



# Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Prevención del VIH en Colombia: Análisis Secundario de Datos

## Reporte PrEP-Col 2021



El conocimiento es de todos

Minciencias



#### **Autores:**

Pilar Camargo-Plazas, RN, PhD  
Assistant Professor  
School of Nursing, Queen's University  
Email: [mdpc@queensu.ca](mailto:mdpc@queensu.ca)

María del Pilar Peralta Ardila  
Socióloga, Magíster en sociología  
Estudiante de doctorado en Historia de las Américas, Ludwig-Maximilians-University Munich, Alemania Email:  
[maria.peralta@correounivalle.edu.co](mailto:maria.peralta@correounivalle.edu.co)

Héctor Fabio Mueses  
Estadístico, Magíster en Epidemiología.  
Coordinador centro de investigaciones. Corporación de Lucha Contra el Sida, Cali, Colombia. Email:  
[centroinvestigaciones@cls.org.co](mailto:centroinvestigaciones@cls.org.co)

Beatriz Alvarado  
Physician, Master in Epidemiology, PhD in Public Health. Adjunct Professor, Public Health Science. Queens University,  
Kingston, ON, K7L 3N6.  
Email: [alvaradb@queensu.ca](mailto:alvaradb@queensu.ca)

Marcela Arrivillaga  
Psicóloga, Magíster en Educación, PhD. en Salud Pública.  
Directora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud. Pontificia Universidad  
Javeriana Cali, Colombia. Correo electrónico: [marceq@javerianacali.edu.co](mailto:marceq@javerianacali.edu.co)

Sheila Andrea Gómez  
Trabajadora Social, Magíster en Sociología  
Profesora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud. Pontificia  
Universidad Javeriana Cali, Colombia. Correo electrónico: [sagomez@javerianacali.edu.co](mailto:sagomez@javerianacali.edu.co)

María Camila Bolívar Rocha  
Socióloga, candidata a magíster en salud pública  
Asistente de investigación en la Corporación de la Lucha contra el Sida.  
Carrera 56 2-120, Cali, Colombia. Colombia. Correo electrónico: [mariabolivar@javerianacali.edu.co](mailto:mariabolivar@javerianacali.edu.co)

Lina Rocío Hurtado  
Fisioterapeuta, Magíster en Salud Pública. Especialista en Justicia Constitucional y DDHH.  
Profesora del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, Facultad de Ciencias de la Salud. Pontificia  
Universidad Javeriana Cali, Colombia. Correo electrónico: [linahurtado.ft@gmail.com](mailto:linahurtado.ft@gmail.com)

Jorge Martínez-Cajas, MD FRCP  
Profesor asistente  
División de Enfermedades Infecciosas  
Departamento de Medicina, Queen's University  
E-mail address: [jm209@queensu.ca](mailto:jm209@queensu.ca)

#### **Como citar este documento:**

Camargo-Plazas, P., Peralta Ardila, M.d.P., Mueses, H.F., Alvarado, B., Arrivillaga, M., Gómez, S., Bolívar Rocha, M.C., Hurtado, L.R., & Martínez-Cajas, J. (2021). *Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Prevención del VIH en Colombia: Análisis Secundario de Datos. Reporte PrEP-Col 2021.*

Este trabajo fue financiado por Minciencias-Colombia Código:334780762872.





## Agradecimientos

### Los autores de este trabajo agradecen a:

- Dr. Ernesto Martínez Buitrago. Médico especialista en medicina interna e infectología por su colaboración como Director Grupo VIHCOL (Grupo VIH de Colombia) y Presidente Fundación REVIVA (Red de VIH del Valle del Cauca).
- Dra. Ximena Galindo, Directora Científica, Corporación de Lucha Contra el SIDA.
- Dr. Julian Torres-Isasiga. Medico especialista en enfermedades infecciosas.
- A todos los participantes de Colombia que nos dieron su valioso tiempo para el desarrollo de este trabajo.
- El crédito de las fotos: María del Pilar Peralta Ardila y Corporación de Lucha contra el SIDA.

Muchas gracias.





## Contenido

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>2. El VIH &amp; las Inequidades en Salud .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Determinantes Sociales de la Salud.....</b>	<b>8</b>
<b>3.1 Marco Conceptual.....</b>	<b>8</b>
<b>4. El Estudio.....</b>	<b>9</b>
<b>4.1 Metodología &amp; Métodos.....</b>	<b>9</b>
<b>4.2 Descripción de Participantes.....</b>	<b>10</b>
<b>4.3 Resultados.....</b>	<b>11</b>
4.3.1 Determinantes Proximales .....	11
4.3.2 Determinantes sociales de la salud intermedios .....	19
4.3.3 Determinantes sociales de la salud distales .....	27
<b>5. Conclusión.....</b>	<b>32</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>34</b>





## Resumen

A nivel mundial, el VIH es uno de los principales desafíos de salud pública de nuestro tiempo. Su estudio implica abordar la prevención del VIH con relación a los efectos de los determinantes sociales de la salud (DSS). La distribución del VIH está influenciada por una interacción dinámica entre la prevalencia, la efectividad de las intervenciones preventivas como la PrEP y los efectos de los DSS. En este estudio exploramos cómo los DSS afectan la prevención del VIH a través de un análisis secundario de datos. Este estudio hermenéutico crítico se realizó en el 2020 usando entrevistas de un estudio enfocado a explorar las percepciones y creencias de los proveedores de salud hacia la PrEP en Colombia. Siguiendo el marco teórico de Loppie-Reading y Wien<sup>1</sup> quienes clasifican los DDS en proximales, intermedios y distales. Los hallazgos muestran que el estigma, los comportamientos y creencias culturales, la falta de campañas pedagógicas en salud sexual e inequidades sociales afectan la adopción de la estrategia PrEP. A través del análisis de datos secundario hemos identificado el aspecto sociopolítico, incluyendo el conflicto armado, desplazamiento interno y la migración como DSS únicos al contexto colombiano. Este proyecto de análisis secundario tiene el potencial de generar conocimiento de primera mano sobre las inequidades de salud que limitan la implementación de estrategias de prevención como el PrEP en poblaciones HSH y MTG en Colombia.





## 1. Introducción

Globalmente, el VIH/SIDA es considerado un problema de salud pública que afecta a millones de personas y genera importantes consecuencias sociales y económicas.<sup>2</sup> En América Latina, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y mujeres transgénero (MTG) tienen un riesgo desproporcionado de contraer VIH/SIDA, estudios estiman una prevalencia treinta veces más alta que en la población en general.<sup>3,4</sup> Esto es particularmente importante en Colombia, la segunda nación más poblada de América del Sur después de Brasil y la tercera nación más poblada de la región de América Latina, con 48 millones de habitantes.<sup>2</sup> Igualmente, Colombia tiene la segunda más alta prevalencia de VIH en América del Sur, 0.5% después de Uruguay, igualando a Brasil.<sup>2</sup> En Colombia, de acuerdo con el Ministerio de Salud,<sup>5</sup> desde 2017 el número de personas que viven con VIH paso de 82.856 a 123.490, incidencia que continuara creciendo especialmente en HSH y MTG. En términos generales la prevalencia de VIH se ha estabilizado en la población en general de Colombia, sin embargo, las tasas de prevalencia han aumentado entre las poblaciones de HSH y MTG.<sup>6-8</sup> Entonces es necesario el crear estrategias de prevención que disminuyan el riesgo de transmisión por VIH especialmente en este grupo poblacional. Junto al condón, una de esas estrategias exitosas de prevención es el uso de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) considerada el avance biomédico más prometedor en la prevención del VIH a nivel mundial.<sup>9</sup> PrEP requiere el uso de terapia antiretroviral antes y después del sexo para prevenir la transmisión del VIH. Estas estrategias de prevención ocupan un lugar importante en la lucha contra el VIH porque permiten mejorar los niveles de salud de la población. La exitosa implementación de dichas estrategias de prevención implica considerar los determinantes sociales de la salud (DSS) o aquellos factores individuales, socioeconómicos, culturales, políticos y ambientales que limitan la implementación de estrategias de prevención y por ende crean un riesgo alto para la infección por VIH en HSH y MTG. Expertos en el área de VIH han reportado como HSH y MTG experimentan altos niveles de estigma, discriminación, violencia y abuso.<sup>7,10,11</sup> En cuanto a los DSS y VIH estudios en el tema se han enfocado en explorar la distribución epidemiológica de los DSS y como se relaciona con el VIH/SIDA,<sup>12</sup> los efectos de los DSS sobre grupos específicos de la población como las mujeres trabajadoras sexuales<sup>13</sup> y otros estudios han mostrado la asociación entre la prevalencia de VIH/SIDA y algunos determinantes sociales estructurales.<sup>14</sup> De igual manera, es indispensable considerar el andamiaje institucional del sistema de salud, que se expresa, por ejemplo, en la formación académica de los profesionales de salud, la infraestructura y recursos de las instituciones de salud en la implementación de PrEP. Bajo este panorama, estudios que exploren los efectos que tienen los DSS en el desarrollo de estrategias de prevención para el VIH como el PrEP no existen en el país. Nuestro trabajo está orientado a subsanar esa brecha en la literatura a través de un análisis secundario de datos cualitativos. Adicionalmente, a través del análisis de datos identificamos cuales DSS son únicos al contexto colombiano. Este proyecto de análisis secundario tiene el potencial de generar conocimiento de primera mano sobre las inequidades de salud que limitan la implementación de estrategias de prevención como el PrEP en poblaciones HSH y MTG en Colombia.





## 2. El VIH & las Inequidades en Salud

En la mayor parte de Norte América y Sur América, el VIH predomina en lo que se han llamado grupos de riesgo tradicionales, los HSH, las MTG, y los(a) trabajadores sexuales y las personas con problemas de adicción a las drogas.<sup>15</sup> En países latinoamericanos se ha estimado que el riesgo de VIH es 10 veces mayor en HSH que en hombres heterosexuales.<sup>16</sup> Los estudios hechos en poblaciones de Cali han estimado que los HSH/MTG, tienen un riesgo 2 a 3 veces mayor de tener un a prueba positiva para VIH que los hombres y mujeres heterosexuales. La evidencia es clara en demostrar que las relaciones sexuales anales confieren mayor riesgo de VIH, pero esta vulnerabilidad biológica no explica las desigualdades que persisten entre poblaciones de bajo y alto riesgo, y aun dentro de las poblaciones a alto riesgo de VIH. Varios estudios son consistentes en mostrar que los HSH y las MTG tienen mayor exposición a lo largo de la vida a violencia sexual y física, las cuales son promovidas por una cultura que discrimina y estigmatiza la homosexualidad, y favorece la violencia de genero. Esta violencia se traduce en altos niveles de depresión, baja autoestima, estrés, que conllevan al uso de drogas, alcohol como mecanismos de manejo de las circunstancias de la vida.<sup>17</sup> Los estudios en Colombia demuestran que el inicio temprano de la vida sexual, antes de los 13 años, que puede ser un proxi de abuso sexual, son más frecuentes en HSH y MTG que en mujeres y hombres heterosexuales, y que esta exposición se relacionada con mayor riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS), de sexo sin condón y mayor prevalencia de VIH.<sup>10,16-20</sup> La discriminación y el estigma en sociedades machistas, que favorecen la heteronormatividad, y vulneran los derechos fundamentales, produce diferencias en oportunidades para las MTG, especialmente.<sup>21</sup> Varios estudios muestran que estas poblaciones tienen menos niveles de escolaridad, menos ingresos, menos acceso a salud, y probablemente trabajan en más empleos informales o como trabajadoras sexuales.<sup>6</sup> En Colombia en un estudio reciente se encontró que las diferencias socioeconómicas de las MTG están relacionadas con menores posibilidades de seguridad social, desconocimiento en la forma de acceso a los servicios de salud, desesperanza y frustración, las acumulaciones de estas desigualdades llevan a una menor probabilidad de acceder a los servicios de salud.<sup>17</sup> Esto se suma además a la violencia de género como método de “limpiamiento” que han sufrido las MTG en la sociedad colombiana, las cuales someten a las mujeres a mayores niveles de exclusión social, favoreciendo aún más su vulnerabilidad y sus oportunidades.<sup>19</sup> En los HSH, las experiencias de violencia, uso de drogas, alcohol y depresión, se conjugan para conformar una vulnerabilidad al VIH bien establecida.<sup>16</sup> Estas conductas son favorecidas por un ambiente homofóbico que lleva muchas veces a crear redes sociales que continúan promoviendo hábitos sexuales de riesgo. Sin embargo, estas redes sociales de riesgo son diferentes por nivel socioeconómico y raza, las cuales podrían perpetuar aún más la vulnerabilidad al VIH. Se sabe que el uso de drogas en fiestas grupales, del uso de internet para buscar parejas, el uso de saunas clandestinos, están relacionados con mayor exposición a sexo anal sin condón y a mayor riesgo de VIH.<sup>20</sup> La educación y nivel social y económico influyen además en la percepción de riesgo, el conocimiento que se tiene del VIH, y la negociación del uso de condón. HSH en situaciones de menor empoderamiento o de bajos ingresos tienen menos experiencia, habilidades para





manejar situaciones de negociación; un factor importante que favorece el riesgo de VIH.<sup>20</sup> Estas inequidades persisten aún más cuando se trata del acceso al cuidado médico del VIH.<sup>21</sup> Se conoce que en Colombia el estado socioeconómico es un importante determinante de acceso a una prueba de VIH, medicamentos para el VIH y posterior adherencia al tratamiento. De allí que las poblaciones a riesgo de VIH tienen más riesgo de transmitir el VIH a las personas que hacen parte de sus redes sexuales, las cuales en mayor frecuencia serán personas de su misma orientación y género. En Colombia el desplazamiento de las poblaciones HSH y MTG a las grandes ciudades ha sido favorecida por la violencia y la discriminación, las cuales conllevan a menores oportunidades económicas y a exposiciones de riesgo como el trabajo sexual.<sup>22</sup> Estas poblaciones tienen menor educación en VIH, y menos acceso a prevención en las zonas rurales, las cuales no parecen mejorar cuando se desplazan a las grandes ciudades. Ahora bien, es en este contexto que actúan los proveedores de salud a través de la asesoría médica, provisión de insumos, equipos y tecnología que faciliten la salud humana o mitiguen las enfermedades a las que se ven expuestas. En este sentido, su capacitación y dotación de recursos pedagógicos y materiales resulta fundamental en el desarrollo de la estrategia PrEP.

### 3. Determinantes Sociales de la Salud

En el mundo las inequidades en salud son en su mayoría el resultado de factores o condiciones sociales que existen y se ha perpetuado entre poblaciones vulnerables entre los países y dentro de cada país.<sup>23,24</sup> Así, la distribución de ingresos, bienes y servicios; las circunstancias que rodean la vida de cada persona como el acceso a los servicios de salud y social; la escolarización y la educación; los hábitos de trabajo y ocio; el contexto social, político y el entorno ambiental afectan como una persona nace, crece, trabaja, vive y envejece.<sup>1,24</sup> Los determinantes sociales de la salud son un conjunto de factores sociales, políticos, económicos, ambientales y culturales que afectan de forma importante el estado de salud de una persona.<sup>1</sup> Investigadores han demostrado, como entre los países más ricos y los más pobres hay más de 40 años de diferencia en la esperanza de vida. Igualmente, se han encontrado inequidades significativas entre distintos grupos de población con diferencias de hasta más de 10 años en la esperanza de vida de distintos colectivos.<sup>23</sup> Esta diferencia es prominente, especialmente cuando se incluyen factores como la etnicidad, el género, la situación social, económica y política o la zona geográfica.<sup>1,24</sup>

#### 3.1 Marco Conceptual

Loppie-Reading and Wien<sup>1</sup> clasifican los DSS en proximales, intermedios y distales. Los determinantes proximales son aquellas condiciones de vida que impactan directamente la salud física, emocional, mental o espiritual de un individuo. Estos determinantes son la raíz de los problemas de salud en grupos poblacionales vulnerables e incluyen los hábitos saludables, ambiente físico, empleo y los ingresos económicos, educación y seguridad alimentaria. Los determinantes intermedios son considerados como los





causantes de los determinantes proximales. Por ejemplo, la pobreza y los entornos físicos inadecuados pueden ser el resultado de la falta de infraestructura, recursos y capacidades.<sup>1</sup> Asimismo, los sistemas educativos y de atención de la salud no equitativos a menudo actúan como barreras para acceder o desarrollar hábitos de vida saludable, oportunidades y recursos que promuevan la salud. La interacción de los determinantes intermedios es especialmente evidente en la conexión entre los aspectos culturales y otros determinantes intermedios, todos los cuales tienen una influencia directa sobre los determinantes proximales.<sup>1</sup> Los determinantes distales afectan de forma más profunda la salud y el bienestar de las poblaciones puesto que representan los contextos sociales, políticos y económicos que enmarcan los determinantes proximales e intermedios.<sup>1</sup> Los determinantes sociales de la salud son particularmente importantes en la prevención del VIH. Investigadores han encontrado que las personas que viven en estratos socioeconómicos bajos tienen un porcentaje de adherencia al tratamiento mucho más bajo, que aquellos individuos pertenecientes a estratos socioeconómicos altos.<sup>25,26</sup> Igualmente, se ha encontrado como la poca adherencia al tratamiento del VIH puede ser el resultado de factores externos: como la falta de transporte, horarios de trabajo inflexibles y en algunas oportunidades la falta de recursos económicos y el poco acceso a los servicios de salud.<sup>26,27</sup>

## 4. El Estudio

Este reporte presenta un análisis secundario de entrevistas cualitativas a personal de la salud, directores y coordinadores de centros de salud especializados en VIH en Colombia. El objetivo de este trabajo es el de explorar como los DSS afectan las experiencias, percepciones y actitudes de los profesionales de la salud, directores y coordinadores de centros de salud en la implementación de PrEP como estrategia preventiva contra el VIH en Colombia. Los datos recolectados derivan de un proyecto de diseño mixto, orientado a explorar a través de un análisis situacional, las perspectivas de las poblaciones a riesgo de VIH (ej., HSH y MTG), los profesionales de la salud y sistema de salud con relación a la adopción de PrEP en Colombia.

### 4.1 Metodología & Métodos

Este estudio cualitativo sigue un lineamiento hermenéutico crítico. La hermenéutica crítica es una metodología que representa una tradición interpretativa fundada en la teoría social crítica y la filosofía hermenéutica.<sup>28,29</sup> Según Hans-Georg Gadamer,<sup>30</sup> filósofo hermenéutico alemán, es a través del lenguaje escrito que cada ser humano puede comprender a otro. Por su parte el filósofo francés Paul Ricoeur dice que el arte hermenéutico debe extraer el ser-en-el-mundo que se encuentra en el texto.<sup>31</sup> La hermenéutica crítica va más allá de la pura interpretación puesto que el intérprete no se interesa sólo en lo que el participante quiere decir, sino que se interroga sobre la realidad misma, privilegiando el nivel de acceso en el horizonte de comprensión con una mirada crítica.<sup>32</sup> En nuestro trabajo de análisis secundario de datos, las perspectivas de los profesionales de la salud, coordinadores y directivos de los centros de salud





especializados en VIH se miraron de forma crítica para entender que determinantes de la salud afectan la adopción de PrEP como estrategia de prevención contra el VIH en el país. Para el análisis de datos se siguió el trabajo de Reading y Wien<sup>1</sup> quienes clasifican los DSS en proximales, intermedios y distales. El análisis temático secundario siguió el enfoque de análisis de van Manen,<sup>33</sup> quien sugiere las entrevistas sean leídas como un todo, luego línea por línea en busca de frases que revelaran experiencias particulares que mostraran conexión con los DSS. Para la codificación inicial usamos el programa ATLAS.ti. Los temas que surgieron se refinaron y organizaron siguiendo el marco teórico de Loppie-Reading y Wien.<sup>1</sup> El rigor metodológico de este proyecto se basó en el trabajo de Lincoln y Guba<sup>34</sup> (Tabla 1).

Tabla 1. Rigor metodológico del estudio

Criterio	Actividad
<b>Credibilidad</b>	Revisión de pares (dos investigadores) categorizaron y revisaron información. Abundante información fue colectada para el análisis de datos secundarios.
<b>Transferibilidad</b>	Descripción detallada de la muestra y el contexto, objetivos, metodología y métodos de análisis.
<b>Dependencia</b>	Descripción detallada del proceso para establecer el trayecto de investigación.
<b>Confirmación</b>	Presentación de evidencias en los resultados. Uso de citas textuales de entrevistas de los participantes.

## 4.2 Descripción de Participantes

Entre las personas entrevistadas se encuentran médicos generales y especializados, enfermeros profesionales, psicólogos, químicos, coordinadores y directivos de los centros de salud especializados en VIH. De estos, el 55% eran mujeres (11 personas) y el 45% eran hombres (9 personas). Al agrupar estos perfiles obtenemos la siguiente caracterización: profesionales de la salud representan el 60% (n=12) y el personal de salud con liderazgo organizativo concentra el 40% (n=8). La experiencia de trabajo en programas de VIH de los participantes oscila entre menos de un año, hasta 36 años de experiencia en el área del VIH. El tiempo de antigüedad de las clínicas registran mínimo 6 años de labores y un rango máximo de 50 años de desempeño laboral y -en algunos casos- investigativos de las instituciones de salud. De acuerdo con la documentación registrada, los centros de salud tienen un rango de cobertura en atención a personas diagnosticadas con VIH que oscila entre mínimo 500 y máximo 7.000 pacientes según la asignación de las Entidades Promotoras de salud (EPS) a los Institutos Prestadores de Salud (IPS) entrevistados. A continuación, Tabla 2 resume información específica sobre el área geográfica y ubicación de los participantes en Colombia. Se usaron seudónimos para proteger la identidad de los participantes.



Región Geográfica de Colombia	Número de Participantes
Región Andina	9 (45%)
Región Pacífico	9 (45%)
Región Caribe	1 (5%)
Región Orinoquía	1 (5%)
<b>Total</b>	<b>20 (100%)</b>

Tabla 2. Ubicación geográfica de los participantes.

## 4.3 Resultados

### Determinantes Proximales

#### 4.3.1.1 Hábitos Saludables

Entre los determinantes proximales se encuentran los hábitos de vida saludable como las prácticas de autocuidado, prevención de enfermedades de transmisión sexual y similares.<sup>1</sup> Igualmente, se encuentran hábitos de vida que son negativos para la salud como el consumo de tabaco, alcohol, sustancias psicoactivas, falta de ejercicio físico, dieta, y prácticas de riesgo en salud sexual entre otras. Los participantes en este estudio describen los riesgos que puede conllevar el uso de PrEP. Para ellos a pesar de que el PrEP es importante en la prevención del VIH, su uso sería contraproducente en la prevención de otras enfermedades de transmisión sexual. Como lo dice José, uno de los profesionales de la salud entrevistados: *“es importante no descuidar el uso del preservativo al tomar PrEP pues el paciente puede infectarse con otra patología... la Hepatitis C... la B, la sífilis, la gonorrea, todas las infecciones de transmisión sexual, el papiloma.”* Igualmente, Gonzalo, otro profesional de la salud, piensa que la implementación de PrEP no debe crear un sentido falso de seguridad en donde grupos de riesgo toman PrEP y *“dejar a un lado el preservativo.”* Para los participantes PrEP debe ser una estrategia combinada que involucre un trabajo pedagógico que cambie los hábitos de los miembros de la comunidad. En este sentido, Roberto, otro proveedor de salud menciona que este tipo de estrategias de prevención del VIH requieren estar: *“...inmerso dentro de educación, uso de preservativos y adicionalmente PrEP que es como una estrategia combinada.”*

Ilustración 1. Cartelera informativa sobre VIH en centro de salud, Cali, Colombia, 2020.



Las prácticas de riesgo fueron identificadas por los participantes como barreras para la implementación de PrEP. Como lo menciona Julia, quién comenta como estas prácticas de riesgo se presentan en mayor recurrencia con poblaciones jóvenes que viven en zonas urbanas del país: *“prácticas sexuales que se tienen sin condón...que es el 'dador' y todas estas comunidades que se reúnen porque el riesgo es tener VIH y ¡qué maravilla tener VIH! Entonces eso hay que entenderlo desde otra perspectiva para saber cómo se le aborda.”*



Al igual que Julia, Daniela comenta la importancia de que estrategias como el PrEP no se vuelvan una solución rápida que se pueda encontrar: “...en la discoteca o que pase la pareja mía y me diga: ‘tómese esto aquí mientras [y] camine’.” Daniela una profesional de la salud con experiencia en liderazgo organizacional continúa reflexionando:

*si yo sé que tengo vulnerabilidad para infectarme, que tengo comportamientos de riesgo y no me gusta usar el preservativo. Se puede imaginar para tomarse una pepita...si es más fácil tomarme una pepa o usar el preservativo, pero sí hay mucha resistencia a usar el preservativo...estoy recibiendo pacientes nuevos [que dicen], ‘yo me confié, yo pensé, yo creí, es que yo lo empecé a usar al principio, pero lo dejé,’ entonces no sé cómo estaría la gente preparada para la toma de la pastilla.*

Los participantes también plantean como desafío importante en la implementación de estrategias de prevención el cuidado holístico en el cual la persona adquiere el hábito de seguir un control, de pasar por diferentes profesionales y sus asesorías para tener una atención personalizada y completa. Incluye además la responsabilidad de cada individuo de asumir prácticas de autocuidado saludables como el uso del preservativo. Según los participantes de este estudio es fundamental el desarrollo de capacitaciones, talleres con metodologías educativas participativas que apoyen la implementación de PrEP. Como dice Gabriela arriba y Martha afirma: “no es solamente el medicamento sino cuánto tiempo, qué otras actividades podemos hacer, debemos hacer...la parte de PrEP para VIH...implica que el paciente fácilmente pueda seguir teniendo relaciones sexuales sin protección y se contagie de otro tipo de infecciones: hepatitis, todo ese tipo de cosas,” el uso de PrEP no se debe concentrar en la entrega del medicamento sino el educar en prácticas de autocuidado a los pacientes. Los participantes son conscientes del rol fundamental que ejerce una atención integral para ellos: “PrEP...no es darle al paciente una pasta y ya, es ... eso debe ir con un acompañamiento, con un proceso educativo” (Gabriela). A su vez esa integralidad debe incorporar: “un componente de prevención, de uso de preservativo, de disminuir comportamientos de riesgo [y] los pacientes con consumo de drogas...tratarlos de meter...a un programa de desintoxicación y rehabilitación” (Gabriela). A través de este tipo de programas se le hablaría al paciente que su salud no es sólo expresión física, sino mental, nutricional y psicológica. En palabras de José, se trata de señalarle al paciente que: “vas a estar 20 minutos con el médico, vas a pasar por psicología, con nutrición, con químicos, con todo mundo, porque necesitamos saber qué factor te está dañando.”

Otro aspecto discutido por los participantes es la adherencia al tratamiento como un reto especialmente en pacientes crónicos, en quienes podría existir un desgaste para asumir el tratamiento intensivo. Sobre la adherencia se menciona cómo los sentimientos pueden influir en la adquisición del medicamento: “[en] todas las medicaciones crónicas la gente, se agota... protocolos de PrEP es toma diaria, eso es uno de los trabajos” (Mauricio). Como plantea Mauricio es un desafío asumir una nueva rutina para garantizar la efectividad el tratamiento en los pacientes, por ello es indispensable como dice María: “...que el paciente acepte tomarse un medicamento de manera diaria, y que logremos buenas adherencias a ese medicamento.” Rosalba una de las profesionales de la salud que viven en la región del pacífico colombiano reflexiona como las dificultades de





adherencia al tratamiento en pacientes VIH positivos podría ser una barrera para la implementación de PrEP. Cabe resaltar en la cita anterior, la recurrencia a nombrar como “paciente” a la posible persona que usará PrEP por parte del personal de salud. Este hecho resulta contradictorio pues, el usuario de PrEP – desde el punto de vista que no tiene VIH- no sería un paciente, aquella persona que sufre dolor malestar, sino que, por el contrario, asume un proceso de prevención del VIH.

Otros participantes como Amanda una profesional de la salud y directora de un centro comunitario en la región pacífica de Colombia reflexionan acerca de la importancia de educar a los grupos en riesgo sobre los potenciales efectos secundarios del PrEP: *“Si usted inicia la PrEP a usted lo va a proteger, pero usted puede tener o desarrollar esta sintomatología...”* Participantes igualmente mencionan la significancia de que las instituciones de salud no se enfoquen sólo en entregar el medicamento sino realizar una ruta de atención integral en donde se incluyan y apoyen pacientes con enfermedades mentales: *“porque él tiene una patología de base, y ya no sólo entra a actuar la IPS sino una ruta de atención integral para salud mental”* (Amanda). Pero la educación y un enfoque holístico no son suficientes, para los participantes es importante el entender el estigma y sus efectos en el acceso a la salud sexual, los controles, tratamiento, en últimas, el cuidado personal. Se menciona una doble paradoja. Por un lado, las personas que accederían a PrEP podrían sentir que señalamientos dentro del grupo de otros pacientes con diferentes enfermedades. Por otro lado, las personas podrían ser señaladas por asistir a clínicas especializadas en VIH. Roberto otro de nuestros participantes recrea estas posibilidades: *“a esa clínica especializada vienen es porque tienen conductas de riesgo pues ya la gente está estigmatizada y dice: 'pues yo no quiero porque me van a estigmatizar' [y en] una clínica general, depronto la gente no se siente a gusto.”* Uno de los elementos asociados con recurrencia a los hábitos para facilitar la implementación de PrEP es el trabajo pedagógico y la implementación de estrategias educativas, pues persisten creencias relacionadas con doctrinas religiosas y prácticas culturales que producen discriminación. Rosa reflexiona como en su región: *“hay un componente religioso...[que]...también influye mucho en la manera de pensar de las personas.”*

Siguiendo con este aspecto de las creencias, participantes manifestaron una relación entre las creencias y los usos PrEP. Por un lado, para los profesionales de la salud existen aquellas creencias relacionadas con un falso sentido de seguridad de las personas al pensar: *“...me tomo solamente una pasta antes por un mes y listo, ya con eso yo puedo tener las relaciones cuantas veces quiera”* (German). Por otro lado, los conocimientos y las formas de uso de la PrEP, que incluso, según los comentarios de uno de los entrevistados, se evidencian en el uso del condón y otras estrategias de prevención de enfermedades de transmisión sexual: *“si yo le pregunto a un paciente cómo se pone el condón y se lo pone mal o lo usa mal, sólo lo usa para penetración vaginal o anal y eso, entonces qué puedo esperar yo con la PrEP”* (Julia).

Participantes identificaron el temor como otro aspecto fundamental que limitaría las estrategias de prevención como la PrEP, ellos basan sus perspectivas en sus experiencias profesionales con pacientes VIH positivos, como José menciona: *“los que tenemos acá positivo dejen de venir por miedo a que se encuentre con alguien positivo.”*





Este temor para José podría extenderse a los usuarios de PrEP. A su vez, participantes mencionan el temor como un sentimiento que puede afectar los hábitos saludables. Por ejemplo, ellos comentan como el estigma y los hábitos saludables son influenciados por miedos, inseguridades, y cautelas que limitan las prácticas de autocuidado personal. Como lo ejemplifica Roberto:

*A la gente le da mucho temor tomar medicamentos, y a nosotros nos toca hacer chequeos médicos y laboratorio. El sólo hecho que hay que hacerse y aceptarse a tomar PrEP es que está aceptando conductas de riesgos. Hay gente que no asume ni acepta conductas de riesgos o les da temor que los vayan a estigmatizar.*

Como lo menciona Roberto y otros participantes el tomar PrEP puede crear conflicto en las personas, ya que existe el temor de aceptar conductas de riesgo o el temor de que los vayan a estigmatizar. Roberto habla en su entrevista sobre el tabú y la sensibilidad que existe alrededor del tema del VIH. Por ejemplo, la prueba de VIH, aunque es una prueba rutinaria o de chequeo crea temor a ser estigmatizado: “[la] promoción el VIH no es tan fácil por el tema de tabú...qué tanta gente se hace la prueba de VIH voluntariamente” (Roberto). Sin embargo, los participantes creen que en poblaciones a riesgo como HSH y MTG, la clave para implementar PrEP es: “identificar que esa persona tenga unos mayores comportamientos de riesgo que lo puedan exponer de una mayor forma a una infección de transmisión sexual” (Mauricio). Entonces de acuerdo con los participantes, esto se haría a nivel institucional, en donde profesionales de la salud identifiquen hábitos de riesgo y de allí se priorice el uso de PrEP a poblaciones vulnerables. Como lo afirma Carlos quien considera importante tener en cuenta: “[el] número de compañeros sexuales...si el compañero sexual tiene VIH, compañero permanente, el uso de condón o no...población heterosexual, homosexual, población trans, trabajadores sexuales, etc.” Otro de los elementos destacados es la consciencia y responsabilidad del paciente alrededor de las prácticas de riesgo del uso de la PrEP, pues puede haber conductas y patrones de riesgo como, por ejemplo: “una borrachera o cualquier cosa. No vamos a saber dentro de un mes lo que va a pasar, si realmente se tomó la pasta o no y si puede haber un mayor riesgo de infección” (José). Jimena una profesional de la salud de una región del Pacífico colombiano cree en la importancia de concientizar a las personas: “quisiera uno que fueran más receptivos, quisiera uno que les interesara más estas propuestas, en las jornadas de tamización uno quisiera no tener que buscar a las personas, sino que ellas mismas estuvieran conscientes de los riesgos que pueden haber tenido y de la necesidad de tamizarse.”

Entonces para los participantes los hábitos de vida como determinantes proximales afectan la implementación de estrategias de prevención del VIH y particularmente el uso de PrEP. Para su correcto uso en poblaciones vulnerables de Colombia los participantes creen que se deben implementar estrategias de educación en la población a riesgo y la población general.



#### 4.3.1.2 Ambiente Físico

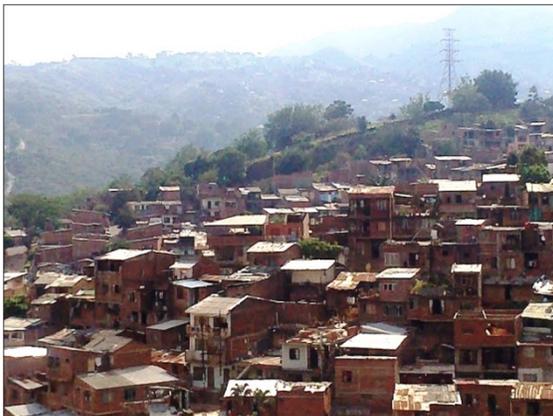
El ambiente físico juega un papel importante en determinar la salud de una población.<sup>1</sup> Este ambiente físico está relacionado con acceso a vivienda, calidad de esas viviendas, acceso a una alimentación apropiada, el transporte, ambiente geográfico que puede ser rural o urbano.<sup>1</sup> Estos aspectos están profundamente ligados con una buena salud física, emocional, mental y espiritual. Por ejemplo, participantes mencionan cómo las barreras geográficas limitan el acceso y promueven la discriminación:

*pero vete tú a los pueblos o a las ciudades intermedias esa entrevista la tienes es que hacer allá y vas a encontrar que allá va a ver una barrera grandísima, nosotros todavía vemos acá en Bogotá pacientes de Cúcuta, Ibagué, Neiva, Tunja que prefieren venirse hasta aquí y no dejarse atender en sus ciudades por el estigma y la discriminación (Diana).*

Por su parte Javier un profesional de la salud comenta como: *“la gente más vulnerable y esa es la gente que no está en los barrios buenos digámoslo así. Está más cerca al puesto de salud, del barrio popular” (Error! Reference source not found.)* El viajar desde zonas remotas en el país crea una presión en las poblaciones vulnerables como se manifiesta en la siguiente historia:

*pacientes que tenemos de... [zona remota del pacifico colombiano]... esos pacientes tienen que pagar \$400.000 pesos para llegar a una ciudad capital [nombre de ciudades capitales] [pero ellos]viven de la pesca, de cualquier otra cosa informal y tienen que pagar todo eso para acceder a una consulta...todos esos pacientes tienen que viajar hasta acá. De las aseguradoras que nosotros tenemos, todos tienen que viajar a una ciudad capital porque no hay [servicio a nivel local](Jimena).*

Ilustración 2. Barrios de bajos ingresos en Colombia, 2020



Igualmente, los participantes mencionan la necesidad de hacer visitas domiciliarias en las casas o lugares de residencia de los pacientes. Se menciona, las distancias y la posibilidad de descentralizar el tratamiento y las opciones de acceder a éste. De ahí la importancia de descentralizar los servicios de salud, tal como lo relata Martha una de nuestras entrevistadas:

*una población que es vulnerable, una población que no tiene ni siquiera para su transporte para venir hasta [Ciudad Capital] entonces nosotros preferimos descentralizar y atender todo lo que es [Departamento].*

Entonces participantes mencionan como facilitador de la estrategia PrEP, la garantía de un ambiente físico agradable y cercano para la persona que no representan estrictamente una relación con centros de salud especializados en VIH como comenta Javier: *“todo es cuestión de espacio, porque nosotros estuvimos todos en la clínica y ya*





*por espacio nos tocó abrir sedes independientes.”* Pues se presenta la problemática de las grandes distancias e inequidades para acceder a lugares de atención en salud y los costos asumidos por las personas para lograr la travesía de viaje. Acerca de estas inequidades geográficas participantes la mencionan como una limitante en la atención de VIH: *“gente que a veces no llegaba la consulta y llevaban meses porque era difícil desplazarse...Gente que viaja 8, 10 horas, más de eso, para llegar a una clínica de atención de VIH”* (Jimena). En el ambiente físico los participaron de este estudio, identificaron la ubicación geográfica y el transporte como barreras para la implementación de estrategias de prevención como el PrEP en Colombia.

#### 4.3.1.3 Educación

Educación es un elemento importante para los determinantes socioeconómicos de salud. A modo de ejemplo, una educación inadecuada a menudo incluye un bajo nivel de alfabetización, lo que afecta la capacidad para adquirir información sobre una nutrición adecuada o una preparación de alimentos saludables. La educación insuficiente también disminuye las habilidades que uno podría tener para ofrecer al mercado laboral, lo que a menudo resulta en trabajos mal remunerados.<sup>1</sup> La pobreza y la exclusión social experimentadas de manera desproporcionada por grupos vulnerables aumentan el riesgo de inestabilidad familiar, que a menudo se manifiesta en divorcios y familias monoparentales.<sup>1</sup> En el contexto colombiano, existe una carencia estructural en educación sexual y reproductiva orientado a niños, niñas y adolescentes, pues el amplio espectro de la sexualidad y su disfrute está marcado por tabúes, estigmas y falsas premisas que legitiman un sistema heteronormativo, que invisibiliza, señala y margina la diversidad sexual y de género. En este estudio, participantes ven la educación como un aspecto importante para la implementación de PrEP en grupos vulnerables. Las estrategias de educación deben incluir información oportuna, basada en el contexto de cada grupo vulnerable, de fácil acceso y que incluya educación a los profesionales de la salud nuevos en los programas como los profesionales en su año social obligatorio o año rural. Igualmente, los participantes hacen un llamado para invitar a los líderes de las comunidades a participar en la implementación de estrategias de prevención.

Amanda en su reflexión destaca: *“la importancia de brindar información oportuna a las personas para que sepan qué efectos puede desarrollar su cuerpo... 'mire si usted inicia la PREP a usted lo va a proteger, pero usted puede tener o desarrollar esta sintomatología'.”* La relación entre la pedagogía para los usos de la PrEP involucra un acercamiento a la población teniendo en cuenta su nivel escolar: *“un ejemplo...una primaria incompleta. Entonces, cómo, cómo llegarle a esta persona, cómo sensibilizar al respecto y que de pronto no se vaya a crear un estigma frente a la PrEP”* (Teresa). Por eso, la educación en salud debe seguir un lenguaje pedagógico que pueda ser entendido e incorporado en la práctica diaria a través de plataformas virtuales que incluyan las diversas perspectivas de las comunidades a riesgo de VIH. Como lo menciona Carlos, la educación sobre PrEP debe seguir: *“estrategias o herramientas informáticas o virtuales de acceso como redes sociales, plataformas, web, etc...información clara hacia diferentes contextos.”* La implementación de PrEP necesita la participación de líderes de la comunidad es fundamental en el desarrollo de estrategias de salud para que tenga





influencia en el tejido social como menciona Roberto: *“asesorar y educar a personas que no sean médicos, porque eso hay que trabajar con bases comunitarias o pacientes o grupos de personas que tengan conductas claves o conductas de riesgo.”* De ahí la importancia de transmitir los conocimientos a través de plataformas comunitarias, redes comunitarias. El papel del líder comunitario es importante para el desarrollo de estrategias de prevención como lo menciona Amanda:

*[si] el señor tiene 5, 6, 7 parejas, 7 esposas, 8 esposas, y tiene el diagnóstico [VIH+] y no se trata, entonces...no podemos entrar a esas comunidades, [el] personal de salud. Allá toca con el líder...teniendo líderes, líderes en la parte LGTBI, que sean pacientes, que se los capacite, que tengan conocimiento, que tengan voluntad y que sean líderes...que sepa llegar a esa comunidad.*

Además de tener legitimidad frente a ciertas poblaciones: *“las organizaciones de base comunitaria pudieran ser una fortaleza en el país...diferentes agremiaciones en todas las ciudades del país que tienen una fortaleza de acercamiento a la gente y educación a la gente”* (Carlos). Sin embargo, hay preocupación por la sobrecarga de información (muchas de esta falsa) que puede encontrar el paciente en la web acerca de la estrategia PrEP. Por esto, es necesario que el personal de salud esté capacitado en el tema, tal como lo expresa una persona entrevistada: *“a la gente le llega la información de otras fuentes poco confiables y generan mucho ruido y generan mal uso”* (Carlos). De igual manera, afirma otro participante sobre la información que ofrece la web *“[hay] páginas que lo ofrecen en conjunto con muchas cosas más...tocaría establecer algo rápido, porque el paciente se puede ver inmerso en informaciones erróneas”* (Jorge). Otra propuesta para facilitar el conocimiento en poblaciones vulnerables incluye el uso de *“estudios o...referencias o testimonios, es mucho más fácil de entender”* (Amanda).

Se señala la importancia de las captaciones y educación tanto para el paciente como para el personal profesional como lo señala Amanda: *“si no se los educa bien, no se les dicen las implicaciones, los efectos adversos, etcétera, la persona puede tomar una sola...y desertar y no cumplir con todo el seguimiento.”* Sobre las habilidades educativas se menciona la falta de continuidad en procesos de atención en salud. En particular, en la manera cómo la continua rotación del personal médico influye en los servicios de salud. Tal es el caso de los *“médicos rurales nuevos...como cambian constantemente...estar en la capacidad de transferir ese conocimiento, limitar y focalizar la estrategia y el medicamento”* (Amanda). Las personas entrevistadas además recalcan la importancia de las capacitaciones y conocimientos suficientes del personal de salud para reconocer población a riesgo como lo menciona Rosa: *“la formación del personal de la salud... los medios de comunicación para dar a conocer este programa [PrEP].”* Se indica en la necesidad del trabajo educativo interdisciplinario: *“no es solo que el médico te formule un medicamento y ya, sino educar como te digo al paciente que utiliza PrEP y ya ahí la, la intervención no sería solo de del médico que formula sino digamos una enfermera que te enseñe a usarlo, que te enseñe a usar el preservativo”* (Gonzalo).

Entonces en el este determinante los participantes identificaron la importancia de crear una educación adecuada que basada en el contexto, con participación de líderes comunitarios y plataformas que estén desarrolladas para el nivel educativo de la





población vulnerable. Respecto a las habilidades educativas sobresalen las estrategias y formas de comunicación de las comunidades para implementar las estrategias de salud a través de sus recursos –incluso, no materiales- y conocimientos. Finalmente, la educación debe involucrar un trabajo interdisciplinario que incluya la capacitación constante del personal de salud.

#### 4.3.1.4 Empleo e ingresos económicos

En cuanto al estatus socioeconómico, la literatura es clara sobre el papel que juegan el empleo y los ingresos económicos en la determinación de la salud de grupos vulnerables.<sup>24,25</sup> Grupos poblacionales vulnerables como HSH o MTG se les ha negado el acceso a los recursos y las condiciones necesarias para maximizar su estatus socioeconómico. Esta desventaja se manifiesta actualmente en altas tasas de desempleo, escasas oportunidades económicas, viviendas deficientes, bajo nivel de alfabetización y educación, así como escasos recursos comunitarios.<sup>23</sup> Con respecto a la pobreza específicamente, el impacto de la pobreza más ampliamente discutido es la falta de acceso a recursos materiales. La pobreza también está vinculada a la exclusión social, la escasa cohesión social y el aumento de la delincuencia.<sup>1</sup> En el caso de los HSH y MTG, la exclusión social, a su vez, impide que estas personas prosigan su educación y formación. Quizás más profunda sea la falta de control que crea la pobreza, con la consiguiente ansiedad, inseguridad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza. Esta y otras formas de estrés psicosocial se han relacionado con la violencia, las adicciones, y la falta de apoyo social. La acumulación de estos factores de estrés psicosocial a menudo conduce a una mala salud mental y una mayor vulnerabilidad a todo tipo de enfermedades como la infecciones y la depresión. Además, el suicidio se ha relacionado con la mala salud mental y el abuso de sustancias, que a su vez están vinculados a la exclusión social y la pobreza.<sup>26</sup> Participantes en este estudio determinaron que la prevención del VIH no es un tema de condición económica, en principio, sino de prácticas de cuidado en el comportamiento sexual. Sin embargo, indica que el nivel económico puede influir en el acceso a estrategias de prevención como PrEP, el uso del condón, o el acceso a los servicios de salud. En palabras de Roberto:

*VIH no es un sistema de pobreza, es un problema de comportamiento sexual, pero sí, las personas que tienen menos nivel económico pueden tener mayor posibilidad de tener más riesgos, no porque tienen más conducta de riesgo, sino cómo pueda prevenir y tener acceso a este tipo de terapia [PrEP], incluso a comprar preservativo.*

Para los participantes es importante el tener en cuenta las condiciones económicas de los pacientes para facilitar la implementación de PrEP. En este caso, se tiene en cuenta el desgaste económico que representa ir al hospital de manera continua, por eso se determina períodos de tiempo que varían de ocho a quince días para hacer la entrega del medicamento como lo menciona José en su entrevista: “[el] tratamiento aquí y se lo tome delante de uno o si sabemos que es un paciente que más o menos sabemos que puede cumplir se le pueden dar cada 8 días las pastillas porque hay muchos que no tienen dinero para venir o se le fracciona cada 15 días y así se lleva.” Igualmente, algunos participantes reflexionan en el costo que podría tener PrEP para las poblaciones





con menos recursos del país: “...depende porque generalmente aquí la población es una población campesina y los recursos económicos para la adquisición de estos medicamentos [PrEP] no va a ser fácil. Considero que las primeras personas que se verán beneficiadas serán las personas que cuenten un recurso económico que les permita adquirir este medicamento” (Rosa). En este sentido, participantes mencionaron la dificultad de asumir los costos del tratamiento a nivel personal y tener continuidad en el pago del tratamiento. María igualmente reflexiona sobre el costo que podría tener el PrEP para los grupos vulnerables “porque si no va a bajo la sombrilla de nuestro sistema de salud y del post del plan obligatorio de salud va a ser muy difícil que los pacientes se quedan mantener en el tiempo en el medicamento porque para los exámenes que se tienen que hacer el seguimiento se tiene que hacer, pues no va hacer fácil... ¿quién paga?” Jimena también menciona cuán difícil sería para estos grupos poblacionales el asumir el costo de PrEP como estrategia de prevención: “Imagínate una persona que tenga que pagar 400, 300, 200 o \$100 mil pesos cada mes para venir, cuando es primero comer, darles vestido a sus hijos... [hay que] poner en una balanza todo eso.” Para estos participantes sería importante que la implementación de PrEP sea una política de Estado.

Por último, sobre este determinante, se menciona que las personas que ejercen trabajo sexual serían las más proclives en demandar la PrEP pues no cuentan muchas personas se encuentran en estado de vulnerabilidad y no cuentan con ingresos suficientes para tener seguridad social: “esa gente que necesita tirar pa’ vivir, ¿cuántos tienen seguridad social? No tienen EPS, tienen -si acaso- régimen subsidiado y muchos de ellos no tienen nada, porque muchos son adictos a las drogas, no tienen ningún tipo de seguro, no tienen ni dónde vivir, viven en la calle” (Javier). Participantes también reflexionan en el efecto que conlleva tener recursos económicos para acceder a estrategias de prevención o incluso a diagnóstico oportuno. Por ejemplo, José menciona las pruebas rápidas de VIH las cuales: “son privadas, es decir que son que se hace esa prueba, pero usted tiene que pagarla” (María).

En general, para la implementación de estrategias de prevención como el PrEP es necesario considerar el estatus socioeconómico de la persona que requiere el medicamento. La estrategia de implementación para ser igualitaria y llegar a todos los grupos vulnerables debe ser financiada por el Estado.

#### 4.3.2 Determinantes sociales de la salud intermedios

Si bien los determinantes proximales son los directos responsables de la mala salud en grupos poblacionales vulnerables, los determinantes intermedios pueden considerarse como el origen de esos determinantes proximales. Por ejemplo, la pobreza y un entorno físico inadecuado pueden originarse en la falta de infraestructura, recursos y capacidades de la comunidad, así como en la falta de regulaciones que protejan el medio ambiente. Asimismo, el sistema educativo y de atención de la salud no equitativos a menudo actúan como barreras para acceder o desarrollar conductas, recursos y oportunidades que promuevan la salud.<sup>1</sup> La interacción de los determinantes intermedios es especialmente evidente en la conexión entre la continuidad cultural y otros





determinantes intermedios, todos los cuales tienen una influencia directa sobre los determinantes proximales.<sup>1</sup>

#### 4.3.2.1 Sistema de Salud

Para aprovechar los beneficios de un sistema de atención médica eficiente, las personas deben tener acceso físico, político y social a esos servicios. Sin embargo, este no suele ser el caso para muchos colombianos, especialmente para poblaciones vulnerables como HSH y MTG. El Sistema de General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano fue creado en 1993 a través de la ley 100.<sup>35</sup> En Colombia, el sistema de salud está orientado a ser auto sostenible por medio de la venta de servicios de salud, a través de una competencia regulada en donde se mezclan los sectores públicos y privados para crear un mercado de servicios.<sup>35,36</sup> La principal fuente de financiamiento son las cotizaciones (aportes) de empleados y empleadores, quienes financian el régimen contributivo. Por otro lado, recursos fiscales generados a través de los impuestos ayudan a financiar el régimen subsidiado.<sup>35,36</sup> El servicio de salud cuenta con Empresas Promotoras de Salud (EPS) las cuales son entidades públicas y privadas encargadas de administrar y facilitar el acceso a los servicios de salud en el país. Por otra parte, las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS) están encargadas de proveer la atención directa al usuario de acuerdo con los beneficios definidos en el Plan Obligatorio de Salud-POS.<sup>36</sup> Las IPSs y los centros de salud primaria antes de ser financiados por el estado deben competir con las instituciones privadas por los contratos con las EPS.<sup>36</sup>

Cada EPS deben cubrir un plan básico que incluya procedimientos médicos, hospitalizaciones y tratamientos (aquellos medicamentos y procedimientos no incluidos en el plan básico deben ser comprados por el usuario).<sup>36</sup> La atención primaria en salud lo cual incluye los programas de prevención y promoción deben ser ofrecidos por las EPS.<sup>36,37</sup> Sin embargo, el sistema de salud colombiano ha sido ampliamente criticado porque la competencia entre los sectores públicos y privados ha llevado a algunos de los hospitales públicos a la quiebra, principalmente debido a la falta de recursos para mejorar su infraestructura y tecnología, la falta de recursos y la preparación administrativa. El sistema de salud colombiano solo ha fortalecido al sector privado y aumentado las inequidades sociales en Colombia.<sup>37</sup> Cabe resaltar que los programas de prevención y promoción necesitan un sistema que recolecta información de salud y uno que diseña los programas de salud. No existe en Colombia un sistema de salud pública que haga esto. Además, las EPS e IPS no tienen la infraestructura para hacerlo. En relación a las estrategias de prevención y promoción de la salud Roberto comenta:

*[las estrategias de prevención deben organizarse] dentro del mismo gobierno, porque yo no puedo ir como [nombre de IPS] a montar solamente un puesto y decir muéstreme el carné de la EPS [xx] voy a hacerle la prueba, es un tema que debería ser para todo el mundo es un tema de promoción y prevención colectiva que debería depender de los municipios no de lo individual.*

Para Javier, las barreras de acceso propias del sistema de salud y la falta de liderazgo del estado también crean escepticismo para la implementación de estrategias de prevención como PrEP.



*confieso que era un poco reacio a lo del PrEP porque uno ve todas las limitaciones que hay para el manejo de los pacientes con VIH en este país y la dificultad de acceso. Y nos preguntábamos muchos “si no le están dando los medicamentos a los pacientes que tiene la enfermedad, ¿quién le va a dar al que no la tiene?”*

Otra barrera es el de acceso a los medicamentos, como Daniela una profesional de la salud, con un cargo de liderazgo en el área administrativo menciona:

*En ninguna EPS hay continuidad de los tratamientos. Si no hubiera tantas tutelas, es muy complicado. Nosotros como prestadores de servicio, como IPS para nosotros es de carácter obligatorio entregar el tratamiento. O sea, aquí así nos toque partir un frasco para los 3, lo hacemos.*

Rosa destaca la importancia de que existan las condiciones para que las personas no se enfermen con el virus, como ella comenta: *“PrEP es una terapia...para prevenir el VIH y que muchas personas no tienen acceso a la parte de los medicamentos, entonces es permitir accesibilidad.”* Una opción según los participantes que podría facilitar el acceso es el de decidir si se usan medicamentos genéricos u originales.

*Habría que definir si eso se va a trabajar con medicamentos originales, con medicamentos genéricos y cuáles genéricos, [estos] pueden ser una opción adecuada para el tratamiento siempre y cuando estén bien fabricados, bien producidos con unos estudios de equivalencia de disponibilidad que los avalen, etc. (Carlos).*

Participantes también reflexionan en garantizar el acceso a PrEP a toda la población: *“garantizar que el paciente tenga un acceso...que el paciente sepa que se puede acceder en cualquier momento y encontrar una persona para resolver sus dudas, acceder al tratamiento”* (Jorge). Sin embargo, el acceso debe incluir un trabajo pedagógico a todo el personal de institución de salud. Es decir, establecer una pedagogía que incluya campañas de sensibilización para todo el personal de las instituciones de salud, pues de lo contrario, puede limitar que las personas accedan a estas instituciones como lo reporta

Carlos:

*Sensibilización con el resto del personal...no solamente son los profesionales de salud que atienden los pacientes, el resto del personal, son investigadores de otras áreas, son el personal administrativo, son las personas de recepción, son las personas de vigilancia, son las personas que ayudan en los servicios generales.”*



Ilustración 3. Campaña de asesoría y prueba voluntaria para VIH que se hicieron entre 2015-2018.

También es importante capacitar al personal de salud para brindar una atención personalizada que conlleve a una atención integral de la persona:



*[Uno] que me garanticen que el medicamento está y dos el acompañamiento profesional, o sea, que yo tenga con quien hablar del tema, que si tengo alguna duda puede ser resuelta, pueda ser escuchado, que si tengo algún síntoma o alguna situación puede ser valorada (Rosalba).*

Finalmente, el servicio de salud como determinante de salud intermedio nos hace reflexionar sobre cómo un sistema que se basa en la competencia y el mercado de servicios crea muchas desventajas y barreras para la implementación de estrategias de prevención como PrEP en Colombia. Barreras que pueden ser aminoradas con la presencia del estado en el desarrollo de programas que garanticen estrategias de prevención como PrEP en todos los rincones geográficos del país.

#### *4.3.2.2 Infraestructura en la comunidad, recursos y capacidades*

La salud de un individuo y su familia está influenciada sustancialmente por la comunidad en la que viven. Las limitadas oportunidades de desarrollo de recursos e infraestructura dentro de una comunidad contribuyen de manera importante a la inseguridad económica y la marginación, entre los miembros de esa.<sup>1</sup> Además, los recursos sociales inadecuados, en forma de personal calificado que puedan desarrollar o implementar programas, restringen el acceso de las comunidades a programas de calidad que mejoren las condiciones de vida en los grupos vulnerables.<sup>1</sup> Cuando las comunidades experimentan programas fragmentados y con fondos insuficientes en los que la burocracia aumenta la responsabilidad de la comunidad sin un aumento concomitante de poder, puede resultar en estrés y parálisis a nivel comunitario.<sup>1</sup> Los participantes en este estudio mencionan barreras administrativas que limitan el desarrollo de estrategias de prevención en el país. La importancia de sensibilizar a todo el personal se debe a la existencia de barreras administrativas que podrían impedir el desarrollo o la implementación de PrEP en Colombia, como comenta German:

*Listo, con ustedes podemos empezar el programa PrEP. Vamos a manejarlo. Pero puede que existan barreras administrativas, que no se maneja en [ciudad intermedia], que tiene que ser todo en [capital] y que [capital]apruebe, que pase una charla, pase la otra, pase varios filtros.*

Otra barrera de acceso para implementar programas de prevención está relacionada con la movilización del personal de salud a zonas remotas o rurales de Colombia. Los trabajadores de la salud en Colombia están protegidos por Administradoras de Riesgos Laborales (ARL) quienes restringen la cobertura laboral de los profesionales a zonas urbanas, limitando el desplazamiento del personal de salud y por consiguiente el desarrollo de programas de prevención en áreas remotas o rurales del país. Como lo menciona Rosa en su entrevista:

*“[La] contratación solamente está por ARL limitada solamente para la ciudad y lo otro es que muchas de las zonas que nos han solicitado para este tipo de actividades [prevención] son zonas de una geo-referenciación distante y con riesgo de orden público bastante alto.”*





Además, la falta de respaldo por parte del estado crea barreras para la implementación de programas de prevención como PrEP, como lo comenta Diana:

*...hicimos todas las reuniones, les explicamos cuál es el protocolo de PrEP en Colombia, qué beneficios va a tener, ya está todo mundo sensibilizado de la parte administrativa. y no era sino arrancarlo lo que pasa es que no hubo aprobación para manejar particulares que era el campo en el que nosotros íbamos a incursionar porque todavía no está legalizado en Colombia. Entonces teníamos que hacerlo dentro de un protocolo avalado por OPS.*

Participantes aluden al vital el rol del Estado y política pública que garantice, respalde cómo se podría trabajar para que la prueba de VIH sea algo cotidiano y parte de la revisión médica sin que esta implique, ese temor y tabú. La propuesta señalada es que el Ministerio de Salud dé la directriz.

*si el Ministerio dijera todo paciente que, como la citología, que la citología es algo obligatorio que se tiene que hacer todo el mundo, si lo volvieran obligatorio la parte de tamización, que a todas las personas independientemente los riesgos no tomen la tamización, se detectaría más tempranamente, se quitaría parte del tabú (Amanda).*

Participantes mencionan como en la implementación de programas como PrEP es necesario el fortalecer las alianzas entre el sistema de salud y actores importantes dentro de cada comunidad como organizaciones no gubernamentales (ONGs), iglesias y líderes comunitarios. Como José explica: *“utilizar las organizaciones no gubernamentales que trabajan VIH”* y Carlos: *“Las organizaciones de base comunitaria pudieran ser una fortaleza en el país yo creo que desde la sociedad civil...diferentes agremiaciones en todas las ciudades del país que tienen una fortaleza de acercamiento a la gente y educación a la gente.”* Para Mauricio es necesario *“[involucrar] las iglesias, cuando hablo de las iglesias digamos las religiones...un representante de la iglesia cristiana, un representante de los judíos...”* Igualmente Amanda dice:

*Teniendo líderes, líderes en la parte LGTBI, que sean pacientes, que se los capacite, que tengan conocimiento, que tengan voluntad y que sean líderes, porque de pronto una persona puede hablar mucho, pero no es líder no, que sepa llegar a esa comunidad. Los pacientes consumidores de SPA un poco más difícil, y en las trabajadoras sexuales también líderes, o sea una persona que pueda mover, que sean líderes...*

Participantes mencionan como la comunidad ejerce presión sobre las instituciones de salud para que sea viable el uso de PrEP, *“la solicitud de las asociaciones de pacientes de la comunidad LGTBI, bares comunitarios que saben del tema”* (Alexander). Las personas entrevistadas indican la necesidad de incluir diversas esferas de la sociedad, pues para ellos la diversidad e inclusión de estos sectores de la sociedad garantiza la ejecución e implementación de la iniciativa PrEP. Las maneras en qué se puede trabajar en diferentes niveles en estos sectores, por ejemplo, algunos sectores activistas con disposición a trabajar en la implementación, mientras otros fueron más renuentes. En este sentido, Mauricio afirma que deben incluirse: *“representantes de la comunidad, pero no de una sola comunidad, cuando hablamos de la comunidad [se] tiene que hablar, ver,*





de los segmentos de la comunidad.” Existen retos en torno al uso no-oficial de PrEP en el país y por tanto, la necesidad de trabajar con la comunidad para hacer efectiva la implementación:

*no es que sea ilegal si no que no es legal en el momento en que se apruebe yo creo que se tiene que lanzar a hacer programas de PrEP muy de la mano de la sociedad civil de las organizaciones comunitarias porque este tipo de población no le gustamos los médicos, no le gustan los centros de salud, no le gustan las clínicas (Diana).*

Es indispensable, según las entrevistas, descentralizar la implementación de PrEP y acercarla a las comunidades, incluso aquellas de más difícil acceso como lo es población MTG. Tal desafío es narrado por Jimena, quien afirma:

*Tal vez HSH sea más fácil, pero mujeres trans es mucho más complejo que en estos medios de difusión les vaya a llegar la información. Entonces nos va a tocar es salir de aquí porque yo creo que el folleto y la página de la OPS [Organización Panamericana de la Salud] eso si no se divulga, la gente no va a llegar hasta acá.*

Se señala entre los posibles responsables para el manejo de PrEP:

*Las instituciones de salud serían un buen espacio, es decir, como que se pueda garantizar el adecuado manejo del medicamento, aunque, aunque las organizaciones comunitarias deberían tener un papel también en este sentido, pero yo tengo como dudas si todas las organizaciones estuvieran en la capacidad de manejar adecuadamente el tema” (Rosalba).*

Mauricio recalca la voluntad política de los gobiernos pues “*si no hay voluntad política no hacemos nada...decir cómo vas a llegar a PrEP haciendo como vas a llegar a PrEP a ciertas zonas complejas como vas a llegar a [ciudades con conflictos armados] a 8 o 10 horas de la ciudad capital.*” Es imperativo según algunos comentarios de las entrevistas la construcción de una guía de VIH: “*un programa mínimo que hay que cumplir: “Deberíamos presionar al ministerio para que esto se haga ya sin pruebas piloto sin nada para que se apruebe el medicamento y se apruebe una línea de PrEP” (Mauricio).* Al respecto, cabe resaltar que desde enero de 2019 se aprobó el uso de TDF/FTC en Colombia para uso preventivo en personas no VIH.

Llevar a cabo programa común PrEP: “*que es una buena herramienta y que, pues sería muy importante tenerla como protocolo de atención en el país*” (Gabriela). Participantes indican las precarias condiciones de formación de médicos expertos, no hay un soporte institucional que respalde la formación especializada o en su opinión ésta es mínima. habla de la necesidad de formar personas:

*no hay buen programa de formación de médicos expertos en Colombia que este certificado, entonces nosotros mismos los capacitamos si tú dices que a los médicos les enseñamos de VIH en las universidades no les enseñamos la única universidad que más tiene VIH en Colombia tiene 8 horas en la formación*





*académica, que si a las enfermeras, que si a los químicos no mira cuantos químicos hay que sepan de VIH en Colombia (Mauricio).*

En este sentido, se menciona un ejemplo de retroalimentación entre la directriz de instancias del Estado y la institución de salud: *“secretaria de salud sobre enfoque en población LGTBI, entonces fue una médica una auxiliar con dos auxiliares y por ejemplo mañana van a hacer la exposición o bueno nos van a socializar dentro de lo que se dio en esa capacitación”* (Alexander). Al describir la infraestructura, capacidad y recursos de las comunidades participantes reflexionan en las barreras administrativas del gobierno y las instituciones de salud, pero igualmente encuentran fortalezas, recursos y capacidades dentro de las comunidades para poder implantar de forma exitosa PrEP en el país.

#### 4.3.2.3 Arraigo cultural

El arraigo cultural se refiere al grado de pertenencia social y cultural dentro de una comunidad.<sup>1</sup> La continuidad cultural también implica la conexión tradicional, que se mantiene a través de la familia y del entorno social de la persona.<sup>1</sup> El desarrollo de estrategias de prevención del VIH como PrEP para HSM y MTG deben contemplarse desde una perspectiva amplia en donde la idiosincrasia, la cultura de salud, estilo de vida y tradiciones sean tenidas en cuenta. Participantes en este estudio describen como la cultura afectan la implementación de estrategias de prevención en el país. Por ejemplo, Rosa menciona como en su experiencia las comunidades afro son mucho más asequibles y abiertos para trabajar estrategias de prevención en VIH. Según Rosa: *“ellos aceptan más comparado con la población indígena que es muy compleja, muy complicada.”* Quizás esa dificultad se debe a la diversidad lingüística de los pueblos indígenas en Colombia. De acuerdo con el Ministerio de Cultura en el país se hablan cerca de 68 lenguas nativas, de estas 65 son lenguas indígenas, dos lenguas criollas habladas por afrodescendientes y la lengua Rromaní por el pueblo Rrom o Gitano.<sup>38</sup> Muchos de ellos no hablan el español, como lo relata Rosa:

*...aquí en el departamento [xx] tienen 250 lenguas [indígenas], que no todos manejan el mismo idioma y no todos hablan español y la chica que te digo no habla nada de español, entonces toda la parte sociocultural de ella interna y en relaciones nos toca con un traductor o con el papá, entonces eso es una barrera bastante compleja porque obviamente la niña que le va a estar diciendo al papá todo su contexto personal.*

Rosa también describe como las personas prefieren adquirir los medicamentos en lugares clandestinos para evitar ser reconocidos o juzgados por el personal de salud o sus comunidades:

*[un] paciente tiene que exponerse frente al personal de salud, frente al médico, al personal administrativo. Y más que es una población que son personas universitarias o con altos rangos laborales realmente las personas prefieren evitar esa situación y prefieren utilizar otro tipo de métodos para adquirir estos tratamientos, como el mercado negro.*

Se habla del estereotipo al tener acceso a la PrEP. Esto es un factor que irrumpe la cohesión social, pues quienes están en ese tratamiento, según Roberto, serían





señalados, pero además si debe pagarse, habría quejas alrededor de las limitaciones para acceder a los medicamentos: *“hay mucha gente que cree que es darle el medicamento que eso es como aumentar alcahuetería, que la gente tiene que pagar: ‘qué cómo así que no hay medicamentos para el alcance y sí para las personas que tienen conductas.’* La marca de estigma en la que la vida de una persona infectada corre peligro. La vida se desvaloriza y, por tanto, prefieren no ser expuestos al escarnio público: *“parte cultural afecta mucho...en [ciudad] hay mucho VIH, demasiado, pero allá la gente no se deja tamizar porque si le sale positivo es una problemática social, que si se enteran los matan”* (Amanda). Esta participante igual continúa reflexionando acerca de los tabúes y códigos culturales que impiden el uso de la pastilla: *“[región del país] sería un poco más complicado...acá por la parte cultural no lo van a hacer, aparte de que el VIH todavía tiene un tabú muy grande.”*

Con relación a las resistencias frente a las campañas de salud, uno de los entrevistados se refiere al caso del tamizaje y menciona que éste es visto como un factor e irrumpe la unión de la comunidad. Además, genera desconfianza en las instituciones: *“encontramos que dentro de esa región [Pacífico] podemos captar bastante gente, pero que por la parte cultural no nos permitieron hacer tamizajes, ni a la Secretaría [de Salud] ni a ningún otro ente [institucional]”* (Rosa). Participantes reflexionan sobre las tensiones entre creencias religiosas y prácticas de autocuidado en salud, en particular con la posibilidad de implementación de la estrategia PrEP. Según la opinión de un proveedor de salud: *“cuando empiecen a decir que esto es para que no se infecten y sigan teniendo sus relaciones sexuales de riesgo, o sea, va a haber un choque con la [ultraconservadora] terrible”* (Diana). Participantes también describen los arraigos tradicionales como un factor importante que puede tener un impacto en el desarrollo de estrategias de prevención como PrEP. Por ejemplo, tratar VIH con rituales:

*VIH no se cura con unas hierbitas o los tratamientos o los rituales que ...hacen y muchas veces hemos encontrado pacientes que prefieren más la parte tradicional que la parte occidental. Entonces empezamos a ver esos pacientes que venían bien, que se nos colocan en falla, que se nos complican y que finalmente mueren* (Rosa).

La discriminación se vincula también refiere al contexto social, a nivel cultural es desvalorado el trabajo con población infectada (VIH):

*La percepción de aquí del [departamento] es una parte muy discriminatoria con la población que nosotros hemos manejado de VIH, discriminatoria en todos los sectores inclusive de salud. Este año hemos trabajado muy duro dentro del [departamento] para poder quitar esa percepción frente al personal médico, enfermería, sobre la atención a nuestros usuarios... en la ciudad se maneja mucha discriminación frente a la población que nosotros manejamos* (Rosa).

Uno de los aspectos a destacar en este determinante son los retos del trabajo pedagógico en los prejuicios del personal de salud. En este sentido, uno de participantes narra la posición de su compañera de trabajo, quien aseguraba: *“que tendría que desarrollarlo [la estrategia PrEP] pero que desde el punto de vista de su religión lo*





*desaprobaba ... no lo veía bien, no lo concebía como una estrategia saludable dentro de su concepto religioso” (Rosa). Esto nos indica que la estrategia PREP no se entrega a entes de salud y personal desprovisto de prenociones, ideas, sentimientos y afiliaciones, que influyen en el desarrollo de la iniciativa. Finalmente, los participantes en este estudio describen como la cultura juega un papel importante en la prevención del VIH. Por lo tanto, la manera en que se transmite el mensaje ejerce un papel fundamental en la comunicación de la iniciativa: “si yo voy a la Costa [Pacífica] con un machismo marcado...tengo que dar el mensaje diferente que si voy a los Llanos Orientales o si voy a una población indígena” (Mauricio).*

#### 4.3.3 Determinantes sociales de la salud distales

Los determinantes distales afectan de forma más profunda la salud de los grupos poblaciones vulnerables porque representan contextos políticos, económicos y sociales como la base para los determinantes intermedios como proximales.<sup>1</sup>

Ilustración 4. Parque de los Periodistas Gabriel García Márquez, 2021



##### 4.3.3.1 Contexto sociopolítico

El contexto colombiano de los últimos sesenta años ha estado enmarcado por el conflicto armado. Una característica del conflicto armado en el país es su pluralidad la cual involucra grupos guerrilleros, paramilitares, narcotráfico, crimen organizado, fuerzas armadas, policía y policía judicial.<sup>39,40</sup> Es reconocido que el conflicto armado aumenta la susceptibilidad de los individuos, familias y comunidades creando segregación, violencia sexual, y otras violaciones a los derechos humanos.<sup>41</sup> La violencia genera destrucción de la infraestructura de salud, aumenta las enfermedades infecciosas, la malnutrición, dificulta el acceso a la ayuda humanitaria, crea desplazamiento y aumenta la mortalidad.<sup>39-41</sup> De acuerdo con el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas,<sup>42</sup> el conflicto armado es un factor contribuyente para la expansión de la epidemia por VIH en el mundo. En los programas de VIH en Colombia el conflicto armado no se ha contemplado seriamente como un determinante de la salud.<sup>41</sup>

Nuestros participantes describen en sus historias como los actores del conflicto armado son responsables de limitar el acceso a los servicios de salud, ya que ellos son los





encargados de evaluar quién es útil y digno de vivir en sociedad: *“tengo [un] paciente con diagnóstico de VIH que no accede al tratamiento, pues en [ciudad], sobre todo, pacientes en el [departamento], por la parte del conflicto armado. Entonces que allá la guerrilla si se entera que tiene el diagnóstico los matan”* (Amanda). De igual manera Rosa reflexiona como a los grupos a riesgo de infección por VIH no se les permite disfrutar de un ambiente tranquilo y sano, pues resulta hostil: *“pacientes donde ellos no pueden decir [su diagnóstico]..., donde la guerrilla, los grupos armados no pueden saber que ellos son VIH y que ellos tienen que salir por medicamentos.”* Participantes narran la existencia de una dinámica entre estigma, señalamientos y conflicto armado como triada que limita el acceso a servicios de salud, además de determinar su forma de uso y designado que tipo de vidas son “sanas” en la comunidad y cuales no:

*hay una paciente que viene acompañada de guerrilleros, pues nadie dice que son guerrilleros, pero uno sabe que lo son por las preguntas que hacen, por la forma como se mueven. Ellos son los que la dejan salir, la traen a consulta, pero no tienen ni idea de qué es lo que trata la señora. Y es un temor grandísimo, retienen pacientes también. Ellos son los que le dicen si tiene permiso para bajar de la montaña e ir a la cita “y dígame ¿para qué va?, ¿por qué cada mes?” (Jimena).*

Hay restricciones de la movilidad para acceder a servicios de salud, custodia total de las personas, pues la figura de Estado es asumida por los grupos armados, que determinan y limitan los movimientos en los remotos y rurales del país. Tal como lo narra Jimena al comentar sobre una paciente que:

*Viene generalmente con...2 personas no saben a qué viene, pero son las que deciden y miran la hora, que no se retrase y siempre hay un temor de la paciente -que uno sabe por qué es-. Tenemos una señora que vive en la montaña con su hijo, un señor con unas secuelas neurológicas y ella tiene que pedir permiso, tiene que informar cuándo tiene que bajar con su hijo para una cita médica y son los guerrilleros, los grupos armados los que le dan el permiso para asistir o no y cuando no, es no. Simplemente no pudo ir a la cita porque no los dejaron.*

Al igual que Jimena, Rosa comenta como la dinámica del conflicto armado y acciones estratégicas de los actores armados consolidan formas de control del territorio, que impactan el acceso a servicios de salud: *“usted por qué sale tanto cada mes, muéstranos a qué sale”. No pueden llevar nada, ni documentos ni nada.”* Jimena por su parte ha tenido pacientes que han sido desplazados por la guerrilla y otros que manifiestan temor a que la guerrilla se dé cuenta de que tienen el diagnóstico porque pueden morir.

#### 4.3.3.2 Migración

Otro determinante de la salud específico para Colombia es el de la migración.<sup>43</sup> La gran afluencia de migrantes de Venezuela representa un desafío social y económico para Colombia. La llegada de migrantes del vecino país se ha acelerado en los últimos años.<sup>44</sup> En 2018, más de 1.2 millones de venezolanos ingresaron con intención de quedarse.<sup>44</sup>





La profundización de la crisis social, política y económica de Venezuela indica que habrá un flujo alto de migrantes del vecino país en el territorio colombiano.<sup>45</sup> La salud de los migrantes está determinada por las experiencias y situaciones en el país de origen, durante el tránsito, en el lugar de destino, y en algunos casos, durante el regreso al lugar de origen. Cabe recalcar que la migración en Colombia incluye personas de origen extranjero y colombianos desplazados por el conflicto armado desde áreas rurales y remotas a centros urbanos. Las condiciones que rodean la migración a menudo favorecen las inequidades de salud y sociales exponiendo a los migrantes a riesgos para la salud debido a las políticas migratorias restrictivas que hacen que un número de migrantes viajen de manera clandestina. Además, las recesiones económicas y los sentimientos anti-inmigrantes actúan como factores limitantes en el acceso a los servicios de salud, educación y condiciones de vida y trabajo adecuadas y dignas.<sup>46</sup>

Participantes en este estudio mencionaron como los migrantes son descritos en los medios informativos como los responsables por el aumento en las infecciones por VIH. Mauricio reflexiona en como discursos anti-inmigrantes crean estigma y rechazo social: *“nuevo población migrante vuelve a ser un estigma de discriminación para mí, porque le estamos echando la culpa de todo a la población migrante sí y puede no ser así.”* En la entrevista Mauricio comenta como pocas personas ni siquiera se perciben como de riesgo. Señala además que no sólo es el tema de la migración del país vecino, es también considerar, por ejemplo, el retorno de personas colombianas de Europa, Estados Unidos, etc. por deportaciones, problemas personales, etc., y que, hacen presión sobre las instituciones de salud, y el desarrollo de estrategias de prevención en VIH como el PrEP. Roberto igualmente reflexiona en como programas como PrEP deben incluir migrantes internos y externos:

*ahora tenemos a los migrantes venezolanos y también los migrantes colombiano que van de región a región que son desplazados por la situación de violencia del país y los mineros los conductores de taxis y los conductores de camión ese es otro tipo de población que también tienen mayores conductas de riesgo en el cual muy pocas personas ni siquiera se perciben que tiene un riesgo.*

Flujos migratorios internos y externos entonces son un aspecto importante para considerar en el desarrollo de estrategias de prevención contra la infección por VIH. La migración y el desplazamiento forzoso, aunque son reconocidos como determinantes sociales de la salud no se han explorado con profundidad. Con todo lo anterior, es necesario el desarrollo de estrategias y programas de prevención como PrEP para estos grupos poblaciones víctimas de desplazamiento forzoso.

#### 4.3.3.3 Estigma y Exclusión Social

El estigma se refiere a una actitud o creencia. Por su parte, la discriminación y la exclusión social son conductas que se derivan de esas actitudes o creencias. El estigma es una barrera bien documentada para la búsqueda de atención médica, participación y adherencia al tratamiento. El estigma permite diversas formas de discriminación que, en última instancia, niegan la plena aceptación social del individuo o grupo, reduce las oportunidades de los individuos y aumentan las desigualdades sociales. El estigma





influye en el bienestar de la población al empeorar, socavar o impedir las relaciones sociales, la disponibilidad de recursos, el estrés y las respuestas psicológicas y sociales de una persona.<sup>47</sup> El estigma conlleva a la exclusión social y la discriminación considerándose en nuestro estudio un determinante social distal. En Colombia la estigmatización de grupos vulnerables como HSH o MTG los ha relegado al fondo de la jerarquía social, siendo expuestos a daños en los determinantes intermedios y proximales de estas poblaciones y por consiguiente aumentando su vulnerabilidad y reduciendo su capacidad para enfrentar las enfermedades y los riesgos a sufrir enfermedades como el VIH.

Esa estigmatización y exclusión social se ve reflejada en las historias de los participantes. Por ejemplo, Carlos menciona: *“si tengo temor de infectarme, si ya de por si tengo sé que puedo evitar la estigmatización más que la infección, pero me van a mandar a un sitio donde atienden persona infectadas eso puede generar también un ruido y van a necesitar una educación muy grande.”* A nivel institucional José comenta como:

*institución privada como IPS que somos que solo atendemos pacientes Diagnosticados es más difícil de implementar el estudio pues por la confidencialidad del paciente si nosotros dos somos amigos y yo tengo VIH y estoy viniendo acá y tú vas a consulta PrEP porque vas a venir a buscar las pastillas porque eres negativas y yo no quiero que me veas entonces esas cosas nosotros las cuidamos mucho te puedes fijar que afuera no hay carteles...*

Carlos complementa de qué manera el VIH tiene una carga social, un estigma, pero en comparación con otras enfermedades de transmisión sexual, igual de preocupantes no tienen esa carga social, en la que se desvaloriza la persona y pierde dignidad.

*Tema del VIH siempre ha causado problemas de estigmatización entonces si yo puedo prevenir infectarme por VIH más que el temor a la enfermedad como tal es el temor a que me discriminen entonces yo puedo prevenir estoy tan ansioso si se puede decir así pero las infecciones el resto de infecciones de trasmisión sexual pues no han generado el mismo estigma una infección por herpes no genera el mismo estigma o una infección por insería no genera lo mismo entonces a veces yo digo que a veces aunque a la gente le digan que tiene sífilis es para sentirse orgullosos de su condición que es sexualmente activo entonces llevándolo a un extremo.*

Igualmente, Roberto menciona como a individuos en su comunidad les da temor tomar medicamentos, o hacerse chequeos médicos y laboratorios, entonces para el, *“y aceptarse a tomar PrEP es que está aceptando conductas de riesgos, hay gente que no asume ni acepta conductas de riesgos o les da temor que los vayan a estigmatizar, entonces van a decir es que van a conocer mi condición sexual.”* Roberto recalca en su conversación como los profesionales de la salud están pesimamente educados e VIH siendo ellos, *“uno de los grandes estigmatizadores de las personas con VIH [especialmente] los médicos.* Gabriela relata como el uso de pronombres crea conflicto y sentimientos de discriminación en comunidades MTG: *“no tenemos como esa, esa sensibilidad de poderlos abordar de una manera distinta. Cosas tan básicas como*



llamarlos por el nombre masculino, son prejuicios, prejuizgamientos, la manera como la gente los mira.”



Ilustración 5. Grafiti urbano alusivo al contexto de asesinatos selectivos en Cali, Colombia, 2021

El tema del VIH en Colombia ha causado problemas de estigmatización creando sentimientos de angustia y tristeza para las personas afectadas. Igualmente ha generado algunas veces violencia como lo relata Carlos cuando menciona una experiencia de uno de sus pacientes, un indígena de apenas 16 años quien sufrió la discriminación de su comunidad cuando se dieron cuenta de que esta persona era VIH positivo “*inclusive la golpearon casi la matan.*” No existe estrato social para la estigmatización, Rosa comenta:

*yo tengo dentro de mi población personas que son Gerentes, Médicos, profesionales y ellos no van a mi sede, prefieren irse hasta [capital] o [capital] en su defecto, para estar en el programa y adquirir el medicamento...Hay muchas personas que les da pena venir aquí a la sede.*

El estigma y la discriminación se reflejan en las instituciones también. Mauricio dice:

*alguna alusión al tema del VIH sabiendo que trabajamos con VIH no lo hay ni siquiera tenemos un aviso afuera que diga quienes somos...tema de que nosotros mismos estamos discriminando...si tú quieres que las personas que otro tipo de personas que vengan a buscar PrEP que no están infectadas no se sientan estigmatizadas por venir a un sitio de estos pues habría que hacerla en un sitio aparte.*

Diana menciona en su entrevista la necesidad de integrar estrategias como PrEP con otros programas para evitar la discriminación y la exclusión social de las personas a riesgo de contraer VIH no tienen avisos alusivos al VIH:

*tener el programa de VIH en un lado, pero tú puedes tener PrEP en otro, oncología en otro, ósea no estigmatiza que es lo importante, si tu liga de lucha contra el SIDA con un letrero grande vas a ofrecer PrEP no te van a llegar tú tienes que tener centros donde van el viejito hipertenso, donde va el epocoso, donde va el que tiene VIH y va el que no tiene nada que solo va a recibir PrEP.*

Los estereotipos y posibles señalamientos como barreras del tratamiento PrEP, ser atendidos como pacientes con VIH:

*esto sigue siendo un tabú, la gente no habla mucho de esto afuera. Lo hablamos aquí, pero por fuera no. A la gente todavía le da temor que sea identificada. Y lo*



*que te cuento, entrar a una clínica de VIH para ellos, así no vengan a ser tratados como pacientes, es una barrera grandísima (Jimena).*

Las limitaciones que tienen los servicios de salud para conocer prácticas de riesgo y hábitos saludables es un tema sensible. Esto influye, por supuesto, en las estrategias de prevención y promoción: *“la mayoría de la gente no lo va a decir conducta sexual de riesgo tiene, entonces, al final, queremos saber si usted tiene cambios de conductas saludable”* (Roberto).

## 5. Conclusión

Al explorar cómo los DSS afectan las experiencias, percepciones y actitudes de los profesionales de la salud, directores y coordinadores de centros de salud en la implementación de PrEP como estrategia preventiva contra el VIH en Colombia sobresalen tendencias en términos sociales, políticos, culturales, económicos y ambientales que impactan la salud individual y colectiva de las poblaciones. En primer lugar, sobre los DSS-proximales se destacan entre los *hábitos* aspectos negativos en la implementación de PrEP, pues se percibe un menor uso e incluso, ausencia del uso de preservativos y el consecuente aumento de otras ETS. En contrapartida, sobre los aspectos positivos, se destaca la oportunidad de desarrollar estrategias pedagógicas y educativas que consoliden una atención integral en salud a partir de las prácticas cotidianas. Esto para facilitar la adherencia al tratamiento y la entrega no sólo de medicamentos, sino asesorías psicológicas y dinámicas educativas entre el personal de salud y la comunidad, con el propósito de resignificar creencias religiosas y prácticas culturales que legitiman procesos de discriminación y exclusión social. Sobre el *ambiente físico*, se alude a la necesidad de descentralizar tratamientos médicos a zonas periféricas del país, aun cuando muchos pacientes prefieran el anonimato que brinda asumir su tratamiento en ciudades intermedias y capitales. Además, se menciona la importancia de un ambiente físico agradable, éste por lo general, asociado a centros de salud independientes de aquellos especializados en VIH. En términos de *educación* es indispensable –según los participantes- la alfabetización en temas de salud sexual de grupos vulnerables con el propósito de desmitificar mitos y falsas creencias sobre el uso de PrEP y la prevención del VIH. Por último, acerca de *empleo e ingresos económicos* se refieren al limitado acceso a PrEP de forma privada de grupos sociales vulnerables con precario poder adquisitivo y bajo nivel socioeconómico. Por lo tanto, la financiación de la estrategia PrEP debería estar a cargo del Estado.

En segundo lugar, respecto a los DDS-intermedios se menciona el *sistema de salud*, en ésta se resalta la importancia del papel institucional del sistema inserto a lógicas regionales y locales para la prevención de VIH y no, campañas fragmentadas y meramente individuales. Para ello, es indispensable un respaldo y directriz estatal que oriente y garantice la continuidad e implementación del tratamiento PrEP. Dentro del sistema de salud, hay referencia a la necesidad de capacitaciones al personal de salud como parte de su formación y responsabilidad de brindar información oportuna a los pacientes. Esta capacitación se propone incluso, en interacción y participación de los





actores involucrados por medios de medios virtuales y presenciales. En relación a la *infraestructura en la comunidad, sus recursos y capacidades* se destaca las limitaciones de procesos burocráticos cuyo referente son zonas urbanas y capitales, mientras los contextos regionales y locales son relegados, entorpeciendo así el acceso a salud a poblaciones vulnerables y marginadas de equipamientos culturales, sociales, económicos, etc. Por último, respecto al *arraigo cultural* se menciona la importancia de adaptar la estrategia al contexto local e inclusive, considerar el idioma de comunidades negras/afrodescendientes e indígenas para garantizar el acceso a PrEP. Asimismo, el trabajo pedagógico alrededor de PrEP es fundamental, pues el medicamento puede ser asociado a la carga cultural y el estigma negativo del VIH. Por tanto, tabúes y códigos culturales limitan el uso de PrEP y, de hecho, pueden desvalorizar en términos sociales a quienes asumen el tratamiento.

Por último, en tercer lugar, entre los DDS-distales se encuentra el *contexto sociopolítico*, sobre el cual los participantes aluden a las limitaciones que hay para la implementación y acceso a PrEP debido al contexto de violencia entre actores armados legales e ilegales. Si bien, el acuerdo de La Habana firmado en 2016 entre la guerrilla de las FARC-EP (Fuerzas Revolucionarias de Colombia, Ejército del Pueblo) y el Estado colombiano marcó un hito en los procesos de paz en el país, la implementación del Acuerdo ha tenido tropiezos y retrasos en zonas donde se ha concentrado la violencia, los cultivos de uso ilícito, la pobreza y el abandono estatal. Antecedentes que, sin duda, limitarán la implementación de la nueva estrategia de prevención en VIH en el país, pues tras la firma del Acuerdo, ciertos actores armados se han rearmado y reubicado para el control territorial y económico de corredores estratégicos del país. Por tanto, su poder, ha establecido normas y referentes violentos en los servicios de salud y los pacientes. Otro de los DSS-distales se refiere a la *migración* en la que se destaca la afluencia de población migrante de Venezuela, la población colombiana que retorna desde países de Europa y Estados Unidos que debería ser contemplada en la implementación de PrEP. Finalmente, el DSS- distal relacionado con el *estigma y la exclusión social*, el trabajo pedagógico es indispensable con el fin de resignificar valoraciones sociales que asocian el VIH y las personas portadores, como individuos desvalorizados que pierden dignidad.





## Bibliografía

1. Loppie-Reading, C., & Wien, F. (2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal people's health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCA). <https://www.nccih.ca/docs/determinants/RPT-HealthInequalities-Reading-Wien-EN.pdf>
2. UNAIDS. (2013). *Global report. UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013*. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_Global\\_Report\\_2013\\_en\\_1.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf)
3. Anderson, K., Biello, K., Rosenberger, J. G., Novak, D., Mayer, K., Carey, K., & Mimiaga, M. J. (2018). The impact of social support and partner relationship dynamics on engagement in HIV care and antiretroviral treatment adherence among MSM in Latin America. *AIDS care*, 30(11), 1406–1412. <https://doi.org/10.1080/09540121.2018.1456641>
4. Trebelcock, W. L., Lama, J. R., Duerr, A., Sanchez, H., Cabello, R., Gilada, T., Segura, P., Reisner, S. L., Mayer, K. H., Mullins, J., & Bender Ignacio, R. A. (2019). HIV pretreatment drug resistance among cisgender MSM and transgender women from Lima, Peru. *Journal of the International AIDS Society*, 22(11), e25411. <https://doi.org/10.1002/jia2.25411>
5. Ministerio de Salud Colombia. (2018). *Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la infección TB/VIH y la hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>
6. Bianchi, F. T., Reisen, C. A., Zea, M. C., Vidal-Ortiz, S., Gonzales, F. A., Betancourt, F., Aguilar, M., & Poppen, P. J. (2014). Sex work among men who have sex with men and transgender women in Bogotá. *Archives of sexual behavior*, 43(8), 1637–1650. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0260-z>
7. Ritterbusch, A. E., Correa Salazar, C., & Correa, A. (2018). Stigma-related access barriers and violence against trans women in the Colombian healthcare system. *Global Public Health*, 13(12), 1831–1845. <https://doi.org/10.1080/17441692.2018.1455887>
8. Rubio Mendoza, M. L., Jacobson, J. O., Morales-Miranda, S., Sierra Alarcón, C. Á., & Luque Núñez, R. (2015). High HIV burden in men who have sex with men across Colombia's largest cities: Findings from an integrated biological and behavioral surveillance study. *PloS one*, 10(8), e0131040. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131040>
9. Qu, D., Zhong, X., Lai, M., Dai, J., Liang, H., & Huang, A. (2019). Influencing factors of pre-exposure prophylaxis self-efficacy among men who have sex with men. *American Journal of Men's Health*, 13(2), 1557988319847088. <https://doi.org/10.1177/1557988319847088>





10. Reisen, C. A., Zea, M. C., Bianchi, F. T., Poppen, P. J., del Río González, A. M., Romero, R. A., & Pérez, C. (2014). HIV testing among MSM in Bogotá, Colombia: the role of structural and individual characteristics. *AIDS education and prevention: Official publication of the International Society for AIDS Education*, 26(4), 328–344. <https://doi.org/10.1521/aeap.2014.26.4.328>
11. Zea, M. C., Reisen, C. A., Bianchi, F. T., Gonzales, F. A., Betancourt, F., Aguilar, M., & Poppen, P. J. (2013). Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals. *Culture, health & sexuality*, 15(7), 788–803. <https://doi.org/10.1080/13691058.2013.779028>
12. Liscano Pinzón, Y.D., & Estrada Montoya, J.H. (2015). Exploración y análisis a los determinantes sociales estructurales e intermedios de la pandemia del VIH-SIDA. *Acta odontológica colombiana*, 5(1), 117–131.
13. Osorio, E., Ocampo, D., & Pineda, J. (2018). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde e Sociedade*, 27(3), 944–956. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902018180066>
14. Tovar-Cuevas, L., & Arrivillaga-Quintero, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Revista gerencia y políticas de salud*, 10(21), 112–123.
15. Luz, P., Veloso, V., y Grinsztejn, B. (2019). The HIV epidemic in Latin America: accomplishments and challenges on treatment and prevention. *Current opinion in HIV and AIDS*, 14(5), 366–373. <https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000564>.
16. Mueses-Marín, H., Alvarado-Llano, B., Tello-Bolívar, I., Martínez-Cajas, J. & Galindo-Quintero, J. (2020). Examining a syndemic framework for HIV and sexually transmitted infections risk in Cali, Colombia. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2), 140-153. <https://dx.doi.org/10.17151/hpsal.2020.25.2.14>
17. Meyer I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. *Psychological bulletin*, 129(5), 674–697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
18. Alvarado, B., Mueses, H., Galindo, J., Martínez-Cajas, J. (2020) Application of the “syndemics” theory to explain unprotected sex and transactional sex: A cross-sectional study in men who have sex with men (MSM), transgender women, and non-MSM in Colombia. *Biomédica*, 40,391-403. <https://doi.org/10.7705/biomedica.5082>
19. Zea, M. C., Aguilar-Pardo, M., Betancourt, F., Reisen, C. A., & Gonzales, F. (2014). Mixed Methods Research With Internally Displaced Colombian Gay and Bisexual Men and Transwomen. *Journal of mixed methods research*, 8(3), 212–221. <https://doi.org/10.1177/1558689814527941>.





20. Cáceres, C. (2002) HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Caribbean: a hidden epidemic? *AIDS*, 16, S23-S33. [https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2002/12003/HIV among gay and oher men who have sex with men.5.aspx](https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2002/12003/HIV_among_gay_and_oher_men_who_have_sex_with_men.5.aspx)
21. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X).
22. Arrivillaga M. (2012). Abstracts of the International Society for Equity in Health 6th International Conference 2011. Cartagena, Colombia. September 27-28, 2011. *International journal for equity in health*, 11 Suppl 1(Suppl 1), A1–A8. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-s1-a1>.
23. Irwin, A., & Scali, E. (2010). *Action on the Social Determinants of Health: learning from previous experiences. Social Determinants of Health Discussion Paper 1 (Debates)*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241500876>
24. Raphael, D., Bryant, T., Mikkonen, J. and Raphael, A. (2020). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*. [https://thecanadianfacts.org/The Canadian Facts-2nd ed.pdf](https://thecanadianfacts.org/The_Canadian_Facts-2nd_ed.pdf)
25. Atkin, C., German, D., Vlahov, D., & Galea, S. (2013). Neighborhoods and HIV: A Social Ecological Approach to Prevention and Care: HIV/AIDS: Social Determinants and Health Disparities. *The American Psychologist*, 68(4), 210–224.
26. Bradley, E., Frazier, E., Carree, T., Hubbard McCree, D., & Sutton, M. (2019). Psychological and social determinants of health, antiretroviral therapy (ART) adherence, and viral suppression among HIV-positive black women in care. *AIDS Care*, 31(8), 932–941. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1612022>
27. Benson, C., Wang, X., Dunn, K. J., Li, N., Mesana, L., Lai, J., Wong, E. Y., Chow, W., Hardy, H., Song, J., & Brown, K. (2020). Antiretroviral Adherence, Drug Resistance, and the Impact of Social Determinants of Health in HIV-1 Patients in the US. *AIDS and behavior*, 24(12), 3562–3573. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02937-8>
28. Farooq, M. (2018). A review of Gadamerian and Ricoeurian hermeneutics and its application to interpretive accounting research. *Qualitative Research in Organizations and Management*, 13(3), 261–283. <https://doi.org/10.1108/QR0M-07-2017-1550>
29. Jahnke, M. (2012). Revisiting Design as a Hermeneutic Practice: An Investigation of Paul Ricoeur's Critical Hermeneutics. *Design issues*, 28(2), 30–40.





30. Gadamer, H., Weinsheimer, J., & Marshall, D. (2006). *Truth and method* (2nd, rev. ed. / translation revised by Joel Weinsheimer and Donald G. Marshall.). Continuum.
31. Pellauer, David and Bernard Dauenhauer, "Paul Ricoeur", The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2021 Edition), Edward N. Zalta (ed.), forthcoming URL = <<https://plato.stanford.edu/archives/spr2021/entries/ricoeur/>>.
32. Roberge, J. (2011). What is critical hermeneutics? *Thesis eleven*, 106(1) 5–22.
33. van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice. Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Left Coast Press.
34. Lincoln, Y., & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage Publications.
35. Agudelo Calderon, C., Cardona Botero, J., Ortega Bolanos, J., & Robledo Martinez, R. (2011). Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. *Ciência & saude coletiva*, 16(6), 2817–2828. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000600020>
36. Camargo Plazas, M.d.P., Cameron, B., & Smith, D. (2012). Neoliberal-oriented health care system answer to global competition or a threat to health equality for people with chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(2), 166–181. <https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e31825372a4>
37. Camargo Plazas, P. (2018). Understanding the space of nursing practice in Colombia: A critical reflection of the effects of the health system reform. *Nursing Inquiry*, 25(3), e12242. doi:10.1111/nin.12242
38. Ministerio de Cultura (2021). *Lenguas nativas y criollas de Colombia*. <https://mincultura.gov.co/areas/poblaciones/APP-de-lenguas-nativas/Paginas/default.aspx>
39. Venegas Luque, R., Gutierrez Velasco, A., & Caicedo Cardeñosa, M. (2017). Investigaciones y comprensiones del conflicto armado en Colombia. Salud mental y familia. *Universitas Psychologica*, 16(3), 1–286. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.icca>
40. Vivas-Barrera, T. G. (2017). VIH/sida y el conflicto armado en Colombia. En O. Woolcott-Oyague, T. G. Vivas-Barrera & T. C. Garzón-Landínez. El problema de las transfusiones de sangre y la transmisión del VIH: realidad y respuestas del derecho para la protección del paciente (pp. 69-96). Bogotá: Universidad Católica de Colombia
41. Malagón Rojas, J.N. (2011). VIH/SIDA en Colombia: Análisis de la relación entre de la desigualdad social, salud y conflicto armado 2002-2008. *Investigación y Desarrollo*, 19(2), 254–275.
42. Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas. (2000). [https://www.un.org/womenwatch/ods/S-RES-1325\(2000\)-S.pdf](https://www.un.org/womenwatch/ods/S-RES-1325(2000)-S.pdf)
43. World Bank (2018). *Migración desde Venezuela a Colombia. Impactos y estrategia de respuesta en el corto y mediano plazo*.





<https://www.bancomundial.org/es/events/2018/10/25/migracion-desde-venezuela-a-colombia>

44. OECD (2019). *OECD Economic Survey of Colombia 2019*. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e4c64889-en/index.html?itemId=/content/publication/e4c64889-en>
45. Reina, M, C. Mesa and T. Ramírez (2018). Elementos para una política pública frente a la crisis de Venezuela. Cuadernos Fedesarrollo 69. Noviembre 2018.
46. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, Health and Medicine Division, Board on Population Health and Public Health Practice, & Roundtable on the Promotion of Health Equity. (2018). *Immigration as a Social Determinant of Health: Proceedings of a Workshop*. National Academies Press (US).
47. Stangl, A.L., Earnshaw, V.A., Logie, C.H. *et al.* The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med* **17**, 31 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1271-3>.

