



**COMPILACIÓN DE DOCUMENTOS
PROYECTO “FORTALECIMIENTO DE LAS
ESTRATEGIAS NACIONALES DE PREVENCIÓN
Y REDUCCIÓN DE DAÑOS DIRIGIDAS A HSH,
HSH/TS Y PERSONAS UDI”**

· *Unidad de Gestión del Proyecto-FUNSAALUD* ·

Copyright © 2013, Fundación Mexicana para la Salud A.C.

REALIZACIÓN

Fundación Mexicana para la Salud A.C.

Unidad de Gestión del Proyecto

Coordinación General: Dra. Patricia Uribe Zúñiga

Supervisión Técnica: Dra. Jessica Salas Martínez

Coordinación de Monitoreo y Evaluación-UGP

Colectivo Sol, A.C.

Durfari Velandia & Asociados

INVESTIGADORES

Diagnóstico Comunitario Participativo

Carlos Rafael Manrique Soto

Carlos Cruz

Héctor Hugo Vargas Payán

Renaud René Boivi

Estudio Validación de Insumos de Prevención y Prácticas de Almacenaje y Distribución

Durfari Velandia & Asociados

PRODUCCIÓN EDITORIAL

Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana, A.C.

EDICIÓN

Rocío Sánchez

DISEÑO

Carlos Fernández Moreno

Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Periférico Sur No. 4809, Col. El Arenal Tepepan Deleg. Tlalpan, 14610, México, D.F.

Teléfono (55) 5655 9011 (con 12 líneas). Fax: (55) 5655 8211

Sitio web www.funsalud.org.mx

Letra S, Sida, Cultura y Vida Cotidiana, A.C.

Canarias 45, Col. San Simón Ticumac, Delegación Benito Juárez, C.P. 03660, México D.F.

Tel. 55 32 27 51 / 56 72 70 96

Web site: www.letraese.org.mx

ISBN: 978-607-7897-16-3

Este documento es parte del Proyecto "Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH/TS y personas UDI", financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

.....CONTENIDO.....

I. Diagnóstico Comunitario Participativo realizado en Tijuana, Valle de México, Juchitán/Tehuantepec, Puebla/Tlaxcala, Monterrey, Guadalajara, San Luis Potosí y Mérida.

1. Introducción.	_ 9
2. Relaciones sexuales, frecuencia y uso del condón.	_ 13
Frecuencia de las relaciones sexuales y uso del condón.	_ 13
Percepción del riesgo y percepción de ausencia de riesgo.	_ 19
Vínculos entre drogas, alcohol y riesgo o vulnerabilidad.	_ 20
Provisión de condones y restricciones al acceso.	_ 21
3. Conocimientos y habilidades de la población.	_ 25
Conocimientos sobre ITS y acciones cuando tienen alguna ITS.	_ 25
Acciones tras un diagnóstico VIH-reactivo/positivo.	_ 26

4. Trabajo sexual.	_ 31
5. Conclusiones.	_ 35
6. Glosario	_ 36

II. Estudio “Validación de insumos de prevención y prácticas de almacenaje y distribución”

1. Antecedentes y objetivo de la investigación.	_ 39
Descripción de la intervención.	_ 39
Metodología.	_ 40
Hallazgos principales.	_ 40
2. El punto de vista del beneficiario.	_ 43
Personas que viven con VIH/SIDA (PVV).	_ 43
Mujeres transgénero.	_ 45
Hombres trabajadores sexuales: los invisibles.	_ 47
3. Recomendaciones sobre los Paquetes y las Estrategias de Intervención. Analizando la relación entre cantidad, frecuencia y calidad	_ 49
Paquete 7 - Trabajo sexual.	_ 50
Paquete 3 - HSH no trabajador sexual.	_ 51
Paquete 6 - Personas que viven con VIH/SIDA.	_ 52
Aspectos transversales a considerar para los paquetes 3, 6 y 7.	_ 52
Paquetes 1, 2 y 8.	_ 53
Paquetes 4 y 5 - Hombres y mujeres usuarias de drogas inyectables.	_ 53
Cuestiones transversales a los paquetes 4 y 5.	_ 54



DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO
REALIZADO EN TIJUANA, VALLE DE MÉXICO, JUCHITÁN/TEHUANTEPEC,
PUEBLA/TLAXCALA, MONTERREY, GUADALAJARA, SAN LUIS POTOSÍ Y MÉRIDA

· *Carlos Rafael Manrique Soto* · *Carlos Cruz* · *Héctor Hugo Vargas Payán* ·
· *Renaud René Boivi* · *Juan Jacobo Hernández Chávez* ·

1. INTRODUCCIÓN

ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DEL DIAGNÓSTICO COMUNITARIO PARTICIPATIVO

La realización del Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP) consiste en una investigación de índole comunitaria que está sustentada en las metodologías del DCP y Diseño de Proyectos versión latinoamericana, desarrollada por Colectivo Sol en el contexto del Programa Colaborativo Alianza México (PCAM 1998-2005), a partir del original *Participatory Community Assessment and Project Design on HIV Prevention* desarrollado por la Alianza Internacional Contra el VIH/SIDA (International HIV/AIDS Alliance) y compartido a Colectivo Sol en el contexto del mencionado programa de construcción de capacidades.

El propósito de la metodología del DCP es explorar durante talleres y sesiones de grupo, a través de la voz de las personas que pertenecen a las poblaciones clave, sus experiencias subjetivas, sus perspectivas, sus puntos de vista, permitiéndoles identificar distintos problemas, documentarlos y compartirlos y, como un plus social, brindándoles la posibilidad de apropiarse de ellos e incidir directa o indirectamente en su transformación.

OBJETIVO GENERAL

El Objetivo del DCP en el contexto del proyecto del Fondo Mundial en México, fue identificar la situación de las poblaciones clave de hombres

gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH); personas travestis, transexuales y transgénero (TTT); HSH y TTT trabajadoras sexuales (TS), y personas usuarias de drogas inyectables (UDI) hombres y mujeres, y los desafíos a la instrumentación de intervenciones, en las cinco áreas geográficas establecidas.

POBLACIÓN CLAVE (PC)

Dado que la epidemia del VIH/SIDA en nuestro país es de índole concentrada, las estrategias están dirigidas de manera focal hacia los subgrupos poblacionales más afectados y que juegan un rol clave en la dispersión y contención del VIH, que son conocidas como poblaciones clave (PC). Para efectos del proyecto, estas poblaciones son los hombres gay (HG) y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas transgénero, travesti y transexual (TTT); las mujeres TTT trabajadoras sexuales y hombres trabajadores sexuales (TS); las mujeres y hombres usuarios de drogas inyectables (UDI), así como personas con VIH (PV) pertenecientes a las poblaciones mencionadas. Para esta clasificación es importante considerar que las personas pueden pertenecer a más de un grupo, por ejemplo, podemos tener una mujer trans trabajadora sexual (TTT TS) o un hombre que tiene sexo con hombres con VIH (HSH-PV).

EL CAPITAL SOCIAL DE LAS ORGANIZACIONES CON TRABAJO EN VIH/SIDA CON LAS POBLACIONES CLAVE

La estrategia implementada para acceder y trabajar con las poblaciones clave en las distintas zonas metropolitanas (ZM) consistió en aprovechar el Capital Social que constituyen las organizaciones de la sociedad civil y organizaciones de base comunitaria (OSC/OBC) con trabajo en VIH y diversidad en las distintas ZM, y la relación que aquéllas mantienen con sus distintas poblaciones-objetivo.

Por ello, el acceso a las poblaciones clave abordadas en los DCP en cada ZM estuvo determinado por la dinámica que las organizaciones locales mantienen con sus poblaciones-objetivo. Se impuso la condición de que fueran organizaciones cuyo personal incluyera personas de las poblaciones clave y que realizaran trabajo con ellas.

Tabla | Proceso operativo del DCP.

ZONA METROPOLITANA	OSC COLABORADORA	NÚMERO DE SESIONES DE DCP	NÚMERO DE HORAS	PARTICIPANTES	HERRAMIENTAS UTILIZADAS
Juchitán/ Tehuantepec	Gunaxhii Guendanabanni	3	15	41	6
Tijuana	AFABI	4	14	75	6
Valle de México	ASPANE, Ave de México, PIIAF, TVMEX, Vivir, Red Mexicana de PVV	29	104	318	33
Puebla / Tlaxcala	Vida Plena/ Buscador de Sueños	12	24	72	10
Monterrey	COMAC, ACODEMIS, Explora T, CHENAC	5	24	103	16
Guadalajara	CHECCOS, CODISE, COLEGA O, Red Mexicana de Mujeres Trans	5	24	80	16
San Luis Potosí	APLCS, FID	2	12	32	8
Mérida	UNASSE, REPAVIH	2	12	17	8
TOTAL	22	62	229	738	103

Este es un resumen del informe detallado de los hallazgos del DCP y su objetivo es la divulgación. Por esta razón nos hemos circunscrito exclusivamente a informar acerca de la frecuencia de las relaciones sexuales, uso del condón, frecuencia del uso del condón, razones por las cuales se usa más sistemáticamente el condón, razones por las cuales no se usa, poblaciones y uso del condón, situaciones percibidas como riesgosas en la adquisición de VIH/ITS y percibidas como carentes de riesgo, restricciones al acceso y uso del condón y trabajo sexual.

Hemos omitido la información referente a: liderazgos y derechos humanos; relaciones sociales, lugares de socialización y formas de relacionamiento; abusos y violencia en la infancia; estigma y discriminación vinculados a la diversidad sexual, al trabajo sexual y a la condición de VIH; autoestima y percepción de las poblaciones clave; problemas de salud de las poblaciones clave; servicios de salud disponibles, usados y demandados; restricciones en el acceso a servicios y tratamientos antirretrovirales, discriminación y problemas en los servicios de salud disponibles y/o usados por las poblaciones. Las personas interesadas en conocer esta información podrán encontrarla en el Informe Final de Análisis de Hallazgos del DCP, localizable en la siguiente dirección cibernética:

<http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/productos/Documentos-productos/Analisis-de-Hallazgos-DCP.pdf>

La metodología de realización, documentación y sistematización del DCP puede ser consultada en la siguiente dirección electrónica:

<http://www.colectivosol.org/diagnostico.php>

2. RELACIONES SEXUALES Y USO DEL CONDÓN

FRECUENCIA DE LAS RELACIONES SEXUALES Y USO DEL CONDÓN

La población clave de HG y otros HSH, así como la TTT, tiene relaciones sexuales desde su temprana adolescencia –la media inicia su vida sexual a los 14 años– y las frecuencias de relaciones sexuales son altas. Los participantes sostienen encuentros sexuales de 4 a 5 veces a la semana y hasta varias veces al día, a menudo con personas distintas. Esta frecuencia puede ser debida al hecho de que una proporción importante de la población participante ejerce el trabajo sexual.

Las TTT tienen más relaciones sexuales con respecto a los demás grupos, mientras que la población UDI observa el nivel más bajo de relaciones sexuales. Seguramente, esto tiene que ver con la inhibición del deseo sexual ligado al uso de la heroína: *“Yo, y muchos de los que estamos aquí también y no me dejarán mentir, tengo más de 8 años de no tocar mujer”*, explica, en efecto, un varón UDI de Tijuana.

Siguiendo a las TTT, los hombres gay tienen relaciones a menudo o muy frecuentes, dividiéndose en dos la muestra de DCP con población mayoritaria HG. En cambio, entre los HSH (no gay) las respuestas son más dispares. En cualquier caso, hay que tomar estos datos con mucha precaución, dado que los “grupos” no son homogéneos y que la medida captada es de orden individual, mientras que la frecuencia referenciada en el taller de DCP es global y representa, más bien, una actitud del promedio.

Los resultados de frecuencia de uso del condón según la subpoblación traducen una situación muy distinta a como la describen y observan los varones gay: el HSH contesta con mucha más frecuencia “casi siempre”. Quizás esta mayor frecuencia del uso del condón se deba al hecho mismo de que en el ambiente gay, con TTT y HG, los HSH prefieren usar siempre condón. Como veremos, el mismo estigma sirve de barrera y de autocuidado.

Las mujeres UDI también reportaron prácticas sexuales de riesgo: *“Cuando tenemos relaciones con nuestra pareja, la verdad no usamos condón porque no les gusta a ellos, o a uno porque no se siente, ¿verdad?”*. Si bien los hombres UDI reportan poca actividad sexual, se evidenció la ocurrencia de relaciones sexuales esporádicas con otros hombres, inclusive relaciones anales no protegidas, para comprar droga.

Si bien obtuvimos poca respuesta en cuanto al uso del condón en la pareja, se observa en general que éste oscila básicamente entre “nunca” y “poco/a veces”. Ahora bien, la población clave tiende a cambiar frecuentemente de pareja, siendo las relaciones amorosas de corta duración (entre 2 y 6 meses). Al dejar de usar el condón con su pareja sentimental, por esta rotación la población se expone a un mayor riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En cuanto al uso del condón por zona metropolitana, encontramos que en el Valle de México, los participantes contestan con más frecuencia que en las demás zonas metropolitanas “poco/a veces”. En Puebla y Tlaxcala observamos una población dividida en dos polos: una parte de los participantes (18%) dice hacer poco uso del condón, mientras que el otro polo responde que lo utiliza “casi siempre”, siendo este porcentaje (35%) el más alto en todas las zonas metropolitanas. Esta variación se vincula con las propias poblaciones que participaron en el DCP: en los DCP de mayoría TTT se observa un uso menor que en los DCP de HG/HSH.

En Guadalajara y Monterrey, los mayores porcentajes quizá estén determinados por tratarse de grupos muy sensibilizados. Por un lado, en Monterrey el grupo de CHENAC, de HSH-TS, está acostumbrado a usar condón con varones (y no con mujeres), por el mismo estigma y el estereotipo (pensar que el VIH está concentrado en la población gay) y, por otro lado, la propia profesión de trabajo sexual implica un mayor cuidado de su cuerpo y de su salud sexual. Además, muchos HSH-TS, en tanto que hombres bisexuales que sienten mayor atracción hacia las mujeres, no se dejan llevar tanto por el deseo con otros varones, en comparación con la manera en que lo hacen las TTT-TS y los gay.

En cambio, en Juchitán-Tehuantepec las relaciones sexuales se dan con mucha frecuencia en la calle y espacios abiertos, de manera rápida y, además, el acceso a condones es más restringido. Todos estos factores limitan e inhiben el acceso a insumos de prevención, sea por falta de tiempo y preparación para la interacción sexual, la rapidez de ésta, la falta de disponibilidad del condón o de recursos para comprarlos.

Según la tabla de frecuencias siguiente, que presenta las principales razones y situaciones por/en las cuales la población no usa condón, observamos que el motivo principal es su falta de disponibilidad: *“Si no hay condones pues... que Dios me cuide y ¡vámonos!”*, explica un hombre muxhee de Juchitán. Pero la ausencia de condón a la mano suele ir acompañada de otras razones o co-factores que se retroalimentan entre sí. En segundo lugar, las poblaciones no usan o usan menos el condón para el sexo oral, por percibir poco riesgo en dicha práctica, o porque no se percibe igual: *“Carlos ha tenido más de 50 relaciones sexuales y con un 90% ha usado condón y con el otro 10% no porque dice que no se siente igual”*, según describen en Puebla.

A la falta de condón se añade la toma de alcohol y drogas, que incide en la falta de conciencia o inhibición de la reflexión, así como el “momento de calentura”: *“Pues si te encuentras con un cliente que la tiene muy buena, pues no te vas a aguantar de hacerlo sin condón”*, señala una TTT-TS de San Luis Potosí. *“Echa mentiras el que diga que alguna vez no le ganó la calentura”*, sugiere un hombre gay de Monterrey.

| Las 10 razones principales que las personas mencionaron por las que NO se usa el condón, en orden de frecuencia:

- No hay condón.
- No identifican riesgo en sexo oral.
- No están conscientes/están alcoholizados o drogados.
- Momento de calentura.
- En pareja: fidelidad, amor/seguridad.
- Falta información sobre condón y lubricantes/ No lo saben usar.
- Falta de asertividad para negociar condón.
- Compensación económica/Cliente lo pide/Extra.
- Emoción y adrenalina.
- No se siente lo mismo/Sabor a plástico.

La “calentura” alude al deseo sexual que puede aflorar súbitamente o ser una condición permanente (“*es que andaba bien caliente*”). Por la calentura las personas no usan condón, ya por el arrebató, ya porque el deseo exacerbado los empuja al contacto directo con el cuerpo del otro, a la intimidad sin barreras: “*Dice que es más sabroso sin condón, en zapoteco ella dice: mape canani ishe sin condónka, o sea, es más rico, más sabroso sin condón, esa es su única razón, no tiene ninguna otra más válida. Y de ahí no la sacas*” (muxhee de Juchitán).

Luego siguen otras razones ligadas a las carencias: la compensación económica (el cliente lo pide o paga un “extra” por tener relaciones orales o anales sin condón), que sugiere la falta de recursos; la falta de tiempo, la falta de información sobre condones y lubricantes o de habilidad para usarlos, así como la falta de asertividad para negociar el condón, cobran especial relevancia. La falta de uso del condón aparece por tanto como una suma de carencias: “*ha tenido 4 parejas sexuales, no ha tenido ninguna ITS, pero a pesar de saber el riesgo que corre no usa protección porque se le olvida y como anda caliente, pues no tiene tiempo*” (varón gay de Tlaxcala).

En cuanto a las demás respuestas, de menor peso, es necesario subrayar que “la emoción y adrenalina” y “la falta de tiempo y recursos para la relación sexual” quedan muy vinculadas al momento de “calentura”. Nos remiten a las temporalidades del deseo por un lado, y por otro, a la carencia de espacios íntimos o de independencia económica para llevar a cabo las prácticas sexuales –volveremos sobre este aspecto más adelante. La “calentura”, al poner a las personas al borde de las prácticas de riesgo, subyace como un cofactor de otras razones por las que no se usa el condón, por ejemplo, con el consumo de alcohol: “*Bueno, cuando está una tomada ni del calzón se acuerda uno donde lo deja, se va a estar acordando del condón*”, comentó una muxhee de Juchitán.

A los condicionantes más materiales (indisponibilidad del condón, compensación económica, falta de información sobre condones, falta de tiempo/recursos/espacios para la interacción sexual), que se vinculan sin duda a la clandestinidad del sexo entre personas del mismo sexo y a una sexualidad vivida en la urgencia y el secreto, se incrustan razones que pertenecen, más bien, al ámbito emocional y perceptual: la emoción, la percepción de que no existe riesgo por ser sexo oral, por ser sexo esporádico o por ser sexo con una persona que no parece gay; la ilusión, el amor, y la confianza. Ante la experiencia amorosa el orden de prioridades, entre ellas el autocuidado, se trastoca. Pero el enamoramiento

es fugaz y la vulnerabilidad ante el VIH, no: *“El amor la ciega, no es que no sepas, sí sabes qué haces, pero estás como encantada”*, nos comenta una TTT de San Luis Potosí. Finalmente, en parejas seropositivas, pueden darse situaciones en las que el riesgo parece menor: *“Asumimos que tengo un diagnóstico positivo, que tampoco una carga viral alta, que tampoco traigo este CD4 bajos, y también digo: ah bueno, no traigo condones y queremos coger, pues bueno, a lo mejor no nos angustiamos de más. Siempre procuramos tener. Tampoco lo recomiendo. Tampoco, yo, honestamente, nunca había dicho en el grupo que he tenido prácticas con mi pareja sin condón”*, comentó un hombre gay de Guadalajara.

Según constatamos, es decisiva la disponibilidad de los condones. Y precisamente, las poblaciones mencionan que en buena parte de los lugares de encuentro y socialización, incluso en los lugares comerciales de sexo (baños de vapor, orgías y fiestas privadas de pago, cuartos oscuros), el condón está ausente. Refieren que en los baños de vapor se les ha prohibido dar o vender condones ya que no son sitios autorizados para que se realicen prácticas sexuales. También perciben que los lugares de sexo al aire libre o los sanitarios, en general los lugares públicos donde se liga y se mantienen encuentros sexuales, el condón se utiliza aún menos, por la propia situación: *“Son pocos los lugares comerciales de encuentro sexual donde se dan condones, como pasa en La Casita, y es peor en los lugares donde estos encuentros son clandestinos”*, informa un hombre gay de Monterrey.

Como vimos, la confianza es uno de los motivos de no uso del condón más citados por las poblaciones: *“A veces sí y a veces no. No lo usa cuando confía en la persona. Puede confiar porque conoce a su familia o ya lo ha tratado. Cuando apenas lo está conociendo pues no, ahí sí usa protección”*, comenta, por ejemplo, un varón gay de Mérida. Los HG perciben el riesgo de adquirir VIH en las relaciones ocasionales con desconocidos, pero no así con sus parejas de más tiempo, con las que, por lo tanto, incurren más en relaciones sexuales sin protección: *“Yo con mi pareja no uso condón, primero sí los usábamos, pero después como de seis meses, decidimos por acuerdo mutuo dejar de usarlo entre nosotros”*, explica un hombre gay de Mérida. *“Yo conozco gente que sabe los riesgos que hay de que se vengán en el ano y sin embargo se avientan la ruleta rusa. Se da mucho entre parejas. Que dicen pues yo ya no necesito usar condón, pues dicen que ninguno de los dos tiene sexo con otro pero en realidad ninguno de los dos lo sabe certeramente”*, señala un hombre gay de Monterrey.

I Las 10 razones principales que las personas mencionaron por las que SÍ se usa el condón, en orden de frecuencia:

- Identifican como riesgosas las relaciones casuales.
- Planificación y recursos.
- Por negociación.
- Tiene VIH y no quiere transmitirlo/divulgarlo.
- Asocian VIH y muerte.
- Se lo obliga/propone el cliente (TS).
- Aprendizaje tras haber padecido ITS.
- Percepción de mayor riesgo en relaciones anales.
- Con TTT siempre uso condón, con mujeres, no.
- Cuidado del cuerpo y de la salud.

La población clave identifica riesgo en situaciones de sexo casual y en prácticas penetrativas anales. El uso sistemático del condón se relaciona con las situaciones en las que se percibe mayor riesgo: en relaciones casuales y anales, principalmente. El uso y el no-uso de condón están también relacionados con los recursos y facilidades: la planificación es la cuarta situación en la que se usan condones de forma sistemática. Es decir, la probabilidad de que se sostengan prácticas sexuales protegidas aumenta con el dinero y el tiempo dedicados a la preparación y adecuación del encuentro sexual (una habitación apropiada, con recursos que incluyen los preventivos, etc.).

Por otro lado, si bien el ejercicio del trabajo sexual es un motivo para usar el condón, también en dicha actividad se dan situaciones que, de forma parecida a las que se dan en interacciones sexuales en general, inhiben el uso del condón: *“El uso de condón con sus clientes es más constante, pero si está drogado mientras trabaja se le olvida usarlo, y cuando no estaba drogado, si el cliente le inspiraba confianza o que lo viera de buen ver o de aspecto sano, no usaba el condón. Su rol sexual, activo, pasivo o inter, varía dependiendo el cliente, pero les cobra más por ser pasivo, hace sexo oral también y a veces el cliente le ofrece más dinero por recibir la eyaculación en la boca”* (HSH-TS de Monterrey). La población menciona también el aprendizaje tras haber padecido de alguna ITS: *“Lalo-K ya tuvo una vez clamidia y desde ahí, por el susto, lleva 5 condones en su maleta”*, según identifican en un personaje gay en Puebla.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO Y PERCEPCIÓN DE AUSENCIA DE RIESGO

Las poblaciones identificaron aquellas situaciones en las que se perciben en mayor riesgo de adquirir VIH y entre ellas destaca, en primer lugar, el sexo ocasional bajo el influjo de drogas y/o alcohol. Como comenta un chico gay de 24 años en Puebla: *"En el cuarto oscuro adquieren las enfermedades porque como ya toman mucho, ya no se es consciente de lo que hace uno ahí"*.

Le sigue el sexo anal, el sexo con personas desconocidas o clientes nuevos, el sexo ocasional en lugares de encuentro sexual y cuando no hay condones a la mano. Son precisamente las situaciones en las que, por identificarse como más riesgosas, la población clave usa más sistemáticamente el condón. Entre los HG y más marcadamente entre HSH, se encontró que la apariencia más notoriamente gay de su pareja sexual puede alentarlos a usar el condón. La asociación estigmatizante que vincula a la población gay con el sida determina, pues, esta precaución.

| Las 10 situaciones en las que se percibe MÁS riesgo en orden de frecuencia:

- Sexo ocasional bajo alcohol o droga.
- Sexo anal.
- Clientes nuevos o personas desconocidas.
- Sexo ocasional en lugares de encuentro sexual.
- Cuando eyaculan en su boca/ano.
- No hay insumos de prevención a la mano.
- No hay confianza con la pareja.
- Con baja autoestima.
- Con gays/TTTs.
- Usar jeringas de la calle /compartir jeringas (población de personas UDI).

También se exploraron las situaciones o condiciones que las personas perciben como de menor riesgo de adquirir VIH. Entre ellas destaca el sexo oral: las poblaciones valoran dicha práctica de muy bajo o nulo riesgo. La baja percepción de riesgo está basada en la confianza que les inspira la pareja sexual. La confianza en la que las personas cimientan su permisividad para no usar condón no se basa exclusivamente en el

tiempo de conocer a una persona, sino que, según se documentó, las poblaciones clave asocian belleza, juventud, nivel de educación, aspecto masculino, mayor experiencia, con la salud. Estas asociaciones entre belleza, juventud, masculinidad, pueden llevar a una persona a tener prácticas sexuales sin protección¹: *“Yo soy de las personas que si ven una persona con buen físico, puede ser un estriper, digo, pues no creo que esté enfermo y la verdad pues son las personas más con bichos”*, según explica un varón gay de Mérida.

| Las 10 situaciones principales en las que se percibe MENOS riesgo en orden de frecuencia:

- Sexo ocasional bajo alcohol o droga.
- Sexo oral.
- Uso del condón.
- Existe confianza para no usar condón.
- En parejas seropositivas.
- Cuando toman alcohol o drogas.
- La persona UDI tiene la certeza de no estar enferma/
Heroína=Poder.
- Asociación belleza=salud.
- Asociación masculinidad o no gay=salud.
- Administración del riesgo: evitan venirse adentro.
- Diagnóstico positivo - CD4 altos y carga indetectable.

VÍNCULOS ENTRE DROGAS, ALCOHOL Y RIESGO O VULNERABILIDAD

En general, la población considera que las drogas, incluido el alcohol, inhiben la reflexión –“apendeja”, nos dicen a menudo–, dan valor y potencian el deseo sexual. Identifica también que borracho o drogado se justifica la práctica de riesgo y que en momentos de depresión, el alcohol o algunas drogas pueden acrecentar la vulnerabilidad. Según observamos, la población dibuja una cadena de factores: el alcohol y las drogas desinhiben, quitan freno a la conciencia, a la vez que dan

¹ Estos “valores” [asociación de buena salud con belleza y con juventud] fueron incluidos sin capturar-se aún los DCP realizados en Mérida y San Luis Potosí. Cf. Descriptivo de valores.

valor y refuerzan el deseo sexual. En momentos de depresión o de baja autoestima, esto se ve agravado. Finalmente, la práctica de riesgo queda justificada: “es que estaba tomada/o” y “se aprovecharon/me olvidé”. En el caso de las TTT-TS, la droga y el alcohol les permiten aguantar las condiciones nocturnas del trabajo sexual. Por último, los pares influyen en la falta de uso del condón al reproducir mitos, creencias, prejuicios.

PROVISIÓN DE CONDONES Y RESTRICCIONES AL ACCESO

Los participantes en general reportaron tener un buen acceso a condones, ya sea provistos por OSC/OBC, clínicas, pares o comprados en farmacias y tiendas de conveniencia. En este sentido, cabe subrayar que las personas abordadas en el DCP conforman las poblaciones blanco de organizaciones involucradas en la prevención. Por lo tanto, en cuanto a la provisión de condones, su experiencia no necesariamente refleja la situación de otros grupos, a los cuales aquellas organizaciones tienen menos acceso. La totalidad menciona que existe venta de condones en las cercanías.

En el Valle de México, las TTT se proveen de condones en organizaciones y grupos de apoyo, en bares y espacios de socialización trans. La población gay no reporta proveerse de condones en bares, discotecas y/o otros comercios orientados a una población gay/HSH. En Juchitán-Tehuantepec, en cada localidad se tienen estrategias específicas para surtirse de condones y distribuirlos: *“Mónica me dijo que en la clínica no nos dan condones y yo pienso que no es así; nos lo hubieran dado si nosotros hubiéramos ido a la clínica. Ellas no reciben condones en la clínica porque no van a la clínica, ellas van ahí donde estoy yo a traerlo porque yo vengo acá en Gunaxhii, acá nos lo dan, y ellos nos visitan frecuentemente para ir por el condón ahí en mi casa”*, según explica una muxhee de la congregación A. Obregón.

Hay que ponderar el papel que juegan las OSC y sus voluntarios en la provisión de condones a través de estrategias de alcance, logrando acceder a lugares a veces de difícil acceso o peligrosos –situación agravada por la presencia del crimen organizado en muchos de esos lugares– como son bares, cantinas y lugares de ligue o encuentro sexual, para proveer de condones. También es importante subrayar el papel que juegan las redes de apoyo en la provisión de condones a las poblaciones clave; y en particular los muxhees quienes proveen de condones a jóvenes “mayates”, que por su edad tienen un acceso restringido a estos insumos de prevención. Los mayates son una población de HSH

cuya identidad, asumida o impuesta, es de añeja tradición cultural en contextos rurales o de barrio que distingue a los hombres "muy masculinos" que, sin asumirse como gays, pueden tener intensa vida sexual con otros hombres y reconocerla o no.

I Dónde se provee de condones la población en orden de frecuencia:

- ONG/OSC.
- Clínicas/Centros de salud.
- Farmacia.
- Pares/compañeros de trabajo.
- Otros.
- Bares.
- Amante/cliente.
- Tiendas de conveniencia.
- Sex shop.

Las restricciones dependen en gran medida de factores materiales: hay escasez o desabasto de condones. *"Muchos esperan que se le obsequien los condones, pero los condones gratuitos son insuficientes pues solo dan 8 al mes y además hay que oír una plática de planificación familiar y rellenar un formato que te lleva mucho tiempo"*.

Además, la falta de confidencialidad y anonimato o cuando la persona es de clóset o casada, y para preservar su secreto, prefiere no tener condones, para no levantar sospecha. El "clóset" supone una doble restricción: el individuo closetero evita los servicios, le da vergüenza hablar de su sexualidad, no acude a prueba y asesoramiento voluntarios (PAV) o a distribución de condones, no los lleva para evitar que sospechen, tiende a mentir a su familia, a su pareja y a sus amigos, se esconde y aísla, con lo que no tiene información, y ésta es la segunda restricción: *"Todavía hay vergüenza para pedir condones"*, explican hombres gay del Valle de México.

"Pero cuando ya no tengo les digo: vayan a la clínica, allá les van a dar porque es un clínica; ellas por pena no van. Quién sabe por qué pero si yo hubiera ido, yo he ido una sola vez a la clínica y sí, me dieron 4 condones la vez que fui. Me trataron bien, no me hicieron una pregunta de para qué lo voy utilizar", explica una muxhee de Juchitán.

| Restricciones de acceso a condones en orden de frecuencia:

- Escasez/Desabasto.
- Les da vergüenza pedir condones/acudir a los servicios.
- Negligencia propia.
- Las personas de las PC esperan que se le obsequien los condones/No quieren gastar.
- Falta de confidencialidad o anonimato/Clandestinidad o clóset: no puede llevar consigo condones.
- Edad.
- Costo.
- Desconocimiento, particularmente al inicio de la vida sexual.
- No cumplen con los requisitos burocráticos (domicilio, etc.)/Protocolo muy largo.
- Horario de servicios de los proveedores.

Finalmente, existen varios factores más locales que inhiben el acceso a condones: el desconocimiento de la población, los protocolos largos que desaniman a la población (filas largas, tienen que rellenar formatos, etc.), las mismas formas de distribución y sus ritmos (en los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS dan 8 condones al mes tras llenar un formato), la tardanza, los horarios. En algunos casos, nos reportaron que los servicios disponibles no eran accesibles para los menores, ya que se supone que no mantienen relaciones sexuales todavía. Ahora bien, la población inicia sus relaciones a los 14 años, y es bien posible que en efecto, para las poblaciones de menores, el no poder acceder a insumos es un factor de riesgo. Este problema fue subrayado en Juchitán-Tehuantepec y Tijuana.

Mientras que los jóvenes menores de edad asumidos pueden contar con el apoyo de las muxhees para acceder a los condones, los que no se asumen o viven su sexualidad clandestina y furtivamente, no disponen de tales recursos sociales. El individuo asumido puede contar con la orientación de los amigos, sus consejos y cuidados; el *closetero*, no.

3. CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DE LA POBLACIÓN

La falta de uso del condón está indirectamente condicionada por los conocimientos sobre VIH e ITS de los individuos, además de su percepción del riesgo, como pudimos inferir de las situaciones y razones del uso y no uso del condón en el apartado anterior. Ahora bien, los conocimientos sobre VIH e ITS son muy generales, y más bien escasos en el caso de las ITS.

CONOCIMIENTOS SOBRE ITS Y ACCIONES CUANDO TIENEN ALGUNA ITS

En cuanto a las ITS, el conocimiento de la población es aún menor en general. No saben qué hacer o dónde acudir y les da vergüenza preguntar y acercarse a algún servicio de salud (C3). Sin embargo, este resultado se debe de tomar con mucha cautela debido al nivel muy bajo de respuestas en los DCP.

Cuando tienen ITS, las poblaciones suelen hablarlo con una persona de confianza y, en igual proporción, siguen instrucciones médicas o, por el contrario, ocultan que están infectados y se automedican tomando antibióticos sin receta ni supervisión médica: *“El tabú de que tú tengas una enfermedad venérea y nunca la digas a todo mundo, tanto en aquella época, como en esta época actual, no se dice... sigue habiendo secreto en esa cuestión”*, según explica un hombre gay de Monterrey.

ACCIONES TRAS UN DIAGNÓSTICO VIH-REACTIVO/POSITIVO

La población PV participante en el DCP dibuja una serie de reacciones encadenadas tras el anuncio de diagnóstico positivo. La primera reacción es de “confusión y desesperación”. La persona que acaba de ser diagnosticada suele buscar a quién recurrir: *“La primera reacción en general, podemos pensar que podría ser relacionada con el miedo, la confusión, la desesperación y la incertidumbre. (...) en lugar de clarificar la mente y actuar de manera, como paso a paso, como en un esquema claro, se te confunde más saber a quién recurrir, (...) la duda que sale a partir de un diagnóstico y de querer desahogar todo esto que se te está moviendo dentro de tu mente, que te altera también la cuestión anímica, es pensar que no puedes a veces manejarlo solo y tienes que comentarlo con alguien, y lo primero es considerar quién es la persona a la que yo le tendría confianza para poder acercarme y que pueda responder como yo espero que responda. No tanto a la parte informativa, sino más bien a la parte sensible, que me permita a mí desahogarme”*, recuerda un hombre gay-PV de Tijuana, presentando un mapa del viaje a la salud.

| Acciones tras un diagnóstico reactivo en orden de frecuencia:

- Asistir a un grupo de autoapoyo.
- Decirle a una persona de confianza.
- Con acompañamiento siguen indicaciones médicas.
- Ocultar seropositividad.
- Alejarse de su familia/amigos, independizarse y aislarse para evitar problemas.
- Deprimirse, pensamiento negativo (idea de suicidio), ansiedad, inseguridad.
- Evadir el tema del VIH/Rechazar diagnóstico o tratamientos/Descuidarse.
- Buscar ayuda e información en instituciones y ONG de salud, intercambiar con otras PV.
- Acudir a farmacias para tratamientos.
- No saben qué hacer/No hacen nada.

Se busca información, y al no saber bien dónde acudir o en quién confiar, generalmente se acude a internet, herramienta poco confiable para entender un diagnóstico y saber cómo actuar: *“La mayoría podrían referirse a amigos muy cercanos, más, inclusive, que a la familia (...) Consideramos que los padres son de las últimas personas, en el caso de que alguien se anime a comentarlo (...). Y de las personas que cuentan con pareja es una incertidumbre de no saber cómo puede reaccionar, si va a continuar conmigo la pareja o de plano me va a abandonar (...). Es difícil saber a quién recurrir en primera instancia, la más cercana y la más accesible, para la mayoría de la gente, es el internet (...) Es la primera información con la que cuentas”*, continúa el hombre gay-PV de Tijuana.

En este caso, la influencia de pares, en chats por ejemplo, puede ser negativa, en el sentido de que las creencias de cada uno, la información contradictoria, generan a su vez más incertidumbre y por lo tanto, mayor ansiedad y miedo.

La otra alternativa son los grupos de apoyo: *“Encuentras grupos de apoyo con personas que ya tienen esas vivencias, esa experiencia, incluso ese conocimiento y están en esa disposición de compartirlo; pero estamos hablando de personas que ya tienen una disponibilidad de participar y de exponer también su caso frente a otros y empezar a hablar con ellos”* (HG-PV, Tijuana).

A pesar de la aportación del grupo de apoyo, *“cuando recién estás diagnosticado, la única persona que te puede asesorar con mayor confianza, que eso no te asegura que así sea, pero pones tu salud en manos de la persona que es un especialista y lo primero es buscar un servicio médico, independientemente de cuál tengas”* (HG-PV, Tijuana).

Empiezan entonces a surgir nuevas dudas y preocupaciones, vinculadas al tratamiento y a los servicios médicos: efectos del tratamiento, coordinación con los horarios de trabajo para acudir a hacer nuevos exámenes y a citas médicas, etc. Los problemas y las dudas se acumulan: *“También tenemos en cuestión de los permisos para las personas que trabajan, si tendría que pensar cómo justificar sus ausencias para su servicio médico, porque al principio, bueno, las personas que ya tenemos más conocimiento de eso sabemos que al inicio es un proceso muy constante de estar faltando una o dos veces cada 15 días, hasta que se regulariza el seguimiento”* (HG-PV, Tijuana).

“Tenemos también que del medicamento muy pocas personas saben, en una media general, la existencia de los medicamentos retro-

virales y los efectos que pueden tener... pensamos más en los efectos negativos que en los efectos positivos que podría tener el medicamento por desconocimiento. En cuestión de citas médicas, pensamos mucho cómo se nos va a organizar nuestra vida y que va a depender también de la agenda de un médico, y cuándo va a tener oportunidad de estarnos atendiendo, y ver si yo voy a también tener que cuadrar mi agenda con la del servicio médico” (HG-PV, Tijuana).

“Cuando pasa un tiempo, y nos damos cuenta, nos vamos informando, nos vamos acercando a estos grupos que me pueden asesorar que son más confiables, como los médicos o los grupos de apoyo, pues sí vamos encontrando como una especie de luz que se nos va acercando, aprendemos, nos educamos, aprendemos sobre prevención, para nosotros y para los demás. Conocemos a personas con nuestro mismo estatus que nos pueden compartir lo que saben y podemos compartir lo que sabemos” (HG-PV, Tijuana).

Otras personas encuentran ayuda en grupos de apoyo fomentados por la Iglesia: *“Me acerqué a una persona que es, este, pastor de una iglesia o sacerdote o, vamos, dirige una iglesia, y a final de cuentas fue uno de los factores que me ayudó, junto con, como lo he mencionado en muchas ocasiones aquí, junto con AFABI, junto con mi familia”, explica otro hombre gay-PV de Tijuana.*

La condición VIH-positiva, gracias al intercambio en grupos de apoyo, puede finalmente engendrar una mayor conciencia política, un mayor cuidado de la salud y de la salud sexual: *“Nos damos cuenta que hay instituciones de gobierno que dan apoyo, que se realizan campañas de salud. (...) Nos damos cuenta y nos informamos acerca de nuestros derechos humanos, empezamos a investigar qué es lo que nosotros nos merecemos como personas, qué podemos exigir de las autoridades y de la sociedad, con relación a las enfermedades, podemos obtener ayuda de los sicólogos, en caso de que sea necesario trabajar esa parte más anímica para encontrar como estabilidad emocional, encontramos instituciones civiles, también aprendemos a elegir muy bien las amistades, con relación a que nos damos cuenta quiénes son las personas con las que nos podemos acercar en su momento para poder confiar (...). Tenemos más información y tenemos apoyo de diversos sectores relacionados con el tema” (HG-PV, Tijuana).*

La primera etapa, de información y búsqueda de referentes, de no ser bien resuelta puede dejar lugar a sentimientos negativos, depresión, aislamiento, y negación del diagnóstico, lo cual engendra a su

vez descuido personal y mayor vulnerabilidad ante la enfermedad: *“Pensamos en el aislamiento, que tal vez no me merezca estar relacionándome con otras personas, incluso con mis mismos amigos que en algún momento tal vez recurrí, sobre todo si esos amigos se alejaron de mí, me va a hacer pensar que necesito aislarme, tal vez más. Si reaccionaron bien, pues afortunado, pero es un grupo muy pequeño. Cuando pensamos en un grupo, en extenderlo, sí pensamos que realmente no es todas las personas dignas de esa confianza o que lo van a saber manejar como podríamos esperar. Podríamos orillarnos también a la soledad, y, por ignorancia, pues podríamos encontrar que, si no nos informamos, si no recurrimos a las fuentes que pudieran ser confiables, en lugar de alimentar y bajar esa ansiedad que se genera, pues se podría incrementar, inclusive”*, continúa el HG-PV de Tijuana.

Empieza entonces otra etapa caracterizada por el miedo, el cual suele reforzarse por la discriminación social, en el entorno cercano y en los servicios de salud, originando la falta de seguimiento del tratamiento y asistencia a los servicios coordinados de salud, lo que conlleva el descuido de la propia persona y, por tanto, una mayor vulnerabilidad ante otras ITS y enfermedades oportunistas: *“Nos aislamos a lo que es la negación, la culpa, la depresión, y ya cuando estamos, eh, en este punto puede caer en lo que es la muerte o el abandono”* (hombre gay PV de Tijuana).

Entre las personas con VIH, se documentó que algunas pueden volver a la casa familiar debido a las dificultades que tienen para mantener los gastos de una casa y también por temor a la evolución negativa de su estado de salud: *“Al inicio de la infección muchas personas nos quedamos con la familia por el miedo a la enfermedad”*, describe un hombre gay con VIH. Otras, en cambio, prefieren alejarse de su familia, independizarse, para evitar crear problemas y tener conflictos. La condición VIH puede así reforzar el autoaislamiento del clóset.

4. TRABAJO SEXUAL

En los DCP donde obtuvimos respuesta (un poco menos de la mitad de la población participante), la población contesta mayoritariamente que sus recursos no son suficientes. En muchas ocasiones, el trabajo sexual es de hecho una actividad económica que complementa otros ingresos.

En efecto, el primer motivo por el cual se realiza el trabajo sexual es por la insuficiencia de recursos. Así describen al personaje típico en CHENAC: *“Algunos compañeros decían que él es bisexual. Él se va a casar, o sea, no hay opción más que casarse, tiene planes de boda, entonces se mete con chavos como para sacar dinero porque pues es guardia y gana muy poco, ¿no?, 3000 pesos al mes”*.

| Motivos del trabajo sexual en orden de frecuencia:

- Insuficiencia de recursos (completar otros ingresos).
- Falta de recursos.
- Para pagar tratamientos hormonales y operaciones en los procesos de transformación del cuerpo.
- Pagar estudios.
- Falta de opciones laborales/No encuentra trabajo por su condición.
- Más recursos para más diversión.

- Por elección.
- Para conseguir droga.

Los recursos del trabajo sexual sirven para pagar estudios o, en el caso de las TTT, subvencionar los altos costos de las cirugías y tratamientos hormonales y, en el caso de los UDI, para costearse drogas: *"Carlos se va de su casa por ser gay y se va a vivir con la abuela. Su economía no es buena y empieza a hacer trabajo sexual a cambio de dinero. No sabe si es bueno o malo pero le da un estatus porque le permite conocer gente, salir al antro y salir a pasear"*, describe un joven gay de Puebla.

Algunos ejercen el trabajo sexual de manera esporádica y no profesional, los fines de semana, cuando sale alguna ocasión. Algunos hombres UDI mencionan que a veces mantienen encuentros sexuales con varones automovilistas por 30 dólares. En CHENAC sugieren que la población clave de HSH jóvenes es empujada al trabajo sexual por su independencia temprana. En algunas ocasiones, las poblaciones reportan ejercer el trabajo sexual por falta de opciones laborales o por necesidad: *"Empezó a ejercer el trabajo sexual a los 28 años, recién divorciado, por necesidad para mantener a los hijos y su esposa. Alguien le dijo cómo era el trabajo sexual y él vio las ganancias que podía obtener"*, describe –en un personaje típico– un HSH-TS de Monterrey.

Por otro lado, a menudo la población hace referencia a lo que denomina "ligue por dinero". Como describe una muxhee de Juchitán: *"Aquí no existe la venta del sexo, no existe una cuota para ligar hombres, un mayate que te diga sabes qué, te cobro 300, invítame las chelas, eso es comprar sexo. Entonces la idea errónea que tiene aquí el amigo es que dice que invitándole las chelas estás comprando hombre, no, porque tú les invitas las chelas y nada más lo que quiera el chavo, pero no le estás dando cierta cantidad para comprar su, no le estás dando 300 más y luego te invito las chelas y nos vamos. (Es) muy diferente a lo que hacen las (trabajadoras sexuales)"*. Una TTT de Guadalajara comenta: *"Entonces cuando yo voy a la disco, me voy a divertir... pues si me sale algo: obvio que no... no lo desaprovecho... aprovecho también y si puedo sacar algo, igual y me sirve para algo"*.

Estas relaciones, mediadas por el dinero, también conllevan, por lo menos para la muxhee y en muchas ocasiones también para las TTT, amor e ilusión, y las mismas razones emocionales para las cuales la población, en general, no usa condones, se vuelven a encontrar en el

trabajo sexual cuando éste queda definido como “ligue por dinero”, es decir, el sexo transaccional.

El “ligue por dinero” tiene dos desventajas: primero, es un indicio de la baja profesionalización del trabajo sexual, lo que implica una mayor exposición al estigma y a la discriminación o vulnerabilidad, ya que redanda en la “invisibilidad” social de este sector. Pero además puede exponer a la población que practica el “ligue por dinero”, muchas veces relacionado con poblaciones móviles –es decir, con personas que vienen a trabajar temporalmente, según indican las participantes de Tijuana y Juchitán-Tehuantepec– ya que se vincula íntimamente con la diversión, el alcohol, las drogas.

Es decir, a diferencia de los HSH-TS profesionalizados que reivindican su práctica del trabajo sexual, la población que practica este tipo de sexo por dinero no siente tanta necesidad de cuidarse para el ejercicio de su profesión, y la ingestión de alcohol y drogas, este desdibujamiento de la frontera entre el placer y el trabajo, entre la diversión y el sexo por dinero, puede implicar una mayor exposición a situaciones generales de no uso del condón. Quienes hacen “ligue por dinero” suelen rechazar el término de trabajador(a) sexual, pues no se consideran como tales.

En los DCP del Valle de México, de la Zona Metropolitana Puebla-Tlaxcala, en Juchitán-Tehuantepec, en Tijuana y en Guadalajara, las zonas de trabajo sexual son percibidas como lugares de peligro. Constantemente, la población los asocia con el estigma y la discriminación. La violencia puede venir de todos los frentes: los desconocidos o vecinos de las zonas de trabajo sexual y/o tolerancia, los clientes y los mismos policías. Así, en varios talleres de DCP de Valle de México precisan que en los lugares de trabajo sexual se dan agresiones de los clientes, y que además la población es extorsionada por los agentes de policía. Ante dicha discriminación, en general los asistentes no hacen nada y se quedan indiferentes: *“Dos veces me han asaltado y golpeado, pero nadie hizo nunca nada, tengo rota la nariz en tres partes, pero no tengo dinero para operarme”*, cuenta una TTT-TS del Valle de México. *“Hay gente que pasa y te avienta de todo...huevos, basura, te gritan puto (...), la policía pasa y te quita el dinero que ganaste”*, describe otra trabajadora sexual TTT del Valle.

Las y los trabajadores sexuales usan a menudo el condón en sus prácticas sexuales con clientes. Sin embargo, si bien el uso del condón es más frecuente que en las parejas, sigue siendo relativamente bajo.

5. CONCLUSIONES

Para fortalecer la respuesta al VIH es necesario escuchar y tomar en cuenta la voz de las poblaciones más directamente afectadas.

El estigma y discriminación asociados al VIH (EyD) se constituyen en obstáculos que retardan la eficiencia de las estrategias del continuum prevención-atención, sobre todo cuando se presenta en la provisión de servicios de salud.

Para lograr un uso más sistemático del condón y lubricante entre las PC, es necesario mejorar en mucho el acceso a estos insumos de prevención, procurando su disponibilidad en los lugares donde las poblaciones realizan sus encuentros sexuales, pero también deben atenderse otros factores que, en combinación, inhiben su uso: consumo de alcohol y drogas, baja percepción de riesgo y conductas determinadas por las “corazonadas”, baja autoestima, deseo de intimidad “sin barreras”, etc.

Ante la promoción de la prueba y consejería voluntaria, es urgente mejorar la propia consejería y los sistemas de referencia a los servicios de salud, disminuyendo al mínimo las “vueltas” y la tramitología para facilitar lo que es de por sí un proceso difícil. También es importante señalar la urgencia de mejorar los mecanismos que garanticen la confidencialidad.

GLOSARIO

- DCP** Diagnóstico comunitario participativo.
- VIH** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.
- SIDA** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- EyD** Estigma y discriminación asociados al VIH.
- PC** Poblaciones clave.
- HG** Hombres gay.
- HSH** Hombres que tienen sexo con hombres.
- TTT** Mujeres travestí, transexuales y transgénero.
- TS** Trabajadores/as sexuales.
- UDI** Personas hombres y mujeres usuarias de drogas inyectables.
- PSS** Prestadores de servicios de salud.
- PAV** Prueba y asesoramiento voluntarios.



ESTUDIO VALIDACIÓN DE INSUMOS DE PREVENCIÓN
Y PRÁCTICAS DE ALMACENAJE Y DISTRIBUCIÓN

· *Durfari Velandia & Asociados* ·

1. ANTECEDENTES Y OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

El propósito de este estudio es proveer información cualitativa que permita relacionar la operación y el conjunto de procedimientos del Proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH/TS y hombres y mujeres UDI” con las percepciones de los destinatarios sobre éstos, el uso dado a los recursos obtenidos y las necesidades de los destinatarios para analizar el funcionamiento efectivo del Proyecto, identificar debilidades y fortalezas y generar recomendaciones que devengan en una implementación más fluida del mismo.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

México implementa actualmente el Proyecto “Fortalecimiento de las estrategias nacionales de prevención y reducción de daños dirigidas a HSH, HSH-TS y hombres y mujeres UDI” en 44 ciudades de la República con alta prevalencia de VIH. El Proyecto busca reducir la prevalencia del VIH entre los HSH y UDI hombres y mujeres, a través del desarrollo e implementación de estrategias de prevención; mejorar la detección oportuna de la infección por el VIH, y disminuir el estigma y la discriminación hacia los HSH y UDI en un marco de promoción de los derechos humanos. La implementación del proyecto se realiza a través de intervenciones de promoción, prevención primaria y prevención secundaria.

En el marco de estas intervenciones, se distribuyen de manera gratuita insumos de prevención organizados en paquetes según el tipo de intervención y población clave a alcanzar.

METODOLOGÍA

Se condujeron entrevistas en profundidad con los responsables de las cuatro organizaciones sub-receptoras. Se seleccionaron 21 organizaciones implementadoras para conducir entrevistas estructuradas. Las organizaciones fueron seleccionadas de acuerdo al tipo de paquete de prevención que distribuyen, las regiones en las que se ubican y la organización sub-receptora a la cual responden. Se realizaron entrevistas presenciales a personas coordinadoras y promotoras, junto con observaciones de campo y bodega en 11 organizaciones ubicadas en Tijuana, Monterrey, Guadalajara, Zona Metropolitana del Valle de México, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula, y se condujeron 10 entrevistas telefónicas a personas coordinadoras de las organizaciones implementadoras en Ciudad Juárez, San Luis Potosí, Colima, Acapulco, Guanajuato, Villahermosa y Oaxaca. Se entrevistaron a 67 a personas beneficiarias del Proyecto de las ciudades de Tijuana, Monterrey, Guadalajara, Zona Metropolitana del Valle de México, Tuxtla Gutiérrez y Tapachula. Toda la información fue audiograbada y se procesó a través de matrices construidas en ejes analíticos pre-establecidos.

HALLAZGOS PRINCIPALES

- La operación empírica del proceso de entrega de paquetes inicia cada trimestre cuando los Sub-Receptores (SR) envían a la unidad de Gestión de Adquisiciones y Suministros (GAS) la orden de suministro correspondiente a los insumos que cada ONG requiere acorde a sus metas trimestrales. FUNSALUD, a través de su unidad GAS, es responsable de adquirir los insumos, procesar las solicitudes de los mismos y coordinar por medio de una empresa la logística y entrega de paquetería y la entrega efectiva de los insumos. Las solicitudes de insumo son responsabilidad de los SR's, así como el manejo de inventarios, supervisión y validación de las intervenciones que realizan las ONG. Las ONG tienen como responsabilidades el almacenamiento de insumos, la integración de paquetes, la planeación de

sus implementaciones, la consolidación y en gran medida capacitación de sus equipos de trabajo (coordinadores, encargados de bodega e inventarios y promotores o implementadores) y el desarrollo efectivo de las intervenciones.

- Los principales cuellos de botella identificados en este proceso son: el tiempo transcurrido entre la solicitud de insumos y la entrega efectiva a las organizaciones; las entregas parciales de las órdenes de suministro; la falta de cumplimiento por parte de la empresa transportista de horarios y días de entrega concertados con las organizaciones. Esto genera que la fase de solicitud de insumos no se pueda cerrar por parte de las SR, no se puede planear la entrega mensual de insumos, que funcionaría más para las organizaciones pequeñas, por el temor al incumplimiento se retrasa y en ocasiones detiene completamente la implementación.

- Los paquetes no están pre-empacados porque se previó en una primera instancia, entregando insumos a las organizaciones en vez de paquetes, por lo que las ONG deben hacerse cargo de este proceso que no está considerado en el pago. Los insumos se exponen a una excesiva manipulación; no hay una presentación única que asegure la distinción de estos paquetes respecto a otros insumos provistos por otras instituciones y que dificulte su comercialización indebida.

- La frecuencia de entrega de los paquetes fue pensada partiendo del supuesto de que era imposible contactar por segunda vez a un mismo beneficiario, sin embargo, las experiencias de campo muestran que los promotores encuentran a la misma población en los mismos puntos de abordaje, lo que hace necesario reconsiderar el trimestre como una medida óptima para la entrega de productos que implica un volumen grande de paquetes y poco contacto con el promotor, es decir, poca repetición del mensaje, lo que afecta el cambio de comportamiento.

2. EL PUNTO DE VISTA DEL BENEFICIARIO

¿“A caballo regalado no se le mira el diente”? En términos generales, se encontraron posiciones poco críticas o propositivas por parte de los beneficiarios frente al paquete que reciben. Pareciera que el hecho de que es algo regalado implica que no necesariamente los productos son de buena calidad y/o que los beneficiarios no tienen derecho a exigir mejor calidad en aquéllos.

Otro aspecto interesante de las entrevistas con los beneficiarios no trabajadores sexuales, es la inconsistencia en sus respuestas al contestar en la mayoría de las ocasiones que no terminan de gastar todos los insumos en el trimestre, y al mismo tiempo, considerar que la cantidad de insumos que se distribuyen actualmente es la adecuada. Esto se podría explicar por la valoración positiva que implica todo programa que trae consigo un subsidio. Teniendo en cuenta estos dos problemas de los datos, a continuación se presenta un análisis de las percepciones encontradas en cada tipo de población.

PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA (PVV)

“Para mí venir acá fue muy difícil, muy, muy difícil. Decidir venir acá me costó 5 años... Después de 5 años yo me decido a venir... Llegué, tardé en entrar 10 minutos y en lo que me decidía a hablar con alguien y salí prácticamente corriendo. Algo me decía detente, regresa... Yo

creo que ese algo fue mi deseo de vivir, mi deseo de seguir luchando por mí y por la gente que yo quiero y por las cosas que me hacen feliz. Una vez que regresé, me di cuenta que fue la mejor decisión que pude haber tomado. Me di cuenta que toda la gente te recibe con una sonrisa, con un saludo muy cordial, sin que te vean feo, sin que te señalen, que simplemente te traten como un ser humano. Es algo que siempre se lo digo al médico, a mi psicólogo, mi trabajadora social, a las enfermeras. Realmente siento la armonía y la calidez de la gente cada vez que vengo a este lugar. Hasta los mismos guardias que están fuera de este ámbito, que no reciben capacitación, hasta ellos te reciben con mucho cariño, la gente de intendencia, todos” (usuario de CAPASITS en Tuxtla Gutiérrez).

El elemento que más destacan las personas con VIH es la calidad del servicio que les prestan en los CAPASITS. De manera específica subrayan la importancia del apoyo y la contención emocional que brinda el personal de los centros de atención.

Con respecto al contenido de los paquetes, las opiniones varían de acuerdo al perfil. Hay personas que tienen pocas relaciones sexuales porque no cuentan con una pareja estable, ha disminuido su deseo sexual y/o están en un momento de introspección, donde el sexo ha pasado a un segundo plano por lo que la cantidad de condones les resulta excesiva. Por otro lado, están las personas que tienen pareja y tienen una vida sexual activa, para quienes el número de condones es adecuado. Finalmente están los trabajadores sexuales para quienes el paquete resulta insuficiente. Sin embargo, para todos los usuarios la cantidad de lubricante que se entrega actualmente es insuficiente en relación con sus necesidades y con la cantidad de condones que se distribuye. Subsegmentar el paquete de acuerdo a las necesidades de la población optimizaría los recursos.

La confianza que brinda el realizar las actividades en un espacio de la Secretaría de Salud y la calidad de las intervenciones que se ofrecen facilita el que los usuarios se sientan cómodos con brindar sus datos personales. Sin embargo, el contar con los avisos de privacidad y materiales de descripción y presentación del proyecto permitiría calmar la ansiedad de la población en relación con la persona que los pueda llamar para confirmar si efectivamente recibieron o no el paquete. En varias ciudades, el implementador reportó que los usuarios preguntan sobre este punto y ellos tienen poca información al respecto que permitiese despejar estas dudas.

En términos de la frecuencia, las opiniones fueron muy diversas sugiriendo entregas mensuales, bimestrales y trimestrales. Al parecer la entrega cada trimestre funciona muy bien, dado que los usuarios tienen que asistir a seguimiento médico al menos cada dos meses y de esa manera no se ven colapsados los implementadores que tienen metas relativamente altas.

En cuanto a la presentación del paquete, las características de peso y tamaño no resultaron relevantes para los beneficiarios, pero sí su apariencia. De esta manera, la mayoría de los entrevistados comentaron la importancia de tener una bolsa oscura con imagen corporativa del proyecto, que facilite su portación y que invisibilice un poco su contenido (los condones), pues se sienten expuestos a la mirada de los otros por el hecho de cargar los condones en una bolsa transparente. El brindar los condones en la caja cerrada les da seguridad, en contraste con brindarles los condones sin caja.

Finalmente, en cuanto a los materiales de comunicación, todas las personas con VIH entrevistadas expresaron que los paquetes vienen sin información y manifestaron su interés en recibir información sobre VIH, derechos humanos, uso correcto del condón y uso del lubricante.

MUJERES TRANSGÉNERO

“A nosotras las trans nos encantan las monerías, entonces entre más bonito sea el paquete pues más atención le ponemos, como que más especial se nos hace. Vale la pena ponerle atención a los detalles si quieren que las trans se sientan parte del proyecto, ya ves que de la vista nace el amor” (mujer transgénero trabajadora sexual de Tuxtla Gutiérrez).

En términos de cantidad, se repite lo comentado para la población de personas con VIH y es que si bien la cantidad de condones es suficiente, la cantidad de lubricante es limitada, por lo que se reitera la importancia de mantener la proporción de dos tubos de lubricante por cada 100 condones. Asimismo, las entrevistadas plantean la necesidad de contar con condones de sabores para sexo oral.

Sin embargo, para las mujeres transgénero que se ocupan en el trabajo sexual, la cantidad de condones les resulta insuficiente. Refieren que en ocasiones ocupan dos y tres condones con un solo cliente y suelen tener en promedio de 2 a 3 clientes por día. Todas reportaron además compartir sus condones con sus compañeras. En ese sentido, las entrevistadas reportaron que el paquete 7 les dura en

promedio entre un mes y mes y medio. Cuando se quedan sin condones, su estrategia es solicitar el paquete 3, situación que se observó en todas las ciudades visitadas. Además de condones de sabor para realizar sexo oral, las entrevistadas expresaron necesitar toallitas húmedas o kleenex para asear un poco a sus clientes y limpiar sus manos, y una de ellas mencionó la importancia de tener lamparitas para colocar bien el condón y para inspeccionar el área genital de sus clientes, pues no siempre los encuentros sexuales suceden en un hotel. Algunas mujeres transgénero trabajadoras sexuales mencionaron la importancia de incluir el condón femenino, pues les permite no tener que negociar el uso de condón con sus clientes.

La entrega trimestral pareciera funcionar bien para las mujeres transgénero que no se ocupan en el trabajo sexual y los lugares de distribución más valorados para ellas son sus lugares de trabajo: las estéticas, restaurantes o los puestos de comercio informal donde se ocupan. Las principales razones para preferir estos sitios sobre otros son: porque siempre están allí, porque tienen tiempo suficiente para practicar con el promotor y tienen la facilidad de guardar el paquete.

Por su parte, las mujeres transgénero trabajadoras sexuales prefieren recibir los paquetes mensualmente y en sus lugares de trabajo o en organizaciones que les prestan diferentes servicios. Una de las entrevistadas mencionaba:

“Ambos lugares son buenos, cuando no conocemos a las personas, reconozco, nos portamos bien perras y ni los pelamos, pero lo cierto es que a veces cuando estamos trabajando nos quedamos sin condones o a veces no sabemos a dónde ir para que nos den condones. Cuando venimos aquí es padre porque ponemos más atención a la información que nos dan y podemos llevarnos el paquetote sin problema, en el punto a veces se complica cargarlo porque es muy grande y no cabe en la bolsita”.

En cuanto a los materiales de comunicación, 5 de las 20 mujeres transgénero entrevistadas reportaron no haber visto los folletos y de las 15 que recuerdan haber visto el material, 5 refieren que no les llamó la atención o no les pareció útil la información. Ellas refieren la necesidad de que los materiales sea llamativos, que contengan imágenes e información más amplia y detallada sobre el VIH y sobre infecciones de transmisión sexual, uso correcto del condón, uso del lubricante, derechos humanos e información de contacto para acceder a servicios de salud a nivel local. Algunas plantearon que pierden interés en los

materiales cuando se dan cuenta que siempre es lo mismo y sugieren en ese sentido cambiar la información cada trimestre. Varias entrevistadas refirieron que no les gusta leer y que prefieren que la información se la den oralmente.

HOMBRES TRABAJADORES SEXUALES (HTS): LOS INVISIBLES

Esta población fue la más difícil de contactar para las entrevistas, pues no siempre se logró que las visitas a campo coincidieran con actividades de la organización con esta población, de modo que sólo se realizaron dos entrevistas a trabajadores sexuales masculinos, ambas en Tijuana. Sin embargo, la opinión de los promotores que implementan las actividades da muchas pistas sobre sus necesidades en relación con el paquete de prevención.

Un primer elemento muy recurrente por parte de los implementadores fue la condición migrante de los HTS. Esta situación dificulta el que brinden los datos requeridos por el formato de reporte de actividades, pues muchos viven en situación de calle y algunos son menores de edad; asimismo, el vivir en la calle dificulta que guarden el paquete. Una de las implementadoras comentaba:

“Lo guardan debajo de la banca y detrás de un árbol, debajo de una piedra, pero igual cuando regresan ya no está porque otra persona lo encontró y entonces ya se quedan sin dotación de condones por todo el trimestre”.

Uno de los dos entrevistados expresó que la presentación actual del paquete no es cómoda, porque es difícil de cargar y de ocultar. Asimismo, varios implementadores señalaron que cuando la policía ve a HTS con un paquete no sólo les sustrae los insumos, sino que los detiene por sospecha de trabajo sexual. Ambos entrevistados reportaron que los actuales materiales de comunicación no les llaman la atención, entre las razones comentadas están que son muy pequeños y que siempre traen la misma información. Ambos sugieren que los folletos sean más grandes y contengan información sobre VIH. Los implementadores comentaron la importancia de enfatizar con esta población las prácticas de riesgo, la promoción de la prueba de detección del VIH y del carácter asintomático del virus.

La mayoría de entrevistados HSH manifestaron su incomodidad frente al hecho de que el paquete se entregue en bolsas transparentes. A algunos les resulta incómodo llevar visibles los condones pues ello

pone en evidencia que tienen una vida sexual muy activa. La opción de una bolsa de estraza con el logo del proyecto daría una mejor presentación al paquete actual.

En términos de materiales y mensajes de comunicación, los HSH entrevistados (tanto gays como no gays) reportaron su deseo de recibir información más detallada sobre el VIH; tener datos de contacto de servicios de salud, grupos de apoyo y organizaciones civiles a donde puedan acudir; infecciones de transmisión sexual, y uso correcto del condón. Varios reportaron que las imágenes son demasiado pequeñas y el contenido demasiado básico. En ese sentido, los implementadores sugirieron reiteradamente que mientras para los HSH no gays se trabajen los mismos contenidos que para los HTS (información básica sobre VIH e ITS y listado de prácticas de riesgo), para los hombres gay el énfasis debe estar en lo que ellos denominan “relaciones saludables” con tips sobre uso correcto del condón, erotismo y condón, y cómo negociar el uso del condón con la pareja.

3. RECOMENDACIONES SOBRE LOS PAQUETES Y LAS ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN. ANALIZANDO LA RELACIÓN ENTRE CANTIDAD, FRECUENCIA Y CALIDAD

De acuerdo con los comentarios de implementadores y beneficiarios, a continuación se listan recomendaciones programáticas sobre los elementos a tener en cuenta en la presentación de cada uno de los paquetes de prevención que se distribuyen, en términos de su contenido, frecuencia de entrega, vinculación con intervenciones planteadas por el proyecto y los lugares donde son implementadas las intervenciones.

En el Proyecto se diseñaron 8 paquetes para atender a las distintas poblaciones. Los paquetes 1, 2 y 8 son destinados a intervención con líderes populares; contienen 8 condones masculinos, un sobre de lubricante y una condonera con resorte para tobillo o brazo. El paquete 3 se entrega como prevención primaria a HSH y TTT; contiene 120 condones y un tubo de lubricante. El paquete 4 es para prevención primaria en UDI masculinos, incluyendo 60 condones, un tubo de lubricante, 90 jeringas, 180 unidades de agua inyectable, 360 toallas de alcohol y una botella de cloro. El paquete 5 se usa para prevención primaria en UDI femeninos y contiene 20 condones, un tubo de lubricante, 90 jeringas, 180 unidades de agua inyectable, 360 toallas de alcohol, 60 condones femeninos y 1 botella de cloro.

PAQUETE 7. TRABAJO SEXUAL

Las observaciones de campo permitieron constatar que los trabajadores sexuales no son una población homogénea, sino que existen dos subpoblaciones con necesidades diferentes en términos de distribución de insumos. Por un lado, las mujeres transgénero trabajadoras sexuales, quienes tienen una identidad, tienen dinámicas alrededor de lugares, tienen redes densas de sociabilidad, por lo que la distribución personal a través del interior de estas redes contribuye a posicionar el tema de salud. En ellas, el Paquete 7 tal como está diseñado actualmente funciona bien en términos de cantidades de insumos y frecuencia de entrega. Una buena práctica encontrada en campo fue la distribución en estéticas, lugares de trabajo y residencias, o en el marco de talleres de prevención, lo cual favorecía la manipulación del paquete. Por el otro lado, para los trabajadores sexuales masculinos jóvenes que viven en situación de calle, la mayoría migrantes, con pocas redes sociales, el paquete 7 no funciona, pues no tienen donde guardarlo y la necesidad de sobrevivencia básica impulsa a comercializarlo. Como el paquete se entrega una sola vez cada trimestre, si se les distribuye y lo pierden pasan largo periodo sin acceso a insumos básicos para la prevención del VIH.

Se recomienda entonces segmentar el paquete de trabajo sexual en dos, uno para trans y otro para trabajador sexual de calle. Para las primeras, se recomienda distribuir 150 condones al mes con 3 tubos de lubricante. Para los segundos, se recomienda realizar entregas quincenales de 70 condones con dos tubos de lubricante. Para ambos se recomienda incluir en el paquete pañuelos desechables o toallitas húmedas y condones de sabor para sexo oral.

Dependiendo de la disponibilidad de tiempo de las poblaciones, se recomienda implementar entrevistas motivacionales junto con la entrega de este paquete. Cuando la distribución de paquetes se realice en el marco de una actividad grupal en una organización, estética o casa de compañeras, se recomienda distribuir el paquete de 300 condones con 6 tubos de lubricante, condones de sabor y condones femeninos.

Incorporar pares para el trabajo con mujeres transgénero es un elemento clave para el éxito de la actividad, no sólo por el acceso a ciertos lugares a los que de otra manera no se podría ingresar y el conocimiento de sus redes sociales, sino también porque las pares constituyen un otro que opera como interlocutor válido para ellas, al menos en el instante en

que son abordadas por primera vez y se les comenta del proyecto, y es otro confiable al momento de solicitarles los datos personales. Todas las organizaciones entrevistadas manifestaron que las trans trabajadoras sexuales brindan sus datos porque hay una relación previa de trabajo con ellas, es decir, porque ya se ha establecido un vínculo de confianza y en ese sentido el proyecto funciona por el capital social construido por la organización y/o las promotoras pares vinculadas.

PAQUETE 3. HSH NO TRABAJADOR SEXUAL

El punto crítico del paquete 3 es el volumen. El campo muestra que los lugares de implementación determinan la aceptación y aprovechamiento de los insumos. En antros y lugares de encuentro el paquete es poco aceptado porque es difícil de cargar y el segmento de población que asiste a los antros tiende a ser el mismo que circula entre estos lugares.

En este contexto se recomienda entregar la misma cantidad de insumos que se tiene contemplada, pero dividida en entregas quincenales de 20 condones acompañados de una condonera emblemática del Proyecto y 4 sobres de lubricante. La estrategia de distribución mensual facilitaría entregar 40 condones y un tubo de lubricante, especialmente entre los hombres gay.

Los implementadores de todas las ciudades reportaron que una de las razones más recurrentes por la cual los HSH no gays no aceptaban el paquete, además del tener que dar sus datos personales, era que no podían llegar a su casa con tantos condones. Así, realizar visitas semanales a los lugares de encuentro sexual y distribuir 10 condones y un sobre de lubricante puede facilitar el acercamiento a esta población a las estrategias de prevención.

Una condonera permitiría tanto a los HSH gay como no gay resguardar los condones, favorecer su correcto almacenamiento, al tiempo que promover la recordación de su uso y posicionar la imagen del Proyecto.

Dado que en los lugares de sociabilidad HSH las poblaciones están poco dispuestas a interrumpir durante mucho tiempo su interacción, las intervenciones cortas de tipo abordajes cara a cara son quizás las más recomendables para posicionar mensajes de comunicación.

De otro lado, están las sedes de las organizaciones, que son lugares que pueden consolidarse como puntos de referencia para brindar información y acceso a servicios de salud a las poblaciones meta, promoviendo el acercamiento de las poblaciones a las organizaciones locales a través

de su participación en capacitaciones, actividades culturales, eventos grupales o una consulta individual en las organizaciones, pero también para promover la construcción de lugares alternativos de reunión para hablar de salud como las casas de líderes populares o las estéticas. En estos lugares se recomienda entregar un paquete de 100 condones y dos tubos de lubricante trimestralmente, de modo que la entrega de estos insumos refuerce la participación de las poblaciones en los talleres.

Se recomienda que los temas a tratar en estas sesiones sean: relaciones saludables, derechos humanos, relaciones de género, colocación correcta del condón, erotismo y uso del condón, beneficios del uso de lubricante, imágenes y sintomatología de otras ITS, estigma frente al VIH, información sobre terapia ARV, relaciones saludables y salud anal.

PAQUETE 6. PERSONAS QUE VIVEN CON VIH

Este paquete funciona muy bien para la población meta. La cantidad de insumos, la entrega y la frecuencia generó aceptación por parte de la población y los implementadores, en gran parte porque ya tienen un hábito de visitas al CAPASITS bimestralmente.

Para mejorarlo, sólo se considera importante tener en cuenta disminuir el número de condones a 100, facilitando de esta manera el proceso de armado de paquetes, pues se estaría distribuyendo la caja de condones cerrada con sus dos tubos de lubricante.

La estrategia de acompañamiento personalizado o grupal a través de un profesional especializado es altamente efectiva, acompaña muy bien la entrega del paquete, permite una alta aceptación del Proyecto por los beneficiarios y garantiza el seguimiento de los mismos.

ASPECTOS TRANSVERSALES A CONSIDERAR PARA PAQUETES 3, 6 Y 7

1 | Presentación.

El punto crítico aquí fue la bolsa transparente, que revelaba una práctica, hacía evidente la actividad sexual y/o la condición de uso de drogas inyectadas, y generaba criminalización. En respuesta a ello, se recomienda diseñar empaques para los paquetes que posicionen una imagen institucional del proyecto. Las condoneras de acuerdo a las necesidades de la población son lo ideal, bolsas de papel de estraza pueden ser otra opción.

2 | Cantidad de lubricantes.

Todas las poblaciones reportaron que la cantidad de lubricante que se distribuye es insuficiente. En ese sentido, se recomienda distribuir dos tubos de lubricante por cada 100 condones.

3 | Materiales de comunicación que acompañan al paquete.

Otro punto de coincidencia de los diferentes actores es que los materiales de comunicación brindan información insuficiente. La información es muy básica, muy general y se repite cada trimestre, entonces las poblaciones pierden el interés después de la segunda entrega. Se encuentra en campo que las poblaciones tienen interés en tener información sobre: colocación correcta del condón, trucos para poner el condón, beneficios del uso de lubricante, imágenes y sintomatología de otras ITS, promoción de la prueba de VIH, estigma frente al VIH, información sobre terapia ARV.

Es especialmente importante considerar las necesidades de información de la población PVV. Los temas de interés para la población son nutrición, reinfección, terapia ARV, control del estrés, relaciones saludables, salud anal.

PAQUETES 1, 2 Y 8

Las metas son bajas y los paquetes son distribuidos en actividades grupales, donde a los implementadores les parece más adecuado distribuir el paquete 3. La recomendación aquí es elevar las metas de promoción distribuyendo este paquete en antros y subiendo el número de condones a 10, para que no se tengan que manipular las tiras de 5 en las que viene la presentación.

Sería importante preguntarse si tiene sentido tener un paquete distinto al paquete 3 cuando es la misma población y los mismos insu-
mos, siendo la cantidad lo único distinto.

PAQUETES 4 Y 5. HOMBRES Y MUJERES USUARIOS DE DROGAS INYECTABLES

Las estrategias actuales de intervención con mujeres UDI no logran llegar adecuadamente a la población, en tanto no se recuperan sus

especificidades en relación con los hombres UDI. Es importante tener en cuenta que el uso de drogas es más estigmatizado en el caso de las mujeres, en consecuencia, ellas suelen tener dinámicas de uso de drogas más privadas, por lo que los picaderos no son buenos lugares para acceder a ellas.

La estrategia de brindar jornadas de salud integral para ellas donde además del paquete se tenga oportunidad de implementar entrevistas motivacionales o talleres para capacitar en el uso correcto de los insumos distribuidos, promoción de la salud, derechos humanos y reducción del daño, generaría mejores resultados, como lo muestran las estrategias de las organizaciones Compañeros y Prevencasa.

CUESTIONES TRANSVERSALES A LOS PAQUETES 4 Y 5

1 | Calidad de los insumos.

Es necesario garantizar que la marca de las jeringas a distribuir sea BD Ultra Fina, por la longitud y diámetro de la aguja y el carácter no desmontable de su émbolo.

2 | Frecuencia de entrega de paquetes.

La frecuencia recomendada es semanalmente.

3 | Presentación del paquete.

Al igual que en los HSH, la sugerencia es diseñar empaques para los paquetes que posicionen una imagen institucional del proyecto y protejan un poco a los usuarios del estigma asociado al uso de drogas inyectadas. Las bolsas de papel de estraza fueron mencionadas por las organizaciones como alternativas económicas.

4 | Materiales de comunicación.

Los contenidos de los materiales actuales de comunicación se consideran pertinentes, pero se recomienda que el diseño sea más visual y recurra menos a las letras, pues la población es poco escolarizada.

En términos generales, la cantidad de metas y las condiciones que requiere el proyecto en términos de registro de las actividades ha impli-

cado que los esfuerzos de la organización se centren principalmente en la preocupación por alcanzar los volúmenes de distribución y menos en la reflexión sobre la calidad de las estrategias de comunicación y contenido de los mensajes que se brindan para promover los comportamientos meta. Así pues, la carga administrativa del proyecto termina colonizando al componente pedagógico.

De un lado, es claro que la saturación de paquetes en lugares de encuentro de HSH permite la normalización del condón en la vida cotidiana de las poblaciones y esto tiene un impacto sobre la manera de concebir el condón y pudiese transformar normas sociales en relación con él, promoviendo su uso. Pero resulta una estrategia costosa en un contexto de restricciones económicas importantes. Debe considerarse, además, que según el inventario de intervenciones, las estrategias exitosas en prevención de VIH son aquellas con permanencia en el tiempo. ¿Será posible pensar otras estrategias donde haya un mayor equilibrio entre disponibilidad de servicios y productos de salud y calidad de estrategias y mensajes de comunicación para el cambio de comportamiento?