intervención social de la UIS, en el marco de dicho proyecto Usted ha sido invitado para contribuir a dicho objetivo.

Le recuerdo que toda la información que vamos a abordar es anónima y que únicamente será usada para fines del ejercicio de investigación. La participación es voluntaria y usted tiene el derecho de contestar las preguntas que desee y no contestar las que no desee, así como a retirarse de la conversación cuando lo considere necesario.

b. PROCEDIMIENTOS

Si decide participar en la investigación, me gustaría invitarlo a participar en un grupo focal de aproximadamente dos horas, en esta actividad se le formularán preguntas sobre los factores de vulnerabilidad identificados para transmisión de VIH en hombres que tienen sexo con hombres. Usted está en la libertad de contestar las preguntas que quiera o no contestar aquellas que no quiera. Su nombre no será usado en la entrevista ni es un requisito para participar.

C. RIESGOS E INCOMODIDADES

Su participación en esta fase de investigación no implica ningún riesgo físico para Usted, sin embargo, algunas de las preguntas que se le formularán podrían hacerlos sentir incómodos, esta no es la intención del grupo focal, recuerde que usted está en libertad de responder o no cada pregunta.

D. CONFIDENCIALIDAD

Toda la información obtenida en la investigación se mantendrá estrictamente confidencial y se usará únicamente para fines de la investigación. Si existe alguna publicación como resultado, usted no será identificado. Durante la entrevista nos gustaría grabar en audio la conversación, para este fin al final de esta hoja encontrará un espacio para dar o no su consentimiento.

E. BENEFICIOS

La información que se obtenga a partir de su participación en esta fase de la investigación permitirá a la investigadora atender la realidades y necesidades de prevención en la población HSH.

F. COMPENSACION

Por su participación en esta fase de la investigación usted no recibirá compensación económica.

G. DERECHOS DE LA PERSONA/INSTITUCION

Usted tiene derecho a preguntar acerca de esta fase de investigación y de su participación en ella. Así como a que sus preguntas se respondan a su completa satisfacción. Usted puede hacer sus preguntas ahora antes de firmar este documento o en cualquier momento después de firmar. Si usted desea otra información o tiene preguntas acerca de los derechos de una persona que participa en la investigación puede contactar con la investigadora a número de teléfono o al correo que se encuentra al final de este formato.

SU PARTICIPACION EN ESTA FASE DE INVESTIGACION ES VOLUNTARIA. Tiene el derecho a rehusar participar o de retirarse en cualquier momento.

CONSENTIMIENTO

Yo _____ identificado con la cedula de ciudadanía No. _____ de _____ autorizo a _____ a incluirme en la investigación "Factores que inciden en la

Apéndice B. Guía de preguntas grupo Focal HSH

GUIA DE PREGUNTAS GRUPO FOCAL HSH	
Preguntas/Grupo Focal HSH	CATEGORIA VULNERABILIDAD
¿Qué es Prevención?	Individual y social
¿Han solicitado al servicio de salud algún proceso, elemento o que tenga que ver con prevención?	individual
¿Qué oferta del sistema identifica?	Individual y programatico
¿Por qué han solicitado el servicio?	individual
¿Ha solicitado alguna vez a la EPS una charla informativa sobre ITS, prueba de VIH o consumo de sustancias?	Individual y programatico
Afiliación al SGSSS ¿Quiénes tiene EPS?	Individual y programatico
¿Ha solicitado alguna vez la prueba de VIH? ¿A dónde la ha solicitado? ¿Cómo fue el proceso?	Individual y programatico
¿Dónde consiguen los condones?	Individual
¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en el sistema de salud o fuera de él? - ¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en su EPS?	Individual
¿Conocimiento o saben que es PrEP (profilaxis pre exposicion)? - ¿Ha solicitado alguna vez PrEP en el sistema de salud o fuera de él?	Programatico
¿Ha solicitado alguna vez PEP (profilaxis post exposicion) al sistema de salud o a algún otro actor? ¿Cuáles fueron las razones para solicitarlo? ¿Qué proceso llevó a cabo para obtener PEP? En caso de no haberlo solicitado nunca, ¿cuál cree usted que es el proceso mediante el cual se debe solicitar? ¿En cuáles casos lo solicitaría?	pROgramatico
¿Conoce el tratamiento como prevención en VIH?	Individual
¿Ha tenido alguna vez una ITS? ¿Si fue así, cuál fue? ¿Qué hizo en esa ocasión? ¿Cómo fue el proceso de atención? ¿En esa ocasión recibió tratamiento? ¿Le hicieron exámenes en esa ocasión? ¿Cuáles? ¿Los exámenes se los ordenó el médico de la EPS o los hizo por su cuenta en un laboratorio privado?	individual
¿Su EPS le ha invitado a participar en actividades educativas en salud alguna vez? ¿Cuáles?	programatico
¿Alguna vez los han llamado del sistema de salud?, ¿Les han hecho seguimiento?, ¿Les han ofertado un servicio?	programatico
¿Consideran ustedes que el VIH y las ITS pueden ser abordadas desde otros sectores diferentes a salud? ¿De qué forma?	individual, social y programatico.
¿Quiénes más podrían participar en la Prevención, generar escenarios para la prevención? ¿Cuáles serían y en donde?	individidual, social y programatico
¿Qué se necesitaría en términos de salud sexual y reproductiva, que les brindara las EPS o el sistema de salud?	programatico
¿Consideran importante que el médico o profesional de salud conozca las prácticas sexuales?	programatico
¿Qué prácticas sexuales llevan a cabo?	individual
¿En sus relaciones sexuales lleva a cabo alguna acción específica para prevenir la transmisión del VIH y las ITS? ¿Cuáles?	individual
¿Usa alguna sustancia psicoactiva o alcohol para tener relaciones sexuales?	Individual
¿Como partir del placer para prevenir?	Individual
¿Cómo podría ayudar en temas de prevención a la comunidad HSH?	Individual
¿Estarían de acuerdo en una estrategia en la cual líderes comunitarios suministraran	individual
¿En qué lugares los preservativos deben estar ubicados?	social y programatico

Apéndice C. Matriz Analítica grupo focal

MATRIZ ANALITICA GRUPO FOCAL HSH		
Reguntas/Grupo Focal	CATEGORIA VULNERABILIDAD	OBSERVACIONES DE GRUPO REALIZADO
¿Qué es Prevención?	Individual y social	Los participantes relacionaron este concepto con ideas como “saber actuar”, “usar herramientas para evitar algo”, “hacer uso de medidas que se orienten a evitar una circunstancia de riesgo”. En general las descripciones hicieron énfasis en una relación entre el conocimiento y la acción, es decir, saber hacer conservando la salud. Los participantes relacionaron este concepto con ideas como “metodología para prever o evitar situación especial”, “informar sobre las cosas a tratar”, “protocolo para prever ciertas circunstancias”, “Normas o dispositivos que se utilizan la minimización de cualquier riesgo que afecte la salud”, “autocuidado y conocimiento que puede causar algún tipo de riesgo en mí”. Se evidencia la relación de informarse para prever, y poder minimizar el riesgo a que se enfrentan en salud.
¿Han solicitado al servicio de salud algún proceso, elemento o que tenga que ver con prevención?	individual	En general los participantes identifican la prueba de VIH y algunos la entrega de condones, otros identifican ir a consulta con un médico y otros a resolver alguna situación de su salud sexual. El acceso a los servicios ofertados por la EPS, se limitan únicamente al sitio donde ofrece el servicio, no llegan a la población a los territorios o lugares donde se encuentra la población o comunidad; un asistente manifiesta: “No llegan las campañas o brigadas de prevención, como condones, al establecimiento”, “No hay claridad sobre la realización de las pruebas de VIH, porque muchas veces las campañas llegan tarde”. Se evidencia que antes les entregaban condones y los malgastaban no los cuidaban; ahora que no hay más condones sin costo alguno o gratis, se quejan porque se debe cancelar un valor para recibirlo o tener que usar las máquinas dispensadoras de condones de secretaria de salud. Tampoco, se tenía claridad del tiempo de la campaña, quien la ofertaba y que era un proyecto subsidiado. s que viven con VIH”. También, en los servicios de salud no se puede hablar del sexo explícito, consumo de sustancias y prácticas, porque se siente pena o cohibición frente al profesional de salud, por “no estar preparado”, o “no manejar un lenguaje adecuado” o “desconocimiento de como se tratan las persona
¿Qué oferta del sistema identifica?	Individual y programático	Se identifica la entrega de condones, la promoción de la prueba de VIH, debodi a que algunos de los participantes fueron líderes en el proyecto del FMP prueba de VIH, entrega de condones
¿Por qué han solicitado el servicio?	individual	Los participantes solicitan la prueba de VIH por control y prevención, por sentirse en riesgo, por cuidar su estado de salud. Los servicios se han solicitado cuando los participantes tiene una necesidad manifiesta, por ejemplo han vivido una situación de riesgo y necesitan ahcersela prueba, o no tiene acceso fácilmetne
¿Ha solicitado alguna vez a la EPS una charla informativa sobre ITS, prueba de VIH o consumo de sustancias?	Individual y programático	Los partiipantes manifiestan que han solicitado la prueba de VIH al servicio de salud, aunque solamente uno mencionó haber recibido una charla informativa en un servicio como adolescente. al preguntar si al hacerse la prueba habían recibido asesoría, algunos dijeron que no y dos dijeron que sí y que precisamente en ese proceso habían podido hablar sobre algunos temas sexuales y despejar dudas. Al indagar sobre la prueba de VIH, los participantes informan que la han realizado en sus EPS, con prueba de sangre en brazo, que fue un proceso normal; que lo único es la demora en la lectura del resultado con psicólogo o trabajador social, se deben buscar estrategias para llegar a la lectura con el profesional. Son entre 8 y 15 días el proceso de la toma y entrega del resultado.
Afiliación al SGSSS ¿Quiénes tiene EPS?	Individual y programático	Todos dijeron tener una EPS que les atendía, solamente dos mencionaron pertenecer al régimen subsidiado y el resto al contributivo . Al preguntar quienes tienen EPS, informan que tienen régimen contributivo o independiente.
¿Ha solicitado alguna vez la prueba de VIH? ¿A dónde la ha solicitado? ¿Cómo fue el proceso?	Individual y programático	ALgunos mencionaron haber solicitado la prueba en la EPS, sin embargo, dado que en el lugar de grupo focal se habían realizado pruebas de VIH en el marco del proyecto del Fondo Mundial, varios de los participantes mencionaron esa experiencia como una importante alternativa en la que pudieron encontrar la prueba de manera fácil y cercana. De otro lado, quienes habina facilitado ese mismo proceso de asesoría para la prueba mencionaron que a veces era complicado hacer las pruebas porque se requiere de una logística muy eficiente para lograr confidencialidad y proyectar una atmósfera segura y confiable. Al indagar acerca servicios de prevención que los participantes hubieran solicitado a algún actor del sistema de salud, mencionaron en primer lugar la prueba de VIH, la mayoría mencionó haber accedido de manera fácil cuando la solicitaron; solamente uno de los asistentes mencionó que le habían hecho una prueba rápida, mientras que los demás dijeron que les habían tomado muestras de sangre venosa y habían tenido que esperar en promedio ocho días para recibir el resultado. La mayoría de los participantes mencionó haber recibido asesoría y que en ese proceso se les había explicado que si la prueba les salía negativa les harían una prueba confirmatoria de laboratorio con otra muestra de sangre. Respecto a los lugares donde habían solicitado prueba de VIH los participantes refirieron en su mayoría las EPS y dos personas mencionaron a Ligasida y una más mencionó Profamilia. Respecto a otros servicios de prevención mencionados por los participantes, se halló la demanda de condones; al preguntar dónde solían conseguirlos, refirieron sitios de encuentro sexual, bares, discotecas, saunas, tres participantes no sabían que podían solicitar condones en su EPS. Un participante mencionó que la oficina de bienestar universitario de la Universidad Autónoma le entregaba condones cuando quisiera. Algunos participantes mencionaron que en Ligasida podían pedir condones y pruebas de VIH, así mismo

Preguntas/Grupo Focal	CATEGORIA VULNERABILIDAD	OBSERVACIONES DE GRUPO REALIZADO
¿Dónde consiguen los condones?	Individual	<p>Algunos participantes mencionaron que en la rumba les suministraban algunas veces condones, dos de ellos mencionaron que en la EPS algunas veces, otros más mencionaron que los amigos se los suministraban, algunos mencionaron que algunas veces los compraban</p> <p>En las EPS les entregan condones a los participantes, de 10 a 20 unidades; en los servicios complementarios, diferente donde los atienden usualmente.</p> <p>Se indagan frente al dispensador de condones: Les parece una buena estrategia; pero deberían ser gratuitos, porque a veces no tienen \$500 pesos por condón o gastan más de un condón en la práctica sexual o encuentro sexual – preferiblemente subsidiados por el distrito o un costo menor.</p> <p>¿Donde sería buena la ubicación del dispensador de condones, en el establecimiento?: Debe estar ubicado en el sitio donde se presenta el encuentro sexual o la práctica sexual, tenerlos a la mano. También, la ubicación puede ser en bomboneras o recipientes transparentes que estén a la mano.</p>
¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en el sistema de salud o fuera de él? - ¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en su EPS?	Individual	<p>Respecto a la posibilidad de solicitar lubricantes dentro del sistema de salud los participantes abordaron con extrañeza esta pregunta, pues nunca se los han ofrecido en el sistema de salud y tampoco habían pensado que esto pudiera solicitarse ya que siempre lo han comprado en droguerías y supermercados. Al preguntar sobre las marcas usadas la mayoría mencionó KY, a su vez dos personas mencionaron J-Lube, producto que se usa en la práctica fisting.</p> <p>Los participantes manifestaron no tener conocimiento de que se podía solicitar o no el lubricante en su EPS; reafirman no solicitar el lubricante en sus servicios de salud; además, que nunca se los han ofrecido.</p> <p>También, informan que con el proyecto de alianza de VIH – Fondo Mundial, les entregaban un paquete de condones y lubricantes en Theatron, bares y otros lugares, hoy en día ya no.</p> <p>Las marcas usadas por la mayoría son: KY y J-Lube; los consiguen con sus amigos, en el establecimiento, distribuidor internet, sex shop y farmacia.</p>
¿Conocimiento o saben que es PrEP (profilaxis pre exposición)? - ¿Ha solicitado alguna vez PrEP en el sistema de salud o fuera de él?	Programático	<p>Al preguntar a los participantes si sabían que era PrEP, no todos contestaron que si entendían de qué se trataba, uno de ellos explicó para todos los demás “Es un tratamiento preventivo retroviral para el –contagio- del VIH”, frente a la afirmación algunos dijeron nunca haber escuchado al respecto, mientras que otros dijeron que sí sabían que existía dicho tratamiento, mientras que otro participante preguntó si era legal. Se explicó que es una opción preventiva legal que está funcionando en varios países, pero que en Colombia aún no se tiene y que la idea era conocer sus percepciones al respecto.</p> <p>Otro de los participantes afirmó que en la aplicación Grindr se puede conseguir PrEP por COP \$40.000 el mes de tratamiento y que por eso preguntaban si era legal o no, pues les daba cierta desconfianza que se vendiera en una aplicación para encuentros sexuales.</p> <p>Un par de participantes más explicaron al resto del grupo que se debe tener muy en cuenta que PrEP protege solamente frente al VIH pero no frente a otras ITS, por lo tanto es importante siempre usar condón en las relaciones sexuales.</p> <p>Al preguntar a los participantes si sabían que era PrEP, la mayoría manifestaron que si conocen y están familiarizados con el término PrEP, pero en sí, no se tiene claridad o certeza de lo que es. Un asistente explicó a los demás: “Es un tratamiento preventivo, para que la persona no se contagie de VIH”; se les aclara sobre la profilaxis Pre.</p> <p>Se les indaga, si en la EPS pueden solicitar la PrEP, al cual contestan que no saben. Un usuario, manifestó que una ocasión la solicitó en su EPS – Compensar, y se la dieron, pero con orden de un comité técnico científico.</p> <p>Otro de los participantes afirmó, que en los establecimientos de rumba la están ofreciendo en la entrada, se está entregando sin control médico. Que tiene un costo de 80.000 aproximadamente, viene en una bolsita con Viagra, Truvada y otra cosa.</p>
¿Ha solicitado alguna vez PEP (profilaxis post exposición) al sistema de salud o a algún otro actor? ¿Cuáles fueron las razones para solicitarlo? ¿Qué proceso llevó a cabo para obtener PEP? En caso de no haberlo solicitado nunca,	pROgramático	<p>Una vez explicado el concepto de Profilaxis Post Exposición ninguno de los participantes mencionó haber recurrido a esta estrategia de prevención, la mayoría ni siquiera sabía que podía demandar ese servicio y a ninguno de ellos se les había ofertado en el sistema de salud.</p> <p>Un participante explicó que en una ocasión en que se le rompió el condón fue al servicio médico y simplemente se hizo la prueba, pero no se le ofertó PEP.</p> <p>Ninguno de los participantes mencionó haber solicitado PEP al sistema de salud, pues no tienen noticia de que esta alternativa de prevención esté disponible</p>
¿Conoce el tratamiento como prevención en VIH?	Individual	<p>Respecto al tratamiento como prevención la mayoría de los participantes refirieron si conocer esta alternativa e incluso conocer casos de amigos y PVS cercanas que contaban con una buena calidad de vida estando indetectables. Sólo los participantes más jóvenes evidenciaron que no tenían esa información y que era la primera vez que oían hablar de esa posibilidad. No se hicieron preguntas directas que pudieran evidenciar si algún participante era PVS, sin embargo, era evidente la experticia de algunos en el tema frente a otros mucho más desinformados, incluso porque había un enfermero entre ellos.</p> <p>Respecto al tratamiento como prevención, la mayoría de los participantes desconocen el tema o no tenían clara la información –“Se cree que se generan ciertos anticuerpos para prevenir cierto riesgo”.</p> <p>Se les cuestiona sobre si, ¿conocen personas que tienen sexo sin condón por ser indetectables?: Sí, pero se pueden poner en riesgo o exponerse con otras ITS, no se tiene un buen autocuidado de la salud que debe estar acompañada de alimentación, ejercicio, control del trago y asistir al médico.</p> <p>Un participante informa que es diagnosticado de VIH hace 23, toma medicamentos hace 5 años; que empezó tarde el tratamiento por NO presentar síntomas de deterioro, que lo atendían en la fundación EUDES; ahora sabe que, si toma los medicamentos, se hace los exámenes de control de carga viral con aumento de CD4 y cambiar unos hábitos de calidad de vida va estar mejor.</p>

Reguntas/Grupo Focal	CATEGORIA VULNERABILIDAD	OBSERVACIONES DE GRUPO REALIZADO
¿Dónde consiguen los condones?	Individual	<p>Algunos participantes mencionaron que en la rumba les suministraban algunas veces condones, dos de ellos mencionaron que en la EPS algunas veces, otros más mencionaron que los amigos se los suministraban, algunos mencionaron que algunas veces los compraban</p> <p>En las EPS les entregan condones a los participantes, de 10 a 20 unidades; en los servicios complementarios, diferente donde los atienden usualmente.</p> <p>Se indagan frente al dispensador de condones: Les parece una buena estrategia; pero deberían ser gratuitos, porque a veces no tienen \$500 pesos por condón o gastan más de un condón en la práctica sexual o encuentro sexual – preferiblemente subsidiados por el distrito o un costo menor.</p> <p>¿Dónde sería buena la ubicación del dispensador de condones, en el establecimiento?: Debe estar ubicado en el sitio donde se presenta el encuentro sexual o la práctica sexual, tenerlos a la mano. También, la ubicación puede ser en bomboneras o recipientes transparentes que estén a la mano.</p>
¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en el sistema de salud o fuera de él? - ¿Ha solicitado alguna vez lubricantes en su EPS?	Individual	<p>Respecto a la posibilidad de solicitar lubricantes dentro del sistema de salud los participantes abordaron con extrañeza esta pregunta, pues nunca se los han ofrecido en el sistema de salud y tampoco habían pensado que esto pudiera solicitarse ya que siempre lo han comprado en droguerías y supermercados. Al preguntar sobre las marcas usadas la mayoría mencionó KY, a su vez dos personas mencionaron J-Lube, producto que se usa en la práctica fisting.</p> <p>Los participantes manifestaron no tener conocimiento de que se podía solicitar o no el lubricante en su EPS; reafirman no solicitar el lubricante en sus servicios de salud; además, que nunca se los han ofrecido.</p> <p>También, informan que con el proyecto de alianza de VIH – Fondo Mundial, les entregaban un paquete de condones y lubricantes en Theatron, bares y otros lugares, hoy en día ya no.</p> <p>Las marcas usadas por la mayoría son: KY y J-Lube; los consiguen con sus amigos, en el establecimiento, distribuidor internet, sex shop y farmacia.</p>
¿Conocimiento o saben que es PrEP (profilaxis pre exposición)? - ¿Ha solicitado alguna vez PrEP en el sistema de salud o fuera de él?	Programático	<p>Al preguntar a los participantes si sabían que era PrEP, no todos contestaron que si entendían de qué se trataba, uno de ellos explicó para todos los demás “Es un tratamiento preventivo retroviral para el –contagio- del VIH”, frente a la afirmación algunos dijeron nunca haber escuchado al respecto, mientras que otros dijeron que sí sabían que existía dicho tratamiento, mientras que otro participante preguntó si era legal. Se explicó que es una opción preventiva legal que está funcionando en varios países, pero que en Colombia aún no se tiene y que la idea era conocer sus percepciones al respecto.</p> <p>Otro de los participantes afirmó que en la aplicación Grindr se puede conseguir PrEP por COP \$40.000 el mes de tratamiento y que por eso preguntaban si era legal o no, pues les daba cierta desconfianza que se vendiera en una aplicación para encuentros sexuales.</p> <p>Un par de participantes más explicaron al resto del grupo que se debe tener muy en cuenta que PrEP protege solamente frente al VIH pero no frente a otras ITS, por lo tanto es importante siempre usar condón en las relaciones sexuales.</p> <p>Al preguntar a los participantes si sabían que era PrEP, la mayoría manifestaron que si conocen y están familiarizados con el término PrEP, pero en sí, no se tiene claridad o certeza de lo que es. Un asistente explicó a los demás: “Es un tratamiento preventivo, para que la persona no se contagie de VIH”; se les aclara sobre la profilaxis Pre.</p> <p>Se les indaga, si en la EPS pueden solicitar la PrEP, al cual contestan que no saben. Un usuario, manifestó que una ocasión la solicito en su EPS – Compensar, y se la dieron, pero con orden de un comité técnico científico.</p> <p>Otro de los participantes afirmó, que en los establecimientos de rumba la están ofreciendo en la entrada, se está entregando sin control médico. Que tiene un costo de 80.000 aproximadamente, viene en una bolsita con Viagra, Truvada y otra cosa.</p>
¿Ha solicitado alguna vez PEP (profilaxis post exposición) al sistema de salud o a algún otro actor? ¿Cuáles fueron las razones para solicitarlo? ¿Qué proceso llevó a cabo para obtener PEP? En caso de no haberlo solicitado nunca,	Programático	<p>Una vez explicado el concepto de Profilaxis Post Exposición ninguno de los participantes mencionó haber recurrido a esta estrategia de prevención, la mayoría ni siquiera sabía que podía demandar ese servicio y a ninguno de ellos se les había ofertado en el sistema de salud.</p> <p>Un participante explicó que en una ocasión en que se le rompió el condón fue al servicio médico y simplemente se hizo la prueba, pero no se le ofertó PEP.</p> <p>Ninguno de los participantes mencionó haber solicitado PEP al sistema de salud, pues no tienen noticia de que esta alternativa de prevención esté disponible</p>

Preguntas/Grupo Focal	CATEGORIA VULNERABILIDAD	OBSERVACIONES DE GRUPO REALIZADO
¿Conoce el tratamiento como prevención en VIH?	Individual	Respecto al tratamiento como prevención la mayoría de los participantes refirieron si conocer esta alternativa e incluso conocer casos de amigos y PVS cercanas que contaban con una buena calidad de vida estando indetectables. Sólo los participantes más jóvenes evidenciaron que no tenían esa información y que era la primera vez que oían hablar de esa posibilidad. No se hicieron preguntas directas que pudieran evidenciar si algún participante era PVS, sin embargo, era evidente la experticia de algunos en el tema frente a otros mucho más desinformados, incluso porque había un enfermero entre ellos. Respecto al tratamiento como prevención, la mayoría de los participantes desconocen el tema o no tenían clara la información –“Se cree que se generan ciertos anticuerpos para prevenir cierto riesgo”. Se les cuestiona sobre si, ¿conocen personas que tienen sexo sin condón por ser indetectables?: Sí, pero se pueden poner en riesgo o exponerse con otras ITS, no se tiene un buen autocuidado de la salud que debe estar acompañada de alimentación, ejercicio, control del trago y asistir al médico. Un participante informa que es diagnosticado de VIH hace 23, toma medicamentos hace 5 años; que empezó tarde el tratamiento por NO presentar síntomas de deterioro, que lo atendían en la fundación EUDES; ahora sabe que, si toma los medicamentos, se hace los exámenes de control de carga viral con aumento de CD4 y cambiar unos hábitos de calidad de vida va estar mejor.
¿Ha tenido alguna vez una ITS? ¿Si fue así, cuál fue? ¿Qué hizo en esa ocasión? ¿Cómo fue el proceso de atención? ¿En esa ocasión recibió tratamiento? ¿Le hicieron exámenes en esa ocasión? ¿Cuáles? ¿Los exámenes se los ordenó el médico de la EPS o los hizo por su cuenta en un laboratorio privado?	individual	Respecto a la situación con ITS un participante refirió que en una ocasión recurrió al médico y la experiencia para él fue “traumática”, dado que tuvo que hablar con varias personas del sistema de salud al respecto para poder acceder a la atención que requería. Otros participantes explicaron que les ha parecido mejor aprender a identificar los síntomas de una ITS para autorrecetarse y así lo han hecho cuando lo han necesitado. Otro más dijo que prefería consultarle a un amigo médico y que le había recetado clindamicina y azitromicina. Hubo un consenso general en que cuando tienen alguna señal de una ITS les da pena ir al médico y prefieren solucionar las situaciones por su cuenta. Respecto a la situación con ITS un participante refirió que en una ocasión le paso una, que recurrió donde un amigo que le recomendó PROFAMILIA, porque allá lo atienden bien y sin lio de nada; que le dieron unas pastillas y se curó. Refieren que han usado o comprado Penicilina – Azitromicina. Al indagar sobre si ¿les han hecho algún examen, por tener síntomas de una ITS?: Con un examen de orina o de sangre. ¿Cómo saber si tengo una ITS?: Son síntomas como inflamación de ganglios, temperatura - fiebre, rasquiña, ardor, ampollas, verrugas y olor. “El sistema de salud en Colombia para personas LGBT, no es tan abierto y diferentes prácticas sexuales que nos da pena decir, preferiblemente ir a la farmacia por comodidad y cercanía, y el acceso a salud es muy difícil; y faltan lugares u organizaciones que toquen el tema más abiertamente y no que lo tilden con la ITS, o como drogadicto o consumidor por utilizar una sustancia en la práctica sexual”. “En las EPS, no tiene un folleto o desconocen cuáles son nuestras prácticas sexuales, no hay verdadero conocimiento de nuestra realidad y prácticas”. “No se puede acceder al sistema de salud y tampoco a un especialista, porque el sistema es muy complejo, es mejor buscar un amigo enfermero o automedicarse en la farmacia”.
¿Su EPS le ha invitado a participar en actividades educativas en salud alguna vez? ¿Cuáles?	programatico	A este respecto solamente dos participantes refirieron haber recibido una charla de prevención de ITS y VIH en Compensar, ninguno mencionó haber recibido alguna otra oferta educativa en prevención. Ningún participante mencionó haber sido invitado a este tipo de actividades
¿Alguna vez los han llamado del sistema de salud?, ¿Les han hecho seguimiento?, ¿Les han ofertado un servicio?	programatico	Solamente un participante refirió haber sido llamado par hacer seguimiento a una cita . La mayoría de los participantes manifiestan que nunca los han llamado, que solamente lo hacen cuando ellos lo requieren o lo motivan. Además, informan que no siente satisfacción al encontrarse frente a un conmutador y prefieren no llamar.
¿Consideran ustedes que el VIH y las ITS pueden ser abordadas desde otros sectores diferentes a salud?	individual, social y programatico.	En torno a esta pregunta los participantes enfatizaron en que la información sobre estos temas debe también darse en las universidades y en los colegios. Así mismo mencionaron la educación organizacional en empresas, el voz a voz, las EPS, los espacios de participación LGBTI y los de encuentros de hombres.
¿Quiénes más podrían participar en la Prevención, generar escenarios para la prevención? ¿Cuáles serían y en donde?	individual, social y programatico	Algunos participantes hacen referencia a la necesidad de hacer articulaciones entre salud y educación, al igual que abordar estos temas desde medios masivos de comunicación. Los participantes refieren que desde las fundaciones y organizaciones; los mismos establecimientos que ofrecen los servicios de encuentro sexual – saunas, videos y spa. Centros comunitarios, líderes sociales. Un participante refiere, “Que en muchas oportunidades los servicios de salud del hospital, no abordaron a la población que correspondía y hacían pasar personas que no correspondían a la población LGBT, sino que era población general para el cumplimiento de sus metas, debería ser manejado por las organizaciones de base comunitaria”.

Preguntas/Grupo Focal	CATEGORÍA VULNERABILIDAD	OBSERVACIONES DE GRUPO REALIZADO
¿Qué se necesitaría en términos de salud sexual y reproductiva, que les brindara las EPS o el sistema de salud?	programático	Los participantes enfatizan en poder acceder a servicios más amigables para las personas LGBT, en los cuales puedan hablar de sus necesidades, de su sexualidad, con personal especializado que comprenda y pueda dar apoyo y orientaciones. Los participantes manifestaron: Grupos de apoyo en las EPS, para las personas que viven con VIH. El abordaje de las prácticas sexuales y salud sexual que sea abierto, que lleguen al territorio sin prejuicio, que se pueda hablar libremente y tener grupos donde llegar para despejar sus dudas.
¿Consideran importante que el médico o profesional de salud conozca las prácticas sexuales?	programático	Para los participantes el trato diferencial y la comprensión de sus necesidades desde la sexualidad es importante siempre y cuando sirva para ofrecer un mejor servicio. Los participantes hicieron mención a la necesidad de poder hablar tranquilamente con el personal de la salud respecto a sus prácticas sexuales y el deseo.
¿Qué prácticas sexuales llevan a cabo?	individual	<p>Sexo oral. Los participantes refirieron practicar sexo oral sin uso de condón, siendo enfáticos en que les disgustaba que el látex se interpusiera para el contacto en esta práctica, no obstante evidenciaron conocer muy bien los riesgos frente al VIH y las ITS cuando hay heridas en la boca o cuando se tragan secreciones.</p> <p>Penetraciones anales. Todos los participantes refirieron tenerlas, la mayoría con uso de condón, enfatizaron también que eran muy respetuosos de quienes no quisieran usarlo con condón.</p> <p>Fisting. Seis de los participantes manifestaron practicarlos.</p> <p>Bondage. Cuatro participantes refirieron practicarlos, todos evidenciaron conocer la práctica.</p> <p>Spanking. Varios participantes refirieron que les gustaban algunas palmadas, pero no necesariamente los golpes agresivos en el resto del cuerpo.</p> <p>Doble penetración. Solamente un participante refirió realizarla, aunque el anfitrión de la fiesta manifestó que esta es una práctica frecuente en las fiestas que lleva a cabo.</p> <p>Scat. Ninguno de los participantes refirió realizarla y evidenciaron gestos de desagrado.</p> <p>Bukake. Dos participantes refirieron llevarla a cabo.</p> <p>Felching. Ningún participante refirió realizarlo.</p> <p>Gang bang. Varios participantes manifestaron haber participado alguna vez en uno.</p> <p>Bukake: Dos personas mencionaron llevar a cabo esta práctica.</p>
¿En sus relaciones sexuales lleva a cabo alguna acción específica para prevenir la transmisión del VIH y?	individual	A este respecto los participantes mencionaron únicamente el uso del condón. Los participantes hicieron referencia al condón. La abstinencia, no tener pareja.
¿Usa alguna sustancia psicoactiva o alcohol para tener relaciones sexuales?	Individual	En torno a esta pregunta todos los participantes refirieron usar o haber usado alcohol. Se mencionaron las siguientes sustancias: Popper, Marihuana, Cocaína, Ketamina, Ácidos, GHB, Éxtasis Varios de los participantes mencionaron también consumir sildenafil y mezclarlo con otras sustancias.
¿Como partir del placer para prevenir?	Individual	El poder hablar de lo que le gusta a las personas ayudaría a que se comprenda las prácticas que tienen y las razones por las que las llevan a cabo. Se podría hablar de prevenir pero desde lo que las personas hacen, esto puede hacerse por ejemplo a través de instrumentos de comunicación. Los participantes mencionan que rara vez es tenido el placer de manera explícita en la consulta médica. Algunos consideran que hablar de sus prácticas sexuales con el personal de la salud les ayudaría a obtener mejores respuestas a sus inquietudes y necesidades en su salud sexual.

Apéndice D. Entrevista semiestructurada institucional

GUÍA DE TRABAJO PARA ENTREVISTA INSTITUCIONAL Introducción

Gracias por atender la entrevista. La presente entrevista forma parte del proyecto de grado "factores de vulnerabilidad para VIH e ITS en población HSH en el municipio de Bucaramanga" que tiene como objetivo a partir de ese reconocimiento de factores plantear una propuesta de intervención para prevención de ITS y VIH con este grupo poblacional, por su experiencia en trabajo en esta área ha sido seleccionada para contribuir a dicho objetivo. Le recordamos que toda la información que vamos a abordar es anónima y que únicamente será usada para fines del ejercicio de investigación. La participación es voluntaria y usted tiene el derecho de contestar las preguntas que desee y no contestar las que no desee; así como a retirarse de la conversación cuando lo considere necesario.

Institución:
Cargo:

¿Cuáles son los factores de riesgo que requieren activación de ruta PYP SSR por profesionales de la salud?
¿Se realizan actividades dirigidas a las poblaciones clave para prevención del VIH?
¿Cuál es la ruta de acceso a los servicios de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva, cuando se identifica algún factor de riesgo en el paciente por parte del profesional de la salud?
Que acciones sugeriría para ampliar o mejorar la prevención de ITS y VIH en población HSH?
Identifica barreras de acceso para grupo HSH para acceder a la ruta de servicios.

Promoción y prevención

- ¿Cómo se oferta la Prueba de VIH?
- ¿Cómo se ofertan y entregan los condones masculinos y femeninos?
- ¿Se incluye información sobre el uso de lubricante en la entrega de condones?
- ¿Qué opina sobre el uso de PrEP (profilaxis pre exposición)?
- ¿Cómo se oferta la PEP (profilaxis post exposición)? ¿en qué servicios?
- ¿en qué circunstancias se debe hacer inicio temprano de ARV? ¿Qué estrategias utilizan para mejorar y garantizar adherencia * administrativas y clínicas
¿Qué acciones de seguimiento se le da los casos identificados de ITS?
Cómo son las estrategias educativas para la prevención del VIH * individuales/ colectivas
¿Qué tienen en cuenta para los diseños de esas estrategias? * poblaciones clave
¿cuáles otros ámbitos podrían contribuir a la prevención del VIH? *Estructurales
¿Cómo se articula con otros sectores para la prevención del VIH?

Prácticas sexuales

- Conversemos sobre las prácticas sexuales de la población. ¿Se tienen en cuenta para los
- lineamientos de acciones de prevención?
- ¿generan demanda inducida a las poblaciones clave?
- ¿La institución desarrolla acciones preventivas frente al consumo recreativo de SPA y alcohol con las poblaciones abordadas?
- ¿Existe articulación entre programas de prevención de salud sexual y reproductiva y programas de salud mental?
 - ¿Se tiene en cuenta el placer a la hora de plantear estrategias de prevención del VIH?
- ¿Identifica situaciones de estigma y discriminación hacia las personas que acceden a los servicios de promoción y prevención de VIH o ITS o que viven con VIH?
¿Cuales?

Cierre

Agradecemos su participación la información brindada por usted nos ayudara a potenciar las acciones de prevención en VIH. Le estaremos invitando a la presentación de resultados.