

Bogotá, D.C., septiembre de 2024

Señores:

EMPRESA NACIONAL PROMOTORA DEL DESARROLLO TERRITORIAL S.A. – ENTerritorio

Atn. Dr. Carlos González

Supervisor Contrato 2240084

Ciudad

REFERENCIA: INFORME PRE-ANALISIS DE NOTAS DE CAMPO

Apreciado doctor:

Adjunto enviamos informe Pre – análisis de notas de campo correspondiente al contrato No. 2240084.

Atentamente,


RAQUEL SOFÍA AMAYA
REPRESENTANTE LEGAL

INVESTIGACIÓN OPERATIVA

“Sentires, pensares y actuares en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de prevención combinada del VIH, de personas HSH, TS, TRANS, PID y migrantes venezolanos, en 14 ciudades de Colombia, que hacen parte del proyecto de Acuerdo de Subvención No. COL-H-EnTerritorio 3042”

INFORME

PRE-ANÁLISIS DE NOTAS DE CAMPO

INVESTIGADORA PRINCIPAL

YAIRA YOHANNA PARDO MORA RN PhD

CONTRATO

Diseñar, validar, producir, implementar y monitorear una estrategia de comunicación, educación y movilización social para prevención combinada de VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí, de la población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas trans (TRANS), personas que ejercen el trabajo sexual (TS), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas, de 14 ciudades de Colombia (Armenia, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cúcuta, Dosquebradas, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Barranquilla y Villavicencio), en el marco del acuerdo de subvención Col-H-EnTerritorio 3042 (convenio no. 222005) suscrito con el Fondo Mundial.

CORTE A 4 DE SEPTIEMBRE 2024

Contenido

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN	5
2. ANTECEDENTES	5
3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	10
3.1. Pregunta principal	10
3.2. Preguntas secundarias	10
4. OBJETIVOS	11
4.1. Objetivo General	11
4.2. Objetivos específicos	11
5. METODOLOGÍA	12
5.1. Diseño	12
5.2. Población y Participantes	14
5.3. Criterios de inclusión y exclusión	19
5.4. Técnica de recolección de información	19
5.4.1. Guion de grupo focal	21
5.5. Lugares de ejecución de la investigación	23
5.5.2. Consentimiento informado	25
6. RESULTADOS PRELIMINARES CORTE AL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2024	28
6.1. Cumplimiento del cronograma propuesto	29
6.2. Preamálisis por grupo de población	29
6.2.1. Población HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres)	29
6.2.2. Población Mujeres y hombres Trans	31
6.2.3. Población Mujeres y hombres trabajadorxs sexuales	32
6.2.4. Población Mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana	33
6.2.5. Población PID (personas que se inyectan drogas)	34
6.3. Preamálisis por objetivos propuestos	35
6.3.1. Sentires	35
6.3.2. Pensares	35
6.3.3. Actuares	36
6.4. Comunicación modos, medios, lenguajes y mensajes	37
6.5. Preamálisis respecto a la prevención combinada como estrategia	37
6.6. Acercamiento a elementos teorizantes	38

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de grupos claves por ciudad y por elemento de énfasis del componente biomédico.	16
Tabla 2. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.	18
Tabla 3. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.	18

1. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

Analizar los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada para VIH en 14 ciudades de Colombia.

2. ANTECEDENTES

Desde el comienzo de la epidemia de la infección por el VIH, se ha establecido la necesidad de acelerar el avance hacia el fin de las epidemias de SIDA e ITS como problemas de salud pública, es así como en la 69ª Asamblea Mundial de la Salud se ratificó la nueva Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021, en la que insta a los países de la región de las Américas como uno de las orientaciones estratégicas y como acción específica el conocimiento de la epidemia y la respuesta que desde las mismas poblaciones se pueden hacer al respecto.

Según el Ministerio de Salud y Protección social de Colombia¹, en el año 2022 se reportaron 19.183 casos nuevos de infección por VIH al Sistema de Vigilancia en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud, de los cuales 15.529 (80,9%) se reportaron en hombres y 3.654 en mujeres (19,1%). El grupo etario más afectado corresponde a las personas entre 25-29 años, con 4.201 casos (21,9%), seguido por el grupo de 20 a 24 años con 3.584 casos (18,68%) y la forma de transmisión más frecuente se sigue dando por relaciones sexuales desprotegidas: Un 98,6% de los casos se dieron por esta vía.

¹ Información tomada de página web oficial [https://www.minsalud.gov.co/Paginas/el-liderazgo-comunitario-clave-en-la-respuesta-nacional-al-vih-sida.aspx#:~:text=Listas-.El%20liderazgo%20comunitario%20es%20la%20clave,respuesta%20nacional%20al%20VIH%20FSIDA&text=En%20Colombia%2C%20en%20el%20a%C3%B1o,mujeres%20\(19%2C1%25\)](https://www.minsalud.gov.co/Paginas/el-liderazgo-comunitario-clave-en-la-respuesta-nacional-al-vih-sida.aspx#:~:text=Listas-.El%20liderazgo%20comunitario%20es%20la%20clave,respuesta%20nacional%20al%20VIH%20FSIDA&text=En%20Colombia%2C%20en%20el%20a%C3%B1o,mujeres%20(19%2C1%25).). Consultada el 10 de julio de 2024.

En este mismo reporte, se informa que los departamentos y distritos con mayor reporte de casos en el 2022 fueron Bogotá (3.915), Medellín (1.649), Cali (1.483), Barranquilla (912), Cartagena (536) y Pereira (353); y en cuanto al cumplimiento de las metas 95-95-95, (diagnosticar al 95% de las personas que se estiman, viven con el virus; de los mismos, poner al 95% en tratamiento y de los que están en tratamiento, que el 95% alcancen carga viral indetectable), sobre un estimado de 183.356 personas viviendo con VIH un 77% conocen su diagnóstico, de estos un 88% están bajo tratamiento y de estos un 90% han alcanzado niveles de supresión del virus en su sangre. Este último valor es importante dado que, si se obtienen niveles indetectables del virus en los exámenes complementarios de laboratorio, estas personas no transmiten el virus, por lo que se entiende que el tratamiento, por tanto, tiene un efecto preventivo.

Igualmente, la mayor presentación de casos se da en población masculina con un 81,4 % (10 906 casos), se encuentran notificadas en el sistema 224 gestantes con VIH que corresponden a un 1.6 % y se han reportado 42 casos de transmisión materno-infantil. Respecto al mecanismo probable de transmisión, la vía sexual continúa siendo la de mayor presentación, tanto de contacto heterosexual como bisexual y homosexual, siendo estos dos grupos de gran importancia para los departamentos con gran concentración urbana. Finalmente, 12.522 casos se encuentran en estadio clínico VIH y 1220 casos han sido reportados como estadio SIDA, en este último, el síndrome de emaciación es la principal enfermedad asociada con 337 casos seguida de la candidiasis esofágica con 287 casos y la tuberculosis pulmonar con 228 casos reportados.

Teniendo en cuenta esta situación, organismos internacionales enfatizan en sus recomendaciones la necesidad de mantener las intervenciones de salud pública que, para el caso de VIH deben estar enfocadas en el acceso al diagnóstico, la garantía del tratamiento, la adherencia, y de acciones que propendan por los derechos humanos de las poblaciones y el enfoque de género de tal forma que se disminuya el estigma y la discriminación.

Para generar los nuevos manejos y más efectivos de cada uno de estos elementos, la comunidad tiene mucho que ofrecer en la preparación y la resiliencia que se requieren para realizar procesos comunicacionales y comportamentales. Lo que hace necesario retomar o replantear aprendizajes generados por diferentes sectores, entre ellos, la comunidad, los prestadores de servicios de salud, los tomadores de decisiones, los grupos organizados de la sociedad civil de VIH, a lo que se suma sin lugar a dudas, el rol de los medios de comunicación masivos, comunitarios, institucionales o social media, que se constituyen en aliados importantes para la implementación de acciones de prevención.

Según ONUSIDA (2015), los enfoques integrales de prevención del VIH a partir de estrategias combinadas lograrían poner freno a las más de 7.400 infecciones nuevas cada día, con lo que el mundo podría detener la epidemia de sida, por lo que se insta a los países para que instauren, utilicen estrategias y los métodos propios disponibles que garanticen la protección de los derechos humanos. Es así como un enfoque de prevención integral del VIH debe llevar a cabo un conjunto de acciones y tácticas de comportamiento, biomédicas y estructurales según las necesidades de las personas más expuestas al riesgo de infección, de la misma manera que la combinación y la proporción adecuadas de medicamentos para el tratamiento.

Es así como los preservativos son una parte esencial de la prevención combinada, sin embargo, la innovación está en los elementos relacionados con el acceso a la información sobre el VIH, al tratamiento, a las medidas de reducción del daño, a la circuncisión masculina, a la defensa de los derechos humanos y a la reducción del estigma entre otros, todo esto en un marco de una educación sexual integral.

Según la estrategia de prevención combinada de PrEP para Colombia, la respuesta al VIH desde el enfoque de prevención combinada debe estar basada en los derechos, en la equidad de género, en la evidencia y en la comunidad. Así mismo, implica apropiar y poner en práctica seis (6) elementos que son cruciales para alcanzar las metas comunes: el

compromiso, el enfoque, las sinergias, la innovación, el alcance y la rendición de cuentas. Para ello, la prevención combinada entrelaza el uso estratégico y simultáneo de intervenciones desde los enfoques de abordaje biomédico, comportamental y estructural.

Por su parte la OPS, considera que las estrategias de prevención combinada bien diseñados deben adaptarse a las necesidades nacionales y locales en función de la información epidemiológica. Además, insiste que los programas deben concentrar los recursos, combinando las actividades donde más se necesiten por lo que es importante conseguir que las comunidades afectadas se vinculen plenamente a estos programas, mediante la movilización de la comunidad, el sector privado y los recursos del gobierno, a fin conseguir la participación, la cobertura y la sostenibilidad necesarias y maximizar el impacto. Es por esto que realizar una investigación que identifique lo que la población clave, considera esencial para la movilización y conocimiento sobre las combinaciones de estrategias que pueden ser más útiles para el contexto de las 14 ciudades a indagar, para la autocuidado y cuidado de si de esta población.

Esta situación lleva a deducir que el diseño y la implementación de una estrategia que, desde la comunicación en sus diferentes formas y la movilización social apalanquen acciones de prevención de los diferentes segmentos poblaciones que integran la comunidad. Para lo cual es importante tener en cuenta, no solo los lineamientos técnicos y jurídicos generados por el Ministerio de Salud y Protección Social y las entidades territoriales de salud de los municipios ámbito de las diferentes intervenciones, para el caso las ciudades en donde se implementa el proyecto de Fondo Mundial, sino también sus contextos sociales y culturales.

Para cumplir estos propósitos se hace necesario tener en cuenta experiencias registradas en diversos estudios que han demostrado que la comunicación en todos los niveles -masiva, comunitaria, interpersonal y social media tiene un papel importante en la difusión de

conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas y valores y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

El proceso para que estos cambios se produzcan es deductivo, es decir que debe ir de lo particular (individual) a lo general, lo cual se logra teniendo en cuenta dos aspectos: los diferentes mecanismos de recaudo de información debe permitir la identificación clara de las acciones que por tradición, por restricciones materiales del medio, por creencias, por carencias o cualquier otra circunstancia llevan a cabo los actores y las acciones propuestas deben ser introducidas en el corpus de normas sociales, políticas, culturales y derivadas de la tradición.

Según la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, la comunicación en salud abarca el estudio y el uso de estrategias y teorías de comunicación para informar e influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud. En teoría tiene como elementos que marcan el norte de su tarea cuatro elementos clave del proceso de comunicación: audiencia, mensaje, fuente y canal. Todo esto, sumado a un fuerte componente de investigación y participación comunitaria (Coe, Gloria 1997).

Todo lo anterior sugiere la necesidad de diseñar la estrategia para una apropiada implementación de un programa de salud, implica entonces, partir de un ejercicio mínimo de exploración, visto como un proceso en el cual se recolecta toda la información requerida para elaborar la estrategia de comunicación y movilización que requiere, responder a las necesidades epidemiológicas y sociales, de tal manera que se refleje el sentir, pensar y actuar de las personas. En este punto, la “comunicación para el cambio social” es la clave, pues facilita el empoderamiento comunitario a partir del diálogo con las comunidades vinculadas y comprometidas.

3. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Pregunta principal

¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas que ejercen trabajo sexual (TS), personas trans (Trans), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia?

3.2. Preguntas secundarias

- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares de un grupo de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 12 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas Trans sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 4 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas trabajadx sexuales sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP y el uso de condón y lubricantes en 4 ciudades de Colombia?

- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana sobre la toma de decisiones en la adopción de estrategias comportamentales de prevención combinada en relación con los lenguajes, medios, modos, mensajes y biomédicos respecto a la prueba rápida, el autotest, y el uso de condón y lubricantes en 6 ciudades de Colombia?
- ¿Cuáles son los sentires, pensares y actuares que posee un grupo de personas inyectoras de drogas en 2 ciudades de Colombia, sobre la toma de decisiones para el uso de métodos de prevención combinada prueba rápida y kits de inyección segura y no reutilización de material de inyección y en relación con los lenguajes, medios, modos y mensajes?

4. OBJETIVOS

4.1. Objetivo General

Comprender los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para el uso de estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia.

4.2. Objetivos específicos

- Describir los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para usar un método de tamizaje para VIH (Prueba rápida ó el autotest).
- Describir los sentires, pensares y actuares de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans,

personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para usar un método de prevención para el VIH (PrEP, PEP, kit de inyección segura y/o condón y lubricante).

- Describir los sentires, pensares y actuares en relación con los lenguajes, medios, modos y mensajes de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas.

5. METODOLOGÍA

5.1. Diseño

La investigación se realizó de tipo cualitativo, con una orientación metodológica de la teoría fundamentada. La Teoría fundamentada (Grounded Theory) apareció en 1967, propuesta por Barney Glaser y Anselm Strauss en su libro *The discovery of Grounded Theory* (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.472) epistemológicamente, parte del pragmatismo de la Escuela de Chicago y del Interaccionismo Simbólico de Blumer, una corriente de pensamiento que permite la comprensión de la sociedad a través de la comunicación como un hecho instrumental (Strauss y Corbin, 2002).

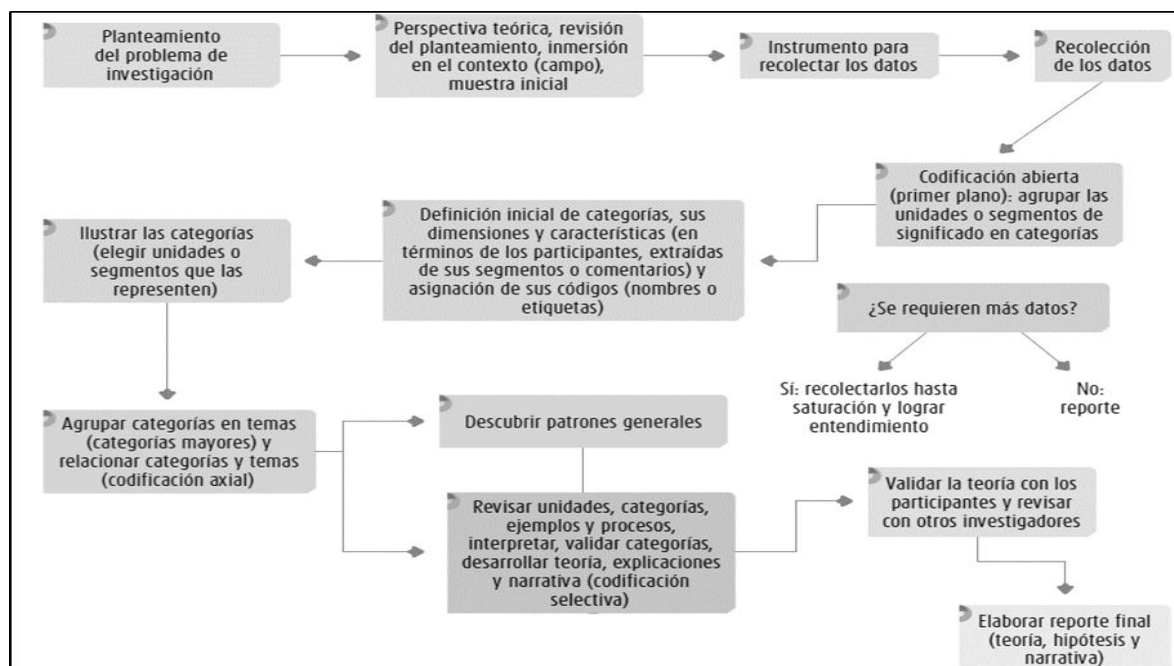
La Teoría Fundamentada permite tener el máximo alcance en la investigación social teorizar. Es un diseño apropiado para esta investigación ya que: (a) es muy probable que teorías previas o investigaciones realizadas no sean adecuadas para explicar el fenómeno en el contexto del estudio; (b) permite un profundo análisis de las miradas, ideas y/o representaciones sociales tanto a nivel de significados como estructuralmente y (c) genera una teoría sustantiva -local- que explica el fenómeno en el contexto concreto y desde la perspectiva de los diversos participantes (Cuesta, C, 2006; Pernalte, Peña y Pérez, 2015).

En este diseño, los participantes se determinaron a través de un “muestreo teórico”, el cual surgió del conocimiento del fenómeno del interés y de las personas que son representativas para describir el fenómeno, según la exigencia de la interpretación, el análisis de datos y la ampliación de la información que llega a un momento de saturación. Se espera con esta información formular las teorías sustantivas que expliquen las relaciones de los datos, por todo lo anterior, las proposiciones teóricas surgirán de los datos obtenidos en la investigación, más los estudios previos existentes sobre el tema (Hernández et al., 2011; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Según Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista (2014), la propuesta metodológica de la Teoría Fundamentada tiene como actividad principal la codificación de los datos, que se está realizando de la siguiente manera:

1. Codificación abierta: identificación comparativa de los conceptos más abstractos o categorías descomponiendo el discurso en partes discretas que son examinadas minuciosamente (por ejemplo: análisis lineal por línea o análisis de oración/párrafo) y comparadas entre sí para hallar similitudes y diferencias estableciendo agrupaciones.
2. Codificación axial: organización de las categorías resultantes de la codificación abierta en un modelo de interrelaciones entre las dimensiones y las propiedades de las categorías; esta integración es concebida como un proceso de organización/articulación lo que permite el desarrollo creciente de la teoría.
3. Codificación selectiva: es la elección de una categoría central o nuclear que se relaciona con todas las demás para integrar la teoría que explica el proceso o fenómeno de estudio de manera parsimoniosa.
4. Codificación teórica: uso de ideas y conceptos para presentar la teoría emergente e incluye la revisión de literatura. El resultado es una teoría sustantiva que refleja las realidades humanas singulares en uno o varios grupos particulares.

A continuación, se presenta un esquema general del proceso que se desarrolla en la Teoría Fundamentada y que servirá de base para la construcción de la categoría analítica final:



Principales acciones para conducir un diseño de Teoría Fundamentada. Extraído de Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014, p.477.

5.2. Población y Participantes

Para la investigación se tuvo como población, personas que hicieron parte de los grupos de población clave que son grupos definidos que, según los estudios, sus comportamientos específicos de riesgo representan una especial susceptibilidad a contraer el VIH, independientemente del tipo de epidemia y del contexto local. Además, suelen enfrentarse a mayor estigma y discriminación que aumentan su vulnerabilidad al VIH. Los grupos de población clave son importantes para la dinámica de la transmisión del VIH y se constituyen como asociados esenciales para lograr una respuesta eficaz a la epidemia.

En América Latina, los dos grupos de población clave más afectados son los hombres homosexuales y los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), las

mujeres transgénero y las trabajadoras sexuales. Pese a esta situación, los servicios de prevención, atención y tratamiento de la infección por el VIH dirigido a los grupos de población clave son aún inadecuados en gran medida. Abordar estas insuficiencias en el marco de la prevención combinada de la infección por el VIH, sobre todo en los grupos de población clave, puede contribuir a un control eficaz a la epidemia y alcanzar la salud para todos para el 2030.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizaron grupos focales con cada población de la siguiente manera:

- 2 grupos con personas que se inyectan drogas – PID, en las ciudades de Cúcuta y Dos quebradas.
- 4 grupos con mujeres Trans en las ciudades de Barranquilla, Cali, Cartagena y Medellín.
- 12 grupos con Hombres que tiene relaciones con otros hombres – HSH en las ciudades de Bogotá, Bucaramanga, Armenia, Cali, Cartagena, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio, Barranquilla.
- 4 grupos con personas que ejercen el trabajo sexual en las ciudades de Pereira, Villavicencio, Armenia e Ibagué.
- 6 grupos con personas migrantes de nacionalidad venezolana en las ciudades de Manizales, Cúcuta, Dos quebradas, Bucaramanga, Santa Marta y Bogotá.

En las siguientes tablas se resumen la distribución de los grupos focales por ciudad, por grupo clave y por método y paquete de prevención que se indagará con énfasis.

Tabla 1. Distribución de grupos claves por ciudad y por elemento de énfasis del componente biomédico.

CIUDAD	GRUPO CLAVE	ELEMENTO DE ÉNFÁSIS COMPONENTE BIOMÉDICO
BOGOTÁ	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
BUCARAMANGA	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
ARMENIA	HSH	Prueba rápida - Autoest
	TS	Paquete prevención: Lubricantes y condones
CALI	HSH	PREP- PEP
	TRANS	Prueba rápida - autotest
CARTAGENA	HSH	Paquete prevención: Lubricantes y condones
	TRANS	Prueba rápida - autotest
CÚCUTA	PID	Paquete prevención: Uso de jeringas
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
DOSQUEBRADAS	PID	Paquete prevención: Uso de jeringas
	MIGRANTES	Prueba rápida - autotest

IBAGUE	HSH	Prueba rápida - autotest
	TS	PREP – PEP
MEDELLIN	HSH	Prueba rápida - autotest
	TRANS	PREP – PEP
PEREIRA	HSH	PREP – PEP
	TS	Prueba rápida - autotest
MANIZALES	HSH	PEP – PREP
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Paquete prevención: Lubricantes y condones
SANTA MARTA	HSH	Prueba rápida - autotest
	MIGRANTES VENEZOLANOS	Prueba rápida - autotest
VILLAVICENCIO	HSH	PREP- PEP
	TS	Prueba rápida - autotest
BARRANQUILLA	HSH	Prueba rápida - autotest
	TRANS	Paquete prevención: Lubricantes y condones

Tabla 2. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.

Elemento de prevención combinada a indagar	Número de grupos focales
Prueba rápida Autotest	16
PREP PEP	6
Paquete prevención: Lubricantes y condones	4
Paquete prevención: Kit de inyección segura	2
Total, grupos focales	28

Tabla 3. Distribución de grupos focales por elemento de prevención combinada a indagar.

Grupo clave	Número de grupos focales	Ciudades
HSH	12	Bogotá, Bucaramanga, Armenia, Cali, Cartagena, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio, Barranquilla
TRANS	4	Cali, Cartagena, Medellín y Barranquilla
TS	4	Armenia, Ibagué, Pereira y Villavicencio
MIGRANTES VENEZOLANOS	6	Bogotá, Bucaramanga, Cúcuta, Manizales, Santa Marta, Dosquebradas
PID	2	Cucuta, Dosquebradas
Total, grupo focales	28	

El número de convocados fueron entre 15 y 20 personas para lograr tener un grupo de participantes entre 7 a 10 personas, aunque en algunos (dato final que se presentará en el informe preliminar de análisis) se tuvo participación de 11 a 17 personas.

En el momento del presente informe se han realizado 28 grupos para un total aproximado de 290 personas participantes, hasta el momento.

5.3. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios que se tuvieron en cuenta para la convocatoria fueron los siguientes:

Tabla 4. Tabla de criterios de inclusión y exclusión.

Criterio de inclusión: Personas pertenecientes a las poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas, migrantes de nacionalidad venezolana), mayores de 18 años y de diferentes estratos socioeconómicos.	
Condición externa (condición de participación) <ul style="list-style-type: none"> • 4 personas de 18 y 28 años • 2 personas de 29 a 40 años • 2 personas de 41 a 60 años • Estratos socioeconómicos diferentes (1,2,3 ó 4) • Nivel de conocimiento sobre VIH bajo por autovaloración. 	Composición Interna <ul style="list-style-type: none"> • Pertenecer a las poblaciones clave.
Criterios de exclusión: <ul style="list-style-type: none"> • Personas con problemas de cognición. • Personas que lideren o pertenezcan organizaciones de base comunitaria • Personas que tengan relación con la implementación del proyecto ENTerritorio S.A del Fondo Mundial. 	

5.4. Técnica de recolección de información.

Como técnica de recolección de datos, se utilizó la estrategia de grupos focales que son “una técnica de recolección de datos mediante una entrevista grupal semiestructurada, la cual gira alrededor de una temática propuesta por el investigador” (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009, p.52). A través de esta entrevista grupal semiestructurada se propone obtener una multiplicidad de miradas, ideas, actitudes, creencias, experiencias y procesos emocionales dentro del contexto del grupo (y la manera cómo se relacionan las posturas individuales con las grupales -mayoritarias-) alrededor de un tema de interés y/o discusión (Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

En la ejecución del grupo focal la interacción y la comunicación no verbal son claves para el análisis y fue posible dado la convocatoria que existiera un grado importante de homogeneidad dentro del grupo y que no existieran relaciones jerárquicas; además, la moderadora, que fue la investigadora principal, tuvo papel neutral y menos directivo, aunque fue necesario para marcar el 'ritmo' de la discusión guiado por un conjunto de preguntas diseñadas cuidadosamente con un objetivo particular (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009).

Como fortaleza de la técnica de grupos focales se tuvo que: a) motivó la participación de las personas que no les gusta ser entrevistadas individualmente; (b) facilitó la expresión de opiniones por parte de personas que creían que no tenían nada que decir; (c) garantizó que las y los integrantes se involucraran en un futuro proceso de cambio; (d) permitió conocer los valores y normas del grupo; (e) se obtuvo información de análisis rápidamente y (f) logró aumentar la participación y compromiso de las personas en la problemática de estudio (Escobar y Bonilla-Jiménez, 2009; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014).

Se realizaron los grupos focales como se había establecido desde el protocolo y estuvieron conformados por un máximo de 17 personas y un mínimo de 6 con una duración entre 60 y 120 minutos. La moderadora tuvo una participación mínima y evitó ser considerada como

una figura intimidatoria para las y los participantes al momento de abordar las preguntas y aunque la literatura sugiere que la moderadora esté acompañada por un observador encargado de realizar el registro de información y apoyar al moderador en diversas actividades (Ibertíc, s.f.; Rodríguez y March, 2002; Hernández-Sampieri, Fernández y Baptista, 2014) en la presente investigación no se contó con una persona de apoyo para el registro de la información; esta solo se realizó por medio de las notas de campo de la moderadora y por las grabaciones de audio de las sesiones.

5.4.1. Guion de grupo focal

Los grupos focales tuvieron una duración: 1 hora y 30 minutos a 2 horas. Los primeros 30 minutos estuvieron destinados para el encuadre del grupo incluyendo el diligenciamiento del consentimiento informado y de la ficha de caracterización sociodemográfica, posteriormente se inició con la fase de indagación que duró en promedio 1 hora y 15 minutos y finalmente los últimos 30 minutos se dedicaron para resolver dudas sobre la prevención combinada a las y los participantes y para la entrega del incentivo a las y los participantes.

Los elementos que se tuvieron en cuenta para el momento de encuadre del grupo focal fueron:

- Bienvenida
- Presentación de la moderadora
- Presentación del objetivo
- Firma del consentimiento informado y resolución de preguntas
- Presentación de los participantes
- Mapa de ubicación de participantes

Posterior se contó con una (1) hora de intercambio con la moderadora para el desarrollo de las preguntas del grupo focal, el cual contempló algunas de las siguientes preguntas de la batería establecidas en el protocolo:

- i. ¿Ustedes conocen que es la prevención combinada?
- ii. ¿Qué métodos de prevención conocen para la transmisión del VIH?
- iii. ¿Ustedes conocen si las personas que tienen prácticas o preferencias de riesgo acceden a servicios de prevención y diagnóstico de VIH?
- iv. Recuerde las últimas veces en que uso o accedió (la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP, el condón y el lubricante): ¿Cuáles son los sentimientos o emociones que han acompañado esas experiencias?
- v. En una de las situaciones de riesgo mencionadas, ¿Qué les ha impulsado o les impulsaría a tomar la decisión de usar o tomarse o utilizar (¿la prueba rápida ó el autotest ó la PrEP ó la PEP ó el uso de condón y lubricante? Para el caso de las personas que se inyectan drogas, ¿el uso exclusivo de una jeringa y otros materiales sin compartir con personas cercanas?
- vi. ¿Cuál de los anteriores métodos puede ser de preferencia para el grupo clave? ¿Por qué?
- vii. ¿Conocen qué es la prevención combinada del VIH? ¿Han escuchado o visto información al respecto por algún medio de comunicación? ¿Qué considera que debería contener esta información para movilizar a las personas al uso de estos métodos?
- viii. ¿Cuáles son los espacios y los modos a través de los cuales se transmiten -y se masifican- los mensajes del grupo clave?
- ix. ¿Cuáles son las personas más influyentes para transmitir y masificar mensajes en el grupo clave?
- x. ¿Cómo se puede fomentar el uso de los paquetes de prevención (la prueba rápida, el autotest, la PrEP, la PEP, ¿el uso de condón y lubricante

y del kit de inyección segura para el caso de las personas que se inyectan drogas) a través de la comunicación?

- xi. En qué momentos sería apropiado transmitir los mensajes para favorecer la toma de decisiones frente a utilizar alguna de los paquetes de prevención.
- xii. Según su experiencia ¿cómo motivaría a la población perteneciente al grupo clave (HSH o personas Trans) a acceder a servicios de prevención y diagnóstico de VIH?
- xiii. ¿De qué modo se pueden transmitir mensajes que llegue a todas las personas que tengan las preferencias o prácticas de riesgo dentro el grupo clave?
- xiv. Si le quisiera enviar un mensaje a una amiga o a otra persona que pertenezca al grupo clave o que se encuentre en situación de migración para animarle a que use alguno de los métodos de prevención del VIH ¿Qué le diría?

5.5. Lugares de ejecución de la investigación.

Los espacios en los que se realizaron los grupos focales fueron lugares neutrales para encuentros de la comunidad cuya consecución y logística estuvo a cargo Raquel Sofía Amaya Producciones. La mayoría de estos fueron casas de encuentro comunitario y espacios educativos: colegios, universidades e instituciones de formación técnica.

5.6. Consideraciones éticas

5.6.1. Principios éticos

La investigación tuvo en cuenta lo dispuesto por el Consejo de Organizaciones de las ciencias médicas (CIOMS, 2012) en las pautas éticas internacionales para la investigación

biomédica en seres humanos, la Ley 911 de 2004 (Congreso de la República, 2004), artículo 29 y se asumirá además la Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de salud, 1993), por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, así como las normas de las instituciones de salud participantes.

Para proteger los derechos y bienestar de las personas participantes de la investigación se tuvieron en cuenta y operacionalizaron los siguientes principios éticos de:

- a. Autonomía: con la aplicación del proceso de autorización y consentimiento informado a cada uno de los participantes.
- b. Confidencialidad: se garantizó que la información obtenida se mantendrá en confidencialidad, sin revelar nombres verdaderos ni datos de las y los participantes, por lo que no se solicitó el nombre en la grabación de ninguna o ninguno de las y los participantes.
- c. Beneficencia y no maleficencia: las personas participantes fueron tratados y tratadas con respecto por su experiencia relacionada con el VIH y no se juzgó en ningún momento sus actuaciones, preferencias o prácticas sexuales.
- d. Veracidad: La información será custodiada en sus archivos originales por RSA Producciones por un término de 9 meses finalizada la investigación.
- e. Fidelidad: la información suministrada a los participantes se mantendrá de acuerdo con el proyecto planteado y los acuerdos y compromisos adquiridos al momento de firmar el consentimiento informado con los participantes.
- f. Reciprocidad: La estrategia de comunicación y movilización social, que se construirá a partir de algunos de los insumos dados por la presente investigación será dada a conocer a todos los participantes.

5.6.2. Consentimiento informado

A continuación, se describe el consentimiento informado que fue utilizado en la recolección de información:

Información General

Raquel Sofía Amaya Producciones (RSA) y ENTerritorio S.A, le invita a participar en un grupo focal en el cual se explorarán las “Sentires, pensares y actuares en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de prevención combinada para VIH, de personas HSH, TS, TRANS, PID y migrantes venezolanos, en 14 ciudades de Colombia.2024,” que se realiza en el marco de una investigación operativa para generar elementos que permitan diseñar, validar, producir, implementar una estrategia de comunicación, educación y movilización social de prevención combinada del VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí, de la población clave (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), personas trans (TRANS), personas que ejercen el trabajo sexual (TS), personas que se inyectan drogas (PID) y personas migrantes venezolanas, de 14 ciudades de Colombia (Armenia, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Cartagena, Cúcuta, Dosquebradas, Ibagué, Medellín, Pereira, Manizales, Santa Marta, Villavicencio y Barranquilla), en el marco del acuerdo de subvención Col-H-ENTerritorio S.A 3042 (convenio no. 222005) suscrito con el Fondo Mundial.

Objetivo

Esta fase de la estrategia tiene como objetivo comprender los sentires, pensares y actuares que tienen los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, personas que ejercen trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas y personas migrantes venezolanas en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH en 14 ciudades de Colombia.

Procedimiento: *El grupo focal tendrá una duración de 1 hora y media. En este tiempo se va a realizar preguntas abiertas relacionadas con los sentires, pensares y acciones de los participantes en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH. Se realizará*

la grabación en voz de la conversación y en el procesamiento de la información y análisis solo va ser realizado por la investigadora principal. No se tomarán fotos ó videos de la sesión del grupo focal.

Confidencialidad

Como producto de la investigación, se derivará un informe de resultados que RSA producciones tomará como insumo para la segunda fase de preproducción y creación de mensajes para la estrategia de comunicación y movilización social. En dicho informe no se hará uso de nombres para garantizar la confidencialidad y solo se manejarán, para efectos de reconocimiento de aspectos claves para el análisis, códigos alfa numéricos asociados a opiniones y sentires de las personas participantes del grupo.

Igualmente usted tiene el derecho de no manifestar opiniones o sentires o no responder alguna de las preguntas y puede retirarse en el momento que lo considere sin perjuicio del incentivo de transporte por el tiempo dedicado a su participación.

Riesgos de su participar

Este grupo focal no está acompañado de ningún procedimiento superficial o invasivo, por lo que no tiene riesgos de este tipo. Está limitado únicamente a que la persona que decida participar libre y espontáneamente y que pueda dedicar una hora y media a responder unas preguntas referentes a sentires, pensamientos y acciones de poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres -HSH, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas- PID y migrantes venezolanos) en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH.

Por la naturaleza de las preguntas usted podría sentirse incómodo con algunas de ellas, sin embargo, la información suministrada es totalmente confidencial y su nombre no será mencionado en ningún documento resultado de la investigación.

Beneficios de participar

Dado que el grupo focal tiene por objetivo conocer los sentires, pensares y acciones de poblaciones clave (Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres -HSH, personas que ejercen el trabajo sexual, personas trans, personas que se inyectan drogas- PID y migrantes venezolanos) en torno a la toma de decisiones para adoptar estrategias de la prevención combinada del VIH, medios y modos para la comunicación y movilización social, los datos obtenidos contribuirán en el diseño de una estrategia de comunicación, educación y movilización social para prevención combinada del VIH, que promueva el autocuidado y el cuidado de sí. Así directamente la población general podrá beneficiarse en el reconocimiento social de las poblaciones y en el conocimiento de la prevención combinada como una estrategia que aporte al manejo del VIH en Colombia.

Compensación

La presente investigación no realizará compensación económica por su participación, sin embargo, al finalizar el encuentro usted recibirá un incentivo de transporte por el tiempo dedicado a participar del grupo focal por valor de \$10.000.

Dudas e Inquietudes

En caso de dudas posteriores, comunicarse con Yaira Yohanna Pardo Mora a través del correo electrónico yypardom@gmail.com o con Alejandra Bohórquez de Raquel Sofía Amaya producciones a través del correo electrónico jennya78@hotmail.com.

Declaración de Autorización

He leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. Fui informado de la naturaleza del estudio, objetivos, riesgos y beneficios. He entendido la información que he recibido y autorizo que los resultados sean incluidos en las bases de datos para su análisis.

He sido informado y entiendo que los datos obtenidos pueden ser publicados o difundidos con fines científicos, sin que esto comprometa la confidencialidad. Por lo que convengo en participar.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Nombre del participante _____

Firma del participante _____

Fecha _____ (día/mes/año)

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado a _____ la naturaleza y los propósitos del estudio; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica la participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procederá a firmar el presente documento.

Nombre del investigador: Yaira Yohanna Pardo Mora

Firma _____

Fecha _____ (día/mes/año)

6. RESULTADOS PRELIMINARES CORTE AL 4 DE SEPTIEMBRE DE 2024

Teniendo en cuenta a la fecha de corte del presente informe 4 de septiembre a continuación se presentarán el preanálisis de la información obtenida de las notas de campo, dado que a la fecha falta la realización de 2 grupos focales.

Teniendo en cuenta el tratamiento de la información propuesto se realizado las siguientes actividades:

- a. Grabación en audio de los grupos
- b. Transcripción literal de la grabación: en la que se ha realizado la codificación de la grabación y de los participantes. Dado el tiempo de cada una de las

grabaciones, la transcripción ha tomado más tiempo de lo planeado y se llevan al momento 10 transcripciones realizadas.

- c. Dada la cantidad de grabaciones, el análisis en el software se inició con 5 transcripciones (que es sugerido por la literatura) que se encuentra al momento del presente informe, sin embargo, el análisis hasta ahora no se puede presentar como elementos de información saturada por lo que los resultados presentados son pre-conclusiones de las notas de campo realizados por la investigadora principal.

6.1. Cumplimiento del cronograma propuesto

Para el desarrollo de la investigación se propuso 9 semanas, de la cuales 6 de estas fueron planeadas para la recolección de información y las 3 siguientes para el análisis y presentación de resultados.

Respecto a la recolección de información esta se realiza en 5 semanas y se inicia con el proceso de análisis y construcción de resultados finales. Por solicitud del proyecto principal, se realiza este informe pre eliminar, el cual se presenta con la información obtenida del análisis de las notas de campo.

6.2. Preanálisis por grupo de población

6.2.1. Población HSH (hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres)

La población participante fue en su mayoría hombres cuya identidad sexual es homosexual, dado la dificultad de contar con hombres que identitariamente se consideren heterosexuales pero que tengan relaciones sexuales con hombres gay o mujeres trans dado que para ellos la protección de su identidad es fundamental.

Hay un aspecto muy relevante, en esta población es la consideración que el VIH es considerada una enfermedad crónica que no genera el miedo y el temor de tener el diagnóstico como hace unos años, sobretodo en la población joven e inclusive su gravedad es comparada con otras enfermedades como la diabetes que generan una serie de síntomas y cambios drásticos en los hábitos de vida como la Diabetes por lo que se encontraron expresiones *“Es más peligroso y más terrible tener diabetes que VIH”*.

Dado esta consideración, es importante destacar que la población considera que otras ITS como la sífilis, la gonorrea o la clamidia entre otras si genera en este momento más temor al hablar de sentirse que el VIH, ya que para esta última el tratamiento se configura como una manera de poder vivir con la enfermedad toda la vida y el hecho de que a través de esta se logre una indelectabilidad se considera como “cura funcional” y un “efecto placebo”, que hace que el nivel de prevención disminuya al momento de cuidarse. Es decir, para qué cuidarse cuando ya no hay miedo para adquirir la enfermedad, por lo menos en el plano personal.

Un elemento transversal tiene que ver con el hecho qué, el cuidado depende con quien te encuentres o que tanto se tiene la “cabeza caliente”, ya que si estas con una pareja estable o logras un círculo social de confianza (lugares, personas etc) no se hace necesario cuidarse. Sin embargo, hay circunstancias como que si estas deprimido porque terminaste una relación sentimental o el uso de drogas hace que, al momento de tener relaciones sexuales no tengas el mismo cuidado.

Por ende, el uso de condón ya pasa a estar en un segundo plano dado el acceso a método más confiable y fácil de manejar como es la PREP y que adicional, no te genera pérdida de placer como el condón. Sin embargo, sugieren qué, para trabajar nuevamente en términos de comunicación nuevamente el tema, se una a la prevención de las otras ITS que sí generan este temor y que la PREP no previene su transmisión.

Respecto a la prueba rápida, la población manifiesta que son un grupo que están siendo testeados constantemente por los servicios de salud, dada su orientación y su identidad sexual, así que la prueba rápida no representa para ellos un valor adicional ya que cada 6 meses o regularmente en cada encuentro con el sistema de salud este se las realiza. Además, que los lugares de toma intramurales generan más confianza y según ellos más confiabilidad y acompañamiento en el caso de salir positiva. En cambio, los lugares públicos de tomas de prueba les genera desconfianza no solo del tipo de prueba sino lo que gira alrededor de que genera el miedo a ser reconocidos por alguna persona al entrar y salir de la carpa o por las personas pares que en ocasiones se encuentra en estos espacios.

El problema para la población sigue siendo este hombre heterosexual, que para algunos no acepta su identidad, para otros no tiene por qué pero que posee una doble vida y que se siente tan confiado tanto de su pareja hetero como de su pareja homo que el nivel de cuidado es casi nulo y que hablar con ellos es casi que imposible, denominadas personas heterocuriosas, heteroflexibles o heteroconfundidas.

6.2.2. Población Mujeres y hombres Trans

Las mujeres trans, considera que su vida se puede resumir en la frase utilizada por una de ellas: “Intriga, deseo y pasión” intriga dado que ellas consideran que genera en la población general mucho morbo y curiosidad y por esto son muy atractivas para los hombres que se consideran heterosexuales, deseo porque les genera una gran excitación ver un hombre convertido en mujer y pasión dado que son clientes fijos y apasionados. Si bien, ellas consideran que no todas las mujeres trans se dedican a la prostitución, la mayoría lo deben ejercer mientras están en sus procesos de transición para obtener el recurso económico para poderlo culminar, dado que pierden todo el respaldo de la familia. Sin embargo, consideran que están a menos riesgo que, por ejemplo, las mujeres cis ya que los hombres le tienen miedo a una reacción violenta de parte de ellas.

Aun así, siente que han sido utilizadas como una figura que representa la enfermedad, como si fueran ellas, las únicas a riesgo, por lo que consideran que la sociedad debería pensar que el “El VIH no discrimina”, que el “El VIH no te pregunta si eres clave” y que la población clave es todo aquel que comienza a tener relaciones sexuales, para generar en todos, no solo en ellas una cultura del cuidado. Dado que al igual piensan que ha existido una tendencia “Gaycentrista” alrededor del VIH, que hace que los hombres no se cuiden.

En términos de prevención, tienen la idea que los procesos de hormonización hace que tengan poco acceso a la terapia retroviral, bien sea a la PREP, o a la PEP e inclusive al tratamiento, porque en su caso, prefieren la hormonización que le cuesta mucho a cuidarse con estos métodos, por lo que el único que queda en el panorama del cuidado es el condón. Sin embargo, tienen poco acceso a estos por el costo y tiene una alta demanda de lubricantes que en ocasiones no tienen y por esto son usuarias algunas de ellas de las pruebas rápidas solo para obtener los condones y el lubricante que es otorgado en los sitios públicos de toma de pruebas. Con todas estas consideraciones, piensan que “solo la población se cuida porque no se puede esperar a que el otro lo haga”.

- “No va a ir con la amiga porque eso es venderse”

6.2.3. Población Mujeres y hombres trabajadorxs sexuales

Para las mujeres cis o trans y los hombres que ejercen el trabajo sexual, “La necesidad es la que no permite cuidarse”, ya que comentan que inclusive cuando un cliente no quiere utilizar condón ellas no les prestan el servicio y en ocasiones esto genera peleas al interior de los establecimientos o moteles. Sin embargo, si no has podido trabajar o tienes una necesidad muy grande no importa el cuidado, porque los hombres definitivamente les gusta es tener relaciones sexuales sin condón.

Ellas y ellos consideran que “Loro viejo no aprende a hablar” y que los hombres que se encuentran en edades adultas, no les gusta definitivamente utilizar el condón y los hombres

más jóvenes son más fáciles de persuadir en un momento dado, pero estos últimos tienen gustos un poco diferentes ya que no solo quieren tener sexo vaginal (en el caso de las mujeres cis) sino anal y esto aumenta el riesgo según ellas.

Entre las participantes hubo poco conocimiento de los otros métodos como la PREP o la PEP, casi nulo al menos que dentro del grupo hubiera una mujer trans que contaba más con la información dado que el servicio de salud se la había otorgado. Sin embargo, al intercambiar conocimientos entre ellas, las mujeres cis consideraban que esto no era garantía y que de todas formas lo más importante era la educación que deberían tener los hombres para el uso del condón.

Igualmente hablaron que ir tomarse una prueba o ir a buscar una PEP, con una amiga era casi que imposible, dado que se podría difundir el rumor de que podría estar enferma y esto complicaría su trabajo ya que iba a ser información difundida entre los clientes, así que ante las consecuencias que trae para el trabajo este tipo de decisiones prefieren que en los exámenes periódicos que ellas se deben hacer para trabajar en ciertos lugares hacerse la prueba en un centro de salud.

6.2.4. Población Mujeres y hombres migrantes de nacionalidad venezolana

La población migrante de nacionalidad venezolana tiene muy poca información sobre los otros métodos de prevención, solo del condón. Sin embargo, es una comunidad que culturalmente genera un rechazo y todavía es un tabú hablar del VIH.

Los conceptos se manejan de manera errada como no tener claridad entre el VIH y el SIDA, confundirlo con la sintomatología de otras ITS, etc. Esto es asociado con que ahora en la educación en Venezuela, los programas de sexualidad ya no se imparten y como no es un tema que se hable ni en la sociedad ni en la familia, pocas personas se informan respecto al tema.

El VIH por tanto representa un rechazo social y familiar e implica que has tenido que hacer cosas que no deberías haber hecho y que por esta razón fuiste castigado.

De manera general, establecer una conversación sobre el tema al inicio es complicado y solo luego de que en las personas se genera la confianza estas empiezan a comentar sus experiencias, pero esto ameritaría una indagación más profunda sobre el tema con la población quizá en espacios más íntimos y con círculos de confianza.

6.2.5. Población PID (personas que se inyectan drogas)

La población que se inyecta drogas, dicho por un participante tiene una “cultura de cuidado en la calle”, por las características propias de la adicción y del consumo. La información sobre el no compartir aguja la tienen muy presente cuando se encuentran sobrios e inclusive en lo posible siempre tienen sus propias agujas con ellos (se las muestran a la moderadora).

El problema es cuando no tienen acceso a las mismas, bien sea porque ya se les acabó o porque no las venden o porque no tienen dinero y la necesidad imperante de consumo hace que tenga que recurrir a reutilizar la que encuentran en la calle tirada en los sitios de consumo o pedir compartir con otra persona su aguja. Conocen sobre la coinfección y tratan en lo posible de que si van a consumir otra droga no compartir ningún otro elemento.

Sin embargo, existe un asunto medular en los hombres y que ellos cuando se encuentran bajo el uso de las sustancias no tienen relaciones sexuales ni generan relaciones sentimentales, por lo que hablar con ellas y ellos de uso de condón o de otros métodos les resulta un poco irrelevante.

6.3. Preanálisis por objetivos propuestos

6.3.1. Sentires

En términos generales y sin tener aún el resultado por precategorias dado que aún se encuentra en fase de recolección de información, el sentir que genera saturación es el miedo social no a la enfermedad, es decir un miedo a que las personas conozcan que puedes llegar a tener una enfermedad, mas no a la enfermedad en sí. Es un temor social, que hace que no genere acciones alrededor del mismo si dentro del círculo personal, tienes acciones que te generan confianza.

Ahora bien, respecto a los métodos de diagnóstico, estos generan sentimiento de incertidumbre y pena, por lo que un escenario de toma pública incrementa estos sentires y un escenario más privado genera un poco menos de pena, aunque la incertidumbre siempre estará presente en la toma de una prueba rápida para VIH.

Existe un sentir generalizado y es que la prevención está segmentada y genera exclusión solo para los grupos de población clave que hace que a interior se genera auto estigma y auto discriminación y endohomofobia ó endotransfobia.

Se considera que el “Placer es lo más importante” y que la sociedad debe entender que es “simplemente es sexo” y que las experiencias (curiosar) se ha convertido en una cultura sexual que debe ser normalizada en todas las personas sin distinción de identidad u orientación sexual ya que “El amor y el deseo no tiene edad”.

6.3.2. Pensares

El considerar al VIH como enfermedad crónica, definitivamente hace que los niveles de prevención se reduzcan y queden asociados solo a ciertos escenarios como por ejemplo el trabajo sexual, por lo que si pienso que esto es así el actuar sobre un escenario que no

utilizo o que no es mi condición de riesgo no voy a realizar acciones para un riesgo que no es el mío.

Adicional, la información y el acceso a los métodos de la prevención combinada (así como concepto no se conozca ni se reconozca) hace igualmente que sea más fácil intentar adquirir estos métodos y no utilizar el más efectivo, ya que prima el placer más aún si tengo opciones para priorizarlo.

El miedo social y los sentires que generan la incertidumbre hace que por ejemplo la prueba rápida genere rechazo, ya que la personas prefieren no saber y dado que el tratamiento te permite tener una calidad de vida, el testeo no genera alertas conductuales de ningún tipo. Es decir, parece haber un escenario de incremento de métodos de prevención más efectivo, más seguros y más discretos que te permiten tener la vida sexual que quieras y con quien consideres.

6.3.3. Actuares

Por todo lo anterior los actuares son muy específicos de acuerdo con la población, a la circunstancia y a la necesidad, por lo que tener relaciones sexuales sin protección, preferir el tomar una prueba rápida en un escenario no público sino institucional y solo utilizar el condón en determinadas circunstancias, pareciera la formas de concebir la prevención combinada por parte de la población indagada.

Esto, sin embargo, se corroborará y se presentará criterios de saturación una vez se termine el análisis en el software y se realice el tratamiento circular de los datos con la información obtenida en las notas de campo.

6.4. Comunicación modos, medios, lenguajes y mensajes

Algunos de los elementos que se muestran como fundamentales para la construcción de los modos, medios, lenguajes y mensajes, mencionados por las y los participantes fueron:

- Es necesario normalizar la prueba rápida como se hizo con el VIH
- Es fundamental para llegar a los hombres heterosexuales “Deshomosexualizar los mensajes”
- No favorecer información estigmatizante cerrada
- Utilizar frases que vayan unidas a elementos como “Libera tu mente cuídate como quieras”, “El hecho es cuidarse”, “toca agenciarse” y “Este cuerpo no los prestan dos veces”, abogar por la responsabilidad sexual y porque la “Vida larga si te haces la prueba”.
- Los mensajes de cuidado orientarlos a que la en la sexualidad tiene valor “gusto y mente” y a que “Cuidarse en todos los sentidos”
- Para la población PID utilizar imágenes ya que tienen es memoria fotográfica
- Llevar la información a sitios de heterosexuales: discotecas, amanecederos, centros comerciales, universidades, parqueaderos, mototaxis, estaciones de taxis
- Utilizar imagen de hombres muy hombres para atraer la atención de todas, todos y todes.
- Utilizar medios auditivos más que visuales como Podcats en spotify
- Y para la población venezolana expresiones culturales de su país como “Naguara”,
- “Chamo cuida tu hermano usa condón”, “Tu tiempo es hoy”, “Usa forro la vida es única”.

6.5. Preanálisis respecto a la prevención combinada como estrategia

Aunque las y los participantes no conocían de manera generaliza qué es la prevención combinada, al momento de indagar sobre a qué puede sonar hubo una frase que resumen la impresión general como el “Arte de decidirse”.

De igual forma consideraron que este debería ser como un sistema combinado entre las acciones que hacen las OBC, las pruebas rápidas y el sistema de salud y que tuviera en cuenta elementos como unirlos con otras ITS, dado el miedo y temor que estas generan a diferencia del VIH y de otros temas como el uso de condón femenino para mujeres trans y para mujeres cis y para hombres trans.

Al igual que incluir en este sistema que además tenga un sentido integral, las rutas de toma de pruebas o de consecución de medicamentos como la PREP o del tratamiento para el caso de las personas que ya tienen el diagnóstico.

De forma estructural se sugiere trabajar con el sector educativo (jóvenes que se cuidan- juventud prevenida) que es un tema poco tratado y que cada vez más las y los adolescentes “experimentan o curiosean” con su sexualidad y esto hace que con la información que hay que es mucha, pero poco confiable, el grado de riesgo se aumente.

6.6. Acercamiento a elementos teorizantes

Aunque en este informe los insumos no permiten realizar un ejercicio de teoría de sustantiva, algunas de las percepciones de las y las participantes llevan a generar algunos elementos teorizantes que posteriormente van a ser contrastados y refinados con los resultados finales:

- Al parecer las estrategias de prevención combinada siguen replicando esquema machista al estar centradas en el “falo” como elemento de poder, lo que hace que unido a baja cultura del cuidado por parte de los hombres tengan la identidad u orientación sexual, hace que el cuidado recaiga en “el otro” que por su identidad y orientación siente su propia vulnerabilidad.

- Esto en algunos estudios se cuestiona como una “Cultura monolítica del gueto”, la cual promueve mensajes mixtos sobre lo que es correcto y que no, en un elemento denominado la “cacofonía de mensajes mixtos” que confunde, más que otorgar facticidad al cuidado.
- Esta cacofonía favorece que en este caso el cuidado se mezcle con la intersubjetividad de la vulnerabilidad y el riesgo, lo que favorece el silencio, la negación y el ocultamiento y propicia el descuido y la desprotección.
- El miedo al rechazo conduce a reproducir, asimilar y normalizar acciones de poco cuidado o descuido y reproduce la discriminación, el estigma y refuerza estereotipos como es el caso de los encuentros sexuales con mujeres trans y del trabajo sexual como prácticas sexuales de riesgo.
- Por lo que no se está hablando de una muerte o un riesgo físicos, sino una muerte o riesgo social que produce formas de segregación reproducidos por la sociedad antes las personas que se deben o no cuidar en relación con el VIH.
- Es necesario entonces, realizar una polifonía de mensajes hacia la población general sin negar la vulnerabilidad que favorezca normalizar el miedo, la posibilidad de generar certezas más que incertidumbre y ya no tanto el cuidado del sí (práctica ya instaurada) sino el cuidado del otro como mecanismos de autocuidado y mitigación de un riesgo global.

Sandra Escandon

Revisó documento: Coordinadora de estrategia de comunicación Proyecto VIH


Vo.Bo. Carlos Alberto González Promicieros
Gerente Convenio 222005