



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación



INFORME FINAL

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DIRECTOS DE LA AMPLIACIÓN DE LA RESPUESTA DEL VIH CON ENFOQUE DE VULNERABILIDAD EN BOGOTÁ, CALI, MEDELLÍN, PEREIRA-DOSQUEBRADAS, BUCARAMANGA, CARTAGENA Y BARRANQUILLA



INFORME FINAL

EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DIRECTOS DE LA AMPLIACIÓN DE LA RESPUESTA DEL VIH CON ENFOQUE DE VULNERABILIDAD EN BOGOTÁ, CALI, MEDELLÍN, PEREIRA-DOSQUEBRADAS, BUCARAMANGA, CARTAGENA Y BARRANQUILLA



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación



Agradecimientos

Alcaldías

Comités de VIH

Empresas Administradoras de Planes de Beneficios

Empresas Sociales del Estado

Entidades públicas y privadas

Entidades territoriales de Bogotá, Cali, Medellín,

Barranquilla, Cartagena, Bucaramanga, Pereira y Dosquebradas

Gobernaciones

Instituto Nacional de Salud

Instituciones Prestadoras de Salud

Líderes y lideresas sociales

Mesas Diversas de población LGBTI

Mesas Intersectoriales

Ministerio de Salud y Protección Social

Organismos de Control

Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

Organizaciones de Base Comunitaria

Sociedad Civil

Subredes Integradas de Servicios de Salud

Universidades

Gestores y coordinadores de monitoreo y evaluación del Proyecto del Fondo Mundial
Bogotá, Barranquilla, Cali, Medellín, Pereira-Dosquebradas, Cartagena y Medellín

Mecanismo Coordinador de País (MCP)

Instituciones del MPC en Colombia

Agencia Presidencial de Cooperación - **APC Colombia**

Coalición de organizaciones y activistas que trabajan por los derechos de las personas transgénero en Colombia - **Aquelarre TRANS**

Asociación de Mujeres Buscando Libertad - **ASMUBULI**

Club Rotario de Bogotá

Consejo Comunitario Mayor de la Sociedad Campesina Integral del Atrato - **COCOMACIA**

Corporación Centro de Pastoral Afrocolombiana - **CEPAC**

Cruz Roja Colombiana

Liga Antituberculosa Colombiana - **LAC**

Mecanismo Social de Apoyo y Control en VIH - **MSACV**

Mesa ONG con trabajo de VIH

Ministerio de Salud y Protección Social

Comunidades Negras de Colombia - **OBAPO**

Organización Panamericana de la Salud - **OPS/OMS**

Organizaciones basadas en la Fe

Red Nacional de Mujeres Afrocolombianas - **KAMBIRÍ**

Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo VIH

Fondo de Población de las Naciones Unidas - **UNFPA**

Universidad del Cauca

Mecanismo Coordinador de País

Ricardo Luque

Presidente

Oswaldo Rada

Vicepresidente

Receptor Principal Gobierno

Empresa Nacional Promotora de Desarrollo Territorial -ENTerritorio

Andrés Mauricio Oyola Sastoque

Gerente de Proyectos de Cooperación Internacional Proyectos Fondo Mundial

Carlos Alberto González Promicieros

Coordinador Técnico Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón

Coordinadora de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH

Sandra Patricia Escandón Moncaleano

Coordinadora Estrategias de Comunicación y Movilización Social Proyecto VIH

Elaboración

Consorcio Synergia & Salutia

Carlos Humberto Arango Bautista

Director

Ana Lucia Mujica Duarte

Coordinadora técnica de la evaluación

Juan Sebastián Avila Santos

Líder cualitativo

Consultores

Alexander Acero Acero

José Humberto Sanmiguel Márquez

Lina Maria Forero Suescun

Natalia Ximena Guerra Villamizar

Nathalie Ospina Lizarazo

Samuel Enrique Chacon Avellaneda

Corrección de estilo

Edison Torres Rios

Diseñador Gráfico

Daniel Fernando Mujica Duarte

Diagramación e impresión

Corcas Editores

ISBN - 978-958-56705-9-4

Contenido

| | |
|---|------------|
| Introducción | 14 |
| 1.1 Antecedentes | 15 |
| 1.2 Descripción del Proyecto | 19 |
| 1.3 Objetivos de la evaluación | 23 |
| Método de evaluación | 26 |
| Evaluación de desempeño | 34 |
| 3.1 Análisis cualitativo de desempeño..... | 35 |
| 3.2 Principales hallazgos por ciudad y categoría de análisis | 44 |
| 3.3 Índice de desempeño de los operadores del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario..... | 160 |
| Evaluación de efectos directos de las intervenciones sobre la ampliación de la respuesta del VIH en las ciudades priorizadas | 202 |
| 4.1 Efectos del Proyecto en los objetivos la estrategia ONUSIDA 2016-2021..... | 203 |
| 4.2 Efectos del Proyecto en los objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021 | 219 |
| Evaluación del sistema de información SISCO-SSR | 234 |
| 5.1 Características del sistema y evolución de DIME a SISCO-SSR | 235 |
| 5.2 Relación de SISCO-SSR con las políticas nacionales y normas en salud..... | 241 |
| 5.3 Articulación SISCO-SSR con otras fuentes para el análisis de VIH | 251 |
| 5.4 Avance en el proceso de incorporación de la fuente a SISPRO | 260 |
| 5.5 Resultados de la implementación del SISCO-SSR en las ciudades priorizadas.... | 263 |
| 5.6 Matriz DOFA | 277 |
| Conclusiones y recomendaciones | 280 |
| 6.1 Evaluación de desempeño | 281 |
| 6.2 Evaluación de efectos directos..... | 296 |
| 6.3 Evaluación del sistema de Información SISCO-SSR..... | 298 |

Lista de tablas

| | |
|--|-----|
| Tabla 1. Mapa de actores claves del Proyecto de ampliación de la respuesta al VIH..... | 30 |
| Tabla 2. Distribución de entrevistas por ciudad | 30 |
| Tabla 3. Categoría de análisis por objetivo del Proyecto | 35 |
| Tabla 4. Categorías de análisis y códigos..... | 36 |
| Tabla 5. Categorías y preguntas de análisis..... | 36 |
| Tabla 6. Indicadores de eficacia..... | 162 |
| Tabla 7. Indicadores de eficiencia..... | 162 |
| Tabla 8. Indicadores de efectividad..... | 163 |
| Tabla 9. Indicadores seleccionados con las metas o línea de base | 163 |
| Tabla 10. Índice de desempeño de los operadores por ciudad, 2017..... | 171 |
| Tabla 11. Índice de desempeño de los operadores en Cali, 2017..... | 172 |
| Tabla 12. Índice de desempeño de los operadores en Bogotá, 2017..... | 175 |
| Tabla 13. Valores pagados por ENTerritorio a las OBC contratadas, Bogotá..... | 178 |
| Tabla 14. Índice de desempeño de los operadores en Medellín, 2017..... | 179 |
| Tabla 15. Índice de desempeño de los operadores en Pereira y Dosquebradas, 2017..... | 180 |
| Tabla 16. Índice de desempeño de los operadores por ciudad, 2018 | 183 |
| Tabla 17. Índice de desempeño de los operadores en Cali, 2018..... | 184 |
| Tabla 18. Resultados del índice de desempeño en Cali, 2019..... | 185 |
| Tabla 19. Índice de desempeño de los operadores en Bogotá, 2018..... | 190 |
| Tabla 20. Resultados del índice de desempeño en Bogotá, 2019..... | 195 |
| Tabla 21. Índice de desempeño de los operadores en Medellín, 2018..... | 197 |
| Tabla 22. Resultados del índice de desempeño en Medellín, 2019 | 199 |
| Tabla 23. Índice de desempeño de los operadores en Pereira, 2018..... | 199 |
| Tabla 24. Casos reactivos por grupo clave, por ciudad, 2017 al segundo trimestre de 2019..... | 203 |
| Tabla 25. Casos reactivos por grupo clave y estado de canalización, 2017 al segundo trimestre de 2019..... | 205 |
| Tabla 26. Evolución del sistema DIME al SISCO-SSR | 236 |
| Tabla 27. Indicadores y metas propuestas por el PND 2018-2022, en VIH..... | 242 |
| Tabla 28. Variables de SISCO-SSR que aportan al indicador del PND 2018-2022..... | 242 |
| Tabla 29. Indicador relacionado con VIH de la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de PDSP..... | 243 |
| Tabla 30. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021..... | 243 |
| Tabla 31. Objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021, asociados con SISCO-SSR | 245 |
| Tabla 32. Indicadores del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021, con fuente de información correspondiente a DIME..... | 246 |
| Tabla 33. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR3..... | 246 |
| Tabla 34. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR20 | 247 |
| Tabla 35. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR27..... | 247 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 36. Indicadores del PNSDSDR asociados a registros de SISCO-SSR | 248 |
| Tabla 37. Formatos y variables de SISCO-SSR que aporta al indicador PNSDSDR | 249 |
| Tabla 38. Indicadores de la RIAS asociados a VIH y a la información recolectada por SISCO-SSR..... | 250 |
| Tabla 39. Variables asociadas a identificación de grupos poblacionales. | 254 |
| Tabla 40. Variables asociadas a la entrega de condones | 255 |
| Tabla 41. Variables asociadas a la realización de pruebas de VIH. | 256 |
| Tabla 42. Variables asociadas a canalización a servicios de salud. | 257 |
| Tabla 43. Variables asociadas a canalización a servicios de protección social. | 258 |
| Tabla 44. Variables asociadas a otros tópicos de VIH | 259 |
| Tabla 45. Ponderación de la evaluación para la integración a SISPRO. | 262 |
| Tabla 46. Matriz DOFA del uso e implementación de SISCO-SSR | 277 |
| Tabla 47. Media geométrica del índice de desempeño por esquemas de implementación..... | 288 |

Lista de Ilustraciones

| | |
|---|-----|
| Ilustración 1. Estructura del Proyecto según el Acuerdo de Subvención..... | 21 |
| Ilustración 2. Fases de la evaluación..... | 29 |
| Ilustración 3. Esquemas implementación del modelo comunitario..... | 41 |
| Ilustración 4. Mapa conceptual coocurrencias entre conceptos..... | 43 |
| Ilustración 5. Método para la construcción del índice de desempeño..... | 160 |
| Ilustración 6. Ponderación de los indicadores de desempeño..... | 165 |
| Ilustración 7. Respuesta local por población clave..... | 219 |
| Ilustración 8. Relación de SISCO-SSR con las políticas nacionales y normas en salud..... | 241 |
| Ilustración 9. Articulación de SISCO-SSR con otras fuentes para el análisis de VIH..... | 252 |
| Ilustración 10. Cumplimiento del objetivo 1 del Proyecto..... | 281 |
| Ilustración 11. Cumplimiento del objetivo 2 del Proyecto..... | 286 |

Lista de Gráficas

| | |
|---|-----|
| Gráfica 1. Desempeño esquema de implementación contratación OBC, 2017..... | 289 |
| Gráfica 2. Desempeño esquemas de implementación contratación OBC y ESE-OBC, 2018..... | 289 |
| Gráfica 3. Desempeño esquemas de implementación contratación OBC y ESE-Agentes, 2019..... | 290 |
| Gráfica 4. Desempeño de esquemas de implementación contratación OBC 2017, ESE-OBC, 2018 y ESE Agentes, 2019..... | 290 |

Siglas y acrónimos

APC: Agencia Presidencial de Cooperación Internacional de Colombia

APP: Aplicación Móvil

APV: Asesoría de Prueba Voluntaria

ASIS: Análisis de Situación de Salud

BAI: Búsqueda Activa Institucional

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CHF: Cooperative Housing Foundation (ahora Global Communities)

COVE: Comité de Vigilancia Epidemiológica

CRUE: Centro Regulador de Urgencias y Emergencias

DADIS: Departamento Administrativo Distrital De Salud

DDHH: Derechos Humanos

DIH: Derecho Internacional Humanitario

DIME: Diseño Informático de Monitoreo y Evaluación

EAPB: Entidades Administradoras de Planes de Beneficio

ENTerritorio: Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

EPS: Entidad Promotora de Salud

ESE: Empresa Social del Estado

FONADE: Fondo Financiero de Proyectos de Desarrollo

HC: Habitantes de calle

HSH: Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres

IAMI: Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia

ICBF: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

IDPAC: Instituto Distrital de Participación y Acción

INS: Instituto Nacional de Salud

IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

ITS: Infecciones de transmisión sexual

JDESP: Jóvenes en condición de desplazamiento

LGBTI: Lesbianas, gay, bisexuales, transgénero o intersexuales

MAITE: Modelo de Acción Integral Territorial

MCP: Mecanismo Coordinador País

MIAS: Modelo Integral de Atención en Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

MTRANS: Mujeres trans

OBC: Organización de Base Comunitaria

Siglas y acrónimos

| | |
|-------------------|--|
| ODS: | Objetivos de Desarrollo Sostenible |
| OIM: | Organización Internacional para las Migraciones |
| ONG: | Organización No Gubernamental |
| ONUSIDA: | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida |
| OPS: | Organización Panamericana de la Salud |
| OSC: | Organización de Sociedad Civil |
| PDSP: | Plan Decenal de Salud Pública |
| PIC: | Plan de Intervenciones Colectivas |
| PID: | Personas que se inyectan drogas |
| PNR: | Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida Colombia 2014-2017 |
| POA: | Plan Operativo Anual |
| POS: | Plan Obligatorio de Salud |
| PPL: | Personas privadas de la libertad |
| PrEP: | Profilaxis de preexposición |
| PVS: | Personas con VIH |
| PyP: | Promoción y prevención |
| RIPS: | Registro Individual de Prestación de Servicios de Salud |
| RUAF: | Registro Único de Afiliados |
| SDS: | Secretaría Distrital de Salud |
| SECOP: | Sistema Electrónico para la Contratación Pública |
| SGSSS: | Sistema General de Seguridad Social en Salud |
| SIDA: | Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida |
| SISBEN: | Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales |
| SISCO-SSR: | Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva |
| SISPRO: | Sistema Información de la Protección Social |
| SIVIGILA: | Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública |
| SPA: | Sustancias Pisoactivas |
| SSR: | Salud Sexual y Reproductiva |
| TAR: | Terapia antirretroviral |
| TB: | Tuberculosis |
| TS: | Trabajadoras sexuales |
| UNFPA: | Fondo de Población de las Naciones Unidas |
| VIH: | Virus de Inmunodeficiencia Humana |

1



Introducción

El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/Sida Colombia 2014-2017 (PNR) constituye una guía para la planeación estratégica y el seguimiento a la gestión en VIH-Sida, mediante el fortalecimiento de las diferentes instituciones y de los actores responsables, para la prevención y control del VIH-Sida.

A partir de las dificultades y lecciones aprendidas identificadas durante la implementación del PNR, en 2014, La Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial (ENTerritorio) y el Fondo Mundial suscribieron el Acuerdo de subvención No. COL-H-FONADE 1062 (Convenio No. 216146), para desarrollar el Proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH-Sida y el Modelo Integrado de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas”, del 1 de noviembre de 2016 y al 31 de octubre de 2019. Este Proyecto implementó acciones para el fortalecimiento de las capacidades institucionales de respuesta y la ampliación de las acciones de prevención, inducción al diagnóstico y acompañamiento para el acceso a servicios de prevención y atención integral de la población clave.

En este contexto, se desarrolló una evaluación con el objetivo de “Recolectar, sistematizar y analizar información para evaluar el efecto de las intervenciones del Acuerdo de Subvención No. COL-H-FONADE 1062 (Convenio No. 216146) suscrito con el Fondo Mundial”. En este libro se divulgan los resultados principales, las conclusiones y recomendaciones formulados a partir de tal evaluación. En este capítulo introductorio se presentan los antecedentes que explican y justifican el desarrollo de la Ampliación de la Respuesta, se describen sus componentes principales y se enuncian los objetivos de evaluación. En el Capítulo 2 se describe el método general de la evaluación. En el Capítulo 3 se presentan los principales resultados en relación con el desempeño del Proyecto, a partir de las experiencias y perspectiva de los actores relacionados con la Ampliación de la Respuesta. En este capítulo también se desarrolla el análisis de eficacia y costo efectividad de las intervenciones del Proyecto.

En el Capítulo 4 se analiza cómo las estrategias e intervenciones de la ampliación de la Respuesta contribuyeron a los resultados del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021 y a los objetivos de la Estrategia ONUSIDA 2016-2021. En el Capítulo 5 se analiza la adopción e implementación del sistema de información SISCO-SSR. El libro termina, en el Capítulo 6, con la presentación de las conclusiones y recomendaciones formuladas.

1.1 Antecedentes

En el año 2000, no existía ninguna respuesta de salud pública mundial contra la epidemia del VIH. Por lo que el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria creó, en 2002, un mecanismo de respuesta de emergencia para realizar avances rápidos en el control del sida, la tuberculosis y la malaria, buscando expandir la cobertura para la realización de intervenciones en salud que salvan vidas. Esta organización internacional, promueve una:

Singular asociación público-privada mundial dedicada a atraer y desembolsar nuevos recursos para prevenir y tratar el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria. Esta asociación entre los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades afectadas representa un nuevo enfoque del

financiamiento internacional de la salud. El Fondo Mundial trabaja estrechamente junto a otras organizaciones bilaterales y multilaterales con objeto de complementar los esfuerzos ya existentes para el control de estas tres enfermedades.

Gracias a los esfuerzos que realiza, en el 2015 casi todos los países estaban implementando programas de prevención y tratamiento del VIH que generan avances en la lucha contra la enfermedad. Sin embargo, todavía se presentan importantes desafíos para mantener los avances y crear una respuesta equitativa para contener la epidemia del VIH, por ejemplo:

Cerca del 50% de los países informan que menos de la mitad de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres conocen su estado serológico respecto del VIH, y la mayoría no tiene acceso a los servicios que necesitan. Las trabajadoras sexuales tienen 14 veces más probabilidades de vivir con el VIH que otras mujeres y las mujeres trans, 50 veces más probabilidades que la población general. Son muchos los países que no logran proporcionar terapia de sustitución de opiáceos o acceso a agujas y jeringuillas esterilizadas para consumidores de drogas intravenosas. E incluso donde existen servicios para poblaciones clave y vulnerables, los obstáculos relacionados con los derechos humanos limitan el acceso a dichos servicios y, con frecuencia, no se hace nada para solucionar la situación. (Fondo Mundial, 2016, p. 35).

El Fondo Mundial apoya las metas de la prevención del VIH y las fases de tratamiento 90-90-90, donde se pone de manifiesto la necesidad de incluir a las poblaciones clave y que el Estado se comprometa a asegurar el acceso a servicios integrados, superar la desigualdad de género, poner fin a la discriminación en los servicios de salud y otros contextos e incrementar el acceso a la justicia. El Fondo Mundial también resalta el rol de la sociedad civil y las comunidades, para que desempeñen un papel central en el diseño, la ejecución y la supervisión de la respuesta, incluida la prestación de servicios comunitarios (Fondo Mundial, 2016, p. 35).

El Fondo Mundial definió una estrategia para 2017-2022, que se basa en una visión ambiciosa, una misión y cuatro objetivos estratégicos:

- Maximizar la repercusión en la lucha contra el VIH, la tuberculosis y la malaria.
- Crear sistemas para la salud resistentes y sostenibles.
- Promover y proteger los derechos humanos y la igualdad de género.
- Movilizar mayores recursos.

La ejecución de esta estrategia 2017-2022 se alinea totalmente con los planes de los asociados y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), bajo el principio de responsabilidad compartida, el enfoque de una participación inclusiva y multisectorial y las prioridades de los ODS. En este sentido, el financiamiento proporcionado permitirá a los países cumplir con los objetivos relacionados con la salud y el bienestar (Objetivo 3) y con las metas asociadas, para 2030, relacionadas con poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis y garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (Fondo Mundial, 2016).

En Colombia, la primera subvención (2004-2008) se denominó Proyecto Colombia, cuya meta era “reducir la vulnerabilidad frente a las ITS, el VIH y el Sida, de 600.000 adolescentes y jóvenes en 48 municipios inmersos en contextos de desplazamiento forzado, desde un enfoque integral de realización de los DDHH, el DIH y la equidad de género”. Para lograr esta meta, se plantearon

como objetivos: (1) fortalecer la respuesta social y coordinación intersectorial en los municipios sujetos del Proyecto, (2) fortalecer el acceso y calidad de los servicios municipales de educación para la sexualidad y prestación de servicios en salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH y (3) formar a los adolescentes y jóvenes inmersos en contextos de desplazamiento.

Para esa subvención, el receptor principal fue la Organización Internacional para las Migraciones (OIM) y su operación en los municipios priorizados se hizo a través de subreceptores, que estaban conformados por universidades, organizaciones de base comunitaria, fundaciones, Profamilia, Cruz Roja, entre otros. Dentro de las instancias de ejecución de este Proyecto estuvieron: 34 entidades ejecutoras en alianza, en 47 municipios y 9 localidades de Bogotá, 56 instancias de coordinación municipal conformadas (MCM-D-L) y 947 organizaciones de la sociedad civil. Los logros más importantes fueron:

1. Componente educación: participación de 338 Instituciones Educativas (IE), 2055 funcionarios capacitados, 217 IE con Proyecto de educación para la sexualidad en el Proyecto Educativo Institucional y 1151 funcionarios municipales capacitados.
2. Componente salud: formación de 55.670 líderes para implementar la estrategia de pares, que a su vez capacitaron a 618.578 jóvenes. El diseño de los Servicios Amigables para jóvenes, donde se constituyeron 237 de los cuales 125 quedaron funcionando, atención a 323.000 jóvenes, 1.218 funcionarios de salud capacitados y el establecimiento de las rutas de atención.
3. Componente emprendimientos juveniles: se implementaron 306 emprendimientos, 2.254 jóvenes beneficiarios directamente y 50.000 jóvenes beneficiarios indirectamente, en donde el 31% de los beneficiarios enfrentaban condiciones de desplazamiento, el 10% eran jefes de hogar y el 50,8% eran mujeres.

Durante 2011-2016 se implementó en el país, con recursos del Fondo Mundial, el Proyecto *Fortalecimiento de la capacidad institucional y comunitaria para la oferta de servicios de calidad y la reducción de la morbi-mortalidad por VIH/Sida en grupos de alta vulnerabilidad en Colombia*, con el propósito de “reducir la morbi-mortalidad y la vulnerabilidad asociadas al VIH/Sida en grupos clave priorizados de 75 municipios de Colombia”, con dos objetivos específicos: 1) crear capacidad comunitaria para la adopción de comportamientos seguros, la reducción de la vulnerabilidad social al VIH y el empoderamiento de los grupos clave priorizados y 2) fortalecer la capacidad institucional y de trabajo en red para la atención integral de los grupos clave priorizados. El receptor principal fue Global Communities (antes CHF International). Sus acciones estaban focalizadas en siete grupos de alta vulnerabilidad al VIH/Sida: hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), mujeres trans (MTRANS), trabajadoras sexuales (TS), habitantes de calle (HC), personas con VIH (PVS), personas privadas de la libertad (PPL) y jóvenes en condición de desplazamiento (JDESP). Este Proyecto estaba conformado por tres estrategias: (1) formación de líderes, (2) actividades educativas y (3) servicios comunitarios. Este Proyecto se desarrolló en dos fases, la primera contempló 75 municipios y 20 departamentos, se implementó durante 2011-2013 y abordó a las siete poblaciones anteriormente descritas; la segunda fase, de junio de 2013 a marzo de 2016, se implementó en 65 municipios y 17 departamentos y abordó a cinco poblaciones claves (MT, HSH, TS, HC y PVS). Los logros más importantes fueron:

1. Componente formación de líderes: se capacitó un total de 1.407 líderes en los siguientes temas: enfoques para el trabajo en VIH, subjetividad y VIH, conceptos básicos (sexualidad, diversidad, VIH, género), abordaje de prevención con las poblaciones priorizadas, rol del líderes y lideresas

en el marco del Proyecto y planificación y registro de información.

2. Componente actividades educativas: se entregaron 127.467 paquetes educativos a las poblaciones claves priorizadas en la fase I. Para la segunda fase, se entregaron 432.698 paquetes educativos. Realización de 159.932 de pruebas rápidas de tamizaje con corte a febrero de 2016, de las cuales 3.233 fueron reactivas y 2.210 positivas.
3. Componente servicios comunitarios: se realizaron actividades de asistencia técnica a 159 organizaciones en los siguientes temas: VIH/Sida, abordaje a poblaciones, gestión de Proyectos y aspectos contables y administrativos. Además, se realizó una capacitación complementaria a 59 organizaciones en: “Dispositivos comunitarios en VIH con base en modelo ECO2 (centros de escucha). Finalmente, se fortalecieron a 62 organizaciones de Servicios Comunitarios (SCA) como agentes comunitarios en salud y en fortalecimiento de infraestructura (dotación, arreglos de infraestructura, entre otros).

Otros logros importantes de ese Proyecto fueron: generación de ingresos sectores económicos (la formulación de 1.286 planes empresariales), la implementación de estrategias de comunicación dirigidas a las poblaciones clave (promoción de la prueba diagnóstica, uso correcto del condón y reducción de estigma y discriminación), guías prácticas de prevención y atención en VIH en la población clave, Proyecto Cedulación de mujeres trans.

Para el actual acuerdo de subvención, el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), como parte del Mecanismo Coordinador País (MCP), estuvo vinculado al Proyecto mediante el seguimiento y el acompañamiento que se requería para la incidencia política en los territorios. Asimismo, cumplía una labor de articulador con relación a las propuestas del Fondo Mundial ejecutadas por ENTerritorio, las cuales estaban desarrolladas en el marco de la política pública nacional para lo cual MSPS, tenía que estar al tanto de que las acciones fueran acordes al marco de la política de Salud Sexual y Reproductiva y la normatividad existente.

Implementación que también contó con el soporte del Agente Local del Fondo Mundial en Colombia (Price Waterhouse Cooper) y del Mecanismo Coordinador País (MCP), que cumple la función de hacer seguimiento a los resultados de productos y resultados de impacto que se habían obtenido estaban dispuestos a resolver dificultades que se presentaran en los territorios o con las organizaciones implementadoras o los contratistas (MSPS, 98:1).

Además, la participación del Ministerio desde la construcción de la política pública fue plenamente intersectorial y de la mano con el MCP. Esta es una instancia de coordinación donde están la Cooperación Internacional, las organizaciones de sociedad civil (OSC) y las personas directamente afectadas, entre otros. Además, en estos espacios el Ministerio da respuesta inmediata ya que son responsabilidades del Estado más allá del papel que cumplan las OSC. Asimismo, desde el Ministerio se da la articulación con los actores territoriales como las secretarías de salud responsables de la ampliación de la respuesta (MSPS, 98:2) Esta articulación se dio gracias a que las acciones de las Secretarías se cumplían a través de la financiación del PIC, en donde:

“Trabajamos más de cerca con las secretarías territoriales de salud en el sentido de que las acciones que se llevan a través del Proyecto son acciones de tipo colectivo [...] son acciones que deben dar cuenta de indicadores poblacionales al Proyecto, no tener suministro de medicamentos y tratamientos, ni nada por el estilo. Lo que sí estamos pendientes de ver es si realmente las personas que son diagnosticadas por el Proyecto acceden al sistema”. (MSPS, 98:3)

Por último, el Ministerio contextualiza los antecedentes para que se diera el Acuerdo de Subvención entre el Fondo Mundial y ENTerritorio. Desde el Estado se hizo el análisis para determinar las condiciones que proponía el Fondo para que Colombia suscribiera el acuerdo y contratará una entidad estatal. (MSPS, 98:16).

Como integrante del MCP y como agencia técnica del Fondo Mundial, la OPS tuvo un rol importante para que las acciones de los países tuvieran un aval técnico. En este sentido, la nota conceptual que se construyó en conjunto con la OPS está basada en evidencias recomendadas mundialmente. Asimismo, en este proceso de elaboración, la OPS facilitó los diálogos con la sociedad civil. Como en Colombia no se tiene oficina de ONUSIDA, se le pidió a la OPS que tomara el papel de coordinación y acompañamiento para el desarrollo de los productos del Proyecto, sugirió métodos y revisó los términos de referencia, con el objetivo de asegurar la calidad técnica de las acciones (OPS, 99:9).

La OPS aportó conocimiento a las exigencias del Fondo Mundial. Esta entidad exigía regularidad con la estandarización de los paquetes puesto que era más fácil medir los indicadores. Asimismo, el Fondo Mundial ha insistido en la identificación de personas individuales como dato para observar las coberturas. Lo anterior se ha logrado con la solicitud de la cédula. Sin embargo, desde la OPS se señaló que este proceso estandarizado tiene ciertas falencias en cuanto a prevención debido a que desconoce otras necesidades de esta población clave y estas necesidades no están estandarizadas como lo está la entrega de los paquetes (OPS, 99:4).

En este sentido, hace falta tener más conocimiento de los contextos y dinámicas de las personas para evitar las acciones ya estandarizadas que se vienen haciendo por un tiempo prolongado sin tener los efectos esperados (OPS, 99:5). Al igual que el Ministerio, la OPS reconoce que ENTerritorio, como entidad pública, tiene validez para poder crear la interlocución con las entidades territoriales (OPS, 99:11).

1.2 Descripción del Proyecto

Como marco de referencia del Acuerdo de Subvención No. COL-H-FONADE 1062, se tomó la *Nota conceptual estándar: Inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria (MCP, 2016)*. Esa Nota conceptual recoge la propuesta general del Proyecto e incluye los objetivos, los grupos y ciudades priorizadas, las estrategias y las actividades. La Ilustración 1 presenta la estructura del Proyecto.

El Proyecto tiene dos grandes ámbitos de acción: el primero, relacionado con la gestión, coordinación y articulación intersectorial en las siete ciudades priorizadas (Objetivo 1) y el segundo, relacionado con la implementación del modelo comunitario para ampliar las acciones y el abordaje directo de los grupos clave priorizados en cuatro de las ciudades priorizadas (Objetivo 2).

Los aspectos operativos de los objetivos se desarrollan a través de estrategias y actividades. En las tres estrategias que corresponden al primer objetivo, se puede apreciar la centralidad del enfoque de vulnerabilidad y la disminución del estigma y la discriminación; así como el desarrollo de: (1)

la *coordinación intersectorial* entre diferentes actores de la respuesta, (2) el *fortalecimiento de la red de prestadores* para que faciliten de manera prioritaria el acceso al diagnóstico y la atención integral a las poblaciones clave; y (3) el *fortalecimiento de la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil para su participación efectiva* en el seguimiento a la implementación de las rutas específicas de prevención de ITS-VIH y atención a las personas con VIH/Sida, así como de la integración de actividades colaborativas TB-VIH (MCP, 2016).

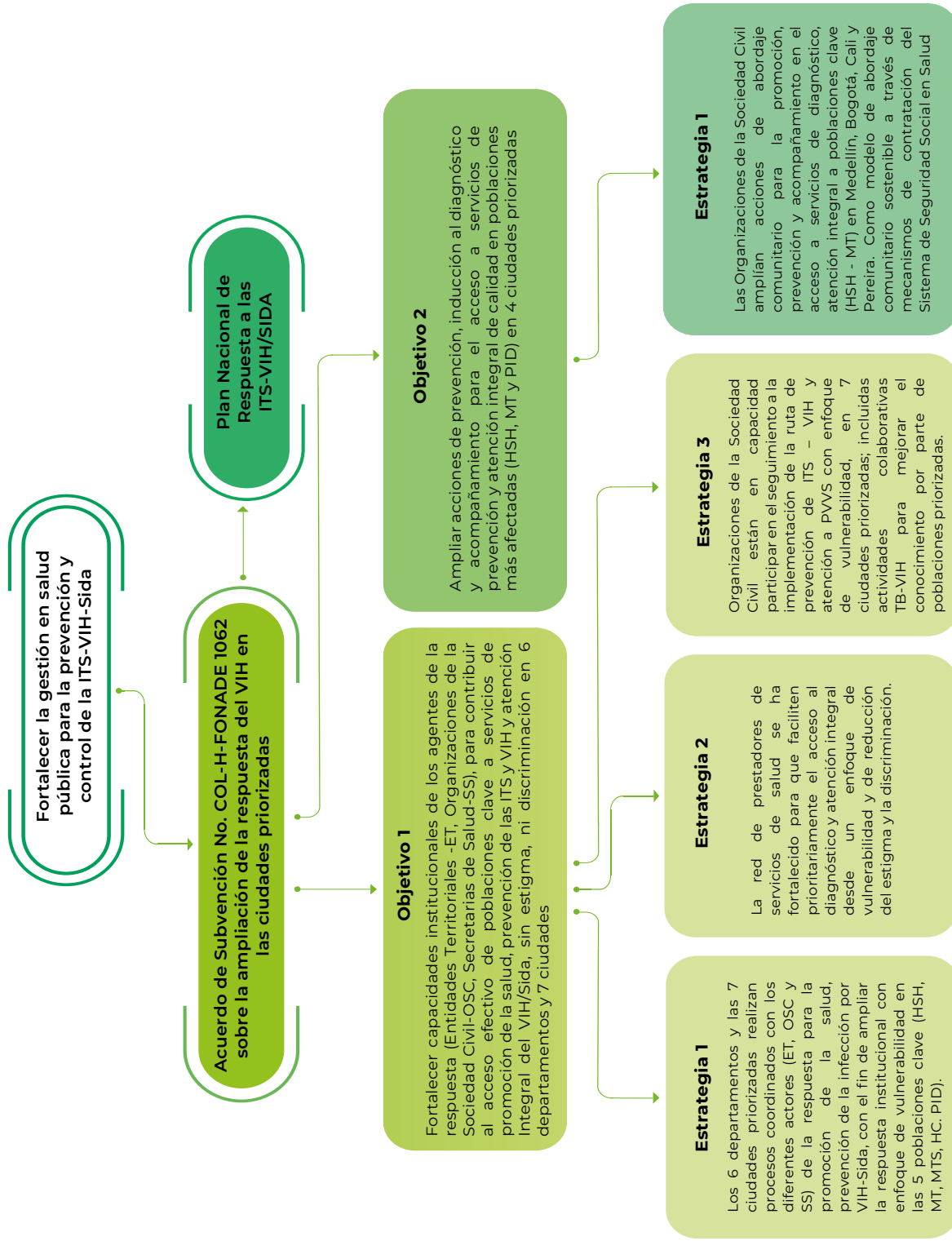
Estas estrategias se plantearon de acuerdo con la Nota conceptual para responder a las siguientes brechas: la primera estrategia responde a la

“falta de articulación y coordinación entre los diferentes actores de la respuesta en los contextos locales, principalmente entre las organizaciones comunitarias, con las secretarías de salud y los servicios de salud”. Esto busca como resultados: “evitar duplicidad de acciones, optimización de los recursos, facilita el ahorro de escala en la compra de insumos, mejorar la información, hacer más eficientes los procesos y aprovechar la experticia y experiencia que han venido desarrollando las organizaciones comunitarias en promoción y prevención con enfoque de vulnerabilidad, tanto en la implementación de los Proyectos del Fondo Mundial y en general en la respuesta nacional, lo que constituye un elemento clave en la sostenibilidad” (MCP, 2016, p. 57).

La segunda de las estrategias responde a *“una serie de dificultades y brechas propias de la respuesta que corresponden a los servicios de salud, las cuales, requieren ser abordadas”, con el propósito de “garantizar el acceso, tanto a diagnóstico, como a los servicios de atención integral, para aquellas personas de los grupos clave que lo requieran”* (Fondo Mundial, 2016, p. 59). El mejoramiento en la calidad de la atención se vería reflejado en los siguientes aspectos, que podrían aportar elementos a considerar en la evaluación de los resultados: (1) fortalecimiento del personal de salud en los procesos de atención integral para personas con VIH de los grupos clave, (2) reducción de los niveles de estigma y discriminación, (3) promoción de los enfoques de vulnerabilidad y diferencial, así como las perspectivas de género y Derechos Humanos, y (4) fortalecimiento a la gestión, los procesos administrativos, “a través de la socialización y seguimiento de la ruta de atención al VIH del Modelo Integrado de Atención en Salud, MIAS, que incluye acceso y garantía al diagnóstico para VIH, la atención integral y la articulación de los servicios para la atención de la coinfección TB-VIH; todo lo anterior en consonancia con la normatividad vigente” (MCP, 2016, p. 59).

La tercera de las estrategias pretende dar respuesta a *“debilidades que las organizaciones de la sociedad civil tienen para aportar a una respuesta más efectiva en el país”* dentro de las que se destacan: articulación con otros sectores (secretarías de salud, servicios de salud, etc.), para potenciar la respuesta a la epidemia; acciones de incidencia para garantizar una respuesta local, con enfoque de vulnerabilidad, que responda a las necesidades de los grupos clave; ampliación de las acciones de veeduría y control social ante la vulneración de los Derechos Humanos de los grupos más afectados, especialmente del derecho a la salud; acciones de abordaje, promoción del diagnóstico para VIH y acompañamiento en la ruta de atención del VIH de personas de los grupos clave; movilización de recursos del sector público para garantizar su participación en el continuo de los servicios de salud (incidencia, participación, promoción, prevención, diagnóstico y atención integral), de una manera

Ilustración 1. Estructura del Proyecto según el Acuerdo de Subvención



Fuente: elaboración propia

sostenible; inclusión de acciones relacionadas con la coinfección TB-VIH, y participar en acciones de prevención de esta coinfección, dirigidas a los grupos clave (MCP, 2016).

En cuanto al segundo de los objetivos, la estrategia pretende solventar el reto de la *sostenibilidad* de las actividades de promoción, prevención y acompañamiento en el acceso a servicios de diagnóstico y atención integral a poblaciones clave. Esto teniendo en cuenta la reducción progresiva de los aportes de donantes externos y la oportunidad de contar con un modelo de abordaje comunitario a ser replicado por fuentes de financiación nacionales en los distintos territorios, de acuerdo con la *efectividad* de sus acciones.

Para la operatividad de la estrategia de este objetivo desde el equipo nacional se diseñó el Modelo de Intervención Comunitaria para la Promoción, Prevención y Sostenibilidad de la Respuesta al VIH/Sida en Colombia, como una estrategia que se implementó en las ciudades priorizadas. Este modelo contempló las siguientes acciones:

- El trabajo articulado del componente comunitario con los servicios de salud en las acciones de promoción, prevención, diagnóstico y atención del VIH con los grupos clave, con enfoque de derechos y vulnerabilidad.
- El aumento de la cobertura en acciones de promoción y prevención tales como brigadas de alcance, talleres, servicios de escucha, entrega de paquetes de servicios a los grupos clave que reduzcan las situaciones de vulnerabilidad frente a la infección.
- La promoción de la demanda y ampliación de la oferta de asesoría para la prueba voluntaria de ITSVIH/SIDA y tamizaje para aumentar la cobertura en personas de los grupos clave.
- La canalización y el efectivo acompañamiento y referencia a la atención integral de las personas diagnosticadas en el proceso. La canalización y el efectivo acompañamiento y referencia a la oferta de servicios de protección social identificados en cada territorio. (FONADE, 2018, p15)

Para el desarrollo de las acciones del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario, se establecieron las siguientes definiciones:

Brigada Educativa. Corresponde al conjunto de actividades que se realizan principalmente en espacios abiertos o calle, en la que se aborda la población en su ámbito tradicional de encuentro y/o socialización. Por los contextos, la acción educativa se realiza dependiendo del público en una sesión breve que dura entre 5 y 20 minutos.

Taller. Es un espacio para la construcción de sentido sobre el cuerpo, el cuidado de sí y los aprendizajes sobre la prevención en las prácticas de salud sexual y reproductiva. El contenido se concreta previamente con la comunidad, son grupos mayores de cinco personas y corresponde a una secuencia de sesiones educativas, su duración es superior a 30 minutos, requiere de una logística especial, que promueva atención, participación y sensibilización de la población.

Servicio Escucha. Este espacio permite orientar a las personas y responder a inquietudes personales, está previsto para motivar el acercamiento de las poblaciones a la estrategia de prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva, también busca establecer relaciones

de acercamiento y confianza hacia las Organizaciones de Base Comunitaria, para que estos se posicionen como lugares para la reflexión y establecer relaciones de confianza en los diferentes ámbitos de trabajo. Por su naturaleza se realiza facilitando la privacidad de los y las consultantes, el tiempo es relativo depende de las necesidades específicas poblacionales.

Asesoría a la Prueba Voluntaria, APV. Siendo esta parte de las acciones de prevención en VIH, la misma la ejecutarán asesores capacitados y certificados, quienes hacen parte de las Organizaciones de Base Comunitaria. En este proceso, los asesores enfocan la asesoría para incidir en la modificación de conocimientos, actitudes y prácticas, que permitan explorar opciones de disminución del riesgo frente al VIH y otras ITS (Hepatitis B y C), así como la prevención de la confección TB-VIH.

Pruebas de tamizaje. Como acción conjunta de la APV, será ejecutada por personal capacitado según la norma (Resolución 2338 de 2013) en APV y lectura de prueba rápida.

Canalización. Conjunto de actividades de orientación, gestión y direccionamiento de los usuarios, a los servicios de protección social o de salud disponibles en el territorio

Seguimiento. Acción evaluativa a los compromisos adquiridos en las canalizaciones y acompañamientos realizados (FONADE, 2018, p16).

1.3 Objetivos de la evaluación

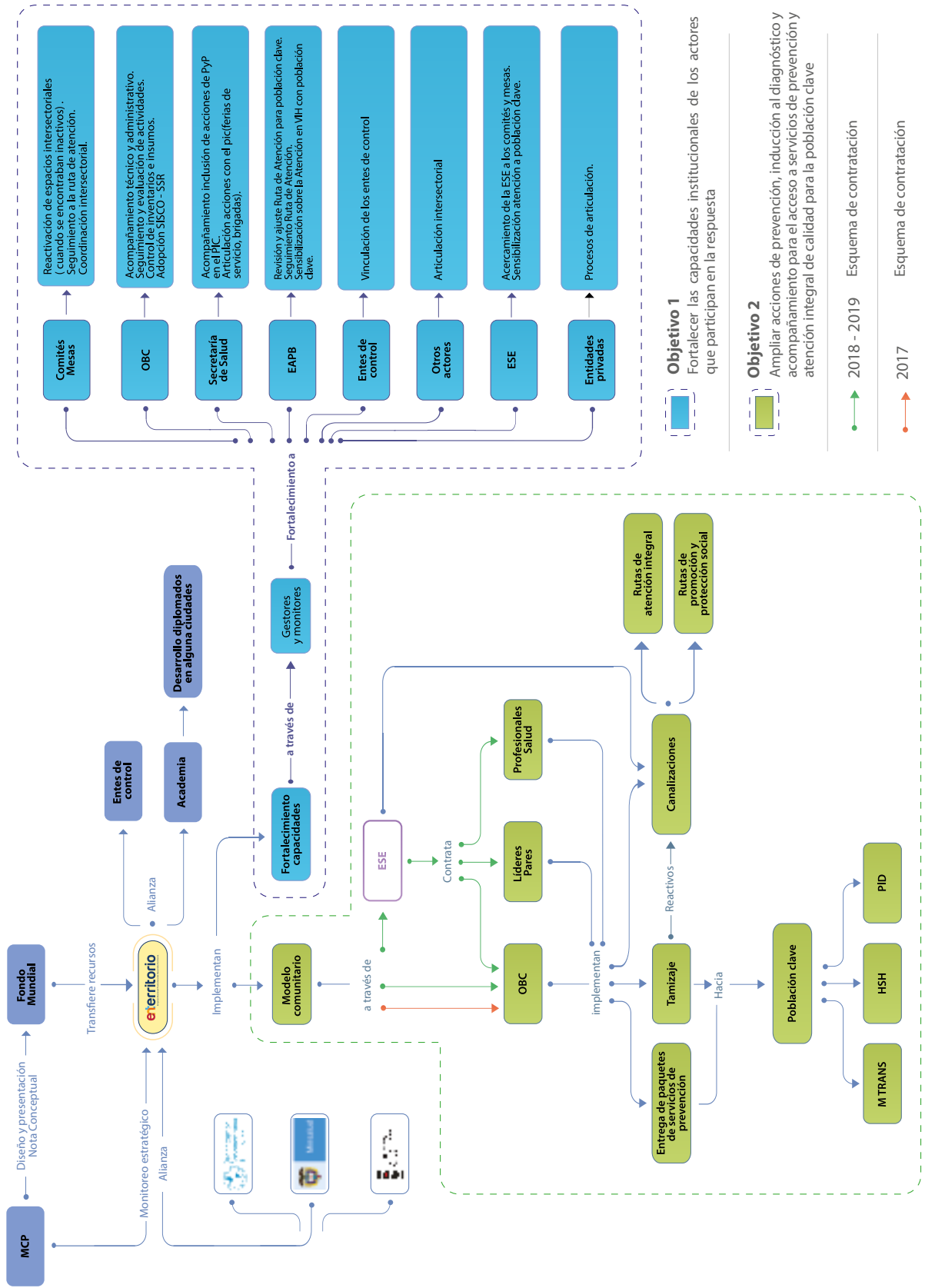
Objetivo general

Evaluar el efecto de las intervenciones del Acuerdo de Subvención N. COL-H-FONADE 1062 sobre la ampliación de la respuesta del VIH en las ciudades priorizadas y el desempeño de sus estrategias e intervenciones entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de marzo de 2019, mediante la recolección, sistematización y análisis de la información generada durante la ejecución del respectivo acuerdo

Objetivos específicos

- Evaluar el desempeño de las estrategias e intervenciones del Proyecto enmarcado en el Acuerdo de Subvención a partir del análisis de sus dos objetivos centrales.
- Evaluar los efectos directos de las intervenciones sobre la ampliación de la respuesta del VIH en las ciudades priorizadas.
- Evaluar el efecto de la implementación del Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva SISCO-SSR.

Mapa de Implementación Ampliación de la Respuesta Nacional al VIH 2017-2019





2

Método de evaluación



El método de evaluación tuvo un enfoque basado en la teoría general de sistemas. Desde este enfoque, el objeto de análisis y evaluación es el sistema que consiste en una entidad definida por unos límites establecidos, con una estructura interna, que a su vez está conformada por otras entidades que establecen interrelaciones e interdependencias entre sí. El considerar la ampliación de la respuesta al VIH como un sistema a evaluar, implica tomar en cuenta los siguientes elementos:

- El análisis de la ampliación de la respuesta no se logra estudiando de forma aislada cada uno de los elementos que la componen, al contrario, es necesaria la comprensión de la interrelación e interdependencia de los diferentes elementos que conforman la respuesta (objetos, atributos, acontecimientos, entre otros).
- La interacción entre los diferentes componentes de la Ampliación de la Respuesta permite que se logre un objetivo o se alcance una meta.
- Como todos los sistemas, la Ampliación de la Respuesta depende de algunos insumos para generar algunas actividades, las cuales terminarán en algunos productos u originarán algunas metas. En este sentido los sistemas “transforman” entradas en salidas, es decir, insumos, actividades y recursos ingresan al sistema el cual las modifica de manera que la salida es diferente a la forma de entrada.
- Como sistema abierto, los resultados o logros finales de la Ampliación de la Respuesta pueden alcanzarse de diferentes maneras y en diferentes condiciones, de manera contraria a los enfoques lineales, de causa y efecto, que se centran solo en una posibilidad para el logro de los objetivos.

Este enfoque orienta la manera como se dio respuesta a las preguntas de evaluación, al tiempo que define el marco de interpretación con el cual se analizaron la información y los resultados de la Ampliación de la Respuesta.

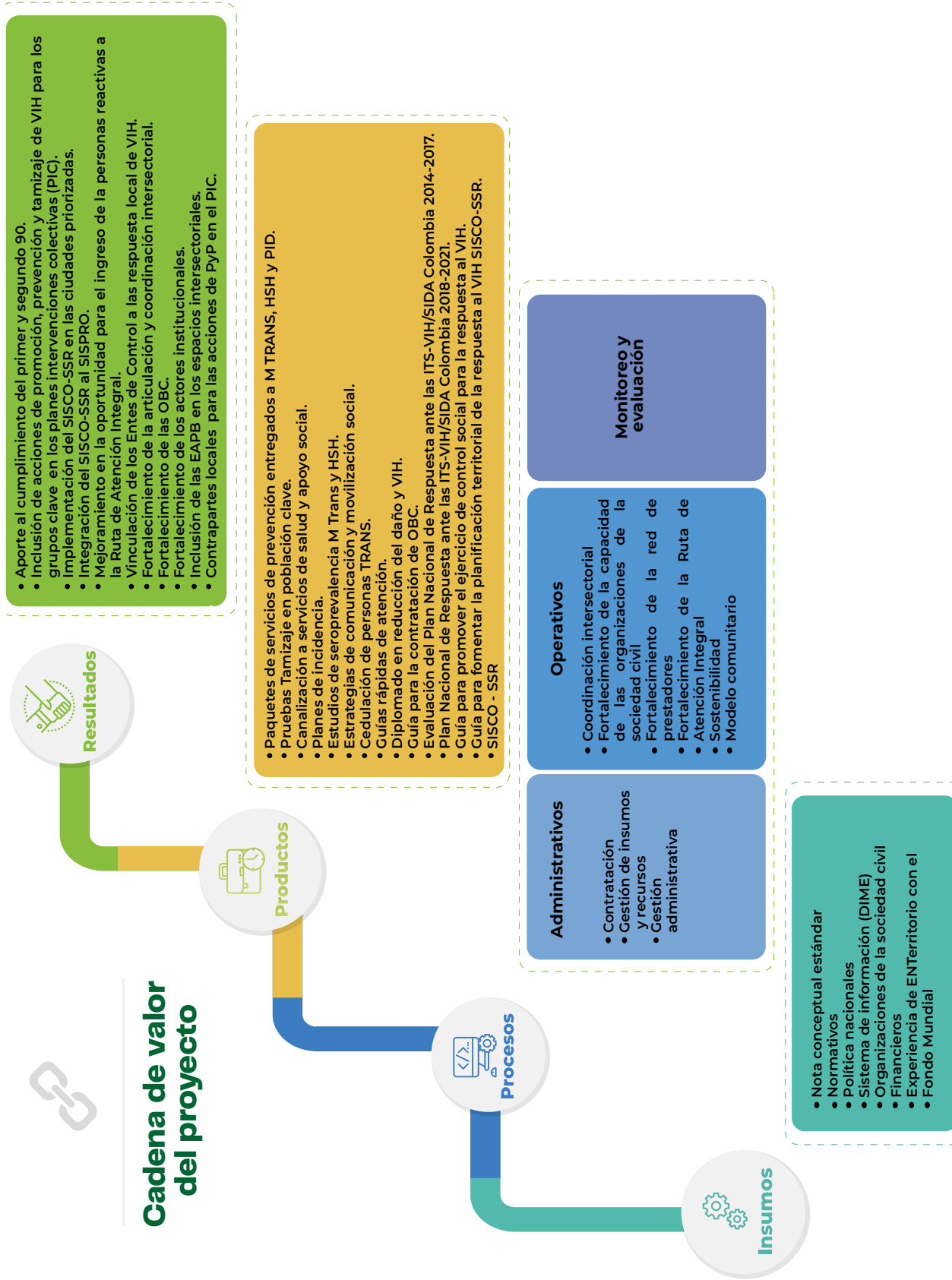
A su vez, se formuló una metodología mixta que incluye la aplicación de diversas técnicas de recolección y análisis de información de tipo cuantitativo y cualitativo, que permite generar una comprensión integral de las intervenciones y sus efectos inmediatos, a la vez que facilita el reconocimiento de la diversidad de expresiones y de fuentes susceptibles de ser empleadas para responder las preguntas de la evaluación.

En el marco de la teoría de sistemas, se recurre a la Teoría de cambio para identificar los insumos que entran al sistema y cómo son transformados en resultados. La Teoría de cambio consiste *“en una representación sobre cómo se espera que una intervención conduzca a unos resultados esperados”* (Morra Imas & Rist, 2009, p.99). Los modelos de teoría de cambio presentan cinco elementos: insumos (inputs), actividades, productos (outputs), efectos directos (outcomes) e impactos. Estos elementos son descritos por la cadena de valor, que es un instrumento metodológico que analiza el proceso de producción de valor público mediante una relación lógica y secuencial. La reconstrucción de la cadena de valor de la Ampliación de la Respuesta se muestra en a continuación.

Para dar respuesta a cada uno de los objetivos de evaluación se desarrollaron las siguientes estrategias. En primer lugar, se evaluaron los resultados del desempeño del Acuerdo de Subvención, a partir tanto de la experiencia y valoración que los diversos actores tienen sobre las acciones y resultados alcanzados por el Proyecto, como del análisis de la eficacia, eficiencia y efectividad. En segundo lugar, se realizó una evaluación de los efectos, con el análisis de la forma como las intervenciones y acciones del Proyecto han contribuido al logro de los objetivos y consecución de los resultados del

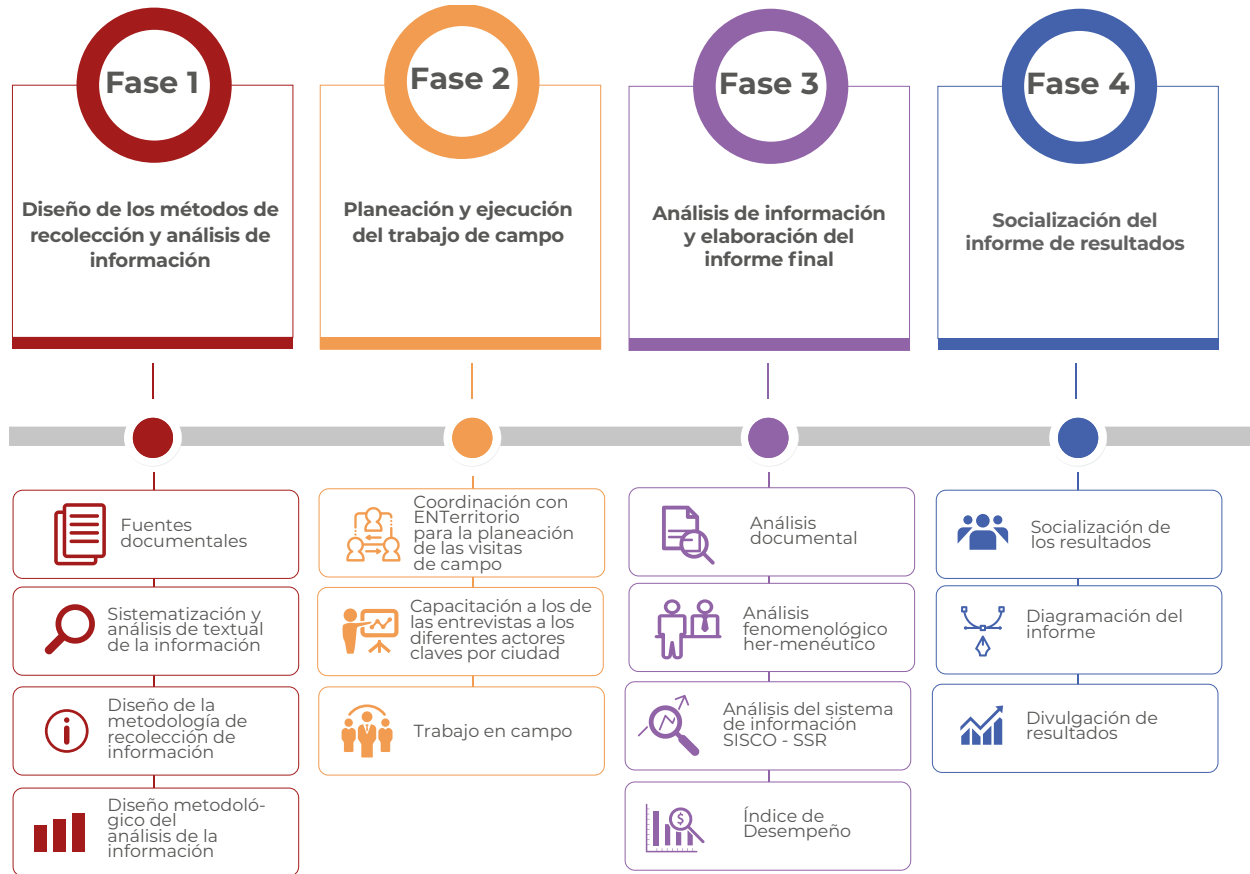


Cadena de valor del proyecto



Plan Nacional de Respuesta. En tercer lugar, se evaluó la implementación del Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva SISCO-SSR. La evaluación se organizó en cuatro fases (Ilustración 2).

Ilustración 2. Fases de la evaluación
 Fuente: elaboración propia



Fase 1. Diseño de los métodos de recolección y análisis de información

En esta fase se identificaron y recopilamos las fuentes documentales necesarias para el desarrollo de la evaluación como informes, guías, publicaciones y bases de datos institucionales producidos durante la implementación. Con esta información se realizó un proceso de sistematización y exploración rápida a partir de un análisis textual, con el objeto de conocer el enfoque, objetivo y propósito del Proyecto, así como sus estrategias y actores principales en las ciudades priorizadas, así como la redefinición e identificación de las categorías que se emplearían en la recopilación y análisis posteriormente.

Para la construcción del diseño de la recolección y análisis de información se elaboró una matriz con los objetivos específicos de la evaluación, las preguntas de orientación, las categorías y subcategorías y los actores (o fuentes) de información. Con la revisión documental se identificaron los actores claves que participaron en la implementación del Proyecto, para su selección se utilizó el muestreo intencional. La Tabla 1 presenta el mapa de actores.

Tabla 1. Mapa de actores claves del Proyecto de ampliación de la respuesta al VIH

| Grupos | Actores claves |
|---|---|
| Actores institucionales de organismos internacionales | Organización Panamericana de la Salud |
| Actores nivel nacional | Ministerio de Salud y Protección Social |
| | Instituto Nacional de Salud |
| Actores institucionales del orden distrital y territorial | Secretarías de Salud |
| Equipos locales de ENTerritorio | Gestores y monitores |
| Profesionales de la salud | Médicos, enfermeras y psicólogos |
| Actores Entidades Administradoras de Planes de Beneficio | EAPB locales |
| Redes sociedad civil con trabajo en VIH | Organizaciones de base comunitaria no contratadas por ENTerritorio |
| Empresas Sociales del Estado | ESE contratadas por ENTerritorio |
| Servicios comunitarios (OBC) | Organizaciones de base comunitaria contratadas por ENTerritorio y por las ESE |
| Beneficiarios | HSH, MTRANS y PID |
| Academia | Universidades |
| Organismos de control | Personería, Defensoría |
| Espacios intersectoriales | Comité de VIH y mesas diversas |

Fuente: elaboración propia

Fase 2. Planeación y ejecución del trabajo de campo

Esta fase comprendió el proceso de planeación del operativo de las visitas en las siete ciudades priorizadas, así como la aplicación de las entrevistas individuales y grupales. En total se aplicaron 117 entrevistas (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de entrevistas por ciudad - Fuente: elaboración propia

| Ciudades | Entrevistas individuales | Entrevistas Grupales |
|--------------|--------------------------|----------------------|
| Bogotá | 24 | 3 |
| Medellín | 20 | 5 |
| Cali | 15 | 4 |
| Pereira | 23 | 4 |
| Barranquilla | 4 | 0 |
| Cartagena | 4 | 0 |
| Bucaramanga | 11 | 0 |
| | 101 | 16 |

Fase 3. Análisis de información y elaboración del informe final

Según el tipo de información recopilada, las fuentes y los objetivos de evaluación se implementaron cuatro estrategias de análisis diferentes, que se describen en cada apartado en donde se presentan los resultados de las tres evaluaciones realizadas: desempeño, efectos directos y la implementación de SISCO-SSR.

Fase 4. Socialización del informe de resultados

Se realizó un evento de socialización de resultados en donde participaron representantes de instituciones y organizaciones de sociedad civil: Ministerio de Salud y Protección Social, Mecanismo Coordinador País, ENTerritorio, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, Capital Salud, Subredes Integradas de Servicios en Salud, Fundación Huellas de Arte, LigaSida, Fundación GAAT, ASMUBULI y Price Waterhouse Coopers en calidad de agente local del Fondo Mundial.

Para la evaluación de desempeño se implementó una estrategia mixta, donde se analizaron de manera cualitativa las experiencias y percepciones que distintos actores tuvieron sobre las estrategias, acciones, actividades, resultados y efectos de la Ampliación de la Respuesta. De manera cuantitativa, se analizaron —mediante la construcción de un índice— los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad. En los siguientes apartados se describe en detalle el método seguido para cada uno de los análisis junto con sus respectivos resultados.





Evaluación de efectos del Proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH-SIDA y el Modelo Integral de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas”





Objetivos de la evaluación

- Evaluar los resultados de la implementación de las estrategias e intervenciones del Proyecto enmarcado en el Acuerdo de Subvención a partir del análisis de sus dos objetivos centrales.
- Evaluar los efectos directos de la estrategia de promoción y prevención con enfoque comunitario en las ciudades priorizadas.
- Evaluar el efecto de la implementación del Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva SISCO SSR.

Fase 1. Diseño de los métodos de recolección y análisis de información

|  Fuentes documentales |  Sistematización y análisis de textual de la información |  Diseño de la metodología de recolección de información |  Diseño metodológico del análisis de la información |
|--|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Documentos, informes, bases de datos y otras fuentes de información del Proyecto. • Documentos relacionados con la problemática del VIH a nivel nacional y territorial. | <ul style="list-style-type: none"> • Sistematización de las fuentes de información. • Identificación de las categorías de análisis en los textos. • Identificación de los actores claves por ciudad • Redefinición de las categorías de análisis • Identificación de categorías emergentes | <ul style="list-style-type: none"> • Definición de las técnicas de recolección de información primaria. • Priorización de los actores claves por ciudad. • Formulación de preguntas orientadoras de acuerdo con las categorías de análisis y actores claves. • Elaboración de la guía de entrevistas. | <ul style="list-style-type: none"> • Análisis documental • Fenomenológico-Hermenéutico • Análisis del sistema de información SISCO-SSR. |

Fase 2. Planeación y ejecución del trabajo de campo

|  Coordinación con ENTerritorio para la planeación de las visitas de campo |  Capacitación a los entrevistadores para la aplicación de las entrevistas a los diferentes actores claves por ciudad |  Trabajo en campo | | |
|--|---|--|--------------------------|----------------------|
| | | Ciudades | Entrevistas individuales | Entrevistas Grupales |
| <ul style="list-style-type: none"> • Concertación de las agendas de los actores claves por cada ciudad | <ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevistas • Instrumentos de entrevistas | Bogotá | 24 | 3 |
| | | Medellín | 20 | 5 |
| | | Cali | 15 | 4 |
| | | Pereira | 23 | 4 |
| | | Barranquilla | 4 | 0 |
| | | Cartagena | 4 | 0 |
| | | Bucaramanga | 11 | 0 |
| | | | 101 | 16 |

Evaluación de efectos del Proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH-SIDA y el Modelo Integral de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas”

Fase 3. Análisis de información y elaboración del informe final





3

Evaluación de desempeño



3.1 Análisis cualitativo de desempeño

Categorías de análisis

A partir de los objetivos del Acuerdo de Subvención a evaluar, se construyeron categorías que permitieran aproximarse tanto a la recopilación de información como a su análisis en relación con los contenidos de cada objetivo (Tabla 3).

Tabla 3. Categoría de análisis por objetivo del Proyecto

| Objetivo del Acuerdo de Subvención | Categoría de análisis |
|---|--|
| Fortalecer capacidades institucionales de los agentes de la respuesta (ET, OSC, SS), para contribuir al acceso efectivo de poblaciones clave a servicios de promoción de la salud, prevención de las ITS y VIH y atención Integral del VIH/Sida, sin estigma, ni discriminación en 6 departamentos y 7 ciudades | Asistencia técnica |
| | Intersectorialidad |
| | Servicios institucionales de salud |
| Ampliar acciones de prevención, inducción al diagnóstico y acompañamiento para el acceso a servicios de prevención y atención integral de calidad en poblaciones más afectadas (HSH y MTRANS) en 3 ciudades priorizadas | Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario |
| | Esquemas de implementación del modelo comunitario |
| | Estrategias de comunicación |

Fuente: elaboración propia

A su vez, cada categoría de análisis fue subdividida en códigos que representan conceptos claves que facilitaron la clasificación de las entrevistas (Tabla 4).

Tabla 4. Categorías de análisis y códigos

| Categoría de análisis | Códigos |
|--|--|
| Asistencia técnica | Asesoría y acompañamiento |
| | Capacitación |
| Intersectorialidad | Espacios intersectoriales |
| | Articulación mesas LGBTI y OBC |
| | Integración con planeación local |
| | Procesos coordinados de promoción y prevención |
| Servicios institucionales de salud | Articulación PIC |
| | Fortalecimiento red prestadores |
| | Ruta de Atención en salud |
| | Ruta protección social |
| | Seguimiento Ruta Atención |
| Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario | Acceso tamizaje |
| | Acceso paquetes servicios |
| | Canalización |
| | Estrategia oferta tamizaje |
| | Estrategias entrega paquetes servicios |
| | Incentivo tamizaje |
| Esquemas de implementación | Contratación OBC |
| | Contratación ESE |
| | Contratación ESE-OBC |
| | Contratación solo ESE - Agentes |
| Estrategias de comunicación | Estrategias comunicación fortalecimiento capacidades |
| | Estrategias comunicación servicios y tamizaje |

Fuente: elaboración propia

Las preguntas generales que sirvieron de orientación para el análisis de los objetivos del Acuerdo de Subvención se muestran en la Tabla 5.

Tabla 5. Categorías y preguntas de análisis

| Categoría de análisis | Preguntas de análisis |
|-----------------------|---|
| Asistencia técnica | ¿Cuáles fueron los logros y dificultades del proceso de asistencia técnica hacia los actores de la respuesta? |

| Categoría de análisis | Preguntas de análisis |
|--|---|
| Intersectorialidad | ¿Cómo contribuyó el gestor/a en la consolidación, activación, mantenimiento, apertura o funcionamiento de espacios de articulación como los comités y mesas de VIH? ¿Cómo participaron los distintos actores en los espacios intersectoriales? |
| Servicios institucionales de salud | ¿Cómo fue ese proceso de acompañamiento e incidencia para la implementación del Proyecto a través del PIC?, ¿se dio un proceso de integración o articulación? ¿Cómo fue el proceso de asistencia técnica que contribuyó al fortalecimiento de la ruta de atención? ¿Cómo fue el proceso de asistencia técnica para el fortalecimiento de la red de prestadores? |
| Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario | ¿El Proyecto ha incidido en que la población reciba y acepte los paquetes de servicios y al tamizaje? (¿han aumentado las coberturas?) ¿Cómo aportaron las actividades de promoción y prevención a la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo? |
| Esquemas de implementación del modelo comunitario | ¿Cuál es la percepción que tienen los actores sobre los esquemas de implementación? ¿Cuál es la percepción que tiene sobre el rol de las OBC en el Proyecto? |
| Estrategias de comunicación | ¿Las guías, documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención, fortalecieron la capacidad de los actores locales para la respuesta del VIH? ¿Se considera que los materiales de comunicación digital contribuyeron a incrementar la demanda de los servicios de prevención y oferta de tamizaje en las ciudades priorizadas? |

Fuente: elaboración propia

A continuación, se describen las respectivas categorías que permitieron evaluar el objetivo 1 y 2 del Proyecto.

Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

La asistencia técnica comprende actividades de asesoría, acompañamiento y capacitación realizadas por parte de ENTerritorio hacia los diferentes actores que participaron en la respuesta ante el VIH/Sida en las siete ciudades priorizadas. La Nota conceptual estableció las funciones y actividades que se debían realizar para este componente:

Implementar acciones de lobby, asistencia técnica y acompañamiento a los actores locales, a través de la contratación de un profesional (gestor o gestora) por ciudad o departamento. El gestor movilizará la voluntad política, entendida esta, como 1) la priorización de la epidemia en los planes locales de salud pública, 2) la priorización de los grupos clave en estos planes, 3) el trabajo coordinado con los diferentes sectores, 5) la promoción de acciones de inspección, vigilancia y control por parte de las instituciones competentes, 5) el cumplimiento de la normatividad vigente, con énfasis en: metas en VIH del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, Política Nacional de Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, Ruta de atención en salud para VIH-Sida del Modelo Integrado de Atención en Salud, Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-Sida, Resolución 2338 de 2015 (que facilita el acceso al diagnóstico), Resolución 518 de 2015 (intervenciones colectivas dirigidas a grupos clave), así como las acciones propuestas por el Proyecto para lograr la sostenibilidad a largo plazo. (MCP, 2016, p. 58).

Intersectorialidad

En esta evaluación, con el fin de comprender si mediante la implementación del Proyecto se logró, como está establecido en la Nota conceptual, el “fortalecimiento de sostenibilidad de la respuesta nacional en los territorios” a través de promoción y optimización de la coordinación intersectorial en el ámbito local, se definió el concepto de intersectorialidad.

La noción de intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores para la prevención o solución de problemas sociales complejos, cuya característica fundamental es su multicausalidad, por lo tanto, su abordaje debe ser multidimensional y con un enfoque de derechos humanos. La intersectorialidad, desde esta perspectiva, implica que diversos sectores de manera articulada atienden o previenen problemas que tienen complejas y diversas causas. Implica que los sectores “se pongan de acuerdo” y actúen “conjuntamente” a fin de lograr un cambio social respecto de la situación inicial (Cunill-Grau, 2014).

La articulación intersectorial busca generar procesos de complementariedad entre las distintas instituciones de diferentes sectores (salud, educativo, ambiental, desarrollo, gobierno, etc.) y otros organismos no gubernamentales, creando mejores y más integrales soluciones a los problemas y potencialidades multicausales y multidimensionales que presenta la sociedad, ya que permite:

1. Compartir y optimizar los recursos (saberes, experiencias, medios de influencia, financieros, físicos, técnicos y tecnológicos),
2. Reducir la duplicidad de esfuerzos.

La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento progresivo de los diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, hacia soluciones efectivas de problemas,

por lo que es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta (Ministerio de Salud Chile, 2014). La Nota conceptual definió que mediante el desarrollo del primer objetivo del acuerdo de subvención se buscara el fortalecimiento de la respuesta a la epidemia de manera intersectorial y con enfoque de vulnerabilidad (grupos clave), se generara la sostenibilidad de la respuesta hacia el futuro y se realizaran estrategias que incluyeran una respuesta coordinada e intersectorial, con un importante protagonismo de las organizaciones comunitarias, quienes trabajan con líderes pares, lo que facilita el acceso a los grupos clave.

Servicios institucionales de salud

Esta categoría hace referencia a las acciones que el Proyecto ha realizado de manera articulada con el Plan de intervenciones colectivas (PIC), el proceso de fortalecimiento a la red de prestadores y a la ruta de atención integral en salud, que dan respuesta a las estrategias del Objetivo 1 del acuerdo de subvención. En la Nota conceptual se establecieron las siguientes actividades que permitieron desarrollar este objetivo:

- Acompañar e incidir para la inclusión en los Planes de intervenciones colectivas (PIC) las actividades con poblaciones clave y los recursos correspondientes.
- Promover la compra por parte de las direcciones territoriales de salud y distribución de condones, con énfasis en poblaciones clave, de acuerdo con los lineamientos de los PIC y de la guía nacional para la adquisición y distribución de condones.
- Promover el acceso al diagnóstico a los grupos clave. Inducción a la demanda desde un enfoque comunitario y de manera articulada con los servicios de salud.
- Promover el acceso a servicios de atención integral para personas diagnosticadas, través de acciones de incidencia con los diferentes actores.
- Fortalecer la gestión, los procesos administrativos, a través de la socialización y seguimiento de la ruta de atención al VIH.
- El fortalecimiento de los sistemas de salud, buscan mejorar la calidad de la atención con enfoque de vulnerabilidad, disminuir barreras de acceso, con énfasis de aquellas relacionadas con estigma y discriminación asociados a los grupos más vulnerables.

Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

Para dar cumplimiento al Objetivo 2, la Nota conceptual definió como estrategia: “Las organizaciones de la sociedad civil han ampliado acciones de abordaje comunitario para la promoción, prevención y acompañamiento en el acceso a servicios de diagnóstico, atención integral a las poblaciones clave (HSH y MTRANS). Como un modelo de abordaje comunitario que busca sostenibilidad a través de los mecanismos de contratación del sistema SGSSS” (MCP, 2016, p. 61).

La implementación del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario tiene como fin ayudar a cerrar la brecha de diagnóstico y de acciones de prevención, con las poblaciones priorizadas (HSH, MTRANS y PID) en las ciudades de Medellín, Santiago de Cali, Bogotá, Pereira y Dosquebradas. En la nota conceptual se definieron las siguientes actividades para el logro este objetivo:

- Contratar servicios comunitarios para el abordaje de las poblaciones clave, bajo un esquema similar a la contratación con el sector público para fortalecer las acciones en contratación y fomentar la sostenibilidad.
- Los servicios comunitarios incluirán las siguientes actividades que serán implementadas por líderes pares capacitados: brigadas de alcance, entrega de paquetes educativos, asesorías pre y post test y prueba rápidas de tamizaje.

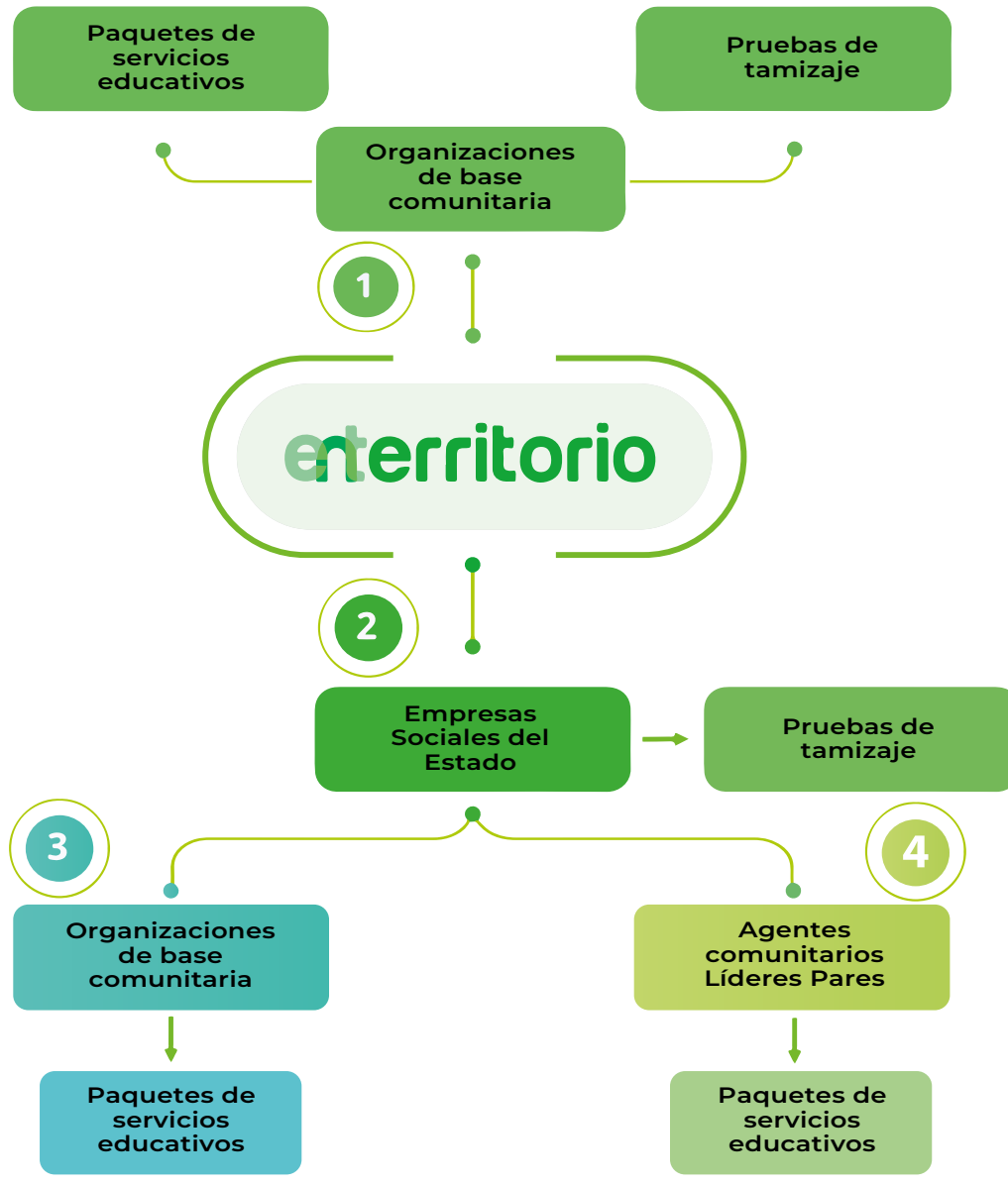
Esquemas de implementación del modelo comunitario

La nota conceptual reconoce que *“existen desafíos para garantizar una mayor y más efectiva participación de las organizaciones de la sociedad civil en las acciones de promoción y prevención, protección y apoyo, partiendo del supuesto que son quienes pueden abordar de manera más efectiva a los grupos más vulnerables”*. Esto se debe principalmente a la poca credibilidad de estas organizaciones y a los requisitos de contratación del sector público. Por lo anterior, se pretendía desde la Subvención fortalecer a las organizaciones de la sociedad civil para que tuvieran las herramientas administrativas y jurídicas para su participación en los procesos de contratación con las entidades del Estado.

En el marco de esta evaluación se identificaron cuatro esquemas de implementación del modelo comunitario (Ilustración 3).

- **Contratación directa de las organizaciones de base comunitaria por parte de ENTerritorio:** hace referencia a la contratación que realizó ENTerritorio directamente con las OBC para que implementaran el modelo comunitario mediante la entrega de paquetes de servicios y realización de pruebas rápidas de tamizaje a las poblaciones claves.
- **Contratación directa de las Empresas Sociales del Estado por parte de ENTerritorio:** a partir de año 2018, ENTerritorio decidió contratar con las ESE con el fin de garantizar la sostenibilidad de las acciones de la respuesta del VIH, con la condición de que se estas instituciones contrataran a las OBC para que desarrollaran la demanda inducida mediante la entrega de paquetes de servicios a la población clave y que la ESE aplicara las pruebas rápidas de tamizaje.
- **Contratación de las OBC por parte de las Empresas Sociales del Estado:** las ESE siguiendo el compromiso de contratar las OBC, generaron los procesos de contratación para que las OBC que cumplieran con los requisitos habilitantes, experiencia y capacidad técnica desarrollara las actividades de entrega de paquetes de servicios a la población clave
- **Contratación de líderes pares por parte de las Empresas Sociales del Estado:** para el año 2019, las ESE decidieron contratar a líderes pares para que conformaran los equipos operativos junto con los profesionales de salud para la entrega de paquetes de servicios y la realización de las pruebas rápidas de tamizaje para la población clave.

Ilustración 3. Esquemas implementación del modelo comunitario



Fuente: elaboración propia

Estrategias de comunicación

La estrategia de comunicación buscó que la población clave que participa en el Proyecto, adquiera conocimientos, adopte comportamientos favorables, se organice y participe activamente en la respuesta ante el VIH con acciones individuales y colectivas. Es necesario analizar los productos de la estrategia de comunicación del Proyecto y si estos han influido en la población clave, para que participe en las actividades educativas, en la realización de la prueba rápida de tamizaje y cambios de comportamiento.

Método fenomenológico-hermenéutico

El análisis de la información se desarrolló con un *método fenomenológico-hermenéutico* ya que este hace visible las experiencias de los sujetos, de forma que se generen reflexiones y recomendaciones situadas, tanto desde la institucionalidad, como desde la vivencia de los mismos actores del Proyecto, al tiempo que se les reconoce su capacidad de agencia y autodeterminación. A partir del método seleccionado, el análisis de la información recopilada en las entrevistas se realizó a partir de los siguientes procedimientos:

- Sistematización de información: consistió en la transcripción de la totalidad de las grabaciones de las entrevistas individuales y grupales.
- Codificación de datos: clasificación de la información en segmentos a través del empleo de códigos que permitieron relacionar conceptualmente las experiencias y significados de los entrevistados con las preguntas y objetivos de la evaluación. Los códigos empleados se formularon a partir de la identificación de las categorías principales de la evaluación.
- Reconstrucción y análisis: esta fase consistió en la reconstrucción de las experiencias y significados de los participantes, a partir del análisis de la codificación realizada en la fase anterior. Para esta reconstrucción se identificaron los significados principales de los actores en torno a las categorías de la evaluación.
- Construcción del mapa conceptual: que consistió en establecer relaciones entre los conceptos y categorías de la evaluación a partir de la identificación y análisis de las interrelaciones de las diversas experiencias de los actores entrevistados.

Análisis de concurrencia

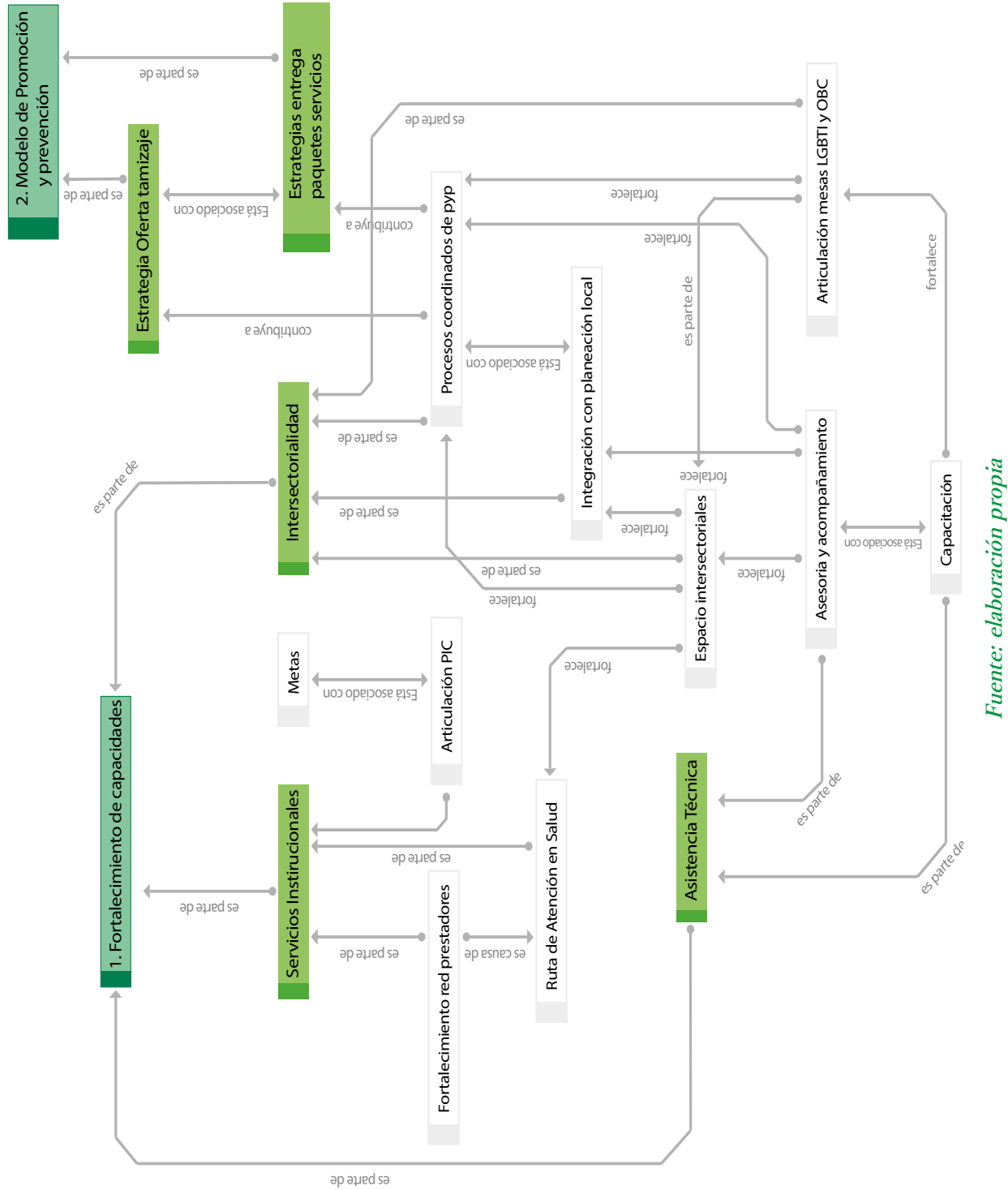
Para el análisis cualitativo, se clasificaron las entrevistas según las categorías y conceptos definidos previamente. Para ello se leyeron las transcripciones y a medida que se encontraba una frase, oración o párrafo con alguna mención (tácita o explícita) a una o varias categorías de interés, se clasificaba el segmento de información con los conceptos respectivos.

La coocurrencia en el análisis cualitativo identifica la cercanía de dos o más categorías de análisis en un mismo segmento de información. Esto permite detectar y agrupar conceptos que están estrechamente relacionados dentro del conjunto de registros. Cuando en las transcripciones se encuentran con regularidad conceptos que aparecen juntos, esa coocurrencia refleja una posible relación subyacente entre tales conceptos relación que probablemente sea valiosa para las definiciones de categorías. La identificación de coocurrencias puede utilizarse para crear una categoría nueva, para ampliar una categoría existente o para establecer relaciones entre conceptos. Se considera que la coocurrencia de dos conceptos es muy alta si estos aparecen con frecuencia juntos en un conjunto de registros y lo hacen raramente separados en el resto de los registros.

Este análisis permitió construir un mapa conceptual (Ilustración 4) donde se observa de manera preliminar cómo se relacionaron las principales categorías y conceptos empleados, a partir de la clasificación de las entrevistas. Las categorías y conceptos empleados son aquellos que presentaron más relaciones de coocurrencias.

Esta exploración mostró que la asesoría y acompañamiento desarrollado por los gestores en lo local

Ilustración 4. Mapa conceptual coocurrencias entre conceptos



Fuente: elaboración propia

está asociada con el fortalecimiento de los espacios intersectoriales de las ciudades como las mesas diversas y/o comités de VIH; también se relacionó la asesoría y acompañamiento tanto con los procesos de integración del Proyecto con la planeación y gestión de la respuesta local al VIH, como con los procesos de coordinación de actividades de promoción y prevención entre los distintos actores locales. A su vez, el contar con espacios intersectoriales fortalecidos, favoreció la integración con la planeación local y la coordinación de procesos de promoción y prevención.

La clasificación de las entrevistas mostró que el fortalecimiento de los espacios intersectoriales se asocia con el mejoramiento de la Ruta de Atención en Salud, la cual se relaciona directamente con las acciones y actividades, mediante las cuales las ESE, IPS y EAPB facilitan el acceso al diagnóstico y a la atención integral (fortalecimiento red de prestadores). Esta relación consistió en que el fortalecimiento de la red de prestadores es causa del mejoramiento de la Ruta de Atención en Salud. También se identificó que los procesos coordinados de promoción y prevención contribuyeron a la estrategia de oferta de tamizaje y entrega de paquetes de servicios.

3.2 Principales hallazgos por ciudad y categoría de análisis

Es de resaltar que gracias al direccionamiento por parte del Equipo Nacional de ENTerritorio hacia los Equipos Locales, se logró el cumplimiento de los objetivos y las metas establecidas en el Acuerdo de Subvención COL-H-FONADE 1062 Convenio No. 216146. Estos resultados se evidencian con los análisis que se desarrollaron por ciudad priorizada.

A continuación, se presenta los resultados del análisis de las entrevistas organizados por ciudades y por categorías.

Ciudad de Medellín

En 2017, como parte del proceso de socialización y articulación del Proyecto con las dinámicas locales, se invitaron a diferentes instituciones que desarrollaban programas con la población clave, como Consejo Consultivo LGBT, la Rama Judicial de Antioquia, el Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE), la Secretaría de Inclusión Social, Familia y Derechos Humanos y la Casa de la Diversidad Sexual y de Género. Se promovieron acuerdos con la mesa en Salud del Área Metropolitana con el fin de brindar asistencias técnicas por parte del Proyecto, así como la inclusión de acciones en el PIC. También se generaron articulaciones con instituciones educativas, como Universidad de Antioquia, UniRemington, Universidad Cooperativa de Colombia, ITM, y academias de baile, entre otras. (ENTerritorio, 2017)

Se conformó un grupo primario dentro del Comité Intersectorial Departamental de VIH que orientara la planeación y acompañamiento mensual de las EAPB e IPS. En relación con la articulación con OSC, se realizaron reuniones de presentación del Proyecto donde los líderes de las poblaciones clave, en el marco del Consejo Consultivo LGBTI. También se realizó la contratación, capacitación y acompañamiento técnico a las OBC para la ejecución de actividades.

Con los organismos de control se buscó articulación con la Defensoría, la Procuraduría y la Personería para la identificación de barreras de acceso de la población clave a los servicios de salud y el trámite correspondiente de los entes de control.

Por su parte con las OBC Corporación Stonewall, la Corporación Amaneceres, la Corporación Bis-sion, J+Col y la Fundación Rasa se fortaleció el trabajo de incidencia política en la ciudad, mientras que con la organización Semilla que Crece, la Fundación Sí Futuro y la Fundación Rasa se acompañó el proceso en brigadas de ciudad con la estrategia de los centros de escucha, para la implementación del PIC.

Se adelantaron acciones con la Policía Nacional para establecer una ruta de comunicación con la oficina de sanidad para atender efectivamente al personal identificado por el Proyecto y con Migración Colombia para comprobar la ruta de derechos asociados a la salud de la población venezolana. (ENTerritorio, 2017)

Como parte de las estrategias del equipo local de ENTerritorio, se llevaron a cabo reuniones con las Secretarías de Salud de los municipios de Bello, Envigado, Sabaneta, Itagüí y Girardota, presentando el modelo comunitario, el sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en salud sexual y reproductiva (SISCO-SSR), la importancia de priorizar acciones de prevención y tamizaje en la población. Los municipios se comprometieron a implementar el modelo comunitario y a usar el sistema de monitoreo y evaluación y adicionalmente, en particular en el municipio de Envigado se comprometieron a generar metas específicas para población HSH y MTRANS y realizar una capacitación en toma y lectura de prueba rápida articulada con el laboratorio departamental.

Respecto a las mujeres trans, se vincularon acciones propias de la oferta institucional de la Secretaría de Inclusión Social y Familia, así como al programa “*En Plural*” y el Centro de la Diversidad Sexual y de Género de la ciudad. (ENTerritorio, 2017)

Con las Secretarías de Salud de los municipios de Bello, Envigado, Sabaneta, Itagüí y Girardota, se presentó el Proyecto, el modelo comunitario con las actividades de promoción y prevención y el sistema de información SISCO-SSR. Los municipios se comprometieron a implementar el modelo y usar el sistema de monitoreo y evaluación, en particular el municipio de Envigado buscó generar metas específicas para población HSH y MTRANS (ENTerritorio, 2017)

En 2018 se dio continuidad a los contratos de prestación de servicios a las OBC del consorcio VHINCULATE que operaron en 2017. Cuando se establece el convenio interadministrativo con la ESE Hospital La María, la implementación de acciones se desarrolla a través del personal del hospital y la contratación de la OBC Semilla que Crece. (ENTerritorio, 2018)

Las actividades con población clave incluidas en el PIC incluyeron la realización de actividades de información y comunicación en SSR, prevención en VIH, prevención de embarazo no planeado y consumo de sustancias psicoactivas y drogas, inducción de la demanda hacia los Centros de Escucha en sitios estratégicos, estrategias de aceptación y uso del preservativo como práctica de autocuidado. A su vez la Secretaría de Salud de Medellín junto con la Fundación Rasa dispusieron de Centros de Escucha o Zonas de Orientación dentro de las OBC que ofrecían servicios o espacios asociados a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, mitigación del riesgo, participación y educación

en derechos sexuales y reproductivos, derechos en salud y en ciudadanía. (ENTerritorio, 2018)

La articulación de la academia con el Proyecto se realizó a través de un taller sobre orientación sexual e identidad de género con la Universidad CES, una capacitación virtual en enfoque diferencial con la Universidad de Antioquia y el Equipo de Comunicación de la ESE Hospital La María. (ENTerritorio, 2019).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El proceso de fortalecimiento de capacidades llevado a cabo por el equipo local de ENTerritorio fue reconocido por los diferentes actores como un enlace efectivo en el acercamiento con instituciones donde se hicieron las intervenciones. Se resaltó su disposición para trabajar, su disponibilidad de tiempo para atender tanto a la población clave como a los actores clave que participaron en la implementación del Proyecto y su sensibilidad brindando apoyo emocional.

Según el equipo local de ENTerritorio, el volumen y la calidad de las capacitaciones que habían realizado en distintos espacios e instituciones, los lograron posicionar como referentes clave en el tema del VIH. De hecho, consideraron mediante a las capacitaciones se había contribuido a la disminución del estigma y la discriminación en los profesionales de la salud.

En las capacitaciones realizadas por el equipo local, se abordaron temas sobre factores de riesgo asociados a la epidemia, entre ellos, barreras individuales y estrategias sobre cómo superarlas. Un aspecto clave para las mesas diversas y comités intersectoriales en estas charlas fue ‘la voz a voz’, la replicación de los conocimientos adquiridos allí, entre los distintos actores que participaron en la ampliación de la respuesta. Asimismo, se realizaron charlas en espacios como la Escuela de Género y Paz impulsada por la Mesa Diversa, abordando el estigma y el desconocimiento de una forma común y cotidiana. El equipo local destaca que una de las fortalezas del Proyecto fueron las capacitaciones con enfoque diferencial. El lenguaje, así como manejo en la terminología, usado por el equipo local para estas capacitaciones facilitaron el abordaje con la población clave.

Desde las actividades del Proyecto se realizaron formaciones a la Secretaría de Salud sobre ciertos aspectos *“Nosotros hemos capacitado [···], qué es el Proyecto de atención integral para que aprendan incluso a identificar a las poblaciones. [···] pues empezando por definición de qué es HSH, o qué es Trans. En una jornada ya lo saben y ellos están trabajando en las comunas, hacen actividades en colegios, en centros de salud. Pero no manejan los temas, la terminología”*. (Equipo Local, Medellín, 19:66)

También se expone que con el acompañamiento técnico realizado por el equipo local se logró que tanto OBC como las ESE fortalecieran su manejo de los inventarios de insumos suministrados. Por último, dentro de las actividades de fortalecimiento para la respuesta al VIH, el equipo local manifestó que incidieron para integrar actividades del Proyecto con el PIC en donde capacitó en la metodología Eco2 para promover la creación de los centros de escucha; y la estrategia “tomas de ciudad” que se centraba la apropiación del espacio público a partir de los recorridos y los tamizajes en la calle o le educación extramural. (Equipo Local, Medellín, 19:49)

Para las OBC contratadas en la ciudad de Medellín, la asistencia técnica recibida por el equipo

local de ENTerritorio fue considerada positiva. Esta percepción obedece a que en parte el logro alcanzado por las OBC se dio a la red de alianzas estratégicas que tenía ENTerritorio a nivel nacional con entidades de distinta índole. Las OBC se sentían vinculadas a esta red y, por ende, había cierto respaldo institucional para realizar las acciones de promoción y prevención.

“Yo creo que con el Proyecto se lograron muchos avances en el tema de articulación con secretarías, con instituciones, con personería, eso no existía y se lograron muchas articulaciones. Adicionalmente yo creo que se tenía que llegar de una manera diferente a esta población, no como y se llega de otras maneras a un Proyecto de PyP, si no que había que crear estrategias diferentes para poder abordar y creo que para el Proyecto eso fue interesante”. (OBC Contratada, Medellín, 22:57).

Otra fortaleza que reconocieron las OBC del proceso de fortalecimiento de capacidades facilitado por el equipo local de ENTerritorio fue la constante y fluida comunicación en temas técnicos y administrativos, con lo cual se dieron planeaciones conjuntas y se definieron estrategias para abordar las poblaciones clave. Asimismo, el fortalecimiento de capacidades aportó para la generación de sincronía entre los actores del Proyecto en donde las acciones fluían a garantizar un objetivo en común:

“Había otro tema que era la sincronía tal entre las personas de ENTerritorio que están en Medellín, entre el equipo que éramos [la OBC] e incluso entre las personas de Bogotá. Había una comunicación, fluían las cosas, todos buscábamos el mismo objetivo, y cuando todas las personas se van para el mismo lado se forma un tema fácil. Y no que para allá y allá, y como a obstaculizar el Proyecto, que uno muchas veces en otros Proyectos uno nota cosas de esas, que el interventor lo que hace es tratar de obstaculizar el Proyecto y no puedan funcionar las cosas. En este no ocurrió esto: había una claridad de cual eran los objetivos y todos vamos a contribuir cada uno desde su papel para lograrlo. Eso fue muy importante”. (OBC Contratada, Medellín, 22:60).

Gracias a este acompañamiento constante que recibían de ENTerritorio, las OBC contratadas podían retroalimentar sus cronogramas y planeaciones en las jornadas mensuales de seguimiento que hacían con ellos. Allí hacían los ajustes pertinentes a lo que se estaba ejecutando y se daban opiniones al respecto. Destacan que en estos espacios el respeto a las opiniones y la construcción mancomunada de alternativas eran un punto favorable que permitía llegar a consensos y ejecutar el Proyecto de buena manera.

“ Súper bien, creo que parte y parte no hubo nunca como algo que dijéramos malentendidos, cosas así nunca. [...] Mucho respeto entre las dos fundaciones se respetó la experiencia en la fundación en lo que tenía. [...] Lo que pasa es que se hacen unos procesos que es primero una planeación del Proyecto y eso es fundamental, además del cronograma las responsabilidades, los compromisos de cada uno, los entregables de cada uno. Todos los aspectos administrativos todo eso se tenía en un acuerdo de planeación general (OBC Contratada, Medellín, 22:3).

Por su parte, las Secretarías Municipales de Salud y la Secretaría Departamental de Salud coinciden en que la asistencia técnica prestada por el gestor y otros funcionarios del Proyecto fue informada, oportuna y contextualizada. Dicho acompañamiento posibilitó el direccionamiento de los recursos y la toma de decisiones efectivamente orientadas a atender el fenómeno del VIH. (Secretaría Departamental de Salud, Medellín, 26:30).

La Secretaría de Salud de Medellín destaca el manejo con el que se hizo la aproximación por parte del Proyecto al respetar la autonomía de la entidad y al establecerse como colaboradores en las acciones realizadas entre ambas partes: *“Yo les puedo decir que el Fondo en VIH ha sido absolutamente respetuoso con un manejo impecable de no invadir la autonomía del territorio, han llegado como colaboradores y han complementado muchas cosas, no se llevan a que: ¡Medellín se salvó gracias a que yo llegue!”* (Secretaría de Salud, Medellín, 24:27)

Las secretarías de Bello, Itagüí y Envigado también valoraron de manera positiva la labor del equipo local de ENTerritorio como los logros alcanzados con ellos: la Secretaría de Bello considera que la percepción acerca del VIH ha cambiado, superando percepciones erróneas y focalizando el trabajo realizado en la prevención y las prácticas de autocuidado; para la Secretaría de Itagüí el acompañamiento técnico les permitió establecer los posibles avances de la intervención en este municipio, incluyendo la ubicación (georreferenciación) y la caracterización de los casos reportados en este municipio, manteniendo la confidencialidad; en Envigado la Secretaría de Salud reconoce al gestor como un referente válido en la temática, así como un apoyo en las acciones adelantadas hasta el momento en el municipio.

Para la ESE entrevistada, la asistencia técnica brindada por el gestor local del Proyecto le permitió fortalecer sus capacidades institucionales de diferentes maneras: por un lado, el acompañamiento continuo logró una vinculación más acertada con las mesas LGBTI y las OBC del municipio que trataban el tema del VIH, con las que se realizó diferentes reuniones de articulación intersectorial y se trataron diversos temas en torno a la infección.

El equipo base de la ESE recibió diversas capacitaciones respecto a las funciones que tenía que realizar, el nuevo esquema de contratación con líderes y lideresas pares y la adopción e implementación del sistema de información SISCO-SSR, entre otras. Además, semanalmente se realizaron reuniones entre el equipo base y el equipo local de ENTerritorio para tratar temas como el cumplimiento de metas, las estrategias a seguir, fallas y mejoras, y otros que fueron surgiendo en la ejecución del Proyecto.

Aunque no se puede rastrear cómo fue el proceso de inducción que hizo ENTerritorio al iniciar el contrato con esta ESE en 2018, debido a que los entrevistados comenzaron labores en 2019, estos manifiestan que de forma general el acompañamiento por parte de los gestores se ha dado sin problemas:

“(…) o sea, ya el contrato iba, entonces, no sé realmente cómo fue ese proceso. Sin embargo, le puedo decir que hemos tenido acompañamiento de las personas, de los supervisores que tenemos, el equipo local de FONADE, pues que labora aquí en Medellín; siempre hemos tenido acompañamiento de ellos y realmente cualquier duda, ellos nos la responden, o si no, hacen la consulta a nivel central y no hemos tenido pues problema”. (ESE, Medellín, 18: 22)

En síntesis, los distintos actores locales entrevistados destacan que la asistencia técnica ejecutada por el equipo local de ENTerritorio fortaleció la búsqueda activa de la población clave y la articulación con los actores locales de las acciones para la ampliación de la respuesta, por el apoyo permanente, la disponibilidad, la capacidad profesional, de mediación y negociación y la comprensión del gestor frente a la problemática social relacionada a la epidemia de VIH-Sida en la ciudad.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Una de las dificultades expuestas por parte de los actores entrevistados se dio en relación con las capacidades instaladas de los actores. La constante rotación del talento humano en las diferentes instituciones generó un inconveniente en los procesos de capacitación.

(iii) Recomendaciones de los actores

Una de las principales recomendaciones del proceso de fortalecimiento de capacidades desarrollado por el equipo local de ENTerritorio, consiste en la continuación de las capacitaciones hacia los diferentes actores de la respuesta local al VIH, por percibirse como efectiva en la disminución del estigma y discriminación de la población clave.

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para el equipo local de ENTerritorio, aunque el acompañamiento a la coordinación del comité intersectorial de VIH fue importante, también se presentaron dificultades en este espacio. No obstante, el acompañamiento que realizaron en los espacios intersectoriales logró articular acciones con los actores intersectoriales y se facilitó el acceso al diagnóstico. Reunir en una mesa a la Secretaría de salud, las EAPB y otros actores fue importante para que se pudieran concertar las rutas de atención:

“Sí, cuando nosotros acompañamos la coordinación del comité intersectorial pusimos mucho en la agenda para que participaran todos los actores posibles y logramos tener a las EPS dentro del comité. Una cosa que ahora ya no se ve. Nosotros tuvimos la indicación de ya no seguir, como de una manera tan determinante, el tema del comité. Porque de nosotros dependía la agenda, dependía la convocatoria. Y el comité tenía mucha más gente y en la participación intersectorial era mejor”. (Equipo Local, Medellín, 19:2)

Otra estrategia, enmarcada en los procesos coordinados de promoción y prevención, fue la vinculación de las EAPB al Proyecto, algo que anteriormente no se había podido dar porque al ser entidades regidas por el derecho privado, la Superintendencia Nacional de Salud era quien las podía regular. Fue, por ende, una muestra de la voluntad política de estas entidades para articularse a una respuesta del problema. También fue importante tratarlas como aliadas fundamentales de la respuesta en la ciudad.

“Hacer que las EAPB se vinculen al Proyecto. Eso históricamente nunca se ha podido dar. [...] en esta fase, la vinculación con las EAPB ha sido fundamental para fortalecer el tema del diagnóstico. O sea, han sido realmente unos aliados, porque se les ha hecho entender también que son parte fundamental en la respuesta local y comunitaria”. (Equipo Local, Medellín, 19:15)

El equipo local señala que se pudo ver un aprovechamiento de otros espacios como las mesas LGBTI. Una de las estrategias más efectiva para la promoción de la prueba y los servicios de salud fue la articulación con dichas mesas; que en estos espacios se lograron articular con toda la institucionalidad que invertían las ESE. Se dieron buenas sinergias e incluso de allí salieron algunos líderes pares directamente contratados para incidir en el cambio de sus barrios y comunas.

Para entender cómo se ha logrado una articulación entre los distintos actores participantes de comités intersectoriales y mesas diversas, es importante resaltar que los comités y algunos procesos locales preceden las acciones del Proyecto. Entre ellas, en entrevista con la Mesa Diversa, se menciona que inicialmente se realizó un reconocimiento del trabajo adelantado por las distintas mesas (establecidas por comuna) y otros actores de orden municipal y regional como Antioquia Trans, la Red Popular Trans. El abordaje de estas OBC frente al VIH y otras dinámicas presentes en los sectores de LGBTI, permitió identificar el sentido de comunidad que caracteriza el trabajo de las mesas y comités en la ciudad (Mesa LGBTI, Medellín, 31:44).

Por otra parte, se ha logrado una articulación al compartir información clave en la intervención y la distinción del comité, que funciona desde 2008, como un espacio donde se discute con cuáles recursos se cuenta y hacia dónde se dirigen las acciones individuales y colectivas (Comité VIH, Medellín, 37:1), como se menciona en la entrevista grupal, en este comité *“podemos dar sugerencias a los diferentes entes, para que se regule, se controle, se mejore la calidad de la aplicación de la guía al paciente y se beneficie en todos los sentidos; en el ámbito de prevención, en el ámbito del tratamiento, en el ámbito de su familia y demás, para poder aplicar la guía y [los pacientes] estén en mejor condición”* (Comité VIH, Medellín, 37:27).

Los procesos de articulación con las mesas y colectivos LGBTI posibilitaron la articulación de la respuesta con acciones culturales y con procesos formativos. Esto, junto con el acercamiento a la población en espacios no convencionales (extramurales), generó una percepción diferente de la respuesta al VIH, como lo referencia uno de los integrantes de la Mesa Diversa *“Para mí lo estrella en este proceso o lo que es fascinante es que hayan trascendido lo clínico”. Un ejemplo de estas actividades extramurales diferentes a la entrega de paquetes y tamizaciones, es la realización de “círculos de conocimiento”* (Mesa Diversa, Medellín 38:39).

Entre las mesas diversas y comités, se identifica como efectiva la articulación a través de los siguientes elementos: al hablar sobre el proceso entre actores se reconocen relaciones de confianza, buenos resultados y un interés genuino por lo que el otro actor está aportando al proceso (Mesa LGBTI, Medellín, 31:10). En este proceso se reconoce que la multiplicidad de actores fortalece la respuesta, cada actor identifica las necesidades específicas de cada población clave, basándose en una relación histórica con el territorio y un conocimiento específico, por ejemplo, del impacto del conflicto armado en zonas específicas. (Mesa LGBTI, Medellín, 31:66).

Otro factor exitoso identificado por los participantes de la Mesa Diversa fue la de posicionar en la agenda pública el tema de VIH (Mesa LGBTI, Medellín, 31:19), y resaltar la importancia de trabajar de manera particular con las identidades de género y orientaciones sexuales en la ciudad (Mesa LGBTI, Medellín, 31:26), como la articulación de acciones con un propósito claro y el implementar mejoras basadas en aprendizajes previos y acercarse a la población en espacios no convencionales

para la intervención en salud. En esta medida, con la participación de las mesas y comités en el Proyecto, el factor diferencial de éxito en la intervención se materializa en *“la facilidad o la posibilidad de establecer procesos diferenciales por sus de acercamientos directos con el otro, con su realidad y con sus particularidades”* (Mesa LGBTI, Medellín, 31:68). Asimismo, se mencionan que el Proyecto se sale del espectro de ciudad y se empieza a hablar más con activistas o con procesos que están trabajando en los territorios (Mesa Diversa, Medellín, 38:35), materializando el enfoque comunitario.

Como efecto de esta alianza, los participantes destacan transformación de imaginarios, reducción de estigma y discriminación, la resolución de dudas y el apoyo para la realización de actividades de interés común Proyecto-organización social. Esto incluyó acciones de tamizajes en el bazar que organizó la mesa, los cuales han sido solicitados por el grupo mismo. Igualmente, ellos resaltaron la disposición de las personas del Proyecto, su apertura e incondicionalidad; señalaron que *“hacen amable el tema”*. Consideraron que el Proyecto trascendió de lo clínico e institucional y que también han logrado cambios importantes al pasar de 2 o 3 personas realizando la prueba en 2013, a que 50 personas puedan hacerlo actualmente en un solo evento. También, destacaron la importancia del enfoque comunitario y la lectura del contexto desarrollado por el Proyecto. (Mesa Diversa, Medellín, 38:6)

La articulación entre mesas LGBTI y OBC se reconoció como efectiva porque por un lado las mesas brindan el conocimiento sobre el territorio y sus bases de datos, mientras que el Proyecto ha contribuido en facilitar espacios y convocar personas para llevar a buen término las acciones planteadas. Por otro lado, procesos como Red de Jóvenes Positivos J+Col han hecho un ejercicio de visibilización y denuncia pública sobre el caos y tedio asociado a la atención en las IPS (Mesa Diversa, Medellín, 38:32). Finalmente, en los procesos coordinados se mencionó que, si bien existe cooperación internacional, también se adelantan acciones en política pública a nivel municipal y regional y, como comités y mesas, son conscientes que estas políticas son un factor clave en las acciones adelantadas por el Proyecto; no obstante, señalaron que deben estar más pendientes de dichas acciones en la ciudad y región, y demostrar una conciencia propia sobre las áreas a fortalecer en los espacios intersectoriales y la noción del proceso en la ciudad.

Para las OBC contratadas en el año 2018, bajo el segundo esquema de implementación (OBC – ESE), la articulación con las mesas LGBTI y otras OBC se percibió como algo positivo pues hubo buenas relaciones para abarcar los distintos espacios barriales y comunales. Cuando se necesitaban realizar actividades llamaban o eran llamados por algunos colectivos o instituciones municipales, miraban la cantidad de población a la que podían asesorar, o si necesitaban una persona específica para un taller o cómo podían construir sinergias. (OBC Contratada, Medellín, 22:46)

Con las mesas LGBTI específicamente discutieron cómo podría ser la integración de los líderes que estarían vinculados al Proyecto y qué funciones cumplirían. El consorcio percibió que los líderes eran un gran componente para sus equipos de trabajo dado que los acercaban fácilmente a la población. También percibió que ellos se sentían muy bien siendo parte del Proyecto: lo respetaban y eran cumplidos con las reuniones, los insumos, las planillas, las actividades, los horarios, etc. (OBC Contratada, Medellín).

Por otro lado, gracias al Proyecto las OBC lograron una integración con la planeación municipal. Se articularon con secretarías, instituciones públicas y personería, entre otros. Muchas veces

con ellos hacían articulaciones para abordar las poblaciones clave y fue tal este grado de articulación que se percibió como un escenario de aprendizaje por ENTerritorio a nivel nacional: *“había que crear estrategias diferentes para poder abordar y creo que para el Proyecto eso fue interesante, y fueron una de las cosas que se exponían y que permanentemente nos preguntaban cuando venían los interventores de Bogotá. Resaltaban permanentemente ese trabajo, que era el abordaje que se hacía y era importante para el Proyecto más que para nosotros”* (OBC Contratada, Medellín, 22: 57).

Frente a los procesos coordinados de promoción y prevención, las OBC resaltan los diálogos que tenían con la ESE Metrosalud para ofertar una feria de servicios de salud en los distintos eventos a los que asistían. Gracias a que la ESE Metrosalud cuenta con más de cincuenta sedes y se articula con diferentes actores, como aseguradoras, secretarías, alcaldías, ministerios, etc., era fácil ofrecer una amplia gama de servicios para las poblaciones clave y hacer que se acercaran a las actividades del Proyecto.

“Metrosalud es el prestador público en Medellín con cincuenta y pico sedes, es una figura única y digamos que en diferentes tiempos uno encuentra una buena respuesta para este tipo de programas [...] generalmente se posibilita y como es una institución que es absolutamente vinculada a todas las estrategias de salud, de aseguradoras, de secretarías, de la alcaldía, de la gobernación, del Ministerio y todo eso, lo único era coordinar”. (OBC Contratada, Medellín, 22: 41).

Las OBC, a pesar de no estar actualmente vinculadas directamente con el Proyecto, han estado constantemente articuladas en las actividades de promoción del VIH en la ciudad y municipios cercanos. Abordan temas de derechos sexuales y reproductivos, se habla de política pública el tema de VIH está presente, hay intervención social comunitaria el tema de VIH está presente, se está realizando trabajo de campo el tema de VIH está presente (OBC Contratada, Medellín, 39:8)

Las OBC están en constante trabajo en la respuesta al fenómeno del VIH en la ciudad de Medellín. Una de las organizaciones trabaja de manera articulada con las mesas diversas de la ciudad. También hay relación con el Consejo Consultivo, el cual funciona como una mesa coordinadora que tiene todo el diálogo y representación con la administración municipal en lo que se llama Comité Municipal (OBC Contratada, Medellín, 39:17). Asimismo, participan en la organización del festival Medellín “Vive Diversa” y, por otro lado, en colaboración con las actividades del PIC, participan en la conmemoración del día mundial contra la lucha del VIH-SIDA el 1 de diciembre.

“Hay cosas incluso más urgentes que a veces el gestor nos dice, nosotros podemos ayudar, pero tienen que hacer esto y esto o podemos buscar Fundación RASA, podemos buscar FAI o buscar ese apoyo de jóvenes inscritos por Colombia y lograr construir toda una red junto a Fondo Mundial que posicione el tema viendo también lo que le falta a la información que la gente puede tener a la mano”. (HSH-OBC, Medellín, 41:9)

Una de las OBC estuvo ofertando las actividades de promoción y prevención a través de los líderes pares en las que se pudieron hacer articulaciones en los eventos y en las entregas de preservativos. En estos espacios se pudo llegar a más gente gracias a la articulación de estos líderes que pertenecían a las mismas bases sociales. (OBC Contratada, Medellín, 39:15)

Otra de las OBC se ha enfocado y reconocido en su trabajo como activistas y tienen enfoque en Derechos Humanos y temas LGBTI y esto hace que se facilite el contacto con las personas que

trabajan con ENTerritorio. Esto mismo hizo que se quisieran articular con la Fundación Antioqueña de Infectología-FAI para crear contenidos y apoyaron campañas que fortalecieron a la OBC para hablar sobre el VIH y las ITS. (OBC Contratada, Medellín, 41:2)

Las Secretarías de Salud, en términos generales, consideran que el Comité posibilita una descripción amplia del problema, reúne múltiples miradas y posturas, facilita la estandarización de las rutas y garantiza enlaces efectivos entre las diversas intervenciones. Particularmente, la Secretaría de Salud de Medellín participa en el Comité Departamental de VIH y menciona que este espacio es vital para el aprendizaje y la interacción de todos los actores involucrados.

Lo que el comité posibilita a uno es la descripción grande del problema, porque son las diferentes miradas, desde el prestador, el asegurador, el usuario, entonces facilita como una descripción de la problemática de la ciudad desde todas las diferentes posturas, no es lo mismo que yo diga: ¡Sí! yo tengo la estadística de la ciudad, pero yo no vivo lo que vive el paciente, entonces el comité permite de alguna manera que se note mejor ese diagnóstico real de ciudad, facilita la estandarización de las rutas porque esto está disparado. (Secretaría de Salud, Medellín, 24:26)

La Secretaría de Salud de Bello participa en el Comité Departamental de VIH y menciona que en este espacio se resuelven las dudas de procedimiento y se construyen aprendizajes entre todos los actores y se han articulado con la mesa LGBTI del municipio para captar la población clave del Proyecto. (Secretaría de Salud, Municipio de Bello, 3:29)

La Secretaría de Salud de Itagüí participa en el Comité Departamental de VIH y adicionalmente mencionaron que tienen activo el Comité de Vigilancia Epidemiológica, COVE. A partir de su participación en el comité, se han dado cuenta que para trabajar con esta población clave, deben realizar actividades extramurales e ir a los sitios donde la población clave se congrega. Se debe resaltar que, en este Municipio, la Secretaría de Participación e Inclusión Social es la encargada de manejar la temática LGBTI y su inclusión en política pública municipal. A futuro se visualiza la intervención de forma articulada y con una comunidad empoderada en la que exista una mesa de trabajo liderada por la misma población clave (Secretaría de Salud, Municipio de Itagüí, 25:19).

En la Secretaría de Salud de Envigado se menciona que establecieron mesas de trabajo propias y trabajan directamente con los líderes de la comunidad LGBTI, pero no asisten al Comité Departamental de VIH.

El trabajo coordinado incluye respuestas inmediatas a una situación a través de WhatsApp, se percibe que deberían asistir más representantes de las EAPB al comité intersectorial de VIH y que el acompañamiento departamental [como menciona la Secretaría de Itagüí] podría ser más amplio y permanente, no solo en momentos críticos por lo que se proponen articular más estrategias entre municipios y departamentos, así como un mejoramiento en los cronogramas de trabajo con el departamento.

Lo que permitió a las EAPB tener una buena respuesta en la atención fue, en parte, la constante relación con el Proyecto de ENTerritorio, así como con los estudios de seroprevalencia llevados a cabo por la Universidad CES. Igualmente, la articulación y la coordinación con las demás EAPB, con las IPS, con los entes de control, alcaldía y gobernación resulta valiosa para el desarrollo del Proyecto.

“(…) Demasiados, yo digo que el integrarnos todos ahí ha sido demasiado valioso, (….) donde

se expone un caso pero ese caso sirve a todos los demás para si llegarse a presentar una situación similar cómo resolverla, tenemos el contacto «Mira ayuda a este y aquel» Eso ha sido valiosísimo, el hecho que yo pueda resolver problemas ahora con lo que hemos interrelacionado allá es mucho mejor que donde no hubiese estado, todo lo que me hubiera tocado hacer... mejor ni para qué te cuento”. (EAPB, Medellín, 29:76).

Para una efectiva respuesta al fenómeno de VIH, en la ciudad de Medellín, resulta importante la articulación y coordinación en cuanto a promoción y prevención que hay entre las EAPB y las IPS. Otro de los factores que se percibe como una fortaleza es la articulación con las IPS para dar una respuesta oportuna y efectiva dentro de la ruta de atención. Al tener la derivación de un usuario con caso reactivo desde las acciones de tamizaje del Proyecto:

“Le notifica a Salud Pública Regional Antioquia, que somos nosotros, Salud pública articula el caso con la IPS Básica, la IPS Básica realiza la gestión que incluye: orden de prueba de verificación que es la segunda [...], según el resultado se direcciona: si es reactivo monte los exámenes del protocolo y ya con los resultados derivemos a salud en casa para captación; la IPS retroalimenta la gestión, la IPS me devuelve esa gestión a mí y yo le doy la respuesta al que me la notificó, entonces esta fue como la resocialización que se les hizo; y acá pues como debe quedar, como se hace el cierre pues del ciclo de lo de las pruebas rápidas.”. (EAPB, Medellín, 43:32).

Para la ESE , el nuevo esquema de contratación, enfocado en líderes y lideresas comunitarios, permitió que se dieran mejores acercamientos a las mesas LGBTI, presentes en las 16 comunas y los 5 corregimientos de Medellín, para responder más adecuadamente a cada población (HSH y MTRANS) presente en los territorios: *“(...) entonces la experiencia con las mesas ha sido muy positiva porque digamos que es acercarnos muchísimo más a la población en el tema de los tamizajes y la entrega de los paquetes de prevención, y nos ha resultado muy efectivo porque, además, digamos que hemos abarcado gran parte no solo de los barrios y las comunas sino también los corregimientos”. (ESE, Medellín, 18:3).*

A diferencia del año 2018, cuando se contrataban directamente a las OBC, que ungían como representantes de las poblaciones clave, y donde el acercamiento a las mesas LGBTI era más bien limitado, este 2019, a partir de febrero, según la ESE La María, la articulación con estas logró que se planearan estrategias y acciones conjuntas para facilitar el acceso al tamizaje y a la entrega de paquetes de servicios; por ejemplo, hubo un picnic donde asistieron las poblaciones clave y se ofrecieron distintos servicios de salud. Como complemento a esto, la ESE resalta que desarrolló un punto fijo dentro de sus instalaciones para cuando las personas no quieren realizarse la prueba de tamizaje de forma extramural, en campo. (ESE, Medellín)

Cabe destacar que este acercamiento con las mesas LGBTI fue posible gracias a los líderes y lideresas pares y los auxiliares de enfermería contratados por la ESE, dado que estos, que venían trabajando desde años anteriores, aportaron con sus saberes y experticia al mapeo de actores, la gestión de alianzas y la construcción de agendas mensuales. Por tanto, la articulación de la ESE a las actividades organizadas por las mesas (como picnics, aniversarios, encuentros y demás) es un logro puesto que allí las asesorías, pedagogías y tamizajes realizados por la ESE han servido tanto para mejorar el conocimiento sobre el VIH (formas de prevención, transmisión, entre otros) como

para reducir el estigma y la discriminación hacia las poblaciones clave y la enfermedad.

La participación de la ESE en el Comité Intersectorial de VIH de Medellín es una fortaleza para la institución, dado que allí se lograron articular con diferentes actores del Plan Nacional de Respuesta al VIH:

“(…) cuando por ejemplo necesitamos [hacer actividades] con habitante de calle, entonces allá hay una persona de Metrosalud que está pues como encargada de habitantes de calle. Nos apoyamos también en cuanto al tema de capacitación (…). Cuando tenemos dudas o cuando hay unas barreras en el tema, sea salud, o en el tema legal, por ejemplo, allá está la fundación RASA, allá nos ayudan mucho en el tema de tutelas, entonces es como hay de todo un poquito donde todos nos vamos conociendo y todos vamos viendo cómo nos articulamos”. (ESE, Medellín, 18:28)

En estos espacios intersectoriales como el Comité, la ESE ha logrado posicionarse como referente público municipal en el abordaje del VIH, no solo por su programa de atención integral, que venía manejando antes del Proyecto, sino gracias también a su capacidad de articulación territorial diferenciada. Entonces, ha sido más fácil para la ESE hablar con dueños de establecimientos comerciales, como saunas y bares, para realizar sus actividades, o ser referenciados cuando alguien necesita hacerse una prueba de tamizaje o una asesoría en VIH.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Según el equipo local de ENTerritorio, se pudo haber aprovechado mejor los espacios intersectoriales; sin embargo, excedía sus competencias. Allí también se presentaron escenarios contraproducentes, por ejemplo, se describe como una debilidad la figura de los representantes de la sociedad civil, puesto que solo ocasionaban la fragmentación de estos espacios:

“(…) porque los líderes de la sociedad civil siguen con el enfoque ochentero y noventero del tema de la veeduría, que no es un tema de concertación sino de confrontación. De ‘¿usted por qué no hizo?’ (…). Es eso, la sociedad civil ha malentendido el tema de la veeduría y el tema del acompañamiento. Entonces, más que propositivo, de vinculación académica, de vinculación metodológica, ha posibilitado es una fragmentación de la discusión de los actores”. (Equipo Local, Medellín, 19:2)

Estas relaciones están muy ligadas a un trasfondo histórico complejo, puesto que la sociedad civil participó en la construcción de una nota conceptual de priorización de poblaciones frente al VIH, pero terminaron siendo también reaccionarios cuando se empezó a ejecutar el Proyecto. Para el equipo local, se debería tener más en cuenta desde algunas OBC que el enfoque diferencial de la nota conceptual se hizo desde la sociedad civil y no desde el Fondo Mundial directamente, a modo de imposición. Así que, en vez de atacar lo construido, se podrían articular como han hecho otras organizaciones que entendieron el apoyo brindado por el Proyecto al fortalecimiento institucional de la ciudad.

“¿Cómo ahorita vuelven y atacan lo mismo que ellos hicieron? Entonces en el momento de

poner la agenda, no hay ningún problema, es fácil. Pero sigue habiendo una concepción un poco subvencionada de decir “como es el Fondo, tienen plata, hagan acciones”, cuando la responsabilidad realmente es de ciudad. Entonces el trabajo, ahora en adelante, descubrimos que, si es con ustedes, es en la ciudad, ¿sí me entiendes? Es que eso es complejo en el momento de instaurar una agenda, porque le piden más cosas al Fondo, cuando realmente lo que estamos haciendo es ya consolidar lo que va a quedar para el país”. (Equipo Local, Medellín, 19:7)

Al equipo local le quedó cierta preocupación que en estos espacios intersectoriales no se dieran los diálogos ni las reflexiones pertinentes sobre las acciones realizadas por los diferentes actores.

Por otra parte, un aspecto a mejorar, identificado por la Mesa LGBT en Medellín, es la continuidad presupuestal que permita replicar este proceso de fortalecimiento con otros colectivos (Mesa LGBTI, Medellín, 31:68) así como la necesidad de superar los procesos de formación y abordar activamente los territorios. Además, algunos participantes identificaron la baja capacidad de respuesta por parte de algunas mesas en sus procesos de empoderamiento a partir de las herramientas o recurso que ha brindado el Proyecto, por lo que se identificó un vacío en la contraprestación que han dado las mesas para abordar la problemática en la ciudad; contraprestación que, según los participantes, debería tener un tono más propositivo desde las mesas y no limitarse a tener plena disposición para las actividades que propone el Proyecto (Mesa Diversa, Medellín, 38:11).

Las OBC frente a los Comités de VIH son escépticos por lo esporádicos que pueden llegar a ser. Además, eran espacios no vinculantes que solo involucraban a los actores como invitados, por lo tanto, muchas veces no iban aquellos que eran necesitados frente a un tema específico: “(…) *la estrategia no vincula directamente, esto queda como de invitados, si lográbamos tener secretarías de salud era más por un vínculo indirecto por otros medios. (…)* Es que son muchas condiciones, y lo otro es la continuidad de una estrategia que, si tú la traes permanente cada año, las personas van ganando presencia, reconociendo validez y eso nos permite vincular, pero con altibajos es difícil lograr eso, sobre todo por el cambio de lo público, los funcionarios de los cargos y las directivas”. (OBC Contratada, Medellín, 22:62).

(iii) Recomendaciones de los actores

Respecto a los espacios intersectoriales, las OBC contratadas recomiendan que se mantengan y se amplíen los Encuentros de Ciudadanía. Estos eran grupos donde se hablaban temas de derecho frente al VIH y formas de atención en salud, entre otros temas. Lo importante de este espacio, según resaltan las OBC, era que tenía que contar con una gran presencia de organizaciones, colectivos y particulares de las poblaciones clave, de lo contrario no se concertaba el espacio. Aunque en estos encuentros no se podían hacer actividades de tamizaje, servían como plataforma para contactar con organizaciones, población clave y actividades de educación.

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para el equipo local de ENTerritorio, se vio como un logro que el Proyecto facilitó el diagnóstico de la población clave por medio de un enfoque diferencial que muchas veces las instituciones no veían. Para ello, se hicieron varios diálogos y pedagogías explicando el porqué de estos grupos priorizados. Antes del Proyecto había una atención sobre VIH, pero se hacía de manera muy general y era focalizada al grupo de las mujeres cisgénero y maternas.

Con el acompañamiento técnico del Proyecto se fortaleció la capacidad institucional de los prestadores y las secretarías de salud municipales y la Secretaría de Salud Departamental para ver el tema de una manera priorizada. Este trabajo lo describió el equipo local de ENTerritorio como complicado, arduo y con obstáculos, dado que cambiar las percepciones sobre la situación epidemiológica del país encontró resistencias por parte de las instituciones. Algunas veces se dio incluso por el estigma y la discriminación propia de los funcionarios.

La asistencia técnica del equipo local ayudó a construir las rutas de atención en Medellín con varias EAPB, y a la integración del Proyecto con el PIC. Aunque ya existían los Centros de Escucha manejados por OBC, y esto era percibido como una ventaja municipal, no fue fácil vincular una organización a la contrapartida local. Sin embargo, la credibilidad del Proyecto del Fondo Mundial frente a la alcaldía de Medellín y la Secretaría de Salud logró esa articulación. Precisamente, para el equipo local, el reto fue superar estas diferencias y, aunque las instituciones estuvieron prestas a mejorar y abrirle las puertas a las OBC, estas no cedían en su postura evasiva.

“(…) aquí lo difícil fue que la organización contratada que había participado en la construcción de la nota conceptual entendiera la importancia de priorizar poblaciones. Porque no lo querían hacer. Sencillamente ahí es donde uno dice ¿cómo a qué está jugando? Participan en la construcción de una nota conceptual que prioriza unas organizaciones, pero se les contrata para dar continuidad y no lo quieren hacer”. (Equipo Local, Medellín, 19:47) Local, Medellín, 19:2)

Frente a la asistencia técnica brindada para el fortalecimiento de capacidades de la red de prestadores (EAPB, IPS, ESE), así como para mejorar el acceso al diagnóstico y a los servicios de salud en la población trans, se tuvo un enfoque diferencial que estuvo aparejado anteriormente con los Centros de Escucha municipales. El fortalecimiento de los prestadores de salud se vio mejorado en cuanto a la estructuración de la ruta de atención y la mejora de los tiempos de respuesta, porque pasaron a demorar menos de un mes desde que el usuario era tamizado y diagnosticado, siempre y cuando el usuario fuese juicioso con el proceso, si no, la ruta se podía prolongar hasta un año. Cabe resaltar que, en este aspecto, las OBC con sus Centros de Escucha se vieron prestas a colaborar. Después de un tiempo, cuando observaron que las EAPB les abrían las puertas, estas organizaciones empezaron a remitirles algunos casos o también a la Secretaría de Salud. Frente a esto, el equipo local sirvió como un puente articulador que hacía el enlace con las personas adecuadas. (Equipo Local, Medellín, 19:4) (Comité VIH, Medellín)

Por otro lado, frente al control y veeduría hecho por parte de la sociedad civil, el equipo local resaltó

la disposición de dos organizaciones: Fundación RASA y Jóvenes Positivos de Colombia. Con ellas, el trabajo fue fructífero porque supieron presentar y dialogar temas novedosos de las poblaciones clave, sus dinámicas económicas, sociales y sexuales, así como sus vínculos respecto al VIH. Estas fundaciones daban una visión actualizada que las otras instituciones no se atrevían a dar. A ellas, el equipo local acudió en temas de enrutamiento personalizado con algunas personas puntuales, ya fuera porque no tenían aseguramiento o porque les estaban negando un derecho y necesitaban ayuda jurídica. Se crearon, en resumen, buenas articulaciones. (Equipo Local, Medellín, 19:43)

Desde la visión del equipo local, las barreras de acceso a la ruta de atención integral solían ser de tipo individual que institucional. Dado que hubo grandes esfuerzos con los prestadores de salud, Secretarías de Salud, OBC, entre otros actores, se lograron crear rutas sistematizadas que antes no existían y que están abiertas a cualquier persona, incluso migrantes extranjeros sin una situación legal definida. *“Creo que hoy podemos decir que existe una ruta sistematizada (…). Las personas que no han alcanzado a la ruta o están en proceso de la ruta, ha sido más por determinaciones del paciente, más que de las redes (…). A nosotros nos ha ido muy bien con las instituciones de salud. Las barreras son más a nivel del usuario”*. (Equipo Local, Medellín, 19:67)

Asimismo, los Comités participaron en el fortalecimiento de la ruta de atención incentivando la participación y permanencia en ésta misma. Facilitaron y agilizaron el direccionamiento de los casos y se referenció la propuesta de los Centros de Escucha como plataforma sostenible de las acciones emprendidas por el Proyecto, como una propuesta que surgió dentro del comité. Se percibe que se han superado muchas barreras en la ruta de atención a través del comité *“está rodando [operando] muy fácil mucho más fácil desde que el CRUE y la seccional nos dé el aval con que se tiene la ruta generalmente una vez se haga el anexo tres llegue a la seccional ellos nos envían la autorización de las citas, se llama al paciente en menos de un mes, en menos de 20 días se está viendo al paciente, y se ha mejorado mucho”* y se considera la situación de los migrantes como resuelta. (Comité VIH, Medellín, 37:18).

El grado de apropiación sobre el conocimiento de la ruta de atención es alto y se expone a través de una de las entrevistas en las que menciona que *“cualquiera de los del comité, pueda decir: cuál es la ruta, dónde puede asistir, en este caso ESE La María y evitar de esa forma, inconvenientes, inclusive, que la salud de ese usuario, de ese paciente se deteriore por no prestar atención en el momento”* (Comité VIH, Medellín, 37:27). El Comité considera que se cuenta con una ruta de atención en salud para población clave que está siendo implementada de forma rápida y efectiva, si bien existen y han existido barreras, se ha avanzado considerablemente en el tamizaje, confirmación e ingreso de la persona a la ruta de atención.

En adición al trabajo de los Comités, las Mesas Diversas también participaron en el fortalecimiento de la ruta de atención asistiendo a los procesos de formación en donde se abordaron conocimientos y estrategias para acercar a las comunidades a la temática y activar rutas de atención cuando fuera necesario. Las Mesas también visibilizaron las posibilidades que posee la gente para ser atendida, teniendo en cuenta que la gente percibe la atención en las EAPB como demorada y discriminatoria. Asimismo, las Mesas reconocen que el conocimiento sobre las rutas de atención, actualizado y detallado, lo poseen los funcionarios del Proyecto y poseen claridad suficiente para acudir a ellos cuando necesitan esta información o activar algún protocolo relacionado. (Mesa Diversa, Medellín, 38:16).

Tanto Mesas como Comités consideran que el Proyecto contribuyó al fortalecimiento de la ruta en la medida en que la capacidad profesional es percibida como positiva y relevante. Sus participantes consideraron que una mejor empatía en la atención aumenta la calidad de vida de las personas que viven con VIH, y que esta intervención fue más allá del deber médico (Mesa LGBTI, Medellín, 31:34) y se aproximó a las personas y sus particularidades. Asimismo, mencionaron que *“la gente ve la calidad de vida que están llevando los que están en un programa”* y a dicha percepción le atribuyen los resultados de la intervención y el cumplimiento de metas (Comité VIH, Medellín, 37:5).

A su vez, para las OBC contratadas, la ruta de atención en salud en general fue oportuna. Las canalizaciones de los usuarios con tamizaje reactivo no presentaron mayores problemas. La única excepción fue con una EAPB que atendía a los usuarios del régimen subsidiado, sus tiempos de respuesta administrativa y burocrática eran mayores que el resto. Sin embargo, como estrategia frente a esto, las OBC lograron contactar a la coordinadora del programa de salud sexual y reproductiva de una sede de la ESE Metrosalud y pudieron agilizar el ingreso de los usuarios que lo quisieron a la ruta; quienes no querían iniciar la ruta solo les lograron ofrecer la prueba confirmatoria.

“Con algunas EPS de pronto se tuvo dificultad [...], era un poquito más demorado como es de régimen subsidiado, pero al final logramos contactar una chica que era la coordinadora del programa de salud sexual y reproductiva en una de las sedes de Metrosalud, ella nos ayudó a agilizar mucho al finalizar y logramos que todos los usuarios que siguieron el proceso, porque algunos no lo quisieron hacer, pudieran acceder por lo menos a la prueba confirmatoria y ya en conjunto iniciar un tratamiento”. (OBC Contratada, Medellín, 22:25).

Además, destacaron como una fortaleza del Proyecto la capacidad de atención diferenciada que se logró con las poblaciones clave y en los distintos actores de la respuesta: se lograron vencer algunas barreras en los espacios comunitarios, familiares, educativos, institucionales, entre otros. Esto lo veían necesario para seguir llegando a las poblaciones, con sus dinámicas y particularidades, y siente una suerte de incertidumbre si estos logros se van con el Proyecto. Por lo tanto, las OBC están de acuerdo con que una forma de sostenibilidad ante el fortalecimiento institucional es lograr que el enfoque diferencial y la superación de estigmas y discriminación lleguen a los actores necesarios, como las EAPB que ingresan y tratan usuarios.

Desde la Secretaría de Salud de Antioquia las acciones en el PIC están limitadas a la entrega de preservativos a las secretarías municipales. Se realizan talleres con los actores del sistema general de seguridad social en salud y de asesorías técnicas, dando cumplimiento a la Resolución 2338 de 2013. (Secretaría de Salud Departamental, Medellín, 26:32)

Por su lado, en la Secretaría de Salud de Medellín a través del PIC se contrató al operador Fundación Rasa para implementar los Centros de Escucha con la población clave, como acción complementaria a las acciones del Proyecto. Para 2019 se menciona que se cuenta con dos centros de escucha, uno ubicado en la sede del operador y otro ubicado en el Centro para la Diversidad Sexual. Se percibe que el accionar de este operador es profesional y adecuado, teniendo en cuenta que atienden poblaciones que han sido segregadas y percibidas como “difíciles” al momento de la intervención. Asimismo, se realizan acciones de tamizaje, promoción y prevención en población clave.

La Secretaría de Salud de Medellín ha brindado asesoría técnica a las IPS que atienden urgencias para estandarizar los protocolos de atención a personas que hayan presentado un riesgo post exposición al VIH, dando cumplimiento a la normatividad vigente y teniendo siempre como objetivo programático la garantía de la atención en salud desestimando prejuicios morales y religiosos (Secretaría de Salud, Medellín, 24:15). Asimismo, la Secretaría entiende la importancia de la voluntad política para priorizar esta problemática en el territorio y el sostenimiento de las estrategias a largo plazo.

En la Secretaría de Salud de Bello mencionan que previamente se realizaban campañas y brigadas en educación sexual y reproductiva y prevención de enfermedades, así como entrega de preservativos y toma de pruebas para la población general. Recientemente se contrató una IPS a través del PIC para realizar acciones de promoción y prevención, así como pruebas rápidas, articulándose al Proyecto. En relación con el Proyecto, se integraron nuevas acciones en el Municipio de Bello, según el acuerdo establecido, el encargado de epidemiología quedó como responsable de hacer el seguimiento a la ruta de atención a las personas reactivas, entre ellas gestionar la cita con la EAPB correspondiente; no obstante, en dicha ruta no existe ningún protocolo diferencial para la población clave.

La Secretaría de Salud de Itagüí menciona que se reúnen periódicamente con las EAPB e IPS del territorio para incidir en la humanización de los servicios (Secretaría de Salud, Itagüí, 25:11). En este municipio se señaló la importancia de la atención a población clave, que a su vez hace parte de la población carcelaria, pero hasta el momento solo se han generado las alertas a las EAPB, sobre la existencia de casos dentro de las cárceles, quienes, mientras no sean condenados, deben seguir siendo atendidos por ellos. Se mencionó que en el presupuesto enviado al concejo para su aprobación se incluyeron partidas específicas para la problemática de VIH y la realización de campañas y estrategias para disminuir el impacto de la enfermedad en el Municipio (Secretaría de Salud, Municipio de Itagüí, 25:13).

En la Secretaría de Salud de Envigado han ofertado un programa educativo como la campaña de información, educación y comunicación que toca el VIH y de Asesoría en Prueba Voluntaria, (Secretaría de Salud, Envigado, 33:3). Si bien se tenían contempladas estas acciones en el PIC, indican que estaban buscando alianzas estratégicas y a través de un laboratorio se enteraron de la operación del Proyecto en otro municipio y buscaron el contacto, *“escuchamos toda la propuesta, nos gustó muchísimo y entonces para este año iniciamos la propuesta que nos presentaron”* (Secretaría de Salud, Municipio de Envigado, 33:24). Se visualiza a futuro la inclusión de acciones específicas con población clave en el PIC, subrayando la importancia de acompañar al Hospital en la intervención.

Adicionalmente, desde una de las EAPB se considera que las intervenciones del Proyecto han mejorado y aumentado el acceso al diagnóstico, ya que se hace una captación más inmediata y eso permite una mejor articulación. *“Esto es algo en lo que se debería trabajar con mayor profundidad ya que se ha detectado en población joven una alarma ya que se ve como una enfermedad crónica (similar a una diabetes) en la que solo se tiene que estar medicado y no existiría ningún problema al estar contagiado”*. (EAPB, Medellín, 43:1).

En el caso de una de las EAPB que se ha articulado al Proyecto, la atención para los casos de VIH se encuentra dentro del programa “Salud en Casa” que la misma institución implementa para hacer el seguimiento a los pacientes. Este programa está conformado por un equipo interdisciplinario para la atención. Con esto se agiliza el proceso de la ruta ya que los usuarios con tamizaje reactivo que fueron canalizados desde las acciones del Proyecto evitan los trámites administrativos regulares de la EAPB y pueden acceder a la prueba confirmatoria de manera más inmediata.

“(…) dentro de esta bitácora se encuentra la remisión a las IPS de aquellos casos positivos, entonces nuestro objetivo es articularlos con la IPS básica para que ellos hagan captación y continúen con el seguimiento de este usuario (…)”. (EAPB, Medellín, 43:1).

Igualmente, se presentan casos en que el usuario que es canalizado a la EAPB se encuentra con inconsistencias en la afiliación al sistema de salud, ya sea por casos de portabilidad o por casos en que no se encuentre afiliado. En estos casos la EAPB también permite acceder desde el régimen subsidiado para poder continuar con la ruta de atención o incluso se remiten estos casos al Ente Territorial para que el usuario pueda acceder a los servicios:

“(…) el usuario puede acceder al Régimen Subsidiado y nosotros le debemos ofertar esa opción, entonces, la IPS lo contacta (…), realizan pues el formulario y les dicen si sí aplica o no aplica para el Régimen Subsidiado, y si aplica (…), se hace la activación, y el usuario puede seguir consultando con nosotros (…)”. (EAPB, Medellín, 43:15)

Cabe aclarar que, por fuera de las acciones del Proyecto, como una de las fortalezas que se observaron desde una de las EAPB, fue el cambio en el manejo de la historia clínica de los pacientes. Desde el 2018 se implementó un cambio en el formato de ingreso del nombre del usuario. Se inscribe el nombre con el que la persona se siente cómoda; así en el caso de las mujeres trans se usa el nombre con que éstas prefieran ser llamadas.

“(…) ahí aparece el nombre jurídico de la persona, muchas de las cosas que uno escucha es, cuando hacen el llamado, digamos, a la consulta, de pronto: ¡Alirio! Y pasa una mujer, entonces… No, yo le muestro, en eso sí, en eso sí tenemos, pero es que yo no tengo perfil médico entonces yo no les puedo mostrar, porque en la historia clínica aparece un campo donde están los datos del usuario, pero le diligencian cómo le gustan que lo llamen.” (EAPB, Medellín, 43:24)

Además, como una de las fortalezas evidenciadas en cuanto a los servicios institucionales es el subsidio económico que se les puede ofrecer a ciertos pacientes para que puedan acceder a los diferentes servicios ofertados por la EAPB y que no se pierda la adherencia a estos. Por ejemplo, casos de habitantes de calle en que la adherencia no es fácil por las características de movilidad de estas personas, en casos que se encuentre en un tipo de albergue tiene facilidades de acceso al medicamento. En casos de barreras geográficas y que no se tenga dinero para el desplazamiento, la IPS cubre estos gastos de acuerdo con los estudios socioeconómicos previos que haya realizado la institución.

“(…) el paciente puede solicitar subsidio económico para transporte y allá se les da, a través del contrato con la EAPB les puede garantizar que el paciente por decir como hay apenas tres IPS en la ciudad diga alguien «vivo en Bello, no tengo dinero para ir al centro de la ciudad a que me atiendan, no tengo para el pasaje» entonces esa IPS le da para el pasaje.” (EAPB, Medellín, 29:44)

Un aspecto importante por resaltar de la ESE es que ya tenía un programa de atención integral antes de la contratación con ENTerritorio, y este programa se articuló a las actividades del Proyecto, sin que representara una forma de contrapartida por parte del Plan de Intervenciones Colectivas. Por lo tanto, de esta sinergia resalta el hecho de poder contrarrestar las barreras individuales, dadas en forma de autoestigma y discriminación, que la población clave tiene al hacerse la prueba de tamizaje en campo. Es decir, cuando una persona no se quiere realizar la prueba voluntaria de forma extramural siempre tiene la opción de ir a las instalaciones del hospital.

De esta forma, el programa de atención integral manejado por el hospital trabaja de forma conjunta con la coordinación del convenio suscrito con ENTerritorio, ambos se ven fortalecidos con el intercambio de experiencias y saberes y las articulaciones con otros agentes. De hecho, esto hizo que la ESE fuera un importante referente para responder a las demandas que se estaban dando en atención integral para los migrantes extranjeros. Incluso se firmó un convenio con la Secretaría Departamental de Salud de Antioquia para la atención a venezolanos, según lo manifestaron en el hospital:

“Sí, aquí las personas que no tienen EPS y que no están en la ficha del SISBEN tienen que traer dos resultados confirmatorios e inmediatamente ingresan al programa, son 15 días hábiles que les dan la autorización y ya ingresan al programa y al tratamiento, sí. Y no solamente los venezolanos, pues también las personas colombianas que no tienen EPS ni tienen ficha (···) pueden acceder acá al programa de VIH”. (ESE, Medellín, 18:30).

Los profesionales de la ESE mencionaron que esta entidad es la única en el país que tiene un programa de VIH y tiene protocolos establecidos para la atención de pacientes en áreas rurales y de pacientes migrantes en condición de vulnerabilidad. Asimismo, cuenta con una enfermera exclusiva para el programa y en término de 8 a 10 días la persona ya está ingresando al programa, cuyo objetivo es garantizarles a las personas con resultado reactivo un nivel de vida digno.

Se menciona que para atender a la población clave, los profesionales de la salud han recibido lineamientos y capacitaciones, así como la existencia de la encuesta de satisfacción para el usuario, cuyos resultados están entre un 90% y un 95% de satisfacción. Esto se justifica por la atención prestada, la disposición, el reconocimiento del otro como persona y no suscrito solo a un diagnóstico más de VIH, *“es ese reconocimiento del ser y parte del trato que se les brinda y el conocimiento de la identidad”* (Profesionales de la salud, Medellín, 30:4). Parte del buen trato incluye llamar al paciente por el nombre que les gusta, *“garantizando un trato adecuado, un trato humano normal”* (Profesionales de la Salud, Medellín, 44:1) y mitigando el estigma y discriminación hacia estas poblaciones y hacia la enfermedad. Recomiendan fortalecer los componentes de educación emocional y salud mental en la ruta de atención en salud.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Una de las dificultades que tuvieron las OBC fue con la población migrante, puesto que al iniciar labores con ENTerritorio en el año 2017, no se había establecido un protocolo de atención para esta población [···] *estábamos a ciegas de qué iba a pasar, cómo se iba a atender y que cuando ellos empezaron a llegar al inicio no nos habían indicado y no les hacíamos la prueba porque no tienen*

ningún aseguramiento, de pronto hubo unos pacientes que resultaron reactivos y para hacerles el proceso fue muy difícil (OBC Contrada, Medellín, 22:25). También percibieron que esta población era la que más demandaba servicios de protección social. No obstante, agradecieron el apoyo brindado y las asociaciones creadas con las instituciones municipales y otras organizaciones.

Sobre la percepción de las OBC contratadas sobre las debilidades del Proyecto, creen que es necesario que se fortalezca el seguimiento de la ruta de atención por parte de la sociedad civil y que, por lo tanto, haya una vinculación más fuerte por parte de los entes de control (como Procuraduría, Defensoría, Personería, entre otros) en los espacios intersectoriales como los Encuentros de ciudadanía o los Comités de VIH. (OBC Contratada, Medellín, 22:61).

(iii) Recomendaciones de los actores

Recomiendan que la capacitación debe ser permanente, por la alta rotación de personal médico y debe reducirse al mínimo la posibilidad de que el paciente interactúe con personal médico que no tenga conocimiento sobre la ruta, pues dicho personal se convertiría en una gran barrera (Comité VIH, Medellín, 37:9).

Un participante resaltó su percepción de la problemática, en la que señaló que hay más consciencia en hacer la prueba a tiempo, pero también han aumentado prácticas de riesgo como el no uso del condón [por moda] (Comité VIH, Medellín, 37:17).

Por su parte, en la Mesa entrevistada se considera que a las entidades de salud les falta fortalecer sus protocolos de atención, y ejemplifican situaciones de estigma y discriminación. No obstante, identifican el rol de las Organizaciones de la Sociedad Civil como red de apoyo para las personas que ingresan a la ruta de atención (Mesa Diversa, Medellín, 38:16).

Precisamente, el tipo de vinculación a otros servicios de protección social, las OBC contratadas recomiendan que debiera ser mayor, dado que no era suficiente con diagnosticar a la gente como reactiva o no, y desatender otros aspectos de la vida.

“(…) queremos es aportar para que se masifique y se vinculen otras organizaciones al mejoramiento de condiciones, de detección temprana, de educación, todo eso… Es en otros aspectos que ya queremos aportar para que se creen otros espacios de intervención, especialmente en la promoción. Antes de ser reactivo, ¿qué podemos hacer con esta población? ¿Cómo podemos cambiar condiciones que superan estrategias como estas de intervenir al ciudadano para que tenga posibilidades de ingreso [económico], posibilidades a la educación, al vínculo laboral, a un montón de cosas?” (OBC Contratada, Medellín, 22:63)

La recomendación anterior también sirvió como un punto de reflexión para las OBC frente al Proyecto, ya que cuestionaban otros aspectos que indirectamente no son abordados o que lo hacen desde un enfoque de promoción y prevención limitado. Por lo tanto, desde su visión, para que el Proyecto continúe y se mejore, debería abarcar un espectro más integral como lo han hecho otros programas nacionales de salud como la Estrategia IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia) o la Estrategia de información, educación y comunicación en seguridad alimentaria y nutricional para Colombia, ambas del Ministerio de Salud y Protección Social. Por ejemplo,

manifestaron que para las poblaciones reactivas se trataba de articular y mejorar una ruta de atención en salud, pero otros aspectos, o los mismos usuarios no reactivos, eran desatendido, y allí había una necesidad de respuesta integral donde se debían articular más entidades, programas y estrategias.

“Ahora estábamos hablando de qué propuestas para continuar. Creo que el Fondo ha tenido claro el objetivo y el propósito en estos, tal vez 13 o 14 años que lleva con esta estrategia de cómo hacer promoción y prevención, pero enfocado mucho en detectar. Pero bueno, ¿y cuando no soy reactivo cuál es mi camino? ¿Qué alternativas? (...). Entonces estoy discriminado, no tengo oferta laboral, no tengo posibilidades de ingreso y vuelvo, entro al círculo de marginalidad que es un factor de riesgo para un montón de cosas: prácticas de prostitución, y eso sí que es una caja de pandora para explorar y cómo promover espacios, estilos de vida, políticas y condiciones para esta población que no se debe abandonar (...). ¿Por qué no una estrategia de espacio laboral?”
 .(OBC Contratada, Medellín, 22:36)

Por último, se hace la mención de la inclusión de las mujeres y la población en general porque la distinción de población clave es percibida como discriminación (Comité VIH, Medellín, 37:5) así como la problemática asociada a priorizar las poblaciones, la cual puede ser un arma de doble filo y estigmatizarlas más (Comité VIH, Medellín, 37:5).

D. Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

En términos generales se considera que las estrategias implementadas fueron exitosas e hicieron que la población clave aceptara los paquetes de servicios ofertados. Asimismo, se considera que el modelo de promoción y prevención planteado por el Proyecto contribuyó a la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo, en gran parte también a los logros alcanzados en los ámbitos de intersectorialidad y acompañamiento a los diferentes actores. Para el equipo local de ENTerritorio, el enfoque diferencial y las actividades educativas previa a la prueba de tamizaje han sido un fuerte diferenciador del Proyecto.

Una de las estrategias más efectivas que ayudaron a promover el acceso al diagnóstico y a los servicios de salud, en los grupos claves, fue la articulación con las mesas LGBTI. Asimismo, para este factor de promoción del acceso al diagnóstico, como se mencionó anteriormente, la vinculación de las EAPB al Proyecto permitió que se reconocieran como aliadas fundamentales en la respuesta local (Equipo Local, Medellín, 19:15). Siempre estuvieron atentas al tema de las canalizaciones y la mejora continua de la ruta de atención en salud. Por último, el equipo local de Medellín percibió que, en la ciudad, las Secretarías de Salud y las OBC con Centros de Escucha, algunas veces por la necesidad de cumplir las metas, veían a los usuarios como parte del indicador, dejando por fuera el tema de la enseñanza del autocuidado. En este punto, según dicen, el Proyecto logró ser diferente y marcar una fortaleza, de allí que se insistieran en los temas de asesorías dentro de los paquetes de servicios.

El Proyecto ha incidido en que la población reciba y acepte los paquetes de servicios y tamizaje al brindar la posibilidad de hacer el tamizaje en actividades cotidianas y propias de sus grupos

identitarios. El tamizaje y las acciones educativas se realizaron de forma libre e informada, sin estigmas y prácticas discriminatorias asociadas a su condición de género u orientación sexual por parte del personal del Proyecto. En particular con la población clave se menciona que *“sin la llegada del Fondo Mundial posiblemente nunca... hubiese pasado 1, 2, 3 años sin que nuestras chicas y nuestros chicos hubiesen hecho pruebas”*. (Mesa LGBTI, Medellín, 31:32)

Se resalta la atención humana por parte del personal del Proyecto y que se brindaron conocimientos en prácticas de autocuidado, desmitificación y prevención durante la prueba de tamizaje. Brindó paquetes que llamaban la atención e inicialmente se consideró que entre la población ya sensibilizada se era consciente de la necesidad de preservativos. (Mesa LGBTI, Medellín)

Para las OBC contratadas, el acceso al tamizaje se debió a que las intervenciones podían llegar directamente a la población en campo, respondiendo a sus dinámicas sociales y económicas, y también a que se estableció un punto fijo de atención para la realización de pruebas voluntarias. Allí podían llegar las personas que no querían hacérsela de forma extramural, según algunas por falta de privacidad o por comodidad. También se optó por agendar citas en el punto fijo para hacer más fácil la atención de los usuarios, y promoverlas a través de redes sociales virtuales. (OBC Contratada, Medellín)

Otra estrategia que usaron las OBC fue el uso de las aplicaciones móviles como Facebook, WhatsApp, Tinder y Grindr (aplicaciones de citas), en donde podían contactar directamente a la población clave. No obstante, las OBC vieron que esta estrategia funcionó mejor con los HSH, dado que las mujeres trans tenían otras dinámicas que las obligaba a responder mejor de forma presencial. Una de las fortalezas, vuelven a comentar, fue la integración de líderes pares que generaron confianza con ellas. (OBC Contratada, Medellín, 22:8)

La Secretaría de Salud de Antioquia consideró que el modelo con enfoque comunitario ha incidido positivamente en que la población reciba y acepte los paquetes porque sus actividades generaron familiaridad y cercanía facilitando el acceso a la prueba. Asimismo, que las personas consideran como positiva, tener la posibilidad de hacerse la prueba de manera confidencial y rápida, así como tener un referente en la ciudad, donde esta acción esté a su alcance, eliminando las barreras de tener que desplazarse hasta un centro de salud. Se percibió también que *“si la población en general tiene prevención de hacerse la prueba, las poblaciones claves mucho más”* (Secretaría de Salud Departamental, Medellín, 26:33). Se recomendó reforzar las estrategias enfocadas en el uso del condón, no solo la entrega, sino también la persistencia en la realización del diagnóstico porque *“una persona diagnosticada tiene más probabilidad de que quieran definitivamente no infectar a otros”*. (Secretaría de Salud Departamental, Medellín, 26:29)

La Secretaría de Salud de Medellín consideró que el Proyecto ha incidido positivamente en que la población reciba y acepte los paquetes porque la atención se basó en el componente educativo, en la calidad de la asesoría pre y post, y la utilidad percibida del paquete entregado.

Como gran aporte desde las actividades de ENTerritorio se evidenció el poner en la mesa el tema del VIH ya que aún existe desconocimiento sobre el fenómeno y de cómo acceder a las pruebas de tamizaje. Facilitó la información y el acceso para que sea de común conocimiento.

“Me parece que ese espacio sí lo ha abierto ENTerritorio porque eso antes era un tema que casi no se tocaba y eso que yo soy médico y uno ve que el tema es muy oculto, el hecho de que ENTerritorio esté ahí replicando en varios escenarios el tema se va metiendo al común, lo está sacando más”. (EAPB, Medellín, 29:49).

Las EAPB percibieron que uno de los logros ha sido facilitar el acceso a estas pruebas y la canalización a los servicios de salud. Evitan que la población clave tenga que realizar los trámites de pedir la cita, que el médico autorice y de realizarse la prueba. Con el Proyecto se agilizó este proceso, además que se evitan barreras de acceso que normalmente tiene la población clave. Asimismo, hay una constante interrelación entre las IPS y el Proyecto en donde se empieza el proceso de ingreso a la ruta de atención por el direccionamiento del equipo local de ENTerritorio. (EAPB, Medellín, 29:31).

El Proyecto ha incentivado que la gente que no pertenece a los sectores HSH o mujeres trans se motiven y se realicen la prueba de manera voluntaria y no porque el médico haya solicitado la toma de la prueba.

“Mucha de la población que tenemos espontáneamente según las historias que veo llegan a pedir la prueba, ya se ve cómo la gente llegando a pedir la prueba y no que el médico aproveche y se la mande porque sospecha por tuberculosis le mando esto, porque vengo por la blenorragia entonces le mando VIH; no, hay gente que llega hacer la prueba porque quiere y sí he visto eso. Se ve más gente pidiendo la prueba”. (EAPB, Medellín, 29:63).

Por último, se presenta un seguimiento constante con el paciente que ha obtenido una prueba de tamizaje reactiva. Después de la toma, con previa notificación de la EAPB, el paciente llega a la IPS primaria y esto evita trabas en la atención. Además, el aporte de captación que se hace desde el Proyecto permitió la adherencia a la ruta ya que por parte del equipo local hacen

“Que se capten y que el paciente sienta y eso sí me parece muy valioso, no los dejan tirados como que «me están pagando por detectar y punto» y ¿después qué? ¿Ese paciente qué le pasó y para dónde cogió? Ellos están muy interesados en eso, llaman o el paciente los llama a ellos o les escribe, no están muy desatentos toca es hasta el final”. (EAPB, Medellín, 29:85).

Respecto al acceso al tamizaje y los paquetes de servicios, la ESE describió que ha sido un proceso gratificante que les ha permitido abarcar todas las zonas de Medellín e impactar en distintos sitios de socialización de las poblaciones claves. Atribuyeron el aumento del acceso a la prueba y los paquetes a que lograron captar personas que nunca se habían realizado una prueba voluntaria y a quienes les pudieron entregar un conocimiento frente al cuidado y la protección del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. Este tipo de actividades fueron una fortaleza para la ESE en el sentido que le permitió acercarse más a la comunidad y a las poblaciones clave.

En este sentido, su articulación con los líderes pares fue una buena estrategia, al ser ellos quienes con su experticia y conocimiento saben cómo llegar al terreno e involucrar más a la gente. Además, los líderes y lideresas son quienes se encargaron de asesorar sobre el buen uso del preservativo, entregaron los paquetes de prevención, y realizaron las estrategias de invitación a las actividades. Resaltaron, también, que el compañerismo que se ha dado entre líderes, lideresas y auxiliares de

enfermería a lo largo de los años, junto a la baja rotación del personal, ha permitido que las acciones sean más coordinadas para el abordaje de la población y del terreno. (ESE, Medellín, 18:8)

Efectivamente, para la ESE, el paquete de servicios¹ es el incentivo principal para que la gente se realice la prueba de tamizaje, ya que percibieron que la población logró despejar dudas y superar miedos asociados al VIH. En este sentido resaltaron la capacidad de acercamiento y humanización que tienen las asesorías pre y post prueba, y la concienciación que despierta este tipo de acciones: “(…) cuando hacemos recorridos nuevamente nos encontramos con que ya esas personas que antes nos decían ‘no, si yo lo hago sin condón’, ya adquieren esa conciencia y ya le dicen a uno ‘no, ni peligro, ya si no es con condón ya no’. Entonces eso sí está cambiando realmente”. (ESE, Medellín, 18:15)

Este modelo de promoción y prevención ha sido tan efectivo en la articulación con el programa de atención integral que manejaba el hospital, que incluso han dado algunas recomendaciones para ampliar el proceso de canalización y mejorar la ruta de atención:

“Yo pienso que algo muy importante que se pudiera hacer es que, ya que el hospital tiene la experiencia, se pudiera canalizar y aceptar por parte de la EPS, que nosotros pudiéramos hacer las pruebas confirmatorias y se las pudiéramos facturar directamente a la EPS, eso acortaría ostensiblemente el tiempo. O sea, tenemos claro que no puede ser de la misma prueba, pero es que nosotros les hacemos aquí el tamizaje y hacemos otra prueba diferente a través del laboratorio para hacer la confirmatoria, entonces eso lo podemos hacer: un día el tamizaje, al otro día hacemos la confirmatoria, y arrancamos de una vez con la cita, ¿cierto? Mientras que eso, el hecho de que ellos tengan que desplazarse a quién sabe dónde, el tiempo es bastante”.

Los profesionales de la salud consideraron que la recepción y aceptación de los paquetes de servicios es positiva, llegando a zonas de difícil acceso, rompiendo barreras y visibilizando la problemática en la ciudad y recomiendan la instalación de puntos fijos y permanentes en la ciudad y el fortalecimiento de la estrategia por pares sectorizándola y haciéndola realmente efectiva.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Para el equipo local de ENTerritorio, respecto al acceso al tamizaje y a los servicios de salud, aún falta bastante para tomar en cuenta la diversidad y las inequidades de las poblaciones clave. A pesar de que el enfoque diferencial todavía no logra ser interiorizado en el trabajo de los prestadores de servicios de salud, sí se logró un avance en este aspecto. Por lo tanto, el equipo local, reconoce que:

“es entender que el tema de la atención también está transversalizado por la humanidad de los prestadores. Entonces, si no capacitamos y si no acompañamos técnicamente a las EAPB y a las IPS, el tema del discurso de que hay que priorizar claves, no va a ser un discurso que pasa el tema de la práctica. Y saben que las poblaciones son las que más se infectan saben, que hay que hacer hincapié en el trabajo diferencial, pero eso choca con la estructura humana de las instituciones y es que seguimos siendo una sociedad que sigue discriminando por orientación sexual e identidad de género”. (Equipo Local, Medellín, 19:8).

¹ Kit de condones, lubricante, piezas informativas y actividades de información, educación y comunicación.

Como una limitante también ven que en algunos sectores era necesario utilizar otras estrategias para que aceptaran el tamizaje. Por ejemplo, las chicas trans se quejaban de que eran pocos preservativos y tenían que ser abordadas con otras entidades. De hecho, las chicas trans, según el equipo local, tuvieron mucha confianza en el Proyecto y los buscaban para también demandar ciertos servicios, como odontólogos, especialistas en hormonización, entre otras. Generalmente, terminaban articulándolas con otros servicios de protección social que necesitaban en el momento.

“(…) A las mujeres trans uno le tiene que dar más [preservativos]. La población es más difícil. Por lo menos, nosotros les damos un paquete con 9 y dicen: ‘No. Yo necesito más. Denme. No sé qué, tal cosa’. (…). Tanto que otras secretarías que necesitan hacer trabajo con esta misma población en la entrega del paquete, ven una oportunidad de intervención. Entonces dicen ‘Mira. Voy a hacer una actividad, ¿ustedes pueden ir a entregar preservativos? Es que la única manera que nos hagan caso’”. (Equipo Local, Medellín, 19:23).

No obstante, otros participantes mencionan que en términos educativos e informativos existen ciertas falencias dado que a la población más joven ya no le interesa usar el condón como medida de protección contra ITS; dicha población percibe de otra manera las infecciones y ha sido difícil establecer una comunicación efectiva. (OBC contratada, Medellín).

Respecto al kit de preservativos, este era entregado junto a una asesoría o pedagogía sobre su adecuado uso, derechos sexuales y reproductivos, y piezas comunicativas impresas. Cada mes podía haber un tema complementario que se discutía con los líderes pares. Sin embargo, desde la percepción de las OBC, este kit de servicios no siempre fue bien visto por las chicas trans pues decían que eran insuficientes, según lo comparaban con las cantidades entregadas en anteriores Proyectos de ENTerritorio. (OBC Contratada, Medellín).

Además, debido a que esta población se ha sentido instrumentalizada por tantas intervenciones que les han hecho las instituciones, las OBC contratadas percibieron que el paquete de preservativos, aunque era un gancho efectivo para la realización de la prueba de tamizaje, solía ser insuficiente por sí solo. Por otro lado, los HSH sí lo veían como un gancho muy efectivo. Pero recalcan que a las mujeres trans de alguna forma tocaba “seducirlas” con estrategias llamativas.

“(…) eso fue un gancho súper importante, uno iba como que sin los líderes y sin los paquetes y como que ¡Ay! Pero con el paquete sí era algo más como que las seducía más a realizarse la prueba, porque cuando se está entregando el paquete se entabla una conversación, un diálogo, conocimientos que saben ellas y en que les podemos aportar. Entonces, se crea esa confianza, ya están más dispuestas y con más conocimientos del por qué me voy a hacer una prueba (…).” (OBC Contratada, Medellín, 22: 34).

Adicionalmente, en los procesos de canalización que realizaban las OBC encontraban muchas barreras individuales e institucionales que alargaban el ingreso a la ruta de atención. Algunas de estas barreras eran las citas asignadas en horarios laborales, números telefónicos falsos y bajo interés por continuar en la ruta. Como estrategias para combatirlas hicieron un mapeo de las rutas que tenían con cada EAPB, las barreras que existían y se intensificó el número de llamadas a los usuarios.

“De hecho hubo una persona que nos dio un nombre que no era y la cédula no existía. Una de las estrategias con algunas EPS era de que bueno, ustedes ya nos lo enviaron, no hay manera

de contactarlo o él no quiere, pero ya acá le vamos a poner algo en su historia clínica, como una alerta para que cuando venga por cualquier cosa el médico pueda intervenir o mandar la prueba confirmatoria, hacer algo. Y ellos ya tenían el conocimiento y la alerta internamente para poder captarlos". (OBC Contratada, Medellín, 22:42).

Una de las limitantes que han observado desde la ESE en las diferentes actividades realizadas es su marco de acción que deja por fuera a otras poblaciones. Por ejemplo, manifestaron que muchas mujeres cisgénero heterosexuales y lesbianas se acercaban a las carpas a solicitar las pruebas y no se las podían hacer. Otra limitante es en cuanto al territorio, dado que solo pueden abarcar el municipio de Medellín y sus corregimientos, pero al ser un área metropolitana excesivamente conurbada, con límites físicos difusos, esto deja a mucha gente por fuera del marco de actuación.

Otra limitante tiene que ver también con que no se pudo incluir a la población PID, y ya que Medellín es una ciudad densa y amplia, se está dejando de lado una oportunidad de intervención. Una petición para abarcar a esta población fue enviada a ENTerritorio, y estos a su vez la radicaron al Fondo Mundial. Por tanto, como recomendaciones al Proyecto los entrevistados sugirieron que estos aspectos se deberían cambiar y mejorar.

Por otro lado, la ESE sintió que realizar una única prueba de tamizaje era insuficiente, dado que muchas veces cuando las personas se hacen la prueba están en su periodo de ventana, y obviamente no va a salir reactiva. Sin embargo, se ven limitados a hacer una prueba una vez cada seis meses y a los tres meses que vuelven una persona y ellos tienen que direccionarla a otro lado.

Otra limitante que ve la ESE respecto al paquete de servicios es que la cantidad de condones es poca y que el proceso de registro parece tedioso para algunos usuarios: muchas firmas, muchos datos, entre otros. Se han encontrado con personas que piden más condones de los permitidos e incluso comparan este tipo de acciones con las que realizaba el Proyecto anteriormente, cuando daba cajas enteras de preservativos a mujeres trans o como contraprestación a los dueños de sitios de encuentro que abrían sus puertas al Proyecto. También dicen que algunas mesas LGBTI piden preservativos como donación y no se les puede dar, a pesar de toda la ayuda que brindan. Además, la ESE siente que, dado que las piezas comunicativas impresas son susceptibles a perderse fácilmente, el proceso de asesoría y educación debe ser muy enfático.

(iii) Recomendaciones de los actores

Como una de las recomendaciones planteadas por uno de los actores, plantea no separar el tamizaje de las actividades de promoción y prevención y ampliar el abordaje a zonas rurales del municipio de Medellín. (Mesa Diversa, Medellín, 38:22)

Teniendo en cuenta las fortalezas expuestas en el proceso de articulación en el Comité, las organizaciones están en capacidad de direccionar y acompañar a las personas con resultados reactivos. No obstante, se identifica el reto colectivo de multiplicar esa capacidad y llevar esos conocimientos a la población en general en donde también se aborden temáticas que respondan a una pregunta clave: ¿cómo se vive con VIH? Dicha temática ya se ha visibilizado, pero se considera necesario profundizar en la temática. Se reconoce que, hasta el momento, las estrategias han sido

eficaces porque el Proyecto ha reconocido el trabajo del comité y de las mesas y les han integrado en las acciones del Proyecto como aliados estratégicos.

Como recomendación a las pruebas de tamizaje, algunas OBC creen necesario ampliar el marco de acción y poder hacer una segunda prueba a los usuarios que la soliciten, cada tres meses. De esta manera, las personas que están dentro de una ventana inmunológica pueden volver, sin que se les niegue la segunda prueba, o tengan que acudir a las EAPB y enfrentarse con ciertas prácticas discriminatorias que algunas instituciones aún reproducen.

Dentro de las estrategias para abordar las mujeres trans [que ejercen prostitución], una OBC, sugiere desde su experiencia que se realice desde el autocuidado y el afecto (parece ser que a petición de ellas). Mencionan que viven en contextos de violencia policial, entre otros, que requiere acercarse de otra manera, lo que incluye el interés legítimo, de confianza. También destacan la necesidad de que desde el Proyecto se llegue a los lugares donde se requiere efectivamente el preservativo (por ejemplo, lugares clandestinos de sexo en grupo). Para que tenga impacto positivo la prevención, recomiendan un lenguaje abierto que referencian en la estrategia de prevención combinada en Bogotá.

Sugieren que es importante innovar en las formas de comunicarse con las personas de forma creativa y más cercana. Un lenguaje más cercano a las personas, no basado en el miedo. También refieren la asociación entre placer y uso del preservativo, así como formas pedagógicas más experienciales e incluso experimentales (por ejemplo, cuestionar ideas sobre sensibilidad y resistencia de condones con el brazo de participantes). Destacan la importancia de que se difunda que es posible ser indetectable-intransmisible, de forma que el diagnóstico no sea visto de forma fatalista. También recomiendan realizar campañas digitales que dispongan de información las 24 horas del día, los 7 días de la semana; yendo más allá del ‘volante’ que es fácilmente desechado según el contexto. (OBC Contratada, Medellín).

La Secretaría de Itagüí no había implementado acciones del Proyecto, pero recomienda ampliar el conjunto de estrategias que saquen del anonimato a la población clave (Secretaría de Salud, Itagüí, 25:3) y generar el abordaje a través de mecanismos digitales. Asimismo, se recomienda mantener un abordaje en conjunto, si se entregan los paquetes solos, se promueve “simplemente su uso” pero no se genera un cambio en el hábito y las prácticas sexuales, pero el paquete sí constituye un incentivo para la participación en las actividades educativas.

La Secretaría de Envigado no había implementado acciones del Proyecto pero como ha implementado acciones similares en el PIC, referencia que la base de la intervención es y debe ser la educación y percibe una afinidad con el enfoque comunitario que posee el Proyecto, un avance considerable alrededor de los “mitos” pero sabe que la intervención como está planteada no es suficiente y considera fundamental un proceso educativo que genere cambios, que no se logran con un solo encuentro, *“por eso la presencia en el territorio, es tan interesante, que se generen espacios donde el usuario sepa que existen y también nos puedan consultar, y general una disponibilidad para la población, ahí es donde entra a ser mucho más exitoso el cambio frente a unas conductas más seguras y frente al cambio personal”*. (Secretaría de Salud, Envigado, 33:30)

La ESE recomienda poder hacer más de una prueba a las personas y ampliar la ruta de atención:

“O sea, hacer tamizaje y seguimiento, inclusive si se pudiera hacer la prueba confirmatoria de una vez, nosotros siempre, hacemos el tamizaje, si es reactivo, entonces tenemos que orientarlo o enseñarles la ruta para su respectiva EPS, cierto, y cuando no la tienen pues al ente territorial o a los municipales si ya están acreditados, pero entonces siempre es darles mucha vuelta, y si esto se trata de acercarnos cada día más al 90-90-90, pues entonces ahí le estamos poniendo una talanquera a la red”. (ESE, Medellín, 18:10).

E. Estrategias de comunicación

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Las guías documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención fortalecieron la capacidad de los actores locales para la respuesta del VIH porque materializaron la posibilidad de hablar de una manera dinámica y distinta, con elementos que captaran la atención y que abordaran temáticas de salud y prevención en torno al VIH.

Para el equipo local de ENTerritorio, las piezas comunicativas elaboradas, como banners, fichas digitales, etc., que eran publicados en medios digitales, tuvieron acogida por varios de los actores involucrados. De allí que las secretarías municipales y departamentales les pidieran revisar el contenido de sus piezas comunicativas desarrolladas con ellos y solicitaban elaborar algunas otras. Este especial interés lo atribuye el equipo local al uso del lenguaje y una comunicación más novedosa, más cercana a las poblaciones en los procesos de salud.

“(…) porque como han visto lo que nosotros hacemos, es ‘¡Ay! Hágannos una así parecida. Es que tenemos una actividad para promocionarla’, ‘me la pone así, así y yo la roto en el Facebook, en mi barrio, o que sea’. Esas cosas no nos tocan, pero las hacemos. Porque están haciendo muy buena aceptación en los entes, y que también cuando, como nosotros somos estratégicos, sabemos que tenemos que estar allá en tomas de decisión y esta es la manera de entrar. Como venga, como yo lo hice la ficha, sentémonos que tenemos que conversar este tema”. (Equipo Local, Medellín, 19:21).

Para el equipo local, las piezas comunicativas, tanto digitales como impresas, lograron incrementar la demanda de los servicios de tamizaje. Dado que muchas redes sociales virtuales tienen una acogida masiva, la gente está pendiente de qué pasa allí. Lo esencial es comunicar el lugar, la hora y la fecha. Por otro lado, los rotafolios fueron bien aceptados y hasta demandados por los entes territoriales.

“(…) el rotafolio de asesoría de prueba voluntaria, que es una guía, es un éxito. Todo el mundo la quiere, todo el mundo la quiere tener, todo el mundo nos llama ‘que cuándo van a venir más’. Yo creo que sí es un éxito total. Sí, porque las instituciones no tienen, de pronto tendrán es como un volante con alguna información, pero el rotafolio es muy completo. Y las instituciones no invierten en ese material”. (Equipo Local, Medellín, 19: 34)

Por otro lado, una de las estrategias más frecuentes que usaban las OBC era el uso y contacto de personas por medio de las aplicaciones de citas, como Grindr, acompañadas de un modificador de GPS que permitía cambiar la localización. Así pues, se iban moviendo virtualmente por toda la

ciudad y compartían las piezas digitales como invitación a la realización de las pruebas. También resaltaban el uso de otras aplicaciones como WhatsApp y Facebook. (OBC Contratada, Medellín)

Igualmente, como otra de las estrategias usadas para la comunicación de los servicios de promoción y prevención eran volantes con los datos de contacto de las organizaciones. Estos los metían en los paquetes de servicios y los repartían en sitios de socialización como bares, discotecas, saunas, marchas, entre otros. Esta era una forma disimulada de no interrumpir las dinámicas propias del lugar y promover las actividades. Así, luego podían contactarlos y agendar una cita para la prueba en su punto fijo de atención. (ESE, Medellín, 19:22)

Por su parte, la Secretaría de Salud de Antioquia consideró que las guías, documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención fortalecieron la capacidad de los actores locales para la respuesta VIH porque han contribuido a la creación de un conocimiento común donde el VIH ya no es una “enfermedad moral”, que las personas pueden tener una vida relativamente normal; sin embargo, la persona entrevistada considera que dicho conocimiento puede estar actuando en doble vía y las personas pueden estar “relajándose” frente al VIH (Secretaría de Salud Departamental, Medellín, 26:7).

La Secretaría de Salud de Itagüí consideró que las guías, documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención fortalecieron la capacidad de los actores locales para la respuesta VIH porque esos materiales han llegado a las personas, con datos concretos y precisos. Recomendaron implementar piezas gráficas que inviten a una sexualidad responsable a una población más joven y recurrir de forma más directa a medios digitales y que si bien se trata el VIH como algo confidencial, también es un asunto de salud pública.

En cuanto a las estrategias de comunicación las ven de forma muy positiva en la ESE, dado que las fichas metodológicas, los protocolos para la ruta diagnóstica y los protocolos para diligenciar todos los formatos se han convertido en documentos de consulta clave cuando tienen dudas respecto a una situación. Además, toda la información es transmitida de forma oportuna al equipo base y crea una gran alineación en cuanto a los procesos que debe realizar cada uno. Sin embargo, respecto a los materiales de comunicación digital no hubo mención alguna, tampoco sobre la aplicación de guías de atención creada por ENTerritorio.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Se presenta desinformación sobre cuál es la forma más adecuada de usar el PrEP porque no hay una comunicación acertada y se maneja en ciertas ocasiones un lenguaje muy académico, tal y como lo mencionan en algunas acciones de LigaSida. Hay mucha inversión en la parte de respuesta al fenómeno, pero no inversión en la educación y en la prevención (HSH OBC, Medellín, 41:30)

De igual forma, las OBC describen los materiales elaborados por el Proyecto como regulares pues, aunque tenían buena calidad y edición, el contenido hablaba de escenarios y mensajes muy generales. La gente desde sus diferentes contextos lo percibía como algo alejado e impersonal. Por lo tanto, la reflexión a la que invitan se da en torno a cómo realizar piezas comunicativas que les llegue a los raperos, los recicladores, las mujeres trans, trabajadoras sexuales, entre otros.

Por otra parte, no hay menciones específicas a las guías o documentos desarrollados por el Proyecto que hayan sido utilizados por las EAPB. Particularmente se habla de las guías de VIH con enfoque de vulnerabilidad que fueron compartidas por el equipo local en uno de los comités, mas no directamente de la institución. Además, menciona el uso del aplicativo móvil como una herramienta útil ya que es preferible leer algo pequeño a diferencia de un documento extenso como una enciclopedia. (EAPB, Medellín, 29:55)

En las entrevistas con la población clave, no se encuentra información que evidencie que los materiales ayudaran a incrementar la demanda de los servicios de tamizaje o de la entrega de paquetes de servicios de prevención. Asimismo, se encuentran opiniones variadas en cuanto a una mejor estrategia de divulgación y manejo de la información. Por ejemplo, uno de los casos menciona que no recibió ningún tipo de información como folletos o volantes y que eso podría ser relevante para aprender más sobre las enfermedades de transmisión sexual e incluso replicarlo a demás personas (HSH, Medellín, 35:8).

Otro de los casos señala que las cartillas informativas y los medios impresos no van a pasar de moda. Sin embargo, lo que se debe hacer con la información es refrescarla y no generalizar el contenido porque no es efectivo. (Líderes Pares, Medellín, 27:53) En suma a esto, otro de los participantes considera que no es suficiente solo con la información que uno pueda entregar en los folletos, sino que también es necesaria la presencia de alguien que pueda:

“Dar a entender con las demás personas. Porque el tema, el VIH, también es un tema que es muy difícil y muchas veces es difícil explicarlo y no van a aprender lo mismo y no les va a quedar acá en la cabeza. No es lo mismo que uno les diga como líder que sabe de la infección que lo que leen en una cartilla o la información que les da, eso no es información. Para mí eso no es una información completa para todo lo que tiene que encerrar, uno cuidarse”. (Líderes Pares, Medellín, 27:47)

De manera general, en las secretarías de salud entrevistadas, la información referente a las guías, documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención es mínima. En la Secretaría de Salud de Medellín no se hace ninguna mención y en otras secretarías al indagar por estos materiales, hicieron referencia a los materiales entregados a la población. Las Secretarías de Salud de Bello y Envigado hasta el momento de la entrevista no habían implementado acciones del Proyecto, sin embargo, han entregado piezas que les ha suministrado el equipo local de ENTerritorio.

Igualmente, en las entrevistas realizadas a Comités y Mesas no se encontraron menciones relacionadas a los materiales de comunicación digital y su contribución a la demanda de los servicios de prevención y oferta de tamizaje en Medellín. Además, los profesionales de la salud entrevistados refieren que conocen la difusión que hace en redes sociales de la ESE por parte del área de comunicaciones, y una profesional menciona que hace el uso de la guía práctica entregada por el Proyecto; sin embargo, otro profesional comenta haberla borrado de sus archivos y refiere el uso de la aplicación como orientadora.

(iii) Recomendaciones de los actores

Por parte de las OBC, que también estuvieron en cierto nivel más vinculadas al Proyecto, mencionaron que se debería utilizar otro tipo de estrategias comunicativas y aprovechar las herramientas tecnológicas que se tienen actualmente, que la entrega de volantes y panfletos es ineficiente puesto que, como mencionó uno de los actores, se lee solo en el momento de entrega para luego desechar el folleto. Si se aprovecha el uso de herramientas como los celulares, se evitaría la espera por las acciones del Proyecto en la entrega de paquetes de información y servicios.

“La información sí debe estar permanente y por eso lo importante de lo digital yo a veces pienso que lo del papel no es necesario y está el tema de los dispositivos móviles y que la gente encuentre información oportuna y sepa dónde va a llegar por eso nosotros hemos tratado de consolidarnos en eso de que hay un tema de información y que la gente sepa ¿qué es un PrEP? este tipo de cosas y que la gente lo pueda buscar ahí permanentemente y no donde está el mansito que me va a entregar a mí el plegablito porque en este momento no lo encuentro y necesito buscar información”. (OBC no Contratada, Medellín, 41:21).

Más allá de los materiales de comunicación existentes por parte del Proyecto, se indica que se abordaron otras estrategias para incrementar la demanda. Aproximarse a otros espacios, tener otras actividades como bazares o lugares de socialización, ya que no siempre los paquetes educativos funcionaron como incentivo y no son suficientes para un cambio en comportamientos por el carácter de inmediatez que presentan estos formatos. No hay una efectiva comunicación con el otro y se pierde un proceso de educación y de prevención de la enfermedad y se recurre a medios de comunicación que no sean comunes como la televisión o la radio, sino las redes sociales.

“Entregar el kit no es simplemente entregar el kit de prevención [...] sino venga cómo yo te muestro que la sexualidad es un goce, un disfrute pero que hay una forma sana de hacerlo dentro de tu espacio de diversión, sin necesidad de sacarte de lleno y es eso BTL. Son estrategias disruptivas de trabajo”. (Líderes Pares, Medellín, 27:44).

Ciudad Santiago de Cali

En 2017 se socializó el Acuerdo de Subvención, en reuniones con diferentes instituciones y organizaciones de la sociedad civil como la Mesa Intersectorial Departamental de VIH, liderada por el Programa de Derechos Sexuales y Reproductivos del Departamento del Valle del Cauca, la Mesa LGBT Municipal, liderada por la Secretaría de Bienestar y Desarrollo Social de la Alcaldía de Cali y la Mesa Municipal TB/VIH. También se llevaron a cabo reuniones con EAPB, IPS y autoridades sanitarias, con el fin de identificar las rutas de atención para pacientes reactivos y su capacidad de respuesta. Este proceso continuó con la implementación de acciones previas al inicio de actividades en campo correspondientes al proceso de planeación, coordinación, articulación y capacitación de los diferentes actores implicados en el Proyecto.

Una vez establecidas las alianzas con las OBC contratadas para la implementación del Proyecto, se realizaron capacitaciones a las personas encargadas de la entrega de paquetes y los auxiliares responsables de tamizaje, asesorías y monitoreo de indicadores. También se implementaron capacitaciones al personal

de salud en Derechos Sexuales y Reproductivos y a auxiliares de enfermería. Se realizaron talleres con entidades de protección social como Defensoría del Pueblo, Personería Municipal, Registraduría del Estado Civil, Fiscalía (centro de atención a víctimas), Contraloría, Servicio de Atención a la Comunidad (SAC), Centro Regulador de Urgencias y Emergencias (CRUE).

En estos talleres se expusieron las barreras en el acceso a los servicios de salud identificadas por líderes comunitarios. En seguimiento a la labor de veeduría comunitaria, se hicieron alianzas y talleres con OBC como: Proyecto Espiritual Quirón, Fundación Chaina, Juventud Cali Diversa, Fundación Trinity, Fundación Tacto, Corpoviviendo, UT Compromiso por el Valle, Despertares y Casa Gami. (ENTerritorio, 2017). En 2018 se buscó dar continuidad a la contratación con las OBC que venían operando desde 2017, con el fin de garantizar el acceso a la población clave, asimismo continuó la negociación de contratación con la ESE Ladera. En el Comité Intersectorial Departamental de ITS/VIH del Valle del Cauca se estructuró el Plan de abordaje de MT, con la participación de EAPB (Sura, Coosalud, Emssanar), la ESE Ladera, los referentes de VIH y Salud Mental del departamento. Se consolidaron las alianzas con Red Centro y Red Ladera de la ciudad de Cali, que permitieron el inicio de actividades con el personal de las ESE y la contratación de la OBC Casa Gami.

En 2018, se legalizó el Comité Municipal de VIH. En el marco de la mejora a la Ruta de Atención Integral de las personas con resultado reactivo, se llevó a cabo un proceso de articulación con trece EAPB de las cuales ocho son del régimen contributivo (Nueva EPS, Coomeva, SOS, Comfenalco Valle, Sura, Famisanar, Sanitas y Salud Total) y cinco del régimen subsidiado (AIC, Coosalud, Medimas, Emssanar y Asmetsalud), incluyendo a la Secretaría de Salud pública municipal, que maneja a las personas no aseguradas. Como estrategia, se implementaron actividades conjuntas que incluyeran entrega de paquetes, tamizaje y actividades educativas; se crearon puntos fijos de aplicación de pruebas y entrega de paquetes llamados “VIHNCULATE”, ubicados en el centro de salud San Luis y en la sede de la OBC. (ENTerritorio, 2018).

En 2019, se adelantaron reuniones con la Secretaría de Salud Municipal para tratar el tema de contrapartida PIC para el abordaje a población clave en VIH. También se adquirieron compromisos de adopción del SISCO-SSR, incluyendo por parte del Proyecto apoyo en capacitación al personal responsable, y la entrega de formularios físicos para su implementación. (ENTerritorio, 2019).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El equipo local de ENTerritorio afirmó que sus funciones de asistencia técnica fueron positivas debido a que lograron articular a las EAPB y construir con cada una la ruta de atención integral en salud. En un principio el equipo local les hacía acompañamiento semanal, luego quincenal y después mensual, hasta que las rutas fueron sostenibles de manera autónoma.

Para el equipo local, las EAPB fueron muy receptivas debido a que necesitaban acciones como las del Proyecto: acompañamiento en la activación de rutas, asesorías especializadas en temas de VIH y contacto con las poblaciones clave, cuyo abordaje y espacios de socialización desconocían (Equipo Local, Cali, 63:5).

Un logro respecto a la asistencia técnica fue la posibilidad de hacer seguimiento con las EAPB a las diferentes barreras institucionales, individuales y estructurales que presentaban los usuarios al momento de ingresar a la ruta de atención integral. El seguimiento incluía visitas sorpresa en campo para supervisar las asesorías pre y post dadas, tanto a las OBC como a la ESE. En estas supervisiones pedían permiso al usuario, escuchaban las asesorías que se les brindaban, el lenguaje que empleaban, y daban las retroalimentaciones pertinentes (Equipo Local, Cali, 63:28). Asimismo, se realizaron múltiples capacitaciones a las OBC y a las ESE, con especial énfasis en el personal de salud, pues identificaron que tenían varias falencias en el enfoque diferencial y el uso del lenguaje.

Por otro lado, como respuesta a las barreras interpuestas por los mismos usuarios, el equipo local capacitó en enfoque diferencial y VIH a varias personas de las áreas psicosociales de las ESE. Consideraban, pues, que era necesario tener un referente capaz de responder a las necesidades de atención en salud mental de las personas con diagnóstico reactivo. Señalaron como una debilidad que el Proyecto o el PIC no consideraran este tipo de personal dentro de sus estrategias (Equipo Local, Cali, 63:38).

Los espacios intersectoriales mencionaron que recibieron acompañamiento por parte de las OBC que operaron en el Proyecto durante 2017. La Mesa Diversa y la Asamblea VIH refirieron que fueron acciones de formación o de sensibilización, formación en incidencia política, en conceptos básicos de VIH y sensibilización a la problemática en general.

Las EAPB consideraron que el acompañamiento por parte del equipo local de ENTerritorio ha sido de gran ayuda, particularmente se encargaron de supervisar el ingreso de los pacientes a la ruta. Además, el equipo local, al estar articulado con la Secretaría de Salud, ha hecho capacitaciones para fortalecer el manejo y la atención a los pacientes (EAPB, Cali, 51:7). Una de las cuatro EAPB entrevistadas recibió capacitaciones con ENTerritorio referentes a la manera de abordar a la población clave, haciendo particular énfasis en el enfoque diferencial, y el abordaje de temas relativos al VIH en dichas poblaciones. En este sentido, la entidad realizó las respectivas capacitaciones con sus redes de IPS para que se cumpliera el derecho del acceso al servicio y acceso a la ruta de atención por parte de los usuarios (EAPB, Cali, 53:6).

“Ellos siempre están pendientes de que nosotros ingresemos los pacientes a la ruta, lo otro es que ellos están continuamente con el asocio con la Secretaria de Salud y nos han dado capacitaciones que nos fortalecen en la parte del manejo de los pacientes desde varios ámbitos”. (EAPB, Cali, 70:7)

Además, se mantuvo un contacto regular con el equipo local de ENTerritorio para afianzar la ruta de atención y se hizo una retroalimentación respecto a los indicadores de cuánta población clave se encontraba en la EAPB. En estos encuentros con el equipo local también se dieron espacios para revisar los esquemas de implementación y cómo las EAPB estaban identificando la población clave, así como una evaluación de las actividades para el momento de finalización del Proyecto. (EAPB, Cali, 53:5).

Para una de las OBC contratadas los procesos de asistencia técnica fueron efectivos en el fortalecimiento de sus capacidades institucionales.

“(…) yo creo que el apoyo, o sea, todo lo que se ha recibido de parte del Fondo, de FONADE, como

líder en este proceso a nivel nacional ha fortalecido (...) el apoyo de FONADE, la capacitación fue importante y el hecho de que ellos creían en nuestro trabajo”. (OBC Contratada, Cali 76:3).

Un logro respecto a los procesos de asesoría técnica es el fortalecimiento en la implementación de los esquemas de contratación. Un ejemplo de lo anterior fue la asesoría realizada en los momentos previos a la contratación de la ESE Sur Oriente, asesoría que incluyó una orientación en servicio comunitario y la estrategia de pares, así como todas las características necesarias para el abordaje de la población clave. Las capacitaciones incluyeron temáticas como salud sexual y reproductiva, así como el manejo de la información en la plataforma SISCO-SSR.

Asimismo, las ESE resaltan que con el abordaje diferencial lograron fortalecer los Servicios Amigables. Gracias a ello, muchos profesionales de la salud modificaron su lenguaje y la forma de dirigirse a los usuarios, particularmente con las mujeres trans, a quienes antes daban un trato inapropiado en términos de distinción de género (algunas incluso perdían o se negaban asistir a citas médicas debido al trato masculino que recibían por parte del personal de salud).

“Ah, eres una trans. Ah qué bueno». Entonces, ya cambió la tónica, la doctora. (...). Que cuando los usuarios ingresen por Servicios Amigables, que es el proceso que lidera ella, que el médico de Servicios Amigables diga «Ah no, es que es una trans, la debo llamar por su nombre trans». (...) les explique el proceso, cómo tenían que abordarlos y ellos también han notado que la afluencia a partir de eso, la afluencia de chicas trans a la institución, y la población HSH, ha incrementado”. (ESE, Cali, 55:18).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Por otro lado, la OBC contratada que constantemente ha cuestionado la gestión del Proyecto, considera que los procesos de asistencia técnica solo fueron un requisito que se debía cumplir pero que no trascendió para las organizaciones:

“(…) siento que el Proyecto en estos momentos más que aportar, nos va a generar crisis y si a mí me hablan de asistencia técnica, que me hablen claro: qué es. Pero que yo me preste o la organización se preste para que existan los indicadores de asistencia técnica por tenerlos, no. Porque yo lo que veo en ese comentario que me hicieron es que eso estaba lleno de asistencias técnicas y posiblemente [el Proyecto] no tenga un norte definido”. (OBC Contratada, Cali, 59:1).

“Yo no quiero más asistencia técnica y yo estoy ejecutando una cantidad y una serie de procesos que para mí la asistencia técnica la tiraría hacia fuera, no van a toda esa cosa que van a implementar además porque eso tiene que estar a la par de cómo se deba reestructurar el sistema de salud”. (OBC Contratada, Cali 78:3).

Una de las organizaciones que trabaja con población de mujeres trans, mencionó que “lo único que conozco es que se fortaleció un tanto la ruta de acceso a la sensibilización, yo no conozco un paquete, yo nunca asistí a una capacitación de educación, yo, ni mi fundación. Sí supe que se

hacía pero que yo haya visto, no” (Mesas, Cali 62:6). Por otra parte, se señala que el Proyecto no logró articular esfuerzos para suplir las necesidades propias de las organizaciones, si bien no hacía parte del objetivo de la intervención, sí se reconoce que el Proyecto fortaleció a las EPS, pero no a las OBC que estaban activas en el programa (Mesas, Cali 62:12).

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El equipo local de ENTerritorio se articuló con las Mesas LGBTI y la Asamblea de VIH a través de la promoción del componente de protección social, del Plan Nacional de Respuesta. Lo anterior tenía la finalidad de abordar el tema de salud y VIH de manera integral con otros servicios. En este espacio se impulsaron también otro tipo de servicios que demandaban las poblaciones. Esto facilitó la articulación, considerando que parte de las dificultades obedecían a la demanda de una atención integral y no solo un abordaje en VIH. Este proceso de articulación permitió que progresivamente la entrega de paquetes estuviese acompañada de otras instituciones como el SISBEN con el departamento de afiliaciones.

Se resalta la reaparición de la Asamblea de VIH en la cual se reúnen miembros de La Mesa Municipal de organizaciones sociales, líderes y lideresas LGBTI, activa desde 2015. Asimismo, se reseña la relación entre la Mesa Municipal y el Proyecto: *“cuando llega Fondo Mundial hacen la convocatoria para que quien quiera conformar la confluencia, la Unión Temporal Compromiso con el Valle, entonces se unieron las organizaciones como fue Santa María, Casa Gami, Senderos”* (Mesas LGBTI, Cali 56:9) aun así, desde ese momento se destaca que las organizaciones de mujeres trans no pudieron incidir en ese proceso.

“Y el discurso fue, “pero es que ustedes no se presentaron”, son mentiras; pues claro que nos presentamos porque no podíamos, perversos, porque tenían que ser ellos otra vez, Gami y Senderos (...) y continuó Gami operando toda la ciudad y con todas las falencias que tiene Gami, yo no estoy hablando mal de la organización porque probablemente sean muy buenas, claro que sí, y las personas las conocen, pero no para las trans (...) Pero no para nosotras, no para trabajar para nosotras, porque la experiencia de ellas son madres gestantes viviendo con VIH, partiendo desde allí, mujeres”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:31).

Respecto a la participación de la academia se señala que la coordinación entre este actor y el Proyecto tuvo un carácter locativo prestando los espacios de la universidad. También hubo algunas reuniones con la población al contar con la facilidad de que la gente conoce a la institución. Igualmente, se pensó como una estrategia para aportar a la Ampliación de la Respuesta la VIH, el desarrollo de las tesis de estudiantes de maestría con información recabada por el Proyecto (Academia, Cali, 46:6).

Una de las EAPB entrevistadas participó en las Mesas y Comités convocadas por las secretarías de salud Municipales de Cali, Palmira, Jumbo y la Secretaría de Salud Departamental. La participación en estos espacios variaba de acuerdo con la discusión de los temas que se abordaron en el momento

de las reuniones; de esta manera se acordaron tareas específicas en las que cada EAPB debía trabajar (EAPB, Cali, 51:8). Sin embargo, la EAPB señaló que a pesar de mejorar en la respuesta al VIH y de dar acceso a la población clave aún hay temas que se deben fortalecer. Por ejemplo, mencionó que los espacios de capacitación y de información asistieron personas de edad avanzada que estaban diagnosticadas desde hace más de 15 años; sin embargo, señalaron que a quienes debería prestarse más atención es a la población joven que es donde recientemente aumentaron los casos reactivos. Repensar las formas de difusión de la información en la que las nuevas tecnologías como las redes o el WhatsApp funcionan más efectivamente para esto. (EAPB, Cali, 51:11)

Para una de las EAPB el trabajo de articulación con las OBC ha sido efectivo, en la medida en que se han realizado procesos coordinados para la promoción y prevención del VIH mediante reuniones que tuvieron lugar gracias a que ENTerritorio operó como un puente entre la institución y la organización. Según la experiencia de esta EAPB, se ha mantenido una interacción constante con las OBC para identificar problemas y darles solución. Un caso puntual fue el de facilitar el acceso a los medicamentos no POS para el VIH. En los casos de abandono de la ruta se ha mantenido constante articulación con las entidades territoriales para reportar estos casos y que se facilitara el apoyo institucional para hacer el seguimiento correspondiente (EAPB, Cali, 52:8). Con esto último, se recomienda mantener este tipo de acciones en el tiempo y reconocer que la articulación ha servido a esta entidad a abarcar con más efectividad a la población (EAPB, Cali, 52:4)

Para una tercera EAPB se menciona la participación de la entidad en Mesas para confirmar los datos que disponía ENTerritorio de las actividades realizadas. Se compartían los avances, allí participaban las EAPB y las secretarías de salud (EAPB, Cali 54:10). Puntualmente, se hacía un cruce de información para conocer qué usuarios pertenecían a esta institución y determinar los casos reactivos remitidos a la EAPB y cuántos de estos se encontraban en la ruta de atención (EAPB, Cali, 54:11). En estos mismos espacios se facilitó la articulación con otras instituciones como OBC, ESE, u otras EAPB. Se creaba un diálogo entre entidades para conocer el estado de los pacientes y su respectiva afiliación.

Tal como sucedió con las demás EAPB, esta última participó de los espacios intersectoriales como el Comité Departamental de VIH. La participación en estos espacios tenía como objetivo, entre otros aspectos, abordar el VIH como un fenómeno cuyos efectos no se limitan a la población clave determinada por el Proyecto. Particularmente, la EAPB participó de estos espacios para recibir asesorías legales y jurídicas necesarias para responder a inconvenientes que se presentaron con algunos de sus usuarios. No obstante, estos espacios también fueron útiles para reforzar las acciones que permiten ampliar la respuesta al VIH y contribuir al cumplimiento de las metas del 90-90-90 que han sido establecidas desde el Ministerio de Salud y Protección Social (EAPB, Cali, 53:13). En esta misma línea, la articulación con la Secretaría de Salud Municipal percibió como un logro los momentos que apoyó a la EAPB con el servicio de trabajo social, en los casos de usuarios que no han permanecido en el programa de atención (EAPB, Cali, 53:19)

Los Comités y Mesas son conscientes de la existencia de recursos en el PIC para el tipo de acciones que ellos han desarrollado; sin embargo, dichos recursos están destinados a las ESE y el acompañamiento se ve limitado por esta relación a tal punto que *“las organizaciones de base comunitaria y la mía hemos sido usados, como siempre y funcionamos o no funcionamos en la*

medida de que haya una relación de amistad” (Mesa LGBTI, Cali 62:31). Se reconoce que las rutas de atención están establecidas. Ahora bien, por prácticas de estigma y discriminación, en particular con las mujeres trans, se menciona como una barrera la portería de la institución, por lo que se desconoce el grado de implementación de la ruta de atención en salud para la población clave. Se recomiendan procesos de formación y capacitación para fortalecer el rol de las Mesas y redes en la ruta de atención.

“(…) las mujeres trans que no se acercan porque van a ser estigmatizadas desde el inicio, desde la portería, del portero que les hace triage, y “usted es trans entonces no”, o el médico se va a poner como si fuera un astronauta para atenderlas, no, porque piensa que es un vector de infección permanente, o van a estar en la sala de infectocontagiosos así no tengan nada, o así vayan por una gripa les van a preguntar, ¿ya hizo la prueba de VIH?, entonces no solamente es eso, en parte sí, pero creo que va más allá de fondo; porque pues un hombre homosexual o una mujer lesbiana pues vamos más fácilmente al sistema de salud y el temor a ser discriminados pues digamos que no es tan alta en proporción a ciertas poblaciones”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:13).

Las Mesas y redes participantes mencionaron la realización de jornadas en conjunto, entre ellas brigadas, recorridos por la ciudad en horas nocturnas y abordaje de la población en *“espacios donde se ha ejercido tradicionalmente el trabajo sexual” (Mesa LGBTI, Cali, 50:6). Dichas acciones se coordinaron con el Proyecto y con la Secretaría de Salud. En agosto de este año se realizó el primer Festival de talentos LGBTI de Santiago de Cali, donde se ofertaron varios paquetes de servicios en salud, incluidos los paquetes del Proyecto. Dicha acción es reconocida como un logro de articulación relevante en la ciudad, por el número y pluralidad de servicios ofrecidos y por la cantidad de personas alcanzadas. (Mesa LGBTI, Cali)*

La Secretaría de Salud de Cali se encuentra vinculada activamente a los espacios intersectoriales presentes en la ciudad. Hace parte del Comité Departamental de VIH en el cual se abordan metas situacionales, entre las que cuentan la atención a población migrante venezolana e indocumentada y metas misionales en derechos sexuales y reproductivos, atención en salud y manejo de la población.

La Secretaría de Salud de Cali también se encuentra vinculada con otras secretarías municipales debido a que han reconocido la importancia de crear espacios multiculturales para llegar más fácilmente a la población clave, por ejemplo, el festival de talentos LGBTI realizado en 2019, brindando mayor facilidad en el acceso a los servicios y paquetes de salud, incluyendo aquellos ofertados por el Proyecto. (Secretaría de Salud, Cali 61:13).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

En un principio la sociedad civil no diferenció la nueva subvención de la anterior, proceso en el que se presentaron experiencias negativas por causa de una de las OBC. Dado que en esta subvención esa misma OBC volvió a ganar la licitación (al ser la única que se presentó), parte de la población clave (particularmente las mujeres trans) mostró cierta resistencia a participar de las actividades del Proyecto. Esta resistencia se justificó en la percepción de la población clave de recibir un abordaje no integral, ya que *“vienen y tamizan, dejan la gente tirada y diagnosticada” (Equipo Local, Cali, 32:20). Esto generó desconfianza en la población clave, al punto que los líderes indicaban: “No*

queremos que nuestra población sea tocada o manoseada” (Equipo Local, Cali, 32:20).

Por otro lado, en la Asamblea Intersectorial de VIH, la sociedad civil no conocía al equipo local de ENTerritorio, lo que produjo resistencia a no reconocer en la comunidad sus trayectorias o experiencias en torno al VIH. Igualmente, algunas organizaciones que hacían veeduría y control en los espacios intersectoriales cuestionaron al Proyecto por haber contratado OBC partícipes de las anteriores subvenciones. Dichas OBC eran percibidas como poco transparentes y se temía que en este nuevo proceso reprodujeran las prácticas pasadas. No obstante, el equipo local argumentó que habían sido los únicos oferentes en las convocatorias públicas. Como estrategia ante este escenario el equipo local logró hacer varias capacitaciones a las OBC en gestión de Proyectos para las siguientes fases del Proyecto. Sin embargo, las OBC no participaron de las nuevas convocatorias, según ellas, saturadas del discurso institucional.

“(…) a la sociedad civil de Cali se les dio todo lo que pidieron: que querían hacer Proyectos, y se les dio en la Universidad del Valle para que pudieran desarrollar Proyectos. Dijeron que siempre entregábamos los contratos de Fondo Mundial a las mismas organizaciones, y abrimos convocatorias públicas, les enseñamos a construir Proyectos y no participaban en las convocatorias. Hicimos un libro en conjunto para incidencia política, pero las ganas como que se diluyeron (…). Yo hablaba precisamente con un líder y le preguntaba y decía «es que estamos cansados». Están cansados de luchar, pero no tienen recursos. Están cansados de luchar por un sistema fraccionado. Están cansados de que todos los reciban desde la institucionalidad (…).” (Equipo Local, Cali, 32:83).

(iii) Recomendaciones de los actores

A modo de recomendación, se señala que la academia no debe limitarse a la producción de conocimiento, es importante que a su vez se involucre con la comunidad en procesos de participación social y genere movilización (Academia, Cali, 46:4).

Por parte de las Mesas se recomienda la capacitación de personas de la población clave para que ejecuten las actividades del Proyecto. Según este conjunto de actores, esta estrategia además de generar confianza en sus pares constituye una forma efectiva de integrar la población clave a las actividades del Proyecto.

“Si el Proyecto hubiera hecho un estudio real se hubiera dado cuenta que de 100 mujeres trans, el 80 por ciento no termina la primaria y el 50 por ciento no termina el bachillerato, el 5 por ciento o al 2 por ciento entran a la Universidad, entonces, un estudio serio hubiera dicho, sí, señor en Colombia tenemos que diagnosticar el VIH a estas mujeres (…) necesitamos que sean pares, entonces qué vamos a hacer previo, no pues eduquemos a estas mujeres trans, para que ellas mismas, dos años después, las metamos al Proyecto como técnicas, líderes y lideresas y puedan nombrar el Proyecto y son mujeres trans que viven la realidad de ser trans y tienen la formación académica para poder ejecutar el Proyecto”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:21).

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Respecto al fortalecimiento de la red de prestadores, en 2017 se inició con un acercamiento del equipo local de ENTerritorio con la Secretaría de Salud, como autoridad sanitaria, para conocer la ruta de atención en VIH. El equipo local de ENTerritorio señaló la ausencia de una ruta de atención en la ciudad, ante lo cual programaron citas con cada coordinador de los programas de VIH o de la gestión del riesgo de las EAPB.

“Arrancamos consultando con la autoridad sanitaria cuáles son las rutas de atención, nosotros no hacemos diagnóstico sino tamizaje, pero al tener un tamizaje reactivo hay que activar la ruta de atención del usuario; entonces empezamos con la autoridad sanitaria y la secretaría a ver cuál era la ruta de atención de VIH y nos dimos cuenta que la entidad territorial no tenía ni idea cuál era la ruta, simplemente nos dijeron la ruta es esta y nosotros la miramos y era como el algoritmo de diagnóstico”. (Equipo Local, Cali, 63:2).

La actitud de las EAPB fue positiva. Cabe señalar que, al regirse como entes privados, era posible que se dificultara su articulación al Proyecto. Sin embargo, gracias a esta colaboración se pudieron disminuir los tiempos de respuesta en la ruta de atención: antes del Proyecto el tiempo de espera para ingresar al usuario a uno de los programas de atención integral era de 90 días aproximadamente, dicho periodo disminuyó a un lapso entre 20 a 30 días. La voluntad de trabajo articulado entre estas entidades y sus coordinadores permitió la recepción semanal de usuarios reactivos.

““(…) cada semana que a usted le llegue un correo y le digan «mire de 1000 tamizados en la ciudad a usted le corresponden 10, le van a llegar a su ruta de atención». La persona ya sabía. Después, cuando ya empezó a funcionar esa ruedita, ya les mandaba correo cada 15 días, después les mandaba 1 vez por mes, pero ya estaban funcionando solos y ya después a finales del año pasado eso lo hace la autoridad sanitaria, ya no lo hago yo. Lo hace la autoridad sanitaria como un elemento de seguimiento y control a asistencias técnicas”. (Equipo Local, Cali, 32:16)

Dicha reducción en los tiempos y el funcionamiento autónomo pueden señalarse como procesos exitosos del Proyecto. El equipo local relata el caso de una EAPB que se propuso metas de encontrar nuevas personas con VIH y canalizarlas en un periodo máximo de 15 días. Este año, 2019, contrató a las ESE para esta búsqueda y les exigió ciertas condiciones, como trabajar con líderes pares e incluir el enfoque diferencial, para que así ambas pudieran apalancar las metas 90–90–90 (Equipo Local, Cali, 63:55).

El equipo local señala, además, que a la gestión rápida y articulada con las EAPB no se necesitaron entes de control que mediaran en los procesos. No obstante, sí estuvieron acompañados de ellos al inicio del Proyecto para resolver cualquier dificultad.

“(…) en el 2017 y 2018 se hicieron varias reuniones con Personería, Defensoría y Policía donde se les informaba del Proyecto que se hacía. Tuvimos acompañamiento desde la policía para las actividades y hubo una muy buena disposición. Y Personería siempre fue «estoy atenta a cualquier dificultad». Se asignó una sola persona para el tema de salud y quien era la que recibiría todas las quejas y la encargada de hacer los acompañamientos (…”. (Equipo Local, Cali, 32:82).

Respecto a la ruta de protección social, una de las estrategias para acercarse a los espacios intersectoriales y las poblaciones clave fue el fomento de las actividades de promoción y prevención junto a servicios de protección social. Estos se dieron de forma articulada a las Mesas Diversas y la Asamblea de VIH, dado que se hicieron brigadas de salud en eventos masivos que fueron provechosos para ambas partes. Por ejemplo, se organizó un festival de talento y se dispuso un comedor comunitario, entre otros. Gracias a este tipo de ayudas mutuas, el equipo local abrió las puertas con la sociedad civil (Equipo Local, Cali).

Durante el proceso inicial de articulación de las EAPB con el Proyecto, se les hizo un seguimiento constante y se identificaron varias barreras, algunas a nivel institucional y otras a nivel del usuario. En el primer grupo, describen autorizaciones para la prueba confirmatoria (innecesarias), rotación del personal, portabilidad o movilidad, dilaciones en el resultado de la prueba diagnóstica y en los ingresos a los programas de atención. Según el equipo local, *“las barreras de usuario fueron las más comunes: las personas no asistían a las citas programadas, aun cuando se le reprogramara en un horario adecuado, o no contestaban el teléfono”*. (Equipo Local, Cali, 63:25)

En relación a la articulación e integración PIC, el equipo local del Proyecto realizó esfuerzos para articularse con el PIC mediante el trabajo con los referentes del PIC:

“Nosotras hicimos unas sesiones con los coordinadores de autoridad sanitaria, tuberculosis, salud mental y VIH, nos sentábamos y hacíamos unión de la nueva plantilla del PIC y ahí se reportaban que actividades tenían ellos, donde podían articular con nosotros”. (Equipo Local, Cali, 63:43).

Por otro lado, como parte del seguimiento a la ruta y otras actividades de veeduría y control social desde la sociedad civil, se entregó a las OBC contratadas las rutas de atención creadas, señalándoles que las principales barreras de ingreso a la ruta de atención integral en salud son aquellas interpuestas por los mismos usuarios.

“(…) las rutas están activadas, va la sociedad civil que hace control social tiene las rutas de atención que nosotros mismos se las hemos dado y sí hemos avanzado en esto y tenemos que seguir avanzando lógicamente, pero hay instituciones que no están entregando el TAR y explicarle a la sociedad civil que la principal barrera es de usuario no es fácil porque no lo entienden y dice «no los están acompañando», «sí, sí los estamos acompañando pero no quieren acompañamiento»”. (Equipo Local, Cali, 63:58).

De la mano de las actividades del Proyecto, se fortaleció a la EAPB a través de talleres en los que también participaron representantes de las IPS contratadas, como personal de enfermería o del área psicosocial. Asimismo, la EAPB en sus comités de salud pública en donde se reúne con IPS tanto primarias como secundarias se trabajaron temas como el abordaje con enfoque de vulnerabilidad y apoyo a la Secretaría de Salud (EAPB, Cali, 51:9).

La EAPB actualmente cuenta con una ruta de atención establecida. Desde que se informa que hay una prueba reactiva, la entidad se comunica con la IPS para hacer el respectivo seguimiento y prueba confirmatoria a ese paciente. El Proyecto no incidió directamente en la ruta, pero está en constante contacto con la EAPB para generar las respectivas alertas como casos en que no se ha llamado al paciente y determinar las acciones a proseguir y determinar cuáles son las barreras para que este paciente no haya ingresado a la ruta (EAPB, Cali 51:3).

No obstante, se reconoció como logro del Proyecto la captación de los pacientes en un estadio temprano. Asimismo, se resalta la comunicación que hubo entre el equipo de trabajo de la EAPB y el equipo del Proyecto para referir a pacientes confirmar la asistencia de dichos beneficiarios a los servicios de salud sin la necesidad de la llamada por parte de la entidad (EAPB, Cali 51:13).

Otra de las EAPB mencionó que se hicieron capacitaciones a los trabajadores de la entidad en cuanto a la patología, trato de los pacientes, la canalización de los usuarios, y facilidad de ingreso a la ruta de atención integral. Asimismo, esta entidad señaló que una de sus IPS cuenta con una ruta de atención integral por lo cual los usuarios *“entran casi de forma inmediata, el usuario no pide autorización, no tiene que ir a pedir una cita si no que directamente la interacción es con las IPS o con las entidades que nos reportan estos usuarios y nosotros ya nos encargamos de hacer el seguimiento a la asignación de la cita en la IPS”* (EAPB, Cali 52:5).

De igual manera, resaltaron la participación de un profesional encargado de la población con enfoque diferencial y particularmente población con VIH que se encargó de caracterizar a la población y de posibilitar la garantía de los derechos a estas personas. Además, ayudó en el manejo de los lineamientos de las entidades territoriales para aplicarlos en las IPS para que estas presten la atención adecuada (EAPB, Cali 52:11)

Esta EAPB también indicó que se han subsanado barreras de acceso debido a la alianza que existe con el Proyecto. Particularmente se ha mejorado el trato a las mujeres trans en las IPS de atención integral a través de las capacitaciones. Igualmente, señalaron que se facilitó el abordaje de la población. (EAPB, Cali, 52:7)

Una tercera EAPB redujo los trámites de los usuarios. En este sentido, remitían directamente a la IPS de alta complejidad experta en VIH para hacer las respectivas pruebas de CD4 (EAPB, Cali, 54:9). Esto en parte se vio fortalecido por las acciones del Proyecto, puesto que la población clave reconoce estas acciones y se remiten a ENTerritorio en los casos en que encuentren barreras en el acceso a la prueba confirmatoria. Lo anterior ha sido evidente en la disminución de los reclamos por parte de los usuarios, ya que la misma entidad se encontraba al tanto de hacer el respectivo seguimiento (EAPB, Cali, 54:2)

Igualmente, una última EAPB expone que las actividades extramurales que se realizaron desde el Proyecto han sido útiles para acompañar a los usuarios en la ruta de atención, operando como puente de comunicación usuario-EAPB (EAPB, Cali 53:12). Se agilizaron los tiempos en la toma de la prueba de tamizaje e ingreso de las personas reactivas directamente a la ruta. Asimismo, la ruta que ya tiene establecida la entidad comienza desde el tamizaje, ya sea en actividades extramurales o a través de consultas intrahospitalarias, para posteriormente realizar una segunda prueba confirmatoria y remitir a la respectiva IPS especializada (EAPB, Cali 53:17)

Uno de los logros más relevantes es la captación extramural que se hace desde el Proyecto con la población clave, la caracterización e identificación de esta, debido a que no es una población a la que se acceda fácilmente.

“(…) de todas las campañas que se han hecho en unos espacios donde ellos se sienten cómodos, que no es el mismo espacio de una IPS, sino un espacio por fuera, los festivales que se hacen son

espacios donde se captan los usuarios y más este tipo de usuarios que llegan fácilmente porque se sienten en su ambiente, entonces, y, fuera de eso no solamente se le ofrece una tamización, se le ofrece un sinnúmero de servicios donde el usuario se siente atendido, entonces eso es uno de los logros que se pueden identificar y que pueden ustedes evaluar y si lo miramos hacia la EAPB también desde ahí han salido muchísimos usuarios que nosotros de pronto no los teníamos en nuestro radar y nos los han hecho llegar”. (EAPB, Cali 53:3)

Desde la Secretaría de Salud de Cali se brindó asesoría técnica a las EAPB, inicialmente estaban realizando acciones de centralización y canalización, posteriormente realizaron las solicitudes correspondientes a las EAPB con el fin de lograr el acceso a los servicios. Actualmente, el acceso a dicha atención toma de 3 a 5 días en canalización, posteriormente en un periodo de 15 días aproximadamente, se accede a la cita de infectología, y un mes después se inicia el TAR. Asimismo, se hizo seguimiento y definición de rutas de financiación, fortalecimiento en aspectos normativos, el manejo de guías de práctica clínica (Secretaría de Salud, Cali, 80:3).

Aunque los representantes de las ESE entrevistados no se refirieron directamente a las acciones de integración con el PIC, comentaron una estrategia de articulación con la que venían trabajando: los Servicios Amigables. Por ejemplo, en la ESE Ladera, cuyo lema empresarial es *“llegamos donde otros no llegan”*, ofrecieron por medio de la estrategia, servicios de salud intra y extramural en el municipio, ya fuera en las zonas urbanas, semiurbanas o rurales. Por medio de esta estrategia solían remitir a los usuarios que requerían más servicios de salud (ESE, Cali, 74:38).

Como parte del fortalecimiento a la red de prestadores y a la ruta de atención, la ESE afirmó que recibió capacitaciones por parte del equipo local. Según este actor, dichas capacitaciones resultaron útiles para contribuir a disminuir la discriminación relacionada con la población clave y la enfermedad. Este tipo de actividades las describieron como positivas, dado que muchos profesionales de la salud tenían prejuicios frente a esas poblaciones (ESE, Cali, 74:2).

Las ESE también manifestaron que, gracias al Proyecto, lograron fortalecer su capacidad pedagógica sobre los derechos de los usuarios. Siempre en campo o de forma intramural, las ESE tenían que ofrecer un paquete de servicios completo y no solo realizar la prueba, ello incluía hablarles de una ruta de protección social. Por lo tanto, dialogaban con los usuarios sobre qué derechos tenían, a cuál fundación podían dirigirse en caso de necesitar alguna atención específica, y qué hacer en caso de discriminación, entre otros temas (ESE, Cali, 74:11).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

El equipo local indicó que los profesionales de la salud, en términos generales, no han tenido un enfoque diferencial. De ahí que hayan recomendado que los equipos deben ser apoyados por personas de las ciencias sociales, en especial aquellas con experiencia en atención psicosocial.

(…) definitivamente los equipos deben ser apoyados por personas sociales y es apoyo psicosocial más que estén en las brigadas, esté un psicosocial y no estoy solamente pensando que... desde el inicio de la planificación los equipos locales deben tener un apalancamiento de ciencias sociales estando presente en todos los espacios y eso se dijo hace rato y se solicitó para Cali que nos apoyara una persona psicosocial. (Equipo Local, Cali, 63:61).

Para la OBC que cuestionaba el Proyecto, las rutas de atención creadas operaban más como un acompañamiento a las instituciones que a los usuarios. Encontraban casos de personas que en ocasiones se habían hecho la prueba por fuera de las acciones del Proyecto, cuya adherencia a la ruta se dificultaba por la complejidad de esta:

“Una cosa es haber creado esa ruta para poder facilitar y lograr unos indicadores y otra cosa es la realidad de la ruta de atención que es más compleja y hablamos de cuántas EPS atienden en la ciudad, cuántas IPS están reglamentarias, cuántos programas de VIH están en la ciudad y los cambios continuos de las personas encargadas de esos procesos en las EPS y eso no facilita”. (OBC Contratada, Cali 78:15).

Ahora bien, una de las debilidades internas que reconocen las ESE es que solían carecer de un enfoque diferencial; sin embargo, por medio del Proyecto lograron fortalecerse y derribar algunas barreras estructurales propias de los profesionales de la salud. Cabe señalar que dentro de los dos grupos que hacen parte de la población clave, son las mujeres trans quienes viven más situaciones de discriminación. La mayoría de dichas situaciones están relacionadas con el uso de lenguaje incoherente con su identidad sexual.

“(…) porque es como un proceso de aceptación de que sí es una mujer y cuando la llaman por el nombre de hombre se hacen las que no escuchan (…). Lllaman y llaman, inmediatamente va [el médico] «jefe que usted me dijo, por ejemplo, que Gustavo Hoyos venía», y yo le dije, «Pero yo la vi ahí cuando salí», y él me dice «No, pero yo me cansé de llamarlo». Y yo le dije «Doctor, en la variable de observación de la consulta decía que la tenía que llamar, como un ejemplo, Estefanía, y si usted dice Gustavo Hoyos ella no le va a atender, perderá la cita»”. (ESE, Cali, 55:30).

D. Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Parte de la estrategia, al inicio del Proyecto, para abordar la población clave consistió en realizar acciones en espacios de la sociedad civil, ganar confianza con los líderes comunitarios de los sectores de LGBTI y permitir que fuesen ellos quienes propusieran las actividades que convocaran a la población clave.

En el proceso de entablar relaciones de confianza con los líderes y la población clave, el equipo local implementó estrategias como la participación en un video chat donde se encontraban mujeres trans, cuyo contacto y participación en las actividades de Proyecto fue difícil al inicio de este. Dicha situación cambió gracias a la visibilidad del modelo y las estrategias implementadas.

Otra estrategia para generar acercamiento fue el contacto con la fundación artística y educativa Mafarab para enseñar danza árabe a un grupo de mujeres trans. Este proceso duró cuatro meses. De esta experiencia se aprendió que debido a ciertas dinámicas propias del grupo poblacional de mujeres trans —por ejemplo, el trabajo sexual y la consecuente relación de ganancia económica medida por tiempo de trabajo— son efectivas las dinámicas cortas pero que generen impacto: *“cuando tú haces una cosa que dura 3 o 4 sesiones pues, esas disciplinas de tiempos y horarios a pesar de que les guste eso, va disminuyendo el impacto de la actividad”* (Equipo local, Cali, 32:17).

Este tipo de actividades no solo enfocadas en la promoción y prevención de VIH, sino además en el acercamiento y el abordaje a mujeres trans, han tenido como efecto inesperado que algunas de ellas contemplen alternativas al trabajo sexual como medio de sustento económico.

“La danza árabe trascendió, fue cada vez menor, pero una de estas chicas, de las 15 que empezamos, aprendió modistería con la profesora, aprendió a hacer ropa y actualmente está vinculada con una beca en la academia de diseño. Todo esto fue la acción que hubo entre Mafarab y la chica trans, y que Mafarab pudo hacer click con la gente que estaba. Una de las chicas no ha dejado su oficio, pero ya dentro de su oficio ya ve otras opciones que es hacer ropa interior para mujeres trans, y con otras opciones y eso fue a punta de comunidad”. (Equipo local, Cali, 32:1).

Para el acercamiento con HSH se realizaron actividades con organizaciones como Trinity Quirón. Dicho acercamiento fue productivo en tanto que al iniciar el Proyecto debido a que el equipo local tenía poca experiencia en el abordaje en campo con esta población.

Cabe señalar que las actividades del Proyecto iniciaron en junio del año 2017, cuando se concertaron las rutas de atención con todas las EAPB y se habían contratado las OBC. El equipo local resaltó que las actividades de asesorías pre y post tuvieron gran acogida en las poblaciones clave, en parte gracias a que eran líderes pares quienes las hacían, y en parte también, porque el lenguaje que usaban logró generar empatía y transmitir el mensaje respetuosa y asertivamente.

“(…) las chicas trans que tenemos ahorita de agentes sanitarios dan unas asesorías súper chéveres, (….) que tienen todo el contenido técnico desde lo que se quiere con la asesoría pre y tener la forma de darlo”. (Equipo Local, Cali, 63:30).

“En el lenguaje, en la expresión son chicas que rápidamente ganan confianza con el usuario. Nuestros HSH dan muy buenas asesorías, lo profesionales de la salud menos, se les nota la academia, pero definitivamente tienen que meterle la mano a esto porque estamos sacando personas que técnicamente pueden hacer las cosas, pero cómo haces vos para hacer las cosas y que no le llegue al que le estás hablando”. (Equipo Local, Cali, 63:31).

Como lección de las experiencias en la ejecución de las actividades del Proyecto, se señala la necesidad de ofertar las actividades del modelo junto a otros servicios, *“no llegar solo con VIH, porque la gente si se llega con la parte de salud sexual y reproductiva todavía hay mucho tabú en este tema. Entonces a veces se llega cuando hay ofertas de servicios de salud, hay odontología, psicología, parte médica y también está la prueba de VIH; llevar muchas cosas ha ayudado a que la gente acceda”* (Equipo local, 32:59).

También describieron otras estrategias, donde las auxiliares les llevaban pequeños detalles a las mujeres trans, como brillos, maquillaje, entre otros. Esto fue útil para que dicha población invitara a sus pares a hacerse la prueba o participaran de los paquetes de promoción y prevención.

“Uno de los métodos que hacían las auxiliares eran que llevaban detallitos extras para las chicas trans. Brillitos, colitas, pinzas así bonitas y adornadas; y decían «voy por una amiga, pero le das», y ellas «sí, pero traigan todas sus amigas». (….) ellas decían nos vamos al centro y buscamos dónde podamos comprar al por mayor porque esas cositas a ellas les gustan. Y no simplemente

son condones, sino que es algo que usan: que el brillo, las sombritas, la pincita, el arete grande adornado”. (Equipo local, Cali, 32:108)

Las OBC consideraron que el Proyecto les facilitó el acceso a las pruebas de tamizaje para los sectores de HSH y mujeres trans. Particularmente para estas últimas, el abordaje tuvo que ser a través de lideresas pares o de las ‘madres’ (mujeres trans mayores que cuentan con más experiencia en los procesos de tránsito sexual) para que gestionaran la convocatoria, los espacios y el acompañamiento a las personas que se realizaban las pruebas. (OBC Contratada, Cali)

Dentro de las actividades de promoción y prevención que realizaban la OBC se centraron en talleres sobre ITS, estigma y discriminación, entre otros, con el fin de fomentar la apropiación de dichos temas en las poblaciones clave. En las jornadas extramurales se crearon espacios para hablar sobre educación sexual y promocionar la prueba. Una de las OBC contratadas indicó estar en desacuerdo con la entrega de paquetes como una estrategia para incentivar la toma de pruebas. Según esta OBC, se debe fortalecer en la población clave una conciencia sobre la importancia del tamizaje, y dicha necesidad de conocer el diagnóstico individual debe ser el verdadero incentivo para realizarse la prueba.

“Porque si yo ingreso a una persona a una prueba porque la persona está pensando en que le van a entregar un paquete. Se me hace más el ejercicio de concienciación de lo que está haciendo como prevención al hacerse la prueba y cambia un poco el concepto para él, si para mí me enfoco más en la importancia de lo que se está haciendo, me parece que es más un incentivo la propia prueba que el paquete, el paquete tiene un concepto más de prevención y está enfocado a prevención primaria, la prueba está enfocada en prevención secundaria y la verdad no estoy de acuerdo con la estrategia y pienso que es una obligación entregar esa clase de paquetes después de que te has hecho una prueba”. (OBC Contratada, Cali, 78:25)

En cuanto a las estrategias utilizadas para la realización de las pruebas, las OBC se acercaban a sitios que previamente conocían como La Loma de la Cruz en donde sabían que se reunían HSH trabajadores sexuales. Algunos de los técnicos o líderes que trabajaban en la organización los conocían y podían abordarlos más fácilmente. Igualmente se hizo uso de plataformas y redes sociales digitales como Grindr para captar población clave oculta, como es el caso de los hombres en relaciones heterosexuales, cuyas prácticas sexuales con hombres permanecen ocultas (OBC Contratada, Cali, 59:22).

Asimismo, estas actividades funcionaban como mecanismos y oportunidades para asesorar a la población clave sobre el tema del VIH. Particularmente, en el caso de la población joven quienes suelen estar desinformados respecto a las prácticas de riesgo y autocuidado relacionadas con el VIH (como el consumo inadecuado del PrEP). Para las OBC, el objetivo de sus asesorías era desmitificar conceptos e ideas al respecto.

“(…) siento que se ha dado la oportunidad de hablar de ello (conocimiento sobre el VIH y prácticas relacionadas), (…) considero que plantear estrategias y conocimientos porque muchos de ellos consultan todo en las redes y muchas veces en las redes dicen cosas que no son ciertas y nos toca bloquear un poco de eso. Ahora con el tema del PrEP sobre la preexposición, creamos un videíto y lo enviamos cuando viene alguien para que entienda un poco que es el PrEP, porque

ellos ya están utilizando indiscriminadamente y compran una pasta que a lo mejor no será el medicamento que se utiliza, entonces ha tocado reforzar eso con los chicos que vienen acá al espacio". (OBC Contratada, Cali 78:18)

Desde una de las OBC no contratada se buscó el acompañamiento de la institución en el marco del Encuentro Nacional LGBTI, donde *"se llevó a cabo un torneo de voleibol y se realizaron pruebas rápidas durante dos días con entrega de preservativos y charlas referentes a la prevención e información del VIH; educación sobre los tipos de contagio, los tipos de ITS existentes y sobre la prevención"* (OBC no Contratada, Cali, 58:2). Sin embargo, la OBC menciona que la toma de pruebas de tamizaje durante el evento no contó con una organización efectiva, puesto que no fue cómodo el espacio en el cual se llevó a cabo y daba lugar a que las demás personas se enteraran de los resultados. Además, señalan *"la falta de acompañamiento, pues el primer día habían más de 150 personas, pero solo una enfermera para realizar las pruebas de tamizaje"*. (OBC no Contratada, Cali 58:4).

No obstante, consideraron que este tipo de intervenciones funcionan como incentivo para acceder a la prueba, así como la entrega de condones. Este tipo de espacios se aprovechan para enseñar sobre el VIH, disminuir el estigma sobre el virus y que se anime a las personas para que haya prevención y conozcan sobre los tratamientos existentes para evitar más infecciones (OBC No Contratada, Cali 58:10). Sin embargo, aún hay miedos por el desconocimiento a la enfermedad y estigmas frente a las personas que están infectadas con el virus. (OBC no Contratada, Cali 58:12)

Por otro lado, la Secretaría de Salud de Cali reconoció que el Proyecto ha incidido positivamente en que la población reciba y acepte los paquetes de servicios, debido a que implementó la estrategia de líderes pares y ellos han facilitado que accedan a la prueba y accedan a los servicios de salud. En este sentido, resaltaron que los líderes pares son un actor determinante en la credibilidad y en el fomento del interés por el tema, así como el conocimiento sobre los derechos y deberes de los pacientes y la ruta de atención vigente (Secretaría de Salud-Cali 61:11). Otro aspecto positivo que destacaron fue el componente educativo en la intervención, el cual permitió que las personas estén más sensibilizadas frente a la problemática, que accedan más fácilmente al programa y que tengan mayor percepción del riesgo.

Por otro lado, las Mesas y Comités de la ciudad resaltaron que el modelo de promoción y prevención adoptado en la ciudad aportó en la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo a partir de la experiencia personal, pero no se puede asegurar que haya sido una práctica estandarizada entre los distintos actores del Proyecto (Mesas LGBTI, Cali 62:10).

Se consideró que dichas actividades sí inciden en que la población acepte los servicios de tamizaje y que realizarse las pruebas en diferentes espacios favorece un diagnóstico oportuno, lo anterior porque en ocasiones el proceso de acercarse a las IPS resulta tedioso por los trámites necesarios para tomar la prueba de VIH, y el tiempo de espera para conocer los resultados (Mesas y Comités, Cali, 51:1). En este sentido, se recomienda facilitar el acceso a la prueba, reducir los tiempos de espera y *"hacer ajustes en cuanto a la consejería y a los trámites que hacen que toque ir una, dos o más veces para confirmar las pruebas porque eso aleja a las personas del servicio de salud"*. (Mesas y Comités, Cali, 51:10)

Por otro lado, de acuerdo con la experiencia de las ESE, una de las estrategias que más funcionó para mejorar el acceso a las pruebas de tamizaje y los paquetes de servicios fue la realización de recorridos nocturnos.

“Yo les pongo a ellas a hacer el recorrido nocturno a partir de la 10 de la noche. Ella se va por toda la avenida para ubicar a las trabajadoras sexuales y me dice «Jefe, tengo para tomar 4 trans». Son las 2 de la mañana, me toca a mí a las 2 de la mañana ir a montar logística porque las trans son difíciles, entonces toca aprovechar (...). Entonces, cuando ella me dice «voy a hacer recorrido nocturno y hay que estar atenta», yo digo «bueno, dígame y yo le mando la carpa allá, dígame dónde va a estar todo y yo le envío todo», de manera de que todo se monte y podamos lograr [la meta]”. (ESE, Cali, 55:24)

Otra de las estrategias que usaron las ESE para abordar a la población clave fue la entrega de un número determinado de preservativos durante la consulta, a modo de incentivo, y el resto al finalizar la prueba de tamizaje. Además, siempre les recordaban a los usuarios que podían ir a los puntos fijos de atención, las instalaciones de las ESE o de las OBC, para reclamar más preservativos, o guardar el número telefónico de la enfermera encargada de la ESE con el fin de comunicar cualquier duda. (ESE, Cali).

Las ESE destacan las actividades de promoción y prevención como una herramienta educativa para disipar las dudas de los usuarios y ofrecerles la prueba de tamizaje. Constantemente las ESE proponían temas distintos, en sus reuniones semanales de equipo, con el fin de aprovechar al máximo los espacios de educación. Por estas razones, las ESE efectivamente percibieron el paquete de servicios como un incentivo efectivo para la realización de la prueba.

Respecto a las canalizaciones, las ESE también acudieron a otras estrategias cuando se encontraban con usuarios que se negaban a aceptar dicho proceso. Por ejemplo, hacían una asesoría más detallada, les señalaban la ruta de atención de las EAPB a la que están afiliados, los procesos del SISBEN (si era necesario), les ofrecían otros servicios de protección social, les instruían acerca de los Servicios Amigables y les compartían los datos de contacto de la ESE para cuando se decidieran entrar a la ruta.

“Si tú me dices «no enfermera, yo no quiero que usted me ayude a canalizar, yo hago sola mi proceso, yo me voy a retirar», lo mucho que puedo hacer es identificarte a tu EPS para que haga seguimiento. Y con todo eso, ocasionalmente les notificó a la EPS y le digo «mira ese usuario no aceptó la canalización, ese usuario no aceptó el proceso. Por favor, solicito que se genere una estrategia por medio de la cual le ofrezcan una cita con médico general, de chequeo normal, y que el médico durante la consulta induzca al paciente a que se haga la prueba. Que no se vea como que fue un usuario remitido, ¿sí? De manera que el usuario no se sienta vulnerado”. (ESE-Cali, 55:12)

Respecto a la experiencia de los Profesionales de la Salud, indicaron que *“todas las personas que trabajan aquí están sensibilizadas y humanizadas en torno a la población, no hemos tenido hasta ahora ninguna situación de rechazo hacia los pacientes”* (Profesionales de la Salud, Cali 64:5). Refirieron que dicha apertura tiene que ver con la educación, con la comunicación social y con lo que vienen

trabajando las personas que trabajan en el Proyecto y que han trabajado en el Proyecto desde el 2016-2017 (Profesionales de la Salud de Cali 45:5). Asimismo, apoyan a los pacientes *“direccionando, orientando, informando y prestándole a través de los médicos y de los otros profesionales de la institución el servicio que cada uno de los usuarios requieran”* (Profesionales de la Salud, Cali 40:1). Los profesionales no relataron ningún problema en la ruta de atención establecida.

Asimismo, los profesionales de la salud entrevistados consideraron que las acciones del Proyecto han incidido positivamente en que la población clave reciba el paquete de servicios y acepte el tamizaje. Esta situación se ha dado así, porque se han ofrecido como paquetes y acciones complementadas por otros servicios de salud como higiene oral, consulta médica y vacunación, asimismo consideran que las acciones educativas generan duda en las personas acerca de su diagnóstico y aceptan la prueba a conciencia (Profesionales de la Salud, Cali 64:12).

En cuanto a las y los beneficiarios del Proyecto, se señala que las personas entrevistadas dijeron sentirse muy cómodas con las actividades de pruebas de tamizaje y entrega de paquetes de servicios por parte del Proyecto. Creen que el acompañamiento fue idóneo y que el trabajo por parte de los profesionales fue competente. A pesar de que se tenga un diagnóstico reactivo, percibieron que fue bueno ya que puede ayudar a mitigar el fenómeno del contagio por VIH. (Beneficiaria, Cali 47:12) Además consideran que la entrega de los preservativos y del lubricante funcionó muy bien como incentivo para realizarse la prueba; asimismo, que las actividades educativas les han resultado útiles (Beneficiaria, Cali 47:13). También estas actividades funcionaron para motivar más a las personas a realizarse la prueba y tener conocimiento sobre sus cuerpos y sobre su estado de salud.

Frente a la experiencia de los beneficiarios, se reconoció el trabajo de la enfermera jefe de la ESE Ladera. Según ellos, la enfermera realizó un acompañamiento apropiado, consejería y actividades educativas e informativas muy útiles. Las personas se sentían cómodas al momento de la prueba. También resaltaron el uso constante de los medios de comunicación y las redes sociales por parte de dicha profesional para mantener el contacto y hacer seguimiento a las personas que tuvieron un diagnóstico reactivo (Beneficiario, Cali, 47:2).

Los usuarios reconocieron que estas actividades han facilitado la creación de redes de apoyo para las personas beneficiarias. Tanto por parte de los funcionarios en quienes encontraron un apoyo social y fraternal, como en los otros beneficiarios que atraviesan situaciones similares y con quienes han construido redes. (Beneficiario, Cali 47:21)

Uno de los beneficiarios entrevistados resaltó el trabajo de la Fundación Casa Gami. Para él fue efectiva la estrategia de abordaje a las poblaciones clave en sus lugares de trabajo, para la entrega de paquetes y folletos informativos sobre prevención de VIH e ITS. Esta misma persona consideró una ventaja poder acceder a estos servicios puesto que a través de ellos logró acceder a la ruta de atención en salud (Beneficiario, Cali 48:4). Según él, gracias al acompañamiento de la enfermera jefe de las ESE Ladera, logró superar las barreras relativas a su afiliación al servicio de salud y realizarse la prueba confirmatoria. Igualmente, en esta segunda prueba se hizo entrega de preservativos y hubo un acompañamiento extraoficial por parte de la enfermera, quien brindó al usuario una atención psicosocial, teniendo en cuenta que no se contaba con profesionales que se encargaran de este proceso. (Beneficiario, Cali 48:9).

Asimismo, indicaron que el proceso de acceso a las pruebas de tamizaje lo conocieron a través de las brigadas de salud. Este acceso a las brigadas fue referenciado por otras personas conocidas de la persona entrevistada que ya conocían el proceso. Esto puede deberse a que existe ya una respuesta instalada en la ciudad y es multiplicada a través del “voz a voz” por parte de la población clave que ya conoce este proceso. (Beneficiario, Cali 47:3).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Una de las OBC hizo énfasis en la dificultad del abordaje a las mujeres trans. Según esta organización, dicha población tiene ciertas necesidades relativas a sus tránsitos corporales, acceso a espacios laborales, episodios de transfobia a los que se enfrentan constantemente, entre otros. En este sentido, las acciones del Proyecto no brindaron una atención integral frente a las necesidades de este grupo poblacional.

“La población trans es una población más reacia y ya está muy aburrida de que sea solo intervenciones de esa clase, las necesidades de la población trans para ellas mismas es otra y es una visión un poco diferente frente a lo que busca el Proyecto y yo creo que es una de las falencias grandes es que como es un Proyecto muy estático frente a situaciones que se deben hacer las necesidades de ellas van orientadas a lo que son las organizaciones, a los cambios del cuerpo, a pesar de todo el trabajo algunas de ellas todavía tiene la visión de que VIH-Sida es muerte porque mis compañeras se han muerto entonces ellas tienen otro concepto”. (OBC Contratada, Cali, 78:21).

Respecto a la entrega de paquetes de servicios, se considera que no fueron suficientes de acuerdo con las necesidades de las poblaciones clave (Mesas LGBTI, Cali 56:7).

La Secretaría de Salud subraya ciertas dificultades asociadas al proceso de implementación del modelo de promoción y prevención, relacionada con la sobreoferta de tamizaje en la ciudad orientada a la población clave y que esta población ha percibido que tanta visibilización ha hecho que el estigma y discriminación hacia la población clave aumente, por lo que se genera resistencia en la recepción del paquete de servicios y aceptación del tamizaje, en población previamente intervenida.

“(…) de hecho la entrega de paquetes se hace y no es solo entregar el paquete y ya, sino que tiene un proceso educativo antes y después de la entrega, lo cual facilita que las personas estén más sensibilizadas y que esta población acceda más fácilmente al servicio de salud, que tengan mayor percepción del riesgo y que puedan acceder al servicio. De esta manera la entrega a pacientes se facilita y hay que tener en cuenta allí que esta población nos ha requerido también que se encuentran sobre ofertados en las pruebas y dicen que esto les genera un poco de estigma porque ellos al ingresar a un servicio de salud por cualquier motivo ya por el hecho de pertenecer a la población LGBTI me solicitan la prueba de VIH, entonces dicen «estamos cansados, ya no queremos más pruebas, no queremos más”. (Secretaría de Salud de Cali, 80:11.)

Por otra parte se menciona que al priorizar el cumplimiento de metas en ciertas actividades se apresuraron e intervinieron personas que no estaban aseguradas o no residían en Cali y dificultaron el logro de la “oportunidad adecuada para que esta persona accediera a los servicios de salud porque administrativamente hay unas rutas establecidas y si los recursos de atención de ese usuario están en otro departamento e

incluso en otro municipio” (Secretaría de Salud-Cali 61:2) se dificulta la atención que se quería prestar.

Esta problemática, según la persona entrevistada, se profundiza en la medida que surge el interrogante de qué hacer con las personas con resultado reactivo, sin tener a dónde dirigir las a una ruta de atención integral, y resalta que *“de hecho actualmente ya el manejo de VIH y la prioridad no es hacer tanta prueba sino en fortalecer la rutas de atención integral y poder dirigir toda la población tamizada en tratamiento”* (Secretaría de Salud-Cali 80:2) por lo que recomienda que la intervención se enfoque más hacia esas rutas y la garantía del tratamiento.

(iii) Recomendaciones de los actores

El equipo local recomendó que en las acciones de promoción y prevención se deberían abordar otros temas de salud sexual y reproductiva, diferentes al VIH, dado que muchas veces los HSH y las mujeres trans, ya contaban con información suficiente respecto a este virus, pero no sobre otras ITS (Equipo Local, Cali, 63:65). Otra limitante señalada es que el Proyecto no abarcó otras zonas del área metropolitana como Jamundí, Palmira, Candelaria, entre otras (Equipo Local, Cali, 63:66).

Las Mesas y Comités de Cali consideran que existen varias oportunidades de mejora en el abordaje de la población clave, la oferta del tamizaje y la entrega de paquetes de servicios. Se recomienda puntualizar de mejor manera las campañas, enfocándolas a eliminar estigmas y transformar el imaginario asociado al VIH. Se reconoce que se entrega la información asociada a las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, pero se debe profundizar en el mensaje (Centro LGBTI, Cali 69:17).

Este conjunto de actores recomienda mejorar los protocolos de tamizaje debido a que, según ellos, entre la población HSH intervenida se tamizó a un porcentaje de personas que no cumplían con dicha condición, por lo que las cifras no tienen validez para la persona entrevistada. Otras personas reportan que se sienten “contadas como animales” (Mesa LGBTI, Cali 75:16) y consideran que la ejecución de los tamizajes no está teniendo en cuenta las particularidades de la población de mujeres trans y cuestionan el sentido ético de realizar un tamizaje en espacios de socialización como discotecas, gimnasios y peluquerías.

En cuanto a las actividades de entrega de paquetes, las Mesas recomiendan que el acceso a los condones no esté limitado por una ESE y que se retome el acuerdo previo, en el que la Secretaría de Salud ponía a disposición los condones en común acuerdo con las organizaciones (Mesa LGBTI, Cali 62:7), así como el fortalecimiento del proceso educativo, que incluya un seguimiento y una evaluación (Mesa LGBTI, Cali 62:16). También recomiendan fortalecer la estrategia de pares para que se convierta en una escuela de líderes jóvenes diversos en esta temática (Mesa LGBTI, Cali 62:18).

Adicionalmente, recomiendan incluir el abordaje de Proyectos de vida (Mesa LGBTI, Cali 50:17), contemplar otros servicios de salud en la Ruta de Atención Integral en Salud, como salud oral, nutrición, citologías, implementar grupos de apoyo e insistir en la generación de redes que restauren la confianza en el Proyecto y en la intervención (Mesa LGBTI, Cali 62:46).

En relación con lo anterior, la ESE también recomendó que desde el Proyecto se cree acceso a unos servicios de atención integral, algo similar a lo que hacen los Servicios Amigables. Así pues, sería útil

que dichos servicios ofrecieran prueba de VIH, prueba de sífilis, promoción social, entre otros (ESE, Cali, 74:3).

Se recomienda fortalecer la consejería post, *“la mujer trans o la persona, debe estar consciente de lo que está pasando y hay es que afrontarlo con responsabilidad por él mismo y por los demás”*. (Profesionales-Cali, 40:1).

E. Estrategias de comunicación

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para el equipo local, el rotafolio funcionó más como estrategia de comunicación que el aplicativo móvil. Dicha percepción se debe a que el rotafolio se convirtió en un elemento de uso cotidiano, contrario a la que sucedió con el aplicativo.

“(…) los rotafolios son súper chéveres, esos sí los utilizan todos los días (…), pero las guías que fue muy bueno tenerlas en el APP pero fue innovador al principio y ya después no te volvieron a preguntar nunca más de guía; me parece que el rotafolio siempre te lo piden, siempre lo usan, siempre está en la maleta como elemento de trabajo”. (Equipo Local, Cali, 63:68)

Por otro lado, una de las estrategias más usadas fueron las redes sociales virtuales como Facebook, Instagram y WhatsApp, y aplicaciones de citas como Tinder y Grindr. Allí ponían las piezas digitales que promocionaban las actividades y entablaban una comunicación más fluida con las asambleas, las ESE, las OBC, los usuarios, y otros actores de respuesta. El uso de plataformas digitales se implementó porque las piezas impresas no tuvieron la misma acogida.

“Ahí hay varias opiniones, en cuanto a las piezas comunicativas mucha gente ya no quiere reciberte el volante porque «¡Ay no! Me lo ven en la casa y qué me van a decir, y que tal me vea mi esposa que una prueba de VIH». Mucha gente dice «No me dé la publicidad» o la reciben y la botan a la basura. Pero se ha optado por parte de redes sociales”. (Equipo Local, Cali, 32:72)

Desde la experiencia de una de las EAPB afirmaron que las piezas comunicativas sí fortalecieron las capacidades de los profesionales de la salud al momento de la atención a la población clave. Aportaron elementos para atender mejor ya que, como indican, *“uno a veces se queda corto para poder expresar con palabras, pero digamos que uno se puede apoyar con el rotafolio, con el folleto entonces es mucho más fácil poder transmitirles el mensaje”*. (EAPB, Cali, 70:12)

Para las Empresas Sociales del Estado, los materiales impresos y digitales han ayudado a comunicar las actividades de promoción y prevención. Resaltan que son muy prácticos en la información, y pueden ayudar a orientar a los usuarios. Sin embargo, no hay referencias suficientes para saber si los materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención lograron fortalecer, de alguna manera, la capacidad de los actores de la Respuesta del VIH (ESE, Cali, 74:37).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Ahora bien, cabe señalar que una de las OBC contratadas tiene una percepción negativa de las piezas de comunicación. Para esta organización es necesario estandarizar dichas piezas para construir una identidad gráfica de las OBC y el Proyecto, con el fin de generar mayor reconocimiento y recordación en la población clave.

“(sus piezas comunicativas) tenían el logo de la Secretaría de Salud Departamental, los otros logos y el de nosotros, eso daba una imagen en la región y a las organizaciones que estaban interviniendo. Mientras que te traen eso es como póngale el nombrecito, póngale un sello, hágale algo y si es que le dejaron espacio, pero entonces no va a generar ese impacto. Lo mismo pasó en los formatos y con este Proyecto pasado con las ESE y pasa con la entrega de resultados, nosotros durante el Proyecto tuvimos que crear otro formato de resultados que tuviera nombre de nosotros”. (OBC Contratada, Cali 78:20)

Ciudad de Bogotá

En Bogotá, la implementación del Proyecto de Ampliación de la Respuesta al VIH inició con el lanzamiento y socialización de los objetivos, estrategias y enfoques del Proyecto, en la que participaron las EAPB, la Secretaría de Salud y líderes de OBC. Se desarrollaron espacios que fortalecieron la planeación de actividades y la respuesta intersectorial del Proyecto. Uno de estos espacios se dio con la Red Distrital de VIH, liderada por la Dirección de Desarrollo de Servicios de la Secretaría Distrital de Salud (SDS). También se establecieron con las Subredes Integradas de Servicios de Salud (Subredes) acuerdos de gestión, implementación y desarrollo del Proyecto en la ciudad.

Otro espacio de articulación intersectorial se desarrolló con la Mesa Intersectorial de Personas Viviendo con VIH/Sida, que reunió a representantes de la SDS, la Secretaría Distrital de Integración Social, la Secretaría Distrital de Planeación (Dirección de Diversidad Sexual), la Personería de Bogotá, referentes de la Personería de Asistencia a la Salud (PAS), el Instituto Distrital de la Participación y Acción Comunal (IDPAC) y ENTerritorio.

Se realizó un mapeo inicial de los actores que podrían vincularse al Proyecto y desarrollar valiosas sinergias en los ámbitos jurídicos, psicosociales, salud mental, gestión integral (apoyo alimentario y desarrollo de habilidades), gestión del riesgo (para la población vulnerable migrante) y gobierno (casas de refugio). Para preparar las operaciones en campo, se realizaron actividades de planeación, coordinación y articulación entre las OBC contratadas y la SDS. También se realizaron capacitaciones a los líderes y lideresas encargados de entregar paquetes, a los auxiliares responsables de realizar el monitoreo de los indicadores y a los auxiliares de enfermería que realizarían el tamizaje y las asesorías.

Posterior al inicio de operación del Proyecto, las actividades de capacitación continuaron de forma permanente, por ejemplo, se capacitó en vigilancia comunitaria de TB/VIH a los profesionales de la zona Centro Oriente de la Secretaría de Integración Social; también se capacitó en manejo de instrumentos de captura de información del SISCO-SSR para los pares contratados y para los miembros de las OBC.

Se realizaron acercamientos con la Secretaría de Gobierno, Secretaría de la Mujer, Secretaría de Seguridad, Secretaría de Planeación y Secretaría de Integración Social, para definir estrategias de articulación para la ciudad sobre el direccionamiento de la población clave a los servicios de protección social; y se avanzó en la articulación con la Dirección LGBTI, Dirección de Participación de la Superintendencia de Salud, Coordinación de Grupo PAS de la Personería de Bogotá y Dirección de Diversidad Sexual

En relación con los procesos intersectoriales se solicitó la reactivación del Comité Intersectorial de VIH, reglamentado en el Acuerdo 143 de 2005, que hacía un año no sesionaba. El Proyecto también incidió en la reactivación del Comité Territorial de Promoción y Prevención de las Enfermedades de Transmisión Sexual y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual no había sesionado en los últimos dos años debido a cambios en la estructuración de los comités interinstitucionales. De manera permanente se generaban reuniones y mesas de trabajo con las EAPB para identificar las barreras de acceso a la Ruta de Atención de la población clave y para mejorar los procesos de operación en campo relacionados con la canalización de usuarios.

Durante el Proyecto se desarrollaron procesos de retroalimentación con la SDS y organismos de control sobre las barreras que se identificaban durante las canalizaciones. Se buscaron alianzas estratégicas con el SISBEN para flexibilizar el horario de atención que permitiera mejorar la afiliación de usuarios sin aseguramiento.

Para el 2017, se contrataron las siguientes organizaciones para la implementación del modelo de promoción y prevención: UT TG Alianza (Unión Temporal entre Red Somos y Fundación Guillermo Ferguson), Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, Fundación Huellas de Arte Mujeres Viviendo con VIH-Sida, Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE (quien subcontrató a la OBC Universo LGBT), Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE (quien contrató a la OBC Colectivo Hombres Gay). (ENTerritorio, 2017)

En 2018, se contó con organizaciones como la Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida (que operó en la Zona Norte), Madonna y sus Divas (que operó en la zona Sur), UT Tu Huella Hace la Diferencia (encargada de la zona Sur Occidente) y Fundación Procrear (encargada de la zona Centro Oriente). Estas organizaciones desarrollaron el componente educativo del Proyecto hacia las poblaciones clave y algunas se enfocaron en actividades dirigidas a la población transgénero. En este año también se inició la ejecución del modelo de promoción y prevención a través del esquema “Convenios Interadministrativos de Asociación” suscritos entre FONADE y las Empresas Sociales del Estado (ESE) y en virtud de estos las ESE contrataron la prestación de los servicios de las Organizaciones de Base Comunitaria (OBC). (ENTerritorio, 2018).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El fortalecimiento de capacidades de los actores de la respuesta se caracterizó en la ciudad de Bogotá por acciones formativas y de acompañamiento. En general, el equipo local de ENTerritorio

consideró que, gracias a su asistencia técnica, los actores de la respuesta fortalecieron sus capacidades institucionales ante la ruta de atención y/o ante la articulación con otras entidades de protección social. En el caso de las OBC las capacitaciones les permitieron articularse de mejor manera con las entidades territoriales y se han consolidado como aliadas en las acciones de salud pública. Su rol en la respuesta se fortaleció en el liderazgo de procesos comunitarios, incidencia política y gestión del conocimiento.

Las capacitaciones variaron en sus temáticas, dadas las necesidades de los diferentes actores, el equipo local en ENTerritorio mencionó que realizaron capacitaciones con el IDEPAC, la Secretaría de Integración Social (Ángeles Azules que trabajaban con habitantes de calle), Registraduría y Notaría (cedulación para mujeres trans), Secretaría de Gobierno (Derechos Humanos), y con la Policía, que antes les quitaba los kits a los PID. En el caso de actores clave como OBC y líderes pares, las capacitaciones hicieron énfasis en el fortalecimiento del liderazgo, de incidencia política, en su capacidad técnica o en sistemas de información; en el caso de los líderes pares y las auxiliares de enfermería contratados por las Subredes se capacitó en abordaje diferencial y el lenguaje incluyente.

“Este Proyecto ha tenido una característica particular, y es que ha tenido un amplio componente de formación. Fueron muchos los talleres que se realizaron en temas como vigilancia comunitaria, como tuberculosis o infección, algo de hepatitis también se trató, todo el tema de reducción de riesgos y daños para personas que se inyectan drogas, el mismo enfoque diferencial. O sea, a lo largo de estos 3 años, digamos, que se vino haciendo cobertura en varios temas de interés”. (Equipo Local, Bogotá, 97:23)

La asistencia técnica fue percibida como un proceso de doble vía. El equipo local de ENTerritorio reconoce que al trabajar con OBC aprendieron sobre las dinámicas de las poblaciones y las formas de trabajo más indicadas, mientras que las OBC se fortalecieron en el trabajo interinstitucional a partir de la retroalimentación constante generada por el equipo distrital en relación con los planes de trabajo, la realización de informes y la articulación con las ESE.

Algunas OBC contratadas percibieron que, aunque al inicio de la Subvención hubo cambios en el equipo local, siempre pudieron contar con el apoyo de distintas personas dentro del Proyecto. Gracias a ello algunas organizaciones sintieron que tenían una mayor capacidad técnica para brindar los servicios comunitarios de una mejor manera. Además, hoy pueden decir que tienen un portafolio de productos más amplio y han podido mantener la calidad de las acciones y la ética en ellas.

“(…) tenemos hoy un portafolio productos digamos más amplio, como institución también ya ganamos más en capacidad técnica, yo creo que mantenemos la ética, pues esa no nos la ha dado nadie, solamente la mantenemos si es posible, creemos que es posible generar acciones desde ahí”. (OBC Contratada, Bogotá, 103:28)

El principal logro que resaltaron las OBC de estas asistencias técnicas fue el fortalecimiento relacionado con el talento humano, los ejercicios de las fichas de protocolo, los formatos de captura de información, el uso del sistema de información, la calidad del dato y el control de los inventarios. Otro punto positivo que resaltaron las OBC respecto al equipo local de ENTerritorio fue su capacidad para moverse en diferentes niveles institucionales y generar procesos de participación interinstitucional.

“Siempre, muy bueno cuando lo tuvimos desde acá fue como sentarse, retroalimentar, conversar con la organización de qué era lo que pretendía usted y hasta dónde quería llegar, siempre nos fue muy bien porque también nosotros le metemos mucho porque nos parece importante pero siempre o yo siempre tuve retroalimentación de ENTerritorio”. (OBC Contratada, Bogotá, 121:22)

Algunas OBC que estuvieron contratadas reconocieron que las asesorías y acompañamientos del equipo de ENTerritorio, generó procesos internos de autoevaluación y a partir de un diagnóstico conjunto identificaron sus debilidades, fortalezas y cómo podrían mejorar.

“Sí logró llenar las expectativas del proceso organizacional y creo que logra crear algo que no lo habíamos pensado, también diagnosticar cómo están las organizaciones, pero como esta red”. (OBC Contratada, Bogotá, 119:3)

Efectivamente consideraron que sí hubo un acompañamiento que en ocasiones funcionó como una suerte de auditoría: pedían el cronograma, daban retroalimentaciones, servían de mediadores con las ESE, revisaban los informes. Incluso a una OBC luego de terminado el contrato la asesoraron con el tema de los PID que le seguían llegando.

La EAPB entrevistada tuvo un acercamiento inicial con las personas encargadas de ENTerritorio donde se hizo una revisión de los casos a cada una de las aseguradoras. También asistió a diferentes mesas y recibió diferentes visitas por parte de la entidad, pero no recibió ningún tipo de capacitación específicamente en VIH. Igualmente, a través de correos electrónicos tuvo constante comunicación para realizar la revisión de casos de usuarios y así en el enlace con las diferentes instituciones para el seguimiento de sus usuarios (EAPB-Bogotá, 96:3).

La asistencia técnica brindada a la Secretaría Distrital de Salud fue caracterizada como permanente y basada en el compromiso. Se mantenía un cronograma de reuniones mensuales y capacitación que se brindaban de forma conjunta, recalcando la importancia de mantener actualizados y fortalecidos técnicamente a los equipos de trabajo tanto de ENTerritorio como de la Secretaría Distrital de Salud.

“Hay un compromiso permanente del trabajo de ENTerritorio frente a los espacios que trabajamos desde el distrito. Estamos fortaleciendo muchas acciones en conjunto”. (Secretaría Distrital de Salud Bogotá 107:2)

En el caso de las subredes, la asistencia técnica se dio de manera constante y directa y se caracterizó por la comunicación asertiva y la actitud de escucha, así como en el apoyo en la resolución de conflictos. Se resalta la comunicación asertiva y el apoyo permanente por parte del Proyecto, así como la capacidad técnica del mismo.

En el proceso de fortalecimiento de capacidades, la subred 1 reconoció la experiencia técnica del equipo local en el abordaje de la población clave y el uso del lenguaje apropiado para dicho abordaje. La subred 2 mencionó que el equipo de ENTerritorio brindó capacitaciones en el manejo de la información, el diligenciamiento de los formatos y la confidencialidad de los datos (ESE-Subred-2, Bogotá, 93:11). En la subred 3 se resaltó el apoyo que recibieron para entender los lineamientos de ejecución y estructurar la forma de trabajo, la comunicación asertiva y la actitud de escucha. Asimismo, recibieron apoyo en la resolución de conflictos con la OBC contratada, así como capacitaciones orientadas a la aceptación

de la diferencia y el entrenamiento del grupo de gestores y auxiliares que desarrollarían las acciones en terreno. (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:31). La subred 4 refirió que el apoyo fue constante y directo y resaltaron las capacitaciones que recibieron, las cuales permitieron que se reforzaran las habilidades en el tamizaje y la entrega de paquetes y recomiendan la realización de capacitaciones en la identificación y diagnóstico de la población clave (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:31) así como en el manejo de personas con resultados reactivos. (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:52).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Por parte de las OBC se evidenciaron ciertos vacíos en el acompañamiento, en torno a la realización de propuestas para los procesos de licitación, pues básicamente al presentarse a ENTerritorio ya debían tenerla realizada y nunca se les dio una retroalimentación.

“Hay alguna gente que perdió porque no costó bien, por eso además una ESE cobró todo lo que cobró, a ellos les salía el paquete como a \$200 y mientras que a nosotros nos salía a \$40.000 pesos y por ejemplo eso también fue porque una cosa le decían “no, es que ustedes se asumen el mercado” ¿sí? pero enseñe a movernos las organizaciones teníamos experiencia en contratación desde Proyectos, nuestras ONG hacen Proyectos no venden servicios individualizados, entonces seguramente muchos perdieron o por lo menos nosotros el intento que hicimos en presentarnos y ahí fue cuando nos dimos cuenta de eso, es que la lógica es más baratear y eso generó mucha dificultad porque tú le pusiste un precio al mercado y al paquete y no creo que haya habido acompañamiento como que nos enseñaran no”. (OBC Contratada, Bogotá, 123:10).

De la misma manera, se reiteró la necesidad de asistencia técnica en el costeo y la consolidación de los servicios comunitarios. *“De que hagan las cosas bien, de que se aguanten una auditoría y que una OBC diga voy hacer un presupuesto para 2 meses y hago mis contratos a 2 y 3 meses diciéndole que le pago a la gente en porcentaje porque me van a pagar a mí así y nosotros hemos aprendido también así a la maldita sea y ese es el tipo de asistencia técnica que creo que necesitan las OBC, no nos enseñen hacer control social pues para eso FONADE sacó la guía de control social, la guía de no sé qué, la guía de... y yo pienso que para sostenibilidad necesitamos es para el prestador y agenciar políticamente el prestador comunitario”. (OBC Contratada, Bogotá, 123:23)*

Para algunas organizaciones hubo ciertos cambios en el equipo coordinador de ENTerritorio que desmejoraron su asistencia técnica. Se percibe que el personal técnico fue muy flexible y priorizó el cumplimiento de metas sobre la calidad de los procesos organizacionales, desmejorando la calidad del dato, y centrándose en otros procesos y no en el acompañamiento (OBC Contratada, Bogotá, 103:18). También mencionaron que percibían que no habían abordado las poblaciones clave, pues muchas veces reaccionaban asustándose (para el caso de los PID). (OBC Contratada, Bogotá, 101:8)

(iii) Recomendaciones de los actores

Las OBC recomendaron que ENTerritorio debiera fortalecer el acompañamiento técnico a las labores comunitarias, dado que luego se puede ir el Proyecto y las organizaciones pueden quedar sin una capacidad técnica adecuada.

Las organizaciones contratadas, respecto a las supervisiones en campo, consideraron que el perfil del supervisor debería ser un poco más carismático por lo comentado anteriormente y porque este solía recalcarles solo las malas prácticas y olvidarse de las buenas, lo cual desanimaba a mucha gente y hacía que los percibieran como enemigos, como gente que iba a campo a estropear las actividades. Las OBC recomendaron que más allá de buscar lo que está mal también deberían resaltar lo que está bien y fortalecerlo, pues así motivarían las arduas labores de los operadores.

Las OBC contratadas sugirieron un fortalecimiento en otro tipo de sistemas de información como el SECOP, pues allí fue donde algunas conocieron la convocatoria para trabajar con las ESE en el 2018. Sin embargo, consideraron que al ser una plataforma poco intuitiva y de poca difusión, muchas organizaciones se quedaron por fuera y no pudieron participar. También consideraron que se les debería capacitar en otros temas más necesarios como, por ejemplo, cómo volverse Prestadores Comunitarios de Salud, de ser ese el propósito de la intervención.

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

En Bogotá, se reconoció que la reactivación del Comité Intersectorial y el Fortalecimiento de la Red Distrital de VIH fueron aspectos claves en el desarrollo de acciones intersectoriales que contribuyeron al fortalecimiento de la Respuesta. Entre los actores, se reconoció a la Red Distrital de VIH como un espacio favorable para el desarrollo en conjunto de acciones que fortalecieron el Proyecto y visibilizaron la temática. Sus reuniones mensuales y mesas de trabajo giraban en torno a la garantía de la atención al usuario, allí llegaron diferentes actores como las aseguradoras, las EAPB, la Secretaría Distrital de Salud, las Subredes, los programas estatales, programas de atención integral en VIH y algunos laboratorios.

La Red de Distrital de VIH, creada hace aproximadamente 10 años, incluye a los responsables del aseguramiento, de la identificación y tamizaje de la población. Dentro de esta red también se encuentra el prestador complementario de acuerdo con los hospitales. Está el hospital de San Ignacio y los demás hospitales de la red de Medimás, de Capital Salud, de Sura, así como los referentes líderes de los programas de enfermedades infecciosas en las EAPB. En toda esta red hay una participación promedio de 40 actores mensualmente. (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:5)

Uno de los logros más importantes del equipo local de ENTerritorio respecto a los espacios intersectoriales fue la reactivación del Comité Intersectorial de VIH, que estuvo clausurado por distintas razones. A este espacio se invitaron diferentes actores de la respuesta y hasta el momento se ha logrado mantener activo un año y medio de forma bimestral. Este Comité constituye un espacio más de política pública, puesto que allí se discutían cuáles eran las estrategias que estaba desarrollando el Distrito para abordar el VIH, la patología o la epidemia. También se buscó que otro tipo de actores, diferentes al sector salud, se vincularan a la respuesta.

En este Comité convergieron la Secretaría de Integración Social, la Secretaría de la Mujer, Participación social, Planeación Distrital, entre otros actores que hacían parte directa o indirecta

de la Respuesta. Esta articulación permitió ubicar fácilmente a la población clave e ingresarlas a la ruta de atención en salud (EAPB-Bogotá, 96:9)

Para el Equipo Distrital la reactivación de este Comité fue un gran logro. Además, fue una lección aprendida, dado que la apertura de este espacio a diversos actores de distintos niveles dio un debate nutritivo. Todas las posturas fueron escuchadas y entre todos se trató de llegar a consensos.

“Para el Distrito, hay una política del distrito que dice que las reuniones intersectoriales no deben hacerse por tema, sino que a las secretarías se les debe, por ejemplo, salud debe hacer una mesa para todos los temas, por norma. Una mesa integral para no desgastarlas. Entonces tener dos espacios particulares de VIH que va contra la norma del Distrito, pues eso es un tema de total incidencia política. Eso ya es, de pronto no les suene a ustedes a que es mucho, pero es muchísimo. Ningún otro tema tiene dos espacios, porque la norma dice eso y es una norma del Consejo de Bogotá”. (Equipo Distrital-Bogotá, 97:62).

Para entender el rol de la Secretaría Distrital de Salud dentro de los espacios intersectoriales, es importante entender que la Secretaría desarrolla acciones orientadas a la temática del VIH bajo la estrategia *“Ponte a prueba”* la cual integra todas las acciones a nivel distrital, incluyendo las acciones del Proyecto. Por lo que la articulación se ha dado desde 2012 y ha sido de carácter permanente. Se brinda una oferta académica y técnica con distintos aliados, entre ellos el Proyecto. Se tiene mesas de trabajo con las ESE y representantes de la sociedad civil que les ha permitido, en conjunto, brindar una respuesta más efectiva en la prestación de los servicios (Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 107:23).

En el Comité Distrital de VIH, la Secretaría menciona que el equipo local presentaba sus avances, dónde estaban en esos momentos tamizando, cómo ha sido la respuesta y qué dificultades han tenido también para que otros sectores los ayuden a ampliar la respuesta (Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 107:25), en entrevista con miembros del comité intersectorial se mencionó que el equipo de ENTerritorio es el encargado de socializar los temas y las actividades que los prestadores de servicios en salud desarrollan. Asimismo, hay capacitación del personal como una manera de acceder y articularse con estos prestadores (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:2).

Igualmente, en cuanto a las actividades coordinadas dentro de los objetivos 90-90-90, se reconoce desde los espacios intersectoriales que ENTerritorio forma parte de ese primer 90 en cuanto a la búsqueda, identificación y tamizaje de la población. Esto se facilita a través de una articulación con las subredes para realizar las pruebas en población clave. De esta manera, la Red Distrital de VIH se constituye como una herramienta y también como un espacio de socialización para los distintos actores, particularmente la red de prestadores (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:3).

Las EAPB reconocieron que la mesa de trabajo convocada por el Hospital Santa Clara y el MSPS fue de vital importancia para el manejo de diagnóstico de VIH en población trans, habitante de calle y HSH por su capacidad demostrada en el seguimiento a una población de difícil acceso (EAPB-Bogotá, 96:19) y en general su participación en los espacios intersectoriales tuvo como propósito informar el resultado de las actividades que se llevaron a cabo en el Proyecto así como identificar falencias fortalezas y tareas por desarrollar (EAPB-Bogotá, 96:18).

La subred 4 mencionó que asiste a mesas como la Mesa del sur LGBTI o mesas locales donde se socializan las acciones desarrolladas y se articulan a ferias de servicios y eventos de las localidades. Como acciones articuladas expresaron que mantienen una comunicación directa con las alcaldías locales de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme.

Respecto a las OBC contratadas, estas coincidieron en que los espacios intersectoriales convocados por ENTerritorio, como el Comité Intersectorial de VIH, funcionaron muy bien. En estas reuniones se les recordó a todos los actores de la respuesta que el trabajo tenía que ser mancomunado y, por lo tanto, los diálogos tenían que mejorar. Gracias a ello las OBC lograron hablar con las EAPB y los prestadores de salud para reportar los casos reactivos y darle seguimiento conjunto. Aunque el Comité era un espacio en donde llegaban muchos actores, otros tantos se iban saliendo en el camino.

Las OBC resaltaron que el Proyecto facilitó la comunicación entre las organizaciones, permitiendo que se dieran actividades donde se reconocían las necesidades especiales de las poblaciones. Así, a través de diferentes articulaciones y apoyos con organizaciones que venían trabajando en la misma línea se logró la cedulación de mujeres trans. Esto representó que las organizaciones con objetivos y luchas comunes pudieran romper barreras para las poblaciones.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Una debilidad mencionada por varios actores se refiere a la continuidad y asistencia en los espacios intersectoriales, refirieron que no se cuenta con un elemento vinculante que garantice la participación de todos los actores de la Respuesta en estos espacios y consideran dicho elemento como determinante para la continuidad y el fortalecimiento de estos espacios.

Una de las debilidades que percibieron las OBC respecto a las instituciones estatales de distinto nivel fue la respuesta negativa o discriminatoria que dieron algunos de sus funcionarios al intentar articular las acciones, al inicio del Proyecto. Dijeron que esto se convirtió en una falta de voluntad política y en una traba burocrática que impidió iniciar correctamente la ejecución del Proyecto. Por ejemplo, ante la población PID, dijeron que el representante de la Secretaría de Salud de Bogotá se refirió diciendo que las acciones del Proyecto eran pura alcahuetería y no les dio ningún apoyo. (OBC Contratada, Bogotá)

Igualmente, las OBC contratadas reconocieron que en otras ocasiones se presentaron tensiones entre ellas mismas, sobre todo por la instrumentalización de la población en estos espacios intersectoriales. La subred 1 identifica una oportunidad de mejora en el fortalecimiento de los espacios intersectoriales, teniendo en cuenta que el Proyecto tiene varias acciones adelantadas en gobernanza, debe llevarse la información y las experiencias obtenidas a estos espacios. (ESE-Subred-1 90:49)

(iii) Recomendaciones de los actores

A modo de recomendación, el Comité Intersectorial mencionó que se deberían hacer los procesos y actividades de forma conjunta. Hacer la planeación en conjunto con la Secretaría y ENTerritorio para que así no exista una duplicidad de tareas (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:28).

Las subredes recomendaron designar un profesional de forma exclusiva para la consecución de alianzas y sensibilización de actores determinantes en la toma de decisiones por localidad.

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá recomendó que el Ministerio de Salud y Protección Social haga parte de estas mesas y desde su carácter misional articule a gobernadores y alcaldes en el establecimiento de metas (Secretaría Distrital de Salud Bogotá 107:28).

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El conjunto de actores del Distrito concuerda en que la Bogotá cuenta con rutas de atención establecidas para la población clave donde las EAPB han accedido a trabajar de manera conjunta y recibir adecuadamente los resultados reactivos, validando las pruebas rápidas del Proyecto como pruebas iniciales en el algoritmo diagnóstico y disminuyendo el tiempo de respuesta.

Para el equipo local de ENTerritorio, como parte del fortalecimiento a la red de prestadores, destacaron la asistencia técnica brindada para diseñar las rutas de canalización, junto a la Secretaría Distrital de Salud y las EAPB. Dichas rutas se evaluaron, cambiaron, actualizaron e implementaron para que todo el distrito se adhiriera a ellas. Además, el equipo local consideró, como una fortaleza que la constante retroalimentación a los actores sobre los casos enviados permitía mantener activas las rutas creadas y volverlas una necesidad para los trabajos extramurales.

Este trabajo de implementación de las rutas con las EAPB fue un proceso arduo, según comentó el equipo local, dado que en el primer año las EAPB no estaban acostumbradas sino a manejar sus propios usuarios. No tenían la posibilidad de que alguien más los tamizara y se los enviara, y no sabían cómo hacer ese enlace. De allí que se dieran tantas repeticiones de pruebas. Tuvieron que invitar a las EAPB a las mesas de trabajo porque a pesar de que estaba la norma, no la querían aceptar. Sin embargo, tiempo después llegaron los logros. Por ejemplo, los tiempos de respuesta para la confirmación se volvieron más cortos y se validaron las pruebas rápidas del Proyecto como pruebas iniciales en el algoritmo diagnóstico. Si en el primer año los tiempos de respuesta eran en promedio de 70 días, luego pasaron a 35 días. Esto lo explican diciendo que cuando las EAPB aceptaron las pruebas rápidas hechas en el Proyecto, se eliminó un mes de espera mientras los pasaban a la prueba confirmatoria. (Equipo Local, Bogotá)

Una de las estrategias del equipo local de ENTerritorio para asegurar el acceso y la activación de la ruta de atención fue que, en el momento de las asesorías, los operadores debían sensibilizar a la gente en la importancia de que suministraran los datos verdaderos, partiendo por el documento de identidad. Sin embargo, percibieron que aún son muchos los temores y los tabús en torno al VIH, y esto quizá era lo que limitaba que las personas suministraran la información verdadera.

“De pronto, otra lección aprendida, yo creería que está asociada a todo el tema de la reactividad y la confirmación. O sea, en anteriores rondas del Fondo Mundial, digamos, que la cosa sí estaba muy limitada a generar los tamizajes y los reactivos y ahí paraba como el camino (...). Este sí nos llevó a tener que ir a tocar la puerta del asegurador porque, a pesar de que no estaba contemplado, no está como una meta de producto del Proyecto como tal, sí se ha venido fortaleciendo la medición a todo el tema de que los casos se confirmen. A [saber] qué ha pasado con la ruta, si llegó, si no llegó, a qué ha pasado con esos casos”. (Equipo Local, Bogotá, 97:50)

Respecto a los servicios de protección social, para el equipo local eran muy pocos los usuarios que los solicitaban, si se comparaba el volumen de usuarios que atendían contra los que los solicitaban. Resaltaron también que el Proyecto sirvió de puente para facilitarles varios servicios a los usuarios y que las OBC fueron claves en este proceso.

“Se logró tener un directorio, digamos, de los portafolios de las entidades. Por lo menos, que las personas tengan la información de qué ofertas les dan frente a esos temas. Se logró que las OBC se vincularan dentro del servicio del portafolio de la protección social, que me parece importante porque pues ellos tienen que jugar un rol, y ellas tienen una capacidad instalada que se usó a favor de nuestros usuarios. Por ejemplo: asesoría jurídica, asesoría psicológica, asesoría de trabajo social. De esas la que yo más rescato es la asesoría jurídica. Sí, digamos, que sobre todo en términos de usuarios venezolanos irregulares en el país que tocaba darles alguna respuesta y que por norma la respuesta es: no hay respuesta (…). Y ahí fue donde nos apalancamos en algunas OBC para poderlo hacer y desde ahí poder dar una respuesta”. (Equipo Distrital-Bogotá, 97:10)

Además de las OBC, el equipo local logró articularse con otras entidades como con la Secretaría de Integración Social, pues respondió y respaldó diferentes procesos. Por ejemplo, afilió a usuario sin aseguramiento que requerían canalizaciones, facilitando el proceso de vinculación al SISBEN.

Sin embargo, para el equipo local, se dieron también muchas barreras propias del sistema de salud que dificultaron la protección social y la garantía de derechos. Dichas barreras las percibieron como programáticamente insuperables. Es decir, desde un programa, como la atención integral de VIH, no se podían superar, por ejemplo, las formas de vinculación de un usuario al SGSSS (cuando pasa de un régimen contributivo a subsidiado y presenta mora en los pagos).

Por su parte, la Secretaría de Salud de Bogotá, desde el PIC desarrolla acciones que van orientadas a la población clave y han trabajado articuladamente con el Proyecto desde 2017, designando un equipo desde nivel central, articulando acciones y estipulando metas específicas, que le aportan a las metas globales de la secretaría y su estrategia “Ponte a prueba” (Secretaría Distrital de Salud Bogotá 107:6). Se mencionó que como contrapartida hicieron entrega de pruebas rápidas y preservativos masculinos y se ha hecho la claridad que los recursos que pertenecen al PIC son focalizados, pero no pueden ser destinados a poblaciones específicas:

“Yo puedo priorizar, pero no puedo solo a ella [población clave], tengo que entender el PIC, por orden normativo es universal y yo no puedo ser una persona llega a mi servicio y es una mujer común y corriente, que ni es una trabajadora sexual, yo no le puedo sacar de los servicios”. (Secretaría Distrital de Salud Bogotá 107:7)

Sin embargo, todos los compromisos que establecieron con el Proyecto y con ENTerritorio, se delimitaron como énfasis en esas poblaciones para cumplir las contrapartidas que se tienen dispuestas.

Otro aspecto clave en la articulación de las acciones del Proyecto con el PIC tiene que ver con el aumento porcentual en las metas. *“Debe tenerse en cuenta que la ciudad lleva cinco años aplicando pruebas rápidas y que un aumento porcentual es desmedido, no solo en términos operativos, sino*

en el número de habitantes de la ciudad y los números, según la persona entrevistada, no dan, existe un punto de saturación”. (Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 107:8)

La Secretaría Distrital de Salud indicó que la ciudad cuenta con una ruta de atención establecida, desde el PIC y aplica también para el Proyecto, es el mismo procedimiento para la canalización y el seguimiento. Asimismo, desde la Secretaría se brindan asistencias técnicas mensuales, en la provisión de servicios, vigilancia en salud pública; realizan acompañamientos a las EAPB y estimulan las estrategias comunicativas con enfoque diferencial. Adicional a eso, la Secretaría hace cursos por subredes de entrenamiento y asesoría para prueba voluntaria, donde también refuerza los enfoques diferenciales (Secretaría Distrital de Salud Bogotá 107:24).

En el caso de las subredes, desde el PIC realizan acciones orientadas a atender la epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, dichas acciones son contratadas dentro del PIC y tiene unas metas establecidas, a las cuales se han sumado las metas que surgen del convenio con ENTerritorio. Esta situación ha generado que cada intervención les preste atención a sus metas y entre los equipos existan tensiones porque no consideran que articularse sea beneficio para ambos (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:23). Se recomienda frente a esta situación que la articulación se dé desde las gerencias de los Proyectos, para que sus equipos no estén compitiendo en terreno y se generen este tipo de tensiones (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:24). Por otra parte, se mencionó que si bien se han articulado a ferias de servicios el estigma que rodea el VIH y la población LGBTI persiste, por lo que, en el caso de la subred 3, se debieron adelantar trabajos de sensibilización al interior de la institución y en la comunidad en general (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:12).

La subred 1 refirió que ha implementado toda la ruta de atención, las únicas personas que no tienen con tratamiento son aquellas que han tenido problemas con su afiliación, se han buscado alianzas con ONG que les han mencionado que pueden apoyarlos. La subred activa la ruta de atención cuando es necesario y atiende a las personas en una unidad de alta complejidad, pero reconocen que existen múltiples barreras de acceso (ESE-Subred-1 90:14). Por su parte la subred 3 señaló que, al tener un resultado reactivo, lo incluían en la base de datos y se comunicaban con la referente de SSR de la EAPB correspondiente y desde el programa se le hacía el llamado a la persona, se le asignaba la cita para la prueba confirmatoria y dado el caso, se le hacía el ingreso al programa. (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:39)

Si bien se reconoció que en todos los casos se activa la ruta de atención, se hace un seguimiento más riguroso a los usuarios que fueron responsabilidad de la subred (ESE-Subred-1 90:61), por lo que se dio una articulación directa con la referente de enfermedades transmisibles que tienen las subredes en la dirección de gestión del riesgo para realizar el seguimiento. Se cree que una persona puede durar en promedio tres meses y medio en todo el proceso de la ruta de atención, hasta estar activo en tratamiento y como lo menciona la subred 2, en aquellos casos que pertenecieran a otras instituciones los profesionales de ENTerritorio *“hacían el envío y entregaban la base de pacientes al aseguramiento”.* (ESE-Subred-2, Bogotá, 93:15)

En el caso de la subred 4, se mencionó que hasta el 2018 contaban con una ruta de atención directa y un acompañamiento en el acceso al tratamiento, este año no cuenta con el personal dedicado para estas acciones y deben remitir todos los casos al Hospital Santa Clara y consideran

que la ausencia del programa dentro de la subred constituye una desventaja en la atención en salud (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:44).

Para el Comité Intersectorial existe un reconocimiento de los actores que representan cada una de las instituciones. Este reconocimiento mismo acortaba los tiempos de atención y bajó muchas barreras para los usuarios. ENTerritorio hizo un recorrido de todas las EAPB para reconocer a esa persona encargada que respondía directamente a la ruta de atención (Comité Intersectorial, Bogotá, 91:9). Igualmente, desde este espacio se construyen los lineamientos nacionales a los cuales tocaba acogerse para el cumplimiento de la ruta. La EAPB tenía contratadas a las IPS, que son las subredes, y en alianza con la Secretaría Distrital de Salud han asistido a diferentes espacios donde se les capacita en APV, se fortaleció el tema de detección de VIH. Ellos no hacen directamente el fortalecimiento sino a través de otras instituciones (EAPB, Bogotá, 96:4)

La participación de la EAPB se centró en caracterizar a los usuarios y realizar el proceso de canalización y activación de las rutas con las IPS. Se enviaban los casos y practicaban la demanda inducida para realizar la tamización y poder completar el algoritmo y que el usuario pudiera ingresar al programa especial. Una vez el usuario se identifica con la patología se completa el algoritmo y se presenta a la corte de VIH y posteriormente ingresa al programa especial y se le brinda la atención de manera integral (EAPB, Bogotá, 96:5). Asimismo, la referente de VIH hacía visitas de asesoría técnica a las instituciones informando y explicando cuál era la ruta que se debía cumplir para el ingreso de los usuarios al programa especial (EAPB-Bogotá, 96:6). Además, la entidad comenzó a manejar una mesa interna con sus IPS, en la que se establecieron los tiempos de respuesta al usuario, el cual se estableció en máximo 8 días para que la IPS respondiera a la EAPB; y encontrar estrategias para que hubiera una respuesta oportuna (EAPB, Bogotá, 96:7).

En cuanto al enfoque diferencial, refirió que el punto clave fue sensibilizar a las instituciones para que tuvieran en cuenta la identidad de género de las personas o el respeto en algún tipo de demanda inducida. En este sentido, constantemente se hicieron capacitaciones a los gestores sobre cómo dirigirse a poblaciones diferenciales para que así hubiera una mejor adaptación de los usuarios (EAPB, Bogotá, 96:12). También reconocieron que la labor del Proyecto ha sido muy importante al momento de contar con un primer tamizaje realizado en espacios extramurales que favorece a la EAPB el tener la información de sus usuarios para que así la entidad pueda completar el algoritmo. Sin embargo, hay dificultades en ciertos casos para identificar estos usuarios ya que estos no quieren ser contactados y omiten información; particularmente los casos de los habitantes de calle (EAPB, Bogotá, 96:13).

En general para las organizaciones el Proyecto permitió que las rutas de atención generadas con los prestadores de salud fluyeran. La única excepción que percibieron fueron las ESE pues se demoraban en vincular a los no afiliados al SGSSS a las rutas. Las OBC contratadas destacaron también que el Proyecto permitió que las rutas se implementaran de tal modo, que la mayoría de EAPB se apropiaron de cómo tenía que ser los tiempos y los mecanismos de funcionamiento. A veces las llamadas parecían entre amigos con los funcionarios de las EAPB.

Las OBC también percibieron que las rutas eran comprensibles para muchos gestores y auxiliares de enfermería, lo cual facilitó su apropiación, pues también se crearon directorios y herramientas

que ayudaron. Hasta el día de hoy muchas organizaciones siguen aplicando estas rutas construidas juntamente con ENTerritorio.

Desde la perspectiva de las OBC contratadas, el Proyecto ayudó a mejorar la ruta de atención para las poblaciones claves. Un ejemplo de ello fue que gracias al Proyecto muchas mujeres trans pudieron superar la primera barrera de acceso institucional: tener un documento de identidad. El Proyecto contrató específicamente a una organización para realizar talleres de cedulación para la ciudad de Bogotá. No creen que esta sea la solución total a los problemas que padece esta población, pero al menos pueden mejorar la calidad de vida al ser reconocidas como ciudadanas.

Por otro lado, una visión general que comparten las organizaciones es que el sistema de salud en Colombia discrimina y aleja a las poblaciones claves al carecer de un enfoque diferencial. Por lo tanto, muchas veces, cuando las OBC estaban trabajando con las ESE sensibilizaban a sus funcionarios en el trato y el lenguaje hacia las poblaciones.

“Si la persona venía y se quejaba de lo que pasaba en la ESE «no, no me atendieron, no me pusieron atención», entonces nosotros llamábamos directamente a la ESE. Y como estábamos en el Proyecto pues lo atendían y se superaba todo el tema porque nosotros éramos como veedores. ¿Qué pasa ahora que no estamos con la ESE y sabemos de una persona? Entonces, vamos allá, la mandamos a LigaSida y salió reactiva, entonces empezamos a mirar desde nuestro modelo quién la va a atender en salud, a dónde está viviendo. O sea, nosotros tenemos un poco el escenario de hacerle el seguimiento hasta donde la persona deja”. (OBC Contratadas-Bogotá, 105:19).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

El equipo local expresó que una de las dificultades que más se presentó con los prestadores de servicios de la salud fue la rotación del personal, dado que esto hacía que se perdieran los avances logrados. Las reuniones que lograban hacer con los referentes se perdían y tocaba volver a empezar de cero con el siguiente referente.

Desde las Subredes, se reconoció que se ha hecho un amplio ejercicio en el tamizaje de población colombiana y población venezolana regularizada, no obstante, persiste el vacío en la atención a la población venezolana migrante porque *“si sale reactivo, entonces ¿quién va a pagar por el tratamiento de una persona que está en esa condición de migrante?”*, el procedimiento como está estipulado es que esa persona debe dirigirse al CADE para que le sea asignada una visita. (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:16).

(iii) Recomendaciones de los actores

El equipo local recomendó que se debiera tener un poco más de respaldo desde el nivel nacional, como el Ministerio de Salud y Protección Social. Se podrían dar, por ejemplo, normas vinculantes que obliguen a las EAPB a responder de forma más oportuna por la ruta de atención. Desde la Secretaría de Salud, se recomendó coordinar de mejor manera las acciones en conjunto, sobre todo en ciudades como Bogotá, donde la oferta de pruebas rápidas puede cruzarse y generarse tensiones entre los ofertantes (Secretaría Distrital de Salud, Bogotá 107:33).

D. Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

En términos generales se percibió que las acciones desarrolladas por el Proyecto flexibilizaron y ampliaron la respuesta al VIH con población clave. Al articularse con ferias de servicios y eventos propios de la comunidad aprovecharon la disponibilidad de personas para atender con el Proyecto. Otros elementos claves en el abordaje a la población fue soportarse en las redes de contactos ya existentes, entre las organizaciones y colectivos de la ciudad, establecer puntos fijos de atención en el caso de la población PID.

El equipo local de ENTerritorio consideró que el Proyecto facilitó el acceso al diagnóstico para la población clave, debido a que se flexibilizaron los horarios y se acercaron las actividades a la población. El hecho de que muchas actividades fueran extramurales y que los usuarios no tuvieran que ir a un horario específico, abrió muchas posibilidades. Por ejemplo, el acceso a sitios de encuentro como saunas, cabinas, bares, video chats, entre otros, en horarios nocturnos.

Se reconoció como exitosa la consolidación de la estrategia de líderes pares para el cumplimiento de metas del Proyecto, porque permitió acercarse más a la población, reconocer la problemática a profundidad y entender sus aspectos claves, así como permitir, en el caso de las mujeres trans que ellas lideran y propusieran sus propias actividades y disminuir la percepción de instrumentalización por parte de la intervención.

El equipo local mencionó que una de las principales estrategias en la entrega de paquetes y acceso a tamizajes fue la participación de los líderes pares, pues solían tener empatía con la gente gracias a que sabían cómo hablarles a los usuarios. Esta fue una estrategia muy acertada que posibilitó la apertura de muchos espacios que seguramente la institucionalidad no habría logrado.

“Las acciones en un entorno comunitario sí las facilitan el que haya personas claves de la comunidad. Porque muy seguramente si nosotras fuéramos a un sauna a pedir que nos dejen tomar pruebas, pues ni siquiera nos dejan entrar porque somos mujeres [cisgénero]. Sí, entonces, partiendo de ahí, para ellos es mucho más fácil abrir los espacios, y tenemos espacios que se han apalancado durante estos 3 años que ya son fijos prácticamente. O sea, podríamos decir que son buenos espacios. O sea, donde hay riesgo en verdad, donde se encuentran muchos casos reactivos, sí que le aportan no solo a la meta sino pues también a la reactividad y a lograr la disminución de las personas que no conocen su diagnóstico”. (Equipo Local, Bogotá, 97:25)

Para el equipo local, la estrategia de los líderes pares es un hecho ‘científicamente comprobado’ que ayudó a conocer las profundidades de un problema y llegar al corazón del fenómeno. Debido a ello, atribuyeron que en Bogotá se pudieron identificar nuevos casos de VIH y aumentarlos casi un 10%.

Dado que algunas las mujeres trans reportaron estar cansadas de ser instrumentalizadas por las instituciones, con ellas fue más efectivo llegar con una lideresa y hacer otro tipo de actividades. Generalmente se habló con las ‘madres’ (que son quienes las cobijan) y se hicieron conversatorios y otras actividades que generaron confianza: sancochos comunales, chocolatadas, desfiles, concursos de

baile, concursos de talentos, espectáculos artísticos, rifas, juegos, espectáculos, bazares, entre otros.

Se reconoció que los paquetes de servicio constituyen un incentivo para la prueba de tamizaje. (OBC Contratadas, Bogotá). La Secretaría Distrital de Salud consideró que el Proyecto ha incidido positivamente en que la población reciba y acepte los paquetes de servicios y al tamizaje porque el paquete servicios se entiende como un incentivo a cambio de acceder a la prueba rápida.

El equipo local también atribuyó el aumento de la demanda de los paquetes de servicios y pruebas de tamizaje en la población PID, debido a que los kits se hicieron desde la comunidad, con las recomendaciones plasmadas en la nota conceptual. Gracias a que el paquete de servicio del Proyecto contempló varias de sus necesidades, lo prefirieron por encima de la estrategia implementada por la Secretaría Distrital de Salud (no se lo recibían).

Por otro lado, efectivamente para el equipo local, los paquetes de servicios fueron un incentivo para el tamizaje, porque sin los paquetes mucha gente no se hubiera hecho las pruebas. Los paquetes fueron un gancho. Sin embargo, destacaron que para las mujeres trans se requirió mucho más que el paquete de preservativos.

En general las OBC consideraron que, gracias a su experiencia de varios años en el abordaje de las poblaciones, les fue fácil acercarse a las mujeres trans a los paquetes de servicios y la realización de la prueba, siempre desde un trato humanizado. Las organizaciones contratadas consideraron que el modelo de promoción y prevención no solamente es tomar pruebas por tomar, aunque sean presionados por las metas, sino que debe haber un proceso de entendimiento de las personas que se acercan. Por lo tanto, recomendaron que los procesos en salud, como el incentivado por el Proyecto, deberían ser más humanizados.

“(…) nos centramos más en la persona, en las necesidades de la persona y en poder generar un ambiente cálido entre la persona y el gestor par en el abordaje. Entonces creo que nosotros generamos una empatía desde el trato humanizado y tranquilo con la persona. Entonces siento que también las personas que llegaron, porque además realizamos una encuesta en línea para preguntarle a la gente cómo les parecía el servicio, y una de las cosas que decían era que pues les parecía bien justo porque era un espacio confiable”. (OBC Contratadas, Bogotá, 103:4)

Además, recalcaron que las actividades de promoción y prevención definitivamente han mejorado el conocimiento del VIH en las poblaciones atendidas, pues las actividades educativas y de asesoría le da herramientas a la gente. Así pueden formar una mejor decisión si accede o no a una práctica de riesgo; se crea un marco de mayor consciencia.

Las OBC percibieron que muchos de los usuarios ya sabían bastante sobre el VIH, así que las asesorías previas a la prueba derivaban en espacios de educación de otros temas relacionados a la salud sexual y los derechos reproductivos. De hecho, dijeron que mucha gente solo quería tomarse la prueba sin necesidad de una asesoría previa y explicaron que en muchos casos este comportamiento de los usuarios estaba relacionado con que la sexualidad y los estigmas de la enfermedad eran vistos de otra manera a cómo eran antes. (OBC Contratadas, Bogotá)

Varias OBC consideraron que la charla, la asesoría y la conversación educativa son un enganche

efectivo, más allá que solo los preservativos, para que la gente pueda hacerse la prueba. Así pues, los paquetes de servicios por ser gratuitos e inmediatos fueron percibidos como un pretexto para que los usuarios pudieran acceder a otros servicios, más allá de la prueba. Las OBC contratadas percibieron que su articulación con otras actividades culturales y ferias de servicios de salud fue una gran estrategia, pues se permitían aprovechar la congregación de cientos de personas. Se articularon a actividades como screen, taller de bicicletas, ferias de servicios, ferias institucionales, reinado, actos conmemorativos, entre otras.

Algunas OBC decidieron, como estrategia, dar una lectura de las necesidades poblacionales, implementar acciones educativas y hacer la búsqueda activa de la población oculta. Generalmente se abarcaron espacios de encuentro como bares, saunas, videos, cabinas, entre otros. Pero también llegaron a espacios más genéricos como universidades, empresas privadas, ciclovías, plazas y parques. Las OBC también usaron los dispositivos móviles y las redes sociales como Tinder, Manhunt y Grindr, entre otras aplicaciones de citas. Ante esto último, algunas OBC dijeron que la trayectoria de trabajo que tienen con HSH les dio bastante credibilidad para con los usuarios, que luego llegaban a sus puntos de atención.

“Si yo creo que facilitar el acceso al servicio es lo que da la inmediatez del paquete (...). Con los hombres que tienen sexo con otros hombres, o sea que son personas, que tienen esposas y una vida. Entonces surgían preguntas con relación a cuál era el factor de riesgo asociado a sus compañeras, cosas como esas, que digamos no es tan fácil abrirse a hablar de esas cosas. Entonces generar ese espacio de confianza y la inmediatez del servicio yo siento que sí es un logro también. (...) algunas [personas] llaman buscando el servicio, porque la gratuidad también ayudo bastante”. (OBC Contratadas, Bogotá, 103:15).

Se reconoció que es necesario un proceso de entendimiento de la población clave, quienes ya no son ignorantes en la temática, validan la información brindada y demandan más información al momento de la intervención, por ejemplo, las implicaciones de un tratamiento para VIH cuando se está en un tratamiento hormonal, o se consume SPA, o si se es una trabajadora sexual en el caso de las mujeres trans.

Una de las estrategias más efectivas que vieron las OBC para abordar las mujeres trans fue las jornadas donde se ofrecían varios servicios por parte de la Secretaría Distrital de Salud, como vacunaciones para hepatitis B y otros relacionados con la salud sexual. Allí se pudieron articular los talleres, los paquetes de prevención y las pruebas de VIH. De esta manera se abordaron junto con los CAIDS a las mujeres trans. Se habló también de consejos de belleza, de hormonización, entre otros.

“Con las mujeres trans se tuvo que levantar unas necesidades que evidentemente no cruzan simplemente con VIH, sino, de hecho, esas necesidades son muy pocas. Ellas tienen miles de necesidades por las cuales también a veces deciden no hacer la prueba VIH, porque es más importante pensar en la hormonización o pensar en trabajar y el cliente antes que mirar si viven o no con VIH”. (OBC Contratadas, Bogotá, 104:3).

Otra de las estrategias que usaron las OBC contratadas para lograr el abordaje de la población

clave fue mediante las redes de contactos que tenían. Algunas organizaciones estaban trabajando con otros Proyectos o programas y así llegaron a la gente. Incluso se contrataron líderes pares (antes que ENTerritorio reconociera esta figura) que trabajaban en juntas de acciones comunales y ayudaron con sus redes. Específicamente para la población PID, una de las estrategias usadas por las OBC fue el uso de una camioneta que se parqueaba en la mitad de los barrios, hacía perifoneo y entregaba kits. Era un punto de atención móvil que recorrió toda Bogotá.

“Entonces a los de clase media, clase alta, les llegábamos por eventos culturales: vamos a hacer un encuentro de jazz, el jazz y la heroína, tal. Y vamos a regalar naloxona. Entonces llegan todos lindos, cachetones, de color, bien vestidos, oliendo rico (…). Y a los de la calle sí era como un local abierto y vengan por jeringas cuando quieran y salíamos a buscarlos”. (OBC Contratadas, Bogotá, 101:13)

En el caso de las personas inyectoras de drogas, el equipo local resalta la importancia de reconocer las dinámicas propias de esta población y adoptar las estrategias de forma coherente para lograr los resultados esperados.

“Y pues, lecciones aprendidas con ellos [los PID], pues a conocerlos. No, la lección es que sin conocerlos y sin trabajar con ellos, sin escucharlos, sin saber cuáles son sus necesidades, sus gustos, sus riesgos, sus dificultades, pues hubiera sido muy difícil plantear una estrategia de intervención para ellos, por no decir que imposible. Porque desde aquí, desde la superficie, desde la mesa de trabajo, pues pensábamos una cosa, pero ya oyéndolos, viéndolos en campo, tratándolos, mirándolos como son y cómo actúan y como son sus lógicas, pues nos dimos cuenta de que era otra cosa. Y pienso que eso es lo que ha hecho que esa estrategia sea efectiva. Si ustedes miran, la única meta que se va a alcanzar al cien por ciento este año es PID”. (Equipo Local, Bogotá, 97:50).

Otra de las estrategias utilizadas con la población PID fue la entrega de jeringas para no más de 3 días, así cada tercer día el usuario podía ir al punto de atención y ser evaluado por los gestores, ofrecerle la prueba e incluso activar las diferentes rutas (de protección social o de atención en salud). Así, para la población PID algunas OBC generaron un punto fijo de atención que funcionaba de 2 de la tarde a 10 de la noche casi todos los días, incluso sábados. El primer punto estuvo ubicado en el centro de Bogotá y luego tuvo que moverse más al norte, por el 7 de agosto, porque ahí también había otra ‘olla’ grande. Otras OBC también crearon puntos fijos, como sus sedes, para la toma de las pruebas. Incluso las fachadas discretas de los edificios ayudaron a que las personas (sobre todo HSH) tuvieran algo de confidencialidad y se realizaran la prueba. (OBC Contratadas, Bogotá).

En general para los actores de la respuesta, la canalización se fortaleció gracias al Proyecto, en gran parte debido a la intervención con las EAPB y sus barreras institucionales. Muchos de los gestores eran los encargados de este proceso y las organizaciones resaltaron su trabajo, aunque también se apoyaban de los funcionarios al interior de las entidades. Respecto a la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo, la Secretaría Distrital de salud mencionó que existe y está activa la ruta de atención y que consideraron que las personas con resultado reactivo están vinculadas al programa.

En su conjunto las subredes, reconocieron varias estrategias exitosas en el abordaje de la población y en la recepción de los paquetes de servicios. En el caso de la subred 1, se mencionó que se logró una cobertura del 96%, cifra que refleja la búsqueda efectiva de la población clave, el ajuste de las acciones en los horarios de la población clave y la posibilidad de contar con una OBC, la cual posee un punto de atención estratégico, en una zona de alto impacto. Para la subred también es clave que su rol se haya reconocido como fundamental en el sistema de atención a esta población (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:6). Estos resultados, según la persona entrevistada, también obedecieron a la confianza establecida en el abordaje, en el reconocimiento por parte de la población de que la información que les están brindando es válida por ende acceden a realizarse el tamizaje y se reconoció que es la misma población que se movilizó y articuló a otras personas en la intervención (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:18), en el uso del chaleco verde, el cual ya es reconocido en el espacio público como un distintivo del Proyecto (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:19).

También se reconoció como exitosa la práctica de repetir lugares, generar incentivos para que las personas vuelvan y construir confianza en el espacio público (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:21) y la entrega de materiales informativos (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:25), los cuales, en su conjunto, materializan la visión preventiva del Proyecto (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:22). Se mencionó que las personas deben entender que *“el problema es de lo que hago y no de lo que soy”* (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:52). Se recomendó valorar la entrega de objetos que generen el hábito de hacerse la prueba, como fue, el caso exitoso del espejo entregado a mujeres trans, el cual llevaba el mensaje *“hazte la prueba, la prueba es tu derecho”*, el cual tuvo una buena respuesta y según la persona entrevistada contribuyó a la conciencia frente al tamizaje.

“También tenemos claro cuando estábamos viendo los datos de post 2018-2019, mira en el 2016 a hoy, la subred 1 tiene 515 casos de VIH que estamos atendiendo, pero solo entre 2018 y 2019 hicimos 390. Eso quiere decir que cuando nosotros tuvimos la potestad y los recursos y las facilidades de hacer más pruebas, pues evidentemente diagnosticamos a más gente de nuestro territorio”. (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:54)

Respecto a la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo, en la subred 1 se señaló que han enviado varios correos de canalización y solo hasta los últimos intentos han recibido una respuesta positiva por parte de las EAPB (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:11). Adicionalmente se recomendó la inclusión de otras poblaciones en el Proyecto, entre ellos los hombres trans y repensar en general la priorización de unas poblaciones sobre otras (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:13), así como la intervención diferenciada con mujeres trans, ya que en repetidas ocasiones han manifestado que no quieren participar en ningún Proyecto porque las han utilizado (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:72).

En el caso de la subred 2, se mencionó que se adelantaron acciones en espacios públicos y en lugares como bares, peluquerías, gimnasios y centros comerciales, donde aceptaran la actividad. Reconocieron que el paquete que se brindaba era educativo y llamativo; no obstante, se resaltó que existe una resistencia entre posibles HSH en ser visibilizados como tal (ESE-Subred-2, Bogotá, 93:3). Respecto al abordaje de las mujeres trans *“buscarlas, encontrarlas y que den el espacio no es tan fácil, pero ya en el momento que uno logra tener contacto con una de ellas y que de pronto sea la líder de las demás y les explique bien la actividad ya aceptaban”* (ESE-Subred-2, Bogotá, 93:4). No

obstante, en esta subred señalaron que tienen población de mujeres trans que vienen de municipios aledaños y su EAPB no tiene cobertura en la ciudad, lo cual representa una dificultad para esta población (ESE-Subred-2, Bogotá, 93:6).

La subred 3 consideró que el Proyecto mejoró el acceso al tamizaje y mientras hizo parte del Proyecto, implementó una estrategia donde la meta de entrega de paquetes y la meta de tamizaje era responsabilidad de la dupla de personas contratadas. De esta manera, el gestor se veía obligado a ayudarlo a la auxiliar para cumplir su meta y viceversa (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:17). Asimismo, se implementó la estrategia de pares que permitió adelantar acciones con un conocimiento previo del territorio y las dinámicas de la población clave, por ejemplo, en jornadas nocturnas.

Por otra parte, en esta subred se vincularon con las unidades de atención presentes en la zona, quienes les brindaban un consultorio y en ese caso, los gestores realizaban la demanda inducida alrededor de la unidad, así como a jornadas de salud y puntos de atención fijos, por ejemplo, en centros comerciales (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:22). Reconocieron que el paquete que se brindaba era un buen incentivo, pero también valoran positivamente el discurso que manejan tanto las auxiliares como los gestores frente al VIH y que, en el caso de los gestores, de manera voluntaria, compartían su experiencia de vida para sensibilizar a la persona (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:28). Sin embargo, se identificó que no tiene un mecanismo para corroborar que las personas que dicen ser HSH para acceder al tamizaje, realmente cumplan con las características de los HSH.

La subred 4 señaló que en la ejecución evidenciaron que debían realizar varios intentos y entregas de paquetes para que las personas accedieran a realizarse la prueba rápida (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:8) y se vieron en la necesidad de brindar varias sensibilizaciones para que las personas intervenidas no percibieran que estaban siendo utilizados y de esta manera, ser reconocidos como aliados de las personas y las localidades (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:10). Se refirió una experiencia exitosa con mujeres trans, la cual fue la realización de un reinado donde ellas *“de pronto se sintieron parte de la acción”* y eventualmente accedieron al tamizaje. (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:11), asimismo, señalaron incentivos económicos y articulación con fiestas exclusivas para la población clave, porque han evidenciado que la charla por sí sola, no es efectiva (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:12).

Asimismo, se recomendó incluir un teléfono de contacto en el formato de entrega de paquetes. No obstante, la recepción de los paquetes establecidos fue positiva y refirieron que trabajaran en las piezas comunicativas, con antelación al evento y la difusión en redes sociales, para que las personas supieran que van a hacer parte de esa actividad y no haya lugar a tensiones (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:26). Adicionalmente se recibieron varias solicitudes de poblaciones no incluidas en el Proyecto de ser reconocidas e incluidas, entre ellas lesbianas y hombres trans (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:17).

Respecto a la vinculación a los servicios de salud de las personas tamizadas con resultado reactivo, en la subred 4 se mencionó que la coordinadora del convenio hacía el seguimiento de manera personal a estos casos [dado que es la única persona que tiene acceso a esta información] (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:13).

El Comité Intersectorial consideró que, a pesar de las actividades de entregas de paquetes y de educación no era seguro que se lograra el acceso a la prueba de tamizaje; pero por lo menos en estas entregas se

garantizaba que se disminuyera el riesgo de transmisión (Comité Intersectorial, Bogotá, 91:20). Para que no se remita en solo aceptar la prueba por “*el premio*” de los paquetes de preservativos considera que debería haber un mayor acercamiento y poder de convencimiento para educar sobre una mejor calidad de vida al acceder al tratamiento (Comité Intersectorial, Bogotá, 91:22).

Las EAPB contemplaron que las intervenciones realizadas desde los servicios comunitarios han funcionado en la medida en que ha ayudado a sensibilizar más a la población en la parte del autocuidado y del autorreconocimiento de las propias patologías. Sin embargo, no hubo mucha evidencia el que el usuario hubiera ido directamente a solicitar citas y se haya concientizado. Se identificaron estas aproximaciones cuando ya se tamizaban y salía la prueba reactiva (EAPB, Bogotá, 96:17).

En cuanto a la población clave hay distinciones en las percepciones dependiendo de si se habla desde la posición de las mujeres trans frente a la posición de los HSH. Por un lado, los HSH expresaron que además de la prueba que les realizaron, les brindaron una orientación acerca de la forma de transmisión del virus y de la manera en que podían prevenir su transmisión, de esta manera se entiende que a pesar de que para los HSH eran pruebas que se realizaban de manera rápida, ellos podían aprovechar estos espacios de una manera también pedagógica y obtener de allí herramientas que podían usar a futuro (HSH, Bogotá, 114:1).

Uno de los aspectos que más rescataron los HSH de la posibilidad de asistir a estos espacios, es que esto les brinda un acceso a la información sobre el virus, porque mencionaron que antes de esto no conocían nada acerca del VIH, pero después de asistir al espacio, ya tienen un acercamiento a la información de cómo se transmite, de los riesgos, las formas en que pueden prevenirlo, etc., adicionalmente a eso, les genera la idea de que se pueden informar sobre eso y estar más atentos de la forma en que pueden cuidarse (HSH, Bogotá, 115:1).

Para los HSH también es de gran importancia que se escogen de manera estratégica los sitios donde se van a realizar estas actividades, debido a que, gracias a la confluencia de gente que existe en ferias, ciclovías, etc., le abren la posibilidad a que más personas puedan acceder a estas pruebas y a estos espacios (HSH, Bogotá, 115:4); adicionalmente, encuentran que son espacios donde la información que se les brinda, se hace de manera accesible, porque termina siendo una conversación en la que se sienten incluidos y de la que pueden entender por la manera en que se hace y los términos que se utilizan (HSH, Bogotá, 112:4).

La opinión de los HSH sobre el tiempo de espera que tuvieron al realizarse la prueba y el acceso a la orientación fue un aspecto muy positivo, ya que cuando lo comparan con su experiencia en el seguro, al ir a realizarse este tipo de procedimientos, prefieren no hacerlo, debido a la demora y a la cantidad de trámites que deben hacer. Por lo anterior, consideraron que este proceso es mejor debido a lo rápido y a que es mucho más sencillo (HSH, Bogotá, 114:3).

Para los beneficiarios, terminó siendo un espacio muy provechoso al que quisieran que más gente pudiera acceder, consideraron entonces que, es una actividad a la que ven la necesidad de invitar a sus conocidos, no solo aquellos que son considerados población vulnerable, sino a todos en general, que estarían interesados en realizarse la prueba y además acceder a los conocimientos que brindan este tipo de espacios (HSH, Bogotá, 115:6). También existe la concepción de que no solo debería

ser para población clave, sino que además también deberían cubrir a la población heterosexual, porque saben que existe una cantidad considerable de mujeres que pueden adquirir el virus de sus maridos, para los HSH es una población con alta exposición al virus pero que no se está identificando como población vulnerable (HSH, Bogotá, 115:9).

En lo que respecta a las mujeres trans, la percepción que tienen acerca de las actividades es muy variada, en principio existe la concepción de que es muy valioso la entrega de paquetes con lubricantes y condones y que se les realicen charlas informativas, pero para ellas aún existe un trabajo detrás de toda la actividad, en principio el pensarse la metodología de estas actividades para que puedan atraer la atención de las personas, porque para ellas las charlas aún no están preparadas de la mejor manera para una población tan diversa (, Bogotá, 109:1).

Para las mujeres trans, estos espacios tienen una gran importancia, porque existen muchas mujeres más jóvenes que aún no tienen información acerca del virus, entonces las mujeres con más experiencia se encargan de llevarlas para que se enteren de que son espacios a los que asisten para informarse acerca de la prevención, acerca del uso de condón, en donde se les brindan herramientas sobre las rutas que pueden tomar (MTRANS, Bogotá, 109:8).

Sobre aquellas actividades que ya se han realizado, reconocieron su relevancia en los talleres en donde aprendieron sobre las enfermedades e infecciones en todo lo que respecta a la transmisión sexual, adicionalmente, la forma en que estos aprendizajes pueden ser utilizados para que ellas mismas generen sus propias estrategias de pedagogía sobre temáticas sexuales y de cuidado (MTRANS, Bogotá, 110:2).

Si se abordan las necesidades en cada contexto, se debe tener en cuenta una de las propuestas realizadas por las mujeres trans, en la que dicen que el tema del VIH no solamente se debe tratar en su prevención y riesgos de manera general, sino que se deben tener en cuenta todas las diferencias que pueden existir en una misma población, por ejemplo: si existe consumo de drogas, si es una trabajadora sexual, qué es lo que puede suceder con el tratamiento hormonal de una mujer trans mezclado con el tratamiento de una persona VIH positiva, etc. (MTRANS, Bogotá, 110:12) También se debe generar un conocimiento sobre la manera en que pueden manejar una enfermedad así en las EAPB, cuáles son las rutas de atención que deben seguir si salen reactivas, un acompañamiento más prolongado y que no quede reducido a realizar la prueba en sí. (MTRANS, Bogotá, 110:15)

En cuanto a lo anterior, la importancia que reconocen en el trabajo con las mujeres que ejercen la prostitución, es muy grande, esto debido a que, en su contexto muchas veces se dirigen a este tipo de espacios solo por el hecho de recibir los condones, pero cuando existe un proceso pedagógico en el que se habla del tema, ellas tienden a ser más receptivas sobre esto y a generar más interés en conocer sobre el cuidado a más profundidad. (MTRANS, Bogotá, 111:9)

Una de las metodologías que más les ha gustado tiene que ver con el involucramiento, por parte de las instituciones que realizan estas actividades, a mujeres trans que hacían parte del espacio. Porque ellas se sentían más acompañadas y con más confianza sobre el proceso ya que eso les generaba una seguridad de que iban a tener más acompañamiento en el caso de que una prueba pudiera salir reactiva, las hacía pensar que, al estar con alguien más cercano, pudiera haber más

empatía y podrían entenderse mejor (MTRANS, Bogotá, 110:3). Una de las críticas que se realizan al proceso es al acompañamiento psicológico, el cual para ellas termina siendo algo que solo existe en el momento de la prueba, pero que cuando ellas se van a su casa pueden entrar en alguna crisis y no va a estar nadie para acompañarlas, para las mujeres trans, el acompañamiento psicológico debería ser más completo (MTRANS-Bogotá, 110:9).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Una de las críticas que tienen las OBC hacia el Proyecto es que se promueve un enfoque diferencial, pero sus paquetes de servicios para HSH y mujeres trans están estandarizados. Para ambas poblaciones vale igual el paquete, ambas se pagaban al mismo precio. Sin embargo, las necesidades de abordaje eran distintas y las mujeres trans solían requerir más acciones y más esfuerzo. Por tanto, recomendaron las OBC que debería hacerse más inversión en las actividades que realizan las mujeres trans para así lograr acercarlas más a las pruebas. Por ejemplo, se habló de la realización de ferias conmemorativas (como la realizada por una OBC por las mujeres trans asesinadas en cada localidad), reinados, desfiles, espectáculos de talentos, entre otras (OBC Contratada, Bogotá).

Desde las percepciones de las OBC, la canalización de las personas que se inyectan drogas fue muy difícil, pues el sistema de salud no está preparado. Por ejemplo, la Secretaría Distrital de salud consideraron que es muy lenta y ofrece poca capacidad de respuesta: en sus hospitales públicos tienen muy pocas camas para la atención y rehabilitación, que se puede demorar en ser entregadas (cerca de 6 meses). Estos son tiempos que un usuario PID nunca va a aguantar por los efectos del síndrome de abstinencia (OBC Contratada, Bogotá).

Uno de los logros del Proyecto fue ir a los territorios y zonas en donde se encuentra la población. Desde el PIC también se hacía en ciertas jornadas, pero con algunas restricciones en cuanto a los horarios mientras que en territorio podrían trabajar en horas de la noche o fines de semana (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:13) Sin embargo, este acercamiento a la población se convierte en un arma de doble filo ya que toma un carácter asistencialista y la gente acostumbra que le tengan que llevar la atención. Es necesario que la gente tome conciencia y responsabilidad de su propia salud con las herramientas que se le dieron desde el Proyecto (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:19).

Frente a la atención a mujeres trans persisten barreras de parte y parte, ya sea por desconocimiento o por estigmatización. El acercamiento con esta población sigue generando desafíos en el Proyecto. Se reconocieron como oportunidades de mejora la preparación de charlas específicas a esta población y la vinculación en red con población más joven y el acompañamiento psicológico.

Las mujeres trans en ocasiones sentían que las otras personas que realizaban las pruebas carecían de conocimiento en cuanto a la diversidad sexual y de género, esto provocaba que se pudieran sentir incómodas, lo que podía dificultar el proceso, para ellas es muy importante que quienes hagan estos procedimientos entiendan que no es solo tomar la prueba, sino que haya un acompañamiento real. (MTRANS, Bogotá, 110:4)

Como debilidad, una EAPB expone el momento de la canalización ya que muchas veces no se tiene información completa sobre la persona para que la institución, posteriormente, pueda ubicarlos. Se

hizo la recomendación de que, al momento del tamizaje, cualquiera de la población clave que fuera, se pudiera obtener más información del sitio de permanencia para favorecer la búsqueda a través de la subred o la secretaría de integración social (EAPB, Bogotá, 96:24).

Se reconoció que el conocimiento sobre las intervenciones realizadas solo se evidencia en los casos que la prueba tenía resultado reactivo, pero se desconoce si las personas sensibilizadas han disminuido sus prácticas de riesgo o si han implementado medidas de autocuidado con base en la información suministrada por el Proyecto (EAPB-Bogotá, 96:17).

(iii) Recomendaciones de los actores

El equipo local recomienda que se debieran hacer unos paquetes diferenciados, en donde los que se les dan a las mujeres trans tengan más preservativos que los de los HSH, debido a que generalmente ellas piden más. También recomendaron que se pueda abordar a las mujeres trans con otros elementos como bonos, alimentación, maquillaje, entre otros.

Las OBC recomendaron que se tenían que dar nuevas miradas sobre el VIH y considerarlo como un factor de riesgo asociado a otras infecciones, prácticas o medicamentos (como el PrEP). Es decir, temas novedosos que atraigan más a la gente o que les muestre la importancia de poder acceder los servicios de salud y que estar sano implica toda una atención integral, incluso con otros servicios sociales.

Las OBC recomendaron que se deben tocar más espacios privados como empresas, universidades, colegios, juntas de acción comunal, organizaciones juveniles de barrio. En general, mirar más allá de los sitios tradicionales de encuentro y en lo posible tratar de vincular otras dinámicas y poblaciones: migrantes extranjeros, nuevas ollas de expendio y consumo de drogas, nuevos focos de habitabilidad en calle, entre otros.

Algunas OBC recomendaron, de acuerdo con su experiencia, que las acciones de canalización siempre tienen que estar acompañadas de un componente social, que trate a los usuarios como personas y que, según sus necesidades, los orienten de mejor manera hacia la ruta. De hecho, la mayoría de las organizaciones hicieron el ejercicio personalizado de llamar a los usuarios reactivos, preguntarles cómo les estaba yendo en el proceso, qué dificultades tenían y acompañarlas y direccionarlas siempre. Esta, según rescatan las OBC, es una de las ventajas que tienen sobre las instituciones estatales.

Una de las recomendaciones que se hace desde los HSH es que las actividades sean notificadas a las personas con tiempo, porque muchas veces la difusión que se hace queda corta, las personas que se terminan enterando no cubren a todas las personas que se encuentran interesadas en asistir a estos espacios (HSH, Bogotá, 112:9).

Las mujeres trans proponen que las actividades debiesen pensarse de otra forma, que la mejor manera de abarcar más población es realizar estas actividades directamente en el territorio, con las mujeres, no centrarse en llenar encuestas sino en todo lo que tiene que ver con construir conocimiento con ellas (MTRANS, Bogotá, 109:9).

La otra propuesta que se realiza desde el grupo de mujeres trans, es que a las mismas mujeres trans las capaciten en la realización de estas pruebas, como una forma de empoderamiento, en la que puedan asistirse mejor entre ellas y generar mayor cohesión como grupo (MTRANS, Bogotá, 110:5), lo que en realidad les generaría mayor seguridad y confianza a la hora de realizarse estos procedimientos, porque serían personas que ellas mismas elegirían para estas actividades (MTRANS, Bogotá, 110:6).

Existe entonces una diferencia entre los espacios que para las mujeres trans, terminan siendo legítimos, espacios que son propios, donde ellas ya saben cómo se deben tratar sin ofenderse o lastimarse, manteniendo una acción basada en el cuidado, a diferencia de los espacios externos a sus comunidades, en los cuales se sienten incómodas (MTRANS, Bogotá, 111:11).

Asimismo, las mujeres trans que pueden tener más experiencia en el tema tienen la misma percepción de que las personas que realizan las pruebas no están debidamente capacitadas, no solo en conocimiento sobre el virus, sino además en el trato a las personas que acuden a los espacios, porque en el momento de abordar a la persona no tienen la suficiente empatía, eso hace que carezcan de confianza y que generan esa sensación de que en realidad no conocen del tema, lo que provoca que las mujeres trans no asistan a los espacios. (MTRANS, Bogotá, 111:1).

Esta percepción se debe a que no se realiza la debida comunicación acerca de lo que realmente significa ir a realizarse la prueba. Ellas consideraron que la información debe ser más clara, acerca de que se trata de jornadas de tamizaje y de autocuidado, que es lo que podría llamar más la atención, conjugado al hecho de que son pruebas rápidas y tienen el resultado de manera inmediata (MTRANS, Bogotá, 111:2).

E. Estrategias de comunicación

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Las estrategias de comunicación se percibieron como efectivas, contextualizadas y útiles. Se resaltó la ventaja de las piezas digitales sobre las piezas convencionales, porque les permitieron articularse con distintos eventos y contextualizar la información, mientras que las piezas convencionales como volantes se percibieron como poco valoradas e interesantes. Según el equipo local las piezas comunicativas digitales que se han generado en el Proyecto han incrementado la demanda de los servicios de prevención, pues ha sido fácil movilizarlo por las redes sociales, como por ejemplo WhatsApp. Mucha gente se ha interesado e informado por estos medios. Respecto a las piezas impresas el equipo no tiene una opinión precisa pues, aunque las consideran buenas, creen que mucha gente se encarta al llevar volantes.

“(…) de pronto la gente se siente es encartada a la hora que uno empiece a entregarle volantes, piezas comunicativas impresas. Por lo menos con la estrategia PID salió una pieza comunicativa que ya no está disponible en estos momentos, que era bien interesante porque era en un papel como impermeable. Sí, entonces, como en gran parte eran habitantes de calle entonces les sirvió, les servía. Era una cosa así grandota, les servía tanto para sentarse en el piso si estaba lloviendo

como para lavarlo y utilizar ahí para hacer su proceso de mezcla de la sustancia. Entonces, esa por los menos fue una pieza clave, sirvió muchísimo. Pero ya los volanticos de hazte la prueba y el uso del condón, pues la gente como que ya ha eso no le va, no. Hay que darle otra visión, sí". (Equipo Local, Bogotá, 97:51)

En la subred 1 se mencionó que las piezas entregadas eran útiles, aunque les hace falta enfoque diferencial, consideraron que son piezas que no todo el mundo va a consumir y adicionalmente creen que una pieza física no funciona y recomienda que se contemplen objetos cotidianos, que las personas puedan utilizar para algo (ESE-Subred-1, Bogotá, 90:27). Respecto a los documentos desarrollados dentro del convenio no se hace mención.

En la subred 2 se refirió que las piezas eran claras y concretas que tenían la información que realmente se necesita saber (ESE-Subred-2 Bogotá,93:9). *"Las guías eran adecuadas y nos sirvieron para aprender y saber cómo desarrollar la actividad". (ESE-Subred-2 93:12)*

En la subred 4 se mencionó la implementación de una estrategia a la medida de cada actividad, donde se diseñaron las piezas comunicativas de acuerdo con el propósito de la actividad y el mensaje que quería transmitir el establecimiento aliado (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:27). Frente a las guías desarrolladas dentro del convenio, se consideraron que eran pertinentes, respecto a las guías alojadas en la aplicación señalaron que los profesionales de la salud no las usan por falta de tiempo, pereza y desinterés y recomendaron que se haga una sensibilización sobre el uso de estas y que sean más amigables (ESE-Subred-4, Bogotá, 116:33).

En la subred 4 occidente mencionan que "tenemos los rotafolios que entregó ENTerritorio, ese material se entregó en las unidades de atención para sensibilizar e instruir en el abordaje de la temática (ESE-Subred-3, Bogotá, 95:27). El equipo local consideró que se dio un logro y un avance con el diseño de la App sobre las guías de manejo de práctica clínica, pues tenía un fácil uso y era muy accesible desde cualquier celular por cualquier persona.

Para las OBC contratadas, las piezas comunicativas que generó ENTerritorio sí llegaron a las poblaciones. Sin embargo, algunas organizaciones consideraron que se debería tener en cuenta que no todas las personas tienen acceso a las redes sociales virtuales o que, al menos, son seguidores de sus páginas y de estas actividades. Por tanto, creen que es difícil conocer el impacto real que tuvieron las piezas digitales.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Respecto a las piezas comunicativas, las OBC dijeron que tuvieron algunas dificultades para que los encargados de comunicación pudieran escuchar lo que el terreno estaba reflejando. Es decir, lo que las personas en la calle estaban demandando. En gran medida sintieron las organizaciones que lo que se comunicaba gráficamente estaba atravesado por una mirada institucional de lo políticamente correcto y transformaban el mensaje que querían dar: se obvió y eliminó la jerga de las comunidades.

Respecto a la aplicación y los materiales entregados en el marco del Acuerdo de Subvención las percepciones son heterogéneas. Mientras que algunas las consideraban fáciles, instructivas

y accesibles, otros reconocían que sabían de su existencia, pero no las usaban. La EAPB indicó que no le entregaron material informativo, sino que se ha manejado la publicidad a nivel interno, tampoco tiene conocimiento sobre el aplicativo móvil de las guías sobre VIH que desarrolló el Proyecto (EAPB-Bogotá, 96:10).

(iii) Recomendaciones de los actores

Respecto a las piezas comunicativas impresas, las OBC dijeron que hay que revisarlas totalmente porque a muchas personas no les interesó mucho el asunto y recomendaron que ellas desde su experiencia y capacidad podrían estar a cargo de un rubro para las comunicaciones. Dado que sus actividades están constantemente publicadas en distintas redes sociales virtuales (Grindr, Facebook, Instagram, Snapchat, WhatsApp, Youtube, entre otras) podrían llegar a mucha gente en vez de gastar papel. Según dijeron, los costos podrían ser similares al equivalente de imprimir 10.000 cartillas.

Para algunas organizaciones, aunque las piezas comunicativas digitales funcionaban bien, eran muy básicas. Por ende, recomendaron que debiesen innovar en cómo se está invitado a la gente, puesto que hay otros espacios y lenguajes digitales. Por ejemplo, se podrían hacer videos cortos e imágenes en movimiento (archivos gif) que inviten a realizarse la prueba y dar información respecto al VIH.

Ciudades de Pereira – Dosquebradas

Las acciones en el marco del Acuerdo de Subvención en 2017 estuvieron enfocadas tanto en la socialización del Proyecto, como en la definición de actividades comunes y complementarias para el logro de sus objetivos. El Proyecto se presentó al Consejo Municipal y se reactivó el Comité de Salud Sexual y Reproductiva, donde participan la Gobernación de Risaralda, la Alcaldía de Dosquebradas y la Alcaldía de Pereira y se logró la vinculación formal de Dosquebradas en el Proyecto.

Se realizaron procesos de acercamiento y articulación y con el Consejo Seccional de Drogas y el Comité Departamental de Drogas con quienes se acordó una articulación con la Policía Nacional dado que, en experiencias anteriores, se habían presentado incautaciones de kits entregados a PID. Con el Programa Habitante de Calle de Pereira y Dosquebradas se coordinó una ruta de identificación y vinculación de servicios de salud y de protección social con PID y se estableció un enlace con el Programa de Diversidad Sexual de la Secretaría de Desarrollo Social. Se realizaron reuniones con OBC con el fin de vincularlas a la construcción del plan local de respuesta frente al VIH, quienes se vincularon al Comité de Salud Sexual y Reproductiva. Con los organismos de control se conformó una mesa de trabajo para la atención de posibles barreras relacionadas con el acceso al diagnóstico y atención integral. Con las OBC se conformó una mesa de trabajo con cuatro organizaciones con interés en el tema de VIH: Fundación Plataformas, Colectivo Prisma, Fundación Hábitat y Fundación VIHIDAS en Rojo. También se realizó trabajo articulado con las OBC Fundación Plataformas, Teméride, Asociación Cultural Mestizando y ACOME (Asociación Colombiana Médica Estudiantil) a través de talleres de formación y socialización de la guía rápida de atención integral con enfoque de vulnerabilidad, reuniones con entes de control y grupos focales para la construcción de la guía de planificación y control social en VIH.

El Comité Departamental de Salud Sexual y Reproductiva dio las indicaciones a las EAPB sobre los

casos que se canalizarían a partir de las acciones del Proyecto y se presentarían los avances en el Sistema SISCO-SSR (Circular 21 de 2017), para lo cual se capacitó a las IPS y EAPB en el manejo del sistema de información.

Por su parte el Consejo Municipal adoptó los lineamientos para la formulación del plan de respuesta local frente al VIH en el municipio de Pereira y definió la ruta de trabajo de la política municipal frente al VIH y la asignación de responsabilidades a despachos municipales y entidades pertinentes (Acuerdo 041 de 2017). Para implementar lo acordado se conformó un Comité de Formulación del Plan Local de Respuesta para adelantar procesos de concertación con la Secretaría de Salud y Secretarías de Gobierno, Educación, Cultura y Desarrollo Social (ENTerritorio, 2017).

En 2018, la ESE Salud Pereira asume la operación de las actividades de promoción, prevención y tamizaje del Proyecto. El equipo de Salud Sexual y Reproductiva de la Secretaría de Salud de Pereira se articuló con el equipo de la E.S.E Salud Pereira, para realizar actividades de entrega de condones y aplicación de pruebas rápidas de VIH a poblaciones diferentes a PID. En asociación con el Comité de Salud Sexual y Reproductiva del departamento se realizaron dos talleres de capacitación en APV dirigidos a OBC, EAPB e IPS. La Universidad Tecnológica de Pereira en asociación con ENTerritorio y con apoyo de los observatorios de infancia y juventud, realizaron el diplomado en Reducción del Daño en Inyectores de Drogas en donde participaron miembros de la sociedad civil, academia, representantes de secretarías de salud, EAPB e IPS.

La ejecución del Proyecto se realizó en 2017 con la OBC ATS, en 2018 la OBC Consultoría Universitaria ganó la convocatoria para ejecutar las acciones de promoción y prevención con la ESE Salud Pereira. No obstante, esta OBC renunció al poco tiempo de haber empezado actividades. Ante esta situación la ESE Salud Pereira asumió la operación de todas las actividades del Proyecto, contratando a pares que forman parte de OBC. (ENTerritorio, 2017).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

La asistencia técnica ofrecida por el equipo local de ENTerritorio se vio reflejada en casi todos los ámbitos, desde el acompañamiento a la implementación del PIC a los entes territoriales hasta la adopción del sistema de información SISCO-SSR. Varios actores entrevistados, como las Secretarías de Salud y las Mesas Intersectoriales, consideraron que la asistencia técnica realizada por el equipo local fue de carácter permanente y oportuna, sobre todo en temas de abordaje a la población clave, enfoque diferencial y la mirada integral de la problemática.

El equipo local realizó capacitaciones con los profesionales de salud contratados por las ESE, dado que, por temas que se explican en el apartado de Esquemas de Implementación, no siempre cumplían con el perfil requerido o nunca habían trabajado con PID, que son en su mayoría habitantes de calle. Realizaron, entonces, varias jornadas de sensibilización y supervisiones en campo.

El equipo local también realizó capacitaciones en SISCO-SSR para el ingreso de la información, reporte de actividades y correcciones, y semanalmente hizo revisión y retroalimentación de formatos.

Por otro lado, se realizó un diplomado gratuito para distintos actores (academia, OBC, sociedad civil, secretarías, funcionarios públicos, policías y psicólogos, entre otros) y estuvo respaldado por la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP) y se pudieron capacitar 60 personas. Fue tan buena su acogida que con la UTP pensaron en hacer una especialización en salud mental comunitaria (Equipo Local, Pereira, 82:98).

Por su parte, la Secretaría de Salud de Pereira subrayó la calidad humana y profesional del personal del Proyecto. El referente de Salud Sexual y Reproductiva de dicha Secretaría afirmó que el acompañamiento del equipo local también les permitió generar intercambios de saberes, reconocer sus avances y dar a conocer su experiencia a otras ciudades (Secretaría de Salud, Pereira, 88:2).

“El Proyecto nos dio el aprendizaje y las herramientas para poder continuar con algo similar, sabemos que no será lo mismo, porque obviamente el Proyecto tiene unas idoneidades que no posee el municipio, pero que ya al menos tenemos la experiencia en el abordaje de la población”. (Secretaría de Salud, Pereira, 88:17)

La Secretaría de Salud de Dosquebradas también percibió que el Proyecto sensibilizó a sus funcionarios frente al estigma y la discriminación hacia la población clave y las acciones de intervención. El Proyecto también generó un entendimiento de estas como competencia de las instituciones de salud, en términos de salud pública, y como acatamiento de los lineamientos establecidos por el MSPS. La Secretaría de Salud recibió capacitaciones en ruta de atención, prevención del consumo y abordaje de la población clave. (Secretaría de Salud, Dosquebradas).

Por su parte, la Mesa de Habitante de Calle destacó la disposición para trabajar del equipo local del Proyecto, los logros en la estructuración de mesas de trabajo con roles claramente establecidos y el haber brindado un enfoque aterrizado del abordaje de la temática de habitante de calle. La Mesa reconoció la asesoría técnica en conceptualización, terminología técnica y afianzamiento de protocolos de atención (Mesa, Pereira, 70:62).

“Fue muy difícil pues poner tantos actores a hablar de lo mismo, pero yo siento que desde ahí es donde se ha venido surgiendo las estrategias. Porque FONADE también ha hecho los acercamientos, los hemos hecho con las defensorías del pueblo (…). Entonces, digamos que gracias a FONADE fue el engranaje, ¿cierto? Como que la disposición del personal, citamos a la procuradora, citamos al defensor del pueblo, y lo hacía siempre FONADE”. (Mesa, Pereira, 70:42).

Adicionalmente, por parte del equipo local de ENTerritorio se realizaron reuniones mensuales con la ESE para retroalimentar la ejecución del Proyecto, colaboraron cuando la ESE tenía dificultades y facilitaron el acercamiento con las instituciones correspondientes para que la entidad pudiera desarrollar su trabajo.

(ii) Recomendaciones de los actores

Una de las recomendaciones que surgió por parte de los profesionales de salud entrevistados fue respecto a las mejoras en los procesos de capacitación para los funcionarios de las ESE. Argumentaron que es necesario idear una estrategia para que las capacitaciones tengan más acogida y se repliquen y socialicen de una mejor manera. Uno de los inconvenientes que tienen los funcionarios es la disponibilidad de horarios, así que recomendaron establecer un día para realizar las capacitaciones o

generar plataformas virtuales que les permita adoptar los conocimientos pertinentes.

“(…) nosotras que somos administrativas y que manejamos los programas, nosotros sí tenemos la disponibilidad de ir, pero nosotros acá para replicar y socializar es muy difícil, es muy complicado. Entonces hay que buscar estrategias para que los médicos como que conozcan y apliquen, hay que buscar las estrategias, virtuales (…). De pronto en un primer nivel que sea solamente el médico, la enfermera, no sé, si cierran agenda y permitan que todo el día estén en capacitación (…). Entonces como mirar, buscar una forma virtual o algo en los que ya se pueda ingresar un link o algo en lo que se pueda hacer capacitaciones, y así hacerlo como por socializar”. (Profesionales de Salud, Dosquebradas, 72:11).

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

La articulación en la ciudad de Pereira tuvo varios hitos y aspectos claves. En un primer momento, el Proyecto se acercó a los entes territoriales para la firma de un convenio que incluía a Pereira, Dosquebradas y Risaralda y se socializó la responsabilidad que tenía cada actor en el Proyecto. Les presentaron el Proyecto, cómo era el proceso de operación, cuál sería la participación financiera de ENTerritorio a lo largo de los tres años y qué comprendía la cofinanciación. Se dio un proceso de integración con planeación local y se construyó un plan de trabajo con las Secretarías de Salud de Pereira, Dosquebradas y la Departamental. Para el equipo local fue un logro la sincronización de estos actores, pues antes habían estado trabajando de forma separada. Esta articulación la atribuyó el equipo local a las buenas y fuertes relaciones que tenían con los funcionarios de distintas instituciones administrativas (Equipo Local, Pereira, 82:100).

Las actividades relacionadas con el Proyecto recayeron en las Secretarías de Salud. No obstante, el Programa de Habitante de Calle, que era liderado por la Secretaría de Desarrollo Social, se articuló desde un inicio. Se realizaron también mesas permanentes de trabajo entre las tres secretarías y para el 2018, estas se vincularon con la entrega de material, pruebas rápidas de VIH y con profesionales de apoyo.

En Pereira y Dosquebradas, que son ciudades con más del 50% de la población del departamento de Risaralda, fue de gran ayuda contar con la Secretaría de Salud Departamental para unir esfuerzos en conjunto en torno a las acciones de promoción y prevención.

“(…) fue un avance que las secretarías se empoderaron y sacaron y generaron recursos propios para poder dar una respuesta, porque ellos antes estaban contando con los recursos de [la fundación] Open Society y los recursos del Ministerio del Interior y del Fondo Nacional de Estupefacientes. Digamos que no se coordinaban tanto con esas entidades para hacer actividades en conjunto, como lo hacen con nosotros y cada quien trabajaba por su lado lo que tenía que ver con el VIH, con drogas y los que distribuían los kits”. (Equipo Local, Pereira, 82:5).

El equipo local logró también la participación y asesoría de la Procuraduría, que hizo seguimiento a los entes territoriales de salud para garantizar los insumos necesarios y su entrega oportuna,

aunque esta no siempre se cumplió. En sintonía similar, la Secretaría de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas mencionó que el equipo local no se limitó a acompañar a esta secretaría, sino que hicieron enlaces con otras a través de la administración directamente, gestionando reuniones con la alcaldía. También dijeron que el equipo local socializó el Proyecto en la Mesa Metropolitana y con los entes de control, como la Contraloría y la Defensoría del Pueblo, recalando la condición humana de la población clave (Secretaría de Salud, Dosquebradas 73:3).

En este contexto de articulación entre las Secretarías de Salud, el Comité Departamental de Salud Sexual y Reproductiva indicó (Circular 021 del 2017) a todas las IPS y EAPB que las pruebas realizadas por el Proyecto eran válidas y no tenían necesidad de repetirse en los usuarios, esto con el fin de mejorar la ruta de atención y garantizar la no duplicidad de los procesos (Secretaría de Salud, Dosquebradas, 73:21).

El equipo local logró la vinculación de las Secretarías de Desarrollo Social, les mostraron la importancia de su participación y cómo podían hacerla: contribuyendo al abordaje de la población al promover albergue, alimentación, cédulas o registros civiles, servicios de peluquería o de rehabilitación, entre otros. Lo anterior se dio gracias a que el equipo local identificó que el abordaje de la población PID, en su mayoría habitantes de calle, era más efectivo a través del abordaje integral, lo cual planteó la necesidad de involucrar a otras instituciones que no trabajan con VIH, pero sí con la población clave (Equipo Local, Pereira, 82:8-9).

El representante de la Policía entrevistado también refirió que un logro del Proyecto fue su articulación con las secretarías y su aproximación a la realidad y a los lugares en donde se encuentran los habitantes de calle, en aras de dar una respuesta al fenómeno (Policía, Dosquebradas, 71:1).

La Defensoría del Pueblo también dijo haber sido garante ante las secretarías de gobierno en los municipios y las secretarías de salud cuando se hizo la cofinanciación de las actividades del PIC. La entidad afirmó estar dispuesta a intervenir siempre dadas sus funciones misionales, y porque en la Defensoría Regional de Risaralda hay funcionarios sensibles al tema, conocedores de las consecuencias de no atender a esta población (Defensoría del Pueblo, Pereira, 79:1).

Por su parte, una de las profesionales de la ESE manifestó su participación en actividades de socialización, así como la realización de unidades de análisis de mortalidad y participación en los COVES (Comités de Vigilancia Epidemiológica), donde se hicieron invitaciones al Proyecto. Asimismo, se facilitaron escenarios de articulación con otras entidades como la Secretaría de Salud de Dosquebradas (Profesionales de la Salud, Dosquebradas, 72:1).

Con dicha Secretaría hubo permanente contacto, pues esta se comunicaba con la ESE Santa Mónica para solicitar citas de usuarios inyectores a los cuales les faltaba el resultado de VIH, o ya tenían la prueba rápida y les faltaba la confirmatoria, o corroborar el historial clínico y determinar si esos usuarios también tenían alguna hepatitis. Y de forma viceversa, si la ESE requería contactar con alguno de los usuarios se comunicaba con la Secretaría de Salud de Dosquebradas ya que ella tenía una base de datos focalizada en la población PID (Profesionales de la Salud, Dosquebradas, 72:2).

Para otro profesional de la salud, gracias a la constante comunicación que se dio con el equipo local, se logró compartir la información y tener una perspectiva más técnica de cómo aplicar el programa de reducción del daño y prevención del riesgo. Igualmente, este programa se logró implementar gracias a la interrelación de la IPS donde trabajaba la entrevistada con la ESE Salud Pereira, con el personal

de ENTerritorio y con la población clave (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:6).

Este profesional de la salud coincidió en que una de las fortalezas del Proyecto fue hacer visible el fenómeno del VIH ligado al consumo de drogas inyectables, así como también haber generado la vinculación de diversos actores e instituciones para darle una respuesta (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:19).

Igualmente, la ESE tuvo articulación con la Secretaría de Salud de Dosquebradas, la de Pereira y la Departamental cuando estas hacían tomas masivas o cuando hacían encuentros con la ciudadanía. En estos espacios la ESE apoyaba, llevaba las carpas y tomaba las pruebas de tamizaje, aunque solo a la población clave. No obstante, las auxiliares de enfermería apoyaban a la secretaría en el tamizaje a la población general (ESE, Pereira, 81:15)

El equipo local percibió como logro del Proyecto el diálogo entre los programas de VIH y los de salud mental de los municipios, porque antes se miraba el tema de consumo de heroína más dentro del marco de la reducción de riesgos y daños y se enfocaba en otros temas como la distribución de la naloxona, la hepatitis C y la prevención de sobredosis. Estos temas los venían trabajando las secretarías con el Fondo Nacional de Estupefacientes, el Ministerio del interior y Open Society Foundations. Luego, con el Proyecto tomaron en cuenta el tema de VIH y empezaron a invertir recursos e insumos para la Población Inyectora de Drogas (Equipo Local, Pereira, 82:6).

El referente en salud sexual y reproductiva de la Secretaría de Salud de Pereira mencionó que realizaron procesos coordinados de promoción y prevención no solo en VIH, sino en otras infecciones de transmisión sexual, y participaron en los espacios intersectoriales socializando la Política Pública de Salud Sexual y Reproductiva. En conjunto se identificaron las necesidades de la población y acciones pertinentes en la problemática (Referente SSR, Pereira, 89:25).

La coordinadora del componente de salud mental de la Secretaría de Salud de Pereira reconoció la sinergia existente con el componente de SSR, los aprendizajes adquiridos en la ejecución de recursos de cooperación y la sensibilización hecha con las EAPB y las IPS. Se describió como objetivo conjunto el establecimiento de un plan de acción para las futuras administraciones (Referente Salud Mental, Secretaría de Salud, Pereira, 86:28). La Secretaría de Salud y Seguridad social de Dosquebradas participó en los espacios intersectoriales realizando reuniones con los componentes de SSR y salud mental, así como con las EPAB atendiendo las dificultades expresadas por otros actores del comité, y haciendo seguimiento a las soluciones planteadas por los actores responsables. Identificaron como logros alcanzados a través del Proyecto el trabajo articulado al interior de la secretaría, y también externo con otros actores, como la sociedad civil, para ampliar la oferta de servicios a la población clave.

Durante la ejecución del Proyecto, la OBC entrevistada afirmó que tuvo muchos diálogos con instituciones como colegios, redes de salud, la administración municipal, entre otras, y se vinculó a las actividades que realizaban. Además, diseñó una propuesta pedagógica que tenía un énfasis muy fuerte en prevención del VIH, prevención de ITS, prevención de hepatitis C, prevención de sobredosis e inyecciones de menor riesgo (o “higiénica”). La OBC entrevistada también afirmó que había trabajado con otras organizaciones en temas como la recolección de residuos, la recolección

y la entrega secundarias de materiales, siempre enmarcados dentro de la “vigilancia comunitaria en VIH”. Estos temas lo trabajaron con organizaciones que tenían como objeto misional las poblaciones LGBTI u otros fines (OBC Contratada, Pereira, 83:5).

Las secretarías de salud entrevistadas destacaron como un logro asociado al Proyecto el establecimiento de la Mesa Metropolitana de Habitante de Calle en 2017 y la Mesa Municipal del Programa de Habitante de Calle de Dosquebradas en 2019. Allí participaban y discutían temas pertinentes sobre el VIH y la atención integral a la población PID con actores institucionales, EAPB y OBC, entre otras. En estos espacios las secretarías también comentaban las dificultades y los avances en temas de VIH y hacían un llamado constante a otros actores para que se vincularan a la intervención, dado que reconocían que la oferta era insuficiente. La Secretaría de Salud de Pereira reconoció que, a nivel institucional, entre las secretarías de Salud, existen buenas relaciones, se entiende la magnitud de la problemática y la necesidad de establecer alianzas para lograr un mejor resultado, entendido como el bienestar de la población clave (Secretaría de Salud, Pereira, 88:3).

Para las mesas, la vinculación con las secretarías fue clave porque *“al vincularnos con ellos engrandecemos el proceso de atención y más aún cuando la población clave, por su misma dinámica de consumo, requiere un proceso adicional para atender de manera inmediata”* (Mesa, Pereira, 70:34). Se realizaron encuentros de participación ciudadana excediendo el alcance de las brigadas y articulando la administración, la comunidad y la población clave en un solo espacio.

Desde las mesas intersectoriales se percibió como un logro del Proyecto el abordaje a nivel metropolitano de la problemática, de una forma unificada y programática. El Proyecto tuvo espacios de participación y socialización en concejos de gobierno, concejos de política social y en el despacho municipal (Mesa, Pereira, 70:20). Dicho abordaje desde el área metropolitana fue posible porque en las mesas de trabajo con la Secretaría de Gobierno se identificó la necesidad de tener varios responsables directos en la intervención. Esta articulación dio como resultado la creación de la Mesa Metropolitana de Habitante de Calle, mencionan que fue *“muy difícil porque pues poner tantos actores a hablar de lo mismo, pero yo siento que desde ahí es donde se ha venido surgiendo las estrategias”* (Mesa, Pereira, 70:42).

Las mesas intersectoriales valoraron el trabajo del Proyecto en la citación a las reuniones de trabajo. Como resultado reciente se identificó una carta de navegación en la temática de Habitante de Calle para los planes de desarrollo propuestos por los candidatos a la alcaldía, esta carta de navegación surgió como una propuesta de los funcionarios de ENTerritorio (Mesa, Pereira, 70:43).

Asimismo, en la Alcaldía de Dosquebradas se creó la Mesa Permanente para atención integral al habitante de calle (Decreto 157 del 12 de junio de 2019) que tendrá como objetivo coordinar la construcción y formulación del programa piloto para el habitante de calle, así como proponer estrategias que busquen la calidad de vida de esta población, entre ellas las acciones del Proyecto (Mesa, Pereira, 70:38).

Por su parte, la ESE indicó que participó del Comité de Salud Mental, el de VIH y otras reuniones con la Secretaría de Salud. Sin embargo, no mencionó la participación en la Mesa de Habitante de Calle que existía desde el 2017 (ESE, Pereira, 81:32).

En el proceso de articulación intersectorial, el Proyecto vio necesario articularse con actores que no hacían parte de la Ampliación de la Respuesta, pero que incidían inevitablemente en el desarrollo de las acciones de promoción y prevención. Tal es el caso de la Policía, quién atendiendo el llamado de una parte de la comunidad, en un principio no comprendió el sentido de las acciones dirigidas a la población PID (entrega de jeringas), por lo que decomisaba los paquetes entregados y limitaba los espacios de desarrollo de actividades.

Por tanto, se realizó un ejercicio articulado con la ESE Salud Pereira y la Secretaría de Gobierno donde se brindó capacitación a los funcionarios de la Policía y se sensibilizaron frente a las actividades del Proyecto y las dinámicas de vida y consumo de la población PID (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:15). En este sentido, se hizo el acercamiento al comando departamental. Luego, con las estrategias de información y la realización de las actividades en los barrios, la vinculación con los líderes de las Juntas Comunales y la vinculación de los vecinos de la comunidad para que observaran las actividades, se asimiló más el objetivo del Proyecto y se disminuyó el estigma creado (ESE, Pereira, 81:24).

Desde la policía se consideró que las actividades del Proyecto fueron de suma importancia ya que la comunidad en general no estaba informada al respecto de la situación de los habitantes de calle y el consumo de sustancias psicoactivas. En este sentido, también fue importante saber llegar a la comunidad e informar adecuadamente sobre las actividades de entrega de kits y jeringas para esclarecer que esto no contribuye al aumento del consumo de estupefacientes.

La Defensoría del Pueblo dijo haber participado en distintas etapas del Proyecto, particularmente cuando hubo entidades locales que interfirieron en su desarrollo, como la Policía. Considerando el derecho que tiene la población PID a la atención y los servicios de salud, la Defensoría realizó junto a los otros actores mesas de trabajo en Pereira y Dosquebradas para establecer responsabilidades, las competencias, los compromisos en la ubicación de las personas PID, y establecer los territorios de entrega oportuna de kits (Defensoría, Pereira, 79:2).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

La Secretaría de Salud de Risaralda mencionó que como institución departamental participó en el Comité de SSR, donde se abordaba la relación entre la problemática de VIH y PID en el área metropolitana con actores institucionales, EAPB y OBC. Sin embargo, percibió como una debilidad que la agenda intersectorial era acaparada por estas temáticas, aunque existían otras que merecían su espacio (Secretaría de Salud, Risaralda, 87:17).

Desde la coordinación del componente de Salud Mental de la Secretaría de Salud de Pereira, se reconoció las limitantes institucionales, en el sentido que *“desde los programas nosotros acompañamos, pero no podemos estar haciéndole intervención, ni interventoría, porque no es la tarea nuestra”*. (Referente Salud Mental, Secretaría de Salud, Pereira, 86:28).

Por otro lado, frente a los procesos de articulación, se evidenció que una parte de la comunidad aledaña a donde se llevaban a cabo las acciones no comprendió el sentido de las acciones ni los objetivos del Proyecto. Reflejo de esto fueron las llamadas de incomodidad hechas a la Policía manifestando la

entrega de jeringas en espacios públicos. Esto no era bien visto a causa del estigma social que hay detrás del consumo de drogas (Policía-Dosquebradas, 71:1). No obstante, el equipo local contactó a la Defensoría del Pueblo y con su voluntad, se elevó una queja (Equipo Local, Pereira, 82:66).

(iii) Recomendaciones de los actores

Dado que el Proyecto no tiene énfasis en prevención de sobredosis ni énfasis en el acceso a la naloxona, y luego de ver que estos temas son clave para la población PID, el equipo local recomendó que se debieran abarcar este tipo de temas u otros enfocados en la disminución del riesgo, para ampliar la respuesta al VIH de una forma integral en la población clave (Equipo Local, Pereira, 82:7).

Por su parte, la Secretaría de Salud de Pereira recomendó que se debiera dar una retroalimentación constante con los hallazgos en terreno a nivel nacional y hacer una invitación desde el orden nacional a que las secretarías se articulen más, en beneficio de la población clave. Asimismo, recomendó que se lleve esta temática a las agendas políticas de gobernantes, para que se interesen por ella y vean este tipo de intervenciones como favorables y posibles (Secretaría de Salud, Pereira, 88:25).

Desde las mesas intersectoriales se recomendó habilitar efectivamente los servicios de promoción y prevención en varios municipios del departamento y articularse de mejor manera con la Secretaría de Gobierno para que la policía no les quite los kits a los operadores de campo u obstaculice el desarrollo de las acciones del Proyecto. Las mesas también consideran necesario adquirir herramientas de liderazgo para lograr una mejor articulación con otras entidades del Estado y otros actores de la Respuesta (Mesa, Pereira, 70:22). Sin embargo, la Policía después de haber aclarado que fue un malentendido, recomendó que se le debe dar continuidad a este tipo de actividades, ya que si se dejan de hacer por una semana o un mes, los indicadores vuelven a elevarse. También consideraron que sería pertinente vincular a los candidatos políticos y comprometerlos a la continuidad de estos Proyectos (Policía, Dosquebradas, 71:3). Adicionalmente, consideraron que, a pesar de la voluntad de los operadores de campo del Proyecto, estos presentan dificultades en términos de movilidad y de sus equipos logísticos. Por lo tanto, recomendaron que debieran dotarlos mejor y vincular más personas para que trabajen con ellos (Policía, Dosquebradas, 71:4).

Una de las profesionales de salud de Pereira afirmó que es necesario fortalecer la intersectorialidad con las instituciones públicas para que coordinen labores y se resuelva el tema del consumo del SPA, o que por lo menos debe haber una gestión de redes y gestión política para que las acciones en terreno no parezcan ilegales, como en casos que los operadores de campo tenían que cargar los kits escondidos en la maleta. Es necesaria esa gestión para evitar el estigma y la discriminación y otros inconvenientes con otras instituciones como lo ocurrido con la policía al comienzo del Proyecto (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:20-24).

Desde la Defensoría se dieron dos recomendaciones. Por un lado, recomendó que el financiador del Proyecto se reúna con ellos, les entregue cifras y les exponga experiencias positivas de otros países para ayudar a instalar una capacidad técnica y profesional que les permita ser multiplicadores de la respuesta. De otro lado, recomendó que se haga una mejor publicidad para un próximo Proyecto para que llame la atención de la gente, incluidas las autoridades y la sociedad civil, donde se pueda

establecer metas de trabajo y compromiso en la reducción de la población PID a cero (Defensoría del Pueblo, Pereira, 79:9).

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Gracias a la gestión realizada por el equipo local de ENTerritorio con las secretarías de salud municipales y departamentales, este año (2019) se logró invertir en el primer Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en Pereira, aunque fue un proceso arduo y difícil debido a las tensiones entre los funcionarios de las instituciones. Por ejemplo, antes de 2017 los programas de VIH de Pereira y Risaralda no se comunicaban entre sí (Equipo Local, Pereira, 82:15).

El equipo local también les brindó asesorías a las secretarías de salud desde el primer año sobre cómo tendría que ser la distribución de los recursos del PIC cada año: el primero sería el Fondo Mundial quien aportaría los insumos y el personal, y el segundo y tercer año las secretarías tendrían que planear los recursos. Por tanto, otro logro del equipo local fue la integración de los equipos PIC de las secretarías municipales a las actividades del Proyecto: brigadas, jornadas educativas, encuentros de ciudadanía, entre otras (Equipo Local, Pereira, 82:74).

Desde la Secretaría de Salud de Risaralda se mencionó que en un principio recibieron varios llamados para tener una participación más directa en el Proyecto, pero solamente hasta 2019 se pudo hacer un parte presupuestal de cien millones de pesos para la compra de kits y pruebas rápidas para contribuir a las metas del Proyecto (Secretaría de Salud Departamental, Risaralda, 87:1).

En Pereira se dio una articulación efectiva entre las acciones del Proyecto porque dentro de PIC existen varias actividades que confluyen para la población específicamente, así como otros servicios, entre ellos el aseguramiento (Secretaría de Salud, Pereira, 88:19). Desde la Secretaría de Salud se observó que la temática está en la agenda de otras instituciones públicas y esto se reconoció como un avance. El componente de SSR de la secretaría verificó que todas las instituciones prestadoras de salud ofrecían las pruebas rápidas de acuerdo con la guía de práctica clínica de 2014 (Referente SSR, Secretaría de Salud, Pereira, 89:27).

También se mencionó desde el componente de salud mental de la Secretaría de Salud de Pereira que se retomó la experiencia obtenida en Proyectos anteriores con la población PID y actualmente se considera dentro del PIC la continuidad del equipo básico en salud mental para la atención de la población clave (Referente SSR, Secretaría de Salud, Pereira).

En Dosquebradas se dio una articulación efectiva entre las acciones del Proyecto porque desde el componente de SSR, en 2018 y 2019 fueron entregados kits a través del PIC. Se menciona que la Secretaría Departamental se comprometió con la entrega de pruebas rápidas para su aplicación, la cual a partir de octubre será realizada por personal dispuesto por la Secretaría de Salud Municipal (Secretaría de Salud, Dosquebradas, 73:4). Por otra parte, la activación de la ruta de atención

en salud se hizo directamente con la ESE Hospital Santa Mónica, siguiendo la reglamentación establecida en la circular 21 de 2017.

La Mesa Intersectorial participó en el fortalecimiento de la ruta de atención en la articulación de las acciones del Proyecto en el PIC desde 2018, y se concretó la decisión que a través de los PIC se empezara a contratar también personal para la atención de la población.

Respecto a la implementación de la ruta, las OBC pudieron articularse a los Planes de Intervenciones Colectivas ejecutando procesos de promoción y prevención con los recursos que les donaba la Secretaría de Salud de Pereira. Las organizaciones afirmaron que hacían trabajos en los horarios en los que los actuales ejecutores del Proyecto no lo hacían. Esto debido a que la población PID podía no tener kits porque los botaba, los vendía, los regalaba o los compartía. El compromiso adquirido con la Secretaría de Salud fue registrar estos insumos en el SISCO- SSR como parte de la contrapartida PIC y cuando salieran usuarios reactivos remitírselos directamente.

“Esos kits pues obviamente son parte de la compra que hace el municipio y de muy buena manera la secretaría nos los entrega para que nosotros hagamos el trabajo educativo. Y el trabajo educativo que nuestro programa de reducción de daños hace, es esa, educación en VIH, pruebas de VIH, pruebas de hepatitis C; hacemos entrega de naloxona, educación y prevención de sobredosis; hacemos entrega de guardianes, recolección secundaria, entrega secundaria de jeringas”. (OBC no Contratada, Pereira, 83:22).

Por otro lado, el equipo local creó buenas sinergias con las EAPB y se tenían comunicaciones constantes: ellas le reportaban al equipo los casos de los usuarios que asistían o no a las citas médicas. En similar sintonía, la Secretaría de Salud Departamental mencionó también que habían contactado, en repetidas ocasiones a las EAPB para que se vincularan a las actividades realizadas con población clave y se obtuvo una buena respuesta.

Desde la Secretaría de Salud Departamental se brindó apoyo en la construcción de los lineamientos y la definición de la ruta de atención, pero se reconoció que su carácter no era asistencial, es decir, que no realizaban actividades en campo. Asimismo, para las personas no afiliadas en el departamento, se mencionó la existencia de una ruta de atención establecida a través del CRUE (Secretaría de Salud Departamental, Risaralda, 87:13).

La Secretaría de Salud de Pereira también identificó como fortaleza en el proceso de articulación, la capacidad de “construir sobre lo construido”, por lo que inicialmente elaboró una matriz donde se relacionaron las actividades que se adelantaban (según la Resolución 518 de 2015), se estableció el seguimiento e identificó posibles redundancias en las acciones.

Otro aspecto por considerar es que en la Mesa Intersectorial se reconoció la importancia del certificado de habitante de calle, pues es el documento que permite activar la ruta de atención en salud. Desde la Mesa se evalúa la ruta de atención y sus posibles barreras y se evalúan solicitudes antes que se lleven a la Superintendencia, teniendo en cuenta que la Mesa, ni sus integrantes hacen control a las IPS (Mesa, Pereira, 70:46)

Desde la Personería el trabajo se centró en la vigilancia a los prestadores de salud que atendían a

población. La Personería ha velado por el cumplimiento de derechos de los usuarios VIH, ya que la norma establece que desde el área de salud se deben tener condiciones específicas en la atención. Por ejemplo, las EAPB deben tener un diagnóstico diferencial, tratamiento especial, y la entrega de medicamentos tiene que hacerse en el mismo lugar de la atención (Personería, Pereira, 80:02).

Una de las profesionales de la salud mencionó que el papel que ellas cumplen dentro de la ruta se refiere a la captación, el diagnóstico y la posterior canalización de los usuarios a sus respectivas EAPB, o se hacía la gestión para ingresarlo al SISBEN, en coordinación con la Secretaría de Salud, en los casos que no estuvieran afiliados para que también tuvieran un acceso a la ruta de atención. Describen su ruta de la siguiente manera:

“(…) todo paciente que se le tome la prueba rápida al VIH, si le sale reactiva, le tomamos la prueba VIH anticuerpo 1 y 2, y si esa nos sale confirmada, inmediatamente el paciente se remite a la EAPB de atención. Si no tiene EAPB de atención está la Alcaldía, por decir algo, y no tiene nada ese paciente se le debe indicar. Entonces ahí es donde uno le dice: Secretaría de Salud, tenemos este paciente, hay que ayudarlo a gestionar la parte del ingreso. Igual que lo remitimos a trabajo social, ella hace una parte, pero más que todo la Secretaría de Salud como ese empalme que haga para ingresar a los pacientes”. (Profesionales de la Salud, Dosquebradas, 72:8).

Igualmente, se hacían las búsquedas institucionales. Cuando llegaba el usuario inyector y quería empezar su proceso, o usuarios que estuvieran hospitalizados, o que hubiera ido por consulta externa, los médicos estaban capacitados y ellos le debían mandar una serie de exámenes clínicos como hepatitis B, hepatitis C, VIH, sífilis, y tenían que hacer todo su proceso. En la ESE se tomaba el paquete y si se requería control, o hacer remisiones; se pasaba con el médico de salud mental y con él se le asignaban las citas, o si se requería una prioridad por alguna situación, él trabajaba con estos usuarios (Profesionales de la Salud, Dosquebradas, 72:8).

La ruta de atención de la ESE Salud Pereira para la atención de VIH funcionaba primero con la prueba rápida que se hacía en campo, si salía la prueba positiva, entonces captaban el usuario y lo traían hasta la institución para hacerle la segunda prueba. El usuario era el primero que se atendía. Se realizaba luego la asesoría pretest y la asesoría post test y si daba reactivo se direccionaba con un acompañamiento al laboratorio para que le dieran prioridad y así evitar el síndrome de abstinencia. Entonces, ya cuando se diagnosticaba el usuario era direccionado vía correo electrónico a la EAPB, para que ellos lo buscaran y lo llevaran a las citas programadas.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Desde la Mesa Intersectorial, que evalúa la ruta de atención, sus posibles barreras y las solicitudes que serán remitidas a la Superintendencia de Salud, se percibió como una debilidad que “la ruta existe, existe y está diseñada por el modelo MIAS, y todo lo demás, pero no es oportuna para la población habitante de calle” (Mesa, Pereira, 70:52). Esto, según explicó, porque no siempre se tienen habilitados efectivamente los servicios de salud en el municipio. Una percepción similar también fue compartida por el equipo local, dado que solo se habilitó una IPS para atender la población del Proyecto y no siempre tenía cupos suficientes (Equipo Local, Pereira, 82:62).

En similar sintonía, la Personería dijo que algunas EAPB o prestadores de salud no tienen la infraestructura suficiente; en el mismo sitio de atención no suelen hacer la entrega de medicamentos, los exámenes de laboratorio clínico o realizar los controles. Esto se constituye como una barrera administrativa e institucional en la cual interviene la Personería para salvaguardar los derechos de los usuarios, particularmente aquellos ya afiliados a las EAPB (Personería, Pereira, 80:03). Adicionalmente, para el equipo local, una debilidad fue que no hubo un proceso de control y veeduría de las OBC sobre la ruta de atención, pues a estas no les interesaba (Equipo Local, Pereira, 82:70).

La Secretaría de Salud Departamental de Risaralda reconoció que, a nivel general, una de las acciones que se debe fortalecer para la población PID es la realización de la prueba confirmatoria y el ingreso a un programa de atención integral (Secretaría de Salud Departamental, Risaralda, 87:10).

Desde la ESE y el equipo local se vio que el acceso a la ruta de atención se torna más complicado con cierta población habitante de calle en la medida que no siempre quieren asistir a las citas por más que se les indique y recomiende. De hecho, se hacía de manera constante la indicación que ya los casos muy reacios firmarían un acta en la que se les informaba la asistencia a la cita, pero igualmente no iban (ESE, Pereira, 81:19).

“¿Cuál es el problema? Que ellos incumplen las citas, entonces ellos dicen nos encontramos mañana y se les da el pasaje y hasta refrigerios, de cuenta del equipo porque para eso no hay recursos. Entonces, el mismo equipo y nosotros también, aportamos. Se les da el refrigerio y el transporte, los esperan, los llevan, los traen, y hemos tenido casos que en la puerta de la institución se van, y en la puerta del laboratorio”. (Equipo Local, Pereira, 82:58)

No obstante, como contraste, algunos usuarios PID mostraban más disposición y aceptación porque era ellos mismos quienes se acercaban al centro de salud para que les ayudaran con las citas médicas, la cedulación o los trámites de la afiliación (ESE, Pereira, 81:20).

(iii) Recomendaciones de los actores

Desde la Personería se recomendó, por un lado, que se debería intervenir y trabajar también con la población privada de la libertad pues está en espacios fáciles de caracterizar, aunque estos no tienen las condiciones físicas para recibir el tratamiento y los controles médicos (Personería, Pereira, 80:04). Por otro lado, la Personería expuso la necesidad de hacer una buena caracterización de la población habitante de calle dado que si se supiera en dónde se encuentran, podrían acceder más fácilmente a sus medicamentos, dado que por su condición de “nomadismo” no es fácil mantenerse en el tratamiento (Personería, Pereira, 80:05). Esta visión también fue compartida por la Secretaría de Salud de Pereira, quien identificó la necesidad de caracterizar a la población clave y brindar una actualización permanente, así como la necesidad de una retroalimentación constante con los hallazgos en terreno (Secretaría de Salud, Pereira, 88:18).

Además, la persona entrevistada del componente de salud mental, de la Secretaría de Salud de Pereira, consideró que es necesario acercarse a los prestadores y aseguradores en salud a las actividades del Proyecto para poder dar una respuesta más efectiva frente al VIH (Referente Salud Mental, Secretaría Pereira 86:37).

Una de las profesionales de salud dijo, a modo de recomendación, que se debería habilitar una sede en donde los usuarios pudieran ir para evitar las dificultades del trabajo en terreno. Un espacio donde se encuentren todos los profesionales en salud: trabajo social, psicología, infectólogos, médicos, enfermeras. La existencia de un equipo integral podría llegar a hacer más profunda la atención de los usuarios (Profesional de salud, Pereira, 84:18). Otro profesional de la salud mencionó que hubo inconsistencias en relación con la financiación del PIC, ya que los recursos tuvieron que salir a través de la resolución 518 de 2015, que tendrían que ser por parte del Estado, pero estos salieron de otros lados. Por lo tanto, recomendó que los programas de reducción de riesgos, daños y VIH sean financiados correctamente por el gobierno (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:22).

“(…) que los programas de reducción de riesgos y daños metodológicamente sean avalados con intervenciones de salud, programas de salud y que el gobierno haga destinación específica, fondos. Porque siempre dicen que en el PIC hay recursos, pero es mentiras. Porque salud sexual y reproductiva tienen unas metas específicas con destinación específica de fondos. Vacunación la misma cosa. Entonces, esos dos monstruos cogen las 518 y la hacen así y se llevan todos los recursos y salud mental no está por ningún lado y el tema pues de VIH y transmisibles tampoco. Entonces, esa sería una necesidad grande, que desde el gobierno central se destinen fondos específicamente para esos programas”. (Profesionales de la Salud, Pereira, 85:23).

D. Modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Desde la visión del equipo local de ENTerritorio el Proyecto logró ser permanente y muy reconocido en la ciudad de Pereira, lo cual permitió que la población PID se acercara sola a los puntos de atención. Es decir, no se requirió un entrenamiento técnico especial al personal, pero sí una actitud que permitiera la construcción de vínculos con la población. De hecho, el equipo local comentó que se identificaron personas que iban a un punto de atención solamente si veían a una persona que le tenían confianza (Equipo Local, Pereira, 82:33).

Otro logro del equipo local, desde su visión, fue la identificación de cerca del 80% de los habitantes de calle, la gran mayoría PID. Los lugares más frecuentados eran el puente del BL, el sector de La Soledad, El Diamante, y la zona principal de la avenida Simón Bolívar. Allí el equipo distribuyó paquetes de atención (kits) casi todos los días de la semana durante más o menos 5 o 6 horas al día. Además, se logró identificar los ritos y lógicas propias de cada lugar y de la población (Equipo Local, Pereira, 82:22).

Desde la perspectiva de la OBC entrevistada fue gracias a su trabajo con otros sectores que se pudo incluir este tipo de Proyectos a la población PID, dado que la sociedad civil de Pereira estuvo trabajando varios años en temas de prevención y consumo de drogas, y luego sus efectos asociados al VIH y otras ITS. Gracias a ello, sus recomendaciones se vieron reflejadas en la

Nota Conceptual sobre VIH. Luego, para ellas fue importante mantener esta visión al ejecutar el Proyecto y enfrentarse a las críticas de algunos sectores.

“Yo creo que el ritmo de la historia iba mostrando que eso era lo que tenía que hacerse y eso fue lo que se hizo: montar un programa de jeringas. Entonces, eso digamos empezó como a ganar adeptos, por decirlo de alguna manera, personas que si simpatizaban con esta causa. Y eso ayudó a que se posicionara y se mostrara que era un programa que se podía financiar, que se podía, digamos, respaldar, y creo que eso fue lo que permitió que este tipo de Proyecto se acogiera en la nota conceptual”. (OBC no Contratada, Pereira, 83:11).

Como parte de las estrategias de promoción y prevención, las OBC lograron flexibilizar los horarios para que no fueran tan institucionales: se atendía en la tarde y en la noche a la población (más o menos desde el mediodía hasta las 10 de la noche).

“¿Por qué? Porque son los horarios en los que las personas ya nos habían demostrado que tienen actividad. Al medio día la gente gestiona toda la tarde, y por la tarde llegando la noche, la gente consume y vuelve a gestionar para el otro día. Entonces son los horarios, digamos, en los que hay actividad y es fácil contactar y convocar a todas las personas que van a estar en esa dinámica. Entonces nosotros propusimos, de hecho, esos horarios, que eran más extensos que los que hay ahora”. (OBC Contratada, Pereira, 83:5).

Además de esta variable temporal, las OBC propendían por una territorial: desplazarse a varios lugares y establecer distintos puntos de atención, considerando que la población no permanecía estática en un solo lugar.

“Las personas van a estar, obviamente por la gestión que hacen, en diferentes lugares, donde hay pues, sencillamente, forma de conseguir plata y donde hay forma de conseguir drogas. Entonces, las estrategias de la sociedad civil pues básicamente son ajustadas a las dinámicas de las poblaciones y no como ocurre con el sector salud: la gente se tiene que acomodar a los servicios del sector salud”. (OBC Contratada, Pereira, 83:5).

Para la referente en SSR de la Secretaría de Pereira, las estrategias implementadas por el Proyecto han sido exitosas en la medida en que se han adaptado a los horarios y espacios propios de la población clave, por lo que su permanencia es clave para establecer y mantener una relación de confianza con la población atendida (Referente SSR, Secretaría de Salud, Pereira, 89:15).

Sumado a esto, como el Proyecto fue cambiando, según la perspectiva de la OBC entrevistada, de un trabajo comunitario a un trabajo de atención primaria en salud, tuvieron que acomodar la metodología y propusieron que se hicieran recorridos en carro entre Pereira y Dosquebradas, en los horarios ya descritos, de lunes a sábado. La organización hizo varias brigadas comunitarias y otras actividades en el parque La Libertad, en diferentes barrios y en zonas de consumo. También tuvo diálogos con colegios y entes municipales. Con otras OBC trabajaron el tema de la recolección secundaria de residuos y la entrega de materiales (OBC Contratada, Pereira, 83:5).

Desde la percepción de las personas beneficiarias del Proyecto, de manera generalizada consideraron que fue un gran beneficio participar de las actividades de promoción y entrega de paquetes y kit. Esto se vio como una ayuda para evitar el contagio de ITS u otro tipo de enfermedad.

Por otro lado, luego de que la OBC contratada en 2018 terminara el contrato con la ESE, para cumplir las metas esta estableció alternativas para las actividades de promoción y prevención. Se practicaron recorridos a pie por las zonas que regularmente se encontraban los habitantes de calle. Se duplicó el equipo de trabajo y se buscaron a los usuarios en otros espacios, como en las universidades. Se ampliaron los horarios de trabajo haciendo jornadas en las madrugadas o en las noches. (ESE, Pereira).

En casos que no se contara con el líder o lideresa par, se hacía el diálogo con alguna persona consumidora para que esta hiciera el puente para encontrar más personas para el tamizaje; incluso en los mismos lugares de residencia se hacía el tamizaje y se hacía la entrega del kit para los casos que no querían que la gente se enterara sobre su consumo (ESE, Pereira, 81:8-10). Según la ESE, con estas estrategias se logró cubrir el 100% de las metas de usuarios PID (ESE, Pereira, 81:2).

Varios actores entrevistados percibieron que las actividades de promoción y prevención son efectivas siempre y cuando estén acompañadas de otros servicios. Por ejemplo, para los profesionales de la salud, las actividades de tamizaje hicieron que se incrementara la movilización de actores sociales y que entidades como la Secretaría de Desarrollo Social se articulara a las actividades (Profesionales, Pereira, 85:14). Las personas entrevistadas de la Mesa Intersectorial vieron como fortaleza que las acciones del Proyecto son reconocidas y esperadas por la población clave, pues el intercambio de jeringas y las acciones orientadas a la reducción del riesgo han sido bien recibidas (Mesa, Pereira, 70:8).

Para la Secretaría de Salud y Seguridad social de Dosquebradas la población accede de manera fácil a estas actividades, ya que reconocen los puntos de atención y acceden al tamizaje (Secretaría de Salud, Dosquebradas, 73:14). Además, la coordinadora del componente de Salud Mental de la Secretaría de Salud mencionó que la entrega del kit es efectiva en la medida que se tengan en cuenta los otros factores condicionantes de la población clave. No obstante, si se dejan de lado servicios como albergues o alimentación, sumada a su situación de consumo de SPA, la desconfianza de la población PID hacia este tipo de actividades puede aumentar (Referente Salud Mental, Secretaría de Salud, Pereira, 86:15).

Dentro de las estrategias de entrega de paquetes de servicios, el equipo local vio que era más efectiva la integración con otros servicios como el albergue, la alimentación, las cédulas o registros civiles, servicios de peluquería o la rehabilitación, entre otros. Incluso con una EAPB se logró hacer afiliaciones en campo (Equipo Local, Pereira, 82:57). Esto permitió que cuando aparecían usuarios reactivos, el proceso de canalización fuera inmediato. Además, era casi que obligatorio hacerlo dado que no eran usuarios que autogestionaran sus citas fácilmente.

“El usuario que es reactivo, lo que hace el equipo y está a cargo de la profesional psicosocial, ella hace el direccionamiento a los servicios de salud para la prueba confirmatoria. Pero como no son usuarios que autogestionan su cita y el ingreso a la institución, el mismo equipo con la psicosocial se encarga de conseguirles la cita para que se hagan la prueba confirmatoria”. (Equipo Local, Pereira, 82:58).

La Mesa reconoció que existe un fenómeno social en términos de consumo de SPA, que requiere ser atendido y que la intervención como está planteada hace que la población clave acceda a uno o

varios servicios sanitarios, *“Porque son personas que, con muchas dificultades, vienen a un hospital o se acercan a unas urgencias, entonces realmente el acercarse a la población sí es una gran fortuna”* (Mesa, Pereira, 70:9).

La Mesa Intersectorial consideró que el Proyecto incidió en que los entes territoriales llegaran a una mayor cantidad de población clave y que esta población fuera caracterizada y realizara su proceso de cedulação. Consideró que las acciones del Proyecto fueron un incentivo para captar la población y vincularla a otros programas de la ciudad (Mesa, Pereira, 70:15).

A partir del Proyecto se cuenta con una base de datos actualizada, los funcionarios del Proyecto tienen una historia que contar de la persona, lo que *“les permite tener información de primera mano, obviamente manejada con mucho respeto y con mucha confidencialidad, pero es una información que nosotros por el tema también del diario vivir, de lo que implica manejar un programa, no podemos tener”* (Mesa, Pereira, 70:11).

Dicha información también le permite a los actores de la respuesta identificar aquellas personas que no quieren estar más en la calle, situación que excede las responsabilidades del Proyecto, pero que en terreno es una constante en las necesidades identificadas de la población clave, junto con la necesidad de brindarles otro tipo de servicios en términos de tratamiento, tan simples como entregarles un cepillo de dientes con crema dental (Mesa, Pereira, 70:14) o tan complejas como la habilitación de un tratamiento con metadona (Mesa, Pereira, 70:23).

Sumado a lo anterior, se menciona que las Mesas adelantaron acciones con el Hospital Santa Mónica para tener un espacio destinado al tratamiento con metadona, pero es necesario fortalecer el trabajo con la Secretaría Departamental y el Ministerio de Salud y Protección Social para establecer acciones concretas (Mesa, Pereira, 70:23).

La ESE se logró vincular al Proyecto a través de la oferta institucional con sus profesionales de salud en actividades de brigadas extramurales en tamizaje. Dadas las dificultades para que los usuarios fueran a hacerse la segunda prueba a los centros de salud (que quedaba para algunos en la otra ciudad), se implementó el uso de pruebas rápidas confirmatorias de cuarta generación en campo y se contrató una bacterióloga de una IPS para que las aplicara en las jornadas extramurales, como prueba piloto dentro de las acciones del Proyecto. (ESE, Pereira).

Si salía la primera prueba rápida reactiva, se tomaba inmediatamente la segunda cuando estaba la bacterióloga y, por su profesión, es quien tiene que hacerla, según comentaron el equipo local (Equipo Local, Pereira, 82:65) y la ESE (ESE, Pereira, 81:3). El equipo local logró, además, gestionar esta prueba piloto que involucraba a la bacterióloga gracias al contacto con el gerente de la ESE contratada. Así pues, se hicieron las pruebas confirmatorias en el mismo lugar donde operó el Proyecto, incluso se realizaron a los usuarios que estaban pendientes desde el 2017.

No obstante, dado que era dispendioso tener una bacterióloga en campo todos los días, la ESE buscó alternativas para hacer acciones extramurales que permitieran acceder a la prueba confirmatoria.

“(…) nosotras hicimos unas tomas masivas donde estuviera el bacteriólogo y los pares y todos los muchachos iban y buscaban esos usuarios y lográbamos pues cómo tamizarlos. Y adicional

a eso, entonces, ¿ella [la bacterióloga] qué hizo? Capacitó las dos auxiliares de enfermería que nosotros tenemos para que ellas le tomaran, le sacaran, las pruebas [de sangre]. Les entregó los tubos e inmediatamente el equipo tiene que venir hasta acá a traer la muestra. Mientras que antes no, nos tocaba traer el usuario hasta acá”. (ESE, Pereira, 81:3)

Por lo tanto, también se implementó la estrategia de hacer tomas de muestras de sangre en terreno: luego de que las auxiliares hacían la prueba rápida, tomaban una muestra de sangre con todas las normas de bioseguridad y las llevaban al laboratorio de la IPS. Allí se procedía a hacer la segunda prueba con una técnica diferente y se direccionaba por correo electrónico a la EAPB para que ingresaran los datos al programa. Posteriormente, la EAPB le informaba a ENTerritorio el día del ingreso y ya desde la ESE se captaban a los usuarios y se llevaban a la primera cita, en donde el médico los valoraba, los remitía al infectólogo, a trabajo social y a psicología (Profesionales de la Salud, Pereira, 84:10).

Se dieron casos en que la ESE captaba y tamizaba a usuarios que no eran del régimen subsidiado. En esos eventos, igualmente se realizaba la prueba en laboratorio y posteriormente se reportaba, ya que desde la ESE no podían continuar con los procedimientos. Se informaba a la respectiva EAPB, a través de la trabajadora social del equipo, que tenían una lista de usuarios del Proyecto que la ESE había captado previamente y habían tenido diagnóstico positivo de VIH (ESE, Pereira, 81:33).

Una estrategia que logró el equipo local para tratar la disposición final de las jeringas fue la sensibilización de los usuarios para devolver el material. En los puntos de atención, los operadores de campo siempre ponían una caneca denominada ‘guardián’ para que los usuarios depositaran las jeringas usadas. También hacían recorridos por donde estos estaban y les pedían recoger las jeringas que se encontraban (Equipo Local, Pereira, 82:21).

De manera generalizada, los beneficiarios consideraron que la rotación o préstamo de las jeringas disminuyó, debido a que hubo una mayor conciencia de un posible contagio de VIH o de hepatitis al usar jeringas ajenas. Incluso se facilitó el acceso de la jeringa puesto que en las droguerías les negaban la compra porque tenían que hacerlo por paquetes y no de forma individual.

Además, desde el Proyecto no solo se encargan de entregas de kits sino de regularmente realizar pruebas de tamizaje cada 3 a 6 meses a los usuarios. Como otro de los logros evidenciados fue la parte de enseñanza en el uso de las jeringas ya que algunos de los beneficiarios no sabían manejarlas bien y se lastimaban o incluso adquirían una flebitis por no saberse inyectar (PID, Dosquebradas, 69:2). Igualmente, de la mano de estas actividades, también gustó mucho las actividades de corte de cabello, entrega de ropa y brigadas de baño para la población de habitantes de calle.

Por otro lado, uno de los profesionales de la salud entrevistado percibió un aumento en la demanda de pruebas tamizaje y de servicios de salud, pues la tasa de retorno de las jeringas fue buena e incluso se generó una sobredemanda, ante lo cual no hubo capacidad de respuesta institucional (Profesionales, Pereira, 85:16).

Para el equipo local los paquetes no eran un incentivo para la realización de la prueba de tamizaje, dado que no toda la población PID quería conocer su estado serológico, pero sí recibir los paquetes. Esta visión fue compartida por la ESE, quien además mencionó que con los usuarios PID se torna

más complicado hacer el tamizaje por distintas razones, desde el síndrome de abstinencia hasta las barreras individuales o el temor del resultado (ESE, Pereira, 81:18).

Como este equipo local tenía metas diferentes a los de otras ciudades para los paquetes y para las pruebas, consideraron que la realización de la prueba estuvo más ligada a otros factores como la apropiación de los temas por parte del usuario, la actitud del personal que estaba ofertando los paquetes y el vínculo social generado con la población. Debido a esto, se trabajaron muchas acciones de sensibilización, tanto al personal como a los usuarios. También la realización de la prueba estuvo muy ligada a la percepción del autocuidado de los usuarios, pues “la dinámica de vida de ellos es muy diferente y a ellos no les importa: *«si tengo VIH o tengo otra cosa. A mí no me importa si yo me muero»*” (Equipo Local, Pereira, 82:56).

Sin embargo, desde los profesionales de la salud se consideró que sí aumentó el acceso a las pruebas de tamizaje, en parte por el compromiso de las personas que estaban en campo y por cómo estos profesionales abordaban a la población (Profesionales, Pereira, 84:13). También se consideró como una de las fortalezas del Proyecto, la facilidad de un diagnóstico oportuno y que la población inyectora reconociera la importancia de no utilizar la jeringa de otra persona.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Respecto a la canalización o activación de la ruta, la OBC entrevistada consideró que, cuando encontraba un usuario reactivo, era un proceso lleno de dificultades para la población PID, dado que muchos usuarios tienen barreras individuales para aceptar ser trasladados a un centro de salud.

“(…) ya no es tanto porque tenga desconfianza e inseguridad, sino porque el gran temor del usuario es, obviamente, el síndrome de abstinencia y la dificultad de ese tiempo que se le va a quitar trasladándolo a un servicio de salud, pues le va a generar todo lo que se llame “la mure”. O sea, los cólicos, los dolores, el desespero, la ansiedad, la piquiña, la diarrea, el vómito, todo a lo que no quieren, digamos, someterse por dejar de consumir. Pues es lo que él obviamente evita si se traslada a un centro de salud a que lo pongan a esperar, a que le digan: hay una cita, hay un turno, hay un horario. Entonces él no se va a sacrificar de esa manera”. (OBC Contratada, Pereira, 83:14)

La OBC también consideró que una debilidad del Proyecto fue que no hizo suficiente énfasis en generar estrategias para tratar el tema de la dependencia y los trastornos por uso de sustancias, ligados al mejoramiento de la respuesta al VIH.

Por su parte, la ESE dijo que se presentaron inconvenientes en cuanto a los controles territoriales. Es decir, hubo usuarios de un sector que no podían ir al otro y viceversa. Esto debido a las dinámicas internas de las zonas de consumo de SPA. Incluso, los operadores de campo van caminando para poder atender a los usuarios en los casos que les permiten el acceso. Sin embargo, hay momentos que van en automóvil y les restringen el ingreso (ESE, Pereira, 81:14).

Además, algunos usuarios tenían grandes barreras individuales, según la ESE. Incluso dio capacitación sobre el retorno de jeringas, sobre el intercambio de agujas, se hizo acompañamiento psicosocial,

acompañamiento con la familia, pero definitivamente no querían ese acompañamiento, a pesar de conocer su diagnóstico positivo de VIH (ESE, Pereira, 81:17).

(iii) Recomendaciones de los actores

Debido a que el Proyecto logró distribuir paquetes de atención (kits) casi todos los días de la semana durante más o menos 5 o 6 horas al día, en diferentes zonas, el equipo local recomendó que las acciones del Proyecto debiesen ejecutarse los 365 días del año (Equipo Local, Pereira, 82:23). En una sintonía similar, algunos beneficiarios recomendaron que el Proyecto debiese ser más constante (Beneficiario, Dosquebradas, 63:3).

Otros beneficiarios recomendaron que estas acciones se podrían hacer más regularmente, ya que, al no recibir kits nuevos por una o dos semanas, los perjudicaban al hacer posible que se presentaran casos, nuevamente, de intercambio de jeringas (PID, Dosquebradas, 65:3). Otra recomendación por parte de uno de los usuarios fue en torno a la posibilidad de recibir algún alimento durante estas jornadas, pues en la calle la consecución de comida no era sencilla (PID, Dosquebradas, 66:5).

La referente en salud mental recomendó que para abordar mejor a la población se debe considerar una atención integral, llevando servicios como albergue o alimentación, para que así se incremente la obtención de un resultado reactivo. Adicionalmente, manifestó la preocupación sobre poblaciones que no son percibidas como claves y recomendó incluirlas en el abordaje, por ejemplo, las mujeres gestantes, así no estén gestando en calle, porque a diferencia de los hombres, las mujeres sí o sí empiezan a ser explotadas sexualmente, y también menores de edad (Referente Salud Mental, Secretaría de Salud, Pereira, 86:31).

Los beneficiarios también recomendaron que se les brinde un poco más de asistencia médica y opciones de programas para personas que quieran dejar de consumir, que se ayudara para procesos de rehabilitación (PID, Dosquebradas, 67:4).

“Yo cambiaría algo, que por ejemplo ustedes le colaboraran a una persona que se quiera rehabilitar, que les colaboren con las herramientas. Claro que no es culpa de ustedes, porque no hay sitios donde rehabilitarnos, pero no sé, que pasara algo, una casa, donde uno se pudiera rehabilitar y le dieran una pastica [de metadona] o algo así. Me gustaría que hicieran más, pues fuera de las jeringas que nos colaborarán con otras cositas”. (PID, Dosquebradas, 78:5)

Por su parte, uno de los profesionales de salud consideró que el tema de la rehabilitación es un aspecto en el cual se debe seguir trabajando, ya que es algo complicado por la condición en la que esta población se encuentra: puede que se inicie un proceso, pero momentáneamente deciden salir de este (ESE, Pereira, 81:21).

Otra recomendación que dieron fue que el Ministerio de Salud y Protección Social debía citar a los entes territoriales y hablarles de la importancia de comprometer los recursos al PIC. Además, también recomendaron que a nivel nacional se necesitan decretos que promuevan la transformación cultural sobre el consumo de drogas, no la penalización y persecución de los consumidores.

“(…) se requiere una transformación cultural en materia de política de drogas. Este Proyecto era así, entregamos los kits en calle para que se inyecten y mientras tanto el gobierno nacional expidiendo un decreto que prohibía el consumo de drogas en espacios públicos. ¿A ver? Eso es un mensaje totalmente contradictorio, porque nosotros entregamos jeringas es para que ellos consuman drogas y penalizaban el porte de la dosis”. (Equipo Local, Pereira, 82:77).

Por otra parte, la OBC entrevistada afirmó que, aunque generalmente repartía kits y educaban sobre la prevención de sobredosis y de VIH, era necesario hacer otras acciones que atendieran la prevalencia de hepatitis C, alta en el territorio, debido al uso compartido de agujas. Como recomendación que hizo la OBC fue que este tipo de poblaciones deberían tener un trato diferencial, tal vez más rápido en los centros de salud para así evitar el síndrome de abstinencia.

E. Estrategias de comunicación

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para la referente de SSR de la Secretaría de Salud de Pereira, la promoción de las pruebas y las actividades de promoción y prevención en redes sociales es una estrategia que se debe mantener (Referente SSR, Secretaría de Salud, Pereira, 89:15). Sumado a esto, una de las profesionales de salud entrevistada mencionó que las piezas comunicativas ayudaron a fortalecer las capacidades en ellos. Indicó que eran de buena calidad y permitían comprender un poco más las condiciones y características de las personas consumidoras de SPA, quienes deben tener una atención diferencial.

Adicionalmente, uno de los beneficiarios mencionó que, acompañado de las pruebas de tamizaje, se hizo entrega de un folleto que tenía información importante sobre la heroína llamado “El mundo H” para aprender sobre el uso y sobre formas de contagio (PID, Pereira, 76:5).

Varios profesionales de la salud indicaron la participación en capacitaciones en las que les entregaron un aplicativo para los teléfonos celulares para trabajar en la guía rápida de atención en VIH (Profesionales de la Salud, Dosquebradas, 72:5; Profesionales de Salud, Pereira, 85:7). Si se tenía alguna duda sobre el algoritmo diagnóstico o sobre cómo manejar usuarios con alguna dificultad se remitían a la guía (Profesionales, Pereira, 84:6-9).

Además, de la mano de estas capacitaciones, en cuanto a las guías hubo varios talleres educativos donde se hicieron dramatizaciones sobre cómo era el manejo de los usuarios PID (Profesionales de la Salud, Pereira, 84:19).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

La persona entrevistada de la ESE consideró que, aunque los materiales impresos sí favorecían a que los usuarios tuvieran más conocimiento sobre los tipos de infecciones, dichos materiales podían ser desechados en cualquier momento. Sin embargo, recalcó que estos en cierta medida ayudaban a que los usuarios tuvieran otra disposición frente a la enfermedad y pudieran decidir iniciar un proceso de rehabilitación.

(iii) Recomendaciones de los actores

Dado que los volantes puede que los boten, se recomendó que se fortalezcan mejor los materiales digitales (ESE, Pereira).

Ciudad de Cartagena

En Cartagena la socialización del Proyecto de Ampliación de la Respuesta se realizó en 2017 con prestadores de servicios de salud, secretarías de salud y líderes de organizaciones de la sociedad civil. Complementariamente se realizaron reuniones con representantes de las entidades territoriales y de la Sociedad Civil para acordar cómo trabajar en la respuesta intersectorial, donde participaron las OBC Caribe Informativo, Corporación Huellas y Amigos Positivos, y los representantes del Programa de Salud Sexual y Reproductiva y vigilancia en Salud Pública y Mental de la Secretaría Distrital De Salud.

El gestor de ENTerritorio realizó varios procesos de articulación con los distintos actores relacionados con la Respuesta al VIH, como el Departamento Administrativo Distrital de Salud (DADIS), Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, EAPB, entes de control como la Personería Regional, la Procuraduría, Policía Nacional Departamental de Bolívar y Metropolitana, IPS, Secretaría de Desarrollo Social, OBC y el ICBF entre otras. El objetivo de estos procesos consistió en revisar la ruta de atención, evidenciar barreras de acceso y fortalecer la respuesta al VIH a través del seguimiento e implementación de la ruta.

También se llevaron a cabo varios tipos de talleres, como talleres sobre derechos y deberes con personas LGBTI; talleres dirigidos al personal de salud de las EAPB, las EPS y la Sociedad Civil; talleres de entrenamiento en vigilancia comunitaria con líderes con trabajo en VIH y tuberculosis en barrios vulnerables de Cartagena y trabajo de VIH en algunos municipios del departamento de Bolívar; y talleres de asistencia técnica a las organizaciones de la sociedad civil en incidencia política. En varios de estos talleres participaron OBC como la Fundación Amigos Positivos, Fudavida, Fundación GEPS, Fundación Children Internacional, Corporación Huellas y Funcodi.

Con el apoyo del gestor, se conformó la Mesa LGBTI, como entidad que realiza la veeduría y seguimiento a la ruta de atención a pacientes con VIH (ENTerritorio, 2017). El gestor de ENTerritorio y la Secretaría de Salud de Bolívar conformaron el comité Intersectorial de VIH en 2018. Ese mismo año el Departamento logró destinar recursos para el PIC en cuatro municipios del departamento (Magangué, Carmen de Bolívar, Mompos y Arjona), destinados para actividades de educación y comunicación en temas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de ITS-VIH en la población LGBTI. El DADIS (Distrito Cartagena), DASALUD (Departamento Bolívar) y la gestora de ENTerritorio, desarrollaron el taller de socialización de la guía de contratación para organizaciones de base comunitaria con trabajo en VIH.

En relación con el sistema de información, se capacitó al personal del DADIS, de las ESE y de las OBC para el diligenciamiento del sistema SISCO-SSR con el fin de documentar las actividades de promoción y prevención en VIH con la comunidad (ENTerritorio, 2018).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El acompañamiento recibido en la Secretaría de Salud Departamental de Bolívar, por parte del gestor fue fundamental ya que este asesoró los planes de trabajo que se tenían para dar una mejor respuesta. Además, fortaleció la articulación con las organizaciones de base comunitaria ya que en los diferentes municipios la visibilización de estas organizaciones no era la mejor. (Secretaria Departamental de Salud, Cartagena).

Por otro lado, se fortalecieron a las OBC en su parte institucional y administrativa, de cómo mejorar sus capacidades de trabajo hacia las entidades territoriales y a las EAPB para ofrecer sus servicios. Dichas organizaciones tenían una visibilidad limitada en los diferentes municipios, pero lograron mejorar sus capacidades de trabajo con las entidades territoriales y las EAPB para dar una mejor respuesta frente a la ruta de atención. Esto fue posible gracias a la identificación de los líderes comunitarios por parte del Proyecto y su capacitación en las herramientas necesarias (OBC No Contratada, Cartagena). El gestor del Proyecto también brindó capacitaciones en el sistema de información SISCO-SSR y el adecuado registro de las personas atendidas; además, coordinó con otras entidades para brindar capacitaciones en Asesorías de Prueba Voluntaria (APV) (Secretaria Departamental de Salud, Cartagena).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

No se logró realizar el proceso de asistencia técnica ni acciones coordinadas con el DADIS por inconformidades con respecto al abordaje del gestor hacia los profesionales de esta institución (DADIS, Cartagena).

Desde una de las OBC se consideró que el trabajo realizado por ENTerritorio fue muy limitado, además de la incomodidad por la poca participación de las OBC en el Proyecto. También se consideró que no había una empatía necesaria por parte de la gestora nombrada para avanzar en cuanto al nivel de compromiso de actividades que principalmente estaban dirigidas a la ciudad, que terminaron direccionándose al resto del departamento (OBC no Contratada, Cartagena).

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

El DADIS consideró que el Proyecto ha ayudado a sensibilizar sobre el VIH como un problema de salud pública que puede ser prevenido y también ha contribuido a visibilizar que no es solo un problema del área de salud, sino que necesita acompañamiento de otros sectores. Expone el caso concreto sobre la educación del uso del preservativo y que desde esta institución puede enseñar, pero la decisión y el cambio de comportamiento se debería trabajar desde las instituciones educativas con la población más joven. (DADIS, Cartagena)

Por su lado, la Secretaría Departamental de Salud cree que, aunque en Bolívar una de las tareas pendientes fue la conformación del Comité, se trabajó desde la parte técnica, de la mano con las OBC y con el gestor de ENTerritorio, para responder a la respuesta.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

No se logró la creación del Comité Departamental de VIH, porque desde la parte jurídica se tuvieron inconvenientes para hacer efectiva la constitución de este organismo, puesto que la parte jurídica tiene que ser revisada y avalada por la gobernación. Sin embargo, dentro de los planes se prevé la creación del comité para finales del año 2019 (Secretaría Departamental de Salud, Cartagena).

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

En cuanto a la articulación con las actividades del PIC, El DADIS tuvo dificultades. Antes de la Resolución 518 del 2015, esta entidad contrataba a las OBC para el desarrollo de entrega de preservativos. Posterior a esto, la secretaría compraba directamente las pruebas rápidas y los preservativos; sin embargo, no podían realizar esta compra de insumos, porque lo establecido dentro del PIC era contratar actividades de promoción. Pero la secretaría ya tenía contratadas estas actividades por fuera del PIC y estas mismas se hacían una vez al mes con población vulnerable, para hablar de VIH, sobre derechos sexuales y reproductivos, y dar capacitaciones con el uso adecuado del condón y prevención de ITS. (DADIS, Cartagena)

Asimismo, las actividades del Proyecto han permitido que desde las secretarías de salud se apropien de responder al fenómeno del VIH. Aunque cierto porcentaje de las actividades era aportado por el Fondo Mundial y, en contrapartida, las secretarías estaban obligadas a cumplir con el resto del porcentaje, se entiende que la sostenibilidad de estas acciones es una obligación del Estado y de las secretarías territoriales al momento de la salida del Fondo Mundial. (DADIS, Cartagena)

Por último, considera que uno de los logros ha sido el buen manejo de la ruta de atención en la ciudad. El profesional que lidera (el referente en VIH del DADIS) ha logrado trabajar de la mano con las EAPB y con las IPS de atención integral para poder apoyar y mejorar los procesos internos de las instituciones. Esta persona ayuda a la canalización y al direccionamiento de los pacientes a cada una de la EAPB. En los casos que no se encuentre afiliado o sin su documento de identidad, se hace el acompañamiento para que puedan adquirir su cédula y posteriormente ingresarlas al SISBEN. (DADIS, Cartagena)

Como uno de los beneficios con la Secretaría de Salud Departamental de haber trabajado con el gestor fue establecer por primera vez, desde el 2018, las acciones del PIC en la dimensión de sexualidad y la línea ITS-VIH dirigida solamente a población clave. Esto ha facilitado a disminuir las barreras en cuanto a los imaginarios de que era una población conflictiva, no asistía a las actividades y no era comprometida; pero el acceso a estos espacios ha mejorado la relación con este sector de la población.

Desde la Secretaría de Salud Departamental, como se mencionó, también hubo actividades de entrega de preservativos que se planearon desde el PIC, así como de entrega de lubricantes lo cual se constituyó como un logro ya que desde las entidades territoriales no se consideraba de utilidad, pero a través de la explicación se ha generado conciencia de que el lubricante también se constituye como un insumo de entrega para la población clave.

Una de las OBC participaba de la ruta de atención canalizando a los usuarios a sus respectivas EAPB en los casos que estuvieran asegurados sin necesidad de remitirlos a la Secretaría. Se les realizaba la prueba confirmatoria y la carga viral para así iniciar su tratamiento. Ya en los casos que no se tenga el aseguramiento se redirigen al DADIS para que allí se encarguen del proceso de atención.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Desde la secretaría se plantea la dificultad que se ha venido observando los últimos años frente a la percepción del virus por parte de la población. Anteriormente, tras recibir un diagnóstico positivo, la persona fallecía tras 4 o 6 meses. Sin embargo, actualmente ya no se tiene tanto temor frente al virus a causa de la existencia del tratamiento y en consecuencia se percibe como algo menos riesgoso el practicar relaciones sexuales sin el preservativo. No obstante, la entrega de preservativos en las actividades realizadas por la secretaría aún continúa siendo una forma de enganche y una forma de educación para la prevención de ITS. (DADIS, Cartagena)

Ciudad de Bucaramanga

En Bucaramanga el Acuerdo de Subvención inició en 2017 con la socialización del Proyecto ante el Mecanismo Coordinador Municipal de Salud Sexual y Reproductiva y el Comité Departamental de Salud Sexual y Reproductiva, para establecer acuerdos y acciones de apoyo para la gestión del Proyecto tanto en Bucaramanga como en otros municipios. Con la Mesa Técnica Departamental de Acciones Colaborativa TB/VIH y las secretarías de salud departamental y municipal, se establecieron acuerdos para convocar a EAPB e IPS con el fin de generar acciones colaborativas. En este contexto de preparación del Proyecto, se hizo una revisión documental de mapeo de servicios comunitarios existentes en la ciudad y de la plataforma Nacional de Servicios Comunitarios.

Entre los procesos de fortalecimiento de capacidades se realizó una capacitación a líderes y organizaciones comunitarios que desarrollan acciones de educación y seguimiento a pacientes con TB y coinfección TB/VIH, se capacitaron a referentes y profesionales de TB y de VIH del municipio de Bucaramanga en la Ruta Integral de Atención en VIH; se desarrolló en el Comité Departamental de SSR la capacitación a equipos de salud y líderes sociales en APV en los municipios de Floridablanca, Girón y Piedecuesta. Se realizaron talleres de incidencia política con la participación de referentes TB y VIH de la Secretaría de Salud Departamental y de la Secretaría de Salud de Bucaramanga y organizaciones de sociedad civil. (ENTerritorio, 2017).

También se realizaron talleres sobre la contratación de OBC con entes territoriales para que las secretarías de salud conocieran las modalidades y experiencias exitosas de contratación de las OBC para el desarrollo de las acciones de prevención del VIH; talleres de APV en VIH con la

participación del equipo de los centros de salud del ISABU; talleres sobre el SISCO-SSR– SSR en los municipios de Floridablanca, Girón y Piedecuesta dirigidos a funcionarios de las secretarías de salud y ESE que ejecutan el PIC. Es importante mencionar el contacto establecido con la Mesa LGTBI de Girón para presentar el Proyecto y comprometer a los líderes para la realización de las actividades educativas y de pruebas en los últimos meses del año con la secretaría de salud del municipio (ENTerritorio, 2018).

A través de la gestión de la gestora del ENTerritorio, se acordó incluir en las actividades del PIC, en 2019, la realización de pruebas de VIH y entrega de preservativos a grupos clave y la implementación del sistema de información SISCO-SSR por parte de las ESE. El Acuerdo de subvención apoyó técnicamente la realización de la segunda capacitación de Asesoría en Prueba Voluntaria en VIH, organizada por la secretaría dentro de las acciones del PIC, la cual estuvo dirigida a equipos de salud de IPS de atención integral, a la ESE ISABU y representantes de OBC. (ENTerritorio, 2019)

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Aunque en Bucaramanga no se ejecutó el modelo de promoción y prevención, se dio un proceso de gestión que tenía que ver con la interlocución de los entes territoriales, Secretaría de Salud de Bucaramanga, Secretaría de Salud Departamental y otras instituciones gubernamentales que tuvieron que ver con el apoyo del Proyecto.

Un factor que influyó en el logro de las diversas actividades en el municipio fue que la gestora de ENTerritorio se apropió fuertemente de su papel y acompañó a los diferentes actores de la respuesta. La gestora resaltó la importancia de tener muy buenas relaciones con los funcionarios de las instituciones pues ello posibilitó que se dieran buenas voluntades hacia el Proyecto, y que este movilizara la asistencia técnica en distintos espacios intersectoriales.

La gestora también resaltó que gracias a una buena asistencia técnica se logró la articulación de la parte institucional con varias organizaciones de base comunitaria. Además, recalcó que se hicieron también acuerdos con los municipios del área metropolitana, Floridablanca y Girón, para el desarrollo de algunas acciones que les permitiera fortalecer el tema de la asesoría en prueba voluntaria. También se dio por parte de la gestora un acercamiento con las ESE para ayudar a desarrollar las actividades PIC de contrapartida que tenían que cumplir. Por lo tanto, hizo una presentación del Proyecto y de las organizaciones de base comunitaria, los puso en contacto y llegaron a algunos acuerdos sobre cómo se iba a ejecutar esa contrapartida para la ciudad y cuál iba a ser la ruta de atención.

Adicionalmente, la gestora afirmó que el Proyecto apalancó varias capacitaciones en asesoría en prueba voluntaria para funcionarios de las EPS y las IPS pública y privadas, entre otras. También se capacitó a las EAPB en este tema y les socializaron las guías diferenciadas de atención. Esto, dijo la gestora, fue posible gracias a que las secretarías departamental y municipal aunaron esfuerzos para recoger recursos, aunque el Proyecto también colaboró con recursos técnicos. Con estas

capacitaciones se fortalecieron a más de 100 profesionales de salud en APV y lectura de prueba rápida. Sumado a esto, la gestora movilizó recursos de asistencia técnica para fortalecer a los distintos actores de la respuesta con talleres de abordaje y sensibilización en enfoque diferencial.

“Se hicieron, y yo puedo centralizarlo en talleres con organizaciones de base comunitaria, se hicieron 4 talleres: 1 taller inicial de organización comunitaria, se hizo un taller de gestión institucional como para hacer todo el proceso de planeación de actividades, se hizo todo el proceso de conocimiento del Proyecto, se hizo capacitación para el registro en el SISCO-SSR. Se citó a las organizaciones de base comunitaria y los que iban a hacer el registro de las actividades también a que conocieran en qué consistía. (...) también se abrió espacio en los talleres de asesoría de prueba voluntaria para que líderes de las organizaciones de base se capacitarán (...). También se hicieron los talleres para el manual de contratación de organizaciones de base comunitaria que fue dirigido a la institucionalidad como tomadores de decisiones para conocer y de pronto facilitar ese proceso de contratación. Se hizo un taller de evaluación comunitario de cómo fue el avance y ahí todos los actores participaron”. (Gestora, Bucaramanga).

La gestora socializó con varios actores de la respuesta el PNR por medio del documento técnico que envió ENTerritorio. Así pues, les brindó asistencia técnica a los municipios para que pudieran empezar a desarrollar el documento del Plan de Respuesta con todos los indicadores. También socializó el plan de incidencia política que se realizó con las organizaciones de base comunitaria. Desde la percepción de la gestora estos fueron documentos muy útiles y la gente adaptado muchas cosas de los documentos técnicos dentro de las actividades que desarrollan.

Para la gestora los primeros 6 meses fueron muy fuertes en toda la gestión, incluso llegó a hablar con funcionarios que tenían mucha voluntad de implementar las acciones del Proyecto en la ciudad. Por ejemplo, el secretario de salud y la referente se reunieron con el equipo nacional de ENTerritorio y trabajaron en los planes PIC de la ciudad. Para la gestora este fue un proceso exitoso gracias que siempre se mostró como un apoyo y no como una supervisora o veedora de las acciones de la secretaría. Incluso a pesar de que cambiaron de secretario de salud hubo voluntad al mostrarle que las acciones eran para la ciudad y la secretaría y no para el Proyecto.

Las Secretarías de Salud Municipal y Departamental confirmaron que al inicio del Proyecto fueron visitadas por los integrantes de ENTerritorio, quienes les explicaron en qué consistía el Proyecto del Fondo Mundial, qué acciones se estaban ejecutando en el país y cómo se estaba desarrollando, entre otros temas; también les entregaron insumos para que ejecutaran en los PIC. (Secretarías de Salud, Bucaramanga).

Las secretarías reconocieron muy positivamente la asistencia técnica hecha por la gestora de ENTerritorio, dado que efectivamente la gestión fortaleció sus programas (dimensiones) administrativos. En general, la calificaron de buena manera gracias a que todas sus labores se enfocaron en la articulación, capacitación y fortalecimiento de los actores. En específico dijeron que con ella tuvieron muchas reuniones de trabajo y constantes comunicaciones. (Secretarías de Salud, Bucaramanga).

Aseguraron también que hubo mucha cordialidad del equipo local de ENTerritorio para realizar asesorías y capacitaciones conjuntas, dirigidas a profesionales de la salud y organizaciones de base comunitaria. Todos los temas educativos se acordó hacerlos de forma articulada. (Secretarías de Salud, Bucaramanga)

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

La gestora de ENTerritorio destacó que, gracias a la ayuda de las OBC, el municipio por medio de las ESE logró una articulación para alcanzar a la población propuesta en el marco de los PIC y canalizarla. También se abordaron a las mujeres trans, aunque no fueron tantas, pues muchas ya se habían tamizado en anteriores oportunidades. En muchos de los casos se usaron líderes pares para el abordaje.

Para la gestora de ENTerritorio, el PIC municipal no hubiera sido posible sin las organizaciones de base comunitaria, que tuvieron doble función: una, realizar la convocatoria de las personas y otra, prestar sus instalaciones para realizar las actividades de promoción y prevención. La ventaja de algunas OBC es que eran reconocidas, estaban ubicadas en lugares estratégicos y las personas sentían que allí había confidencialidad y seguridad. La gestora resaltó que fue amplia la capacidad de convocatoria de las OBC, y la ESE desde la institucionalidad apoyó con el personal para desarrollar las actividades. En términos generales, consideró que se hicieron buenas alianzas y se dieron buenos resultados en esa articulación (Gestora, Bucaramanga).

Esta articulación puede verse como parte de los procesos coordinados que se dieron para alcanzar la población. La gestora recalcó que las OBC hicieron varias actividades educativas y se realizaron actividades con entrega de paquete y otras estrategias para promocionar la prueba. Desde su perspectiva, fue efectiva la estrategia de convocatoria que realizaban en la voz a voz, a través de redes sociales como WhatsApp, Facebook y el acercamiento que ellos hacían con los sitios de encuentro como discotecas, saunas y videos.

También aseguró la gestora que se dio un posicionamiento del Proyecto en los espacios de comités intersectoriales, como el Comité Departamental de Salud Sexual y Reproductiva y, en menor instancia, el Mecanismo Coordinador Municipal, que no tuvo toda la acogida esperada pero que se pueden lograr incidencias conjuntas.

Las secretarías de salud afirmaron haber participado y liderado distintos espacios intersectoriales. Por ejemplo, el Comité Departamental de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos y VIH-Sida ya llevaban varios años abordando varios temas, entre ellos el del VIH; al igual que el Comité Municipal de VIH de Bucaramanga. También tuvieron articulaciones con mesas que trataban temas relacionados al VIH, como mujer y género, interrupción voluntaria del embarazo, género y derechos humanos, y erradicación de la explotación sexual, entre otros. (Secretarías de Salud, Bucaramanga)

Además, las secretarías se articularon y apoyaron las actividades del Proyecto en distintos espacios intersectoriales por medio de las capacitaciones, dirigidas a organización de base comunitaria, profesionales de salud de las EAPB, prestadores de salud, entre otros. Sus referentes apoyaron las temáticas, las actividades y las convocatorias.

“(…) hacemos cada año talleres en VIH actualizando el equipo de salud, capacitando y entrenando en pruebas rápidas, capacitando en hepatitis viral y también en todo eso. Siempre les estamos mostrando la ruta y ahorita con la Resolución 3280 como quedo la ruta de promoción y mantenimiento de la salud, que ahí también incluyó las pruebas rápidas de VIH. Y nosotros todo eso lo tenemos y en todas las capacitaciones socializamos. En los comités, de hecho, ya se ha hecho, y en las capacitaciones. En los talleres hacemos lo mismo”. (Secretaría Departamental de Salud Santander).

Las secretarías también participaron de los procesos coordinados de promoción y prevención en la priorización de las poblaciones claves. La Secretaría Departamental de Salud participó junto con los municipios haciendo la identificación de las poblaciones y haciendo mapeos de las zonas, las organizaciones que trabajaban con ellos, los sitios de encuentro y los espacios de trabajo sexual, entre otros. Las secretarías también participaron en procesos coordinados con las OBC, puesto que los consideraban como representantes de la sociedad civil, capaces de hacer un trabajo con líderes pares para alcanzar la población.

“Nos vinculamos a las organizaciones que tengan que ver con nuestro mecanismo articulador. Se encuentran instituciones como la LigaSida Santander, como la Cruz Roja, como Profamilia, y eso es muy beneficioso porque allí, aparte de tener la articulación para ciertos temas, siempre encontramos apoyo. Y se va a hacer una campaña de tal cosa y las otras organizaciones entran a ayudar y apoyar. Algunas de ellas en su quehacer nos dicen «nosotros vamos a hacer tal jornada, vamos a hacer eso, vamos a tener tal actividad». Entonces todos nosotros entramos a apoyar e incluso nosotros mismos”. (Secretaría Municipal de Salud, Bucaramanga).

Las secretarías coincidieron en que este tipo de articulaciones intersectoriales les sirvió para estar actualizados de diferentes temas y socializarlos: una guía que acabó de salir o una norma nueva, entre otros. Además, pudieron ayudar a resolver dificultades en el acceso a la ruta de atención cuando se presentaron. Por ejemplo, si se encontraba a una persona diagnosticada que no estaba afiliada, una persona que se quedó sin trabajo y salió del sistema de salud, entre otros, llamaban a sus contactos y resolvían la dificultad. Sumado a lo anterior, las secretarías destacaron que se crearon grupos de WhatsApp donde se escribían y activaban rápidamente la ruta adecuada. Consideraban que trabajar de forma unida respecto al tema daba mejores resultados.

“Lo otro es que es más efectivo y son más efectivos los resultados cuando el trabajo es conjunto, porque si fuera una sola persona como tratando de llevar un proceso... Y en cambio, aquí se riega la bola facilito o un correo para todo el directorio que tenemos, y todo el mundo sabe y el uno aporta «yo puedo hacer esto, ya hice esto y tal cosa». Y así solucionamos y así lo hemos venido haciendo con los diferentes temas, pero VIH es muy fuerte con este trabajo”. (Secretaría Departamental de Salud Santander).

Para las OBC no contratadas fue muy importante la llegada del Proyecto de ENTerritorio a la ciudad porque les permitió aunar más esfuerzos con otros actores de la respuesta, como las secretarías departamentales, municipales y las ESE. Consideraron pues, que la unión de los actores permitiría una mejor respuesta.

Específicamente, uno de los procesos coordinados de promoción y prevención fue la articulación de las ESE con las OBC, con el fin de abordar poblaciones clave para ejecutar las acciones enmarcadas en los Planes de Intervención Colectiva. Mediante este proceso, las OBC dijeron que se pudo favorecer el acceso al diagnóstico en la ciudad.

Por otro lado, las OBC no contratadas resaltaron que dentro de los espacios intersectoriales se dieron también asesorías técnicas por parte del Proyecto y de la Secretaría de Salud Departamental y su oficina de salud sexual y reproductiva. Siempre estaban siendo convocadas para actualizaciones en cuanto a formación y direccionamiento sobre el VIH/Sida. En parte esto también sucedía porque ellas lo pedían a la gestora local de ENTerritorio.

“Los temas a los cuales nosotros fuimos invitados a capacitación o actualización de conocimientos fueron hechos en base como a solicitudes o a temas que nosotros les dijimos que necesitábamos refuerzos. Tenemos gente nueva en el equipo y, entonces, «si usted va a considerar un periodo de capacitación, ténganos en cuenta para estos y estos temas». Esa parte fue muy satisfactoria. Realmente cumplió las expectativas de nosotros como organización”. (OBC no Contratada, Bucaramanga).

Precisamente por esta buena gestión, las OBC no contratadas consideraron que la gestora del Proyecto fue un gran elemento para la articulación de los espacios intersectoriales. Reconocían su trayectoria comunitaria, su carisma y sus conocimientos sobre el VIH, la adherencia a tratamientos y las dinámicas de las poblaciones. Precisamente, para las OBC no contratadas, los procesos coordinados de promoción y prevención fueron efectivos gracias a las gestiones de ENTerritorio y no tanto a las ESE, encargadas del PIC, pues estas no tuvieron mayor incidencia o visibilidad sobre las poblaciones o las organizaciones del municipio.

Las OBC también resaltaron que dichas articulaciones no hubieran sido posibles sin las buenas voluntades de los funcionarios públicos de las secretarías, pues consideraron que siempre brindaban un trato horizontal y directo con las personas, lo cual permitía que los procesos fueran mucho más rápidos. Por otro lado, debido a que las pruebas ejecutadas por las OBC hacían parte del PIC, tuvieron que utilizar el sistema de información SISCO-SSR. Allí las organizaciones registraban la información que recogían en campo de las personas, las pruebas realizadas o el número de paquetes entregados, entre otros; y se comparaban los datos para saber si una persona ya venía diagnosticada de otro lugar o si era un caso reactivo nuevo. En general, percibieron que el sistema era cómodo y amable pero que requería rigurosidad y orden.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

La gestora de ENTerritorio aseguró que se articularon las mesas LGBTI con el Proyecto por medio de la Secretaría de Desarrollo Social, quien es la encargada de la mesa. La gestora las invitó a las actividades que se desarrollaron. Sin embargo, para la gestora, la mesa tiene un proceso incipiente de organización y eso hizo que no movilizarán a toda la población, dentro de la mesa había pugnas entre los grupos y eso hacía que la mesa no se convirtiera en una directriz de acciones para las poblaciones. Por lo tanto, se puede ayudar a fortalecer estos espacios intersectoriales.

(iii) Recomendaciones de los actores

Otro punto positivo que la gestora consideró de los procesos coordinados de prevención y promoción fue que en la ciudad parece dibujarse un nuevo escenario gracias a la desmitificación del virus y el reconocimiento de la sexualidad. Era general, entonces, que escuchara a mucha gente decir que se venía haciendo la prueba desde antes, que le preocupaba su salud y que ya el virus no mataba. Para la gestora, esta concientización sobre el VIH es algo ventajoso para la ciudad y sus futuros Proyectos. Sin embargo, la gestora recomendó que no solo se debe atender a Bucaramanga, sino que se debe llegar al resto del área metropolitana para tener más incidencia.

Por otra parte, después de que las OBC no contratadas realizaron los procesos coordinados de acción y promoción junto a las ESE, las OBC recomendaron que el Proyecto pudiera considerar

abordar también a la población general, pues muchas veces son la red de apoyo de las poblaciones claves (familia, compañeros, amigos, entre otros) y pueden beneficiarse de las asesorías brindadas. Con ello también se haría una estrategia para disminuir el estigma y la discriminación donde cohabitan las poblaciones claves.

“(…) no nos olvidemos de la población general. En la población general se oculta muchas veces las poblaciones claves, entonces, también hay que llegar a la población general. También hay que educarla, porque la población general como su nombre lo indica tiene de todo. Entonces no olvidar en un momento dado que sí estamos direccionados a una población de mayor incidencia en el diagnóstico. (…) quiero decir con esto, que de vez en cuando, de manera esporádica, también hagamos unas campañitas e inclusive toma de muestras en la población general”. (OBC no Contratada Bucaramanga).

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Aunque en Bucaramanga el Proyecto solo buscó el alistamiento y la gestión para que se desarrollaran las actividades de promoción y prevención, la gestora de ENTerritorio consideró que se lograron dos hechos fundamentales: por un lado, desde lo institucional se apalancaron aún más los procesos dirigidos a las poblaciones claves por medio del PIC; y, por otro lado, se pudieron vincular a las organizaciones de base comunitaria para que ejecutar acciones con poblaciones claves.

Dado que una de las acciones de la gestora era hacer el acompañamiento para el diseño y la planeación del PIC, ella consideró que se logró dado que mantuvieron los acuerdos pactados y se asignaron pruebas para la ciudad. Sin embargo, la gestora señaló que la encargada al comienzo fue una ESE, pero las personas contratadas no eran las mejores, pues no tenían la calificación necesaria para hacer las actividades de tamizaje en cuanto al manejo de asesoría o al acercamiento de las poblaciones.

Señaló además que al comienzo hubo una pugna entre la ESE y la Secretaría de Salud en donde la ESE no quería seguir direccionamientos técnicos y quería hacer las cosas a su antojo. Sin embargo, la gestora dijo que con la formalización del SISCO-SSR y las capacitaciones técnicas al personal de la ESE, llegó un momento en el que se sentaron dichas instituciones para definir las reglas de juego y ahí sí se empezó a trabajar más técnicamente; definieron, entre otras cosas, la calidad del dato en el registro del sistema SISCO-SSR. Desde la perspectiva de la gestora, esto hizo que el equipo de la ESE empezará a ver la necesidad de actuar con calidad y generar alianzas con las OBC para llegar a la población.

La gestora consideró que la ruta fue bien apropiada por la secretaría, pues la referente hacía un seguimiento constante a las instituciones para estar el día con los diferentes usuarios de las EPS. A su parecer, esta era una gran estrategia porque la misma secretaría lograba que las instituciones estuvieran pendientes del Proyecto y de agilizar los tiempos cuando había barreras institucionales. No obstante, cuando se daban barreras propias del usuario el acompañamiento lo hacían las personas que estaban encargadas de la canalización. La gestora recomendó que hay que empezar a motivar

y trabajar con el usuario para que vaya quitando sus barreras.

Sumado a esto, la gestora señaló que en Bucaramanga el seguimiento a la ruta por parte de la sociedad civil es fuerte, pues está muy articulado con la garantía de otros derechos. En este proceso la movilización de las organizaciones es muy importante, pues ha permitido que se fortalezcan las acciones de exigencia y exigibilidad de derechos por distintos medios (movilización social, tutela, derecho de petición y acompañamiento a las personas). La gestora señaló también que ha habido muy buen apoyo de la secretaría departamental y municipal para atender las quejas y las situaciones que se han presentado por violaciones de derechos. Señaló que, además, los funcionarios que están tienen voluntad frente al tema.

Las Secretarías de Salud afirmaron que con el Proyecto se dio un fortalecimiento a los prestadores de salud, pues mejoró el acceso a la prueba y facilitó el diagnóstico. Antes había muchas demoras y barreras institucionales. Sumado a esto, las secretarías afirmaron que hacían visitas y seguimientos a las EAPB para ver si las rutas se cumplían y cómo lo hacían. Para ello, capacitaban y asesoraban a las EPS e IPS directamente con los nuevos protocolos e información relacionada. En algunos casos les hicieron un plan de mejora.

“Nosotros no activamos otra ruta, activamos la ruta que tiene que ser, lo que pasa es que hacemos el llamado de atención de por qué no se activó la ruta y por qué no se trabajó la ruta. Porque la secretaría además de tener su dimensión de derechos sexuales y reproductivos tiene su sección de aseguramiento, y tenemos otra parte que es la atención a la ciudadanía. Entonces nosotros manejamos todos los inconvenientes que las personas tengan dentro del sistema. Las intervenimos desde los referentes, desde aseguramiento y desde las auditorias hasta las IPS y EPS en inspección vigilancia y control”. (Secretaría Municipal de Salud, Bucaramanga).

Las Secretarías de Salud afirmaron que, antes de la llegada del Proyecto, venían trabajando en capacitaciones a los equipos de salud en los enfoques de derecho, género diferencial, humanización, sensibilización hacia la orientación sexual y situación social, entre otros. Adicional a esto, habían realizado programas que garantizaban los derechos de los usuarios. Por lo tanto, al ver las posibilidades que traía el Proyecto, las secretarías de salud decidieron unirse para poder captar las poblaciones clave, pues las cifras mostraban que tenían altas prevalencias en el área metropolitana.

Las secretarías por medio de los PIC, que tenían una línea de acción del VIH de obligatorio cumplimiento, se aliaron al Proyecto. En Bucaramanga para su alcance, la secretaría municipal firmó un contrato interadministrativo con una ESE. Luego, estás viendo la afectividad que tenían las OBC para el abordaje de las poblaciones decidieron hacer trabajos articulados con ellas, bajo la coordinación de los referentes. Una de las estrategias más utilizadas fue la atención a la población mediante líderes pares acompañados por auxiliares de enfermería.

“La gente ve también que hay presencia institucional y a mí me parece que eso es muy importante. Para la gente en las comunidades es clave y a ellos les encanta que uno esté con ellos y que ellos puedan decir que estábamos con la señora que es la que coordina del programa o con el doctor fulano, que es el de tal sitio. Y a la gente le gusta, como que sienten que hay respaldo institucional, que hay presencia y que hay alguien que está por lo menos preocupado de su comunidad o de su colectivo y que quiere y están haciendo algo. Y la gente se interesa”. (Secretarías de salud Bucaramanga).

Las secretarías señalaron que fue una ventaja trabajar coordinadamente con las OBC, pues fue más fácil el acceso a la población. Antes, cuando trabajaban solas, no era fácil identificarlas. Otra fortaleza que vieron respecto a las OBC fue el aprovechamiento de los espacios educativos, pues hacían asesorías pertinentes que terminaban enganchando a la gente para que se realizaran la prueba o recibieran los preservativos.

Además, las secretarías resaltaron que gracias al empeño y la apropiación que tuvieron sus funcionarios con el tema del VIH, lograron dejar recursos en el PIC que ayudaran a la sostenibilidad del Proyecto. Se asignaron recursos para la compra de preservativos, pruebas para los usuarios, pruebas para el entrenamiento de los equipos de salud, insumos asociados como guantes y lancetas, material didáctico escrito de prevención de ITS, realización de capacitaciones, logística, entre otros.

En general, las OBC no contratadas dijeron que las actividades de veeduría y control social eran propias de su misión organizacional. Por lo tanto, siempre van a estar ahí para vigilar y mediar que las rutas de atención continúen llegando a las poblaciones. Las OBC lograron acompañar a las personas que vivían y convivían con el VIH en la atención médica, y defendieron sus derechos cuando fueron vulnerados, por ejemplo, a través de solicitudes a la autoridad competente. Muchas veces les ayudaban a los usuarios a redactar derechos de petición y tutelas.

Las OBC no contratadas también hacían acompañamientos en la garantía de derechos a las poblaciones clave por medio de la educación: se les enseñaba cuáles era sus derechos, cuáles eran las rutas de acceso (para que pudieran acceder por ellos mismos a los servicios) y se les direccionaba a las EAPB donde estaban afiliadas, según su régimen en el SGSSS.

Por otra parte, cabe resaltar que, aunque el profesional de la salud entrevistado no conocía el Proyecto, sus opiniones se enfocaron en las barreras institucionales e individuales asociadas a la ruta de atención. También planteó ciertas ideas de cómo son atendidos los usuarios dentro de su institución. Para este profesional de la salud el ingreso a la ruta de los migrantes extranjeros depende principalmente de tres cosas: su situación legal en el país, su forma de aseguramiento al SGSSS, y el sitio donde lo atiendan, ya sea un hospital público o una institución privada. Usualmente en un hospital pueden atenderlo más fácilmente porque hay EPS que se enfocan solamente en gente del régimen contributivo, es decir, personas aseguradas. Para este profesional de la salud, que habla desde su experiencia, la institución donde trabaja desafortunadamente no atiende a personas que no tengan seguridad social. Recientemente tuvo la experiencia de atender un paciente de 37 años con síntomas de VIH aguda pero que nunca se había tomado una prueba por iniciativa propia. Entonces, para él, muchas personas por desconocimiento y prejuicios nunca se han tomado la prueba y este es uno de los grandes problemas para la salud pública porque mucha gente no tiene el diagnóstico.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

Desde la perspectiva de este profesional de la salud esta situación cambiaría si la gente supiera su diagnóstico porque entraría más fácil a la ruta de atención y sería tratada por algún programa de VIH de los prestadores de salud, que, según él, existen gracias a diversas leyes en el país. No obstante, cree que el problema es más profundo, pues además del diagnóstico se necesitan más acciones de promoción y prevención, así no existirían las tragedias de tener pacientes hospitalizados

por complicaciones de VIH en pleno siglo XXI. Por lo tanto, este médico cree que hay una falla en la ruta de acceso al no promoverse el diagnóstico. Para él, si mucha gente conociera su diagnóstico todo cambiaría porque afortunadamente dentro de las instituciones las cosas han cambiado y todo es más rápido: la gente puede entrar a un tratamiento en 10 días desde que es diagnosticada.

(iii) Recomendaciones de los actores

La gestora del Proyecto señaló que el PIC se había propuesto metas altas y en el camino tuvieron que modificarlas. Como recomendación por los avances logrados y ante la incertidumbre que puede generar un cambio de gobierno en la alcaldía, la gestora señaló la necesidad de hacer lobby para mostrar cuál ha sido el éxito de las acciones desarrolladas y cuáles han sido las experiencias significativas del proceso comunitario.

Las secretarías de salud recomendaron que, para garantizar el acceso al sistema de salud, se debería hacer una buena canalización y cumplir las rutas a cabalidad. Esto vendría acompañado de una mejora en la cultura organizacional de los profesionales de la salud y una sensibilización en el enfoque diferencial hacia las poblaciones claves. Las secretarías de salud afirmaron que efectivamente los PIC ayudan a la sostenibilidad de las acciones del Proyecto, pues ellas están en la obligación de hacerle frente al VIH; y, una ventaja que percibieron fue el aprendizaje y las redes que el Proyecto logró dejarles, junto a todas las lecciones aprendidas, tanto lo bueno como lo malo. Así pues, recomendaron que simplemente, para garantizar la sostenibilidad, se debe dar continuidad a las acciones logradas. Por lo tanto, las secretarías de salud recomendaron que se debiesen hacer alianzas con otros sectores que brindan servicios de protección social para brindar una atención más integral a las poblaciones clave. Para ellas sería interesante la articulación con organizaciones encargadas del tema de alimentos, de albergue.

Otra recomendación que hicieron las secretarías fue que se deberían hacer más sinergias internas para lograr trabajar unidas con otras dimensiones, con el fin de atender este tipo de Proyectos. También recomendaron que, gracias al avance de las acciones realizadas, se debería dar continuidad a esa buena voluntad y diligencia de los funcionarios en caso de que haya un cambio de gobierno. Por último, las secretarías de salud recomendaron que se debiesen seguir fortaleciendo las articulaciones con las EAPB, para que así estas puedan atender mejor al Proyecto y las acciones del PIC.

“(…) porque nosotros pensamos que ellas [las EAPB] debían darnos más apoyo, porque cuando se presentan casos así de situaciones que una persona con VIH se quedó sin trabajo, que se diagnosticó alguien y no tenía aseguramiento; pues que nosotros con ellos pudiera agilizarse más y le toca a uno hacer todo. Y pues por lo menos yo, no soy capaz de que me entere de un caso y yo no haga nada. Así me toque dejar el resto de trabajo y me voy a hacer lo que no es mi competencia, pero yo pienso mucho es en el paciente. Me gustaría que los otros se vincularan más y se apersonaran más de esas cosas que les competen más a ellos que a nosotros”. (Secretarías de Salud, Bucaramanga).

Para las OBC el escenario ideal ante la garantía de los derechos de las poblaciones es que ellas deberían acceder a su tratamiento sin necesidad de un intermediario. Por lo tanto, recomendaron que se eliminen la mayor cantidad de barreras posibles para que la autonomía del usuario sea acorde a la garantía de sus derechos. También las OBC resaltaron que en muchos casos donde les

toca servir de garantes o intermediarios, la histórica figura de la tutela ha sido clave: “(…) *la tutela ha ganado y ha sido el galantón o la herramienta más grande para los colombianos en materia de derechos para no tener que contratar un abogado y pelear por lo que nos corresponde por el simple hecho de ser colombiano*”. (OBC no Contratada, Bucaramanga).

Por lo tanto, la población clave entrevistada recomendó que se debiesen mantener los talleres educativos y las capacitaciones, dado que ayudaban a combatir el estigma y la discriminación, y hacían que la gente tomara más conciencia sobre su salud. Además, recalcaron que el Proyecto les trajo un espacio de discusión y formación que las administraciones dejaban de lado. Recomendaron que el gobierno y las secretarías se apropien de estos temas. Por otro lado, la población clave entrevistada recomendó que el Proyecto debiese llegar a más espacios, como centros comerciales, donde sería la oportunidad para mucha población oculta, las universidades, los colegios e incluso las escuelas primarias, porque los niños deberían recibir educación sexual desde muy pequeños. También recomendaron que se pudiera abordar población heterosexual dado que ellos no son inmunes a la transmisión del virus.

“En colegios, universidades, todo colegio. Ya desde primaria, porque más antiguamente era solamente secundaria. sí o no, hoy en día a los niños de tercero, cuarto, ya queda uno asombrado. Entonces en las escuelas ya es justo que comiencen esos programas de protección para que los niños de adolescencia ya vayan con esa idea, ¿no? Prevención de VIH, de embarazo, todo eso”. (Población clave, Bucaramanga).

D. Estrategias de comunicación

Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para la gestora de ENTerritorio las guías de prevención fueron muy importantes dado que permitieron la socialización de su información con la institucionalidad y los líderes de las OBC para poder desarrollar acciones específicas con las poblaciones. También se socializaron con las IPS para que pudieran darles capacitaciones a sus profesionales y facilitaran el acceso de las poblaciones. Para las OBC el material desarrollado por el Acuerdo de Subvención fue adecuado porque tenía bastante información relevante, revisada por científicos y abogados, y se usó en las capacitaciones.

Ciudad de Barranquilla

El primer año de ejecución del Acuerdo de Subvención en Barranquilla se caracterizó por el acercamiento que realizó la gestora local de ENTerritorio para lograr la articulación del Proyecto a la dinámica local. Este proceso inició con la socialización del Acuerdo a prestadores de servicio de salud, secretarías de salud, academia, líderes de las organizaciones de la sociedad civil y demás actores involucrados en la respuesta al VIH. Posteriormente la gestora realizó acercamientos con diferentes actores como los referentes de VIH y los referentes de Salud Sexual y reproductiva de las Secretarías de Salud departamental y Municipal; también se realizaron acercamientos con los organismos de control, con EAPB e IPS, entre otros. Estos acercamientos sirvieron para concertar

actividades para el logro de los objetivos del Proyecto, analizar la ruta de atención para direccionar a la población con resultado reactivo, identificar barreras de acceso a los servicios de salud de la población clave, para promover espacios intersectoriales de articulación y para realizar procesos de fortalecimiento de capacidades.

Entre los espacios intersectoriales promovidos en el marco del Proyecto se destaca el Comité Técnico Consultivo de ITS-VIH y Sífilis en el que participaron las EAPB, las OBC, líderes comunitarios, IPS y tomadores de decisiones municipales y departamentales; también se resalta la articulación en diferentes mesas de trabajo como la Mesa Técnica Departamental-Distrital con EAPB e IPS; la mesa de construcción del plan de incidencia política entre las OBC y las entidades territoriales; la mesa de trabajo con el Min Interior para elaboración de guías de buenas prácticas; la mesa técnica de coinfección TB/VIH para fortalecer las IPS de atención integral de VIH; la mesa psicosocial con énfasis en talleres de capacitación en APV para fortalecer la demanda en pruebas; la mesa intersectorial con Asociación de Mujeres Buscando Libertad-ASMUBULI para visibilizar la problemática que afectan a las mujeres trabajadoras sexuales de Barranquilla; y el Comité Evaluador Regional de Casos Especiales de TB (CERCET).

El trabajo intersectorial permitió establecer alianzas con el Departamento de Prosperidad Social, la Liga Antituberculosa Colombiana, la oficina de Gestión Social y la Casa de los Derechos del municipio de Soledad, para la prestación de servicios y la restitución de derechos.

En cuanto a los procesos de fortalecimiento de capacidades, se realizaron talleres de incidencia política y vigilancia comunitaria con organizaciones de la sociedad civil; capacitaciones sobre el Plan de Respuesta de ITS-VIH y con enfermeras de la EAPB Salud Total una capacitación en asesoría y prueba voluntaria. Se llevaron a cabo visitas de asistencia técnica a EAPB e IPS para evaluar la atención integral del VIH/Sida. Además, se desarrollaron capacitaciones con EAPN, IPS y secretarías de salud para la adopción del sistema de información SISCO-SSR- (ENTerritorio, 2017).

Para el 2018, la ejecución de actividades del Proyecto inició con insumos de contrapartida a través de la contratación del PIC. Dentro de las acciones llevadas a cabo en el PIC, la Secretaría de Salud Departamental realizó la sensibilización en la prevención de ITS/VIH y promoción del autocuidado a poblaciones clave (trabajadores sexuales y población transgénero) y se llevaron a cabo junto con las OBC actividades de educación, entrega de preservativos y APV hacia la población clave.

Con las OBC y la sociedad civil se construyó el Plan de Incidencia Política del Distrito de Barranquilla y Departamento del Atlántico, denominado “Promover el acceso a acciones de promoción y prevención en VIH para HSH y mujeres transgénero en el Distrito de Barranquilla y el Departamento del Atlántico”. (ENTerritorio, 2018).

A. Fortalecimiento de capacidades a los actores de la respuesta

Logros alcanzados desde la percepción de los actores

Para la gestora de Barranquilla, los principales logros en el proceso de asistencia técnica en la ciudad estuvieron relacionados con el objetivo de fortalecimiento institucional. Adicionalmente, la gestora desarrolló acciones de promoción y prevención como apoyo a las acciones desarrolladas por la Secretaría de Salud y en alianza con organizaciones de la sociedad civil. Se realizaron acciones de entrenamiento, capacitación y sensibilización con EAPB, en las cuales se acordaron rutas especiales para las poblaciones clave del Proyecto. Se trabajó de forma articulada con entes de control y se contó con la Superintendencia de Salud, que brindó capacitación en la ruta de acción para el logro de la atención en salud, así como la superación de barreras, demoras o dificultades.

El coordinador del programa de ITS y VIH de la Subsecretaría de Salud Pública Departamental del Atlántico mencionó que el acompañamiento fue permanente y se desarrollaron acciones en territorio con aseguradoras e IPS, líderes y OBC. Con la gestora se desarrollaron capacitaciones y pruebas de tamizaje en los municipios con mayor incidencia de casos (Subsecretaría de Salud Departamental, Barranquilla).

La jefa de la oficina de salud pública de Secretaría Distrital de Salud refirió que la gestora se convirtió en una aliada más del proceso y desarrollaba acciones en conjunto con los funcionarios de la Secretaría de Salud. Dichas actividades se planeaban teniendo en cuenta el contexto distrital. Se reconoció que la gestora aprovechó los espacios ya existentes para darle mayor incidencia a las acciones del Proyecto (Secretaría Distrital de Salud, Barranquilla). La gestora realizó socializaciones a nivel directivo y capacitó a población y profesionales operativos.

B. Intersectorialidad

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

La gestora de ENTerritorio contribuyó a la activación del comité interconsulta vinculando nuevamente a población clave y fundaciones, incentivando la participación de las instituciones integrantes y regularizando las reuniones del comité cada dos meses. Como primer acercamiento al comité, se reconoció el portafolio de actividades y se identificó cómo podría contribuir el Proyecto a los espacios intersectoriales y viceversa. Se promovió la participación de entes municipales y la creación de comités a nivel municipal, como el caso de Soledad y se han establecido puentes de comunicación efectivos entre las OBC, la Superintendencia de Salud y la Defensoría del Pueblo.

La gestora refirió que las OBC en Barranquilla ya desarrollaban acciones de respuesta al VIH, entre ellas menciona a Caribe afirmativo y el acompañamiento jurídico que realiza con procesos sólidos, a Fundarvi con la veeduría frente a las rutas de atención y en términos generales, la relación de confianza y cercanía que tienen con la población clave.

La Subsecretaría de Salud Pública Departamental y la Secretaría Distrital participan en el Comité

Técnico Consultivo de las ITS/Sífilis/VIH-Sida. Allí se trazan objetivos comunes que permitan impactar de forma positiva a la población (Subsecretaría Departamental, Barranquilla) y mitigar las ITS en el territorio, objetivos que tienen que ver con el fortalecimiento técnico, el fortalecimiento interinstitucional o la visibilización de aquellas situaciones que estén afectando a la salud de las personas relacionadas con VIH, hepatitis B y hepatitis C (Subsecretaría Departamental, Barranquilla). En este comité pueden participar secretarías de salud municipales, las ESE, hospitales de los 22 municipios del departamento, las IPS de atención integral que operan en Barranquilla, las aseguradoras, los entes de control, actores educativos e ICBF (Subsecretaría Departamental, Barranquilla).

La organización Fundarvi participa en varios espacios intersectoriales y hace parte del MCP, así como de la suplencia por medio de la red de mecanismo social de apoyo y control de VIH y hacen parte careo informativo. Asimismo, hacen parte de las mesas LGBTI distrital y departamental con funciones de coordinación. En estos espacios han realizado denuncias, teniendo en cuenta que tiene contacto directo con la población clave y esta recurre a ellos en momentos que han enfrentado barreras para realizarse las pruebas, o recibir tratamiento, pues en la fundación brindan las pruebas de forma gratuita y confidencial y acompañamiento en caso de ser necesario. Como logros identificados sobre los espacios intersectoriales, esta organización considera que es importante que el comité esté activo.

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

La gestora reconoció como oportunidad de mejora el fortalecimiento de la vinculación de la Procuraduría, para generar mecanismos de mejora continua basados en sus apreciaciones y propuestas de solución a la problemática.

(iii) Recomendaciones de los actores

La OBC recomienda que en los espacios intersectoriales se fortalezca la presencia de los entes de control e incluir a la Policía y que sean una plataforma para visibilizar las acciones vinculadas al día mundial contra el VIH y la importancia de trabajar enfocados en la población clave y diseñar mecanismos en conjunto que permitan el seguimiento y cumplimiento de las metas 90-90-90. Se recomienda aunar esfuerzos para globalizar la temática de VIH en el distrito, desde una perspectiva de derecho, donde la población clave tenga acceso con calidad, oportunidad y dignidad.

C. Servicios institucionales de salud

(i) Logros alcanzados desde la percepción de los actores

La gestora de ENTerritorio señaló que las secretarías de salud ya realizaban compra de preservativos y aplicaban pruebas rápidas que habían recibido como parte del Proyecto. Se logró que incluyeran en el POA la compra de preservativos y pruebas, así como el desarrollo de acciones de promoción y prevención con población clave. Dicho logro, se logró de manera articulada con las organizaciones de la sociedad civil, vinculadas al proceso en Barranquilla.

Parte de la asistencia técnica estuvo orientada a reuniones con cada una de las EAPB donde se estableció una ruta de acceso fácil, sin barreras administrativas para la población clave, donde una persona que haya tenido un resultado reactivo era direccionada a la IPS de atención integral para que inmediatamente se le realizara la prueba confirmatoria e ingresara al programa de atención integral. Se desestimaron creencias asociadas al diagnóstico, las cuales dilataban el proceso de ingreso en la ruta de atención integral, se estima que el tiempo de ingreso disminuyó de 60 días a 15-20 días.

La Subsecretaría de Salud Pública Departamental mencionó que realizan un abordaje detallado con las poblaciones, porque poseen bases de datos de líderes y sobre los procesos que lideran y les han brindado herramientas de conocimiento e información sobre VIH para que puedan transmitirla y sensibilizar a la población sobre la importancia de conocer su diagnóstico y el conocimiento básico sobre la ruta de atención integral (Subsecretaría Departamental). La subsecretaría menciona que realiza tareas de inspección, vigilancia y control en los territorios para que las instituciones den cumplimiento a la ruta de atención integral (Subsecretaría Departamental, Barranquilla). Se ha sensibilizado a los entes municipales en la importancia de incluir dentro de sus planes de compras, las pruebas rápidas y desarrollen acciones que promuevan el tamizaje. (Subsecretaría Departamental, Barranquilla). Por su parte la Secretaría Distrital de Salud adelantó acciones de búsqueda de población objetivo, identificación de lugares clave y organización de campañas educativas donde se entregaron preservativos y se hicieron pruebas rápidas (Secretaría Distrital de Salud, Barranquilla). Se mencionó que se contratan acciones del PIC con una institución que hace las veces de ESE, entre ellas demanda inducida y otras acciones las hace directamente la secretaria (Secretaría Distrital de Salud, Barranquilla).

Para entender la percepción de la OBC frente a los servicios institucionales, la persona entrevistada planteó que reconoce como un logro del Fondo Mundial que las acciones se hayan enfocado en la población clave, porque representa un uso más eficiente de los recursos y han sido cuidados y vigilantes frente a esta distinción. Esta organización asistió a actividades de asistencia técnica y realizó actividades de tamizaje y entrega de paquetes de forma voluntaria. Asimismo, realizan seguimiento a las personas que ingresan a la ruta de atención con el fin de que sean atendidas con oportunidad y con dignidad. Reconocen que el tiempo de respuesta ha disminuido, en gran parte debido a la labor realizada por la gestora, quien tenía una base de datos actualizada de las EPS e IPS especializadas y se contactaba con la persona encargada de forma oportuna. Reconocen la acción eficiente de la EPS SURA por incluir personas en la ruta de atención en menos de ocho días.

La gestora realizó procesos de sensibilización en población clave incluyendo el reconocimiento de la EPS a la cual pertenecían las personas, en el caso que no la conocieran, y brindarles la información pertinente acerca de la posibilidad de acceder a las pruebas de VIH en sus instituciones de salud. Considera que la entrega de preservativos era un incentivo para la aceptación de la realización de la prueba rápida.

En Barranquilla y otros municipios de Atlántico se desarrollaron acciones de promoción y prevención por parte de la Secretaría y se aplicaron un conjunto de pruebas rápidas que fueron entregadas por el Proyecto. La subsecretaría de salud pública departamental reconoce como logro asociado al Proyecto la realización de pruebas rápidas de forma extramural, así como la contribución de las OBC en la logística, caracterización y sensibilización de los grupos poblacionales.

El apoyo que recibieron con preservativos y pruebas se entendió como un complemento a las acciones que desarrollaba el distrito y se reconoció como positivo el involucramiento de la comunidad para la captación de usuarios y para el empoderamiento de sus propios actores clave, su participación le brinda más credibilidad y receptividad al proceso (Secretaría Distrital).

(ii) Dificultades desde la percepción de los actores

La gestora de ENTerritorio señaló que persisten los tiempos de ingreso largos en las personas que no tienen aseguramiento. Asimismo, al tener conocimiento del Plan Nacional de Respuesta 2018-2021 desde la subsecretaría departamental de salud pública se instó a los entes municipales a conocer las metas e indicadores de este plan, para que incluyeran acciones dentro de sus planes (Subsecretaría Departamental, Barranquilla). Respecto a la ruta de atención, menciona que está establecida, pero persisten brechas en su operación, por lo que la secretaría hace seguimiento y veeduría para que se dé cumplimiento.

La OBC menciona que se pueden implementar otras mejoras como aplicar el algoritmo establecido y que se debe fortalecer el tiempo de respuesta de las EAPB que no han priorizado la temática y tienen tiempos de respuesta inaceptables.

D. Estrategias de comunicación

La gestora consideró que los materiales de comunicación contribuyeron a incrementar la demanda de los servicios de prevención y oferta de tamizaje en Barranquilla porque fue un proceso acompañado por asesorías y talleres aumentando la transferencia de conocimiento.

3.3. Índice de desempeño de los operadores del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario

En esta evaluación, el desempeño hace referencia al grado en que un operador de acuerdo con ciertos criterios, estándares o lineamientos logra los resultados esperados.

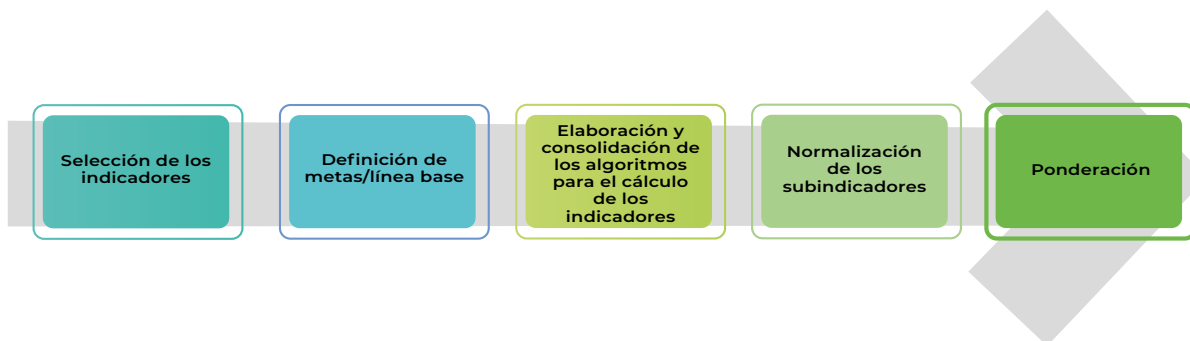
El índice de desempeño es un indicador compuesto que permite evaluar los diferentes operadores que implementaron el modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario en las ciudades de Cali, Bogotá, Medellín, Pereira y Dosquebradas, según su desempeño en cuanto a la eficacia en el cumplimiento de metas, la eficiencia en la provisión de los servicios y la efectividad de las acciones realizadas.

Este índice permite comparar los diferentes criterios que miden el desempeño (eficacia, eficiencia y efectividad). Además, este índice provee una visión global del desempeño del Proyecto en la implementación del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario, que fue ejecutado por organizaciones de base comunitaria y Empresas Sociales del Estado. Por lo tanto, el índice de desempeño es una herramienta importante para ayudar a la toma de decisiones por parte de ENTerritorio para determinar cuál fue el mejor desempeño de acuerdo con los diferentes esquemas de contratación desarrollados durante la ejecución del Proyecto.

Método para la construcción del índice de desempeño

Un índice es una representación simplificada que busca resumir un concepto multidimensional en un índice simple (unidimensional). Para su construcción se requiere de dos condiciones básicas: la definición clara del atributo que se desea medir y la existencia de información confiable para poder realizar la medición (ver ilustración 5). (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, p. 13).

Ilustración 5. Método para la construcción del índice de desempeño



Fuente: adaptado de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009, P. 13

A. Selección de indicadores

Para la selección de los indicadores se tomó como referencia el Manual de Indicadores de Desempeño en el Sector Público de la CEPAL, en donde definen las siguientes dimensiones para evaluar el desempeño:

- **Eficacia:** Cuál es el grado de cumplimiento de los objetivos, a cuántos usuarios o beneficiarios se entregan los bienes o servicios, qué porcentaje corresponde del total de usuarios. (CEPAL, 2005, p. 30)
- **Eficiencia:** El uso de mínima cantidad de recursos para la provisión de servicios en cantidad y calidad requerida. (CEPAL, 2005, p. 31).
- **Efectividad:** Actividades que se desarrollan de acuerdo con los objetivos establecidos y metas comprometidas. (CEPAL, 2005, p. 31).

Para la selección de las mediciones de los indicadores para la evaluación de desempeño de los operadores del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario, se tuvo en cuenta la factibilidad técnica que depende de:

- Disponibilidad y oportunidad para la consecución de la información (bases de datos).
- Confiabilidad y validez de la información.
- Relevancia, objetividad y sensibilidad de los indicadores.
- Pertinencia y coherencia con lo que se va a medir.
- Facilidad en la realimentación automática y periódica de la información para el proceso de monitoreo y evaluación.

De acuerdo con lo anterior, se seleccionaron los indicadores que permiten medir las tres dimensiones de desempeño que se presentan en las Tabla 6, Tabla 7 y Tabla 8.

Para los indicadores de eficacia se tomaron los que están propuestos en el Plan de Monitoreo y Evaluación del Acuerdo de Subvención No. COL-H-FONADE 1062, suscrito entre el Fondo Mundial y FONADE (hoy ENTerritorio), cuya fuente de información es SISCO-SSR.

Tabla 6. Indicadores de eficacia

| Tipo de indicador | Nombre del indicador |
|-------------------|--|
| Cobertura | Número y porcentaje de HSH alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención. |
| | Número y porcentaje de mujeres trans alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención. |
| | Número y porcentaje de PID alcanzados con un paquete definido de servicios de prevención. |
| | Número y porcentaje de HSH que se realizaron prueba de tamizaje de VIH y conocen su resultado. |
| | Número y porcentaje de mujeres trans que se realizaron prueba de tamizaje de VIH y conocen su resultado. |
| | Número y porcentaje de PID que se realizaron prueba de tamizaje de VIH y conocen su resultado. |
| Producto | Porcentaje de cumplimiento de metas de entrega de Paquetes de Servicios de prevención de VIH por cada población clave. |
| | Porcentaje de cumplimiento de metas de tamizajes realizados por cada población clave. |

Fuente: elaboración propia a partir del Plan de Monitoreo y Evaluación ENTerritorio

Para medir la dimensión de eficiencia se tomó *el valor pagado a cada organización por persona con un paquete definido de servicios de prevención para cada población clave y persona única con prueba de tamizaje para cada población clave*. Es de aclarar que existe una gran variabilidad en los valores pagados por cada organización, esto se debe a las propuestas económicas presentadas por cada oferente en el momento de presentarse a las convocatorias públicas realizadas por ENTerritorio y a la estructura presupuestal de la implementación concertada con cada Empresa Social del Estado con base en el PIC, dependiendo del esquema de contratación implementado por año y por ciudad. La fuente de información para medir estos indicadores son los contratos y los reportes de pagos realizados a cada operador.

Tabla 7. Indicadores de eficiencia

| Tipo de indicador | Nombre del indicador |
|-------------------|---|
| Eficiencia | Valor unitario pagado por persona única alcanzada de la población clave con paquete de prevención de VIH. |
| | Valor unitario pagado por persona única de la población clave que accedió a la prueba de tamizaje. |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento de ENTerritorio

En cuanto a la medición de efectividad se definieron los indicadores a partir de la información de SISCO-SSR (Tabla 8).

Tabla 8. Indicadores de efectividad

| Tipo de indicador | Nombre del indicador |
|-------------------|--|
| Efectividad | Porcentaje de personas únicas con Paquete de Servicios de prevención de VIH que son tamizados. |
| | Porcentaje de reactividad. |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento de ENTerritorio

B. Definición de metas/línea base

Para la definición de metas, línea base o estándares de cada uno de los indicadores seleccionados para la evaluación de eficacia se tuvieron en cuenta los criterios establecidos por ENTerritorio en su Plan de Monitoreo y Evaluación. En cuanto a las metas de porcentaje de reactividad por cada población clave se realizó una búsqueda rápida de literatura y no se encontraron estudios relacionados sobre valores de reactividad en población clave, por lo anterior, se estableció la línea base de acuerdo con los datos históricos del Proyecto.

Tabla 9. Indicadores seleccionados con las metas o línea de base

| Dimensión | Nombre del indicador | Meta o línea base |
|-------------|--|-------------------|
| Eficacia | Porcentaje de cumplimiento de metas de entrega de Paquetes de Servicios de prevención de VIH por cada población clave. | 100% |
| | Porcentaje de cumplimiento de metas de tamizajes realizados por cada población clave. | 100% |
| Efectividad | Porcentaje de personas únicas por población clave con Paquete de Servicios de prevención de VIH que accedieron al tamizaje | 85% |
| | Porcentaje esperado de reactividad en HSH. | 2% |
| | Porcentaje esperado de reactividad en mujeres trans. | 8% |
| | Porcentaje esperado de reactividad en PID. | 2% |

Fuente: elaboración propia

C. Elaboración y consolidación de los algoritmos para el cálculo de los indicadores

Teniendo en cuenta los indicadores seleccionados se realizó la construcción y consolidación de los respectivos algoritmos, cuyo objetivo es describir y formular el cálculo ordenado de cada indicador en su numerador y denominador con las respectivas variables según la fuente de información.

D. Normalización de los indicadores

La normalización de los indicadores es fundamental en el proceso de construcción del índice de desempeño, debido a que al agregar varios indicadores en uno solo puede que no tengan la misma unidad de medida, por ejemplo, algunos están expresados en tasas, porcentajes y razones. Igualmente, los subindicadores tienen diferentes rangos de valores máximos y mínimos, que dependen de la meta y de los respectivos valores de referencia.

Por lo tanto, es necesario una reconversión de las escalas de medida por medio de la normalización para que puedan ser más comparables. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), 2009).

Se utilizó la técnica de escalamiento o transformación lineal (*o LST, sigla en inglés de linear scaling technique*), esta técnica fue definida por Drewnowski y Scott (1966) y es una de las más utilizadas en la construcción de numerosos índices sintéticos sociales y económicos. (Actis di Pasquale, 2017).

El cálculo se diferencia de los anteriores dado que utiliza los valores máximos (X_{max}) mínimos (X_{min}) de los indicadores y el rango en lugar de la media o desviación estándar.

Estos valores pueden ser empíricos, históricos o bien ideales, dependiendo del objetivo de la medición. El índice parcial se calcula como el cociente de la diferencia entre el valor del indicador X_i y el valor mínimo X_{min} dividido por el rango absoluto ($X_{max} - X_{min}$).

$$I_i = \frac{(X_i - X_{min})}{(X_{max} - X_{min})}$$

En el caso de que exista una relación inversa entre el indicador y el constructo teórico, el cálculo será el siguiente, que incluye un cambio direccional:

$$I_i = \frac{(X_{max} - X_i)}{(X_{max} - X_{min})}$$

En los dos casos, el resultado queda comprendido entre cero y uno, siendo cero la peor situación y uno la mejor. De esta forma, la estandarización se realiza con base en la distancia al valor mínimo —o máximo— con relación al recorrido total, sin importar la dispersión de los datos. Por lo que se puede considerar

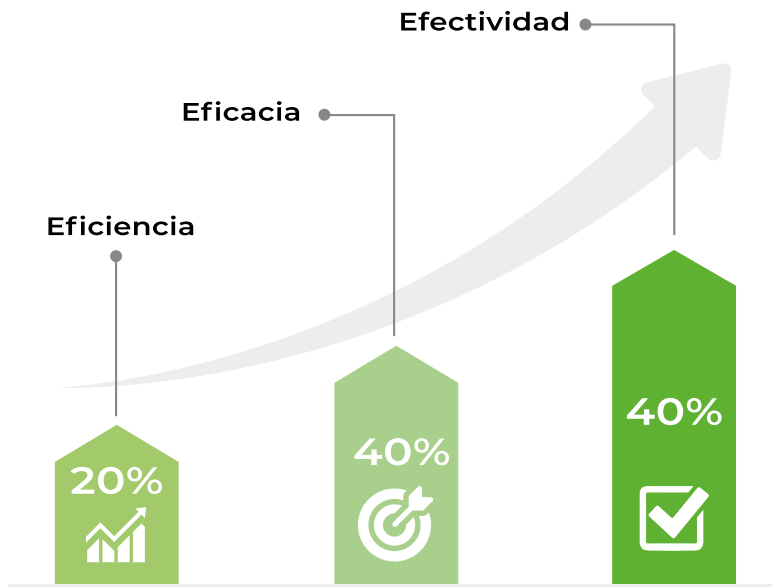
como una estandarización en términos de distancia respecto al valor objetivo de cada indicador. Entre sus ventajas, es robusto, permite el análisis de series temporales a través de la fijación de máximos y mínimos históricos o ideales, y cumple con la propiedad de invariancia (es una propiedad que considera que el indicador estandarizado debe ser invariante respecto a un cambio de origen o de escala en las unidades en que vengán expresados los valores de los componentes). (Actis di Pasquale, 2017, pp. 175-176). Al definirse valores adecuados de máximo y mínimo, “la LST surge como el único método que satisface la mayor parte de las características deseadas: invariancia, robustez y análisis de series temporales sin mayores complicaciones”. (Actis di Pasquale, 2017, pp. 177).

Para la mayoría de los subindicadores el nivel de cumplimiento se traduce en un número de puntos que va desde 0 a un máximo preestablecido dependiendo al valor de referencia; sin embargo, en aquellos subindicadores cuyo resultado sobrepasa el valor de referencia se le otorga el valor máximo y si está muy por debajo del valor mínimo se deja ese valor (Saturno, 2004). Los valores de los indicadores fueron normalizados en una escala entre 0 y 1, donde 0 es el peor valor y 1 es el mejor valor

E. Ponderación de los indicadores

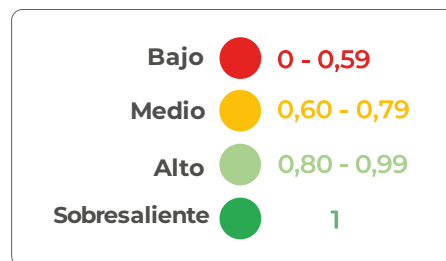
El último paso fue la ponderación de los indicadores de las tres dimensiones, para esto se utilizó la metodología Métodos participativos de ponderación, que consistió en establecer el peso relativo de cada variable en el indicador sintético a partir de consultar la opinión de expertos que, mediante su conocimiento, permiten priorizar algunas variables por sobre otras. (Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) , 2009, p. 62). Por lo anterior, se consultó al equipo de ciencias económicas del Consorcio Synergia-Salutia para establecer los pesos porcentuales de acuerdo con la importancia de cada variable en la evaluación de desempeño:

Ilustración 6. Ponderación de los indicadores de desempeño



Fuente: elaboración propia

Para la calificación del índice de desempeño se establecieron los siguientes rangos:



Resultados del índice de desempeño y análisis de los esquemas de implementación

Este apartado presenta los resultados del índice de desempeño para cada una de las cuatro ciudades priorizadas donde se implementó el modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario. A su vez, se realizó un análisis de las entrevistas a los actores claves, para comprender cómo percibieron los esquemas de implementación e identificar con ello posibles interpretaciones que permitan explicar el comportamiento del índice de desempeño calculado.

La siguiente imagen presenta el resultado del índice global de desempeño por las acciones de promoción y prevención y las acciones de tamizaje durante el proceso de implementación del Proyecto. De acuerdo con los resultados obtenidos, el índice global de desempeño tanto para las acciones de promoción y prevención y las acciones de tamizaje para las tres poblaciones presenta un desempeño medio (rango: 0,60-0,79).

A. Contratación directa de las organizaciones de base comunitaria por parte de FONADE (hoy ENTerritorio)

En 2017, la operación del Proyecto se contrató directamente con las OBC en las ciudades de Cali, Bogotá y Medellín, con los mecanismos que estaban estipulados en la Nota Conceptual:

Los servicios comunitarios que participarán en la implementación de esta Nota Conceptual serán seleccionados a partir de un proceso público competitivo, utilizando las Normas para Banca Multilateral. La convocatoria se hace a través de la página web de FONADE y en prensa, el plazo para presentar propuesta es superior a quince (15) días, dependiendo de la complejidad de la propuesta. Se adjudica con la evaluación de una propuesta, siempre y cuando la misma cumpla con las exigencias legales y técnicas plasmadas en los Términos de Referencia. (MCP, 2016, p. 71)

FONADE (Hoy ENTerritorio), desarrolló lo establecido en la Nota Conceptual y mediante convocatoria pública realizó la selección de las Organizaciones de Base Comunitaria que cumplieron con los Términos de Referencia.

A continuación, se presenta el índice de desempeño de las acciones de promoción y prevención y de las acciones de tamizaje, para cada uno de los operadores y por ciudades:



Índice Global de Desempeño

Acciones de promoción y prevención

Índice de Desempeño Global por ciudad y población clave

| Ciudad | HSH | MTRANS | PID |
|----------|------|--------|------|
| Bogotá | 0,80 | 0,74 | 0,67 |
| Medellín | 0,62 | 0,60 | |
| Cali | 0,70 | 0,65 | |
| Pereira | | | 0,80 |

Índice de Desempeño Global del Proyecto

| HSH | MTRANS | PID |
|------|--------|------|
| 0,75 | 0,69 | 0,75 |

Acciones de Tamizaje

Índice de Desempeño Global por ciudad y población clave

| Ciudad | HSH | MTRANS | PID |
|----------|------|--------|------|
| Bogotá | 0,83 | 0,75 | 0,65 |
| Medellín | 0,70 | 0,63 | |
| Cali | 0,79 | 0,84 | |
| Pereira | | | 0,82 |

Índice de Desempeño Global del Proyecto

| HSH | MTRANS | PID |
|------|--------|------|
| 0,79 | 0,74 | 0,78 |

| | |
|---------------|-------------|
| Bajo | ● 0-0,59 |
| Medio | ● 0,60-0,79 |
| Alto | ● 0,80-0,99 |
| Sobresaliente | ● 1 |



Resultados Índice de Desempeño por Ciudad

Cali | Acciones de promoción y prevención con enfoque comunitario

Población HSH

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,80 |
| | ESE Red Centro – Senderos Asociación Mutual | 0,73 |
| 2018 | ESE Red Ladera – Fundación Casa Gami | 0,77 |
| | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,85 |
| 2019 | ESE Red Ladera Fundación Casa Gami | 0,76 |

Población MTRANS

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,77 |
| | ESE Red Centro – Senderos Asociación Mutual | 0,66 |
| 2018 | ESE Red Ladera – Fundación Casa Gami | 0,68 |
| | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,86 |
| 2019 | ESE Red Ladera Fundación Casa Gami | 0,74 |

Cali | Acciones de Tamizaje

Población HSH

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,76 |
| | ESE Red Centro – Senderos Asociación Mutual | 0,94 |
| 2018 | ESE Red Ladera – Fundación Casa Gami | 0,77 |
| | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,80 |
| 2019 | ESE Red Ladera Fundación Casa Gami | 0,99 |

Población MTRANS

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,69 |
| | ESE Red Centro – Senderos Asociación Mutual | 0,98 |
| 2018 | ESE Red Ladera – Fundación Casa Gami | 1,00 |
| | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,68 |
| 2019 | ESE Red Ladera Fundación Casa Gami | 0,99 |

Bogotá Acciones de promoción y prevención

Población HSH

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,36 |
| ESE Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGBTBI | 0,54 |
| Huellas De Arte/ Liga Sida | 0,72 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | 0,55 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,75 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| Huellas de Arte/ Liga Sida | 0,66 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería Primer trimestre 2018. | 0,61 |
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,88 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,66 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,80 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) primer trimestre 2018. | 0,84 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,87 |

| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 0,86 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 0,95 |
| ESE Subred Sur | 0,70 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,85 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,84 |

Población MTRANS

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,41 |
| ESE Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGBTBI | 0,54 |
| Huellas De Arte/ Liga Sida | 0,64 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | 0,66 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,68 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| Huellas de Arte/ Liga Sida | 0,62 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería Primer trimestre 2018. | 0,60 |
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,54 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,53 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,62 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) primer trimestre 2018. | 0,74 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,69 |

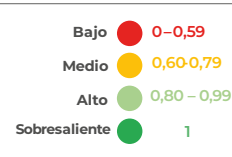
| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 0,74 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 0,82 |
| ESE Subred Sur | 0,47 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,69 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,74 |

Población PID

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|------------------------------------|---------------------|
| ATS (Acción Técnica Social) Bogotá | 0,53 |

| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 0,73 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 0,66 |
| ESE Subred Sur | 0,79 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,88 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,98 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,50 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,62 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,32 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,85 |



Bogotá

Acciones de Tamizaje

Población HSH

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,62 |
| ESE Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGTBI | 0,80 |
| Huellas De Arte/ Liga Sida | 0,99 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | 0,45 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,87 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| Huellas de Arte/ Liga Sida | 0,99 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería Primer trimestre 2018. | 0,37 |
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,74 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,84 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,64 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) primer trimestre 2018. | 0,87 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,75 |

| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 0,85 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 1,00 |
| ESE Subred Sur | 0,80 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,81 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,92 |

Población MTRANS

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,67 |
| ESE Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGTBI | 0,79 |
| Huellas De Arte/ Liga Sida | 0,76 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | 0,25 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,78 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| Huellas de Arte/ Liga Sida | 0,76 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería Primer trimestre 2018. | 0,45 |
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,72 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,85 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,66 |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) primer trimestre 2018. | 0,66 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,92 |

| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 0,79 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 1,00 |
| ESE Subred Sur | 0,43 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,73 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,95 |

Población PID

| Operador 2017 | Índice de Desempeño |
|------------------------------------|---------------------|
| ATS (Acción Técnica Social) Bogotá | 0,59 |

| Operador 2019 | Índice de Desempeño |
|---|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente | 1,00 |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 0,66 |
| ESE Subred Sur | 0,66 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Bosa Puente Aranda) | 0,66 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) (Kennedy Fontibón) | 0,59 |

| Operador 2018 | Índice de Desempeño |
|--|---------------------|
| ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,35 |
| ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,35 |
| ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,67 |
| UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,90 |

| | |
|---------------|-------------|
| Bajo | 0-0,59 |
| Medio | 0,60-0,79 |
| Alto | 0,80 - 0,99 |
| Sobresaliente | 1 |

Medellín | Acciones de promoción y prevención con enfoque comunitario

Población HSH

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|--|---------------------|
| 2017 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,53 |
| 2018 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) Primer trimestre 2018. | 0,60 |
| | ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,86 |
| 2019 | ESE Hospital La María | 0,69 |

Población MTRANS

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|--|---------------------|
| 2017 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,49 |
| 2018 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) Primer trimestre 2018. | 0,62 |
| | ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,83 |
| 2019 | ESE Hospital La María | 0,70 |

Medellín | Acciones de Tamizaje

Población HSH

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|--|---------------------|
| 2017 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,66 |
| 2018 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) Primer trimestre 2018. | 0,57 |
| | ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,81 |
| 2019 | ESE La María | 0,83 |

Población MTRANS

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|--|---------------------|
| 2017 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,53 |
| 2018 | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) Primer trimestre 2018. | 0,69 |
| | ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,79 |
| 2019 | ESE La María | 0,71 |



Pereira y Dosquebradas

Acciones de promoción y prevención con enfoque comunitario

Población PID

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | Corporación ATS (Acción Técnica Social) | 0,67 |
| 2018 | ESE Salud Pereira | 0,92 |
| 2019 | ESE Salud Pereira | 0,92 |

Acciones de Tamizaje

Población PID

| Año | Operador | Índice de Desempeño |
|------|---|---------------------|
| 2017 | Corporación ATS (Acción Técnica Social) | 0,78 |
| 2018 | ESE Salud Pereira | 0,77 |
| 2019 | ESE Salud Pereira | 0,92 |

Tabla 10. Índice de desempeño de los operadores por ciudad, 2017

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | | Tamizaje | | |
|----------------------|---|------------------------|--------|------|----------|--------|------|
| | | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| Cali | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,80 | 0,77 | - | 0,76 | 0,69 | - |
| Bogotá | Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,36 | 0,41 | - | 0,62 | 0,67 | - |
| | Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGTBI | 0,54 | 0,56 | - | 0,80 | 0,79 | - |
| | Huellas de Arte/ LigaSida | 0,72 | 0,64 | - | 0,99 | 0,76 | - |
| | Madonna y Sus Divas/Equipo Local Sur | 0,55 | 0,66 | - | 0,45 | 0,25 | - |
| | Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,75 | 0,68 | - | 0,87 | 0,78 | - |
| | Corporación ATS | - | - | 0,53 | - | - | 0,59 |
| Medellín | Consortio Vhinculate (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,53 | 0,49 | - | 0,66 | 0,53 | - |
| Pereira Dosquebradas | Corporación ATS (Acción Técnica Social) | - | - | 0,67 | - | - | 0,78 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2017, de ENTerritorio

Según la escala, se observa que en las acciones de promoción y prevención hacia la población HSH, la UT Compromiso con el Valle en Cali, fue la única que presentó un índice de desempeño alto (0,80), respecto a las demás OBC en las otras ciudades. Con un desempeño medio estuvieron las OBC Huellas de Arte y LigaSida (0,72) y la UT TG Alianza (0,75), como operadoras en Bogotá. Las demás OBC presentaron un desempeño bajo.

Para las acciones de promoción y prevención dirigidas a mujeres trans, el desempeño de las OBC estuvo entre medio y bajo, siendo la UT Compromiso con el Valle la que mejor desempeño tuvo. Mientras que en las acciones de promoción para la población PID, la Corporación ATS tuvo mejor desempeño en Pereira y Dosquebradas que en Bogotá. En las acciones de tamizaje en HSH tres operadores en Bogotá presentaron un alto desempeño, mientras que en mujeres trans la mayoría de las OBC tuvo un desempeño medio; por su parte en el caso de PID el desempeño en tamizajes

fue mejor en Pereira y Dosquebradas que en Bogotá. En los siguientes apartados se presenta el desempeño por ciudad y la percepción sobre los esquemas de implementación de los actores entrevistados.

(i) Análisis ciudad de Cali

En 2017, el operador en Cali de las acciones del Proyecto fue la Unión Temporal Compromiso con el Valle, conformada por las OBC Senderos Asociación Mutual y por Fundación Casa Gami. Estas OBC también participaron en las acciones de la subvención anterior.

La Unión Temporal tuvo un desempeño alto en las acciones de promoción y prevención en HSH, pero el desempeño de las mismas acciones en mujeres trans disminuyó un poco para ubicarse en un desempeño medio. Un comportamiento similar se observa en las acciones de tamizaje, donde hubo un desempeño medio, pero el presentado en HSH fue un poco mejor que el desempeño en mujeres trans.

Tabla 11. Índice de desempeño de los operadores en Cali, 2017

| Operadores | Promoción y prevención | | Tamizaje | |
|---|------------------------|--------|----------|--------|
| | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,80 | 0,77 | 0,76 | 0,69 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2017, de ENTerritorio

Para los actores entrevistados, el buen desempeño de la Unión Temporal en la realización de acciones de promoción, prevención y tamizaje podría estar relacionado con la cercanía y facilidad de acceso que tienen las OBC con las poblaciones clave, principalmente en la de HSH, como lo manifestó el equipo local de ENTerritorio:

“(…) aquí uno identifica que las organizaciones de sociedad civil son la entrada definitivamente a poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, estoy hablando en general porque en VIH tú tienes a consumidores, trabajo sexual y estoy hablando de todo sin diferenciación de identidad de género ni inclinación (…)”. (Equipo Local, Cali, 32:34).

De igual manera las OBC consideraron que entre sus fortalezas está la capacidad de llegar donde otras organizaciones no lo hacían, además de su experiencia en el abordaje de la población, el uso del lenguaje apropiado y el trato diferencial:

“Que sigan con nosotros, que sigan, porque de verdad que la comunidad nos necesita, porque nosotros llegamos donde no llegan otras personas. Nosotros llegamos a los lugares que yo sé que el Estado no llega, porque nosotros con el equipo hemos estado en sitios… La otra vez que fuimos, yo me quedé impresionada porque era una loma y nosotros, eran las 9 de la noche, y la comunidad, la comunidad llegaba”. (OBC, Cali, 57:17).

Entre las dificultades que pudieron afectar el desempeño de la Unión Temporal, el equipo local de ENTerritorio entrevistado identificó que algunas mujeres trans no se sintieron cómodas con el abordaje que se les hacía en la subvención anterior, por lo que rechazaban la participación en las acciones de la nueva subvención:

“Si ellas lo decían era por los antecedentes anteriores y ellas decían «No porque vienen y nos toman pruebas y nos dejan tiradas» (...)”. (Equipo local, Cali, 57:5)

Otra de las dificultades se relaciona con las formas y métodos de abordaje diferente que tienen las OBC así formen parte de una Unión Temporal y la percepción que la población clave tiene de cada una de ellas. En este sentido, el equipo local también identificó que algunas mujeres trans no se sentían cómodas cuando eran abordadas por una de las organizaciones de la UT:

“(…) las chicas trans no aceptaban esa organización, ellas decían «Pero si me la van a tomar [N.N], no», [N.N] era el representante, decían «Yo voy a las actividades, pero si [N.N] va a estar ahí yo no voy» (...)”. (Equipo local, Cali, 57:5)

Para las OBC, otra de las dificultades presentadas consistió en el presupuesto no contemplado para complementar el desarrollo de las actividades en campo, por ejemplo, no se contemplaron recursos para el transporte, en especial para las jornadas nocturnas donde el transporte era escaso y las zonas podrían ser peligrosas:

“Cuando nosotros empezamos no conocíamos toda esa dinámica social, que una vez llegamos a un lugar y resulta que hicieron un perifoneo. Entonces, ¿qué pasó? (...) empezaron a llegar los de la pandilla de aquí y los de la pandilla de allá, y entraron con el revólver aquí, sin camisa o con una cosa envuelta, y nosotros tomando pruebas. Todo el mundo se paniqueo (...). Ese día fue cuando llega un carro que disque a sacarnos, nosotros cómo íbamos a salir corriendo con todas esas pruebas y dejar todo ahí, no. Ese día fue, fue fuerte”. (OBC, Cali, 57:21).

Otra OBC se refiere al respecto:

“Para la parte de transporte tanto de los técnicos, porque se hace mucho trabajo de noche, se arriesga mucho al líder sacándolo hasta la 1 de la mañana y si no tiene cómo coger un taxi ese es un riesgo alto para él y a esa hora no hay bus, tiene que buscar otros medios. (...) eso tampoco sería como tan bien presupuestado”. (OBC, Cali, 76:5)

Ante esta dificultad en los gastos operativos presupuestados por el operador, es necesario aclarar que los recursos pagados por ENTerritorio a esta Unión Temporal fueron lo que ofertaron cuando se presentaron a la convocatoria, que son los siguientes: el valor pagado unitario por persona a quien se le entregó el paquete de servicios educativos (\$ 5.277) y el valor por persona con tamizaje (\$ 53.281).

Otro factor que pudo incidir en el desempeño en el año 2017 fue el proceso de articulación entre la Unión Temporal y el equipo local. Para este último, el Proyecto planteaba un seguimiento y acompañamiento más cercano en comparación con la subvención anterior, por lo que al principio se presentaron dificultades para la coordinación de actividades:

“(…) ellos antes manejaban todo, pero cuando ya se encuentran con una subvención donde hay un equipo técnico fuerte, fue muy difícil arrancar. Las autoridades sanitarias del departamento o del municipio me llamaban y me decían «Mire hay unos chalecos verdes haciendo pruebas en una discoteca y la gente está bebida» y yo decía «¿Cómo así?». Y nosotros veíamos las bases de datos y no veíamos reportes”. (Equipo local-Cali, 32:35).

Para los actores que participan en los espacios intersectoriales, los requisitos establecidos en los términos de convocatoria para contratar a las OBC eran difíciles de alcanzar, por lo tanto, consideran que las condiciones de contratación no pueden ser un obstáculo para la vinculación de las OBC en el Proyecto (Mesa LGBTI, Cali 75:13), al tiempo que recomiendan que se evalúe la posibilidad de poner a trabajar a las organizaciones dispuestas a hacerlo, en vez de escoger a una sola organización, repartiendo las tareas de acuerdo con las fortalezas de cada una (Centro LGBTI, Cali 69:12).

En contraste, una de las personas entrevistada de la Mesa LGBTI al preguntársele sobre qué pensaba sobre la ejecución del Proyecto con la contratación de una Unión Temporal, respondió:

“No funcionó, ya no existe, no funcionó por eso de una u otra manera habemos personas con posturas inconformes, no a título personal si no a título general, a título de la base fundamental, del objeto por el cual vino Fondo Mundial a Colombia”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:33)

Otra de las dificultades relacionadas con el desempeño tuvo que ver con la confianza y credibilidad que parte de la población clave tiene sobre los operadores del Proyecto. Por ejemplo, un integrante de la Mesa LGBTI expresó que una de las OBC de la Unión Temporal:

“(…) no es de la población, o sea (…) inicialmente atiende hombres homosexuales que tienen VIH pero no es de la población; [la otra OBC de la UT] no es de la población aunque sus organizadores o fundadores o parte de su equipo sean hombres homosexuales, pero [esta OBC] no se lee, la población no la lee como parte propia de la población a diferencia por ejemplo de [otra OBC] que es una organización que muchas personas, al margen de cualquier discusión que uno pueda tener al respecto de su actuar, al margen de eso muchas personas sí la leen como una organización LGBTI”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:29)

También, en algunas ocasiones la población clave de mujeres trans no desea ser abordada por las mismas mujeres trans y en su lugar prefiere a mujeres cisgénero:

“(…) hay lugares donde mujeres trans que es lo que piden es que no vayan las mismas trans a apoyarlas, sino que vayan las mujeres que están dentro del Proyecto. Entonces hay momentos en que hemos sido, que hemos sido muy bien aceptadas dentro de la población trans. Que en algunos si quieren que sean sus pares, pero hay otros que no, que prefieren que vayan que sean mujeres biológicas”. (OBC contratada, Cali, 76:20)

(ii) Análisis de ciudad de Bogotá

En Bogotá se contrataron 10 operadores para la ejecución de las acciones de promoción, prevención y tamizaje. Debido a que varias OBC no se presentaron a la convocatoria y quienes lo hicieron no cumplían con los términos de referencia, se celebraron alianzas con la Subred Integrada de Servicios de Salud Norte ESE y con la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente ESE, quienes contrataron a las OBC Colectivo Hombres Gay y la Corporación Universo LGBTI respectivamente. Así mismo, FONADE (hoy ENTerritorio) contrató un equipo de auxiliares de enfermería para que desarrollara actividades con la OBC Madonna y sus Divas en la zona sur. En este esquema, las Subredes y el equipo local contratado se encargaban de hacer los tamizajes, mientras las OBC realizaban el abordaje a la población clave con actividades de promoción y prevención.

En cuanto al desempeño, el índice calculado muestra que en las acciones de promoción y prevención con HSH, las OBC Huellas de Arte y LigaSida y la UT TG Alianza tuvieron un desempeño medio; mientras que los demás operadores presentaron un desempeño bajo, siendo la Subred Norte con su contratista, el Colectivo Hombres Gay los que tuvieron el menor desempeño.

Respecto a las acciones de promoción y prevención en mujeres trans, la OBC Madonna y sus Divas y el equipo local de auxiliares de enfermería contratado, mejoraron el desempeño. En contraste, Huellas de Arte, LigaSida y TG Alianza disminuyeron su desempeño (Tabla 12).

Tabla 12. Índice de desempeño de los operadores en Bogotá, 2017

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | | Tamizaje | | |
|--------|---|------------------------|--------|------|----------|--------|------|
| | | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| Bogotá | Subred Norte - Colectivo Hombres Gay | 0,36 | 0,41 | - | 0,62 | 0,67 | - |
| | Subred Sur Occidente - Corporación Universo LGTBI | 0,54 | 0,56 | - | 0,80 | 0,79 | - |
| | Huellas de Arte/ LigaSida | 0,72 | 0,64 | - | 0,99 | 0,76 | - |
| | Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | 0,55 | 0,66 | - | 0,45 | 0,25 | - |
| | Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | 0,75 | 0,68 | - | 0,87 | 0,78 | - |
| | Corporación ATS (Acción Técnica Social) | - | - | 0,53 | - | - | 0,59 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2017, de ENTerritorio

En las acciones de tamizaje hacia la población HSH el desempeño fue mejor. La Subred Sur Occidente con la Corporación Universo LGBTI, Huellas de Arte con LigaSida y TG Alianza presentaron un desempeño alto, mientras que la Subred Norte con el Colectivo Hombres Gay tuvieron un desempeño medio.

El desempeño de la mayoría de los operadores disminuye en los tamizajes a mujeres trans. Quienes tuvieron un desempeño alto en HSH pasaron a un desempeño medio en mujeres trans. Solo la Subred Norte con el Colectivo Hombres Gay mejoró su desempeño, pero se mantuvo en el nivel medio.

La OBC Madonna y sus Divas con el equipo de auxiliares de enfermería presentaron el menor desempeño en las acciones de tamizaje tanto en HSH como en mujeres trans. Por su parte la Corporación ATS con abordaje a PID, tuvo un desempeño bajo en las acciones de promoción y tamizaje, aunque en estas últimas mejoró un poco el desempeño.

Desde la experiencia de los actores, el desempeño de las OBC estaría relacionado con sus capacidades instaladas, al respecto una de las OBC contratadas en 2017 afirma: *“Nosotros teníamos una capacidad instalada muy robusta, teníamos unos equipos muy grandes y teníamos un trabajo bastante significativo en el territorio. Entonces eso permitió que nosotros en 6 meses lográramos cumplir las metas que tenía FONADE para un año”*. (OBC contratada, Bogotá 118:3)

El buen desempeño también está asociado por parte de las OBC a la forma como se llevan a cabo los abordajes y las estrategias de promoción y prevención:

“lo que hicimos fue también tener una metodología clara para abordar los grupos poblacionales, pero además también los subgrupos al interior de cada una de las poblaciones, además desde esa lectura de necesidades poblacionales (···)”. (OBC contratada, Bogotá, 120:3)

“no en ver digamos este Proyecto en términos del cumplimiento de metas, aunque por supuesto que sí, porque si no se cumplían las metas no había pago, pero nos centramos más en la persona, en las necesidades de la persona y en poder generar un ambiente cálido entre la persona y el gestor par en el abordaje, entonces creo que nosotros generamos una empatía desde el trato humanizado y tranquilo con la persona (···)”. (OBC contratada, Bogotá, 120:4)

Por otro lado, una de las ventajas que vieron las OBC al trabajar con el Proyecto fue que lograron tener capacidad instalada en profesionales, es decir, el número de profesionales técnicos vinculados aumentó: *“estos Proyectos nos han permitido empezar a ampliar el número de personas que trabajan con nosotros”* (OBC Contratada, Bogotá 121:14). De hecho, algunas organizaciones han visto cómo el Proyecto motivó a las personas que trabajaban con ellos a crear organizaciones (OBC Contratada, Bogotá 121:14).

Otra fortaleza que las OBC percibieron del Proyecto fue la capacidad de posicionar a sus organizaciones en la población clave y en la sociedad en general, *“que la gente otra vez nos tenga en su radar (···)”*. (OBC contratada, Bogotá, 121:28)

Uno de los aspectos que incidió en el desempeño de las OBC es la dificultad de conciliar puntos de vista y miradas diferentes entre las mismas OBC, cuando se tenía contratada una OBC para la

realización de pruebas y otra OBC para la entrega de paquetes y demanda inducida. Esta división de actividades por funciones dificultó la coordinación de los equipos y las estrategias de promoción y prevención:

“En esa primera etapa de nuestra intervención en el Proyecto, pues digamos hubo dificultades en tanto que creo en tener ese ejercicio, digamos como hubo dificultades en términos de las miradas de cómo abordar la población, (...) creo que de una y otra manera no hubo afinidad tal vez porque habían interpretaciones distintas sobre la intervención, esto va a sonar a cliché pero creo siempre también estuvo atravesado por las relaciones de género y ese tema del patriarcado en la toma de decisiones, entonces creo que también fue bastante difícil poderse entender”. (OBC contratada, Bogotá, 120:2)

“Tratamos de hacer la articulación y la otra OBC igual, pero había muchas actividades donde ellos iban a hacer pruebas, por ejemplo, donde nosotros no lográbamos ir o donde nosotros íbamos con los paquetes y no lográbamos articular de la mejor forma con la otra OBC”. (OBC contratada, Bogotá 121:6)

Otra de las dificultades identificadas por parte de las OBC tiene que ver con la zonificación del Proyecto, la cual:

“en vez de facilitar dificultó y en realidad nos puso y como estamos, no puedo pasar de esta calle porque ya es la otra organización que está ejecutando y eso en realidad puso las organizaciones como en rivalidad en la búsqueda y no fue lo más efectivo y me parece que no debería haber zonificación, incluso nosotros tuvimos dificultad porque nosotros trabajamos centro oriente pero la sede nuestra está en la red norte y otras organizaciones pidieron que no pudiéramos hacer pruebas aquí pero la propuesta nuestra iba con capacidad instalada (...)”. (OBC contratada, Bogotá 121:6)

Para el Equipo Distrital de ENTerritorio en Bogotá, este esquema de contratación ha generado interrogantes sobre los procesos laborales internos de las OBC. Las OBC fueron seleccionadas por la propuesta técnica que presentaron (el número de pruebas qué harían y el número de personas que contratarían), pero en medio de su autonomía nadie revisa las condiciones laborales de las personas que contratan:

“¿Quién regula eso? ¿Quién lo mira? ¿Cómo se mira? Sí, entonces, esa parte de la OBC suelta es complicada porque sí hemos visto que ha habido atropellos por parte de la OBC a las personas de la población. Sí, hay personas que han sido contratadas con montos por debajo del salario mínimo. Hay personas que las han puesto a trabajar más de las horas que tienen que trabajar por ley. Hay personas que no les han pagado su seguridad social y pues un tipo de procesos de estos debe supervisar esa parte. O sea, de alguna forma eso hay que mirarlo, sí”. (Equipo Distrital, Bogotá, 114:33)”

Otra debilidad que evidenció el Equipo Distrital de ENTerritorio fue la falta de habilidades “blandas” de las organizaciones, es decir, habilidades para poder interactuar en contextos institucionales con equipos de trabajo multidisciplinarios:

“Todo el mundo le ha apostado a fortalecerlas administrativamente, sí, a que aprendan a hacer la hoja de cálculo, a llevar el presupuesto, a montar la propuesta, a que mejoren sus procesos de contratación. Pero nadie le ha enseñado a esas OBC que tienen que cumplir un horario, que el personal tiene que tener unas características éticas para presentarse en un trabajo, que usted tiene que, cuando hace parte de una institución manejar un lenguaje. Sí, hay una serie de cosas que son habilidades blandas que facilitan la interacción entre la comunidad y la institucionalidad, que si la comunidad no la maneja pues eso es contraproducente y muchos de los problemas que tuvimos con las OBC e institucionalidad, fue a raíz de eso, no de que no hicieran su trabajo. De que sus capacidades blandas no las tienen desarrolladas, entonces es muy difícil”. (Equipo Distrital, Bogotá, 114:34).

Otra OBC contratada menciona que las condiciones contractuales resultaban desfavorables para la operación “y cuando pasó la propuesta me bajan el presupuesto a un 70%. Bueno y cuál es el argumento para bajarlo, pues primero hay menos gente con VIH [PID], segundo usted necesita tanta gente para trabajar porque usted, por qué va a necesitar un equipo de 12 personas en Bogotá, si eso lo podemos hacer con dos, con 3 entonces. Nosotros tomamos la decisión de no aceptar la continuidad del Proyecto porque en las condiciones en las que lo planteaba FONADE”. (OBC contratada, Bogotá 118:5)

En cuanto esta afirmación, es de aclarar que las OBC cuando se presentaron a la convocatoria realizada por ENTerritorio, pasaron sus propios presupuestos (Tabla 13).

Tabla 13. Valores pagados por ENTerritorio a las OBC contratadas, Bogotá

| Operador | Valor persona con paquete | Valor persona con prueba |
|---|---------------------------|--------------------------|
| Huellas de Arte/ LigaSida | \$ 11.742 | \$ 16.850 |
| Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería | \$ 14.325 | N.A |
| Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) | \$ 9.951 | \$ 40.195 |
| Corporación ATS (Acción Técnica Social) | \$ 262. 414 | \$ 409. 579 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de ENTerritorio

(iii) Análisis ciudad de Medellín

En 2017 las actividades del Proyecto en Medellín se realizaron con el consorcio Vhinculate, conformado por la Fundación Guayacanes y la Fundación Semilla que Crece. En general el Consorcio tuvo un desempeño bajo en las acciones de promoción y prevención tanto para HSH como para mujeres trans. Mientras que para las acciones de tamizaje en HSH el desempeño estuvo en un nivel medio, pero en mujeres trans fue bajo.

Tabla 14. Índice de desempeño de los operadores en Medellín, 2017

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | Tamizaje | |
|----------|---|------------------------|--------|----------|--------|
| | | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| Medellín | Consortio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) | 0,53 | 0,49 | 0,66 | 0,53 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2017, de ENTerritorio

Desde el punto de vista de las OBC, la contratación a partir de un consorcio les permitió participar en el Proyecto ya que se logró entre las organizaciones una “sinergia desde diferentes puntos de vista”, el éxito que las OBC le atribuyen a este esquema está muy relacionado con la sincronía interna, el respeto y la comunicación que se logró entre las OBC. Es decir, cada organización del consorcio identificó cómo podían aportar al objetivo del Proyecto, con quién podían aliarse, qué estrategias podrían realizar para la correcta ejecución de las acciones y de qué manera podían cumplir con las obligaciones contractuales:

“Nosotros el tema de operación de Proyectos y gestión de Proyectos era muy fuerte el tema organizacional, y por el otro lado la experiencia que tenía [la otra OBC] era inmensa y era fundamental para el Proyecto, entonces empezamos hacernos coqueteos mutuamente y vimos que podía ser una alianza que podría sumar y hacer sinergia para el Proyecto. Yo creo que fue bien, fue un complemento perfecto es algo que las ventajas que daban ellos y las ventajas de nosotros hicieron que eso fuera sinergia y que el Proyecto avanzara sin dificultades con muy buena planeación, desarrollo por fin de cable fue muy bien evaluado ese Proyecto”. (OBC contratada, Medellín, 22:2)

Para la academia, la vinculación de las OBC al Proyecto es algo positivo, pero hace falta por definir cuál es el alcance de las OBC:

“A veces se le pide demasiado a un grupo que tiene unas competencias o alcance, creo que el problema es que se les han dado alcances demasiados altos y que obviamente ellos no han tenido como responder”. (Academia, Medellín, 24:7).

Para este mismo actor el alcance de las OBC se centraría en la identificación, la captación, seguimiento y acompañamiento a la población clave. En particular porque en el sistema general de seguridad social las OBC “no se encuentra en ninguna parte”:

“No hay cómo, entre comillas, cómo facturarles o cómo decirles por la derivación que usted haga yo le pago tanto, porque no hay un manejo integral del riesgo, sino todo está muy [en el] hospital (...) eso hace que yo la tienda por dentro del hospital; está bien, pero lo que sea por fuera ya no cuenta. Entonces eso hace que estos tipos de acciones comunitarias o de identificación, de canalización no están contabilizados y por lo tanto no hay cómo reconocerlos, entonces las ONG o estas OBC terminan haciendo trabajos muy importantes, gran trabajo de lo que sería la captación, la búsqueda de las personas, pero no se logran reconocerse sino solamente con base en Proyectos”. (Academia, Medellín, 24:7).

Otro aspecto identificado por la academia que podría incidir en el desempeño es la preferencia que la población clave tiene por una OBC en lugar de otra, lo que pudo generar imágenes negativas sobre el modelo de promoción y prevención (Academia, Medellín, 24:24).

Una de las dificultades del esquema de contratación directa a las OBC, identificada por el equipo local de ENTerritorio en Medellín, se refiere a la falta de experiencia administrativa de las OBC para poder contratar con el Estado:

“(…) lo que creíamos que iba a ser fuerte, realmente no fue nada fuerte. La organización no tenía experiencia administrativa sólida como la requería el Estado y el Fondo [Mundial]. Porque había que trabajar unas cosas de base, por ejemplo, negociaciones, contratación, presupuesto. (…) perdieron la oportunidad de consolidar sus organizaciones en Colombia”. (Equipo Local, Medellín, 19:16).

Algunas organizaciones se fortalecieron en temas de estructura y contratación, pero muchas no lo hicieron:

“Entonces por eso tenemos unas organizaciones como en lo alto, queriendo contratar, porque es que las otras definitivamente no pudieron. Entonces, aquí se contrató una organización, pero claro muy buen acceso a la población, excelente acceso a la población, pero ya. Pues llegan a las poblaciones y los querían mucho, los querían muchísimo, pero en términos de contratación era un problema (…)” (Equipo Local, Medellín, 19:16).

(iv) Análisis de Pereira y Dosquebradas

En Pereira y Dosquebradas el operador contratado para las acciones en PID para el año 2017 fue la Corporación Acción Técnica Social (ATS), la misma organización que fue contratada en Bogotá. Esta OBC contrató a la Corporación Teméride para la ejecución de las acciones en Pereira y Dosquebradas.

Según el índice, ATS muestra un desempeño medio tanto en las acciones de promoción y prevención como en el tamizaje, aunque se presenta un mejor desempeño en el tamizaje que en las acciones de promoción y prevención.

Tabla 15. Índice de desempeño de los operadores en Pereira y Dosquebradas, 2017

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | Tamizaje |
|------------------------|---|------------------------|----------|
| | | PID | PID |
| Pereira - Dosquebradas | Corporación ATS (Acción Técnica Social) | 0,67 | 0,78 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2017, de ENTerritorio

Para la persona entrevistada del Comité Habitante de Calle, contratar las OBC tiene la ventaja que sabe cómo abordar a la población, por el hecho de contar con pares al interior de las organizaciones:

“(…) con la OBC la ventaja es que se trabaja mucho el tema de pares. Entonces ellos tienen la ventaja de que tiene muchos pares al interior de sus organizaciones, que lo han vivido y cuando se trabaja con pares hay más credibilidad. No es lo mismo que un muchacho te critique porque eres psicóloga, a que le crea a un muchacho que ya fue, que ya está rehabilitado y que le está dando esa confianza”. (Mesa HC, Pereira, 88:28).

Tanto para el equipo local, como para la Secretaría de Salud de Pereira, una debilidad de este esquema de contratación consistió en que son pocas las organizaciones con experiencia en trabajar con PID y en particular con Habitante de Calle. (Equipo Local, Pereira, 100:30) (Secretaría de Salud, Pereira, 106:6)

Por su parte la Secretaría de Salud Departamental consideró que:

“La dificultad de algunas organizaciones de base comunitaria no es tanto la filosofía de la organización como tal, sino que uno observa en el departamento que alguna de esas organizaciones más prima los intereses personales que realmente los organizacionales, entonces ese es el conflicto que tienen, pero, o sea si llegara haber una estructura comunitaria bien sólida, yo creo que sería una oportunidad grande para un Proyecto de estos” (Secretaría Departamental de Salud, Risaralda, 105:6).

La OBC que ejecutó las acciones en la ciudad vio como fortaleza sus varios años de experiencia en abordaje a la población y el conocimiento de sus dinámicas. Como antecedente, se referencia haber trabajado con Proyectos de cooperación internacional con Open Society Foundations. Para la OBC se contribuyó al Proyecto con varias ideas de cómo era el territorio y la población, y cómo se podía articular el modelo de salud al fenómeno de drogas inyectables.

“Esta estrategia en otros espacios lo he dicho, no la creó el Fondo, no la creó FONADE [actual ENTerritorio] y no la han creado los territorios; la ha creado la sociedad civil y en el mundo entero la creó la sociedad civil. Esto no se lo inventó ningún Estado, ningún gobierno, no. Eso lo creó la sociedad civil. Entonces eso también me pareció muy bonito y, de hecho, se ha reconocido que la sociedad civil siempre ha estado dos pasos adelante de los gobiernos al implementar estrategias de reducción de daño, y más en el tema de VIH. Básicamente, la historia de la atención en VIH ha sido la historia de la sociedad civil trabajando por sus derechos y por su salud” (OBC ejecutora de acciones, Pereira, 83:13).

B. Contratación directa de las Empresas Sociales del Estado por parte de FONADE (hoy ENTerritorio)

Con el fin de mejorar el desempeño presentado durante el año 2017 y de cumplir el compromiso del Acuerdo de Subvención de garantizar la complementariedad de las acciones con recursos locales, se implementó el esquema de contratación con las ESE, ya que estas instituciones además de ser las responsables de ejecutar los recursos del PIC, cuentan con la capacidad instalada necesaria para la realización de las acciones del Proyecto.

Sin embargo, dentro del convenio con las ESE, para continuar con los servicios comunitarios se definió que se contrataran a las OBC para que desarrollaran las acciones de demanda inducida mediante la entrega de paquetes de servicios educativos de prevención a la población clave, debido a su experiencia para el abordaje de estas poblaciones. En este sentido, la ESE se responsabilizaba de:

“En el proceso de despliegue de las distintas actividades es necesario vincular una organización de base comunitaria con experiencia en la prestación de servicios comunitarios en el abordaje a las personas priorizadas a través de los paquetes de prevención y/o tamizaje que incluyen: la inducción a la demanda de paquetes, acciones educativas relacionadas con promoción y prevención de VIH acompañado de entrega de material de prevención (condones, lubricantes y material de comunicación).

El tamizaje comprende la demanda a la prueba, la asesoría pre y post prueba presuntiva, realización de pruebas rápidas para el tamizaje de VIH y la canalización a servicios de salud y de protección social. FONADE hará acompañamiento permanente al proceso de convocatoria, selección, contratación y operación de la organización de base comunitaria seleccionada. El valor destinado para la entrega de paquetes de prevención y las actividades contempladas en el paquete de prevención, deberá contratarse en su totalidad a través de Organizaciones de Base Comunitaria”.

“Por la naturaleza misma de la organización de base comunitaria (sin ánimo de lucro), la ESE deberá asegurar que el pago por los servicios prestados a dichas organizaciones se realice en forma mensual una vez se haya radicado informe de actividades y los demás documentos”. (ENTerritorio, 2018, p. 27)

Para evaluar el desempeño de este esquema de contratación, por ciudad, la Tabla 16 muestra los resultados del índice para el periodo 2018 y 2019, haciendo la salvedad que durante al inicio de 2018 se continuó la contratación con algunas OBC, mientras se realizaban los respectivos convenios con las ESE.

Tabla 16. Índice de desempeño de los operadores por ciudad, 2018

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | | Acciones de tamizaje | | |
|----------------------|---|------------------------|--------|------|----------------------|--------|------|
| | | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| Cali | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) en el primer trimestre de 2018. | 0,85 | 0,86 | - | 0,80 | 0,68 | - |
| | ESE Red Centro – Senderos Asociación Mutual | 0,73 | 0,66 | - | 0,94 | 0,98 | - |
| | ESE Red Ladera – Fundación Casa Gami | 0,77 | 0,68 | - | 0,77 | 1,00 | - |
| Bogotá | Huellas de Arte/ LigaSida | 0,66 | 0,62 | - | 0,99 | 0,76 | - |
| | Madonna y sus Divas/Equipo de Auxiliares de Enfermería. Primer trimestre 2018. | 0,61 | 0,60 | - | 0,37 | 0,45 | - |
| | Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) Primer trimestre 2018. | 0,84 | 0,74 | - | 0,87 | 0,66 | - |
| | UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,87 | 0,69 | 0,85 | 0,75 | 0,92 | 0,90 |
| | ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,66 | 0,53 | 0,62 | 0,84 | 0,85 | 0,35 |
| | ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,88 | 0,54 | 0,50 | 0,74 | 0,72 | 0,35 |
| | ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,80 | 0,62 | 0,32 | 0,64 | 0,66 | 0,67 |
| Medellín | Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) Primer trimestre 2018. | 0,60 | 0,62 | - | 0,57 | 0,69 | - |
| | ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,86 | 0,83 | - | 0,81 | 0,79 | - |
| Pereira Dosquebradas | ESE Salud Pereira | - | - | 0,92 | - | - | 0,77 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2018, de ENTerritorio

(i) Análisis Ciudad de Cali

Esquema de contratación ESE-OBC

En 2018, operaron las acciones de promoción, prevención y oferta de tamizajes de VIH la ESE Red de Salud Centro que contrató a la Fundación Senderos Asociación Mutual, La ESE Red de Salud Ladera con la Fundación Casa Gami y la Unión Temporal Compromiso con el Valle, esta última en el primer trimestre del año. La Unión Temporal Compromiso con el Valle presentó un desempeño alto en las acciones de promoción y prevención en HSH y mujeres trans. En las acciones de tamizaje también tuvo un desempeño alto, pero solo en tamizajes a HSH, ya que el desempeño descendió a bajo en mujeres trans.

Las ESE con las OBC contratadas en las actividades de promoción y prevención tuvieron un desempeño intermedio en mujeres trans y HSH, aunque en este último grupo clave el desempeño fue mejor.

Tabla 17. Índice de desempeño de los operadores en Cali, 2018

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | Acciones de tamizaje | |
|--------|---|------------------------|--------|----------------------|--------|
| | | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| Cali | UT Compromiso con el Valle (Senderos Asociación Mutual y Fundación Casa Gami) | 0,85 | 0,86 | 0,80 | 0,68 |
| | ESE Red Centro – Senderos | 0,73 | 0,66 | 0,94 | 0,98 |
| | ESE Red Ladera – Casa Gami | 0,77 | 0,68 | 0,77 | 1,00 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2018, de ENTerritorio

Frente a las acciones de tamizaje, la ESE Red de Salud Centro presentó un desempeño alto en HSH y mujeres trans. La ESE Red de Salud Ladera tuvo un desempeño sobresaliente en mujeres trans, mientras que en HSH tuvo un desempeño medio.

Para el Equipo Local de ENTerritorio, la principal dificultad que se evidenciaba al momento de iniciar este esquema, se refería la poca experiencia que tenían las ESE para abordar a la población clave y el proceso de articulación con las OBC:

“Cuando empezó, la ESE pensó que era muy fácil abordar la población y cuando se dio cuenta que no lo era ni que tenían los elementos para abordar [la población]”. (Equipo Local, Cali, 63:40).

“Cuando llegó la sociedad civil el acople entre ellos fue difícil pero rápidamente superado (···) ese arranque fue duro porque ni la organización estaba acostumbrada a trabajar con una ESE

ni la ESE estaba acostumbrada a trabajar con una OBC y hablaban idiomas diferentes (···)”. (Equipo Local, Cali, 63:41).

Sobre este último argumento, una de las OBC contratadas por las ESE afirma:

“Nosotros empezamos y no, eso era bien difícil porque era la una poniendo aquí su argumento y la otra también, hasta que al fin fue cediendo y fuimos cediendo y logramos y la verdad es que nos ha ido muy bien porque se logró, pues con todo el respeto de cada una de las personas y de las organizaciones, logramos hacer acuerdos donde se logró hacer un trabajo responsable, garantizado, confidencial y de equipo. Porque donde no trabajaremos en equipo no hubiéramos entregado los resultados que entregamos, porque ahí se tiene o se tiene que trabajar en equipo así unos sean trabajadores del Estado y los otros sean de una ONG”. (OBC contratada, Cali, 76:14).

Desde la perspectiva de una de las ESE entrevistada, la población clave ve de manera positiva que ahora pueden acceder a un tratamiento y otros servicios de salud gracias a la operación del Proyecto con la ESE:

“Algunos usuarios que el año pasado estuvieron con sociedad civil o el año antepasado, dicen mira, pero qué chévere (···), porque mira que sí se puede esto, ahí se puede lo otro. No, es que a mí nunca me dijeron eso. Simplemente me dieron la prueba y me dejaron así. Sí y tú me estás ofreciendo llevarme y me dices que acá iniciamos tratamiento”. (ESE, Cali, 74:1).

La ESE también reconoció que el desempeño alcanzado en el cumplimiento de las metas se debió a la experiencia y el trabajo con la OBC:

“La OBC quien tiene el proceso de convencimiento, de aprendizaje, de conocimiento de su experiencia en terreno y contar con esos pares en el tiempo ha hecho que el trabajo con [la OBC] el año pasado cumplimos y que este año también cumplamos”. (ESE, Cali, 74:5).

Según algunas ESE, las OBC también tenían como punto a favor la realización de capacitaciones con los profesionales de la salud. Por ejemplo, una OBC fuerte en temas de maternidad y VIH, hizo charlas sobre la efectividad del TAR para las madres y los recién nacidos.

El uso y aceptación tanto de los formatos como del sistema de información para el registro de actividades fue una dificultad al inicio de la operación, ya que la Secretaría de Salud usaba otros formatos y no contaba con personal para cargar toda la información al sistema (Equipo Local, Cali, 63:85). Por lo tanto, la adaptación al sistema de información tomó tiempo y quizás afectó la agilidad en el registro de actividades.

Una de las ESE entrevistada informa que consideró que en ocasiones algunas OBC incide desfavorablemente en la calidad de la información:

“Lo digo con todo el sentido de mi parte humanitaria y todo, hay personas que manipulan mucho la información (···) ocasionalmente se manipula muy fácilmente por la sociedad civil la información y no es correcto, vuelvo y te lo reiteró, es que lo respeto porque ellos seguramente tienen sus motivos por el cual no quieren que los usuarios entren a las ESE o a las EPS”. (ESE, Cali, 74:27).

La coordinación de actividades en terreno entre los equipos de las ESE y las OBC también trajeron algunas dificultades; por ejemplo, una de las OBC no quería trabajar con auxiliares de enfermería de la ESE porque consideraba tener la habilidad suficiente para tomar las pruebas por sí misma, mientras que la ESE consideraba que la presencia de la auxiliar era necesaria porque *“ya tiene conocimiento de salud, por el desecho de material, por el cuidado que se [debe] tener, las normas de bioseguridad (⋯)”* (ESE, Cali, 74:28). Sobre este asunto la OBC contratada por la ESE argumenta que la experiencia de trabajar con la ESE no fue buena, en particular porque consideraban que las auxiliares de enfermería no tenían experiencia y tuvieron que *“enseñarles muchas cosas, disimuladamente algunas muchachas tenían que intervenir y que tenían toda la formación de los técnicos para poder apoyarlo en la entrega de unos resultados negativos”*. (OBC contratada, Cali, 78:16).

Para las OBC contratadas por las ESE, este esquema de implementación les resultó desventajoso desde un punto de vista financiero:

“Trabajar con el Estado es bueno, pero inhabilita más a la organización que cuando lo hacíamos directamente con FONADE. Porque ellos hacen su descuento, más el descuento de la estampilla y nos afecta mucho en la parte financiera [si] nosotros pudiéramos darles las mismas oportunidades a las enfermeras de la organización, pero no (⋯). Imagínese si a nosotros nos pedían 3 gestores, entonces nosotros colocamos 4 porque realmente es muy poquitico tener tres gestores, tres gestores para tres enfermeras (⋯)”. (OBC contratada, Cali, 76:6).

“Es por la parte económica, porque nos beneficia más cuando era directamente porque no había esos descuentos, el personal lo podía contratar nosotros que ya conocemos, tenemos mujeres capacitadas que entraron dentro del Proyecto, entonces uno para el beneficio de la organización de base comunitaria sería mayor beneficio, que nosotros pudiéramos contratar todo el equipo”. (OBC contratada, Cali, 76:10).

“Como terminaron los sistemas de contratación para mí no fueron beneficiosos para la organización, pueden ser beneficiosos para la propuesta de FONADE frente a que su mejor esquema era contrate la ESE y contrate la OBC, pero cuando uno está hablando de presupuestos ya más cortos y uno empieza a darle y a mirar en lo que ejecuta uno no da (⋯)”. (OBC contratada, Cali, 78:7).

En Cali, varios integrantes de las OBC entrevistadas que trabajan con VIH tienen una percepción negativa del modelo de promoción y prevención del Proyecto. No obstante, ninguna de las personas entrevistadas conocía a profundidad las acciones del actual Acuerdo de Subvención. Por lo tanto, sus opiniones se refirieron a lo que han escuchado y la experiencia previa que tuvieron cuando algunos participaron en la subvención anterior.

Para algunos integrantes de las OBC que trabajan el tema de VIH en Cali, consideraron que concentrar las actividades del Proyecto con las ESE, conlleva a ponerle obstáculos y límites:

“Que la operación la haga una ESE que, porque es de salud, cuando una ESE tiene una estructura administrativa lenta, más trámites, más burocracia, pensaría yo, porque lo que uno observa es que (⋯) para acceder a la operación, más requisitos y más trabas, o que otro actor hay en el territorio”. (OBC, Cali, 62:29).

Para otro de los integrantes llegar a trabajar con las ESE no es justo:

“Ellos se ganan el recurso, entonces nos llaman a las convocatorias, pero nos quieren pagar una “miserablesa” para llevarse ellos todo el capital y mostrar el trabajo que nosotras les colocamos así completitico (…)”. (OBC, Cali, 62:34).

De manera similar, una de las personas entrevistadas que participan en espacios intersectoriales considera que la contratación con las ESE tiene problemas, en primer lugar, porque las OBC tienen el contacto directo con la población y poseen un lenguaje asertivo y pueden abordar a la población con un enfoque (Centro LGBTI, Cali, 69:10); por otra parte, las OBC se sienten subutilizadas:

“La facilidad que le puede dar a una organización como ENTerritorio hacer un convenio directamente con la secretaría de salud y la Red Ladera en el caso de Cali, que facilita la implementación o la ejecución del proceso realmente tiene costo, de que no tiene la participación directa dentro de la ejecución Proyecto la población que tiene capacidades para hacerlo, y entonces se ven subutilizadas e incluso a veces se sienten utilizados pues solo vienen a mí cuando hay que buscar la gente, para que nosotros lo hagamos el trabajo y ellos cobran la plata, y eso no es justo”. (Centro LGBTI, Cali, 69:11).

En contraste, otra persona entrevistada que participa en espacios intersectoriales consideró que puede funcionar el esquema de implementación con la contratación de las ESE y estas que contraten OBC:

“sí funciona, a ver, yo pienso que, a título de hospitales, de centros de salud se debe de hacer ese tipo de articulaciones porque funcionan”. (Mesa LGBTI, Cali, 75:26).

Frente a la desconfianza que algunas OBC con trabajo en VIH manifestaron sobre la operación de las ESE en el Proyecto, porque estaría politizado, el equipo local afirma que se demostró lo contrario pues se han dado cuenta que se ha logrado ampliar la oferta de servicios:

“hubo mucha inquietud por sociedad civil y que iba hacer control social cuando iban a operar las ESE porque ellos dijeron no eso está muy politizado y es una politiquería, eso no hay credibilidad con las ESE pero se dieron cuenta que al contrario amplió la oferta de servicios para toda la población”. (Equipo Local, Cali, 63:75).

Esquema de contratación ESE-Líderes pares

Para el 2019, el esquema de contratación cambió, la mayoría de las ESE contrataron a pares o agentes comunitarios para la realización de las acciones de promoción y prevención. En Cali la operación de la ESE Red de Salud Ladera que continuó trabajando con la Fundación Casa Gami, muestra un desempeño medio en las actividades de promoción y prevención en HSH y mujeres trans. No obstante, las acciones de tamizaje presentan un desempeño sobresaliente:

Tabla 18. Resultados del índice de desempeño en Cali, 2019

| Operadores | Índice de desempeño | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|----------------------|--------|
| | Promoción y prevención | | Acciones de tamizaje | |
| | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| ESE Red Ladera- Fundación Casa Gami | 0,76 | 0,74 | 0,99 | 0,99 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2019, de ENTerritorio

Desde el punto de vista del equipo local de ENTerritorio, el logro de las metas por parte de las ESE no se hubiese alcanzado, si no es por la vinculación de las OBC o de los agentes comunitarios, por lo tanto, el equipo considera que esta es la mejor estrategia:

“Así como estamos ahora es el ideal y es absolutamente sostenible y estoy convencida de que, si no hay contratación de OBC o líderes y lideresas comunitarios pares no tendríamos tanto éxito en alcanzar las metas, si Sur Oriente hoy no está alcanzando las metas es por eso”. (Equipo Local, Cali, 63:92).

Para una de las ESE entrevistada, el desempeño de las acciones de promoción y prevención se fortaleció con los pares contratados, porque facilitan el abordaje de la población clave y son más efectivos en la generación de demanda inducida hacia la prueba de tamizaje:

“El trabajo de pares, la estrategia de pares es muy buena. Porque yo como ESE, mira, yo siento que sé cómo llegarle a las trans, ¿sí? Pero yo sola no puedo por todo lo que te he comentado. Entonces yo sé que sociedad civil, cuando yo estoy hablando con esta trans, sociedad civil ya habló con 5 trans, ya convenció a 5 trans”. (ESE, Cali, 74:21).

En este mismo sentido opinó la Secretaría de Salud:

“El enfoque comunitario es clave para llegar población y ustedes saben que es una población difícil de abordar y de que cualquier persona de la salud los aborde y que ellos accedan al servicio, entonces por medio de los líderes o lideresas pares y este servicio comunitario sí favorece muchísimo que ellos accedan a los servicios de salud en general”.(Secretaría de Salud, Cali, 80:4).

Para la secretaria, la contratación de pares o agentes comunitarios ha aportado en la sensibilización de los servicios de salud y del talento humano, contribuyendo a la disminución del estigma y discriminación desde los profesionales de la salud y el personal administrativo de las instituciones de salud:

“El enfoque comunitario debe tener líderes y lideresas pares, no es cualquier persona líder de la comunidad sino líderes y lideresas pares de esta misma población, deben tener conocimientos en VIH, en derechos sexuales y reproductivos y deben sensibilizar al talento humano de salud, ellos brindan un acompañamiento a esta población clave que está en

riesgo desde que inicia su diagnóstico, desde que va a tomarse la prueba, lo acompaña a los servicios de salud y esto hace que estos servicios se salud también se sensibilicen”. (Secretaría de Salud, Cali, 80:14).

Para la secretaría la estrategia de contratar pares ha generado interés de la población clave y credibilidad en el proceso facilitando el acceso a los servicios de salud:

“Es importante que también resaltar que ENTerritorio ha tenido líderes o lideresas pares y ellos han facilitado que accedan a la prueba y accedan a los servicios de salud, el hecho de estar con un par que es igual a ellos facilita que se sientan con mayor credibilidad, que les fomenten el interés por el tema del VIH, que aumenten su conocimiento acerca de sus deberes y derechos que tienen y que de esta manera accedan al servicio”. (Secretaría de Salud, Cali, 80:9).

“Indiscutiblemente, el trabajo con líderes pares es fundamental para que ellos accedan a las pruebas, accedan a los paquetes y los servicios de salud; tal vez es lo que más se ha motivado por parte de ENTerritorio y que se trabaje con líderes pares y eso es fundamental”. (Secretaría de Salud, Cali, 80:9).

Las OBC que trabajan con VIH reconocieron también la vinculación de agentes comunitarios como necesaria, identifican que la labor de los equipos o “brigadas” de las ESE que cuentan con pares son muy recursivos y tienen “cosas positivas”; no obstante, se recomienda mejorar la vinculación de pares, en el sentido de incluir población diversa, por ejemplo “[mujeres] trans, una mujer negra, una persona mayor (…)”. (OBC, Cali, 62:18).

“La Cooperación Internacional demostró que las intervenciones deben ser hechas por pares, yo sé que no siempre hay pares cualificados para hacer ese tipo de intervenciones, pero la Cooperación Internacional ha demostrado que nos deben contratar a nosotros como pares, bien sea, mujeres trans o hombres que tenemos relaciones sexuales con otros hombres”. (OBC, Cali, 62:26).

Por su parte las EAPB, consideraron que el abordaje a la población clave debe darse con los profesionales de la salud y los agentes comunitarios. En particular, para una de las EAPB entrevistada el trabajo con pares ha facilitado el acceso de la población clave a los servicios de salud:

“Ellos conocen el proceso, ya tienen una experiencia, ya conocen cómo son las rutas porque a veces anteriormente teníamos mucha dificultad de que no, vaya y autorice una prueba rápida, ellos saben de qué eso no se autoriza venga y llamamos a la persona que está encargada, entonces era muchísimo más fácil”. (EAPB, Cali, 73:6).

(ii) Análisis Ciudad de Bogotá

Esquema de contratación ESE-OBC

En Bogotá, durante 2018, se contrataron tanto a OBC como a las ESE para el desarrollo de las acciones de promoción, prevención y tamizaje. De acuerdo con el índice de desempeño, en las

acciones de promoción y prevención dirigidas a HSH cuatro de los siete operadores contratados tuvieron un desempeño alto. La ESE Subred Centro Oriente quien contrató a la Fundación Procrear presentó el mejor desempeño, seguida de las uniones temporales Tu Huella Hace la Diferencia y TG Alianza y la ESE Subred Sur con la OBC Madonna y sus Divas. Los demás operadores presentaron un desempeño medio.

Tabla 19. Índice de desempeño de los operadores en Bogotá, 2018

| Ciudad | Operadores | Promoción y prevención | | | Acciones de tamizaje | | |
|--------|---|------------------------|--------|------|----------------------|--------|------|
| | | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| Bogotá | Huellas de Arte/ LigaSida | 0,66 | 0,62 | - | 0,99 | 0,76 | - |
| | Madonna y sus Divas/Equipo de auxiliares de enfermería Primer trimestre 2018 | 0,61 | 0,60 | - | 0,37 | 0,45 | - |
| | Unión Temporal TG Alianza (Corporación Red Somos y Grupo Guillermo Fergusson) Primer trimestre 2018 | 0,84 | 0,74 | - | 0,87 | 0,66 | - |
| | UT Tu Huella hace la Diferencia (Fundación Huellas de Arte y Fundación Diferencia) | 0,87 | 0,69 | 0,85 | 0,75 | 0,92 | 0,90 |
| | ESE Subred Norte - Colectivo Hombres Gay / LigaSida | 0,66 | 0,53 | 0,62 | 0,84 | 0,85 | 0,35 |
| | ESE Subred Centro Oriente - Fundación Procrear | 0,88 | 0,54 | 0,50 | 0,74 | 0,72 | 0,35 |
| | ESE Subred Sur - Madonna y sus Divas | 0,80 | 0,62 | 0,32 | 0,64 | 0,66 | 0,67 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2018, de ENTerritorio

En las acciones de promoción y prevención en mujeres trans disminuyó el desempeño de todos los operadores a un nivel intermedio. Se observa que la ESE Subred Norte (con el Colectivo Hombres Gay y LigaSida) y la ESE Subred Centro Oriente (con la Fundación Procrear) tuvieron los desempeños más bajos. En cuanto a las acciones en población PID sólo la unión temporal Tu Huella presentó un desempeño alto, mientras los otros tres operadores tuvieron un desempeño medio y bajo. Con mujeres trans, solo Tu Huella Hace la Diferencia y la ESE Subred Norte tuvieron un desempeño alto.

En PID, las Subredes Norte y Centro Oriente presentaron un desempeño bajo. La OBC Madonna y sus Divas junto con el equipo de auxiliares de enfermería contratadas tuvieron un desempeño bajo en las acciones de tamizaje en HSH y mujeres trans, mientras que esta misma OBC al estar contratada por la ESE Subred Sur presentó un desempeño intermedio.

Para las ESE entrevistadas, el trabajo con la OBC contratada se percibió como un trabajo de equipo que mostró buenos resultados que le permitió a la ESE identificar a la población clave y ampliar la cobertura, permitiendo visibilizar a la Subred como un actor clave en la respuesta:

“Ellos fueron digamos nuestros co-equiperos para la ejecución del convenio. Y, digamos que bueno empezamos a hacer el desarrollo. Creo que los resultados fueron unos resultados aceptables”. (ESE Subred1, Bogotá, 108:5).

“La [OBC tenía] un punto estratégico de la ciudad por donde se encuentran ubicados geográficamente en la zona de alto impacto (...) nosotros también tuvimos una gran cobertura de la población clave para nuestro Proyecto y para tener también como esas cifras que fueron muy significativas, para poder también que la subred se viera como un actor clave dentro del sistema, para impactar esta población”.(ESE Subred 1, Bogotá, 108:6).

“Yo pensaría que fue un aliado en términos de que conocía el terreno y las poblaciones, de decir mire aquí están y que de alguna manera ellos también tienen un reconocimiento y que nos ayudará a nosotros a hacer como que la entrada, la avanzada. Entonces creo que de la OBC se podría rescatar eso, el conocimiento en campo, la identificación de la población objeto y de permitirnos a nosotros ser la entrada a como llegamos del abordaje inicial”. (Subred 1, Bogotá, 108:44).

“(…) la OBC tiene experiencia en este tipo de poblaciones y de hecho dentro de las personas que laboraban en el equipo de la organización había chicas Trans y HSH, digamos que conocen el medio y sabían cómo moverse (...)” (ESE Subred 2, Bogotá, 111:5).

“En principio no se podían sacar muchas pruebas porque las chicas que teníamos por parte de la subred digamos que no tenían la experiencia para el abordaje con ese tipo de población, ya cuando llego al OBC fue obviamente un apoyo muy grande”. (Subred 4, Bogotá, 133:2).

En este sentido una de las OBC contratadas tiene una percepción similar, al preguntarle sobre su opinión del trabajo con las ESE indicó:

“A mí me parece que en campo estuvo muy bien, ahora hay unas necesidades que los hospitales no pueden resolver que si resuelve una OBC (...) hay lugares de homosocialización donde

no entran mujeres, no pueden entrar y para poder entrar hubo un camello para conseguir un hombre duraron meses y meses tratando de contratar y no pudieron, entonces nosotros teníamos enfermeros y hay hicimos un acuerdo interno para poder llevar nosotros nuestros enfermeros". (OBC contratada, Bogotá, 121:7).

En algunos casos, para que este esquema de trabajo entre la ESE y las OBC fuese efectivo, se realizaron actividades de fortalecimiento de capacidades de las OBC hacia los profesionales de la salud de la ESE en relación con el enfoque diferencial y el estigma y discriminación:

"Tuvimos que hacer un proceso de sensibilización con nuestras auxiliares de enfermería en el tema de, de pronto el arraigo o los pensamientos o las concepciones que se tiene de la población LGBTI, porque para las auxiliares no fue fácil, entonces lo que hicimos fue una etapa de fortalecimiento técnico, entonces desarrollamos varias sesiones de formación, en donde la [OBC] sensibilizó sobre el tema (···)" (Subred 3, Bogotá, 112:7).

A pesar de esta ventaja que se identifica al trabajar con la OBC, una de las personas entrevistadas de la Subred consideró que en función de los resultados también se hubiesen logrado las metas sin la contratación de la OBC:

"Cuando sale obviamente en el convenio, dice que tenemos que contratar una OBC con toda la experiencia. Pues obvio uno dice aquí ya vamos fijos, ¿sí?, por la experticia, conocimiento. Pero creo que, en el marco de los resultados, si no hubiese existido la OBC, igual lo hubiéramos logrado···" (ESE Subred 1, Bogotá 108:31).

Esta percepción quizás obedece a las dificultades presentadas al momento de coordinar las dinámicas administrativas y de trabajo en campo de la OBC con las de la ESE en relación con el cumplimiento de horarios, la realización de informes, entre otros:

"Las OBC tienen dinámicas distintas, entonces había un momento en que había como unos, no choques, sino como unas diferencias. Por ejemplo, en hacer el cumplimiento de hacer cualquier cosa, como todos tenemos una meta que sacar, unas metas, unas actividades, para eso pactamos los cronogramas. Pero entonces eso no existía. Es decir, no es que la OBC decía no, es que yo sé cuándo lo tengo y no importa que no tenga programado aquí, lo voy a hacer tal. O sea, es más bien como administrativo". (Subred 1, Bogotá, 108:32).

"Un tema también que fue muy duro y es el tema también de los gestores que contrató la [OBC], porque nosotros colocábamos una cita a las 8 y ellos llegaban a las 10, entonces hasta qué punto yo podía tener el control sobre las personas que había contratado la [OBC], entonces ahí fue también un trabajo fuerte, pero creo que la fortaleza de eso fue la buena comunicación que se estableció con el coordinador, la buena actitud de la organización de llamarles la atención también a esos gestores" (Subred 3, Bogotá 112:15).

En relación con la articulación entre los equipos de la OBC y la ESE, una de las OBC entrevistadas informa que tuvo dificultades con las enfermeras de la ESE, porque no sabían cómo dirigirse a la población clave:

“una de las cosas que tuvimos y que yo tengo que decir es que llegaban tarde, a todos los lugares llegaban tarde pero cuando nosotros llegábamos tarde entonces hacían el escándalo, entonces yo que hice, empecé a ponerle al equipo mío horario de llegada y que me mandaran foto en whatsapp, entonces me mandaban foto, mire aquí no han llegado y nosotros ya llevamos aquí 15 minutos, eso fue un problema también serio de discusión entre las partes”. (OBC contratada Bogotá, 122:7).

Desde el punto de vista de las OBC, aunque el trabajo con la ESE se logró, la dinámica o la manera como se realizó no fue la adecuada:

“El hospital hacía las pruebas y utilizaba la organización social, póngale cuidado, entonces, nosotros entregábamos paquetes, tanto a los PID como a los otros, los de HCH y mujeres trans, entonces esa relación entre el hospital y nosotros fue como si nosotros tuviéramos la obligación de convocarle a la gente para que ellos les tomaran la prueba y nosotros entregar paquetes, yo creo que eso es un error sí, y es un error porque finalmente nosotros dependíamos de los tiempos, de los lugares que decía el hospital”. (OBC contratada, Bogotá 122:4)

Para esta ESE entrevistada, se evidenciaron estas dificultades en el no cumplimiento de las metas mediante la contratación de las OBC por parte de la ESE:

“No cumplieron. Creo que nos quedamos con paquetes, con un número establecido de paquetes y no lo logramos cumplir. (...) no se entregaron y entonces al no entregarlos pues ya empieza a mediar otra cosa de EPS. No se entrega, no se factura y pues el compromiso que tenemos nosotros es que cualquier contrato o convenio que tenga la subred tiene que facturar al 100%. Es decir, que usted lo ejecutó al 100%, pero en este caso no. No logramos facturar todo el recurso que pone (...) había puesto”. (Subred 1, Bogotá 108:34).

Este esquema de contratación generó dudas por parte de algunas ESE, quienes se cuestionaron por qué era necesario contratar un tercero (OBC), para el abordaje comunitario con enfoque diferencial si la ESE ya contaba con experiencia en esto a partir de la ejecución de las actividades del PIC. Esto llevó a que la ESE realizara una revisión jurídica para poder justificar la contratación de un tercero para ejecutar acciones que de cierta manera ya realizaba la ESE:

“Porque cuando nosotros vemos y dice que la OBC debe tener gestores comunitarios, personas que conozcan la comunidad, en la primera pregunta es si yo soy experto en eso porque es una labor grande de salud pública que las ESE vienen haciendo durante muchos años y que a través del PIC ha logrado manejar 50000 cosas de salud pública con enfoque diferencial. Entonces de lo que decía la primera pregunta era, pero por qué yo tengo que contratar a un tercero que tenga gestores comunitarios, que tengan auxiliares con experiencia, si yo es que yo no sé cómo contratarlas (...) [se realizó] una revisión jurídica y recién entonces bajo qué términos y bajo qué justificación la empresa social del Estado dice que va a contratar a una OBC, cuando es dentro de su trayectoria ha ejecutado muchísimas veces miles de acciones de salud pública con poblaciones específicas con enfoque diferencial”. (Subred 1, Bogotá 108:40)

De manera similar otra de las ESE manifiesta lo difícil que fue el proceso de contratación de las OBC en temas administrativos y normativos:

“(…) siempre hubo observaciones por parte, algunos de pronto decían que no estaban de acuerdo con lo que nosotros establecíamos, hacer una evaluación técnica también para nosotros fue un poco complejo porque era la primera vez que trabajábamos con este tipo de organizaciones pero pues la tarea se hizo, se contrató la organización, mejor dicho resolviendo todos los obstáculos que se presentaron en el camino frente al tema normativo, frente a lo que ellos debían presentar y demás, se hizo finalmente la contratación y se comenzó a trabajar de manera articulada”. (Subred 3, Bogotá, 112:2).

Para las OBC el esquema de contratación por parte de las ESE, también representó dificultades

“El problema de la contratación con la subred [consiste en que] ellos tienen la figura de contratar un servicio. Y ellos los servicios los pagan a 90 días y qué organización pueden funcionar con pagos a 90 días (…) nosotros duramos con complicaciones como mes y medio, casi dos meses sin poder pagar porque no llegaba la plata, hubo un día donde todo el equipo paró y nosotros ¿qué podemos hacer?”. (OBC contratada, Bogotá, 121:10).

Para una de las ESE entrevistada, el esquema de contratación generó rivalidades entre las mismas OBC:

“Empezaron a generarse unas situaciones y unas rivalidades entre grupos y organizaciones, entonces, la organización que no se presentó contra la que sí se presentó y entonces “que usted es líder de esta localidad pero usted por qué se está metiendo en la otra localidad”, “que no es justo que entonces usted no forma parte porque la organización ni siquiera era de estas 4 localidades sino de otra”, entonces nos decían: “¿por qué ustedes no contrataron una organización que forme parte de las localidades de la Subred?”. (Subred 3, Bogotá, 112:13).

Ante estas dificultades, algunas de las ESE entrevistadas expresaron no querer contratar OBC en el futuro, con los argumentos de que ya se cuenta con la experiencia técnica, mientras que para el abordaje con la comunidad se contrataría a los profesionales con la experiencia necesaria para ello, y porque las dinámicas contractuales de las OBC dificultaron el cumplimiento de metas:

“Manifesté a las directivas de la institución que era importante plantear no trabajar con una OBC ¿Por qué? Porque la OBC además no les paga de manera adecuada a las personas que contrató, ellos hacen un contrato por un buen monto de dinero, pero tú vas a mirar y lo que se les paga a los gestores es ridículo y si les exigen horas de trabajo adicionales, no les pagan extras, si de pronto no llegan con la meta definida no hay pago y es complejo, eso de cierta manera entorpece las acciones con nosotros”. (Subred 4, Bogotá, 133:20).

Otro de los aspectos que incidió en que las ESE no quisieran continuar contratando con las OBC, era el temor a que no se presentaran a las convocatorias y quienes lo hicieran no tuviesen la experiencia o los soportes necesarios.

Para el Equipo Distrital de ENTerritorio, la falta de capacidades “blandas” por parte de las OBC comentadas en el apartado anterior, ha sido determinante en que las ESE decidan en no contratar con las OBC:

“Fue a raíz de eso, no de que no hicieran su trabajo, de que sus capacidades blandas no las tienen desarrolladas entonces es muy difícil, sí, y eso pues no se ha tenido en cuenta y es una debilidad que le genera una debilidad al modelo y está representada en que en el primer año trabajaron las Sub-Redes con OBC y en el segundo año una sola Sub-Red terminó con OBC y el resto prefirieron contratar directamente”. (Equipo Distrital, Bogotá, 114:34).

Esquema de contratación ESE-Líderes pares

Para el año 2019, debido a las dificultades presentadas por la relación ESE-OBC presentadas en 2018, se cambia el esquema de contratación, donde las ESE deben contratar agentes comunitarios o líderes pares en lugar de OBC. En la siguiente tabla se describe los resultados del índice para este año:

Tabla 20. Resultados del índice de desempeño en Bogotá, 2019

| Operadores | Promoción y prevención | | | Acciones de tamizaje | | |
|--|------------------------|--------|------|----------------------|--------|------|
| | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| ESE Subred Norte - LigaSida | 0,95 | 0,82 | 0,66 | 1,00 | 1,00 | 0,66 |
| ESE Subred Centro Oriente | 0,86 | 0,74 | 0,73 | 0,85 | 0,79 | 1,00 |
| ESE Subred Sur | 0,70 | 0,47 | 0,79 | 0,80 | 0,43 | 0,66 |
| UT Tu Huella Hace la Diferencia (Bosa-Puente Aranda) | 0,85 | 0,69 | 0,88 | 0,81 | 0,73 | 0,66 |
| UT Tu Huella Hace la Diferencia (Kennedy-Fontibón) | 0,84 | 0,74 | 0,98 | 0,92 | 0,95 | 0,59 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2019, de ENTerritorio

Para el Equipo Distrital, la contratación de agentes comunitarios por parte de las ESE tuvo ventajas relacionadas con el alcance de metas:

“Cuando contratan gente que pertenece a la comunidad, que entiende esas lógicas, se les facilita su alcance de meta, que le interesa a la Subred, pues ejecutar el contrato, cobrarlo al cien por ciento y no tener ningún inconveniente, que todo salga bien, esa es su meta, entonces obviamente contratar las personas que saben, que conocen los lugares, que implementan las estrategias, pues les facilita su trabajo y ha sido asertivos”. (⋯) (Equipo Local, Bogotá, 114:60)

A su vez, la capacidad institucional de las ESE no es igual a la de las OBC, lo cual representó una ventaja para el desarrollo de acciones:

“La Subred tiene ventajas, de instalaciones que no tiene la OBC, tiene ventajas de transporte vehículos, que no tiene la OBC, las Subredes tienen un nombre institucional que no tiene la OBC, entonces si usted va a pedir un parque y lo va a pedir la Subred pues tiene más facilidad a que se lo aprueben a que si lo pide [la OBC], por poner un ejemplo, entonces en cuanto a eso pues, contar con la Subred ha sido importante”. (Equipo Distrital, Bogotá, 114:60).

Una de las OBC entrevistadas considera que las ESE, así contraten agentes comunitarios no están preparados para el abordaje de la población clave, en cambio las OBC cuentan con la organización y los pares para ello, lo que se demuestra en la reactividad alcanzada:

“La costó-efectividad no solo se mide en la base de quien cobra más caro o no sino sobre reactividad y nosotros en ese entonces alcanzábamos una reactividad entre en 5% y el 6% porque tenemos toda la estructura y somos una organización HSH, sabemos, tenemos pares, tenemos profesionales de las comunidades y no solo agentes comunitarios, sino todo y ahora los hospitales digamos no tienen y aunque vinculen personas no es lo mismo y es más yo tengo entendido que los auxiliares de enfermería son mujeres y a una mujer no la van a dejar entrar a un sauna“ (···) (OBC contratada, Bogotá, 132:4).

Para las OBC aunque la contratación de agentes comunitarios por parte de las ESE es algo positivo, representa para las ESE un ahorro en el presupuesto, que tiene como consecuencia el debilitamiento de las organizaciones al no dejar capacidad instalada en las OBC, sino en algunos individuos:

“Ahora con lo que está pasando (···) en contratación directa de agentes comunitarios y ese no es el modelo, es más barato para la ESE, es más funcional para la ESE porque es diferente hablar con una persona y hacerle un contrato de prestación de servicios que tener una OBC que le tienen que pagar transporte y todo lo que significa contractualmente, pero ¿qué está pasando más allá del cumplimiento?, pues que estas desbaratando una organización, no estas dejando capacidad instalada en la organización y ese agente comunitario que me parece además hasta interesante y muchos de los que son líderes pares ahora están trabajando en eso y chévere, pero es el individuo no es el proceso organizativo, no hay fortalecimiento colectivo en ese modelo, ni ese esquema (···)” (OBC contratada, Bogotá, 123: 6).

En el caso de las ESE, contratar con agentes comunitarios consideraron que ha sido mejor, en cuanto al contratar directamente, se genera mayor compromiso institucional y la coordinación de actividades es más fácil de realizar:

“(···) en este momento que no trabajamos con OBC nos está yendo mucho mejor que el año pasado ¿Por qué? Porque el hecho de tu contratar la gente directamente con la subred era un compromiso incondicional y un sentido de pertenencia con el convenio, al pertenecer a la OBC ellos siguen los lineamientos como tal del coordinador de la OBC pero no escuchan a la subred y eso nos genera unos inconvenientes”. (Subred 4, Bogotá, 133:4).

“(···) en este momento siento yo que nosotros tenemos el control bajo el talento humano que manejamos de hecho este año uno de los aprendizajes de lo que sucedió el año pasado fue este año no contar con una OBC para que no se siguiera presentando ese tipo de inconvenientes y entonces nosotros mismos contratamos la población (···)” (Subred 4, Bogotá, 133:5).

“(…) la población que tenemos contratada además es líder en territorios donde nosotros nos movemos, son reconocidos por las mesas y eso ayuda muchísimo porque hay una visibilización como tal del convenio y hay un respaldo”. (Subred 4, Bogotá, 133:9).

(iii) Análisis Ciudad de Medellín

Esquema de contratación ESE-OBC

En Medellín, durante 2018, se contrataron tanto a OBC como a la ESE para el desarrollo del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario. Los indicadores muestran que la OBC tuvo un desempeño medio en las acciones de promoción y prevención en HSH y en mujeres trans. En las acciones de tamizaje se observa que el desempeño de OBC obtuvo un desempeño bajo para la población HSH.

Al observar el comportamiento del índice en la ESE, relacionado con las acciones de promoción y prevención, se encuentra un desempeño alto tanto para los HSH como para mujeres trans. Se observa un mejor desempeño en las acciones de tamizaje para la población HSH.

Tabla 21. Índice de desempeño de los operadores en Medellín, 2018

| Operadores | Promoción y prevención | | Acciones de tamizaje | |
|--|------------------------|--------|----------------------|--------|
| | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| Consorcio VHINCULATE (Fundación Guayacanes y Fundación Semilla que Crece) en el primer trimestre 2018. | 0,60 | 0,62 | 0,57 | 0,69 |
| ESE Hospital La María - Fundación Semilla que Crece | 0,86 | 0,83 | 0,81 | 0,79 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2018, de ENTerritorio

Cuando el modelo cambió a una relación contractual entre las ESE y las OBC, se evidencia que, aunque no hubo problemas en alcanzar las metas, sí se presentaron múltiples debilidades en las relaciones, la logística, la planeación, la concertación de algunos acuerdos, entre otros factores. En 2018, muchas cosas cambiaron, desde el punto de vista de las OBC, incluso de aquellas que lograron vincularse a las ESE. Por ejemplo, una OBC que trabajó con la ESE Hospital La María vio que al principio el personal del hospital no estaba tan familiarizado con el enfoque diferencial, ni con las poblaciones clave, su trato adecuado, sus dinámicas sociales, económicas o sexuales.

Una de las OBC entrevistada cuestionó, si el cambio de esquema de implementación obedeció a criterios claros y lógicos puesto que no veían cómo un hospital de nivel 3 como La María que, si

bien tenía altísima especialidad en el tema del VIH, se integraba al enfoque comunitario propuesto por ENTerritorio dado que carecía de experiencia con el trabajo de base comunitaria. También pensaban que si se quería integrar una ESE al Proyecto hubiera sido mejor opción Metrosalud que se ha caracterizado por trabajar directamente, desde sus distintas sedes, en los barrios y comunas de Medellín.

Para las OBC contratadas el reconocimiento y el trabajo alcanzado con el Proyecto en su primer momento fue tal, que algunas personas hoy en día aún las buscan como referentes de los temas de VIH, y aunque no están vinculadas al Proyecto, las asisten en la ruta de atención integral como parte de su deber misional. Por otra parte, aseguran que también ganaron experiencia en temas de índole más administrativo y organizativo.

Una de las OBC que estuvo previamente contratada considera que se perdió el enfoque comunitario y que se convirtió en un Proyecto más administrativo en el que ganó “el mejor postor”, desligando el sentido de pertenencia a este tipo de Proyectos. Este factor administrativo, por ejemplo, hizo que la entrega de condones se convirtiera más tediosa al tener que llenar y formar formularios que antes no se usaban. (OBC, Medellín, 39:1)

Se exponen las dificultades que implica la salida del Fondo Mundial como financiador del Proyecto ya que no está completamente fortalecido el espacio. Además, como mencionan la pérdida de participación de las OBC; en consecuencia, estas se dedican a otro tipo de actividades dejando de lado el tema del VIH. Por ello, destacan la participación que debe tener el gobierno para sostener estas acciones. (OBC, Medellín, 39:3) Sin embargo, mencionan que, a pesar de estar las IPS, las EAPB o el Estado, el tema del VIH no es un tema que se encuentre en la agenda política de los gobiernos y que hace falta una mayor movilización ciudadana para presionar al Estado a que cumpla estas labores que deberían ser obligación de este (OBC, Medellín, 39:25).

Los profesionales de la salud entrevistados consideran que, en el modelo comunitario, económicamente es positivo, porque ya se tiene agrupada la gente a intervenir, sin embargo, reconocen que la ESE ya tiene un reconocimiento en la problemática y las personas van a acudir a la ESE, basado en ese estatus.

La percepción sobre los esquemas de implementación en la Secretaría de Bello es positiva en principio, porque la IPS contratada ya tiene sus procesos establecidos e incluyen la contratación de un profesional en psicología, quien realiza la asesoría. No obstante, se desconocen las estrategias puntuales que desarrolla la IPS para el abordaje de la población clave y la entrega de paquetes; se identifica que un elemento por mejorar es que todo el personal debe estar capacitado en atención diferencial y tampoco se contemplaron organizaciones de base comunitaria para la implementación de estas acciones.

Esquema de contratación ESE-Líderes pares

Para el 2019, debido a las dificultades presentadas por la relación ESE-OBC que se describieron anteriormente, las ESE decidieron contratar a líderes pares para la realización de las acciones del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario. En la Tabla 22 se describen los resultados del índice para este año.

Tabla 22. Resultados del índice de desempeño en Medellín, 2019

| Operadores | Promoción y prevención | | Acciones de tamizaje | |
|-----------------------|------------------------|--------|----------------------|--------|
| | HSH | MTRANS | HSH | MTRANS |
| ESE Hospital La María | 0,69 | 0,70 | 0,83 | 0,71 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2019, de ENTerritorio

La ESE La María optó por no contratar más a las OBC y en su lugar contratar agentes comunitarios:

“para este año, pues pensamos que ya nosotros habíamos adquirido experiencia y entonces contratamos directamente líderes y auxiliares de enfermería para hacer esa misma tarea que anteriormente la veníamos haciendo con organizaciones de base comunitaria, pero siempre contando con líderes de la comunidad de los diferentes sectores, barrios, comunas, y efectivamente pues hemos venido ejecutando el Proyecto sin ningún problema”. (ESE, Medellín, 18:1).

(iv) Análisis Ciudades Pereira y Dosquebradas:

Tabla 23. Índice de desempeño de los operadores en Pereira, 2018

| Operadores | Promoción y prevención | Acciones de tamizaje |
|-------------------|------------------------|----------------------|
| | PID | PID |
| ESE Salud Pereira | 0,92 | 0,77 |

Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales, 2018, de ENTerritorio

Esquema de contratación ESE-OBC

Durante el 2018, la ESE Salud Pereira contrató a una OBC para realizar las acciones del modelo de promoción y prevención dirigidas a la población PID en Pereira y Dosquebradas, pero debido a las dificultades operativas esta OBC renunció al contrato a los dos meses de ejecución, por tal razón, la ESE Pereira contrató líderes pares para el cumplimiento de las metas contratadas por ENTerritorio.

De acuerdo con los resultados del índice de desempeño se puede observar que para 2018 a pesar de las dificultades presentadas, la ESE Salud Pereira logró un desempeño de 0,92 en las acciones de promoción y prevención y 0,77 en las acciones de tamizaje. Para el 2019, la ESE tuvo un desempeño de 0,92 tanto para las acciones de promoción y prevención como para las acciones de tamizaje.

A partir de la percepción de los actores claves entrevistados es de resaltar las siguientes fortalezas en este esquema de implementación:

Desde la ESE exponen que el proceso de contratación al inicio no fue sencillo ya que no habían

trabajado con población habitante de calle con anterioridad. En adición, tenían que contratar a los líderes pares y para ello decidieron licitar el Proyecto para entregárselo a un operador que asumiera las responsabilidades de estos contratos de los pares, pero este proceso requirió tiempo para su implementación (ESE-Pereira, 81:5).

Sin embargo, este operador contratado en mayo dejó de trabajar luego de dos meses por varios inconvenientes con su personal. Particularmente, los conflictos se generaron con la contratación de los pares ya que se requería que el perfil fuera una persona que haya consumido o se encontrara en rehabilitación. Estas personas fueron las que siempre se contrataron para las actividades en campo, no obstante, no estaban acopladas al modelo de trabajo desde la ESE o desde la operadora y trabajaban a su manera lo cual obstaculizaba las labores, además justificaban su participación por ser el acompañamiento de la ESE a espacios de difícil acceso. De acuerdo con esto, se decidió contratar a otro equipo de trabajo para las labores extramurales y desvirtuar esa compañía para abordar ellos como ESE directamente a la comunidad. Por esto último, la operadora se vio obligada a renunciar (ESE-Pereira, 81:7)

Por otro lado, para el equipo local de ENTerritorio el esquema de implementación ideal sería una mezcla entre ESE y OBC, pero bajo unas reglas distintas que garanticen la participación de la sociedad civil. También ven que se necesitan otros conocimientos por parte de las OBC como técnicas de negociación, estilos de comunicación, manejo administrativo, de insumos, gerencia, entre otras. Esto se puede sumar al músculo financiero y la experiencia administrativa de las ESE. Es decir, deberían trabajar articuladamente, no una contra otra, pues muchas veces suelen confundir el enfoque comunitario del Proyecto y cada uno propende por sus intereses.

Para el equipo local de ENTerritorio este esquema de implementación fue el mejor, además, porque “el Proyecto trasladó la responsabilidad de la respuesta de las OBC al Estado, y eso es una ganancia porque la responsabilidad de materializar derechos, garantizar servicios, es del Estado y no de las OBC” (Equipo Local, Pereira, 82:79).

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas reconoce que desde los componentes de salud mental y salud sexual y reproductiva se ha tratado de fortalecer y de generar la consciencia de la importancia del trabajo de los pares (Secretaría Dosquebradas 73:15) así como la importancia de la continuidad en la contratación con las personas con experiencia en el abordaje de la población. Se menciona que ambos esquemas de contratación, [contratación con OBC y contratación con ESE-agentes) son idóneos, en la medida en que ambos esquemas realizaron un trabajo amplio en el abordaje comunitario y sensibilizar actores sociales clave en la toma de decisiones respecto a la problemática (Secretaría Dosquebradas 73:18).

Para dar respuesta a la pregunta general de evaluación: ¿Cuál ha sido el efecto de las intervenciones del Acuerdo de Subvención No COL-H-FONADE 1062 sobre la ampliación de la respuesta del VIH en las ciudades priorizadas para el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2017 y el 31 de marzo de 2019?, Para responder la pregunta general de evaluación, se analizó la forma como las intervenciones realizadas por el Acuerdo de Subvención contribuyeron a cumplir con los resultados esperados tanto del Plan Nacional de Respuesta, como al logro de los objetivos de la estrategia ONUSIDA.



Evaluación de efectos directos de las intervenciones sobre la ampliación de la respuesta del VIH en las ciudades priorizadas



4.1 Efectos del Proyecto en los objetivos de la estrategia ONUSIDA 2016-2021

La Agenda de Liderazgo Estratégico 2016-2021, Acción acelerada para acabar con el Sida, se organizó en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Para acelerar la respuesta se requiere de *“esfuerzos de desarrollo para asegurar una buena salud, reducir las desigualdades, lograr la igualdad de género, promover sociedades justas e incluyentes y revitalizar las alianzas mundiales”* (ONUSIDA, 2016, p.16).

Con respecto al Objetivo 1: niños, adolescentes y adultos que viven con el VIH acceden a la prueba, conocen su estado y se les ofrece inmediatamente un tratamiento de calidad asequible y sostenible

Metas:

- 90% de las personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conocen su estado
- 90% de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado están recibiendo tratamiento
- 90% de las personas en tratamiento han suprimido la carga viral.

“Lograr las metas 90-90-90 de tratamiento para niños y niñas, adolescentes y adultos es fundamental para poner fin a la epidemia, y proporciona múltiples puntos de entrada para alentar la acción sobre las barreras de los derechos humanos, de género y socioeconómicas que enfrentan las personas en el acceso a los servicios de VIH”. (ONUSIDA, 2016, p.16).

A. 90% de las personas (niños, niñas, adolescentes y adultos) que viven con el VIH conocen su estado

El Proyecto “Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en Colombia”, a través de sus acciones e intervenciones en las ciudades priorizadas, aportó de manera directa al cumplimiento de la primera meta. Esto se evidenció con la captación de 2.758 casos reactivos, distribuidos en la población clave tamizada durante el periodo 2017 al segundo trimestre de 2019 (Tabla 24).

Tabla 24. Casos reactivos por grupo clave, por ciudad, 2017 al segundo trimestre de 2019

| Ciudad | Población clave | 2017 | 2018 | 2° trimestre 2019 | Total |
|-----------------------|-----------------|------|------|-------------------|-------|
| Cali | HSH | 107 | 158 | 94 | 359 |
| | MTRANS | 17 | 53 | 32 | 102 |
| Bogotá | HSH | 592 | 639 | 346 | 1577 |
| | MTRANS | 31 | 67 | 92 | 190 |
| | PID | 5 | 0 | 4 | 9 |
| Medellín | HSH | 114 | 159 | 135 | 408 |
| | MTRANS | 7 | 21 | 39 | 67 |
| Pereira- Dosquebradas | PID | 19 | 8 | 19 | 46 |
| Total | | 892 | 1105 | 761 | 2758 |

Fuente: SISCO-SSR y matrices de seguimiento a canalización ENTerritorio

Los actores claves entrevistados, estos consideraron que las acciones del Proyecto sí contribuyen de manera directa al cumplimiento de esta meta, como se muestran en sus relatos:

“(…) este Proyecto tiene un foco clarísimo en las metas 90-90-90 y sobre todo en el primer meta y si vemos resultados hay y es proveer y disminuir la brecha el diagnóstico”. (OPS, Bogotá)

“Indiscutiblemente esto ha logrado un cambio y no solamente por las actividades educativas, por la información que se le brinda a la población general, a la población a riesgo, a la población focalizada de esta estrategia eso ha logrado”. (OBC Contratada, Medellín)

“(…) si bien todavía hay público para esas estrategias masivas de calle de salir y buscar en los entornos que me parece que todavía hay que hacerlo, no hay que desconocer el otro porque, si no entonces no lograríamos llegar nunca a la estrategia que tan anhelada del 90 90 90 y más creo que esto es importante y más con una ciudad tan diversa como lo es Medellín”. (HSH, Medellín).

“(…) el poder contribuir con ese primer 90% de las personas sepan de sus condiciones es lo que más le apunta FONADE, el hecho que ofrezcan una forma fácil y gratis de pruebas de VIH yo pensaría que es uno de los grandes logros, entonces se le apunta al primer 90 (…”. (EAPB, Medellín).

“Entonces digamos que el 90-90-90, que es con lo que nosotros estamos comprometidos como país a hacer, FONADE forma parte de este primer 90, de identificar, de tamizar, de buscar la población, de organizarse con nuestros, con nuestras subredes para poder buscar esas personas, llegar a realizar esas pruebas a las distintas poblaciones claves y participar de la red”. (Red de VIH, Bogotá).

“(…) considero que el Fondo ha aportado bastante y espero que lo siga aportando para que las metas que se tienen proyectadas se cumplan, como es el 90-90-90”. (OBC no contratada, Bucaramanga).

B. 90% de las personas que viven con el VIH y que conocen su estado están recibiendo tratamiento

Con respecto a la segunda meta, el Proyecto aporta de manera indirecta cuando canaliza a las personas reactivas a la ruta de atención de la correspondiente EAPB, según el tipo de afiliación de la persona, y en los seguimientos realizados a cada persona para garantizarle el acceso a los servicios de salud y la adherencia al tratamiento (Tabla 25).

Tabla 25. Casos reactivos por grupo clave y estado de canalización, 2017 al segundo trimestre de 2019

| AÑO | GRUPO CLAVE | TOTAL, CASOS REACTIVOS | DX PREVIO VIH | CASOS NUEVOS | NÚMERO DE PERSONAS QUE ACEPTAN CANALIZACIÓN | CERRADOS | | VINCULADOS | | | PENDIENTES | | |
|-------|-------------|------------------------|---------------|--------------|---|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------------|--|---|---|
| | | | | | | RESULTADO NEGATIVO CONFIRMADO | IMPOSIBILIDAD DE UBICAR AL USUARIO | EN VALORACIÓN INICIAL | DIAGNÓSTICO CONFIRMATORIO | EN PROGRAMA Y/O TRATAMIENTO | PENDIENTES POR SITUACIONES DEL USUARIO | PENDIENTES POR INICIO DE RUTA SERV. SALUD | PENDIENTES POR CONTACTAR PARA INICIAR LA RUTA |
| 2017 | HSH | 813 | 107 | 706 | 672 | 23 | 163 | 24 | 155 | 283 | 19 | 5 | 0 |
| | MTRANS | 55 | 10 | 45 | 41 | 0 | 14 | 1 | 11 | 12 | 3 | 0 | 0 |
| | PID | 24 | 5 | 19 | 19 | 1 | 9 | 0 | 5 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| 2018 | HSH | 956 | 130 | 826 | 782 | 25 | 82 | 41 | 96 | 280 | 218 | 40 | 0 |
| | MTRANS | 141 | 32 | 109 | 96 | 4 | 16 | 5 | 10 | 21 | 36 | 4 | 0 |
| | PID | 8 | 0 | 8 | 8 | 0 | 3 | 0 | 3 | 2 | 0 | 0 | 0 |
| 2019 | HSH | 575 | 142 | 435 | 385 | 8 | 27 | 24 | 174 | 22 | 71 | 41 | 18 |
| | MTRANS | 163 | 52 | 112 | 107 | 2 | 0 | 1 | 79 | 1 | 17 | 5 | 2 |
| | PID | 23 | 1 | 22 | 20 | 1 | 1 | 0 | 10 | 1 | 6 | 1 | 0 |
| TOTAL | | 2758 | 479 | 2282 | 2130 | 64 | 315 | 96 | 543 | 626 | 370 | 96 | 20 |

Fuente: SISCO-SSR y matrices de seguimiento a canalización ENTerritorio

Del total de 2.758 casos reactivos, el 82,7% (n=2.282) corresponde a casos nuevos que no conocían su diagnóstico, en donde el 77,3% (n=2.130) aceptó que se canalicen a la ruta de atención integral. Es de resaltar que solamente el 25,5% (n=543) de las personas canalizadas tienen diagnóstico confirmado registrado en la base de datos de SIVIGILA.

Desde el Proyecto se realizan de manera mensual mesas de trabajo con las EAPB de las ciudades priorizadas, con el fin de hacer seguimiento al 100% de los casos que aceptaron la canalización y se verifica la fase del proceso en el que se encuentran en la ruta de atención. Asimismo, se validan los resultados con la fuente SIVIGILA y se actualizan las diferentes categorías definidas; sin embargo, la fuente oficial que permitirá validar el resultado de acceso a programa es la Cuenta de Alto Costo. (ENTerritorio, 2019)

A pesar de los esfuerzos realizados por el Proyecto para garantizar que las personas claves reactivas, que aceptaron ser canalizadas a las rutas de atención integral, realmente accedan a los servicios de salud y se adhieran al tratamiento, se presentan barreras que impiden de manera directa o indirecta que se logre. Por lo tanto, para el análisis de estas barreras se tuvieron en cuenta las experiencias

de cada uno de los actores vinculados al Proyecto, entre ellos la academia, OBC, gestores, mesas y comités, beneficiarios, secretarías de Salud, EAPB, y ESE.

Se identificaron tres tipos de barreras que impiden o dificultan el ingreso de la población clave a los servicios de salud. Esta clasificación se hizo con el fin de exponer la diversidad de factores que intervienen en el proceso de canalización de un usuario con un tamizaje reactivo de VIH. El primer tipo de barreras son las *barreras estructurales*, estas son obstáculos que se presentan en la estructura o sistema social. Factores que dificultan las relaciones entre usuarios e instituciones prestadoras del servicio de salud, pero que no pueden ser adjudicadas directamente a un protocolo, orden o norma de la institución. El segundo tipo son las barreras individuales, es decir, barreras que se interponen desde el mismo usuario y generalmente tienen que ver con el temor y los estados de negación al enterarse de su resultado reactivo. El tercer tipo son las barreras institucionales, es decir, los obstáculos que se presentan desde las mismas instituciones prestadoras de salud, estas pueden ser de orden administrativo o socioculturales.

(i) Barreras identificadas en el territorio

Barreras estructurales

Respecto al trabajo en campo de las OBC en la ciudad de Cali, se identificaron algunas situaciones de violencia delincriminal que impiden el acceso de la población clave al tamizaje y ponen en riesgo al personal del Proyecto. En aras de mejorar la situación frente al peligro al que se exponen ambos actores, es recomendable hacer un reconocimiento previo de los territorios que presenten problemáticas de orden público para evaluar la viabilidad de implementar las actividades de tamizaje en las zonas señaladas. Además del riesgo que suponen estas situaciones, las barreras invisibles que delimitan estos lugares pueden representar una barrera para que la población clave acceda a las actividades hechas por el Proyecto.

Las mesas y comités, beneficiarios, secretarías de salud y el gestor, señalaron los estigmas y prejuicios que persisten en el personal de las instituciones de salud respecto a las personas sexualmente diversas, como causas de su inasistencia a citas y procedimientos médicos, por tanto, es necesario tener en cuenta que el discurso que utilice el personal de salud frente a la población clave puede convertirse en una barrera de acceso o adherencia a los servicios de salud. Asimismo, las y los beneficiarios señalan la falta de enfoque diferencial y la ausencia de un trato respetuoso como otros factores que influyen sobre su decisión de acceder o no a los servicios de salud:

“Otra de las cosas es como, venga empezamos a trabajar en esos imaginarios que hay, incluso en el nivel científico, en torno a la diversidad sexual. O sea, la sensibilidad a la hora de nombrarnos, a la hora de tratarnos como seres humanos, la posibilidad de establecer nuevas metodologías y metodologías para los mismos profesionales”. (Mesa LGBTI, Medellín).

(“...”) cuando llegué a hacerme la prueba, que era una campaña que estaban haciendo, el vigilante llega y me dice “Ay mejor usted hágase con la fila de los hombres”. (“...”) Entonces yo le dije “¿Cómo así que con la fila de los hombres? O sea, respeto. Yo soy una chica trans, yo soy una mujer” (“...”) Y me dijo “No. Usted para mí es un hombre”. Entonces yo le dije “Ah no. Entonces ya no me hago ninguna prueba y ya”. (MTRANS, Medellín).

Otra barrera de orden estructural, identificada por algunos actores institucionales, tiene que ver con la división urbano-rural y su consecuente desigualdad respecto a la aceptación social que reciben ciertos temas como la diversidad sexual. La influencia de ciertas ideas religiosas y conservadoras, más presente en los pueblos que en la ciudad, muchas veces constituye una barrera para que la población clave tome la iniciativa de acercarse a los centros de salud por temas relativos a salud sexual. También sucede que al tener una población mucho más reducida que la de una ciudad, la posibilidad de que un usuario conozca a los funcionarios de los centros de salud es más alta. Lo anterior constituye una barrera de acceso, en la medida en que existe el temor a que no se garantice la confidencialidad en el resultado de una prueba.

“(…) a nosotros nos ha tocado casos de gente que dice: “es que yo estoy diagnosticado, pero es que se van a dar cuenta, porque es que, si en el hospital se dan cuenta, todo el mundo se va a enterar”, entonces esa falta del sector salud de mantener esa confidencialidad (…)”. (Secretaría de Salud de Antioquia).

Siguiendo con las barreras de acceso a los servicios de salud relativas a las inequidades entre lo urbano y lo rural, el Ministerio de Salud y Protección Social y las Secretarías de Salud de Bello (Antioquia) y del departamento de Bolívar, señalan las dificultades de desplazamiento que tienen los habitantes de los lugares alejados del área urbana para acceder a las instituciones de salud. Si bien en el caso de la Secretaría de Bello se propone llegar hasta esos municipios para mitigar los inconvenientes de movilidad que puedan tener los usuarios de estas zonas, la falta de recursos imposibilita dicha gestión.

“[Granizal] es muy arriba y es zona rural, entonces el transporte es muy difícil. No llegan ni siquiera carros. Por lo que les toca llegar caminando, de manera que el acceso a los centros de salud es muy difícil. (…) crisis en cuanto a lo político. Entonces es complicado. En este momento debemos trabajar con lo que tenemos y con lo que se pueda”. (Secretaría de Salud de Bello)

“(…) pero una persona que vive con el virus no va a dejar de ir a su consulta por dejar de pagar el bus, como sí lo puede dejar de hacer una persona que vive en un área rural y que le toque pagar ya transporte intermunicipal o que le toque pagar avión. Ahí sí eso forma una barrera”. (MSPS).

En Cali, las distancias geográficas entre los sectores urbanos y rurales también son señaladas como una dificultad en el desplazamiento de algunos usuarios. Además de los tiempos, la falta de recursos económicos de la población que habita los municipios más lejanos de la cabecera municipal representa una barrera de acceso a los servicios de salud. A pesar de los esfuerzos hechos desde las instituciones de salud para superar estas barreras, la población rural sigue siendo una población de difícil seguimiento y canalización.

“Lo que se ha identificado en los usuarios son temas económicos, son usuarios que a veces se le dificulta trasladarse aquí a Cali que es donde tenemos la IPS y a pesar de que nosotros les garantizamos muchas veces el transporte o la misma IPS les da un auxilio de transporte, es muy difícil que a veces accedan a los servicios (…)”. (EAPB, Cali).

Para el Caso de Pereira-Dosquebradas, una de las barreras de orden estructural más importantes es la ausencia de documento identitario en la mayoría de la población PID. Esta situación se convierte en una barrera para que la población clave cuente con una seguridad social que les permita el acceso a los servicios de salud.

“(…) el tema de la cedulación es un problema grandísimo porque ellos hacen, le hacia la gestión con la registraduría frente al tema de una sola vez, que no se cobra, que usted tiene derecho. (….) Porque muchos a veces mienten frente a su identificación”. (Mesas y Comités, Dosquebradas).

Otra barrera de orden estructural identificada para la población priorizada en Pereira-Dosquebradas es la falta de capacidad institucional para atender a los beneficiarios que deciden empezar un tratamiento de rehabilitación del consumo de drogas. Es importante señalar que la terapia de rehabilitación contribuye a que el usuario con diagnóstico positivo de VIH continúe con el proceso de canalización y adherencia a los servicios de salud.

Barreras institucionales

Dentro de las barreras institucionales para el acceso a los servicios de salud de los usuarios con resultado reactivo, en el caso de Cali, Bogotá y Barranquilla se señalan los procesos administrativos de portabilidad y traslado de pacientes entre las EAPB. La queja principal frente a estos trámites a seguir es la dilación que representan para la canalización. Lograr la reducción en dichos tiempos resulta fundamental para un paciente con resultado reactivo, pues además de la premura por empezar el tratamiento antirretroviral, estos tiempos de espera prolongados suelen generar desinterés en el usuario por continuar en el proceso de canalización.

“Ahora el tema de portabilidad en la ciudad de Cartagena, aquí hay mucha población de Cartagena, de Barranquilla, de Chocó, son chicos que no puedo sacar porque por el tema de portabilidad (….)”. (ESE, Cali)

“(…) otra que tiene que ver cuando el usuario pierde el trabajo y tiene que ver con la movilidad y no se cumple entonces hay dificultades frente a eso, cuando el usuario viene de otra parte y esta temporalmente acá y toca hacer el proceso de portabilidad, entonces hay algunas EPS que de otros municipios o de otros lados, por lo menos los de la costa son terribles para que una persona pueda tener la portabilidad aquí en Cali y son como esas situaciones muy específicas”. (OBC contratada, Cali).

“(…) el sistema tiene barreras propias como la mora, que es esa que estamos describiendo acá, sí, tiene barreras propias como la portabilidad (….) la portabilidad se demora mucho tiempo, a veces se demora un año, entonces es un año en que usted no puede confirmarle el diagnóstico a ese paciente (….)”. (Equipo Distrital, Bogotá).

Asimismo, para las mesas, comités y beneficiarios de algunas ciudades, la espera en los tiempos de canalización, una vez se cuenta con el resultado reactivo, sigue siendo muy larga. Según su experiencia, los tiempos de espera pueden tardar meses, lo cual para ellos resulta inaceptable en

tanto que el objetivo de aplicar pruebas rápidas es agilizar el proceso de diagnóstico para acortar los tiempos de espera en el inicio de un tratamiento.

“(…) si diagnostican a Javier y desafortunadamente nos resulta reactivo, la primera barrera ¿cuál es?, la EPS, en el triage, sigue presentándose la inconveniencia en el tiempo en el que se le hace el tamizaje a que comience él a recibir su tratamiento, a que comience él, el medico si quiera el infectólogo a mandarle los exámenes de rigor, que tiempo se sigue pasando, no debiera pasarse los 15 días, porque todo está en el papel, (…)”. (Mesa LGBTI, Cali).

“(…) cuando hay algo de canalización o algo es cuando hay reactividad cierto, (…) pero realmente hay muchas chicas que han quedado en lista de espera y otras que han fallecido esperando esta respuesta, de parte de Secretaría de Salud porque si bien sabemos, FONADE las canaliza, cierto, pero la Secretaría de Salud no ha llamado muchas chicas ni nada, sí me entiende y muchas por ahí sin canalizar algunas sin sus retrovirales sí me entiende y hay otras que ya han muerto esperando que las canalicen”. (MTRANS, Bogotá).

En el caso de Pereira-Dosquebradas también se señalaron varias inconformidades respecto a los tiempos de espera para la canalización de los usuarios. Por el tipo de población priorizada en estos dos municipios (PID), los tiempos de espera representan una doble situación de complejidad, puesto que además de la premura por comenzar un tratamiento antirretroviral, el factor de tiempo influye directamente en el estado de consumo de drogas de los beneficiarios.

“(…) los pacientes, por ejemplo, si no tienen aseguramiento, en SISBEN dura 142 días para subir a la plataforma. Yo creo que más que todo es como el tiempo para ingresar a una EPS, pero si ellos igual están sisbenizados, ellos los atienden acá en Pereira. Pero si, por ejemplo, tiene una EPS de otra ciudad, las dificultades son de tiempo de portabilidad, el tiempo de traslado. Sí, eso puede ser una dificultad”. (Profesional de la Salud, Pereira).

Entre las barreras institucionales, los miembros de la Mesa LGBTI identifican los estigmas que existen en torno al VIH. Según su experiencia, en ocasiones un diagnóstico reactivo de VIH implica ciertas barreras burocráticas para acceder a la atención de la enfermedad dentro de las instituciones de salud, aunado a esta barrera se encuentra el temor del usuario de tener que hacer visible su diagnóstico en un proceso de reclamación con la institución que se niega a atenderlo.

“(…) que uno le sigue teniendo algo distinto y que aún prefiere callarse y ocultar, digamos, esas denuncias porque es que yo sí tengo VIH no me atienden. Pero por qué no me atienden, porque es que si voy y denuncio no solamente se van a dar cuenta que tengo VIH. Porque a manera magistral, lo hemos dicho nosotros, el tener VIH es como “Dios mío tengo que callarme y tengo que hacer algo porque nadie se puede dar cuenta, porque todos me van a rechazar y no solo es llevarme el estigma y también mis prejuicios, sino que también tengo que ir a pelear con la institución que no me quiere atender porque tengo VIH”. Entonces muchos prefieren callarse”. (Mesa Diversa).

Además de las barreras de tipo administrativo para acceder a la atención médica, en ocasiones sucede que una vez el usuario está dentro de los servicios de salud, recibe un trato discriminatorio e incluso negligente. El párrafo citado a continuación relata la experiencia de un beneficiario que tuvo que vivir situaciones discriminatorias de este tipo:

“(…) hay muchos médicos que guardan todavía temor hacia las personas que tenemos el VIH. O sea, que de una u otra forma discriminan. Me pasó hace poco, a un amigo mío que murió de cáncer, él era diagnosticado con VIH. Le dio un cáncer linfático. Resulta que en el momento que supieron, a él no lo aislaron porque tenía cáncer linfático, lo aislaron porque tenía VIH y lo mandaron por allá para una pieza y lo dejaron solo y no lo dejaban visitar, nada. Entonces a mí me comunicaron eso y yo me fui para esa clínica y yo armé el problema allá porque es que eso no es posible, hacer eso a una persona porque tiene VIH y fuera de eso tiene un cáncer”. (Beneficiario HSH).

El caso de Pereira-Dosquebradas cuenta con una serie de barreras institucionales que son particulares a estos dos municipios y la población allí priorizada (PID). Entre dichas barreras se señalan los obstáculos en el acceso a programas de rehabilitación, el consumo de metadona, déficit en la financiación para la atención de esta población, entre otras.

“Y es que realmente para el fenómeno social de consumo que tenemos nosotros en el departamento y habitabilidad de calle, los servicios se quedan cortos realmente. Porque tenemos un hospital mental y solamente una IPS habilitada también en términos de tratamiento”. (Mesas y Comités Dosquebradas).

“(…) los programas de reducción de riesgos y daños están contemplados por el Ministerio de Salud y por el gobierno nacional como servicio social. Digamos que hay ahí la primera barrera para la implementación porque entonces no tiene fuentes de financiación específicas. Se supone que debe estar financiado por el plan de intervenciones colectivas que la resolución 518 del 2015, pero no hay destinación de recursos específica para eso. Entonces todo se va a otras actividades y en el plan de beneficios de salud, que es la resolución 5857 del 2018, tampoco hay recursos y al contemplarse como un servicio social entonces deja imposible despegar acciones hacia allí”. (Profesional de la Salud, Pereira).

Una barrera que fue señalada por la mayoría de los actores institucionales en Bogotá, y por el profesional de la salud en Bucaramanga, tiene que ver con la diferencia en la atención a usuarios que pertenecen al régimen contributivo frente a los que pertenecen al régimen subsidiado. Si bien esta es una barrera que no afecta de manera exclusiva a los usuarios con VIH, es importante tomar acciones al respecto, puesto que aparece como la barrera institucional más común en Bogotá al momento de hacer el proceso de canalización de las personas con resultado reactivo. Sobre el caso de Bogotá es importante resaltar que la mayoría de las barreras en el acceso a los servicios de salud están relacionados con temas administrativos y los trámites que se deben realizar, contrario a lo que sucede en el resto de las ciudades, las barreras de acceso por situaciones de estigma y discriminación no aparecen de forma tan frecuente en las experiencias de los diferentes actores.

“(…) la diferencia entre la afiliación y el acceso real al tratamiento había dificultades, lo otro que pasaba que se demoraban mucho para pedir la primera cita pues porque algunos…, y la otra es el modelo de aseguramiento, porque quienes estaban en el régimen subsidiado tenían mayores dificultades”. (OBC contratada, Bogotá).

Barreras individuales

Según la experiencia de varios actores institucionales, suele suceder que los beneficiarios entreguen datos erróneos de contacto que impiden su seguimiento para corroborar si hubo una segunda prueba y el proceso de canalización. Si bien esto significa una barrera importante para verificar si los usuarios ingresaron a la Ruta de Atención Integral, algunos actores como las OBC tomaron acciones en conjunto con las EPS para intentar mitigar las consecuencias de dichas barreras interpuestas por los beneficiarios.

“Depende, si el paciente se deja llamar por el teléfono, excelente, pero si no lo perdimos; pero son muy poquitos. Yo mando un vigía que verifique la dirección y va a verla y es de un de un banco o un almacén, dan direcciones falsas y el teléfono igual”. (EAPB, Medellín).

“(…) una barrera diferente de que «me dieron la cita, pero la perdí porque tenía mucho trabajo, no es que no sé si voy a seguir en el proceso» no le prestaban atención a la asesoría o daban el número que no era, uno los llamaba y que estaban muy ocupados trabajando, de que «sí, ya me dieron la orden y no he ido»”. (OBC contratada Medellín)

“(…) al usuario se le asigna cita, la persona encargada de la canalización le consigue la asignación de cita y no llega el usuario y bueno dicen «reprogramemos para cuando pueden» y pueden faltar hasta 4 a 5 citas y no llegan o se le asigna la cita y luego lo llaman y no vuelve a contestar el teléfono, entonces eso es más de parte de usuario”. (Equipo Local, Cali)

“(…) a veces dan datos errados, no quieren ser ubicados y el número del celular no corresponde. Muchas veces no dan el dato es porque temen que uno llame a la casa y le diga a la mamá que su hijo tiene VIH o a veces dan datos equivocados, pero siempre se les hablaba de la confidencialidad, de que tranquilos y las recomendaciones uno sabía que sí daban bien los datos y otros que no”. (ESE Subred 2, Bogotá)

Ahora bien, otro tipo de barrera individual identificada por los actores institucionales tiene que ver con las creencias erróneas, mitos e imaginarios sobre la enfermedad. Según esto, se identificó por parte de una EAPB la incredulidad de algunos beneficiarios respecto a la existencia del virus. Una estrategia útil en ese sentido podría ser reforzar las actividades de promoción y prevención, haciendo mayor énfasis en los mitos más comunes alrededor de esta enfermedad.

“Hay gente que no cree en la enfermedad. Uno ve a cada rato, uno los llama y les insiste, los visita y dicen que eso es pura cosa del comercio de drogas «Mentiras yo me siento bien, yo me quiero morir de esto». Ellos salen con una cantidad de cosas y uno deja el registro de eso de que se hizo la captura, pero el paciente insiste que no quiere y ya uno respeta su decisión”. (EAPB, Medellín)

“(…) hay un caso que me remitieron la semana pasada de una persona que convive con VIH desde el 2012 y no quería seguir haciéndose el tratamiento, ni nada, porque decía que el VIH era un invento de los medios de comunicación, solamente para conseguir dinero y que él no se iba a hacer ningún tratamiento. Entonces que no, que eso era mentiras. Entonces la persona está poniendo la barrera y no lo podemos obligar a que tome el medicamento”. (Secretaría de Salud del municipio de Bello)

Otra barrera individual es el proceso de negación en el que entran los usuarios con resultado reactivo. Según la experiencia de algunos actores, cuando los pacientes no aceptan el resultado reactivo, evaden el seguimiento a sus casos entregando datos falsos y negando su consentimiento para continuar con el proceso de canalización y recibir llamadas o información al respecto. La propuesta que surge desde la misma entidad para contribuir a superar esta barrera en el acceso a los servicios de salud es el fortalecimiento en la atención psicológica de los pacientes.

“(…) el usuario con su proceso de negación, el que: no me lo hago, no puedo, no estoy en la ciudad, no vuelvo hasta dentro de un mes, sí, me voy, no sé cuándo regrese y ahí está la IPS en su seguimiento, en su seguimiento, llámelo, vuélvalo a contactar, ya identifican los número de donde los están llamando, entonces ya no les responden a los números, los bloquean, hay otros usuarios que nos dicen: no, no me interesa, definitivamente no me la voy a hacer, no me llamen más, no me insista, entonces como en su proceso de negación”. (EAPB, Medellín)

El temor a conocer el diagnóstico es una de las barreras individuales más frecuentes entre los beneficiarios. Este temor está directamente relacionado con los estigmas que existen en torno a la enfermedad y que configuran un imaginario asociado a muerte, rechazo y segregación social. La estrategia que hasta el momento se ha implementado por parte de algunos actores institucionales para disminuir los efectos de esta barrera, es el fortalecimiento de las asesorías pre y post en donde se le brinda información al usuario sobre el virus y se abordan algunos de los mitos más comunes que existen respecto a la enfermedad.

“Barreras como tal no existen, solo que el usuario quiera acceder, porque en la tamización nos hemos dado cuenta que de pronto en su abordaje, pues para la enfermedad todavía tiene un estigma, entonces a usted le dicen “VIH”, usted piensa que se va a morir, entonces el tema es que el usuario si no se le hace una buena asesoría, un pre-test y un pos-test, pues el usuario con un diagnóstico presuntivo para él es un final, entonces es esa barrera, la coloca el mismo usuario a querer llegar a la atención”. (EAPB, Cali)

“Las barreras más significativas son las de usuarios, realmente es su situación frente a su condición, pues a veces la negación o el estado de duelo está para realmente aceptar e ir a los siguientes pasos”. (OBC contratada, Cali)

“Y en particular tengo un amigo que él sí sabe que tiene este diagnóstico, pero lo ignora total. Él dice yo sé que algo pasa en mi cuerpo porque yo siento cambios en mi cuerpo, yo me canso tanto y aparte como lleva una vida súper agitada, trabaja, estudia, súper compleja. Anda todo el día ocupado, pero él dice que no va a poner su vida, a esclavizar su vida a todos los días tomarse una, dos, tres, cuatro, cinco, seis, siete pastillas. Que no está loco, que eso más lo mata. Está en depresión”. (Beneficiario HSH, Cali)

“(…) el VIH es una enfermedad o una infección que (…) la sociedad lo rechaza. Algunas personas, no todas lo rechazan, lo rechazan el tema. (…) si alguien se podía enterar de que yo era una persona infectada me van a rechazar, me iban a enviar a un lugar muy lejano yo sola con todas las personas que estuvieran infectadas”. (MTRANS, Cali)

(ii) ¿Cómo ha aportado el Proyecto para disminuir las barreras encontradas en campo?

Barreras estructurales

Respecto a las barreras de orden estructural, se resalta el trabajo que ha hecho el Proyecto para capacitar y sensibilizar al personal de salud en la atención diferencial a personas de la población clave. Este tipo de actividades son necesarias para contribuir a que el personal de salud brinde una atención adecuada y de acuerdo con las necesidades de las mujeres trans y los HSH.

Ahora bien, es frecuente que los prejuicios y estigmas que tenga el personal de las instituciones de salud sobre las personas de la población clave afecten la atención que puedan brindarle, ocasionando así situaciones de discriminación a los beneficiarios. Sin embargo, es importante señalar que, en Cali, a diferencia de ciudades como Medellín, estos episodios no aparecen de forma reiterativa en la experiencia de los beneficiarios; asimismo, el discurso de la mayor parte de los actores institucionales involucrados en el Proyecto parece tener clara la necesidad de implementar el enfoque diferencial como estrategia para garantizar el respeto y buen trato por los usuarios que hacen parte de la población clave.

“(…) acá al centro de salud y los médicos, funcionarios, enfermeras, todas las personas que trabajan aquí están sensibilizadas y humanizadas en torno a la población, no hemos tenido hasta ahora ninguna situación que nos haya dicho «ese médico, tenemos dificultades porque no quiere ver el paciente, él no quiere que le asignen este tipo de población». nosotros pensamos que ha habido una apertura muy importante y eso tiene que ver con la educación, con la comunicación social, con todo lo que se ha trabajado en los medios de comunicación y con lo mismo que vienen trabajando las personas que trabajan en el Proyecto y que han trabajado en el Proyecto acá desde el 2016-2017”. (Profesional de la Salud, Cali).

Como se mencionó antes, una inconformidad común en torno al acceso a los servicios de salud es la falta de conocimiento respecto a los procedimientos a seguir, o la ruta necesaria para empezar un tratamiento. En ese sentido los miembros de las Mesas LGBTI resaltan el acompañamiento del Proyecto como una virtud en tanto que les facilita llevar a cabo ese proceso por medio de la asesoría que reciben.

Ahora bien, una barrera que ha sido identificada particularmente para las mujeres trans tiene que ver con el proceso de documentación. Es frecuente que esta población no cuente con un documento de identificación, lo cual suele suceder por desconocimiento de la ruta que deben seguir para obtener la cédula que vaya acorde con su identidad sexual. La ausencia de un documento identitario se convierte en una barrera para la afiliación a los servicios de salud. No obstante, desde la Secretaría de Salud se han hecho procesos de articulación con diferentes instituciones como la Registraduría y el SISBEN, con el fin facilitar estos procesos y agilizar el ingreso de las mujeres trans a los servicios de salud.

En el caso particular de Bucaramanga, es importante resaltar el rol de la Secretaría de Salud y otros actores institucionales respecto al trabajo que han llevado a cabo para reducir los niveles de estigma y discriminación hacia la población clave en el municipio.

“(…) total porque participa en una estrategia de disminución del estigma y hemos trabajado y hecho las marchas de la población, de hecho, me vincularon como Secretaría y el Proyecto me vinculó, digo que me vinculó, pero igual fue tanto la fuerza del trabajo que nosotros por ejemplo izamos la bandera aquí en la alcaldía y el rechazo total, y la izamos en conjunto y es que nosotros tenemos el comité municipal y todas las organizaciones no solo las OBC sino los comités donde viene gente de la comunidad y hemos trabajado y estamos articulados, por ejemplo, con desarrollo social y otras secretarías que también hacen parte del trabajo conjunto, ellas manejan un grupo tiene un WhatsApp y entonces todo eso ha hecho que la gente entienda o no sea tan agresiva; por ejemplo, ellas participaron en la feria bonita en la ciudad de Bucaramanga (…)”. (Secretaría de Salud de Bucaramanga).

Barreras institucionales

Una barrera institucional identificada tiene que ver con la falta de validez que algunas EAPB asignaban a las pruebas rápidas implementadas por el Proyecto; sin embargo, como es evidente en el testimonio que se cita a continuación, esta fue una barrera que en Medellín y Barranquilla se redujo gracias a las acciones del Proyecto. En el caso de Bucaramanga persiste como una barrera que amplía los tiempos de espera para que los usuarios accedan a la ruta de atención integral.

“Yo que de pronto soy de las que más tiempito lleva, eso, a veces sí, eso se demoraba mucho en transcurso de los años, al principio había muchas barreras porque se hacía una ELISA y salía positiva y el paciente tenía que volver a ir al médico general, que le volviera a mandar la primera presuntiva, después la segunda, eso pasaba hace 3 o 4 años, en este momento ya sí se está tomando en cuenta que la primera ELISA positiva, donde sea, la llevan e inmediatamente se ordena la segunda para confirmar e ingresar, en estos 3, 4 años sí ya ha cambiado muchísimo, al principio sí había más barreras, ya no, ya no pasa eso”. (Miembro Comité VIH, Medellín)

“(…) por ejemplo, las pruebas que nosotros mandábamos no eran aceptadas y tenían que empezar nuevamente el proceso el médico general, la prueba (…). Porque la institución dice que solo acepta con las pruebas de la EPS y pasan por médico general a la EPS que le hagan la prueba y que le hagan la confirmación y dependiendo de la institución la prueba se hace en la IPS de atención integral a confirmatoria o se hace en la EPS y de ahí remite al servicio de atención y eso implicaba más demora (…)”. (Gestora, Bucaramanga).

Un caso similar tuvo lugar en Pereira-Dosquebradas respecto a la validez de los tamizajes hechos en las actividades del Proyecto; sin embargo, a través del trabajo de diferentes actores institucionales vinculados al Proyecto de subvención, se logró superar esta barrera.

“Las barreras no las hemos encontrado en las instituciones, es en los usuarios, de hecho nosotros tuvimos una victoria muy chévere y fue una de las primeras cosas que logramos fue la Circular 021 del 2017 y la expidió el departamento diciéndole a todas IPS y EAPB que prueba que nosotros mandáramos era prueba que no era necesidad de volver a repetir y de hecho nosotros en este Proyecto nunca nos han dicho (…) ¿hubo necesidad de volverle hacer prueba al usuario? No, nunca, y eso fue gracias a esa circular del departamento”. (Equipo Local, Pereira).

Otra barrera de orden institucional frecuente en la experiencia de los diferentes actores institucionales del Proyecto es la demora de algunas EAPB para hacer efectivo el ingreso de los pacientes con resultado reactivo. La dilación en la programación de citas y en otros asuntos

administrativos en ocasiones termina convirtiéndose en una barrera para que los beneficiarios accedan a los servicios de salud. No obstante, también se señala como un logro la reducción de dichos tiempos de espera, gracias al trabajo articulado entre el personal del Proyecto y el personal de las instituciones de salud.

“(…) nosotros tratamos que la ruta se siga, pero una de las barreras con las que nos hemos encontrado es con algunas EPS, cierto, que siempre son muy demoradas, que la cita se la dan yo no sé para cuándo, y entonces la gente se desmotiva, cierto, si yo estoy pendiente de que mi EPS me llame, y pasan 15 días, 20 días, un mes sin que lo hagan, yo con seguridad pues, bueno, (…) entonces hay barreras con las EPS, eso se ha venido mejorando, hay EPS que son muy serías y muy juiciosas, hay otras que no”. (ESE, Medellín)

“(…) lo que pasa es que hacemos el llamado de atención de por qué no se activó la ruta y por qué no se trabajó la ruta, por qué la secretaria además de tener su dimensión de derechos sexuales y reproductivos tiene su sección de aseguramiento y tenemos otra parte que es la atención a la ciudadanía, entonces nosotros manejamos todos inconvenientes que las personas tengan dentro del sistema, las intervenimos desde los referentes, desde aseguramiento y desde las auditorías hasta las IPS y EPS en inspección vigilancia y control”. (Secretaría de Salud, Bucaramanga)

En este sentido también se señala la gestión de articulación que hubo entre los diferentes actores institucionales de Barranquilla. De acuerdo con la experiencia de la gestora de esta ciudad, la articulación y los procesos de control y veeduría sobre las instituciones facilitaron el acceso de los usuarios con tamizaje reactivo a los servicios de salud.

Siguiendo con las barreras de carácter administrativo dentro de las instituciones de salud, cabe resaltar el trabajo del equipo local del Proyecto en la ciudad de Cali donde se han tomado medidas respecto a este tipo de dificultades en el acceso a los servicios de salud. Hay que resaltar que el seguimiento permanente de los casos que presentan obstáculos contribuye a la superación de esas barreras y a agilizar el acceso de los usuarios.

En el caso de Pereira-Dosquebradas también se han implementado medidas de seguimiento y acompañamiento desde el Proyecto con el fin de mitigar las barreras de acceso a las instituciones de salud. A continuación, se señalan las experiencias de la Secretaría de Salud de Pereira en dicho proceso:

“(…) el hecho de que usted tenga que pedir un turno a las 7 de la mañana y como usted es adulto lo tiene que pedir, nadie lo puede pedir por usted. Eso lo hemos ido rompiendo un poco porque los auxiliares de enfermería que han estado inscritos al Proyecto o, incluso las psicólogas que están en el cargo, pues hacen la vuelta, piden el turno, van hacen esa gestión administrativa. Cuando ellos no estén, ¿quién lo va a hacer? ¿sí? Cuando eso no se dé, ¿quién lo va a hacer? Debería ser, al contrario, que el prestador transforme ese sistema de servicios y puedan buscar alternativas. Eso es un poco complejo porque cuesta y como cuesta pues obviamente ellos van a preferir hacer lo más sencillo, para todo el paquete general y el que se adapte dentro del tema”. (Secretaría de Salud de Pereira)

Barreras individuales

Una de las barreras individuales que se presentaron en el caso de los municipios de Pereira y Dosquebradas fue la inasistencia de la población clave (PID) a la toma de prueba confirmatoria.

Dicha situación estaba generando pérdida de casos tamizados como reactivos, por lo cual desde el Proyecto se tomó la iniciativa de hacer las pruebas confirmatorias de forma extramural.

“(…) Entonces buscamos una estrategia de qué íbamos a hacer para poderle dar un diagnóstico oportuno. Y una de estas estrategias es que se realiza la segunda prueba en el campo y la auxiliar de ENTerritorio la trae al laboratorio. Entonces ya los que ya comprobamos y ya los direccionamos a las EAPB para que a ellos los capten y para prestarles todos los servicios e ingresarlos oportunamente programa”. (Profesional de la Salud de Pereira).

Ahora bien, en aras de superar la barrera de acceso relativa a la entrega de información errónea por parte de los usuarios, la gestora y la monitorea de ENTerritorio en Bogotá implementaron varias estrategias para corroborar la información de contacto y facilitar el seguimiento de los usuarios con resultados reactivo.

“Hemos hecho muchas cosas, desde buscar que las personas que toman las pruebas tengan minutos y les puedan timbrar ahí estando en la prueba, para ver que sí sea ese número de celular (…) Se les pidió Facebook, se les pidió correo electrónico, porque de pronto, pues llamar y si usted está trabajando y la incomodidad y bueno, hay que tener todas las opciones, no, entonces para poderles escribir por otras formas, por redes sociales”. (Equipo Distrital de Bogotá).

(iii) ¿Qué se podría mejorar? – Recomendaciones de los actores

Barreras institucionales

Es importante señalar como un logro que las actividades desarrolladas en el marco del Proyecto, que generan confianza en los beneficiarios respecto al trato que van a recibir. No obstante, las instituciones a las que son redirigidos los beneficiarios para su canalización una vez reciben el tamizaje reactivo, necesitan mejorar la calidad de su atención con el objetivo de generar una percepción de confianza en ellos y así contribuir a su acceso y adherencia a la Ruta de Atención Integral.

“Yo lo miraría como que el Fondo con sus programas y Proyectos logran crear un espacio un propicio para vencer barreras culturales, pero cuando salimos de ese espacio las entidades que enlazan: personería, EPS, secretarías y esa distancia con el ciudadano, acuden ya por una necesidad específica no tienen igual contexto, ni preparación, ni digamos acomodamiento para atender a esta población y de frente los exponen violenta y casi que hacen visible toda su información”. (OBC Semilla que Crece y Guayacanes, Medellín)

Por otro lado, según la experiencia del Comité de VIH de Medellín y de la ESE Subred Centro Oriente de Bogotá, para ampliar la respuesta al VIH de una manera efectiva es necesario pensar en las generaciones más jóvenes y su relación con esta enfermedad. El trabajo sobre esta dimensión generacional implica aprehender los imaginarios, prácticas sociales y percepciones que tienen las generaciones más jóvenes sobre el riesgo y la sexualidad, de esta manera el Proyecto podrá convertirse en un interlocutor válido para ellos y abordarles con argumentos y estrategias que les convenzan de la necesidad prevenir de la enfermedad.

“(…) dar las charlas educativas pero mirar cómo estamos abordando las poblaciones, porque ya el chico que usted vaya y le diga: póngase un condón porque se va a infectar de VIH, ya eso no

le interesa, por lo mismo que decían ahorita, por efectividad del tratamiento, porque ya ven de otra manera las infecciones, no como nosotros, de pronto las podemos ver, ellos las ven de otra manera, entonces sí es llegar a educación pero también si le da la prueba, porque entérese usted, hace mucha educación pero no hace pruebas, no va a saber que tiene en esa población que está educando”. (Miembro Comité VIH, Medellín)

“(…) a los centennials tener VIH no les importa, es que tener VIH ya no, estamos pasando de tener miedo a querer tenerlo, a querer tener VIH, las prácticas sexuales en este momento de los jóvenes es querer tener VIH, es asumir el riesgo, entonces hay que pensar distinto, los que estamos manejando VIH, que ya estamos un poquito mayorcitos de los centennials tenemos que evaluarnos y mirar cómo nos vamos a comunicar con esa población, cómo vamos a llamar su atención para que sea importante, porque es que para ellos no lo es, para ellos, ya, el placer en su centennials, ni siquiera es el sexo, es el riesgo de adquirir la enfermedad, es drogas, es otro montón de cosas que no solamente, ya están desbordando lo que para nosotros es anormal”. (Miembro Comité VIH, Medellín)

“Hay mucha falta de interés y no y de corresponsabilidad con la salud de cada uno. Es que uno usa las personas mucho, sobre todo esto chicos jóvenes no les importa, ¿sí? Sobre todo, población específica de HSH, que son chicos jóvenes, no les importa, no tienen la conciencia de la corresponsabilidad de la salud. Entonces muchos los llama uno y dicen “Ah, sí. No, tal vez voy mañana”, o “tal vez voy otro día”. (ESE Subred 1, Bogotá)

Para evitar que se presenten otras barreras de tipo institucional se recomienda fortalecer la capacitación del personal de salud sobre la ruta y el proceso de canalización que deben seguir los usuarios con resultado de tamizaje reactivo; así mismo, se identifica la rotación constante de personal como una forma de reforzar esas barreras, puesto que las personas recién ingresadas no cuentan con la capacitación que tiene el personal cuya trayectoria con beneficiarios del Proyecto ha sido más larga.

“Algo que se nota a veces, uno que está pues como en la parte lo social, es que si no está constante la capacitación a los nuevos profesionales, esas barreras se van a aumentar gigantescas porque, por ejemplo, quizás alguien recibió la capacitación y se sabe la ruta pero como están renovando personal esa renovación hace que se crucen esas barreras otra vez, entonces se encuentra uno con los médicos, los enfermeros, que no saben nada de la ruta y lo que hacen es poner una barrera gigantesca y hacer el obstáculo más grande; y eso frente a la primer prueba, que la tienen en cuenta algunas EPS, porque hay otras que queda el proceso detenido”. (Miembro Comité VIH, Medellín)

A partir de las particularidades el caso Pereira-Dosquebradas, desde algunos actores institucionales surge la recomendación de evaluar el modelo de atención a la población PID, teniendo en cuenta sus dinámicas sociales, temporales y de consumo.

“Primero yo le decía, ahora los servicios no se han adaptado al usuario, los servicios están hechos para una persona como nosotros, entre comillas, normales, con sus cinco sentidos puestos. Un usuario de drogas inyectables nunca se va a levantar a las 6 de la mañana para ir a hacer cola a una EPS y para esperar cuatro horas a que lo atiendan. Tampoco va a ir a hacer una cola para que le den una cita. Primero, porque están andrajosos, huelen mal, no se bañan quién sabe hace cuánto”. (Secretaría de Salud de Pereira)

“Supongamos VIH, entonces los antirretrovirales es una cosa compleja, sobre todo para el habitante de calle y si no lo tenemos en un lugar adecuado en donde, por ejemplo, la ESE que yo sé que está dispuesta a hacerlo, a enviar su auxiliar de enfermería, su equipo de salud para entregarles atención integral, pues el paciente se nos va a perder, si no hay dónde llevarle un psicólogo para ayudarlo a superar tantas cosas, si no hay una administración de metadona en un lugar, como tal, es muy complicado. O sea el abordaje integral, posiblemente tenemos las capacidades, pero no hay un lugar establecido en este momento que no depende de salud, depende de Desarrollo Social, entonces siempre hemos dicho que normalmente este tipo de usuarios no se viene solamente con el VIH, se viene con la tuberculosis, se viene con la cantidad de enfermedades que son infectocontagiosas, que no tenemos ni el espacio, ni el lugar y normalmente por su condición misma no va a generar una adherencia”. (Secretaría de Salud de Pereira).

Barreras individuales

Respecto a las barreras individuales que tienen que ver con el temor a conocer el diagnóstico y el estado de negación de algunos usuarios, el Equipo Local de la ciudad de Cali han señalado la necesidad de fortalecer las asesorías pre y post en aras de mejorar la atención a la población clave. Además de estas asesorías que ocurren en una primera etapa de contacto entre el beneficiario y el Proyecto, la gestora y la monitora sugieren la implementación de un acompañamiento psicosocial que comprenda otros momentos más allá del momento pre y post tamizaje.

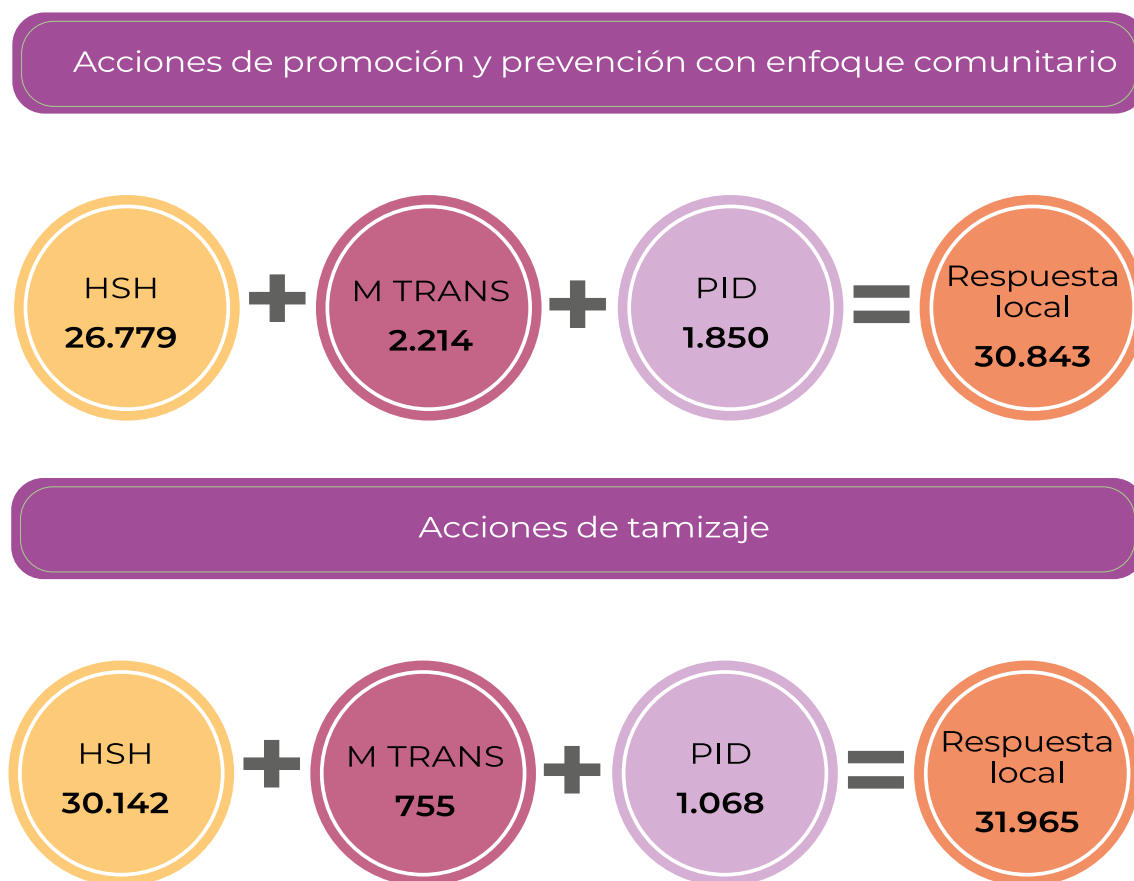
Con respecto al Objetivo 9: las inversiones financieras globales para la respuesta al SIDA en países de renta baja y media alcanzan al menos US \$ 30 mil millones, con un aumento continuo de los niveles actuales de fuentes públicas nacionales.

El Proyecto se articuló con las secretarías de salud de las 7 ciudades priorizadas promovió la inclusión de actividades educativas y pruebas rápidas de tamizajes en los Planes de Intervenciones Colectivas. Igualmente, desde el Proyecto se establecieron metas de contrapartida que debían ejecutar los entes territoriales, con el fin de que el Estado se apropie de las acciones en VIH en esta población clave y a su vez garantice la sostenibilidad de estas intervenciones en el tiempo.

El Proyecto financió durante el 2017 el 100% de las intervenciones para la entrega de paquetes educativos y realización de pruebas rápidas de tamizaje hacia la población clave. Para el 2018, el Proyecto financió el 60% de las acciones en mujeres trans y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y el 50% en personas que se inyectan drogas. Finalmente, para el año 2019, el Proyecto financió el 35% de las actividades para mujeres trans y HSH y el 25% para PID. Por lo anterior, las secretarías de salud de manera paulatina fueron incrementando su inversión para desarrollar las actividades establecidas que permitían el logro de las metas de alcance de población clave para el año 2018 y 2019.

A continuación, se presenta un esquema con la cantidad de personas de la población clave, que accedieron a las acciones de promoción y prevención y oferta de tamizaje, con financiamiento local durante el periodo de implementación del Proyecto (Ver ilustración 7).

Ilustración 7. Respuesta local por población clave



Fuente: elaboración propia a partir de los informes trimestrales de ENTerritorio

4.2 Efectos del Proyecto en los objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021

Las acciones del Proyecto tanto las de gestión y como las de ampliación de las acciones de prevención con enfoque comunitario, contribuyeron a dar respuesta al objetivo general del Plan Nacional de Respuesta, “fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, a través de acciones de promoción de la salud, gestión Integral del riesgo y gestión en salud pública”. A continuación, se presentan los efectos directos con relación al eje de promoción de la salud.

Objetivo específico 5: los agentes del SGSSS difunden e implementan la ruta de atención integral de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C.

Las actividades de asistencia técnica realizadas por los equipos locales de ENTerritorio a las EAPB y las secretarías de salud permitieron fortalecer la ruta de atención integral en las ciudades de Bogotá, Cali, Medellín, Pereira y Dosquebradas, mejorando los procesos de canalización de la población clave reactiva y su inclusión de manera oportuna a la ruta. Sin embargo, como se describe en el informe del segundo trimestre de 2019 de ENTerritorio, se han presentado las siguientes barreras:

“Desde el prestador de servicios de salud, persisten situaciones relacionadas con tiempos de respuesta de las EAPB, autorizaciones centralizadas en Bogotá, disponibilidad de asignación de citas, aumentando los tiempos de respuesta particularmente en la red pública, así como dificultades en la atención por retiros, mora, movilidad, portabilidad dentro del sistema y afiliación al sistema de salud. Se presenta desconocimiento en los usuarios del Decreto 3047 de 2013 que define el proceso de movilidad y esto ha generado que las personas figuren como desafiadas en el verificador de derechos, lo cual dificulta su canalización”. (ENTerritorio, p.5)

Por lo tanto, el equipo local de ENTerritorio continúa realizando mesas de trabajo con EAPB de cada ciudad con el fin de seguir actualizando el directorio de la red de prestadores de servicios, se cruza la información de personas afiliadas pendientes por ubicar para su seguimiento, se revisan las historias clínicas o bases de datos para conocer el estado de cada usuario en la ruta de atención y se envían las respectivas comunicaciones desde las Secretarías de Salud en caso de requerirse su intervención para agilizar algún proceso. (ENTerritorio, p.5).

Objetivo específico 2: incrementar el uso de condones masculinos/ femeninos y de insumos preventivos en población clave y prioritaria, como estrategia de prevención para las ITS, VIH, hepatitis B y C.

El Proyecto aportó a este objetivo mediante las actividades de promoción y prevención con la entrega de 185.777 paquetes educativos a la población clave, para el periodo 2017 al segundo trimestre de 2019. No obstante, este indicador de impacto se midió en el estudio de seroprevalencia realizado por la Universidad CES, que para efectos de esta evaluación no fueron considerados.

Objetivo específico 3: incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria.

El Proyecto aportó a este objetivo con la realización de 150.220 pruebas rápidas de tamizaje a población clave desde el año 2017 y hasta el segundo trimestre del año 2019.

Objetivo específico 6: Reducir el estigma y la discriminación (E&D) hacia personas en condición de vulnerabilidad o que viven con VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B o C.

Para dar respuesta a este objetivo el Proyecto ha realizado asistencias técnicas sobre estigma y discriminación a las EAPB, secretarías de salud y a las ESE. Sin embargo, de acuerdo con la percepción de los actores claves que se entrevistaron no se ha logrado aportar significativamente a este objetivo. A continuación, se presentan los principales resultados:

(i) Experiencias sobre estigma y discriminación en el territorio

Desde la óptica de algunas OBC, beneficiarios, mesas y comités, aún persiste la percepción acerca de la instrumentalización de la población, al considerar que las actividades se enfocan principalmente en reducir la prevalencia del virus sin que haya un interés genuino por considerar otros aspectos relacionados con su bienestar. Pasa particularmente con las mujeres trans quienes son el grupo más vulnerable dentro de la población clave. Dicha percepción de instrumentalización es evidente para ellas, teniendo como consecuencia su negativa de participar en la oferta de servicios del Proyecto. Un interés genuino por el bienestar de la población podría expresarse en ofrecer otros servicios de salud como odontología, vacunación, valoración médica, etc. A continuación, se referencia la experiencia en el trabajo con la población clave, por parte de un miembro de una OBC:

“(…) era lo que decía anteriormente de que «otra vez con eso, por qué a nosotras, ¿es que solo a nosotras nos da VIH?, ¿que más nos traen? ¿solo condones y solo pruebas?» pero es eso, hablarles de esas prácticas sexuales y esos comportamientos que nos pueden llevar a estar en un punto más vulnerable o propensas a infectarnos de virus, entonces era eso porque si ellas… de hecho hace poco estuve en una investigación con el CES y era súper complejo porque es un estudio y hay que llevarlas, hacerles una encuesta, citarlas, estar con ellas dos horas, es que eran «Solo nos cogen para estudios, solo nos cogen para mirar si tenemos muchos bichos» y porque uno está maniatado, también porque solo puedo llegar hasta educarla y hacerle una prueba de VIH y no tengo cómo ofrecerles nada más, a no ser que haga una articulación, pero muchas veces esas rutas también se pierden un poquito cuando llegan a las otras partes, entonces si es uno como bueno y ¿Qué le digo? ¿Cómo hago para que ellas no se sientan utilizadas? porque realmente es así, se sienten utilizadas”. (OBC de Medellín).

En el caso de Bogotá también se encontraron percepciones de instrumentalización por parte del Proyecto a la población clave.

“(…) este no es un Proyecto de inclusión social, este es un Proyecto de VIH con las limitantes que se tienen, entonces no están las casas para darles vivienda y tome su casa y se la escrituramos o tampoco venga le doy oportunidad laboral y más estudio o venga y le soluciono de aquí para adelante desayuno, almuerzo y comida, entonces como no es eso ahí estamos en esa sin salida”. (OPS, Bogotá)

“(…) creo que fue una de las dificultades que hubo fue de tener mayor recurso para hacer que ellas no se sintieran utilizadas, porque ellas realmente se han sentido siempre muy instrumentalizadas. Nosotros, por ejemplo, partimos de que el ejercicio con las mujeres trans en

las localidades que tuvimos era como ser lo más éticos posible y llegar a ellas, que no fue tan fácil de hecho no cumplimos al final digamos la meta trans porque fue la realidad, las mujeres, digamos como que hubo múltiples factores que impidieron llegar a ellas, porque unas tenían desplazamientos forzado, porque otras, bueno, también con el cambio del POT y eso entonces se movieron de sus espacios y lo que hicimos fue tratar de que la gestora par que teníamos buscara otras personas porque digamos muchas ya habían sido abordadas por el Proyecto, y no creen en el Proyecto, no les interesa tomarse la prueba, porque, por eso, porque sienten que hay una mayor instrumentalización, entonces creo que tratarlas con acciones donde ellas se sientan parte del proceso, donde uno les pregunte a ellas qué quieren hacer, no qué vamos hacer hacia ellas también permitió que hubiese mayor motivación, aunque ellas tienen demasiados temores en relación a la toma de la prueba”. (OBC Contratada, Bogotá)

“(…) de hecho me gusta participar harto y pues a ver por parte de las personas que ejecutan el Proyecto o hacen las pruebas o dan las pruebas no, uno se siente discriminada cuando digamos por las demás personas y por las demás entidades porque esas otras entidades son entidades que vienen la manosean a uno y chao, ¿si me entiende? (….) Me refiero más a las subredes, lo que son Sub Oriente, Centro Oriente, bueno todas esas redes, sí vienen, porque vienen y ahora es la otra que digamos las subredes, ellas sacan jornadas de tamizaje para mujeres trans y chicos HSH, cierto, pero las pruebas de ellas no alcanzan para abordar ni siquiera 15 personas, son muy poquitas, mientras FONADE no, FONADE tiene pruebas suficientes como para ofrecer este servicio a todas las personas que consideran que puedan abordar, (….) mientras que la subredes mandan a hacer una jornada para 30 personas y llevan 15 pruebas, entonces mire la diferencia tan grande que hay, entre la subredes y FONADE”. (MTRANS, Bogotá)

Al indagar sobre la experiencia de la población clave en Cali y Bogotá, se encontraron inconformidades similares relativas a la priorización que reciben dentro de las actividades del Proyecto. Para un sector amplio de beneficiarios, ser parte de una población clave lejos de ser una ventaja configura una forma de discriminación, puesto que refuerza el imaginario común que relaciona a las identidades y orientaciones sexuales diversas con el VIH.

“Yo no estoy de acuerdo en que se diagnostiquen mujeres trans por el estigma que tenemos nosotros por el contexto en que vivimos porque de una u otra manera la realidad que nos tocó para nosotras es grave y por algo en este momento se está trabajando solamente con dos poblaciones qué son las mujeres trans y los hombres HSH”. (Mesa LGBTI, Cali)

“Para mí el problema que tenemos hoy en día, lo vengo diciendo ya hace unos años: quitemos la etiqueta al VIH, el VIH es de un ser humano, el VIH no es para nosotras las trans y para los hombres HSH, el VIH se le debe quitar esa etiqueta para hacer buenas asesorías y diagnosticar a todo el mundo, porque vuelvo y te digo todas las personas que tengan vida sexual activa están en riesgo de recibir en algún momento un reactivo para VIH”. (Mesa LGBTI, Cali)

“La población es la clave y siempre he partido de que eso de “población clave” no debería existir porque esto es una importancia de población general, esto no es solamente de clasificar un sector y de alguna manera generar la misma discriminación, el estigma y el rechazo hacia la población LGBTI como mucha gente de los sidosos, que los del VIH, que esto que pitos y flautas; esto debe ser es abierto y esto es para todos y todas”. (OBC no contratada, Bogotá)

En el caso de Bucaramanga también se presentó desconcierto frente a la priorización de las dos poblaciones claves dentro del Proyecto. Según la experiencia del profesional de la salud, además de estar descuidando a un sector amplio de población que también es vulnerable al virus, se están reforzando los estigmas que existen respecto a los HSH y mujeres trans.

“(…) Porque es que ser transexual no es igual a tener VIH, es la población en general, el factor de riesgo es una actividad sexual sin saber el estado de si es el portador de la pareja. Puede ser un hombre que tiene sexo con hombres, puede ser un hombre que tiene sexo con mujeres. Entonces yo creo que es de nosotros mismos y esas intervenciones están estigmatizando porque van a hacerlo solo a esa población. Ellos son solo los que tienen VIH. Yo sé que están en desventaja y la vida, ellas tienen más riesgo y la prevalencia más alta”. (Profesional de la Salud de Bucaramanga)

Según las experiencias de varios actores institucionales del Proyecto, se percibe que los profesionales de la salud asocian las identidades y orientaciones sexuales diversas con factores de riesgo relacionados con múltiples parejas sexuales, fiestas, consumo de drogas y alcohol. Este conjunto de ideas conforma un tipo de estigmatización sobre la población, que eventualmente influirá en el trato que le brindará el personal de salud.

“Porque siempre en la comunidad hay alcohol, siempre hay drogas, siempre va a haber sexo y tú le dices mira con el alcohol y si toman en exceso que van a ver, el hombre chocado, el hombre herido, el hombre deformado, la tragedia que ocasionó en el otro; mira la droga que yo no pensé y que lo otro y que poquitico no hace nada y en exceso ya se le salió de las manos; lo mismo es el sexo, hágalo con moderación, cuídese de un embarazo, cuídese de una enfermedad de transmisión sexual. Pero toca enseñarlo así y por eso yo en mis charlas las doy con imágenes, la gente se impacta con ver verrugas venéreas entonces, ¿es mejor enseñar así o enseñar a medias? porque si enseñamos a medias mejor no enseñe a nada”. (EAPB, Medellín)

Otra actitud identificada por parte de algunos actores respecto al personal de salud es la ausencia de trato coherente con la identidad sexual de las mujeres trans. Las formas de enunciación que desconocen el tránsito y la identidad de las mujeres trans que acuden a los servicios de salud, constituye una forma de discriminación. A continuación, se citan dos experiencias, de un miembro de la Mesa LGBTI de Medellín y de una beneficiaria de Bogotá, donde se evidencian las formas de estigma y discriminación antes señaladas:

“Es que fui a la clínica y le dije mi nombre es Natalia” “Ah sí, pero usted es hombre. Aquí dice que usted es fulano de tal, entonces por eso se va a hacer la prueba”. “Porque claro, usted es promiscuo. Usted tiene sexo todos los días”. “Usted es una loca sexual”. Es que así nos hacen sentir y eso no ocurre con el Proyecto”. (Miembro de la Mesa LGBTI, Medellín)

“Sí, los que pinchan como que nos dicen “señor, ay qué pena, señora”. (MTRANS, Bogotá)

En Cali sucede una situación similar. Entre las situaciones de discriminación experimentadas por las mujeres trans en las instituciones de salud de dicha ciudad, se señala la falta de reconocimiento de su nombre identitario. Es frecuente que su proceso de tránsito sea puesto en evidencia cuando

el personal no cuenta con el enfoque diferencial necesario para atender a esta población. En el siguiente testimonio es posible identificar un episodio de discriminación por parte del guardia de seguridad de la IPS y otra de estigmatización por parte de la funcionaria de una EAPB. Es importante señalar que en su discurso la funcionaria pasa por alto los procesos de violencia estructural a los que las mujeres trans se ven sometidas en diferentes espacios cotidianos, y que en últimas configuran esa “personalidad, autoestima y percepción” que tiene esta población de sí misma. Con base en lo anterior, resulta desacertado afirmar que las mujeres trans son las responsables del estigma con que son leídas por ciertos sectores sociales, incluido el personal de salud encargado de su atención.

“(…) que el paciente de pronto diga es mucho estigma “a mí me van a marcar porque yo llego de esta forma o me visto de esta manera” hay otros que son supremamente abiertos y les da lo mismo 8 que 80 y vociferan en plena fila “es que yo tengo VIH”. Eso depende también de la personalidad, de la autoestima, de la percepción, de cómo me vea yo frente a la sociedad, es que hay mucha cosa y cuando uno se pone a hilar delgado uno dice al final el mismo estigma lo genera el mismo paciente, él mismo hace su concha para que no lo miren y mantenemos diciendo que los profesionales somos los que tenemos la barrera”. (EAPB, Cali)

En consecuencia con lo anterior, también se puede citar la experiencia del funcionario de una EAPB de Medellín; según él, que se presenten o no situaciones de discriminación hacia los pacientes por orientación o identidad sexual, depende de la “sensibilidad” de los profesionales de salud; sin embargo, no se están implementando capacitaciones o sensibilizaciones que ayuden a prevenir dichos episodios, argumentando que eso corresponde a procesos de contratación al interior de las instituciones de salud:

“(…) [el usuario] puede creer que los servicios lo van a maltratar, que lo van a juzgar, que lo van a regañar, incluso que van a cuestionarle por su sexualidad, ¿cómo ves ese escenario? También, probablemente también puede ser así y depende mucho de la sensibilidad, lo que hablábamos ahorita, de la sensibilidad del profesional que haga ese abordaje inicial (…”. (EAPB, Medellín)

En el caso de Barranquilla se menciona con particular énfasis la influencia de la “cultura machista” que existe en la región Caribe del país, como un factor que recrudece la situación de estigma y discriminación que vive la población clave de esta ciudad.

“(…) la misma cultura, la cultura costeña es muy machista y todavía no estamos acostumbrados a recibir a alguna persona que es población trans. Otras poblaciones que no están acostumbrados, entonces eso puede tender a que ellos estigmaticen por la misma connotación cultural que hay en la costa del machismo y, lo que decíamos, pueden pensar como dice el doctor, que una persona trans o gay solamente y no en algo más allá del contexto y eso puede reflejarse en estigmatización”. (Secretaría de Salud de Barranquilla)

“Mira que en el Caribe hay algo que sucede muy indistintamente a los Andes, en Colombia el machismo en el Caribe es mucho más grande, la homofobia es mucho más grande que en el centro del país. Aquí hay una singularidad y esto, el contexto. Acá hace 10 años Corpovisionarios, la organización de Antanas Mockus hizo una encuesta en muchas ciudades del país y una de

las preguntas de las que hacía Corpovisionarios es ¿usted prefiere de vecino un homosexual, un paramilitar o un delincuente? El 72% de la población barranquillera contestó que prefería un delincuente o un paramilitar, que un vecino gay, homosexual. Eso prendió las alarmas en nosotros y fue cuando la mesa LGBTI y se empezó a formalizar y empezamos a hacer movilización social”. (OBC no contratada, Barranquilla).

Un factor que persiste en los episodios de estigma y discriminación es la desinformación que existe en torno al VIH. Desde una de las secretarías de salud del Departamento de Antioquia se identificaron los siguientes mitos e imaginarios erróneos al respecto:

“Los mitos más frecuentes, aún, después de toda la evaluación que todos escuchamos, sigue siendo, por ejemplo, el compartir los instrumentos de alimentos, eso es un mito inmensamente grande para cuando se le dice a alguien que tiene VIH, para la transmisión, ese es uno de los mayores temores; el segundo sigue siendo la discriminación que va del mito a lo que es una realidad, entonces la discriminación social, a veces incluso hasta familiar, entonces el temor a que eso se sepa, se guarda toda la confidencialidad siempre, pero inmediatamente eso es, incluso, cuando están en la parte educativa ese es el temor: no, yo no me lo hago, porque de pronto sí lo tengo, ¿qué van a decir, qué van a pensar?, todos se van a enterar, ¿y ahora yo cómo voy a vivir?, son como los dos más grandes, pero pues ya uno empieza a hablar con ellos y vamos al enredo acá, todavía algunos mitos, la transmisión por besos, por ejemplo, sigue siendo un mito grande, el contacto de la mano con otro es un mito inmenso, todavía hay un mito de contacto”. (Secretaría de Salud del municipio de Bello)

La estigmatización en torno a la enfermedad se convierte en una barrera para que las personas quieran conocer su diagnóstico, por tanto, se abstienen de hacerse una prueba confirmatoria e ingresar a la ruta de atención integral. Desde la experiencia de algunos miembros de las mesas diversas de Medellín, se identificaron casos donde dicha desinformación resultó en un trato discriminatorio hacia los usuarios:

“(…) siempre me pasa cada vez que voy al médico, yo no sé si es que es por lo visible que a veces soy, pero el médico ahí mismo me llama para el programa de Joven Sano, Que es el programa donde específicamente pues ellos dicen que, para un montón de cosas, pero específicamente es para hacerte la prueba de VIH. (….) sí y siempre me mandaba para Joven Sano, siempre, siempre y yo soy como “Ah bueno, está bien” Sí porque llegó un momento en que yo dije “¿pero es para la prueba de VIH?” Así y entre otras cosas. Usted me está atendiendo aquí porque yo soy epiléptico, yo sé que usted me está atendiendo por mi enfermedad específica”. (Miembro Mesa Diversa, Medellín)

Esta forma de estigmatización también fue identificada en la ciudad de Cali, en ese sentido además de los estigmas y prejuicios que existen sobre las identidades diversas y que ocasionalmente determinan el trato que esta población va a recibir por parte del personal de las instituciones de salud, se identificaron varios estigmas sobre el VIH, incluso en el personal médico.

“Porque como la enfermedad en el tiempo ha sido tan estigmatizada que hasta algunos trabajadores de la salud la estigmatizan cuando hay un paciente VIH y yo digo, pero por qué, si se supone que nosotros somos los que tenemos el conocimiento y debemos ser facilitadores de eso”. (ESE, Cali)

“¿Con quién tenemos dificultades a veces? Con las auxiliares de enfermería, vuelvo y digo que no tienen ese abordaje diferencial, ellas no saben que trabajan con una OBC que vive con VIH, sus agentes son personas y ellas no saben, porque las mismas organizaciones no quieren que sepan y a veces dicen cosas que ellos...”. (Equipo Local, Cali)

El caso de Pereira-Dosquebradas, al tener una población clave diferente (PID) a la que fue priorizada en las demás ciudades, implica otras dinámicas en cuanto a la situación de estigma y discriminación. Es importante señalar que en estos dos municipios se reportan casos de estigmatización hacia las iniciativas y actividades del Proyecto, lo que constituyó una barrera para su implementación en la etapa inicial del mismo.

“(…) no quiero como generalizar, pero, por ejemplo, nosotros tuvimos mucha oposición del concejo a la operación del Programa en el municipio de la comunidad, porque lo notaban más como una alcahuetería, “¿Cómo así que le van a entregar las jeringas? Ahora les falta que les entreguen la dosis”. Porque la gente no dimensiona que el intercambio”. (Comité-Mesas, Pereira)

Además de situaciones de rechazo por parte de algunas personas que se presentaron frente a las actividades del Proyecto, también se identificaron experiencias de estigma y discriminación a la población clave de dichos municipios. Tal como sucedió en otras ciudades, existe una multiplicidad de factores de estigmatización sobre los beneficiarios del Proyecto, debido a que pasa por su condición de habitante de calle, de usuario de drogas y de persona que vive con VIH.

“(…) el tema del estigma y la discriminación es brutal. Entonces como tienen ese doble estigma del consumo de sustancias y probablemente de diagnóstico de VIH, ahí yo le digo a eso barreras intangibles porque no es algo directo, pero sí hay unas barreras internas institucionales. [La discriminación proviene] de todos lados”. (Profesional de la Salud de Pereira).

(ii) ¿Cómo ha aportado el Proyecto a mitigar el estigma y discriminación?

En aras de mitigar los estigmas que existen dentro del personal de salud y evitar los consecuentes episodios de discriminación, el Equipo Local de ENTerritorio en la ciudad de Medellín tuvo la iniciativa de capacitar a los profesionales de la salud en temas de enfoque diferencial y respeto por las orientaciones e identidades sexuales de la población clave. Es importante señalar que esta iniciativa surge a partir de necesidades emergentes durante la realización del Proyecto, y que dichas capacitaciones resultan fundamentales para contribuir a brindar una atención óptima que incentive la adhesión al tratamiento. El testimonio citado a continuación da cuenta de la situación en la que se encuentra el personal de salud respecto a este tema.

“Yo digo que quizás se haya avanzado, que es un trabajo de tiempo. Pero todavía falta. Todavía falta que el personal de salud se capacite más. (…) Y esa es una realidad compleja. Porque no es simplemente entender que la prevalencia está en estas dos poblaciones, sino que es entender que el tema de la atención también está transversalizado por la humanidad de los prestadores. Entonces, si no capacitamos y si no acompañamos técnicamente a las EAPB y a las IPS, el

tema del discurso de que hay que priorizar claves, no va a ser un discurso que pasa el tema de la práctica. Y saben que las poblaciones son las que más se infectan, saben que hay que hacer hincapié en el trabajo diferencial, pero eso choca con la estructura humana de las instituciones y es que seguimos siendo una sociedad que sigue discriminando por orientación sexual e identidad de género”. (Equipo Local, Medellín)

Según la experiencia de los actores institucionales en otras ciudades, también se concluyó que una de las acciones que puede contribuir de manera efectiva a la reducción del estigma y la discriminación de la población clave en los servicios de salud, es la capacitación y sensibilización del personal de salud encargado de su atención. Según relatan diferentes actores institucionales, este tipo de medidas han hecho que dentro de sus programas no se presenten este tipo de situaciones y que incrementalmente el ingreso de población clave a los servicios de salud.

“Definitivamente son profesionales totalmente capacitados, empezamos de que para nosotros tanto población clave como no clave, solo que tenga el diagnóstico, pues no media ninguna autorización, esto quiere decir pues que estos usuarios van a llegar derecho a donde los profesionales que los van a atender, ya el tema de estigmatización pues no se ve dentro de nuestros programas ya que todos están totalmente capacitados para manejo de población general como de población de grupos claves”. (EAPB, Cali).

“Creo que una de ellas es que realmente para llegar a esta población es necesario que existan pares en las instituciones para poder tener acceso a las mismas y desde el punto de vista institucional llegará a esas poblaciones. Por ejemplo, las mujeres trans a veces como ya se sienten estigmatizadas y discriminadas, a veces es difícil que ellos acceden a los servicios de salud que tener para eso trabajar con las mismas poblaciones”. (Gestora de Barranquilla).

“Bueno, pues hicimos talleres para, sobre estigma y discriminación con ellas, con las instituciones, tanto las IPS como las EAPB y algo que creo que ayudó mucho. es que casi en todos los espacios que nosotros teníamos como Proyecto estaban las instituciones y estaban los representantes de población clave. Todo siempre lo trabajamos juntos. Eso permitió que también ellos se acercaran y se conocieran, porque en realidad muchas instituciones anteriormente estaban alejadas de las poblaciones clave, de las fundaciones, de la ONG”. (Gestora de Barranquilla).

“(…) hemos hecho constantemente en los territorios un abordaje a fin de que sensibilicemos a las personas hacia la importancia de disminuir el estigma y la discriminación del personal de salud hacia el paciente y en los territorios”. (Sub Secretaría de Salud de Atlántico).

“Mi mirada en ese sentido es que el estigma y la discriminación ha disminuido bastante en la medida que hemos ido educando a la población en general en que a la persona que tú sabes que tiene VIH porque la discrimina porque no sabe cómo está el otro”. (Secretaría de Salud de Cartagena).

“(…) en torno a la sensibilización frente la comunidad LGTBI que aquí de parte de la secretaría municipal los procesos con ellos han tenido muy buena acogida diría yo en torno a respaldar las actividades que han desarrollado y la marcha pero la marcha es algo simbólico y es decirle ustedes también tienen cabida y también el liderazgo de ellos un poco en procesos de promoción y prevención en torno a VIH, eso también me pareció un factor importante y que va también sensibilizando a la población a la comunidad en general de los mitos contra el VIH”. (Gestora de Bucaramanga).

En el caso puntual de una EAPB en Cali, se abrió un espacio para intentar articular a las y los beneficiarios como pares, no obstante, la experiencia es evaluada por la misma funcionaria como poco exitosa en la medida en que hubo una afluencia mínima de la población clave que se intentaba convocar. Para futuras acciones de este tipo, es necesario abordar a la población desde una postura más horizontal que evite ciertos juicios que describen a la población como autoestigmatizada, esto con el fin de generar un verdadero trabajo de pares donde los conocimientos y percepciones que tiene la población sobre sí misma sean tomados como conocimientos válidos.

“(…) se hacen mesas de trabajo entre pares, no es tan fácil ni es tan sencillo porque también ellos son bastante complejos porque ellos mismos se estigmatizan, o sea, por más de que nosotros queramos abrir unos espacios, para ellos el abrir ese espacio ya es que le estamos vulnerando un derecho a su privacidad, entonces hemos tratado de llegarle la información con folletos, por nuestro modo de red abierta, que se puedan, que puedan ingresar a nuestras páginas de S.O.S y puedan identificarse, no como tal el nombre si no por colores, por los símbolos que se tienen (…)”. (EAPB, Cali)

En el caso de Bogotá y Bucaramanga, algunos actores del Proyecto como ESE, OBC y gestores, también han adelantado esfuerzos para disminuir las situaciones de estigma y discriminación tanto de la población clave como del VIH.

“Realmente ya desde la parte intramural, la subred viene trabajando en esa parte de enfoque diferencial. No solamente para poblaciones LGBTI, sino también para la parte de grupos técnicos, hace parte de la política de humanización de la subred. Entonces nuestra política que habla de respetar los derechos de la igualdad se viene trabajando como una, como una parte muy fuerte de la subred en términos de acreditación”. (ESE Subred 1)

Es importante señalar que, respecto a los estigmas que existen en torno al VIH, se han identificado experiencias de usuarios que califican como útil y positivas las actividades de promoción y prevención del Proyecto, debido a que les han ayudado tener una comprensión más amplia de la enfermedad. El efecto más relevante respecto al acceso a estos conocimientos es la reducción de mitos y miedos frente al VIH.

“(…) pues que las entidades de salud, empezando que las entidades de salud, digamos uno dio la confirmatoria (…) allá mandan un psicólogo, pero el psicólogo, la llena de terror a uno cierto, ya que si tiene VIH, sabe que puede morir de eso cierto, mientras el abordaje en FONADE es distinto, o sea, digamos cuando están los usuarios que van llegando se les hace un taller o nos hace un taller por decirlo cierto, uno participa en el taller, en el taller le dicen a uno que el VIH y SIDA son dos cosas muy diferentes (…)”. (MTRANS, Bogotá)

Otra estrategia formulada desde el Proyecto para contribuir a la eliminación de estigmas y prejuicios es la activación de comités como espacios para resolver dudas y complementar conocimientos entre diferentes actores institucionales, en ese sentido se referencian las experiencias de una funcionaria de la Secretaría de Salud de Bello y de la gestora de Barranquilla:

“(…) yo siento que, a través del comité, no sé si un logro como tal, pero para mí es el tema del aprendizaje. Uno va eliminando muchas barreas, muchos estigmas acerca del VIH. Entonces si le va cambiando a uno más el concepto y el pensamiento”. (Secretaría de Salud del municipio de Bello)

Asimismo, la articulación con el Proyecto y otras entidades que tienen conocimiento sobre el enfoque diferencial y las dinámicas particulares de la población clave, contribuye a que las instituciones de salud sean espacios en los que los beneficiarios tengan una percepción de respeto por su identidad y orientación sexual diversas.

“El temor de ellos a que los discriminen, nosotros inclusive como para no tener esas dificultades con ellos hicimos empalme inclusive con los de FONADE y la Corporación de Lucha Contra el Sida, porque ellos con una IPS que son expertos en la población trans y todo eso, entonces eso sí nos fortaleció bastante como EAPB porque teníamos el foco en esa institución y ellos sabían que la mayoría son chicas trans y es mucho más fácil trabajarlo así”. (EAPB, Cali)

A pesar de los inconvenientes iniciales, en los municipios de Pereira y Dosquebradas se han adelantado varias actividades y capacitaciones con el fin de mejorar la situación de ambos municipios respecto al estigma y la discriminación. Dichos esfuerzos provienen de diferentes actores institucionales y en algunos casos de su articulación. A continuación, se referencian algunas de las experiencias que dan cuenta de dichos aportes en Pereira y Dosquebradas.

“Bueno pues nosotros aparte de trabajar en campo, hacemos talleres con la población donde nosotros estamos en la zona de influencia, nosotros capacitamos a los líderes comunitarios, las personas que viven al rededor donde están los muchachos inyectándose y hablamos sobre el tema de estigma y discriminación”. (ESE, Pereira).

Por otra parte, y con el propósito de ampliar la oferta extramural de servicios a la población clave más allá de las acciones de prevención de VIH, en virtud de las alianzas que celebró ENTerritorio con las Empresas Sociales del Estado y la vinculación de las acciones PIC desde las Secretarías de Salud de las ciudades priorizadas, fue posible que en los años 2018 y 2019 la población clave accediera a medicina general, vacunación, odontología, salud visual, afiliación a SISBEN, vacunación a caninos y felinos, valoración nutricional, entre otros.

(iii) ¿Qué se podría mejorar? – Recomendaciones de los actores

En el marco de la implementación del Proyecto, se han tomado acciones que permiten mejorar la situación de las poblaciones clave respecto al estigma y discriminación dentro de los servicios del Proyecto y los servicios de salud; no obstante, resulta necesario reforzar algunos aspectos en los que aún se encuentran determinados vacíos relativos al tema. En consecuencia, con lo anterior se identificaron ciertas actitudes en el abordaje de la población que podrían considerarse verticales, en tanto que ignoran una articulación efectiva de conocimientos, imaginarios, prácticas sociales y hábitos que cada grupo poblacional tiene sobre sí mismo y sobre temas que se relacionan directamente tanto con su bienestar, como con la forma en que son leídas por otros grupos poblacionales exógenos al suyo y los saberes expertos de salud.

Un acercamiento idóneo y cuyos resultados sean más provechosos y efectivos para el cumplimiento de metas del Proyecto —incluida la noción de enfoque comunitario— debe propender por incluir tanto la comprensión de la población clave y sus prácticas sociales, como sus necesidades. En ese sentido, es importante reforzar el enfoque diferencial en la atención a la población clave por

parte de todos los actores institucionales como EAPB, IPS, y personal de la salud. Lo anterior contribuiría a que los diferentes profesionales de la salud brinden una atención óptima y desprovista de estigmas o prejuicios que lleguen a afectar la canalización o adherencia de los usuarios a la ruta de atención integral, quienes por temor a vivir un episodio de discriminación pueden alejarse de los servicios de salud.

Respecto a las prácticas de estigmatización que existen en torno al VIH y que fueron identificadas en algunos actores institucionales, las mesas, comités, OBC y EAPB plantean la necesidad urgente de trabajar directamente con las instituciones y su personal en aras de deconstruir dichos mitos, imaginarios y prejuicios.

“Pues una de las cosas es la capacitación a mis médicos, sí, sí, definitivamente, o sea, no solo los nuevos egresados sino también los médicos que no manejan VIH no saben de VIH nada, entonces eso es muy grave no hay suficiente educación al personal de salud, no solo los médicos sino cualquier personal de salud”. (Miembro Comité VIH)

“(…) ONUSIDA dice que uno de los factores para reducir el estigma y la discriminación es brindarle a la población información actualizada y científica sobre el VIH, porque gran parte del fundamento del estigma y la discriminación esté sobre una ignorancia fundamentada en el mayor de los casos en las vías de infección y hay gente que tiene miedo a infectarse y creen que todo puede infectar, en este orden de ideas y si uno lo entiende así, que entregar información y generar espacios de discusión sobre el tema de VIH para brindar eso de información científica y actualizada (…), pero el Proyecto y la pregunta directamente no tiene actividades propias como para reducir el estigma y la discriminación, debería tener unas actividades específicas, pero las estamos logrando es con, y a través de, la prueba, de la entrega de paquetes de información pero debería tener actividades específicas para el trabajo de estigma y discriminación e igual sigue siendo una barrera”. (OBC contratada, Bogotá)

“Sí considero que ha disminuido y ha sido un buen trabajo, considero que hacen falta más actividades de apropiación conceptual y sobre todo los profesionales de salud porque todavía hay conceptos muy ambiguos, a veces las personas no tienen en cuenta como se identifica cada persona y eso todavía sigue representando un problema y no como antes, pero considero que todavía se vive la experiencia en algunas instituciones”. (EAPB, Bogotá)

Una inconformidad similar surgió en el discurso de los beneficiarios del Proyecto de la ciudad de Cali, para ellos es importante trabajar en disminuir los prejuicios e imaginarios más comunes sobre el VIH. Además de encontrarlo necesario para reducir las situaciones de estigma y discriminación a las que se ven expuestos cuando alguien externo conoce su diagnóstico, tener un conocimiento informado sobre la enfermedad es clave para los procesos individuales de cuidado físico y emocional de las personas que viven con VIH.

“(…) este tipo de actividades podrían ser encaminadas a trabajarlas como una campaña que busque eliminar estigmatismos y transformar imaginarios, porque a veces todavía existe en la sociedad el imaginario y colectivo, generalmente aceptado cuando una persona vive con VIH, se va a morir al día siguiente o sigue representando, es un cuerpo peligroso, entonces cuando te hacen actividades, por ejemplo, que tienen que ver con la lúdica, con el arte, con el empoderamiento de las personas con toda la expresión y el compartir unas capacidades que las personas que viven con VIH”. (Centro LGBTI, Cali).

Por parte de estos actores también surge la iniciativa de sacar el conocimiento de los círculos cerrados como aulas y facultades para ponerlo al alcance de la población común, a través de foros en parques públicos donde resulte más fácil para cualquier persona acceder a dicho conocimiento.

“Vamos a hacer algo que se llama círculos de conocimiento y vamos a sacar el tema del conocimiento de los claustros, de los lugares por donde normalmente se habla de conocimiento y vamos a llevarlo a la calle, entonces vamos a hacer como unos foros en parques públicos de la comuna y la temática es VIH-Sida”. (Miembro de Mesa Diversa, Medellín).

Es importante señalar que una petición transversal en el discurso de diferentes actores institucionales es la inclusión de las mujeres y otros grupos poblacionales dentro del espectro de beneficiarios que abarca el Proyecto, esto debido a que el focalizar las acciones del Proyecto en dos poblaciones históricamente discriminadas, marginalizadas y asociadas con la enfermedad, refuerza los estigmas que existen sobre la misma, y a que ningún grupo es inmune a la enfermedad. La relación permanente entre el VIH y unos grupos poblacionales específicos refuerza una serie de estigmas que existen sobre esta población. Según la experiencia de un miembro del comité VIH, es necesario incluir otras poblaciones para disminuir dicha percepción:

“Digamos esa es una de las desventajas que se podría identificar, sí a mí me parece que es la más grande, porque discrimina de alguna manera, pues o sea, uno sabe que es una donación, pero eso ya eso es todo mundo ya eso es lo mismo que yo les he dicho cuando hagan pruebas de VIH, bueno pues las pruebas, tamizajes en ciertas instituciones hay muchos que pueden ser homosexuales, pero no quieren identificarse, con eso hay que respetar todo eso y si solamente está gente trans, ahí en esos stand eso es incómodo, entonces yo pienso que eso es tan natural para todo el mundo, pero debe ser muy neutral todo esto y abierto para todos”. (Miembro Comité VIH, Medellín).

Por otro lado, el focalizar la atención de la población clave exclusivamente en la detección del VIH descuida otras dimensiones y necesidades de los sujetos, entre ellas la atención en salud mental que resulta fundamental teniendo en cuenta que se trata de un grupo históricamente discriminado y marginado. En ese sentido la asesoría pre y post se convierten en un proceso clave para contribuir al bienestar psicológico de las y los beneficiarios que participan de las pruebas de tamizaje. Es importante resaltar que la percepción de instrumentalización expresada por las mujeres trans puede verse mitigada a partir de un acompañamiento pre y post que contemple componentes emocionales y diferenciales de acuerdo con las realidades de dichas poblaciones. Así pues, el acompañamiento a los beneficiarios después de recibir un resultado reactivo en el tamizaje es clave para contribuir a su bienestar emocional y psicológico, la ausencia de dicho proceso muchas veces puede implicar la falta de adherencia al tratamiento. El testimonio a continuación da cuenta de la necesidad de contemplar la salud mental como un aspecto a abordar desde el Proyecto:

“(…) porque solamente es entrar en la salud, en la estructura mental de la persona y fortalecer eso; si empezamos a fortalecer esas características, ellos también van a tener más consciencia de que necesitan cuidarse y de que si no se cuidan, por los efectos de su relación sí van a estar en mayor riesgo (…)”. (Secretaría de Salud del municipio de Itagüí)

Ahora bien, a partir de las experiencias de discriminación que vive la población clave dentro de los sistemas de salud, los beneficiarios señalan la necesidad del acompañamiento de las OBC o de líderes pares en el proceso de canalización. Para las mujeres trans resulta particularmente importante

contar con el apoyo y la asesoría de una líder par que entienda y conozca sus necesidades. Asimismo, dicho acompañamiento representa un apoyo frente a posibles situaciones de discriminación.

En el discurso de varios actores y particularmente de las beneficiarias del Proyecto, aparece de manera recurrente el guardia de seguridad de las instituciones de salud como una figura que es poco respetuosa de las identidades de las mujeres trans. En varias ocasiones es señalado como el primer actor en estigmatizar a esta población una vez intenta ingresar a los servicios de salud. En tanto que se establece como una queja recurrente y no como un caso aislado, es necesario reforzar en ellos el conocimiento y ejercicio del enfoque diferencial.

“(…) el Hospital Universitario del Valle y se llama fundación no sé qué, fundación de vida, fundación vida, que es una del VIH, y entonces un día yo llegué y le pregunté al guardia y de una me dijo “Ah sí. Allá son los de eso” De una, así, “allá son los de VIH” y yo no sabía cómo preguntarle, había mucha gente, había mucha fila y llegó de una así y yo como que porque no es por mí. No es por uno que lo tenga, es por la gente, educar a la gente es muy complicado”. (HSH Beneficiario, Cali)

“(…) también digamos que ayudándonos en los procesos de salud no siempre son los idóneos para nosotras entonces llegamos a la EPS, por ejemplo, no sé, para hacer el tratamiento y en el EPS la primera barrera es el celador que está ahí, que se burla de mí cuando llego; luego entro, la señorita que está ahí en los cubículos para darnos la cita, también lo llama a uno señor delante de todo el mundo (…)”. (MTRANS, Bogotá)

Sobre los prejuicios y estigmas que persisten en torno el VIH y la consecuente reserva que tienen las personas que conviven con el virus sobre su estado serológico, surge la recomendación de no crear espacios de atención exclusiva para esta patología dentro de las instituciones de salud.

“Lo que sí, eso nunca va a cambiar y a mí no me gusta, es que si tú vas a un lugar de donde la enfermedad de VIH SIDA pues como que todo el mundo sabe qué vas a hacer en ese sitio. Entonces lo tienes porque vas exactamente a ese punto, lo único que no me gusta de los hospitales o de las cosas (…) entonces todo quedó en que van allá y ya saben que ese que tiene esta enfermedad”. (HSH Beneficiario, Cali)

En el caso particular de Pereira, surge la recomendación de hacer mayor difusión de las actividades del programa e implementar estrategias para contribuir a que las personas que no son parte de la población sean más receptivas con las actividades del Proyecto.

“Yo creo que el hecho de que la sociedad vea a los inyectores como habitantes de la calle lo relacionan con la inseguridad. La gente se puede sentir vulnerable a ser agredido de alguna manera entonces hace mucha falta, de forma permanente en el desarrollo de estos programas, que se anuncie qué se va a hacer, que se siente siempre a la policía a las autoridades civiles, a los líderes comunales para que sepan que este proceso se va a dar y hay que contarle hay que visibilizar el tema el área metropolitana de Risaralda”. (Entes de Control, Defensoría del Pueblo)

El tercer objetivo de la presente evaluación consiste en *“evaluar el efecto de la implementación del Sistema de Información de Actividades Colectivas y Comunitarias en Salud Sexual y Reproductiva*

SISCO-SSR”. El efecto de la implementación que se quiere evaluar es la utilidad de disponer de un sistema de información como *SISCO-SSR* su alcance, su capacidad de vinculación con otras fuentes de información y su potencial para contribuir en el registro, reporte y análisis de información. La evaluación del Sistema se realizó a partir de los siguientes procedimientos:

- Revisión documental del plan de monitoreo y evaluación, los instructivos y manuales de usuario, la normatividad en salud, la ficha de caracterización del sistema y las presentaciones realizadas por ENTerritorio sobre el *SISCO-SSR*. Esto permitió describir las características del software, la evolución del sistema DIME al sistema *SISCO-SSR*, la integración del *SISCO-SSR* al *SISPRO*, y establecer cómo se relaciona el sistema de información con algunas políticas, planes y normatividad que podrían estar relacionados con el sistema.
- Análisis de las percepciones y opiniones de los actores claves relacionados con el proceso de monitoreo, evaluación y manejo del sistema de información *SISCO-SSR*. Esta información se recopiló a través de entrevistas presenciales realizadas en las ciudades priorizadas y las reuniones virtuales, que se realizaron con las monitoras de ENTerritorio de Medellín, Bogotá, Cali y Pereira.
- Elaboración de una matriz DOFA, para identificar las principales debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas del *SISCO-SSR*. Para la construcción de esta matriz se utilizó como insumo la caracterización y el análisis de los procedimientos anteriores.



5

Evaluación del sistema de
información SISCO-SSR

5.1 Características del sistema y evolución de DIME a SISCO-SSR

El sistema de información DIME *“Desarrollo Informático de Monitoreo y Evaluación”* fue programado desde abril de 2011 en el marco del Proyecto: *“Construcción de capacidad comunitaria e institucional para la oferta de servicios preventivos y de salud y la reducción de la morbi-mortalidad y vulnerabilidad asociada al VIH/Sida en grupos clave afectados”*, aprobado en Novena Ronda para el componente de VIH por el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (FONADE, 2018).

Este sistema tuvo como objetivo principal facilitar el monitoreo y evaluación de la implementación y desempeño del Proyecto, mediante el seguimiento y verificación del cumplimiento de actividades, logros y metas

En el 2017, el Proyecto *“Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH-Sida y el Modelo Integrado de Atención en Salud en departamentos y ciudades priorizadas (Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Pereira, Cartagena)”* adoptó el sistema DIME para el monitoreo y evaluación de sus actividades. Para ello, progresivamente se fueron incluyendo modificaciones, de acuerdo con las necesidades del país y a los requerimientos en el marco de la formulación del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021.

Esa así, como en 2018, posterior a esta evaluación recibe el nombre de SISCO-SSR *“Sistema de información de actividades comunitarias y colectivas en salud sexual y reproductiva”, en la medida en que su objetivo se amplía al monitoreo y evaluación del desarrollo de actividades de promoción, prevención, tamizaje y canalización a servicios de salud y protección social, desde el prestador primario comunitario, definido en las rutas integrales de salud (RIA), facilitando la organización, procesamiento, consolidación y análisis con otras fuentes de información disponible en el nivel Local y Nacional”* (FONADE, 2018).

Esta articulación se plantea a partir de la integración de la fuente en SISPRO, proceso en el que actualmente se encuentra. Los cambios que ha tenido el sistema, desde su adopción pueden verse en la Tabla 26.

Tabla 26. Evolución del sistema DIME al SISCO-SSR

| Ítem | DIME | SISCO-SSR |
|----------------------|---|--|
| Objetivo: | Orientado al monitoreo y evaluación de actividades del Proyecto. | Dirigido al registro de las acciones de diferentes actores y organizaciones comunitarias para el monitoreo de actividades de promoción y prevención desde el prestador primario comunitario. |
| Software y hardware: | El sistema fue diseñado en un entorno web (internet) para la captura y administración de la información, alojado en el servidor del Global Communities, contaba con tres sitios web desarrollados instalados en un computador tipo servidor con sistema operativo Microsoft Windows Server 2012 R2, Servidor HTTP - Internet Information, Services 7.5 y Base de datos Microsoft SQL Server 2008 R2, para el desarrollo se emplearon herramientas de programación Visual Studio 2013, lenguaje C#, Net framework 4.5, Telerik, TMS Flexcel y Web Gui. | Adapta a la estructura y funcionalidad de DIME, comparten las mismas herramientas para su desarrollo. |
| Estructura | | |

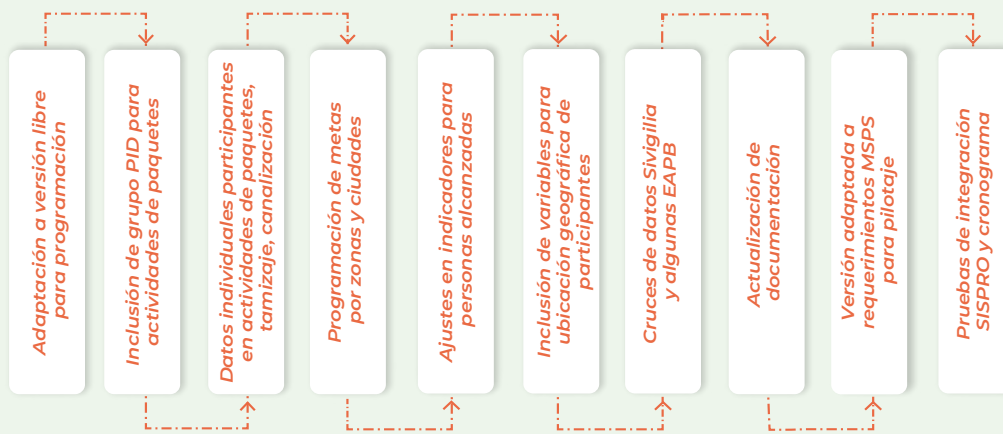
| Ítem | DIME | SISCO-SSR |
|---|---|---|
| Objetivo 1 | <p>Actividades de promoción y prevención: contenía opciones de actividades de líder y actividades funcionales.</p> | <p>Actividades de promoción y prevención: este ítem continuó actualmente en el sistema. Sin embargo, sus opciones fueron cambiadas a las siguiente: actividades de distribución de paquetes y caracterización PID, incluyendo el reporte individual de usuarios y tipos de actividades desarrolladas.</p> |
| | <p>Líderes pares: contenía las opciones para caracterización de líderes, capacitación de líderes, kit de líder, incentivos de líder, veedurías de líder, distribución de productos de líder y lideresas.</p> | <p>Estas opciones se ocultaron debido a que correspondían a módulos específicos del Proyecto de Ronda 9, y no se requerían en respuesta a los indicadores definidos en el plan nacional de VIH.</p> |
| | <p>Servicios comunitarios tipo A: contenía la opción de fortalecimiento de SCA.</p> | |
| | <p>Estrategias de movilización social: contenía opciones para caracterización participantes de ONG y redes, capacitaciones participantes de ONG y redes, evento campañas locales y encuentro de ciudadanía.</p> | |
| | <p>Proyectos productivos: contenía las opciones de caracterización beneficiarios</p> | |
| | <p>Proyectos productivos: capacitación beneficiarios.</p> | |
| <p>Proyectos productivos, replica de formación, plan de sostenibilidad, seguimiento.</p> | | |
| <p>Proyectos productivos y participantes en Proyectos activos e inactivos.</p> | | |
| <p>Sistemas de información y vigilancia: contenía las opciones de caracterización funcionarios DTS y capacitación funcionarios DTS.</p> | | |

| Ítem | DIME | SISCO-SSR |
|------------|--|---|
| Objetivo 2 | Asesoría y prueba voluntaria: contenía las opciones de asesoría preprueba, asesoría post prueba y pruebas rápidas. | Asesoría y prueba voluntaria: este ítem continuó actualmente en el sistema. Sin embargo, sus opciones fueron cambiadas a las siguientes: asesoría y pruebas de tamizaje y canalización. |
| | Indicadores: contenía indicadores que medían una característica específica en forma cuantitativa o cualitativa, para así respaldar acciones, tomar acciones y generar cambios significativos. | Indicadores: Este ítem continuó actualmente en el sistema. Sin embargo, los indicadores se priorizaron para dar a la ruta integral de atención en VIH. |
| | Documentos escaneados: permitía subir los formularios escaneados como soporte de los registros ingresados al sistema. | Documentos escaneados: este ítem continúa actualmente en el sistema, permite subir los formularios escaneados de los usuarios participantes, facilitando la validación de los datos en procesos de monitoreo. |
| | Actividades de capacitación: contenía opciones de caracterización personal de salud, caracterización representantes comités de VIH, caracterización de representantes MCD, capacitación personal de salud, capacitación representantes comités de VIH, capacitación de representantes MCD, caracterización funcionarios entidades ejecutoras y capacitación funcionarios entidades ejecutoras. | Estas opciones se inactivaron, debido a que no se requieren para el seguimiento a indicadores del plan nacional de respuesta en VIH, adicionalmente, las clasificaciones servicio comunitario Tipo A y Tipo B, corresponden a definiciones propias del Proyecto de Ronda 9 y no se incluyen en lineamientos nacionales sobre la implementación de acciones de promoción y prevención. |
| | Servicios comunitarios tipo B: contenía la opción fortalecimiento SCB. | |
| | Calidad de servicios: contenía opciones de encuestas de calidad de los servicios de salud, encuestas de satisfacción de usuarios y veedurías. | |
| | Distribución de productos a organizaciones: contenía la opción de distribución de productos de organizaciones. | |

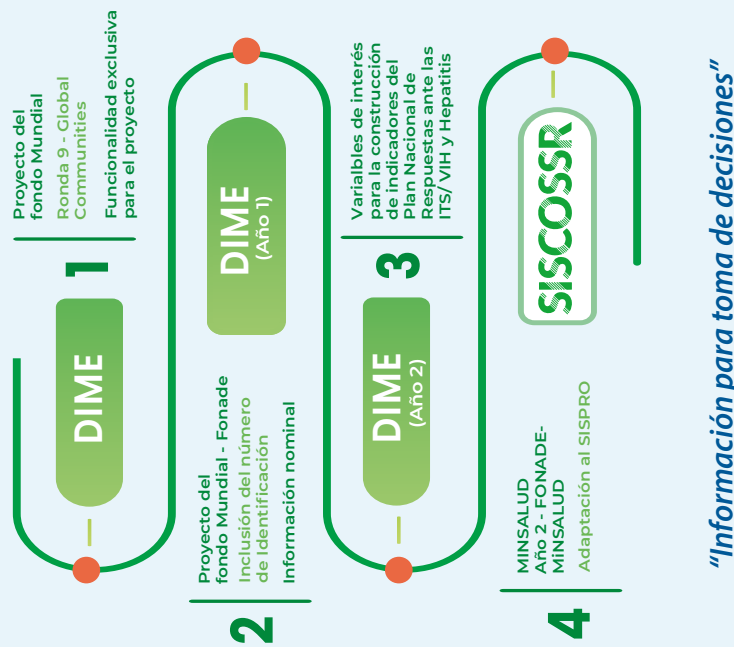
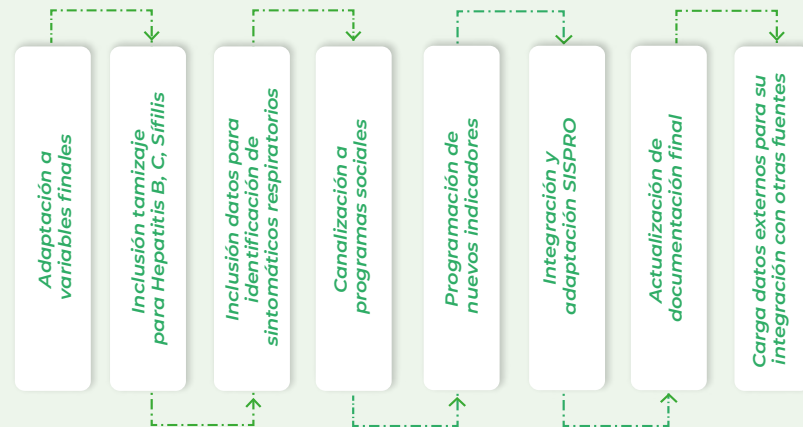
| Ítem | DIME | SISCO-SSR |
|----------------------|--|--|
| Perfiles del sistema | Para el sistema DIME existían los siguientes perfiles: administrador, digitador y aprobador. | Estos perfiles se mantienen. |
| | EE. finanzas, laboratorio, Global Communities, financiera. | Con el cambio del Sistema DIME a SISCO-SSR, se ocultaron y descartaron usuarios pertenecientes a formularios, que al ser evaluados en función al objetivo del SISCO-SSR, no aplicaban para la operación. |
| Usuarios del sistema | Con uso exclusivo de Entidades que operaban el Proyecto Ronda 9. | El sistema es operado por las Empresas Sociales del Estado (ESE) quienes ejecutan el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en las ciudades, Entidades Territoriales, Organizaciones de base comunitaria OBC y profesionales encargados del monitoreo de indicadores del acuerdo de subvención. |

Fuente: DIME - Manual de usuarios FONADE (2017)

Versión 2017



Versión 2018



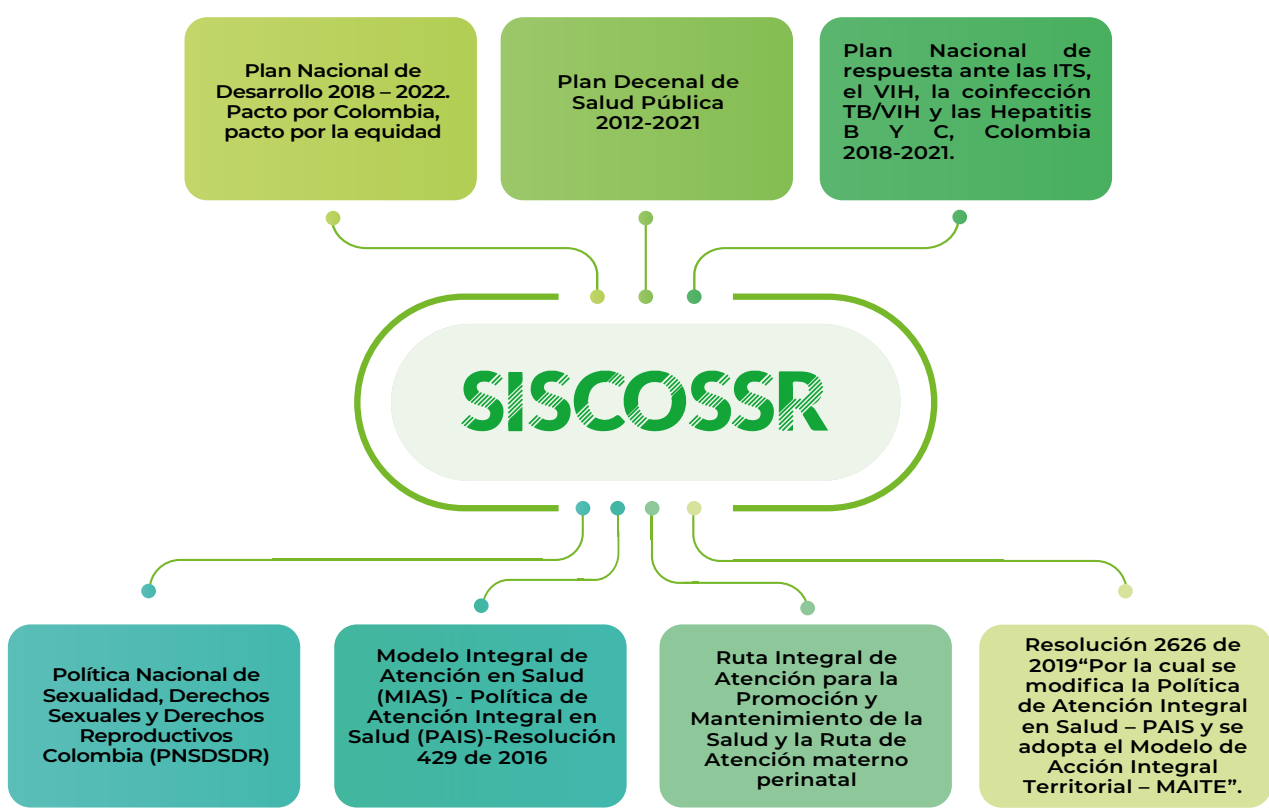
“Información para toma de decisiones”

Fuente: FONADE. Presentación: acuerdo COL H-FONADE 1062 FONADE – FONDO MUNDIAL-DIME; Fondo Mundial, FONADE, MCP. Presentación SISCO-SSR sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva. 2019.

5.2 Relación de SISCO-SSR con las políticas nacionales y normas en salud

A continuación, se describirán la relación del sistema de información SISCO- SSR con las políticas y normas asociadas a la ejecución del modelo comunitario y a las intervenciones de VIH en Colombia (ver ilustración 8).

Ilustración 8. Relación de SISCO-SSR con las políticas nacionales y normas en salud



Fuente: elaboración propia

Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022. Pacto por Colombia, pacto por la equidad

El marco para la realización del seguimiento y evaluación del PND (Gobierno de Colombia Departamento Nacional de Planeación, 2019), lo constituye el Sistema Nacional de Evaluación de Gestión y Resultados (Sinergia), a través de la cual se analiza periódicamente el avance de metas y se estudian los elementos de la cadena de valor de las intervenciones con el fin de tener evidencias para el rediseño y ajuste de políticas.

Los indicadores y las metas propuestas del PND 2018-2022, se presentan de acuerdo con los pactos y líneas que lo conforman. Las metas propuestas para la línea B. *Salud para todos con calidad y eficiencia, sostenible por todos*, en relación con VIH se muestran en la Tabla 27.

Tabla 27. Indicadores y metas propuestas por el PND 2018-2022, en VIH.

| Sector | Indicador | Línea base | Meta del cuatrenio | ODS asociado (principal) | ODS asociado (secundario) |
|---------------------------|---|--------------|--------------------|--------------------------|---------------------------|
| Salud y protección social | Porcentaje de personas con diagnóstico temprano de VIH (CD4 mayor de 500) | 22,8% (2017) | 28,0% | 3 | 10 |

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo 2018 – 2022. Pacto por Colombia, pacto por la equidad

Con respecto a esta meta, el SISCO-SSR aporta en el registro de las dificultades (barreras del usuario e institucionales) por las cuales las personas con prueba de tamizaje reactiva pudieran llegar a tener dilación en obtener la confirmación su diagnóstico (Tabla 28).

Tabla 28. Variables de SISCO-SSR que aportan al indicador del PND 2018-2022

| FORM 3. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Primer contacto con el usuario | |
| 3.2. Dificultad para ubicar al usuario | |
| 3.9. Dificultad para el acceso al servicio de salud | |
| 3.9.1. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud | |
| 3.11. Accedió a servicios de salud | |

Fuente: SISCO-SSR

De igual manera, pueden registrarse las actividades de gestión y el seguimiento de estas, con el fin de identificar si las barreras persisten o se superaron, para lograr un diagnóstico de rápido y oportuno.

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

El Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a) instauró un sistema de monitoreo y evaluación de objetivos y metas, de cada una de las dimensiones que lo conforman. Las fuentes de información descritas son: observatorios (ONVIH Observatorio Nacional para la Gestión Programática de ITS VIH/Sida), sistemas de información, registros, sala situacional y otras fuentes de información de otros sectores.

Una de las características del sistema de monitoreo y evaluación es la “*integración de fuentes de información con estadísticas relevantes para la medición de indicadores del Plan Decenal de Salud Pública*” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013a).

Los indicadores establecidos por el MSPS para el monitoreo y evaluación de las metas se registran por las dimensiones del PDSP. En la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos, el indicador relacionado con VIH es prevalencia de VIH/Sida (Tabla 29).

Tabla 29. Indicador relacionado con VIH de la Dimensión de Sexualidad, Derechos Sexuales y Reproductivos de PDSP.

| Meta | Indicador | Nivel de desagregación | Periodicidad |
|---|--|--|--------------|
| Meta 19. A 2021, se ha logrado mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años. | Indicador de resultado 4. Prevalencia de VIH/SIDA | Grupos de edad, sexo, área de residencia, tipo de cobertura en salud | Anual |

Fuente: Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

El sistema de información SISCO-SSR aporta en alimentar el indicador directamente desde los formatos para el registro de tamizaje y canalización a servicios de salud y protección social. De manera indirecta, puede tener la posibilidad de registrar acciones extramurales ejecutadas por diferentes organizaciones o instituciones, en función a la prevención de la enfermedad (como serían la entrega de condones y kits de inyección segura para el caso del Proyecto). La Tabla 30 presenta los formatos y las variables que se asocian con lo mencionado anteriormente.

Tabla 30. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

| |
|--|
| Formato 2. Registro individual en el prestador comunitario, asesorías, pruebas de tamizaje y entrega de resultados. |
| Variable 2.1.1 prueba: VIH |
| Resultado Reactivo. |
| Formato 3. Canalización a servicios de salud y protección social |
| Variable: 4.5 diagnóstico confirmatorio |
| 4.5.1. VIH |
| 4.5.2 Fecha de diagnóstico de VIH |
| 4.5.3 Resultado + VIH |
| 4.6. En programa VIH |
| 5.2. Requiere TAR |
| 5.2.1. Fecha de inicio de TAR |

Fuente: SISCO-SSR

Se registran también otras variables relacionadas con la identificación, localización y características sociodemográficas, que permitirían la realización de análisis estratificados por las categorías correspondientes y consolidarse como un insumo para los análisis del resultado del indicador propuesto en el PDSP.

Adicionalmente, en esta misma dimensión hay otros indicadores relacionados con VIH como: cobertura de tratamiento antirretroviral y porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad. Los cuales, a pesar de estar relacionadas con acciones del Proyecto, en el primer caso se registran en sistemas para el reporte de atenciones individuales en salud, sin embargo, el SISCO-SSR provee datos desde el proceso de canalización a estos servicios, en el segundo caso, la fuente de información corresponde a los estudios de seroprevalencia, para los cuales se tiene, como parte de los insumos, información generada con el SISCO- SSR, pero es un indicador cuya estimación requiere de metodologías específicas.

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

El SISCO-SSR se articula con *el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021*, por medio del eje de Gestión en salud pública, a través de la línea operativa Monitoreo, evaluación y gestión del conocimiento.

Esta busca “contar con información que permita retroalimentar las acciones gubernamentales, a través de un mejor entendimiento de la evolución de las situaciones y sus dificultades específicas, con la orientación de programas, planes y Proyectos” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). La Tabla 31 presenta los objetivos, resultados, metas, indicadores y actividades, que se relacionan con los objetivos del sistema de información propuesto por parte del Proyecto.

El Plan de monitoreo y evaluación propuesto tiene como propósitos: realizar el monitoreo y evaluación del cumplimiento de los objetivos y metas de cada eje; monitorear la gestión de la respuesta en las diferentes entidades territoriales y con los actores de la respuesta; y proporcionar información y evidencia de los cambios frente a la respuesta nacional, su impacto y su sostenibilidad.

Dentro de los actores que hacen parte de la implementación del plan, se reconoce la importancia de la participación de las Organizaciones de la Sociedad Civil y poblaciones mayormente afectadas, los agentes del SGSSS y acciones intersectoriales de los territorios, entidades comprometidas en la gestión individual del riesgo e instituciones asociadas con la enfermedad y la discapacidad.

Para este Plan, el DIME (actualmente SISCO-SSR) se referencia como una fuente de información del sistema de monitoreo y evaluación para las actividades comunitarias. De igual manera, se expresa pretensión de que durante la ejecución del Plan se incluya el registro de actividades de las Organizaciones de Base Comunitaria y los servicios comunitarios de atención, como se registra en DIME.

Tabla 31. Objetivos del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021, asociados con SISCO-SSR

| Objetivos | Resultados | Meta | Indicadores | Actividad |
|--|--|--|--|---|
| O10. Generar, consolidar y disponer de información relacionada con la situación de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en el país, para identificar brechas, formular estrategias, hacer modelamientos y estimaciones, seguimiento y evaluación de la respuesta Nacional que den cuenta del avance en la misma. | R25 El país dispone de datos e información suficiente, oportuna y de calidad a nivel nacional y territorial sobre logros y dificultades de la respuesta nacional en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. | MR25 Los responsables de la gestión de la información generan reportes periódicos sobre el comportamiento epidemiológico de los eventos objeto del plan y de los avances en la respuesta nacional, que permitan la toma de decisiones oportunas de acuerdo con la normatividad técnica vigente | Generación periódica de reportes de acuerdo con la normatividad técnica vigente. | 43. El MSPS y las DTS emiten y difunden, con una periodicidad anual, el análisis de la situación epidemiológica de las ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en su jurisdicción, incluyendo la información de poblaciones claves. |
| O11. Generar evidencia local y nacional que dé cuenta de la dinámica de las epidemias de ITS, VIH, hepatitis B y C y de la efectividad de las respuestas instauradas | R27 El país cuenta con información integrada a los sistemas rutinarios del SGSSS de las acciones de protección específica y detección temprana realizadas desde la comunidad en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C. | RM 27 El país elabora y difunde cada año el informe anual de las acciones realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR en ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C | IR27 Informe anual de acciones en el marco de la RIAS ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR | 45. El MSPS desarrolla e integra al sistema nacional de información las herramientas necesarias para el registro, consolidación y análisis de las acciones de protección específica y protección temprana realizadas por las organizaciones de la sociedad civil que se desempeñan como servicios comunitarios de atención en SSR. 47. El MSPS realiza estudios de poblaciones de prevalencia del VIH y comportamiento sexual en poblaciones claves. |

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

Se recomienda entonces “apropiar el cambio de lógica en el sentido del rol que cumple la comunidad en la prestación de acciones” con el fin de poder analizar esa información (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018a). De acuerdo con la clasificación del Sistema de Seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social (Ministerio de Salud y

Protección Social, 2013a), los indicadores relacionados a VIH, para los cuales se referencia DIME como fuente de información se muestran en la Tabla 32.

Tabla 32. Indicadores del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021, con fuente de información correspondiente a DIME

| Identificación del indicador | Tipo | Definición | Desagregación | Fuente |
|------------------------------|---------|--|---------------------|---|
| IR3 | Gestión | Proporción de incremento en el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH. | Departamento y sexo | Registros de prestación individual de servicios. DIME-Registro/Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR. |
| IR 20 | Gestión | Porcentaje de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social. | OBC | DIME-Registro/Sistemas de reporte de servicios comunitarios de atención en SSR. |
| IR 27 | Gestión | El informe anual de acciones de protección específica y detección temprana realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR. | Nacional | Sistema de M&E de la RIAS de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C, registro de servicios comunitarios de atención en SSR |

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

Los indicadores mencionados anteriormente pueden estar alimentados por las siguientes variables:

Indicador IR3: Proporción de incremento en el número de personas de 15 a 49 años que son tamizadas para VIH.

Tabla 33. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR3

| FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL EN EL PRESTADOR COMUNITARIO, ASESORÍAS, PRUEBAS DE TAMIZAJE Y ENTREGA DE RESULTADOS |
|---|
| • Datos de quién firma el consentimiento informado |
| • Tipo de documento |
| • Número de identificación |
| 2.7. Edad en años cumplidos |
| 2.11 b. Fecha prueba rápida |
| 2.11.1 prueba (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C) |
| Resultado (Reactivo, No reactivo) |

Fuente: SISCO-SSR

Otras variables de caracterización de la población y de aspectos que motivan a la población a demandar el tamizaje que resultarían útiles para el análisis y planeación, o reorientación de las intervenciones o estrategias que se lleven a cabo, para detección temprana, son:

2.12 ¿Qué (quién) lo motivó a realizarse la prueba?

- Asistió a una jornada educativa
- Líder de la sociedad civil
- Servicio de salud IPS
- Motivación propia
- Amigo/a
- Otro. ¿Cuál?

Indicador IR 20: Porcentaje de personas vulnerables o que viven con VIH o con coinfección TB/VIH que cumplen criterios y son canalizadas a los programas de apoyo social.

Tabla 34. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR20

| FORM 3. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |
|---|
| 4. Segundo contacto con el usuario - seguimiento a canalización de servicios de salud |
| 4.5.3. Resultado VIH |
| 6. Seguimiento a canalización - servicios de protección social |
| 6.1. Fecha de seguimiento |
| 6.2. Accedió a servicios sociales |
| 6.3. Dificultad para el acceso a servicios de protección social |
| 6.4. Fecha de la gestión |
| 6.4.1. Gestión realizada |

Fuente: SISCO-SSR

Indicador IR 27: El informe anual de acciones de protección específica y detección temprana realizadas por los servicios comunitarios de atención en SSR.

Tabla 35. Formatos y variables de SISCO-SSR que aportan al indicador IR27

| FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN |
|--|
| 1.2. Tipo de actividad |
| 1.3. Fecha de la actividad |
| 2. Temas y descripción de la actividad |
| 3.1. Número de paquetes (incluyen: condones) |

| |
|---|
| 3.2. Total de participantes |
| 3.3. Personas direccionadas a servicios sociales o de salud |

Fuente: SISCO-SSR

La implementación del SISCO-SSR a nivel nacional aportará al alcance de las metas, y el análisis de indicadores, relacionados a la detección temprana y acciones de promoción y prevención, en la medida en que permitirá el registro de acciones extramurales del plan de intervenciones colectivas.

Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia (PNSDSDR)

Los procesos de monitoreo y evaluación descritos en esta política (Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, OIM, & UNFPA, 2014) tienen el propósito de medir el impacto de esta y mantener o reorientar acciones, de acuerdo con la información recolectada. Se busca que sean desarrollados a través de *“procedimientos sectoriales e institucionales de gestión y control, así como de la proyección comunitaria y del papel de veeduría que juega la sociedad civil, ya sea de manera individual o a través de organizaciones y asociaciones de usuarios con base en la aplicación de los diferentes instrumentos y normatividades de participación social”* (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2014).

Tabla 36. Indicadores del PNSDSDR asociados a registros de SISCO-SSR

| Línea Operativa del PDSP | Objetivo | Meta | Indicador |
|---|--|--|---|
| Promoción de la salud, a través de la promoción de los derechos sexuales y los derechos reproductivos | 8.2.1.4 Fortalecer en los espacios de atención de salud el desarrollo de formas de relación igualitaria entre hombres y mujeres mediante la formulación de acciones orientadas a la construcción de una convivencia social libre de discriminación justificada en las diversas formas de vivencia de la sexualidad, la orientación sexual o el género. | A 2021, se habrá eliminado en los servicios de salud, la discriminación fundada en la forma como las personas viven la sexualidad o la reproducción. | Porcentaje de quejas, reclamos o sugerencias por el desarrollo de prácticas discriminatorias en los servicios de salud. |

Fuente: Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos Colombia

De acuerdo con lo anterior, el SISCO-SSR aporta con el registro de las actividades de gestión para la superación de barreras de acceso a los servicios de salud y protección social, también puede

contribuir en el análisis de situaciones discriminatorias reportadas por los usuarios en el proceso de acceso a los servicios de salud. En la Tabla 37, se exponen las variables relacionadas con dichas actividades y procesos:

Tabla 37. Formatos y variables de SISCO-SSR que aporta al indicador PNSDSDR

| FORM 3. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL | |
|---|--|
| 3.9. Dificultad para el acceso al servicio de salud (Opción otra. ¿Cuál?) | |
| 3.9.1. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud | |

Fuente: SISCO-SSR

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) - Política de Atención Integral en Salud (PAIS), Resolución 429 de 2016.

Dentro de la Resolución 429 de 2016 “por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud” se establece, en cuanto a los *requerimientos y procesos del sistema de información*, necesarios para la operación del MIAS, ajustar el SISPRO con el fin de integrar los componentes del modelo. Se espera generar datos centrados en el ciudadano, la familia y la comunidad, los cuales deben estar disponibles para planificadores, gerentes en salud, directores y administradores, profesionales, pacientes y ciudadanos, entre otros, respetando la reserva de datos (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Por lo anterior, y teniendo en cuenta la ausencia de fuentes específicas para el reporte de actividades colectivas en el país, la información generada por los actores que operan los planes locales en salud pública, se convierte en un componente importante y necesario en el proceso de fortalecimiento de las fuentes nacionales para la toma de decisiones, por lo cual, Se considera pertinente la integración del SISCO-SSR al SISPRO.

Lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención, Resolución 3280 de 2018

La Resolución 3280 de 2018 estableció los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y estableció las directrices para su operación (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018b), dentro de los lineamientos técnico y operativo incluye el capítulo de monitoreo y evaluación, con el objetivo de medir los resultados a nivel personal, familiar y de comunidades, para que sea un apoyo en la toma de decisiones que mejoren el proceso de atención integral en salud, a partir de datos fuentes de información consolidadas en SISPRO.

El SISCO-SSR aporta para el análisis o ampliación de la información relacionada a los indicadores que muestra la Tabla 38.

Tabla 38. Indicadores de la RIAS asociados a VIH y a la información recolectada por SISCO-SSR

| Tipo de indicador | Resultado esperado | Nombre del indicador | Variables asociadas |
|------------------------|---|---|--|
| Indicador de resultado | Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud. | Organizaciones de base comunitaria, redes comunitarias, comunidades u otras formas organizativas en salud, que implementan iniciativas comunitarias para la promoción de la salud y gestión integral del riesgo en salud. | FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Registro de usuarios con reporte de actividades de promoción y prevención en el SISCO-SSR. |
| Indicador de proceso | Personas, familias y comunidades empoderadas para la exigibilidad y ejercicio del derecho a la vida y la salud. | Personas informadas sobre los derechos para la atención integral en salud, mecanismos de participación y existencia de redes o servicios sociales. | FORM 1A. CONSOLIDADO REGISTRO DE ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN. Número de participantes en actividades educativas. <ul style="list-style-type: none"> • Temas y descripción de la actividad |
| | Personas con detección temprana de alteraciones y riesgos en salud. | Proporción de personas con resultado reactivo en prueba de tamización para VIH. | FORM 2. REGISTRO INDIVIDUAL EN EL PRESTADOR COMUNITARIO, ASESORÍAS, PRUEBAS DE TAMIZAJE Y ENTREGA DE RESULTADOS 2.Datos de quién firma el consentimiento informado 2.1 Tipo de documento 2.2 Número de identificación 2.4. Población clave 2.7. Edad en años cumplidos 2.11 b. Fecha prueba rápida 2.11.1 prueba (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C) reactivo)Resultado (reactivo, no |
| | | Personas con identificación de riesgos canalizadas a servicios sociales o sanitarios desde el PIC. | FORM 3. CANALIZACIÓN A SERVICIOS DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL |

Fuente: Resolución 3280 de 2018 y formatos de recolección de información del SISCO-SSR

Registro de actividades de protección específica, detección temprana y aplicación de las Guías de Atención Integral, Resolución 4505 de 2012

La Resolución 4505 de 2012 *“establece el reporte relacionado con el registro de las actividades de Protección Específica, Detección Temprana y la aplicación de las Guías de Atención Integral para las enfermedades de interés en salud pública de obligatorio cumplimiento”* (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012). Las disposiciones de esta resolución son de obligatorio cumplimiento para las IPS, EAPB y Direcciones Departamentales, distritales y municipales de salud. Las primeras deben recolectar la información y reportarla a las EAPB y direcciones de salud correspondientes, quienes consolidan la información y la reportan ante el Ministerio de Salud y Protección Social. La información para reportar que se relaciona con las variables recolectadas en SISCO-SSR, se presentan en las Tabla 41 y Tabla 44.

Monitoreo de la implementación del Modelo de Acción Integral Territorial MAITE, Resolución 2626 de 2019

La Resolución 2626, 2019, modificó la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE. Los indicadores para el monitoreo de la implementación y avances del MAITE serán definidos dentro del año siguiente a la expedición de esta resolución. Sin embargo, se aclara que MAITE vinculará los desarrollos del MIAS y serán complementarios con MAITE, una vez entre en vigencia (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019).

En este orden de ideas, se propone que el SISCO-SSR sea integrado con el sistema monitoreo y evaluación que adopte el nuevo modelo, dado el valor agregado que este tiene en el registro. Es importante realizar la adaptación necesaria, para evitar duplicidad en la recolección de información y garantizar la calidad de los datos recolectados y la facilidad para su uso (ver ilustración 9)

5.3 Articulación SISCO-SSR con otras fuentes para el análisis de VIH

Colombia cuenta con fuentes de información que dan cuenta del proceso de atención individual sin un reporte nominal de actividades extramurales ejecutadas por prestadores primarios comunitario en el marco del plan de intervenciones colectivas, tampoco se incluyen fuentes que faciliten el análisis de barreras de acceso a servicios de salud y la vinculación a los servicios de atención y programas de VIH, de usuarios con resultado reactivo o aquellos para los cuales se identifica otras necesidades en términos de servicios de protección social.

El proceso de integración con otras fuentes de información implicó la participación del Proyecto en diferentes actividades de revisión y ajuste de instrumentos de captura y en el software con el fin de responder a los requerimientos y “evitar la redundancia en el registro y duplicidad de procesos que den cuenta de las mismas actividades o que evalúen los mismos indicadores” (Proyecto VIH - Fondo Mundial, 2017).

Ilustración 9. Articulación de SISCO-SSR con otras fuentes para el análisis de VIH



Fuente: elaboración propia

De acuerdo con los diferentes momentos de las acciones que se llevan a cabo, en relación con VIH, en la población clave y el alcance de las otras fuentes de información, se puede concluir que el SISCO-SSR, aporta al análisis con datos de las primeras etapas de acercamiento y búsqueda de población mediante las acciones de *Detección temprana y protección específica, canalización a servicios de salud y apoyo social* (FONADE, Fondo Mundial, & MCP, 2019).

Los datos relacionados con la atención en salud, confirmación de diagnóstico, exámenes complementarios, tratamiento y seguimiento, consolidados en SISPRO, en las fuentes de información: SIVIGILA, RIPS, Cuenta de Alto Costo, RUAF, se complementan en el análisis con los datos de las actividades de promoción y prevención recolectados en SISCO-SSR. (FONADE et al., 2019).

El registro de las actividades de detección temprana es importante para la documentación de las estrategias que el país implementa para el logro de las metas 90-90-90. Un ejercicio de ejemplificación realizado por ENTerritorio, permitió identificar que al momento de emitir reportes nacionales de personas pertenecientes a grupos clave abordadas con acciones de promoción y prevención, la información recolectada a través SISCO-SSR representaba para el caso de tamizajes

para VIH² el 40% de los registros, los bancos de sangre reportan el 26%, el INS a través del SIVIGILA el 21%, SISPRO-RIPS tamizaje VIH el 6,2%, fuentes locales 3%, SISPRO Resolución 4505: 3%, y BAI RIPS 1,7% (FONADE et al., 2019).

Es así, como se observa entre las ventajas de la implementación del SISCO- SSR, la identificación de grupos de riesgo y se garantiza a partir del seguimiento de los casos se incluyan en el SIVIGILA, por otro lado, permite conocer la magnitud del problema a nivel del país ya que muchas personas no conocían previamente su diagnóstico (INS, 108:4), particularmente en la población clave ya que el Instituto maneja la información de todo el país relacionado con la vigilancia epidemiológica, mientras que el Proyecto está focalizado en la población que tiene mayor prevalencia (INS, 108:6).

En cuanto a la entrega de paquetes de servicios de prevención³ se registró que SISCO-SSR aporta con el 95% aproximadamente de los registros, SISPRO RIPS 3,5%, FNE⁴ 1,4% y fuentes locales 0,06% (FONADE et al., 2019).

Con lo anterior, se considera que SISCO-SSR es una fuente importante de información no solo de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sino que adicionalmente, tiene la capacidad de evidenciar la participación de otros actores, como sociedad civil en este tipo de intervenciones.

De la Tabla 39 a la Tabla 44 se comparan las variables que recolecta SISCO-SSR con las se recolectan en otras fuentes de información.

² 23313 personas tamizadas. Estimación en hombres de 14-59 años, según datos marco de desempeño nota conceptual. Fuente: FONADE, Fondo Mundial, MCP. SISCO-SSR Sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva. 2019.

³ 24307 personas con paquetes de servicios de prevención. Estimación en hombres de 14-59 años, según datos marco de desempeño nota conceptual. Fuente: FONADE, Fondo Mundial, MCP. SISCO-SSR Sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva. 2019.

⁴ Fondo Nacional de Estupefacientes, con Proyectos específicos en la ciudad de Pereira- Dosquebradas

Tabla 40. Variables asociadas a la entrega de condones

| CUENTA DE ALTO COSTO | RESOLUCIÓN 4505 | | SISCO-SSR | |
|---|---|--|---|---|
| Nombre del campo | Nombre del campo | Valor permitido | Formato | Variable |
| 78. Número de condones suministrados en el último año | 54. Suministro de Método Anticonceptivo | 14- Barrera | FORM 1A. Registro de participantes en actividades de promoción y prevención versión_ 05_ 2019 | Recibió paquetes condones |
| | | | | Cantidad paquetes/condones |
| | | | | Aceptó asesoría individual para pruebas de tamizaje |
| | | | | Canalizado |
| | | | | 1.1 Tipo de entidad que realiza la actividad |
| | | | | 1.2. Tipo de actividad_ |
| | | | | 2. Temas y descripción de la actividad |
| | | | | 3.1. Número de paquetes (incluyen: condones) |
| | | | | 3.2. Total de participantes |
| | 55. Fecha Suministro de Método Anticonceptivo | "Registre el número de Preservativos entregados durante el período de reporte" | FORM 1B. Registro de acciones con personas que se inyectan drogas. Versión 05_ 2019. | 3.3. Personas direccionadas a servicios sociales o de salud |
| | | | | Cantidad jeringas entregadas |
| | | | | Cantidad condones entregados |
| | | | | Cantidad insumos para inyección |
| | | | | Cantidad agujas usada devueltas por el usuario |
| | | | | 1.1 Tipo de Organización que realiza la actividad |
| | | | | 1.2. Tipo de actividad |
| | | | | 3.1. Total de participantes |
| | | | | 3.2. Personas direccionadas a servicios sociales y/o de salud |
| 74. Preservativos entregados a pacientes con ITS | | | 3.3. Material entregado (cantidad insumos para inyección, jeringas, condones entregados) | |
| | | | 3.4. Cantidad jeringas entregadas | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 41. Variables asociadas a la realización de pruebas de VIH.

| CUENTA DE ALTO COSTO | | SIVIGILA | | RIPS | | Resolución 4505 de 2012 | | SISCO-SSR | |
|--|--|---|-------------------------------|--|--------------------------------------|---|--|---|--|
| Nombre del campo | Variable | Categoría y definición | Dato | Aspectos del registro | Nombre del campo | Valor permitido | FORM 2. Registro individual en el prestador comunitario, asesorías, pruebas de tamizaje y entrega de resultados versión_7_2019 | VARIABLE | |
| 34. Fecha de la prueba presuntiva para infección por VIH | 6.1.1 Fecha de resultado | Fecha en la que se tomó la prueba. | | | 75. Asesoría Pre test Elisa para VIH | | 2.5 Población prioritaria | 2.9.4 Institución de salud (IPS) dónde lo (la) atienden | |
| 18. Condición respecto al diagnóstico de infección por VIH | | | Tipo de diagnóstico principal | Debe registrarse el tipo de diagnóstico según el grado de aproximación y confirmación del diagnóstico, que tenga el profesional de salud en el momento de la atención. | 82. Fecha de Toma de Elisa para VIH | | 2.11 Fecha asesoría pre | 2.11 b. Fecha prueba rápida | |
| 86. Tamizaje para sífilis en la persona que vive con VIH en los últimos 12 meses | | Las siguientes pruebas se utilizan para confirmar un caso en la población mayor de 18 meses, no gestantes | Diagnóstico principal | Se codifica según Reglas de Codificación de la CIE 10. | 76. Asesoría Pos test Elisa para VIH | | 2.11 c. asesoría post y entrega de resultados | | |
| 88. Tamizaje para hepatitis B en la persona que vive con VIH en los últimos 12 meses | 6.1 Tipo de prueba con la cual se confirmó el diagnóstico. | 1 = Western Blot 2 = Carga viral 3 = Prueba rápida 4 = Elisa En caso que se esté notificando una gestante solamente debe ser reportada con: 1 = Western Blot 2 = Carga viral Si es un menor de 18 meses debe notificarse con: 2 = Carga viral | | | 81. Resultado Serología para Sífilis | Serología Sífilis: 0- No Reactiva 1- Reactiva 2- Sin dato 3- No aplica | 2.11.1 prueba (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C) | Resultado (reactivo, no reactivo) | |
| 89. Tamizaje para hepatitis C en la persona que vive con VIH en los últimos 12 meses | | | | | 83. Resultado Elisa para VIH | Elisa VIH: 0- Negativo 1- Positivo 2- Indeterminado 3- Sin dato 4- No aplica | | | |
| 35. Razón principal por la cual se realizó la prueba presuntiva de VIH | | | | | | | 2.12 ¿Qué (quién) lo motivó a realizarse la prueba? | | |
| | | | | | | | 2.13. Institución de la ruta de atención para la prueba confirmatoria | | |

Fuente: elaboración propia

Tabla 42. Variables asociadas a canalización a servicios de salud.

| CUENTA DE ALTO COSTO | SISCO-SSR |
|--|---|
| Nombre del campo | VARIABLES- FORM 3. Canalización a servicios de salud y protección social versión_7_2019 |
| 37. Fecha de inicio de la atención por VIH 4.2. Fecha de ajuste | 1.2 Nombre del prestador primario comunitario que remite al usuario |
| | 1.3. Servicio al que se remite (vacunación hepatitis B, servicio de protección social, ¿cuál?, atención en salud, otro) |
| | 2.7. Sexo asignado al nacer |
| | 2.8.2 Necesita acompañamiento para movilidad |
| | 2.8.3 Necesita acompañamiento para portabilidad |
| | 2.8.5 Aseguradora |
| | 2.9 Motivo del direccionamiento |
| | 3.1. Fecha de contacto 1 |
| | 3.2. Dificultad para ubicar al usuario |
| | 3.3 Diagnóstico previo de VIH |
| | 3.3.1 Fecha de diagnóstico |
| | 3.4. En tratamiento |
| | 3.5 Caso cerrado |
| | 3.5.1 Fecha de cierre |
| | 3. 6 Caso reabierto |
| | 3.8. Remisión a Psicología |
| | 3.9. Dificultad para el acceso al servicio de salud |
| | 3.9.1. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud |
| | 3.10. Fecha de la gestión 1 |
| | 3.10.1. Descripción de la gestión realizada |
| | 3.11. Accedió a servicio de salud |
| | 4.1. Fecha de contacto 2 |
| | 4.2. Fase del proceso |
| | 4.3. Dificultad para el acceso al servicio de salud |
| | 4.3.1. Descripción de la dificultad en el acceso a los servicios de salud |
| | 4.4. Fecha de la gestión 2 |
| 4.4.1 Gestión realizada | |

| CUENTA DE ALTO COSTO | SISCO-SSR |
|--|--|
| 18. Condición respecto al diagnóstico de infección por VIH Valores permitidos: 1: Persona con diagnóstico confirmado de infección por el VIH (en cualquier estadio) 2: Persona a quien se le ha descartado la infección por VIH. 3: Persona que se encuentra en proceso de estudio, aún sin diagnóstico definitivo de infección por el VIH. 4: Persona que no ha sido estudiada para infección por el VIH. 5: Persona que ha rechazado la prueba de VIH. | 4.5. Diagnóstico confirmatorio o pruebas complementarias |
| | 4.5.1. ¿Cuáles? (VIH, sífilis, hepatitis B, hepatitis C) |
| 36. Fecha de confirmación del diagnóstico de infección por VIH | 4.5.2 Fecha de diagnóstico de VIH |
| | 4.5.3 Resultado VIH |
| | 4.6 En programa VIH |
| | 5.3 Reportado en Sivigila |

Fuente: elaboración propia

Tabla 43. Variables asociadas a canalización a servicios de protección social.

| SISCO- SSR |
|---|
| VARIABLES FORM 3. Canalización a servicios de salud y protección social versión_7_2019 |
| 6.1. Fecha de seguimiento |
| 6.2. Accedió a servicios sociales |
| 6.3. Dificultad para el acceso a servicios de protección social |
| 6.4. Fecha de la gestión |
| 6.4.1. Gestión realizada |

Fuente: elaboración propia

Tabla 44. Variables asociadas a otros tópicos de VIH

| CUENTA DE ALTO COSTO | SIVIGILA | | RIPS | | RUAF | Resolución 4505 de 2012 | |
|--|--|---|--|--|----------------------------------|---------------------------------------|--|
| | Variable | Categoría y definición | Dato | Aspectos del registro | | Nombre del campo | Valor permitido |
| Nombre del campo | 5.1 Mecanismo probable de transmisión | <p>Marque con una X la opción según corresponda.</p> <p>Sexual:</p> <p>1 = Heterosexual</p> <p>2 = Homosexual</p> <p>3 = Bisexual</p> <p>4 = Materno infantil</p> <p>Parenteral:</p> <p>5 = Transfusión sanguínea</p> <p>6 = Inyección de drogas</p> <p>7 = Accidente de trabajo</p> <p>9 = Transplante de órganos</p> <p>10 = Piercing</p> <p>11 = Hemodiálisis</p> <p>12= Tatujajes</p> <p>13 = Otros objetos cortopunzantes</p> <p>14 = Acupuntura</p> | Código de la consulta | De acuerdo con la codificación establecida en la "Clasificación Única de Procedimientos en Salud – CUPS". | Información sobre | Nombre del campo | Valor permitido |
| | | | Código del diagnóstico principal | | | | |
| 38. Mecanismo o vía de transmisión del VIH | | | Código del diagnóstico relacionado No. 1 | | Datos de mortalidad por VIH/sida | 24. Infecciones de Transmisión Sexual | <p>0- No</p> <p>1- Sí</p> <p>2- No aplica</p> <p>3- Riesgo no evaluado</p> |
| | | | Código del procedimiento | En este campo se registra el código del procedimiento, según corresponda en la Clasificación Única de Procedimientos en Salud (CUPS) Colombia. | | | |

Fuente: elaboración propia

5.4 Avance en el proceso de incorporación de la fuente a SISPRO

El Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO, es una bodega de datos que almacena información del sector salud con el propósito de contribuir a la gestión del conocimiento para favorecer la toma de decisiones del sector salud y protección social (Ministerio de Salud y Protección Social, 2019b).

El objetivo del SISPRO es disponer de información unificada, centrada en el ciudadano, para apoyar el desarrollo de políticas públicas de salud y protección social, el funcionamiento del sistema, y facilitar el acceso a los servicios y la participación ciudadana a través de canales virtuales (Sistema de gestión de datos – SGD, 2019).

Para la integración de la información del SISCO-SSR se han realizado mesas de trabajo con el Ministerio de Salud y Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo, en las cuales se realizó la validación de los formatos, la depuración e incorporación de nuevas variables, se diligenció la ficha de caracterización de la fuente requerida por el Ministerio (FONADE et al., 2019). Durante esta primera etapa, se diligenció la ficha de caracterización de la fuente y se recibió el concepto favorable por parte del Ministerio de Salud para continuar con el proceso de integración a SISPRO.

Esta ficha de caracterización fue desarrollada por el grupo de Gestión del Conocimiento de la Dirección de Epidemiología y Demografía, que es el encargado de realizar la caracterización de todas las fuentes de información que comparten datos con el Ministerio de Salud y Protección Social, y emitir el concepto para su integración a SISPRO. Actualmente, este proceso se encuentra en actualización y se están definiendo los atributos de calidad de conformidad a la Norma Técnica de Calidad NTCGP1000/2015 la cual se empezó a exigir por parte del DANE a todos los actores que hacen parte del sistema estadístico nacional, y las instituciones que generan datos estadísticos, de las cuales hace parte el Ministerio de Salud y Protección Social.

La ficha cuenta con varias categorías de análisis como son (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018):

- Identificación y entorno de la fuente
- Soporte normativo
- Usos de la fuente
- Usuarios de la fuente
- Periodicidad en el registro de la información
- Características metodológicas de la fuente
- Marco conceptual
- Unidad de observación
- Variables que permitan cruzar con otras fuentes de información
- Variables que cumplan la estructura de datos original
- Cobertura geográfica y nivel de desagregación
- Documentación del registro administrativo

- Uso de clasificaciones nacionales e internacionales
- Proceso operativo de la fuente
- Técnicas de recolección
- Validaciones del registro
- Completitud de la información por parte de los actores
- Estrategias para detectar problemas de cobertura
- Mecanismos para garantizar la seguridad de la información
- Acceso a la información

Para la evaluación de la integración de la fuente a SISPRO se tuvieron en cuenta seis aspectos fundamentales los cuales se describen a continuación:

Relevancia: se caracteriza por el grado en que los datos sirven para abordar los propósitos buscados por los usuarios. La medición de la relevancia requiere la identificación de los grupos de usuarios y sus necesidades (Ministerio de Salud, 2018).

En este aspecto se verifica si la fuente cuenta con un soporte normativo que respalde el uso de la misma, el principal usuario actual de la fuente (institucional o empresarial), que cuente con un marco conceptual que describa claramente los conceptos y referentes que sustentan el registro administrativo, y si las variables definidas permiten cumplir el objetivo misional (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018).

Credibilidad: se refiere a la confianza que los usuarios depositan en los productos. Un aspecto importante es la confianza en la objetividad de los datos, esto implica que los datos se perciben como producidos profesionalmente de acuerdo con las normas estadísticas apropiadas y que las políticas y prácticas son transparentes (Ministerio de Salud, 2018).

En este aspecto se verifica si el registro administrativo o fuente de información se ha producido de forma continua y si cuenta con documentación técnica como soporte. También se revisa si cuenta con los medios mediante los cuales la entidad productora da a conocer los cambios en el proceso de generación de la información y con técnicas que permite la validación de la consistencia y completitud de la información; se verifica si existen controles para identificar valores extremos en el registro administrativo, si recibe de los actores toda la información para el diligenciamiento de las variables que componen la fuente y si cuenta con estrategias para detectar problemas de cobertura, también se revisa si cuenta con mecanismos para garantizar la seguridad de la base de datos del registro administrativo y realiza respaldo de seguridad de la base de datos.

Oportunidad: refleja la cantidad de tiempo entre su disponibilidad y el evento o fenómeno que describen, pero considerado en el contexto del periodo de tiempo que permite la información (Ministerio de Salud, 2018). También hace referencia a la oportunidad de la información de la fuente en relación con el análisis de los datos, es decir, al tiempo que transcurre entre la ocurrencia del fenómeno de estudio y la publicación de la información estadística (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018).

Accesibilidad: la accesibilidad de los productos de datos refleja la facilidad con la que se puede ubicar y acceder a los datos (Ministerio de Salud, 2018).

Interpretabilidad: se refiere a la capacidad de interpretación de los productos de datos y refleja la facilidad con la que el usuario puede entenderlos, analizarlos y utilizarlos correctamente. La adecuación de las definiciones de conceptos, poblaciones objetivo, variables y terminología, subyacentes a los datos, e información que describe las limitaciones de los mismos determina en gran medida el grado de interpretabilidad (Ministerio de Salud, 2018).

En este aspecto se evalúan el número de variables en la estructura de datos original, el diseño de registro y si la tabla de variables contiene las características requeridas para el manejo de una estructura de datos, se verifica si el registro administrativo hace uso de clasificaciones, cuáles son las técnicas de recolección, obtención o captura de información para el registro administrativo (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018).

Coherencia: se refiere al grado en que están lógicamente conectados los conceptos utilizados, las metodologías aplicadas y los resultados producidos por la operación. Se realiza la valoración de consistencia a través de la identificación de registros duplicados y el cruce de datos con la tabla de personas de la bodega de datos de SISPRO (Ministerio de Salud, 2018).

Observaciones por parte de SISPRO para la integración de la fuente (Dirección de Epidemiología y Demografía, 2018):

- Se sugiere contar con un manual de auditoría o de verificación de datos del registro.
- Se sugiere la creación de validaciones que permitan garantizar el cumplimiento de los parámetros establecidos de la información.
- Se sugiere la aplicación de normas que garanticen la seguridad de los datos en sus diferentes procesos.

A continuación, se presenta la ponderación emitida por SISPRO, de acuerdo con la evaluación de la fuente y su pertinencia para la integración a la bodega de datos. El puntaje obtenido hasta el momento indica que la integración de SISCO-SSR en SISPRO es viable, por considerarse una fuente relevante para el análisis de información de VIH en el componente de acciones de promoción y prevención.

Tabla 45. Ponderación de la evaluación para la integración a SISPRO.

| Dimensión | Puntuación lograda | N° de ítems | Proporción | Ponderación | Valor de referencia |
|---------------------|--------------------|-------------|------------|-------------|---------------------|
| Relevancia | 6 | 6 | 100 | 15 | 15 |
| Credibilidad | 7,9 | 9 | 87,5 | 13,1 | 15 |
| Oportunidad | 1 | 1 | 100 | 10 | 10 |
| Accesibilidad | 3 | 4 | 75 | 3,75 | 5 |
| Interpretabilidad | 6 | 6 | 100 | 5 | 5 |
| Coherencia (SISPRO) | * | 8 | * | * | * |
| Total | 23,9 | 34 | | 46,9 | |

**Valores pendientes por reporte oficial del MSPS*

Fuente: Ficha final de caracterización. DIME 28 agosto 2018

5.5. Resultados de la implementación del SISCO-SSR en las ciudades priorizadas

La implementación del SISCO-SSR en los departamentos priorizados ha sido de gran importancia y ayuda para el monitoreo y evaluación de los objetivos y metas del Proyecto, así como para la programación de actividades y toma de decisiones entorno a la respuesta local de VIH.

La implementación y adopción del SISCO-SSR fue un proceso con características y particularidades específicas para el caso de cada una de las ciudades. A continuación, se describen las experiencias por ciudad y por actores de este proceso.

Ciudad de Medellín

Desde el inicio del Proyecto en Medellín, en 2016, se logró implementar el uso de los formatos para las actividades de promoción y prevención en VIH. La Secretaría de Salud, hasta el año 2015 manejaba un sistema denominado SISPLAN (Sistema Nacional de Planificación), pero este no generaba reportes nominales requeridos, para la construcción de los indicadores necesarios para la medición de alcance de metas del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS- VIH. Dada esta necesidad, se implementó el SISCO-SSR en la ciudad.

A partir del 2018, la Secretaría de Salud contrató las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas con los Servicios Amigables, y en marzo de 2019 incluyó a los Centros de Escucha, lo cual favoreció el uso de los formatos y el aplicativo para registrar las actividades y usuarios beneficiados de esta estrategia.

Uno de los principales logros del Proyecto fue el posicionamiento del sistema de información, gracias al acompañamiento técnico y metodológico brindado a los referentes de la entidad territorial, EAPB, OBC, IPS y ESE con actividades en la ciudad. No fue un proceso fácil con algunos actores, puesto que usaban SISPLAN, pagado por la Secretaría de Salud, y el SISCO-SSR lo consideraban un poco complejo.

Sin embargo, la necesidad de contar con información discriminada sobre acciones dirigidas a poblaciones clave, la utilidad de la fuente de información para el análisis de sitios con mayor reactividad, el seguimiento al proceso de canalización y a la ejecución de actividades contratadas en el marco del PIC, propició que se incluyera como un requisito contractual el uso del SISCO-SSR. Esto sumado a que con los datos del SISPLAN no se realizaban análisis específicos, mientras con el SISCO-SSR, el Proyecto presentaba indicadores de ciudad y mapeos de la intervención.

El sistema de información SISCO-SSR también fue muy atractivo para las mesas LGBTI, dado que no manejaban ninguna forma de recolectar y sistematizar datos, por ende, cuando el Proyecto les presentó el aplicativo, no dudaron en implementarlo. A todos estos actores, el equipo local les brindó capacitaciones. Lo adoptaron también los Centros de Escucha, las ESE, las OBC (que trabajaron en el Proyecto) y los actores vinculados al MIAS, como las Secretarías de Salud de Bello y Envigado.

Respecto al proceso de implementación y adopción del sistema de información SISCO- SSR, la ESE reportó que no ha tenido mayores dificultades y cuando se han presentado, el Equipo Local del Proyecto les ha brindado soporte técnico para resolverlas.

Por otro lado, una de las utilidades más grandes que ha aportado este sistema de información es el poder llevar un mejor seguimiento y reporte de las personas reactivas. Por lo tanto, en la ESE expresó que debido a esta mejora en el registro de los datos es que se ha dado un aumento en el total de reactivos de la ciudad. *“(…) con el SISCO-SSR se hacen pues, como todo el tema de las metas: el seguimiento de metas, el seguimiento obviamente de los reactivos, porque ahí sale pues como toda la información para la malla de los reactivos, de ahí sale todo el insumo para realizar los informes y pues como para evaluar, obviamente; y para que no haya personas que se hayan realizado anteriormente el tamizaje”*. (Equipo Local, Medellín, 18:34).

Otra función de gran utilidad que han visto en el hospital con este sistema de información es la oportunidad de tener digitalizada la información, con el cargue de soportes escaneados, dado que al final de mes se suelen archivar los documentos físicamente en unas cajas, y cuando necesitan recurrir rápidamente a cierta información lo hacen a través del aplicativo y ahí descargan los documentos. Igual, cuando alguien solicita un documento, como una EPS o una EAPB, es más fácil adjuntar los archivos ya digitalizados.

Adicional a este sistema de información, en la ESE se ayudan de otros como el ADRES (Administradora de los Recursos del SGSSS) y el SISBEN (Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales). En el primero, cuando una persona obtiene un resultado reactivo, consultan a EPS se encuentra afiliado, cuál es su estado en el sistema (activo, inactivo) y se envía la carta para el ingreso a la ruta. En caso de no tener EPS, se consulta el SISBEN, verifican el puntaje del usuario y lo remiten al prestador de salud correspondiente. Además, también consultan la página de Migración Colombia, para verificar el estado de usuarios extranjeros (regular- irregular).

La única dificultad que han reportado para el uso del aplicativo fue un cambio que implementado en el módulo de tamizaje, antes el sistema calculaba las edades a partir de la fecha de nacimiento, ahora no lo muestra en pantalla, solo lo genera en reportes xls, y como hay algunos formatos ilegibles y con tachones, pues esto les quita tiempo cuando van a digitalizar la información en el sistema.

Otra recomendación que hacen no va tanto al sistema SISCO-SSR, pero sí a la forma de recolección de datos, puesto que se están usando formatos manuales, que luego hay que digitalizar, en la ESE considera que sería más ágil si esto se hiciera por medio de algún dispositivo móvil y todo quedara digitalizado en simultáneo en la plataforma.

“Yo creo que ahí para mejorar, es como inevitable el tema de la tecnología, porque no me crea, que en campo y acá hay que llenar todos estos espacios, tanto cuando estamos por fuera como cuando estamos digitando. Yo creo que acá ya el tema digital, de tablets, para ingresar la información, yo pienso que es importante ya darle un paso más hacia adelante en ese tema. Porque esto quita tiempo, muchísimo, y a la gente no le gusta esperar, a las personas de pronto les incomoda como tantos datos. Pues yo creo que sí es dar un salto más allá en el tema de la digitalización de la información”. (ESE, Medellín, 18:43).

En relación con el sistema de información SISCO-SSR, las OBC contratadas lo adoptaron como insumo para el manejo de los datos recolectados en campo. Estas tenían un auxiliar de sistemas y monitoreo encargado y concertaban, por lo general, uno o dos días a la semana para la entrega y corrección de formatos. Todo esto siempre estuvo acompañado por el Equipo Local de ENTerritorio, a quienes también debían presentarles un informe completo con los datos que arrojaba el sistema de información: metas, actividades, lugares abarcados, población abordada, cantidad de reactivos, entre otros.

Como recomendación, las OBC creen que se deberían pedir menos datos en campo, puesto que muchas veces los usuarios se incomodaban con tantas preguntas, para una cantidad limitada de preservativos. También dicen que los formatos tenían falencias en su diseño y deberían tener espacios más grandes para su diligenciamiento.

Desde las EAPB se percibieron ciertas dificultades relacionadas a la utilidad del SISCO-SSR, a pesar de la existencia de manuales para el diligenciamiento particularmente en las siglas que se incluyen en los formatos, esto se deriva en un obstáculo para la calidad y eficiencia en el tipo de información registrada en este sistema; en consecuencia, en la atención efectiva y oportuna a los usuarios.

“Población privada de la libertad, mucha gente no sabe esa sigla, ni HSH uno dice: «esa vaina que será» Pongan Hombre tiene sexo con hombre; si escribo arriba: Personas que se inyectan droga, entonces ponga: (heterosexual, homosexual, HSH) pero no me ponga estar poniendo esa cosa tan chiquita (...) Lo que esté así en siglas mejor póngalo en palabras, si es uno como médico y no está familiarizado con tantas siglas”. (EAPB, Medellín, 29:62).

Igualmente, se expresa que es una labor que demanda tiempo y los profesionales de la salud no se encuentran entrenados para ello, es algo que para personal médico o personal de enfermería resulta una tarea extra, además de la prestación del servicio. Esto crea un incentivo inesperado de tener que hacer las labores.

En términos generales, la información recopilada durante las entrevistas a las secretarías muestra que la adopción del SISCO-SSR ha sido incipiente y el proceso de recolección y uso de la información está limitado a las personas contratadas para esta función, si bien, este elemento cumple con políticas de seguridad no es posible dar cuenta de la utilidad de la información recopilada en el sistema y su impacto en la toma de decisiones de las secretarías y sus intervenciones.

En la Secretaría de Salud de Antioquia, la persona entrevistada sabe que SISCO-SSR existe, pero no lo ha usado, ni conoce su uso o utilidad. En la Secretaría de Salud de Medellín, teniendo en cuenta la información registrada en la entrevista, no es posible identificar cómo se ha dado la adopción del SISCO-SSR la persona entrevistada no tenía conocimiento sobre el tema y la persona responsable ya no estaba en el cargo. Sin embargo, se percibe que la adopción ha sido baja porque los datos no están alojados en un servidor oficial hasta el momento.

En la Secretaría de Bello, la adopción del SISCO-SSR ha sido incipiente, el equipo local realizó la capacitación en la IPS contratada y la persona encargada realiza los registros y los ingresa en la plataforma y reconocen que en un futuro será de gran utilidad, porque obtendrán las cifras de la intervención. En la Secretaría de Salud de Itagüí no se menciona la adopción o utilidad de SISCO-SSR porque al momento de la entrevista no habían implementado acciones del Proyecto.

En la Secretaría de Envigado, la adopción del SISCO-SSR también ha sido incipiente, se recibieron directrices de fechas e instrucciones, el equipo local realizó la capacitación pertinente y la auxiliar administrativa realiza los registros y los ingresa en la plataforma; reconocen que el proceso más demorado es la digitalización de documentos, pero consideran que el sistema permite una variedad interesante de combinación de variables, que son de gran utilidad al momento de presentar informes.

Dentro de la investigación de seroprevalencia que hace el CES se usó el SISCO-SSR, para la realización de estimaciones de población TRANS y HSH. Igualmente, reconocen el valor de la herramienta, ya que podría ser parte del Ministerio de Salud y Protección Social y referencian que es un sistema que puede aportar información con mayor validez.

No obstante, se hace énfasis en varias dificultades, más que todo a nivel de infraestructura. Los retos se presentan por la falta de la tecnología necesaria para que este sistema funcione eficientemente.

“algunas molestias son por [...] cómo lo subimos, cómo hacemos para tener un escáner, son infraestructura mínima, básica, que se debería tener y que en muchas ocasiones entiendo que en los territorios no se tiene o las diferentes instituciones o lugares, eso hace que se dificulte, pero ya si lo ves qué infraestructura se necesitaría: un escáner, un computador y un buen acceso a internet”. (Secretaría de Salud, Medellín, 34:25)

Además, se expone que hay malestar en el uso, ya que es un sistema que toca manejarlo en formato físico y posteriormente digitalizarlo y esto hace que sea complejo y demorado el manejo de este.

Ciudad Santiago de Cali

En el año 2017, se inició la socialización a Secretaría de Salud Departamental, inicialmente con DIME para presentar las actividades del Proyecto. Sin embargo, se evidenció resistencia para la implementación del aplicativo por parte de los funcionarios de la Secretaría, debido a que el 100% del cumplimiento de las metas de país estaban a cargo del Proyecto, la Secretaría se mostró poco receptiva para la implementación del aplicativo. Desde la ENTerritorio realizaban sus actividades, sin embargo, al momento de generar los reportes de información de ciudad, no contaban con datos discriminados por financiamiento local que les permitiera realizar un mejor análisis y reporte al Fondo Mundial.

De las actividades que realizaba la Secretaría de salud pública municipal sólo se contaba con reporte en actas que incluían el nombre de la actividad desarrollada y el número de personas intervenidas, pero no el registro nominal de participantes que facilitará la comparación con los datos del Proyecto y la consolidación de total de personas únicas abordadas en cada grupo poblacional.

Para el año 2018, se cambió la forma de contratación y las actividades quedaron a cargo de la ESE y OBC. Adicionalmente, se distribuyeron las metas de ciudad, donde la Entidad Territorial debía alcanzar al 35% de las personas estimadas para el año. Al momento de reportar las metas, se evidenció que no contaban con los soportes de las actividades como se requerían, aceptaron la implementación del SISCO-SSR a partir de enero de 2019. Ingresó un nuevo referente, quien

valoró la importancia de implementar el aplicativo para registrar las actividades que se realizan desde el Entidad Territorial.

Una de las debilidades que consideró el equipo local, sobre los formatos de captura de información, fue la extensión de estos. Incluso algunas OBC les decían que los usuarios se quejaban de tantos datos para un par de preservativos. La Secretaría de Salud, encargada de la contrapartida, también tuvo cierta resistencia hacia el uso de los formatos del Proyecto, porque venía trabajando con otros consolidados. Lo mismo sucedió con el aplicativo web al manifestar no contar con personal ni recursos suficientes para su implementación.

En conclusión, la Entidad Territorial han presentado demoras en la implementación de este sistema de información. No obstante, desde ENTerritorio se ha brindado capacitación y asistencia técnica para su adopción. Por otro lado, el aplicativo les resultó muy útil para la sistematización de los datos y la toma de decisiones, sobre todo porque tenían que mostrar resultados ante el Proyecto, el PIC y las Secretarías de Salud. Como recomendación, el Equipo Local dijo que sería interesante utilizar tablets u otros dispositivos móviles para sincronizar la captura de datos con el aplicativo web y así agilizar las labores de todos los operadores.

“(…) ya hubo unas sugerencias cuando lo pasamos a las ESE, y es que se pueda hacer desde una tablet, que no tenga que diligenciarse el formato y luego irlo a digitar, sino que las personas que van a tomar las pruebas de una vez en la tablet puedan ingresar la información. Y una de las opciones es que se pueda utilizar directamente desde una aplicación y como tratar de no generar digamos el formato físico, porque ahorita está la política anti-papel, y pues por un lado nos exigen no más papel y, por otro lado, todo lo tengo que soportar en papel. Los archivos de las instituciones están llenos de papelería y no tenemos cómo dar aplicación a eso. Ya se llevó [la recomendación] a nivel nacional y se pretende hacer una prueba con una ESE que estamos en conversación; y vamos a hacer la prueba piloto con ellos a ver si nos funciona”. (Equipo Local, Cali, 32:92).

Tal ha sido el efecto de la implementación y la utilidad de la aplicación que el Equipo Local resaltó que una de las OBC, que había trabajado con ellos, y ahora trabaja con una ONG internacional, les solicitó poder utilizar el sistema de información, pues no había ningún otro mejor desarrollado. La OBC también adoptó los formatos y los procesos de seguimiento. Sin embargo, el Equipo Local reportó que este fue un caso excepcional, dado que muchas otras OBC no cuentan con los recursos para replicar o adoptar este sistema.

Respecto al proceso de implementación y adopción del sistema de información SISCO-SSR en las ESE se reportaron algunas dificultades, porque la plataforma constantemente se caía y la información ingresada por el digitador no se guardaba. Entonces, esto demoraba mucho más las actividades de la persona encargada, y, por ende, del equipo.

A pesar de lo anterior, el sistema de información SISCO-SSR fue de gran utilidad para las ESE dado que allí compilaban la información y mensualmente realizaban los informes para ENTerritorio. Resaltaron también la utilidad que les brindaba en cuanto a sistematización de datos, todo lo que habían hecho en determinadas fechas, los sitios recorridos y hasta qué se había hablado con los usuarios.

De hecho, la utilidad del sistema de información fue tan buena que les sirvió a los equipos de las ESE socializar el aplicativo y la información generada a otras áreas de los hospitales, a gerentes, subgerentes, médicos y otros funcionarios encargados de tomar decisiones. *“Entonces, les debo dar desde el inicio hasta el final todo ese proceso, cómo vamos, qué inconveniente hemos tenido, si se logró solucionar, si no salió, si salió, si cumplimos y no cumplimos, cómo vamos, qué se aumentó, todo”*. (ESE-Cali, 55:43)

La OBC ve en el SISCO-SSR una herramienta útil, ya que se mantiene una base de datos que evita repetir los procesos con las personas. También porque se pasaron análisis con Bogotá y el reporte de pruebas realizadas por el Valle del Cauca era bajo y no se estaban reportando, pero en el SISCO-SSR al estar conectado a la plataforma nacional, hizo que esas pruebas finalizaran y fueran informadas. Incluso mencionaron que, antes del SISCO-SSR las actividades realizadas entre ENTerritorio y las OBC no quedaron registradas en ningún sistema entre los años 2012 y 2016 (de 24 a 25 mil pruebas en Cali que no tienen datos).

Sin embargo, en la sección de canalización ha sido más difícil hacer un registro, ya que mencionan que fue más específico y se presentan dificultades en el manejo de cerrar un caso, pues hay que hacerlo una única vez y lo que venían haciendo era cerrar por etapas y en algunos casos tocaba reabrir procedimientos, entonces desde el sistema no se podían realizar los ajustes.

De igual manera, se vio la utilidad del SISCO-SSR y los datos obtenidos para la toma de decisiones, a partir de bases de datos que permiten seguir en contacto con los beneficiarios. En cuanto al tema geográfico, conocer cuáles eran los sitios con mayor reactividad, y así priorizarlos para actividades futuras.

Aunque, en el esquema de implementación del 2018 el SISCO-SSR lo manejaba directamente la ESE, el personal de la OBC también fue capacitado por el Equipo Local de ENTerritorio, en el diligenciamiento de formatos de captura de la información. Este debía ser entregado sin tachones, y el día en que se comprometían con las ESE, dado que esta daba las retroalimentaciones oportunas de cómo estaba marchando la ejecución.

En la Secretaría se menciona que se recibió capacitación y acompañamiento en la implementación por parte del Equipo Local, que se revisa el SISCO-SSR permanentemente, frente a las actividades que le supervisan a la ESE Sur Oriente y hacen seguimiento al cumplimiento de las metas y, de acuerdo con eso, dan lineamientos en incremento de las actividades si es considerado como necesario (Secretaría de Salud-Cali 61:1). Mencionaron que se genera una base de datos en Excel, donde se encuentran los datos generales y se puede filtrar la información por ciudad o tipo de población y a partir de allí, se generan los informes. Asimismo, mencionan que el diligenciamiento de datos es dispendioso, *“toca ingresar los mismos datos para diferentes actividades que se le hacen a ese mismo usuario o en una misma guardada se realizan diferentes actividades y toca actividad por actividad ingresarla y esto conlleva bastante tiempo, por lo que es una labor exclusiva de una persona”* (Secretaría de Salud-Cali 61:19) y que requieren de una conexión a internet de alta calidad, la cual no poseen en la Secretaría.

Ciudad de Bogotá

Es una de las ciudades con mayor avance en el proceso de implementación del SISCO-SSR ya que desde octubre de 2018 se logró la incorporación del componente en el PIC del Distrito, y desde enero de 2019 se inició su implementación en las cuatro subredes quienes son las encargadas de ejecutar las actividades del PIC. Para ello, se logró la contratación de un técnico por subred, quien es la persona encargada de diligenciar la información en el aplicativo.

La Entidad Territorial se ha mostrado receptiva en para la implementación del sistema; sin embargo, los equipos de base lo vieron como una carga laboral y se generó un poco de resistencia por la digitación en el aplicativo. Posterior a la capacitación y asesoría técnica realizada por parte del Proyecto, los funcionarios de los equipos de base cambiaron su percepción, observaron la importancia del sistema y que este les permitió simplificar el proceso de captura de información mediante la eliminación de formatos que anteriormente se utilizaban en la Secretaría de Salud. Con el usuario de la Entidad Territorial se diligencia también información de sífilis.

Adicionalmente, en Bogotá se cuenta con OBC que están realizando actividades de promoción y prevención, entrega de paquetes y ofertan pruebas rápidas para VIH, por lo cual se han capacitado en el funcionamiento del aplicativo, el uso de los formatos y el ingreso de la información. Se les crearon sus usuarios y contraseñas y actualmente, se encuentran registrando sus actividades al aplicativo SISCO-SSR.

Respecto a la adopción del SISCO-SSR el Equipo Local afirmó que logró capacitar a diversos actores de la respuesta como las subredes, las OBC, los equipos PIC y otras instituciones interesadas en el uso del sistema. Estas acciones incluían las capacitaciones en los formatos y la calidad del dato. Semanalmente, revisaban los datos y se cotejaban con la información que capturaban en campo. Mensualmente, se producían reportes con los consolidados de la información. Las subredes presentaban alta rotación del personal, por lo tanto, las capacitaciones sobre el sistema información eran continuas.

Desde la perspectiva del Equipo Local, quienes más se beneficiaron con este sistema de información fueron las OBC pues les brindó muchas capacidades técnicas, y reconocimiento institucional. Allí las organizaciones subían la información cuando estaban ejecutando el Proyecto, y después como parte de sus actividades propias, o como parte de las donaciones que les hacía la Secretaría con recursos PIC.

“O sea, eso sí ha sido como, digamos, que el principal logro que manifiestan, porque pues venían casi que del anonimato. O sea, lo que ellos hacían como que lo conocían ellos y las otras dos OBC que están por ahí cerca y nadie más. Pero ahora tienen la posibilidad de que su información se cargue a un sistema de información nacional y existen en algún lado. Entonces eso sí ha sido bien, muy seguramente del modelo. Eso será lo que van a rescatar todas, sí, con lo que están conformes todas”. (Equipo Local, Bogotá, 97: 54)

En la Subred Centro Oriente se reconoce que el sistema ha sido bueno, pero complicado. Para 2018, el acceso a la plataforma fue muy difícil, no podían acceder a la plataforma, que incluso en el mes de febrero seguían subiendo reportes de diciembre. Recientemente, perciben que está más rápido. Aunque la plataforma se sigue cayendo, por lo menos cada quince días y tienen conocimiento que

otras organizaciones reportan lo mismo. Se menciona que han usado la información, pero no se han tomado decisiones basadas en esta.

La persona entrevistada en la Subred Norte tenía conocimiento que se recogían las fichas, se diligenciaban y había un técnico que se encargaba de digitalizar la información y la montaba al DIME y a través de este, ENTerritorio les hacía la verificación de cuántos paquetes habían entregado y cuántas pruebas habían realizado (ESE-Subred-Norte 93:25).

Por su parte, en la Subred Sur Occidente refiere que dentro de su personal existía un técnico para incluir la información en el sistema, la tarea de diligenciar el formato era responsabilidad del auxiliar y el Gestor, también mencionan que la información allí recopilada les permitió ver en qué proporción las personas que estaban atendiendo pertenecían o no a las localidades de la subred (ESE-Subred-Sur Occidente 95:42).

En la Subred Sur, se menciona que el sistema se cae, pero muy ocasionalmente y después de llamar al servicio técnico, reciben una solución, mencionan que es ENTerritorio quien más usa el sistema:

“Ellos monitorean constantemente cómo vamos en metas y pues obviamente, hacen como un paralelo de: -Bueno listo, eso es lo que les hace falta, van de esta manera con respecto a las otras subredes- hacen como sus comparativos y de acuerdo con eso toman decisiones y nos sugieren planes de intervención mucho más puntuales, sea el caso que ellos vayan viendo”. (ESE-Subred-Sur, 116:47).

Igualmente, refieren que se basan en el SISCO-SSR, ya que ahí está registrado todo lo que se sube con respecto a la ejecución del convenio entonces, por ejemplo, “yo que soy la que desarrolla el informe mensual, pues obviamente, me guío por la información que bajan de SISCO” (ESE-Subred-Sur, 116:49). Se recomienda que los ítems para describir a la población intervenida sean más específicos.

En la Subred Sur se entrevistó a la persona encargada del monitoreo y por ende del sistema SISCO-SSR y menciona que es un aplicativo amigable y que después de conocerlo, se puede manejar, se especifica que anteriormente:

“el ingreso de la ficha era más rápido porque tenía el sistema, ahora con los diferentes cambios o versiones que han generado del mismo, le han eliminado tab, lo que hace que el ingreso de los formatos sea un poquito más lento”. (ESE-Subred-Sur Monitoreo 92:1)

Por lo que se recomienda que las mejoras que se implementen sean en función del ingreso de información y de facilitarle la labor a los técnicos y no al contrario. Se explica que, con las actualizaciones realizadas, parte de la información no migró correctamente y el formato de canalizaciones que se habían ingresado ya no aparecieron en el nuevo link y pues eso no se arregló y a veces en el descargue de las bases tampoco vienen esa información (ESE-Subred-Sur Monitoreo 92:2). Se recomienda que:

“en la parte de canalizaciones traiga toda la información como el histórico, como lo hacía antes, porque entonces nosotros en la información se ingresa mes a mes uno sabe que la base cada mes tiene su cierre, pero en la parte de canalizaciones donde realmente se ingresan los reactivos sería muy bueno que trajera el histórico y se viera, en la forma de buscar, porque es que

nosotros lo podemos ver a veces los seguimientos es cuando ingresamos el documento, a veces diligenciamos toda la página de ingreso de la información y ya cuando le vamos a dar guardar es que nos muestra si sí o no está o si sí o no tiene seguimiento, entonces eso hace que la tarea se retrase un poquito, porque hasta que el sistema bote la información de que está o no está, entonces es bueno que lo traiga de una vez, entonces uno ahorra un poquito de tiempo en ese proceso de las canalizaciones”. (ESE-Subred-Sur Monitoreo 92:2)

La Secretaría de Salud de Bogotá refiere que la adopción y utilidad del sistema SISCO-SSR ha sido exitosa. Como primera medida, el equipo de ENTerritorio ha generado espacios de entrenamiento, ha acompañado el proceso de diligenciamiento y han resuelto dificultades. Al tener un sistema único de información les ha permitido rastrear las acciones y hacer un monitoreo más riguroso (Secretaría Salud Bogotá 107:35):

“hoy en día todos los procesos que se hacen de PIC, de tamización están incluidos en el SISCO-SSR. Más todo lo que hace ENTerritorio, más todo lo que hace OBC. Entonces en este momento es súper importante que Bogotá ha logrado tener un sistema único de tamización”. (Secretaría Salud Bogotá 107:36)

Se reconoce como logro, la realización de un proceso de adaptación de formatos, ajuste de variables, que se incluyeron en el sistema y ya cuentan con todas las acciones integradas, según la persona entrevistada (Secretaría Salud Bogotá 107:37).

Adicional a esto, mencionan que ya tuvieron dos casos en que los usuarios perdieron su resultado y se hizo la solicitud de una copia de este y a través de SISCO-SSR pudieron identificar quién hizo el tamizaje y emitir la copia (Secretaría Salud Bogotá 107:39).

Considera que la utilidad de SISCO-SSR se observó en poder sistematizar la información que anteriormente no se tenía e indica que, sin la información, no se podría planear, no se podría evaluar, no se podría saber el comportamiento de las acciones realizadas (Comité Intersectorial-Bogotá, 91:23).

En general, las OBC consideraron que una de las grandes fortalezas que dejó este Proyecto es el sistema de información SISCO-SSR, pues allí pudieron sistematizar y contabilizar las pruebas realizadas, las actividades gestionadas, los sitios recorridos, la cantidad de usuarios reactivos, entre otros datos. También, creen que este sistema sirvió para que, técnicamente, pudieran medir las acciones que se habían realizado y generar informes que permitieran una mejora continua de sus procesos organizativos y de la problemática epidemiológica a nivel nacional.

Las OBC dijeron que también tomaron decisiones a partir de los datos mostrados en el SISCO-SSR, así sabían cuáles sitios intervenir o dónde se estaba generando la mayor reactividad. También lo usaron para generar infogramas sobre los fenómenos emergentes, como la migración venezolana y su acceso a la ruta.

Precisamente este sistema de información fortaleció a las OBC, o así lo percibieron, respecto a la importancia de la calidad del dato. Por lo tanto, mejoraron sus técnicas de intervención en campo y sus preguntas a los usuarios. Además, algunas organizaciones manifestaron que el sistema de información SISCO-SSR les sirvió para registrar actividades de la contrapartida asignada a la

Secretaría de Salud. Sin embargo, manifestaron que este sistema solía presentar fallas al momento de subir información: se caía la plataforma o no cargaba.

Ciudades de Pereira y Dosquebradas

El Proyecto inició con la capacitación a todo el equipo en el diligenciamiento de los formatos (formato para inyectores de drogas, pruebas de VIH, canalización a servicios de salud), y se realizó prueba de calidad al diligenciamiento de estos, en cuanto a la completitud de las variables y que el formato no contenga enmendaduras, este procedimiento se realizó de manera conjunta con el auxiliar de monitoreo.

En el municipio tienen unos puntos móviles donde se entregan los kits de prevención. Los usuarios se pueden registrar una vez por día y reclamar el kit; asimismo, los formatos se diligencian por día y por punto de atención. El registro de los usuarios en el aplicativo se realiza cada vez que el usuario participa de una actividad o acude a reclamar un kit de prevención. El aplicativo aún no permite consultar un documento y actualizar los datos del usuario para adicionar un registro, este es uno de los ajustes que se están solicitando para la próxima actualización del aplicativo.

Actualmente, los municipios de Pereira y Dosquebradas están ejecutando el Proyecto y cada Secretaría tiene su usuario y contraseña, para cargar la información de actividades de promoción y prevención dirigidas a otro tipo de población diferentes a las intervenidas por el Proyecto; es decir, desde las Secretarías se desarrollan actividades de PyP en trabajadoras sexuales, población trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y población general, a quienes realizan pruebas de tamizaje para VIH y entrega de condones.

El Equipo Local consideró que para la implementación del SISCO-SSR con las secretarías de salud el problema fue el mismo que con el PNR y es que no había ninguna norma vinculante por parte del Ministerio hacia las entidades territoriales, para que estas entidades adoptaran el sistema de información, por lo que ENTerritorio tuvo que condicionar la entrega de los insumos de fortalecimiento institucional como: condones y pruebas de VIH, al registro en el SISCO-SSR que incluía los formatos de captura de información.

La única entidad que no aceptó la adopción del sistema fue la Secretaría departamental, dado que no recibió los recursos de fortalecimiento entregados por el Fondo Mundial, argumentando que ellos solo hacían asistencia técnica y no actividades operativas en campo, y tampoco tenían el personal necesario para usar el SISCO-SSR y registrar el uso de los insumos.

El Equipo Local ve necesaria la adopción de este sistema de información, dado que en los reportes hay información que facilita la revisión del aporte de las metas de contrapartida de las Secretarías de salud. Sumado a esto, otra recomendación que hicieron fue que el aplicativo debería tener funciones más intuitivas y predictivas:

“(…) porque usted ingresa el usuario y él [SISCO] tendría que tener la capacidad de compararlo con número de documento, nombres y apellidos, pero él solamente le dice a usted con el número de documento si es nuevo o no, o si ya ha ido varias veces. Lo otro que nosotros

hemos identificado es que el usuario siempre lo tiene que ingresar cada vez que reclama un kit, hay que registrarlo, y el sistema debería tener la capacidad de que si yo ingreso el número de documento le traiga los datos básicos, y solamente él ingrese el kit que reclamó ese día. Pero aquí cada que el usuario reclama un kit hay que ingresarle todo: número de documento, EPS, fecha de nacimiento (...)”. (Equipo Local, Pereira, 82:88).

Otra recomendación que hizo el Equipo Local al respecto es que se debería pensar en un sistema de cargue de información en tiempo real, para que así se facilite la sincronización de datos. Ven muy necesarias las *tablets* para registrar la información en tiempo real, en vez de los formatos. Eso agilizaría el proceso y permitiría consolidar mejor la información en la base de datos. Además, dijeron que se deberían mejorar las formas de cerrar los casos, porque hay usuarios que definitivamente nunca vuelven a encontrarse y el aplicativo tiene protocolos que no dejan hacerlo fácilmente.

Desde la ESE fue fácil la utilización del SISCO-SSR– SSR, ya que disponían de un técnico de monitoreo y ese perfil se dedica a estar pendiente de las actividades y de los formatos que recoge el equipo en campo. Estas planillas son cargadas al sistema semanalmente y se hacían reuniones todos los lunes, para definir las actividades a realizar y en estas se recogían las planillas de las actividades para validarlas con la monitorea de ENTerritorio y subir las al SISCO-SSR (ESE, Pereira, 81:37).

Además, los datos obtenidos en este sistema de información se utilizaron para presentar los respectivos informes a las secretarías, ya que estas daban insumos a la ESE. Presentaban la información de trabajo de un mes determinado, información de los kits entregados, usuarios que llegaron, tamizajes realizados, actividades realizadas en campo, entre otras, ya que esta información solo podía ser validada por SISCO-SSR (ESE, Pereira, 81:38).

Las OBC, luego de adoptar el sistema de información SISCO-SSR vieron como útil el cargue de la información de los insumos, tanto cuando trabajaron en el Proyecto como los que les fueron donados por las secretarías. También consideraron ventajoso que en el SISCO-SSR se podía hacer una caracterización con los datos recopilados y se podían reportar los eventos en salud, con lo cual se dio un aproximado de la cobertura y las personas alcanzadas.

De igual manera, consideraron que una utilidad del sistema SISCO-SSR puede ser la generación de informes pertinentes respecto a la heroína, el consumo y los riesgos asociados a nivel nacional. Esto aportaría mucho a superar el problema de subregistro existente: aunque el Ministerio de Salud y Protección Social tiene las bases de datos del país, deja muchos datos por fuera. Por ejemplo, las muertes por sobredosis (OBC, Pereira). Sin embargo, vieron como una debilidad el tener que escanear los formatos y subirlos uno por uno, dado que era una tarea desgastante.

Para uno de los profesionales de la salud fue una gran ventaja la utilización del SISCO-SSR ya que se dispone de una plataforma para registrar las actividades, porque anteriormente se venían haciendo un trabajo de resocialización con las personas habitantes de calle y esas actividades quedaban sin registro (Profesionales de Salud, Pereira, 85:3).

Inclusive, se fueron cargando las actividades a la plataforma, aunque no se haya generado un tipo de vínculo contractual, la propuesta fue poder dejar la evidencia del trabajo que realizó la IPS durante cinco años en el trabajo con temas sociales (Profesionales de Salud, Pereira, 85:4).

El coordinador del programa de SSR en la Secretaría de Salud de Risaralda menciona que el registro de actividades es muy dispendioso, debido a que la entrega es individualizada y no le ve sentido a ingresar los datos en el sistema cada vez que entrega un paquete y desconoce si el registro individual tiene alguna trascendencia o beneficio (Secretaría Salud Risaralda, 87:23). La preocupación frente al uso de SISCO-SSR expresada por la Secretaría de Salud, es tan alta que, si la entrega de insumos es condicionada al diligenciamiento de los formatos, se considera la posibilidad de no tomar responsabilidad en la recepción de esos insumos (Secretaría Salud Risaralda 87:24). No obstante, este actor reconoce el valor de la información obtenida como el número de personas tamizadas, de resultados reactivos y el número de kits entregados de manera general y por persona.

La Secretaría de Salud de Pereira no refiere información particular al SISCO-SSR pero la coordinadora del componente de salud mental de la Secretaría de Salud menciona que ella no utiliza este sistema, pero que hace solicitudes al gestor, quien genera el informe a partir de este, por lo que no ha visto la necesidad de conocerlo a profundidad. Adicionalmente, menciona que sería útil poder hacer un seguimiento por caso, aprovechando el conocimiento de la población clave y teniendo como objetivo lograr que las personas se vean empoderadas, acompañadas y atendidas en su proceso (Secretaría de Salud, Pereira 86:16). Por su parte el referente en SSR de la Secretaría de Salud de Pereira menciona que tiene persona encargada de digitar la información y reconoce que con este sistema puede controlar la salida de preservativos y pruebas del inventario y dimensionar cuántas personas han sido intervenidas (Secretaría de Salud, Pereira 89:31).

La Secretaría de Salud y Seguridad Social de Dosquebradas refiere que la herramienta ha sido utilizada para el cargue de los registros de los insumos de la contrapartida, extraemos información para los informes y reuniones, pero el usuario que tenemos no nos permite ver otro tipo de información (Secretaría de Salud, Dosquebradas 73:28). Se menciona que *“la idea es implementar [SISCO-SSR] en todas las instituciones de salud, pero por ahora los únicos que la están utilizando son el grupo de ENTerritorio y nosotros digamos cuando hacemos la entrega de los preservativos, cuando hacemos las pruebas rápidas en el entorno comunitario, esa información es cargada, pero de resto, del municipio ninguna otra persona carga información allí”*. (Secretaría de Salud, Dosquebradas 73:29)

Ciudad de Bucaramanga

Para la Gestora el proceso de adopción del SISCO-SSR fue benéfico para la institucionalidad, pues así logró medir las acciones implementadas en los PIC. Bucaramanga fue la primera ciudad del área metropolitana que implementó el sistema de información. Sin embargo, señaló que inicialmente, hubo dificultad porque no había directrices claras para el seguimiento de actividades de promoción y prevención y los operadores dejaron de registrar su información. No había quedado muy claro quién haría el registro, si la Secretaría o la ESE. Además, la gestora señaló que se debería contratar una persona que solamente estuviera dedicada al registro de información y de todas sus actividades, pues es algo que no se ha dado hasta el momento.

Para la Gestora, la utilidad del SISCO-SSR se daba gracias al registro de los suministros que se entregaron en el PIC (condones, lubricantes, pruebas, entre otros) y que se podían estandarizar las actividades con las poblaciones, además de saber quién las estaba realizando. Este sistema de

información fue un logro muy importante del Proyecto, dado que así las instituciones y organizaciones se animarán a que su nombre y acciones aparezcan en una plataforma nacional, se motiven a que la gente participe y se apropie de los procesos.

Para la Gestora, otro uso del SISCO-SSR es que se puede tener un registro de la reactividad que está presentando el municipio en comparación con el resto del país, para así tomar decisiones entorno al refuerzo de las acciones de promoción y prevención y definir metas. Además, comentó que a la institucionalidad le ha servido para justificar recursos que se asignan al proceso. La importancia del sistema de monitoreo y evaluación es que deja ganancias para el municipio y deja evidencias para el país en cuanto a la respuesta y el cumplimiento de la meta 90-90-90.

Otro logro que destacó de su gestión fue que, gracias al apoyo recibido por las instituciones y varios funcionarios, se pudo dejar dentro de los contratos del PIC que el uso de este sistema de información fuera obligatorio.

Ciudad de Cartagena

Desde la Secretaría de Salud de Cartagena se conocía el sistema DIME, que fue implantado desde la primera fase del Proyecto, la secretaría tiene a dos auxiliares técnicas de enfermería que fueron capacitadas en el DIME y en consecuencia la transición hacia SISCO-SSR fue sencilla. En cuanto a la utilización del SISCO-SSR se invitaron a las IPS y a la ESE que se consideraron que tenían el mayor número de población, para que fueran capacitadas en el sistema de información. Igualmente, se reconoce que en la asesoría previa a la prueba hay que poner toda la información que se necesita y después, el personal que hace el ingreso de la información tiene que hacerlo uno a uno, lo cual es extremadamente dispendioso y por ello, resulta complicado contratar desde la secretaría a personal que realice las actividades.

Por su lado, la Secretaría Departamental trabajó con el sistema de información SISCO-SSR y, gracias al Proyecto, tuvieron una capacitación en el 2019 articulada con la Secretaría Distrital. Como ente departamental están usando esta información, pero indica que este mismo sistema debería ser trasladado a los entes municipales, para poder mostrar un mayor impacto a nivel nacional. Se identifica como gran utilidad este sistema ya que se podía tener el dato concreto de las actividades realizadas, así como mejores datos de qué población se estaba impactando más e identificando a qué población no se le estaba dando el enfoque que se debería dar. Asimismo, se ve la utilidad del sistema para observar los indicadores de las actividades de promoción y prevención y hacer un seguimiento de estas actividades. Por ejemplo, de las personas que aceptaron tomar la APV, cuántas de estas accedieron a realizarse la prueba de tamizaje y hayan sido reactivas y de estas determinar a cuáles se podía hacer el seguimiento.

Ciudad de Barranquilla

La adopción del sistema fue incipiente, la secretaría aportó un computador y una impresora para realizar este proceso y se mandó información a través del sistema; no obstante, no se dio continuidad al ingreso de información en los últimos meses, porque el contrato de la persona encargada finalizó.

La Subsecretaría de Salud Pública Departamental reconoce que es un buen sistema de información, completo y permite consolidar la información para ser consultada posteriormente. Mencionan que el aplicativo lo tienen todas las OBC de los municipios priorizados y recomiendan una disminución de la cantidad de información disponible, o una mayor flexibilidad en la consulta:

“A veces en terreno necesitamos ser un poco más rápidos y proactivos y, a veces, ese tema de documentación en el momento de hacer las pruebas de tamizaje, pues a veces se convierte en un digamos una barrera para el flujo del transcurso de las jornadas. Se demora un poquito siempre, digamos que el ejercicio teniendo en cuenta que hay que enviar tantos documentos”.
 (Subsecretaría Departamental)

Por su parte, la Secretaría Distrital menciona que es necesario fortalecer la recolección y sistematización de la información, que el sistema está disponible y se han subido los soportes, pero no se documenta como tal las acciones.

Recomendaciones de los actores entrevistados

- En cuanto a la recolección de datos, se sugiere que se realice en tiempo real, mediante la utilización de un dispositivo móvil (por ejemplo, tablets), para que quedara digitalizado simultáneamente, con el fin de evitar la utilización de los formatos en físico. De igual manera, se podría hacer una revisión y ajuste en el aplicativo, para desarrollar funciones más intuitivas y predictivas.
- Se sugiere disminuir la cantidad de variables a ser recolectadas, por ejemplo, para las actividades de entrega de preservativos.
- La posibilidad de consultar por número de documento de identificación y que el sistema pueda cargar los datos automáticamente, en el momento de hacer un nuevo registro.
- Disponer de una persona contratada que se dedique al manejo del sistema de información, dado el tiempo que se requiere para cumplir con las actividades relacionadas.

5.6 Matriz DOFA

A partir de la evaluación de las características del software, la evolución de DIME a SISCO-SSR, la integración del SISCO-SSR al SISPRO, el registro de las experiencias del uso y la implementación del sistema de información, en cada una de las ciudades mencionadas, se identificaron las principales fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, en una matriz DOFA (Tabla 46).

Tabla 46. Matriz DOFA del uso e implementación de SISCO-SSR

| Matriz DOFA | |
|---|---|
| <p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pesar de que cuenta con salidas de información no existen reportes automatizados de gráficos o tablas que den cuenta de los indicadores, estos actualmente se construyen manualmente. • El sistema no permite actualizar la cantidad de paquetes recibidos de un mismo usuario, ocasionando que sea necesario registrar el mismo usuario todas las veces que este se presente a una actividad. • Para algunos actores el manejo de la herramienta no se considera fácil, algunas personas no están familiarizadas con las siglas, afectando la calidad y eficiencia del proceso de registro. • El sistema requiere recolección de información en formato físico y luego digitalizar la información. • En algunos casos se considera que los formatos son extensos. • Escanear los documentos se considera como una actividad que toma mucho tiempo. Se referencia que no siempre se cuenta con la infraestructura necesaria para que el proceso sea eficiente. • En algunas ocasiones, la plataforma constantemente se caía y la información registrada por el digitador no se guardaba, lo cual implicaba mayor tiempo para la sistematización de la información. • Se presentan dificultades en el manejo de cerrar un caso en el módulo de canalización, se reporta que no puede hacerse por etapas, como antes, y en los casos de reabrir los procedimientos para hacer ajustes. | <p>Oportunidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> • A pesar de que el sistema SISCO-SSR se considera como una herramienta amigable con el usuario, es susceptible de mejorar su interfaz. • Contar con un manual de auditoría o de verificación de datos del registro. • Contar con un desarrollo para App que permita disminuir los tiempos de digitación y digitalización de los formatos. • Puede tenerse en cuenta como una fuente de información para diferentes usos. Por ejemplo, en el caso de estudio de seroprevalencia, como uno de los insumos para la estimación del tamaño de muestra. • Se podría hacer el seguimiento de cada caso, lo cual podría hacer sentir a las personas acompañadas, fomentar su empoderamiento y favorecer la atención oportuna. |

| | |
|---|---|
| <p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para la versión adaptada de DIME se incluye la variable documento de identidad, lo cual facilita los cruces de información y la trazabilidad del usuario en el sistema. • Al contar con una variable poblacional, permite a los entes territoriales identificar los grupos vulnerables que asisten a las diferentes actividades, lo cual facilita identificar otras poblaciones beneficiadas indirectamente por el Proyecto. • Posibilidad de registro de pruebas de hepatitis B y C, y sífilis. • En la versión de SISCO-SSR– SSR se estandariza y simplifica el sistema DIME, para ser implementado en los entes territoriales, como herramienta de soporte de las acciones de promoción y prevención en VIH. • A pesar del poco tiempo de su implementación y puesta en producción, ha tenido una recepción favorable en la mayoría ciudades piloto. • Con la implementación de la nueva versión, se logró la recolección de información personal y la firma como aprobación para el ingreso de datos relacionados con consentimiento informado previo. • Como el sistema capta información no redundante con respecto a otras fuentes de información tiene la posibilidad de integrarse al Sistema Integrado de Información de la Protección Social – SISPRO. • Las variables que se recolectan en el sistema de información permiten la realización de análisis diferencial, geográfico y desagregado por otras variables de interés. • Sistema útil para consolidar información, sistematizar seguimientos en el proceso de canalización a servicios de salud, presentar informes, documentar las acciones de la respuesta local y tomar decisiones para la planeación de las actividades. • Permite cuantificar las personas beneficiarias de las actividades de promoción y prevención. | <p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • La utilización de otro sistema de información que parezca más fácil puede provocar resistencia y afectar la adopción de uno nuevo. • El uso del sistema requiere de tiempo, puede representar una tarea extra para el personal de salud. En algunos casos, puede que no se cuente con el personal suficiente para llevar a cabo las actividades necesarias para el sistema de información. • No se cuenta con norma que establezca el uso obligatorio del sistema de información por las entidades territoriales. • No todos los actores reconocen la funcionalidad y trascendencia de diligenciar la información en SISCO-SSR– SSR. • Alta rotación de personal hace que se requieran capacitaciones continuas. |
|---|---|

Fuente: elaboración propia



Conclusiones y recomendaciones



A continuación, se presentan las conclusiones y recomendaciones generales de la evaluación de desempeño, de efectos directos del Proyecto y de los efectos de la implementación de SISCO-SSR.

6.1 Evaluación de desempeño

Objetivo 1. Fortalecer capacidades institucionales de los agentes de la respuesta (ET, OSC, SS), para contribuir al acceso efectivo de poblaciones clave a servicios de promoción de la salud, prevención de las ITS y VIH y atención Integral del VIH/Sida, sin estigma, ni discriminación en 6 departamentos y 7 ciudades

Como lo muestra la Ilustración 10, en términos generales las acciones realizadas durante el periodo 2017 a segundo trimestre 2019 permitieron cumplir el objetivo 1 del Proyecto.

Ilustración 10. Cumplimiento del objetivo 1 del Proyecto



Fuente: elaboración propia

Asistencia técnica

¿El acompañamiento y asesoría por parte del equipo de ENTerritorio contribuyó al fortalecimiento de capacidades de los diferentes actores en las ciudades priorizadas?

La asistencia técnica por parte de los equipos locales de ENTerritorio fue determinante para el fortalecimiento de los actores institucionales y comunitarios para la ampliación de la respuesta. Se resalta que la asistencia contribuyó a vincular en la respuesta a las ESE, a las EAPB y a otras secretarías

de salud diferentes a las priorizadas (Bello, Itagüí, Envigado, Antioquia, Risaralda, Dosquebradas, Bolívar y Atlántico). Asimismo, se dio el fortalecimiento de la respuesta a través del manejo de la información que se estandarizó a través de las capacitaciones en el uso del SISCO-SSR.

Recomendaciones

- Identificar las necesidades de capacitación de las OBC para futuros ejercicios de asistencia técnica, ya que no presentan los mismos requerimientos las OBC de mayor trayectoria respecto a aquellas que apenas comienzan a posicionarse.
- Incluir en la asistencia técnica componentes de salud mental y emocional para la población clave.
- Gestionar con las EAPB y su red de prestadores la inclusión en sus planes de capacitación temas de abordaje diferencial y superación del estigma y la discriminación para la población clave.
- Generar una estrategia de capacitación virtual certificada que permita mantener las capacitaciones y asesorías técnicas hacia los diferentes actores de la respuesta local al VIH. Esto contribuye a contrarrestar la rotación de personal y a mantener actualizados a los profesionales de la salud en enfoque integral y estigma y discriminación.

Intersectorialidad

¿Se han consolidado espacios de articulación intersectorial para abordar la respuesta local al VIH?

En las ciudades donde ya existían los espacios intersectoriales como mesas o comités de VIH, pero no estaban funcionando, fueron reactivados a través de la convocatoria a diversos actores y la adopción de tareas de coordinación por parte de los equipos locales de ENTerritorio. En el caso de las ciudades con espacios intersectoriales activos, el equipo local logró la articulación de las dinámicas de las mesas o comités de VIH con las acciones del Proyecto para mejorar la respuesta local al VIH.

Aunque la labor de los equipos locales de ENTerritorio en la consolidación de los espacios de articulación fue determinante, es necesario reconocer la disposición e interés de los diferentes actores como un factor clave en el desarrollo de los espacios de articulación. No obstante, se identificó que en algunas ciudades la existencia de espacios intersectoriales no garantiza que existan consensos, ni que la Ampliación a la Respuesta sea conjunta y homogénea.

¿Se ha logrado generar una articulación efectiva de las acciones del Acuerdo de Subvención con las mesas LGTBI y organizaciones de base comunitaria de población clave en las ciudades priorizadas?

Las mesas LGBTI, al ser un espacio de encuentro y reconocimiento entre diversos actores, posibilitaría el establecimiento de estrategias y actividades dirigidas a la Ampliación de la Respuesta. Sin embargo, la Ampliación de la Respuesta al VIH no es la única temática de las mesas LGBTI, por lo que no es prioridad en varias agendas de trabajo. Esto relativiza el logro de una efectiva articulación de acciones; en su lugar se puede establecer que el Proyecto logra un acercamiento con las mesas LGBTI para la socialización de las acciones, para el contacto y acercamiento con población clave y OBC y para la coordinación para el acompañamiento de las acciones extramurales de promoción y prevención con enfoque comunitario a los eventos y actividades organizadas por las mesas.

En el caso de las OBC, se identificó que los procesos coordinados para la promoción y prevención están relacionados con la articulación de acciones del Proyecto con las OBC. Si bien en el 2017 las OBC asumieron las acciones del Proyecto al ser contratadas directamente por ENTerritorio, en 2018 existieron dificultades para articular las acciones entre los equipos de las OBC y los profesionales de la salud de las ESE, lo que dificultó la ejecución de acciones. En 2019 varias OBC se distanciaron de las acciones del Proyecto al no estar vinculadas contractualmente. En síntesis, la articulación con las OBC no ha sido un proceso permanente y depende de la vinculación contractual que se establece en relación con el Proyecto. No obstante, en algunas ciudades se logró con algunas OBC este tipo de articulación en cuanto se complementaron las acciones de las organizaciones con las acciones de promoción y prevención del Proyecto, aún sin una relación contractual de por medio.

¿Se realizan procesos coordinados con los diferentes actores de la respuesta para la promoción de la salud, la prevención de la infección por VIH, con el fin de ampliar la respuesta institucional con enfoque de vulnerabilidad en las poblaciones clave?

Los procesos coordinados entre los diferentes actores de la respuesta se han logrado en la medida que los actores involucrados participan en los espacios de articulación intersectorial y reconocen el rol que desempeñan en la Ampliación de la Respuesta. La coordinación de procesos se ha fortalecido gracias a la posibilidad de interlocución que propiciaron y promovieron los espacios intersectoriales. También ha aportado la identificación de los alcances y limitaciones que cada actor tiene frente a la Ampliación de la Respuesta.

La coordinación de procesos ha tenido dificultades especialmente con los actores involucrados directamente con las acciones de promoción y prevención (OBC y ESE) y en particular en los momentos de transición de cada uno de los esquemas de contratación bajo el enfoque comunitario. Esto obedece a que las OBC y las ESE en este proceso experimentan cambios en sus roles y funciones y la adaptación a ello les plantea desafíos.

Recomendaciones

- Fortalecer las acciones adelantadas en los espacios intersectoriales que promuevan consensos y acciones comunes en relación con la Respuesta, diferentes a las dinámicas de rendición de cuentas.
- Fortalecer las acciones de incidencia política con los gobernadores y alcaldes para la inclusión en los planes de gobierno y planes territoriales de salud, acciones orientadas a la ampliación de la respuesta al VIH en la población clave.
- Seguir con el fortalecimiento de la respuesta del VIH en los espacios intersectoriales con el fin de garantizar la sostenibilidad de las acciones en las ciudades priorizadas.

Fortalecimiento de servicios institucionales

¿Se ha logrado una articulación efectiva entre las acciones desarrolladas en el Acuerdo de Subvención y las actividades PIC contratadas por las secretarías de salud de las ciudades priorizadas?

Una de las condiciones necesarias para la articulación de las acciones del Proyecto con las actividades

del PIC consistió en la inclusión de acciones específicas orientadas a la población clave. En general, las actividades de prevención y tamizaje no son muy diferentes a las que ha implementado tradicionalmente el PIC con población general, el valor agregado de esta articulación consiste en la inclusión de estrategias para localizar y abordar a la población clave.

Esta articulación se realizó a través de las ferias de servicios de salud que lidera las secretarías de salud, en donde se llevaron a cabo las actividades de promoción y prevención con enfoque comunitario abordando de manera más efectiva a la población clave, especialmente a mujeres trans.

¿Se han incluido acciones específicas de prevención y tamizaje en VIH para poblaciones clave en el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) en cada una de las ciudades priorizadas? ¿Cuáles son las características de las acciones incluidas?

Si bien en todas las ciudades priorizadas se logró vincular acciones del Proyecto en el PIC (en algunos casos con las secretarías de salud departamentales), se presentaron dificultades en el establecimiento de las metas de contrapartida. Para algunas secretarías de salud las metas no eran acordes a la densidad de la población clave de las ciudades, lo que dificultaría su cumplimiento. En los PIC de las ciudades priorizadas se ha incluido la compra de condones y de pruebas de tamizaje para la población clave.

¿La red de prestadores de servicios de salud facilita prioritariamente el acceso al diagnóstico y atención integral desde un enfoque de vulnerabilidad y de reducción del estigma y la discriminación?

En las diferentes ciudades, a través de las acciones de articulación del Proyecto, las secretarías de salud, las ESE y EAPB han realizado esfuerzos para facilitar el acceso al diagnóstico y a los servicios de salud a la población clave. El fortalecimiento, e incluso la creación, de las Rutas de Atención en VIH evidencia un enfoque diferencial al especificar cómo es la atención prioritaria a la población clave. No obstante, todavía persisten barreras de orden institucional y administrativo que en ocasiones dificultan el acceso al diagnóstico.

Frente a la reducción del estigma y la discriminación, la red de prestadores de las diferentes ciudades recurre a la capacitación de los profesionales de salud en enfoque diferencial y respeto por las orientaciones e identidades sexuales de la población clave. Sin embargo, estos procesos de capacitación aún no están institucionalizados y tienden a ser optativos; además, desde el punto de vista de la población clave aún falta por mejorar este aspecto, ya que se refiere con frecuencia situaciones de estigma y discriminación.

¿Se cuenta con una ruta de atención en salud para población clave en las ciudades priorizadas? ¿Cuál ha sido su grado de implementación?

Todas las ciudades cuentan con una ruta de atención en salud para la población en general, el aporte del Proyecto ha sido en facilitar el acceso a la ruta de la población clave con resultado reactivo. Se percibe que gracias al Proyecto se están implementando las rutas con la participación activa de las EAPB y los demás actores que forman parte de la respuesta a nivel local. En este momento podría argumentarse que el grado de implementación está dado en lo local por el mejoramiento

de los tiempos de acceso al diagnóstico e ingreso a un tratamiento. Aunque los casos de población migrante no regularizada y población PID, por su baja adherencia a los servicios de salud, dificultan la implementación de la ruta.

¿Las organizaciones de la sociedad civil participan en el seguimiento a la implementación de la ruta de prevención de ITS – VIH y atención a PVVS con enfoque de vulnerabilidad?

Tradicionalmente las OSC se han empoderado de las actividades de seguimiento y control social a la implementación de la ruta, mediante el acompañamiento de la población clave en su proceso de ingreso a la ruta de atención y avalando la oportunidad y buen trato en los servicios ofertados por los diferentes actores de la Respuesta. El Proyecto ha evidenciado que otros actores se han involucrado en el seguimiento y control a la ruta. Mediante la participación en espacios intersectoriales como las mesas o comités de VIH, actores como los entes de control y las mismas ESE y EAPB realizan también actividades de seguimiento.

Recomendaciones

- Adoptar las Guías de atención a población clave por parte de las EAPB y su red de prestadores, para que la rotación de personal no afecte el abordaje con enfoque diferencial.
- Generar mecanismos vinculantes para asegurar la contrapartida de la entidad territorial con las especificaciones dadas por el Proyecto desde su momento inicial.
- Continuar con el acompañamiento de las EAPB para garantizar el cumplimiento de la ruta de atención integral.
- Incluir la población migrante en las acciones de promoción y prevención en la respuesta local al VIH.
- Continuar con el proceso de cedulación de las mujeres trans en todas las ciudades priorizadas.

Objetivo 2. Ampliar acciones de prevención, inducción al diagnóstico y acompañamiento para el acceso a servicios de prevención y atención integral de calidad en poblaciones más afectadas (HSH, MTRANS y PID) en 4 ciudades priorizadas

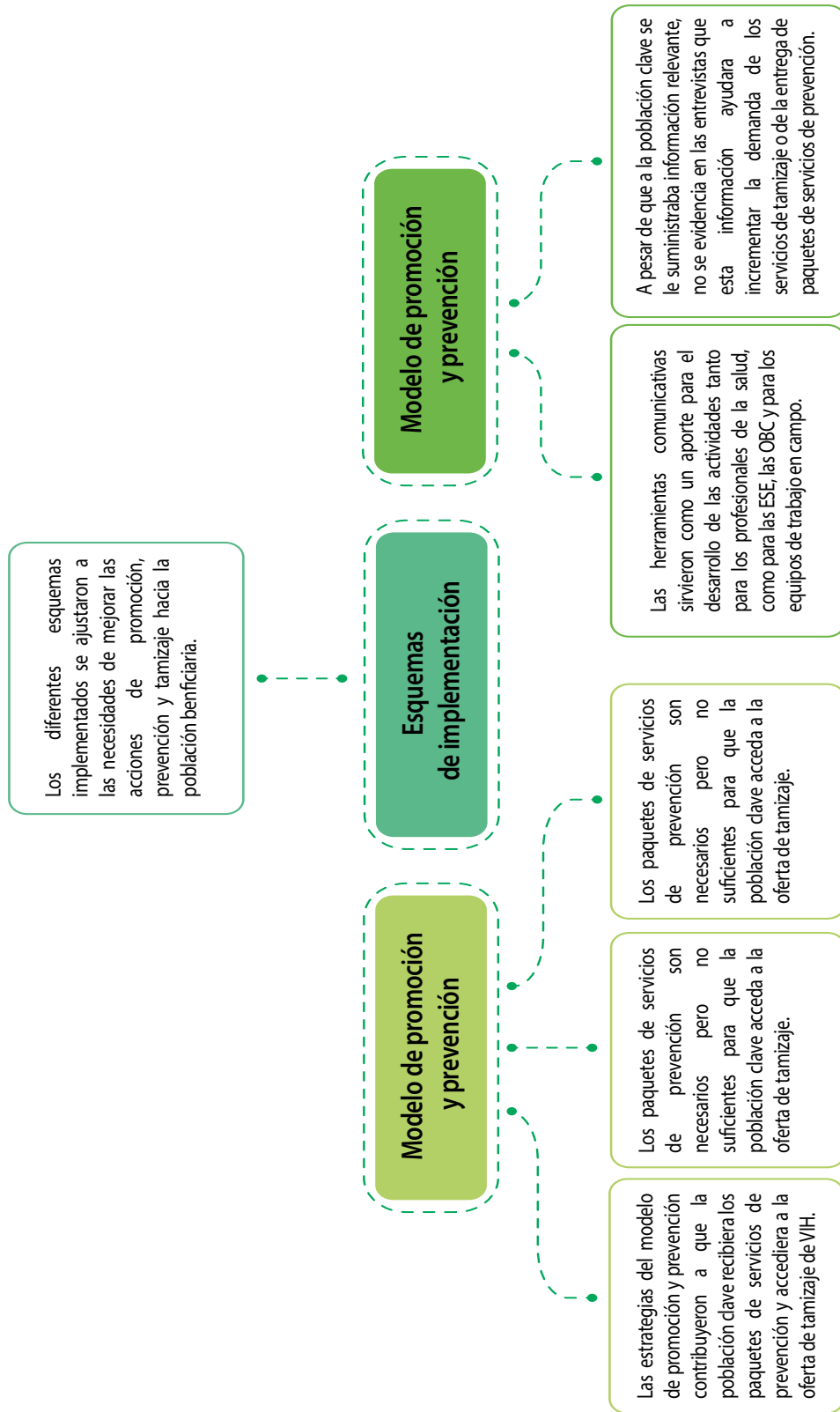
Como lo muestra la Ilustración 11, en términos generales, las acciones realizadas durante el periodo 2017 a segundo trimestre 2019 dieron respuesta al objetivo 2 del Proyecto.

Modelo de promoción y prevención

¿Las estrategias que desarrolla el modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario desde el año 2017 en las ciudades de Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y Pereira, han sido eficaces para que la población clave (HSH, MTRANS y PID) acepte y reciba los paquetes de servicios de prevención de VIH?

En la mayoría de las ciudades las estrategias desarrolladas alcanzaron las metas propuestas para la población clave. La flexibilización de horarios de los equipos en terreno, el trabajo con pares y la vinculación con ferias de servicios y eventos propios de las comunidades LGBTI fueron fundamentales para la recepción de paquetes de servicios de prevención de VIH. No obstante, frente a la atención

Ilustración 11. Cumplimiento del objetivo 2 del Proyecto



Fuente: elaboración propia

a mujeres trans persisten barreras, por desconocimiento de su condición o sus necesidades o por estigmatización. El acercamiento con mujeres trans sigue generando desafíos para la ampliación de la respuesta. Adicionalmente se percibe que las acciones pueden reforzar estigmas donde se relaciona el VIH con identidades y orientaciones sexuales diversas.

¿Los paquetes de servicios de prevención son incentivo para que la población clave acceda a la oferta de tamizaje de VIH?

Para algunos actores la entrega de kits representaba un incentivo para que la población clave accediera a las pruebas de tamizaje. Para otros actores, la sola entrega de preservativos y lubricantes no es suficiente para motivar el tamizaje, para ello se requiere de actividades de formación y asesorías previas.

Otros actores, como en el caso de PID, consideran que los paquetes no son un incentivo para la realización de la prueba de tamizaje, dado que no todas las personas que se inyectan drogas desean conocer su estado serológico, pero sí recibir los paquetes. En estos casos la realización de la prueba estuvo más ligada a otros factores como la apropiación de los temas por parte del usuario, la actitud del personal que estaba ofertando y el vínculo afectivo generado con la población.

Recomendaciones

- Fortalecer los procesos de apoyo psicosocial en mujeres trans y PID como estrategia para aumentar la demanda de tamizajes.
- Continuar con la articulación de las estrategias de promoción y prevención con la oferta de otros servicios institucionales como vacunación, citas de medicina general, atención psicológica, entre otras, para que el abordaje integral a la población clave aumente la demanda de tamizajes.
- Complementar el paquete de servicios educativos dirigidos a las mujeres trans con temas y actividades que aborden otras dimensiones de sus realidades.
- Continuar con las actividades culturales para abordar a la población clave y así lograr la entrega de paquetes de servicios educativos y las acciones de tamizaje.
- Para la población PID, continuar con las pruebas confirmatorias realizadas en campo.
- Dar continuidad a las actividades que promovieron la generación de estrategias propias de pedagogía en temáticas sexuales y autocuidado en las poblaciones clave.
- Continuar con la exploración de otros sitios de abordaje a la población, más allá de los sitios tradicionales de encuentro y hacer mayor difusión de las actividades.

Esquemas de implementación

¿Cuál de los diferentes esquemas de implementación del modelo utilizados desde el 2017 para el alcance de población clave, ha sido el más eficaz, costo efectivo y sostenible para los propósitos de la respuesta local y nacional al VIH?

De conformidad con el Acuerdo de Subvención para la Ampliación de la Respuesta al VIH, el objetivo número 2 busca ampliar las “acciones de prevención, inducción al diagnóstico y acompañamiento para el acceso a servicios de prevención y atención integral de calidad” en la población clave (HSH,

MTRANS y PID). En este sentido el alcance de la población clave se logra con el desarrollo de acciones de promoción y prevención y la realización de tamizajes.

Los esquemas de implementación utilizados se resumen a tres esquemas de contratación. El primero de ellos consistió en la contratación directa de las OBC por parte de ENTerritorio, donde las organizaciones asumían las acciones de promoción, prevención y tamizaje; este esquema se implementó a partir de 2017, se extendió a 2018 y en Bogotá estuvo la zona Sur Occidente hasta mayo de 2019.

El segundo esquema se basó en la contratación directa de las ESE con la condición de que ellas vincularan OBC. Mientras las OBC se encargaban de las actividades de promoción y prevención (entrega de paquetes, sensibilización), las ESE asumían la realización de las pruebas de tamizaje. Este esquema empezó a implementarse en el segundo semestre del año 2017 en Bogotá con algunas ESE para poder abordar algunas zonas de la ciudad, pero se extendió a las ciudades priorizadas en el año 2018.

El tercer esquema mantuvo la contratación de las ESE, en 2019, pero ya no estaban obligadas a contratar con OBC, en su lugar se implementó la contratación de pares o agentes comunitarios.

En el apartado denominado “Índice de desempeño de los operadores del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario”, se desarrolló un índice compuesto para analizar el desempeño a partir de la *eficacia* en el cumplimiento de metas, la *eficiencia* en la provisión de los servicios y la *efectividad* de las acciones realizadas de cada uno de los operadores del modelo por ciudades y por años.

Empleando medias geométricas sobre estos índices se puede establecer la media de desempeño de cada uno de los esquemas de implementación para cada una de las acciones realizadas (Tabla 47).

Tabla 47. Media geométrica del índice de desempeño por esquemas de implementación

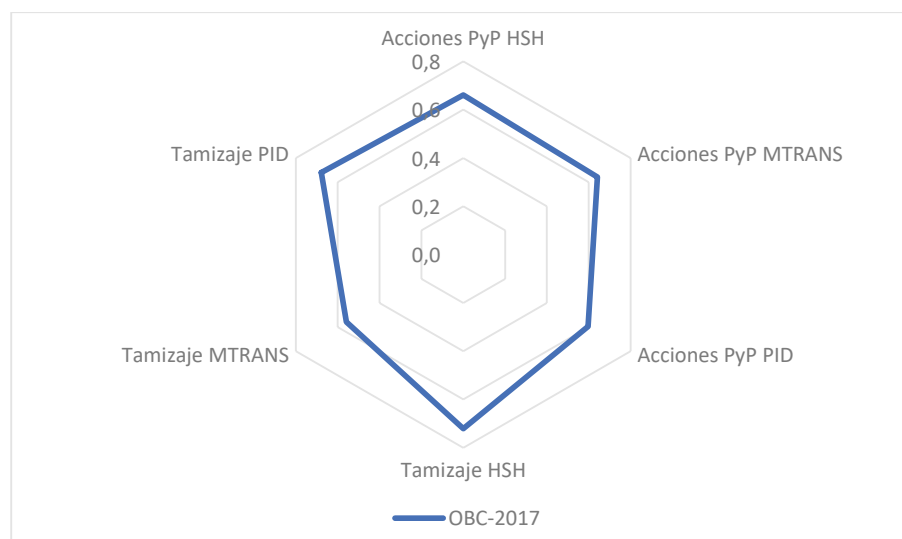
| Año | Esquema | Promoción y prevención | | | Tamizaje | | |
|------|--------------|------------------------|--------|------|----------|--------|------|
| | | HSH | MTRANS | PID | HSH | MTRANS | PID |
| 2017 | OBC | 0,66 | 0,64 | 0,60 | 0,72 | 0,56 | 0,68 |
| 2018 | OBC | 0,73 | 0,68 | 0,85 | 0,69 | 0,68 | 0,90 |
| 2018 | ESE-OBC | 0,78 | 0,64 | 0,45 | 0,78 | 0,82 | 0,50 |
| 2019 | OBC* | 0,84 | 0,71 | 0,93 | 0,86 | 0,83 | 0,62 |
| 2019 | ESE- Agentes | 0,79 | 0,68 | 0,76 | 0,89 | 0,75 | 0,80 |

**Estos datos corresponden a las OBC que aún estaban contratadas en Bogotá*

Fuente: elaboración propia

En 2017, bajo el esquema de contratación directa a las OBC, estas tuvieron un desempeño medio tanto en acciones de promoción y prevención como en acciones de tamizaje en HSH, MTRANS y PID (Gráfica 1).

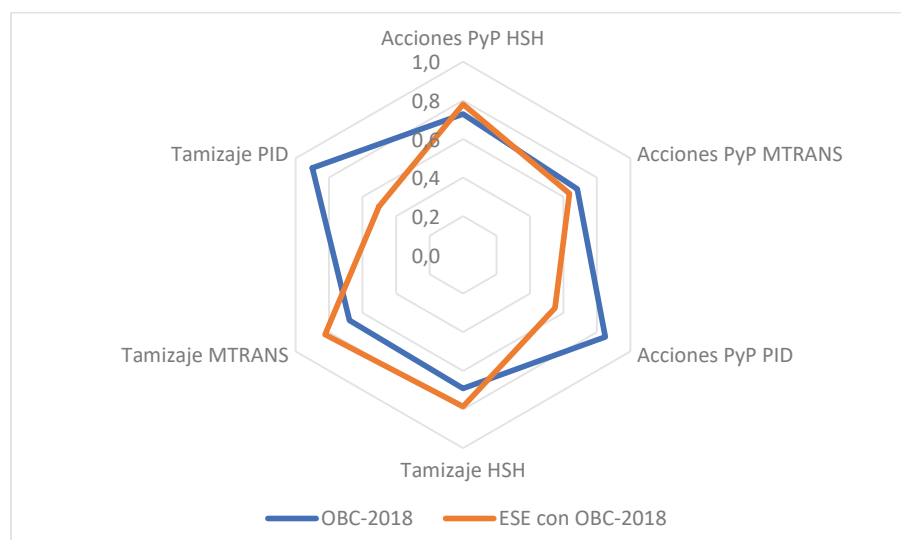
Gráfica 1. Desempeño esquema de implementación contratación OBC, 2017



Fuente: elaboración propia

Para el 2018, el desempeño de las OBC mejoró, excepto en los tamizajes a HSH. A pesar de esta mejoría, solo el desempeño de las acciones de promoción y de tamizaje en PID pasaron a un nivel alto. En este mismo año cuando empezaron a ser contratadas las ESE directamente y estas a su vez contrataban con las OBC, el desempeño en tamizajes a HSH y mujeres trans superó al desempeño presentado por las OBC, pero tuvo resultados bajos en tamizajes y acciones de promoción en PID (Gráfica 2).

Gráfica 2. Desempeño esquemas de implementación contratación OBC y ESE-OBC, 2018

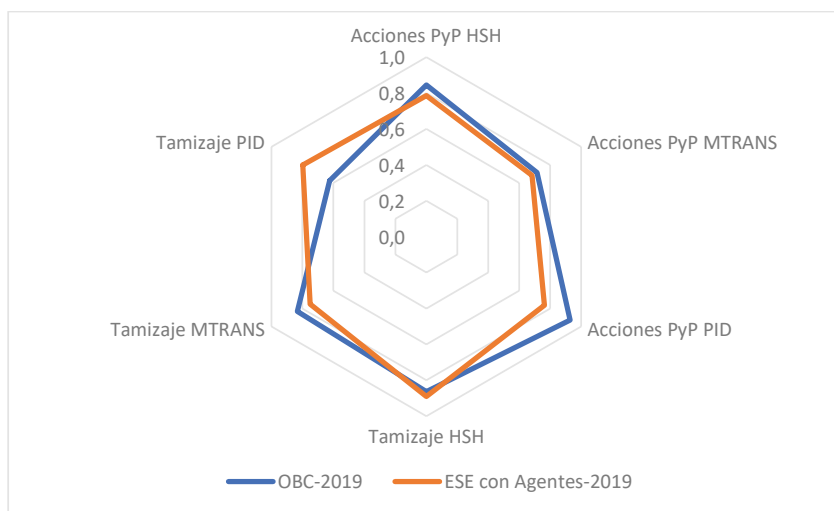


Fuente: elaboración propia

Para el 2019, las ESE que contrataron agentes comunitarios mejoraron su desempeño en cuanto a las acciones de promoción en PID y la realización de tamizajes en HSH y PID. Por su parte, las OBC

mejoraron en todos los índices excepto en tamizajes a PID. Es de aclarar que para este año solo en Bogotá se encontraban contratadas la Unión Temporal entre dos de manera directa, por lo tanto, este resultado no aplica a todas las ciudades priorizadas (Gráfica 3).

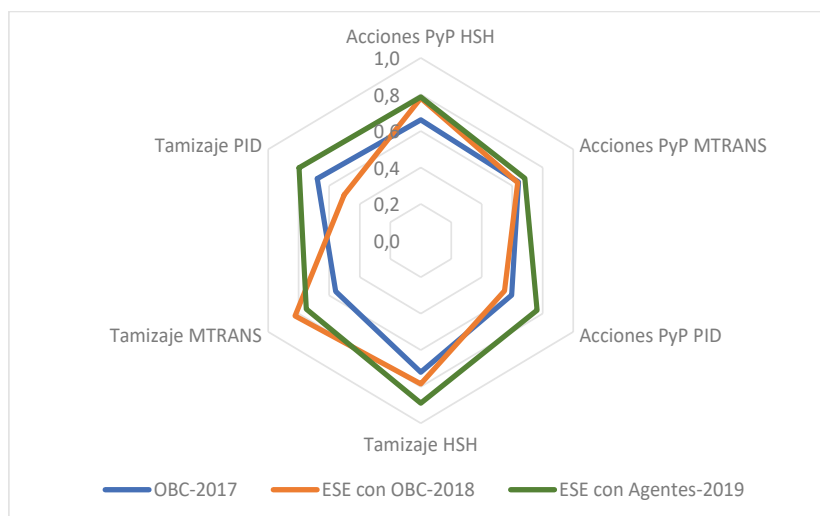
Gráfica 3. Desempeño esquemas de implementación contratación OBC y ESE-Agentes, 2019



Fuente: elaboración propia

Al comparar los tres esquemas de contratación en su primer año de implementación, a partir de los índices de desempeño de las OBC en 2017, de las ESE-OBC en 2018 y de las ESE- Agentes de 2019, se concluye que el desempeño del modelo ESE-OBC de 2018 fue mejor en las acciones de tamizaje en mujeres trans y HSH y en las acciones de promoción y prevención en HSH, respecto al desempeño de las OBC en 2017. En las acciones de promoción a HSH el desempeño de los dos esquemas fue similar. Solo en las acciones orientadas a PID el esquema OBC de 2017 tuvo mejor desempeño (Gráfica 4).

Gráfica 4. Desempeño de esquemas de implementación contratación OBC 2017, ESE-OBC, 2018 y ESE Agentes, 2019 - Fuente: elaboración propia



También se observa (Gráfica 4) que el desempeño del esquema de contratación ESE-Agentes de 2019 superó el desempeño de los dos esquemas anteriores en casi todas las acciones, excepto en los tamizajes a mujeres trans.

En la Gráfica 4 también se observa cómo el esquema ESE-Agentes engloba los otros esquemas, a partir de esto se concluye que hasta el momento el modelo de contratación de 2019 es el de mejor desempeño en cuanto a la eficacia en el cumplimiento de metas, la eficiencia en la provisión de servicios y la efectividad de las acciones ejecutadas en relación con la promoción, prevención y tamizajes.

Recomendaciones

- Profundizar en la difusión de la Guía de contratación de OBC en donde se explican los diferentes procesos de contratación pública.
- Se recomienda que, para futuros procesos de implementación del modelo de promoción y prevención con enfoque comunitario, de acuerdo con los resultados del índice de desempeño se continúe con el esquema de contratación ESE-Agentes, porque fue el que tuvo mejor resultado en los indicadores de eficacia, eficiencia y efectividad en las acciones de Acciones de promoción y prevención con enfoque comunitario para las poblaciones HSH, MTRANS y PID, y para las acciones de tamizaje para HSH y PID, en comparación con los otros esquemas de implementación del modelo
- Teniendo en cuenta que el esquema de contratación ESE-Agentes fue el que tuvo un mejor desempeño, se sugiere que para el abordaje de las MTRANS implementen estrategias de atención integral humanizada en donde se incluya: acompañamiento psicosocial, actividades educativas sobre autocuidado, procesos de hormonización, entre otros, de acuerdo con las necesidades de esta población
- Fortalecer en conjunto con las OBC y los espacios intersectoriales la comprensión sobre el modelo comunitario en el marco de la Ampliación de la Respuesta al VIH, su alcance, formas de realización y sostenibilidad.

Estrategias de comunicación

¿Las guías, documentos y materiales desarrollados por el Acuerdo de Subvención, fortalecieron la capacidad de los actores locales para la respuesta del VIH?

Los documentos elaborados por el Proyecto sirvieron como un aporte para el desarrollo de las actividades tanto para los profesionales de la salud, como para las ESE, las OBC y para los equipos de trabajo en campo. Por ejemplo, los profesionales de la salud señalaron la utilidad de los rotafolios y las guías como medio de recordación para el abordaje.

Sin embargo, la aplicación móvil que contenía la guía de atención para la población no era conocida por la mayoría de las personas entrevistadas y quienes conocían el aplicativo no hacían uso de él.

¿Se considera que los materiales de comunicación digital contribuyeron a incrementar la demanda de los servicios de prevención y oferta de tamizaje en las ciudades priorizadas?

Las estrategias de comunicación digital sobre las acciones de promoción y prevención del Proyecto

mediante la utilización de redes sociales virtuales como Facebook y WhatsApp y las aplicaciones de citas, han contribuido a que la población clave acceda a la oferta de los servicios de prevención y a las pruebas de tamizaje. Además, las piezas digitales permitieron que se articulen mejor las acciones con los distintos eventos realizados desde otros sectores.

Recomendaciones

- Diseñar estrategias de comunicación sobre la prevención combinada, incluido el uso del PrEP, ya que se está difundiendo desinformación al respecto, lo cual genera prácticas sexuales riesgosas dentro de la población clave.
- Continuar e insistir en el uso de las redes sociales como medio de comunicación para la difusión masiva de información.
- Divulgar la aplicación móvil sobre las guías de atención a la población clave.
- Generar procesos de uso y construcción conjunta con los profesionales de la salud de los materiales del Proyecto para generar una mayor apropiación sobre los mismos.

Sostenibilidad de las acciones de la respuesta al VIH

El Estado colombiano desde 1988 ha desarrollado varias estrategias para contener la epidemia del VIH, entre ellas se destaca el Modelo de gestión programática en VIH/SIDA de 2006, que desarrolló los siguientes objetivos: (i) contener la epidemia del VIH, (ii) detectar tempranamente la infección por VIH y (iii) detener la progresión de VIH a SIDA y la aparición de resistencias al TAR.

“Este Modelo de gestión programática para el VIH/SIDA busca abordar la problemática desde la fase previa al proceso patológico, desarrollando actividades de promoción de la salud sexual y reproductiva, de modificación de los macrodeterminantes relacionados con la transmisión del VIH/SIDA y de la protección específica, que se articulen con las intervenciones que se realizan en la red primaria de atención del usuario y en el ámbito comunitario”. (Ministerio de la Protección Social, 2006, p. 29)

Además, este modelo propende en generar condiciones para que la población clave acceda con el menor número de barreras posibles a las asesorías y pruebas rápidas de tamizaje, *“respetando el carácter voluntario, consentido y confidencial de la prueba y ofreciendo los mejores estándares de calidad posibles”.* Menciona que a través de la movilización social la población clave conozca la existencia e importancia de las asesorías pre y post y de las pruebas rápidas de tamizaje, con el fin de que respondan de manera positiva y demanden estos servicios (Ministerio de la Protección Social, 2006, p. 36).

Por lo tanto, este Modelo de gestión programática establece las relaciones entre el Estado, las EAPB, las IPS, los profesionales de salud y los usuarios. Es de resaltar que en este modelo se establecen los roles de los diferentes actores que participan en la respuesta al VIH, se presentan las acciones que dan respuesta a las estrategias, y se definen las competencias de cada agente institucional y social.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, dentro de la dimensión sexualidad, derechos sexuales y reproductivos, el componente prevención y atención integral en salud sexual y reproductiva SSR desde un enfoque de derechos, cuenta con la estrategia *Acceso universal a prevención y atención integral en ITS-VIH/SIDA con enfoque de vulnerabilidad*. Esta estrategia hace referencia a la articulación sectorial, transectorial y comunitaria para la prevención de la transmisión de VIH en contextos de vulnerabilidad con el fin de reducir las condiciones de esta, promover inclusión social y prevenir el estigma y la discriminación por su orientación sexual o identidad de género hacia HSH, MTRANS, Mujeres Trabajadoras Sexuales, usuarios de drogas intravenosas, personas en situación de calle, entre otras poblaciones. Por otra parte, se contemplan estrategias educativas, fortalecimiento de capacidades de sociedad civil para la promoción de derechos, prevención en contextos de vulnerabilidad, detección temprana y canalización a servicios de salud; información educación y comunicación para reducción de estigma y discriminación; promoción y ampliación de oferta, asesoría y prueba voluntaria de VIH a través de servicios comunitarios; vigilancia en salud pública y gestión de conocimiento, entre otras. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013)

Igualmente, en el marco de este Acuerdo de Subvención se formuló El Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, que está orientado a “la aceleración de los mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, la detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de los grupos prioritarios para focalizar la respuesta” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 11). Este plan tiene como fin:

“Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, mediante el fortalecimiento de mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo, lo que incluye la prevención y control de la transmisión de las patologías objeto, el diagnóstico y atención integral, la gestión de la salud a través de la cual se debería buscar ampliar la participación social y comunitaria en los procesos de planeación e implementación de acciones a nivel territorial, la gestión del conocimiento y el desarrollo de capacidades para la sostenibilidad de la respuesta. Se espera que el plan sea una herramienta para la planeación estratégica y de gestión que corresponde a los responsables de la ejecución de los recursos en salud, a través del desarrollo de Proyectos que serán monitoreados en el alcance e impacto de su implementación”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, pág. 12).

Este plan tiene como objetivo general *“fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, a través de acciones de promoción de la salud, gestión integral del riesgo y gestión en salud pública”*. Para dar respuesta a este objetivo el plan despliega los objetivos específicos por cada línea de acción, las estrategias de intervención, las respectivas metas y los responsables encargados de implementar las acciones.

Dentro del proceso de sostenibilidad, El Proyecto *Ampliar la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en el marco del plan nacional de respuesta ante las Infecciones de Transmisión Sexual-VIH-Sida y el modelo integrado de atención en salud en departamentos y ciudades priorizadas (Acuerdo de Subvención No. COL-H-FONADE 1062*, mediante sus acciones de promoción y prevención con enfoque comunitario contribuyó al desarrollo del modelo de gestión programática

en VIH/Sida, porque fortaleció a los diferentes actores de la respuesta a nivel local en torno al VIH, generando acciones de coordinación intersectorial y procesos de articulación entre ellos. Además, mejoró los tiempos de respuesta a la ruta de atención integral para la población clave, gracias al trabajo articulado entre las EAPB, secretarías de salud, IPS y Organizaciones de Base Comunitaria.

El Proyecto a través del acompañamiento a las entidades territoriales ha logrado la inclusión de las siguientes acciones colectivas en los PIC dirigidas a las poblaciones clave: actividades educativas, entrega de condones masculinos, oferta y realización de pruebas rápidas de tamizaje para VIH y canalización de personas con tamizaje reactivo a las EAPB. Dando respuesta al objetivo específico 3 del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, *“incrementar el tamizaje y el diagnóstico de ITS, VIH, coinfección TB/VIH, hepatitis B y C en la población clave y prioritaria”*

Los actores claves entrevistados opinaron sobre la sostenibilidad de las acciones de la respuesta al VIH, si no se cuenta con recursos del Fondo Mundial. Se reconoce que el Estado debe garantizar el bienestar de la población mediante actividades de promoción y prevención y de atención integral a la población clave:

“Yo pensaría que el Estado totalmente, los Estados deberían asumir el control si desea que no se siga propagando esto porque no solamente son las personas homosexuales las que se está viendo ese caso sino también en los heterosexuales, entonces el Estado debería incluirse más en la propaganda de lo que tiene que ver con el VIH”. (OBC No Contratada, Cali, 77:11)

“Los recursos [promoción y prevención] los tiene el sistema de salud en pleno y atención privada, deben existir estrategias en el interior frente a eso sobre todo para poder captar poblaciones específicas, en salud pública uno tiene que direccionar los recursos hacia donde tenga mayor impacto y en ese caso serían esas poblaciones porque son las que mayor prevalencia (...) tener unas estrategias muy específicas de poder clasificar hombres o HSH, pero si tiene que asumirlo el sistema salud y eso va a la par del trabajo de cómo va a resultar esta política de atención integral de salud y hasta dónde va a llegar en sus rutas, la ruta de enfermedades infecciosas con enfermedades de transmisión sexual no ha salido todavía y los esquemas siempre deben ser igual, entonces que el planteamiento de la sostenibilidad sin tomar en cuenta el sistema de salud privado no va a ir a ningún lado”. (OBC Contratada, Cali, 78:43)

“El sostenimiento de las acciones y respuesta al VIH, cuando no existan recursos internacionales, debería ser gestionado por el Estado para que no se siga propagando tanto en sectores LGBTI como en el resto de la población”. (OBC Contratada, Medellín, 58:11)

Las secretarías de salud expresaron que para garantizar la sostenibilidad de las acciones a través del PIC se deben incluir y mantener dentro de los planes de gobierno y por ende en los planes territoriales de salud, metas relacionadas con VIH en la población clave, con el fin de garantizar los recursos para estas actividades.

La persona entrevistada en la Secretaría de Salud recomienda que *“para garantizar esa sostenibilidad [de las actividades del Proyecto], se deben incluir estos recursos en los planes de gobierno y en las metas del plan de desarrollo municipal, que es donde se aseguran los recursos y donde están más enfocados y seguros”*. (Secretaría de Salud-Cali, 61:18)

Como garantía de sostenibilidad la secretaría de salud mencionó que ha sido clave incluir, y mantener dentro de los planes territoriales de salud, metas clave relacionadas con VIH, incluso con poblaciones que previamente habían sido atendidas por el Fondo Mundial, la secretaría ha dado continuidad al trabajo realizado [población carcelaria, trabajadoras sexuales] (Secretaría Salud, Bogotá 107:26).

“(…) seguir con las acciones que desde salud pública que con los recursos que tenemos dispuestos para poder hacer inversión en esta población, a través del PIC, tenemos que fortalecerlo mucho más (…)”. (Secretaria de Salud, Pereira, 106:17)

Por otra parte, se entendió, en todas las subredes, que la garantía de sostenibilidad de una intervención de este tipo está definida por su inclusión y lineamiento dentro de PIC, la disgregación poblacional de los costos (ESE-Subred, Bogotá, 90:51) y por la articulación con alcaldías locales (ESE-Subred, Bogotá, 90:47).

De igual manera se reconocieron las debilidades del PIC para la sostenibilidad de las acciones de la respuesta al VIH en la población clave, en cuanto a que los recursos son limitados, el tiempo de ejecución del PIC es a corto plazo y depende de la voluntad política de los gobernantes de turno.

“Los planes de intervención colectiva que son mucho más cortos y mucho más finitos y pequeños y no sé hasta qué punto va a lograr una entidad gubernamental poder sostener eso porque esos PIC no están hacia VIH si no están hacia otro lado (…)”. (OBC Contratada, Cali, 78:43)

“Se puede continuar, pero no de la magnitud que hoy tenemos, porque las capacidades de las secretarías son muy limitadas. Digamos que la mayoría de los recursos salen por secretaría de salud”. (Comités-Mesa HC, Dosquebradas, 88:70)

Es de resaltar que, si no se cuentan con recursos del PIC, las ESE no tienen la capacidad financiera para dar sostenibilidad a las acciones.

“La ESE no tiene recursos propios, la ESE vive de lo que nos paguen las EPS y lo que nos manden las secretarías, entonces nosotros así queramos no podemos decir: no tranquilo, yo voy a sacar un rubro para el 2019, no; porque nosotros prácticamente vivimos de lo que nos da el municipio”. (ESE, Pereira, 99:44)

“Sin el apoyo del ente territorial y de las diferentes EPS, no es viable, porque no es viable, porque son recursos, que La María tendría que sacar de su presupuesto, y que no le podría facturar a nadie, entonces, y lo mínimo que va a llegar es la Contraloría a decir que se están gastando, no es una inversión si quiera sino un gasto, se está gastando un dinero que no se puede recuperar, entonces, la Secretaría de Salud de Medellín, la Secretaría de Salud de Antioquia y las diferentes EPS tienen que ponerse de acuerdo y decir: sí, hágala a La María, que yo se la pago, de resto”. (ESE, Medellín, 18:27)

Por otra parte, el equipo local de ENTerritorio recomendó que, si se quería hacer una mejor implementación de las acciones del Proyecto en el país o apostar por su sostenibilidad, debería volverse el Plan Nacional de Respuesta al VIH una resolución o un decreto de carácter vinculante, que esté regulado para la correcta atención de las poblaciones claves (Equipo Local, Pereira, 82:75).

Recomendaciones

- Desde el Ministerio de Salud y Protección Social se deben generar mecanismos jurídicos para que el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, sea de carácter vinculante, ya que los objetivos, estrategias, metas y actividades formuladas en este plan permiten la sostenibilidad de las acciones de la respuesta al VIH.
- Que las organizaciones de base comunitaria, como actores garantes en la respuesta ante el VIH, generen acciones de incidencia política con los gobernantes electos, para incluir metas relacionadas con VIH en los planes de desarrollo municipales y en los planes territoriales de salud, con el fin de garantizar la respuesta en el territorio.
- Que el Ministerio de Salud y Protección Social implemente de manera escalonada a nivel nacional el SISCO-SSR, con el fin de generar datos para la toma de decisiones.

6.2 Evaluación de efectos directos

Como se describió en el Capítulo 5, sobre la evaluación del sistema de información SISCO-SSR, las intervenciones realizadas por el Proyecto en las ciudades priorizadas tuvieron efectos directos sobre el logro de los objetivos de la estrategia ONUSIDA 2016-2021 y del Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021.

Recomendaciones

- Continuar con el acompañamiento a las entidades territoriales para fortalecer la respuesta local en torno al VIH.
- Vincular a más EAPB a la Respuesta para seguir garantizando el cumplimiento de la ruta de atención integral en VIH para las personas claves.
- Realizar pruebas diagnósticas en la población clave para mejorar la oportunidad en el ingreso de la ruta de atención integral.
- Fortalecer el proceso de seguimiento a las personas reactivas por parte de las EAPB
- Continuar con los procesos de fortalecimiento de capacidades a los profesionales de la salud para disminuir el estigma y discriminación hacia la población clave.
- Que las EAPB generen estrategias para minimizar las barreras institucionales para el ingreso de las personas reactivas a la ruta de atención integral de VIH.

6.3 Evaluación del sistema de Información SISCO-SSR

El sistema de información SISCO-SSR– SSR ha sido considerado, en general, un sistema útil, que permite el registro y sistematización de información. SISCO-SSR les resultó provechoso para la elaboración de informes, realizar el monitoreo y seguimiento de las actividades, así como para la planeación de las actividades.

La asistencia técnica y el acompañamiento por parte del equipo local en la implementación del sistema SISCO-SSR ha sido calificado positivamente y se considera un factor fundamental, para lograr la implementación del sistema.

El sistema de información permite el registro de actividades por el PIC y evidencia también el aporte de la contrapartida.

La capacidad que ofrece el sistema SISCO-SSR de analizar la información, fue uno de los atractivos que impulsó la adopción de este sistema.

En algunas ocasiones, se consideró como un sistema dispendioso porque tomaba mucho tiempo en el registro de la información, ya que era necesario un registro físico y otro digital. De igual manera, uno de los aspectos por mejorar fue la necesidad de escanear los formatos.

La falta de infraestructura adecuada (acceso a internet, disponibilidad de escáner, computador) representó, en algunos casos, una barrera para realizar el registro de la información.

La evolución del sistema de información DIME a SISCO-SSR se articula con metas de las políticas a nivel nacional, se orienta a aportar en la estimación y análisis de los indicadores de estas y al registro de actividades orientadas a la detección temprana y a la promoción de salud y prevención de enfermedad, dando cuenta del esfuerzo nacional por cumplir las metas 90-90-90. Por lo cual, podría ser un valor agregado en la incorporación de SISCO-SSR a SISPRO.

Recomendaciones

- Tener en cuenta, en la asignación de recursos, un rubro destinado para la contratación de una persona que se encargue del sistema de información con la dedicación de tiempo suficiente.
- Garantizar la disponibilidad de infraestructura, para todos los actores que registren información, para el adecuado funcionamiento del sistema.
- Continuar con la asistencia técnica, principalmente de capacitaciones frecuentes, con el fin de minimizar el impacto de una alta rotación de personal en algunas entidades.
- Contemplar la capacidad de generar reportes automatizados, de gráficos o tablas, que den cuenta de los indicadores.

Bibliografía

Actis di Pasquale, E. (2017). La técnica de escalamiento lineal por intervalos: una propuesta de estandarización aplicada a la medición de niveles de bienestar social. *Revista de Métodos Cuantitativos para la Economía y la Empresa*, 23(1),164-193.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2009). *Guía metodológica. Diseño de indicadores compuestos de desarrollo sostenible*. Santiago de Chile, Chile: Naciones Unidas.DANE. (2009). *Línea de Base Indicadores*. Bogotá: Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística – DANE.

Dirección de Epidemiología y Demografía. (2018). *Ficha final de caracterización DIME*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

FONADE, Fondo Mundial, DNP, & MCP. (2019). *SISCO-SSR Sistema de información de actividades colectivas y comunitarias en salud sexual y reproductiva*. Bogotá: FONADE.

FONADE, Fondo Mundial, DNP, & MCP. (2018). *ANEXO OPERATIVO CONVENIO 2171526*. Bogotá: FONADE.

Fondo Mundial. (2016). *Nota conceptual estándar: inversiones de mayor repercusión contra el VIH, la tuberculosis o la malaria*. Bogotá: Fondo Mundial.

Fondo Mundial. (2017). *DIME - MANUAL DE USUARIOS FONADE (FONADE, Ed.)*.

Fondo Mundial. (2018). *DIME: Desarrollo Informático de Monitoreo y Evaluación Proyecto VIH (Version 01)*. Colombia.

Departamento Nacional de Planeación. Gobierno de Colombia. (2019). *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2022*.

Pacto por Colombia, pacto por la equidad. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Prensa/PND-2018-2022-Interactivo.pdf>

ENTerritorio. (2017, 2018, 2019). *Informes trimestrales*. Bogotá: ENTerritorio

Ministerio de Hacienda y Crédito Público & Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 1912 de 2015*. (2015). Bogotá: Ministerio de Hacienda y Crédito Público – Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y la Protección Social, & ONUSIDA. (2014). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014-2017*. Bogotá: Ministerio de Salud y la Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 4505 de 2012*. (2012). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013a). *Plan Decenal de Salud Pública PDSP, 2012-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 2338 de 2013*. (2013). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 0492 de 2016*. (2016). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018a). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia 2018-2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 3280 de 2018*. (2018). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. *Resolución 2626 de 2019*. (2019). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección social. Resolución 518 de 2015. (2015). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019b). SISPRO - Sistema Integrado de Información de la Protección Social.

Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social, Profamilia, OIM, & UNFPA. (2014). Política Nacional de Sexualidad Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos 2014-2021. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO POLITICA SEXUAL SEPT 10.pdf>

ONUSIDA. (n.d.-a). 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

ONUSIDA. (n.d.-b). Metas regionales 90-90-90 al 2020 sobre tratamiento del VIH. Consultado el 19 de septiembre de 2019. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/areas-de-trabajo/metas-90-90-90>

Organización Mundial de la Salud. (2016). Estrategia Mundial del Sector Salud Contra el VIH 2016–2021: Hacia el fin del SIDA. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250574/WHO-HIV-2016.05-spa.pdf;jsessionid=524826C958CCD621AF4B19FE1B2B3AA5?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2018). Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave. Disponible en: <https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/keypopulations-2016/es/>

Organización Panamericana de la Salud, & ONUSIDA. (2017). Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa: un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

Sistema de Gestión de Datos – SGD. (2019). Sistema integrado de información de la protección social – SISPRO. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

WHO. (2019a). Global Health Observatory (GHO) Data: HIV/AIDS. Consultado el 21 de agosto de 2019. Disponible en: <https://www.who.int/gho/hiv/en/>

WHO. (2019b). Global Health Observatory Data Repository: Antiretroviral Therapy Coverage - Estimates by WHO Region. Consultado el 21 de agosto de 2019. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/view.main.23300REGION?lang=en>

Saturno, P. (2004). La invasión de los indicadores compuestos. Riesgos y beneficios para la gestión de la calidad. Revista de Calidad Asistencial, 19(6), 407-415.

