

MEDICAL TEAMS INTERNATIONAL

“Reducir las barreras de acceso a prevención, detección y tratamiento de sífilis para la población migrante y colombiana vulnerable en la zona sur de Bogotá”, con apoyo del proyecto Iniciativa Bogotá 2.0 de la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GIZ).



Percepciones de participantes y recomendaciones para mejorar el acceso a detección y tratamiento de la sífilis para migrantes y otros grupos vulnerables.

Noviembre, 2024

CRÉDITOS



Diseño metodológico:

Johannes Elsas, Asesor Nacional de Salud.

Desarrollo de herramientas, recolección y análisis de datos:

Camila Andrea Romero, Oficial MEAL.

Paola Andrea Restrepo, Coordinadora HSS.

Julián Francisco Bahamon, HPC.

Elaboración del informe:

Camila Andrea Romero, Oficial MEAL.

Johannes Elsas, Asesor Nacional de Salud.

Andrea Aguilar Moncada, Coordinadora de Salud Comunitaria.

Revisión final:

María Camila Castillo, Gerente de Programa Región Centro.

Elisander Castro, Director de Programas.

Steve Cooke, Director País.

Diagramación:

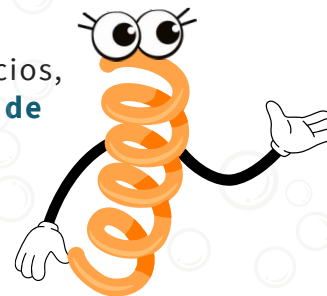
Lina Hernández, Coordinadora Nacional de Comunicaciones.

1. INTRODUCCIÓN

Ante el **aumento de casos de sífilis en Bogotá** y la necesidad de establecer acciones dirigidas hacia la población vulnerable - especialmente el gran número de migrantes venezolanos/as en condición irregular, Medical Teams International recibió el apoyo del proyecto Iniciativa Bogotá 2.0 de la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GIZ) para **implementar un proyecto para reducir las barreras de acceso a prevención, detección y tratamiento de sífilis para la población migrante y colombiana vulnerable en Bogotá**. Con base en la epidemiología local y en la oferta de servicios disponibles, se priorizaron las localidades Usme, Tunjuelito y Ciudad Bolívar.

El proyecto utilizó una estrategia móvil de jornadas para acercar la atención en salud a las comunidades (llamada “Puntos de Salud”) y, alcanzar a la población más vulnerable con actividades de educación para la salud, tamizajes¹ con pruebas rápidas para sífilis y VIH, y confirmación y tratamiento antibiótico para la sífilis.

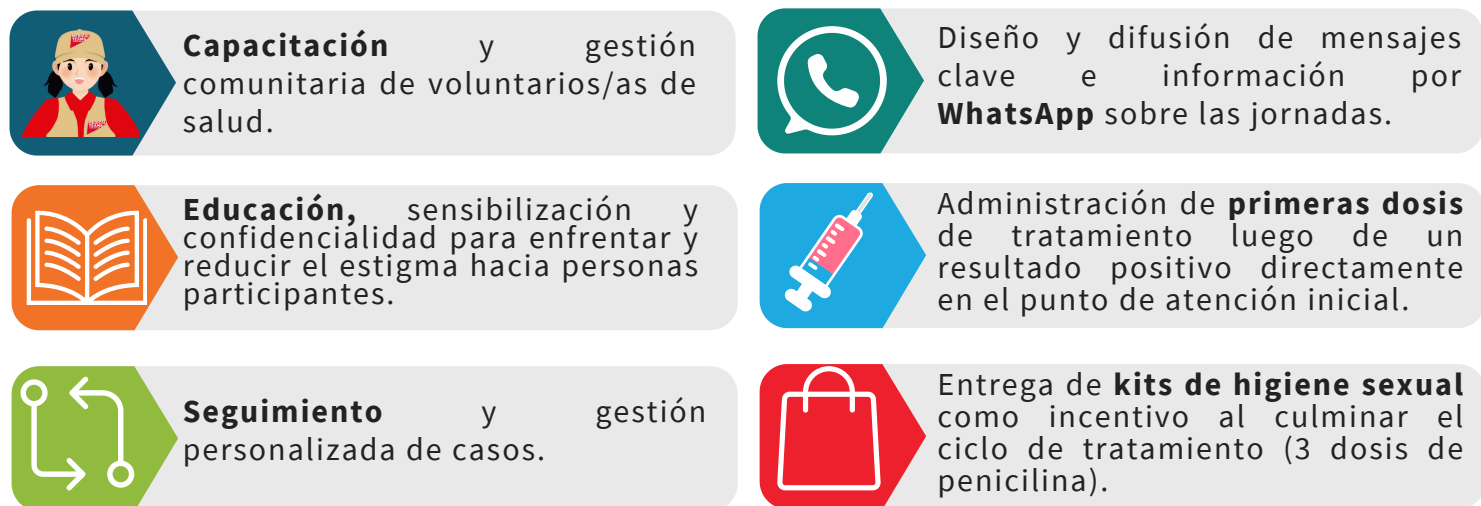
Para ubicar Puntos de Salud estratégicamente y con una oferta integral de servicios, se llevó a cabo una **coordinación estrecha con la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, entidades gubernamentales en las localidades priorizadas, organizaciones no gubernamentales (ONG), organizaciones de base comunitaria (OBC) y mesas LGBTIQ+.**



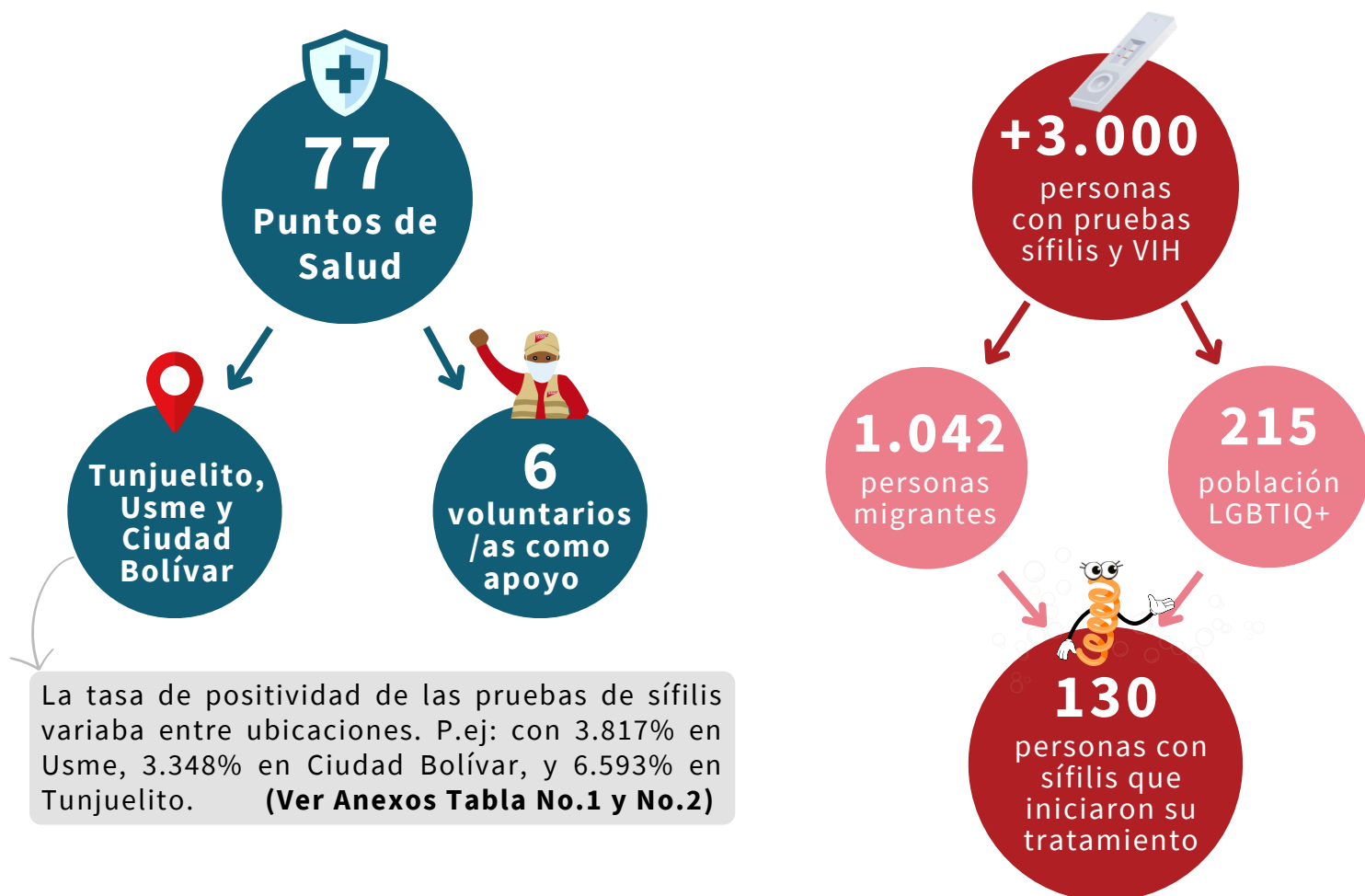
[1] Para los casos positivos de VIH se hizo un engranaje con Aid For Aids y Red Somos para poder remitir estos casos e iniciar el tratamiento

Para mejorar el acceso a las pruebas y la adherencia al tratamiento, se utilizaron las siguientes intervenciones:

Con el fin de mejorar el acceso a las pruebas y la adherencia al tratamiento, el proyecto diseñó y puso en marcha un conjunto de **actividades en comunidad** que incluían:



Así, entre abril y octubre noviembre del 2024 el proyecto implementó:



Si bien, el proyecto ha cumplido con sus objetivos, es importante comprender más a profundidad las estrategias y su potencial, para lo cual es clave escuchar a la población destinataria que participó en las actividades del proyecto. Por esta razón, **este informe presenta los hallazgos de las entrevistas con los participantes del proyecto** en tres áreas clave:

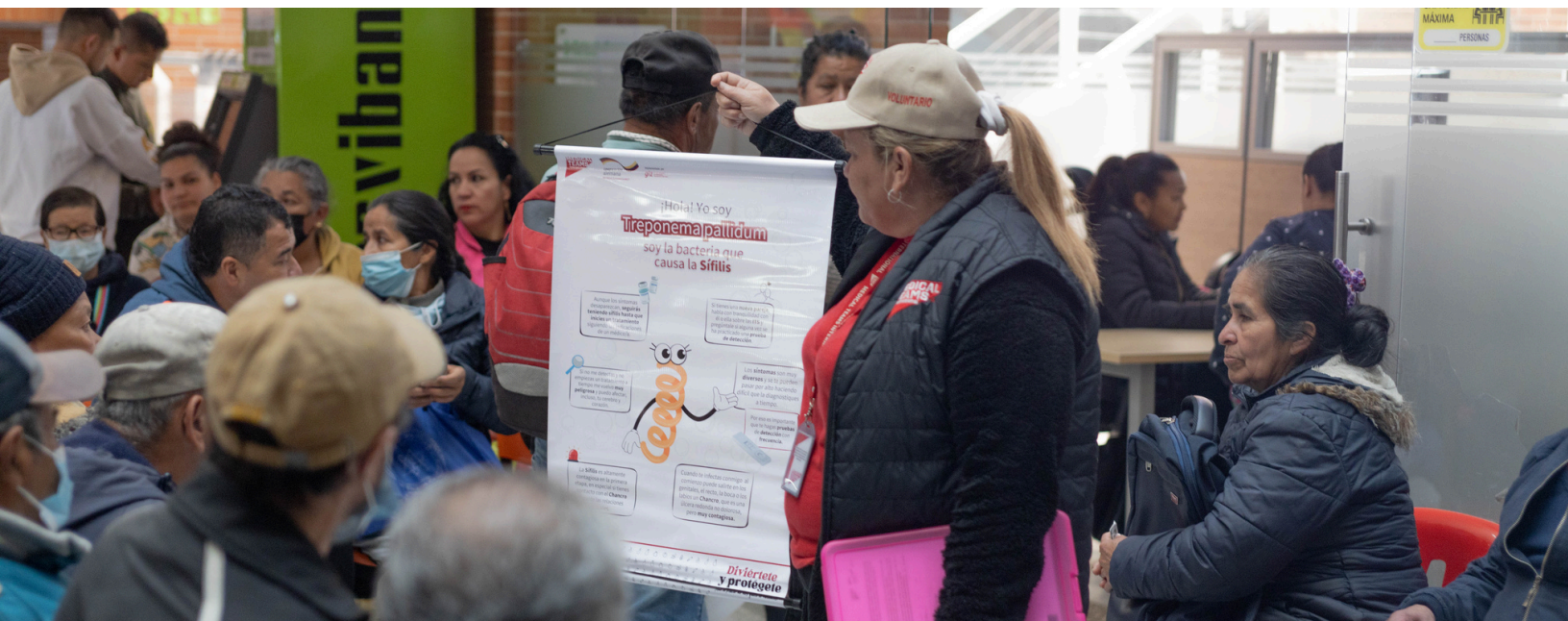
1. **Percepciones** de los/as participantes de Ciudad Bolívar, Tunjuelito y Usme sobre el acceso y barreras a pruebas y tratamiento de la sífilis.
2. **Aprendizajes derivados de la intervención** de Medical Teams International en las localidades de Ciudad Bolívar, Usme y Tunjuelito.
3. **Recomendaciones para programas similares** con el objetivo de reducir barreras de acceso a la detección y tratamiento de la sífilis.

2. METODOLOGÍA

Partiendo de un enfoque cualitativo, se utilizaron **entrevistas semiestructuradas** para recolectar datos primarios con participantes del proyecto y así permitir una comprensión contextualizada, desde su subjetividad sobre el proceso de acceso a diagnóstico y tratamiento de la sífilis en su territorio.

Se realizaron **7 entrevistas a 5 mujeres y 2 hombres de diferentes nacionalidades que participaron de las jornadas de tamizaje en las tres localidades**. Adicionalmente, se realizaron entrevistas a 2 integrantes del personal de Medical Teams International que estaban involucrados en la implementación del proyecto (**ver anexos - Tabla No.31**).

Para la sistematización y el análisis se utilizó el software de **análisis cualitativo MAXQDA**. La información fue codificada de acuerdo 21 categorías de análisis emergentes desde las entrevistas (**ver anexos- Tabla No. 42**).



3. HALLAZGOS - BARRERAS

▶ 3.A Barreras individuales: temor y baja percepción de riesgo. ◀

Se indagó a los/as participantes sobre las **emociones, pensamientos, y motivaciones durante y después del tamizaje**, con el fin de identificar percepciones o creencias que puedan influir en su participación en este tipo de jornadas o servicios. A pesar de una percepción positiva en general sobre el examen, el temor y una baja percepción de riesgo se pueden presentar como barreras individuales.

La **primera variable** asociada al temor fue la posibilidad de obtener un resultado positivo, generando incertidumbre, dudas y ansiedad. Esta respuesta emocional puede llevar a la persona a desistir de realizarse la prueba:

“

Tuve dudas, nervios, porque uno no sabe de eso, porque en mi pensar estaba que a lo mejor podía salir positivo.

Hombre migrante, localidad de Ciudad Bolívar.

”

“

Creo que ese tipo de exámenes genera un hilo muy fino de tensión en las personas independientemente que tu conozcas muy de cerca tu estado de salud y tengas unas certezas, siempre hay un hilo de tensión ahí que se genera frente a la expectativa del resultado.

Mujer, localidad de Tunjuelito.

”

La **segunda variable** asociada al temor fue el temor al procedimiento (p.ej. la fobia por las agujas en su expresión extrema). En este contexto, es importante que las historias personales sean reconocidas y validadas como factor que pueda impactar en la toma de decisiones:

“

(...) yo me siento tranquila porque en mi mente no tengo nada (...) Tenía tiempo que no me hacía examen de SIDA y de nada, claro no es mi mentalidad de que tengo ni nada, porque ahorita no tengo pareja, hace años que no tengo pareja.

Mujer migrante, localidad de Ciudad Bolívar.

”

► 3.B Barreras socioculturales: creencias generalizadas sobre salud sexual, estigma social, prejuicio y xenofobia. ◀

“Realmente, lo que pasa es que cuando uno es una persona, un ciudadano o un ser humano que uno se cuida, pues uno cree muchas veces que no la puede contraer. Pero la ciencia nos ha mostrado lo contrario. Por ejemplo, yo he estado en tantos lugares, he tratado de mirar con quién me voy y ¿qué hago?, pues observar a las personas. Digamos no estar con cualquier persona, pues entonces uno sabe que esa persona también se cuida.”

Hombre colombiano, localidad de Usme.

La principal **barrera frente a la detección y tratamiento de sífilis estaba asociada a creencias culturales**, como la idea recurrente que el autocuidado (sexual) elimina cualquier susceptibilidad (reconociendo la variación interpersonal considerable en el concepto del autocuidado, p.ej. refiriéndose a mantener relaciones monogámicas, o a una selección cuidadosa de las parejas sexuales).

Estas creencias no solo son individuales, sino indican las valoraciones de las comunidades sobre la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, **las pruebas de detección se pueden ver como un indicio de un comportamiento irresponsable o de promiscuidad más que un acto de autocuidado**. Consecuentemente, una de las entrevistadas del staff de Medical Teams identificó las creencias y el estigma asociado al tamizaje como el principal desafío para la aceptación de las pruebas.

“Pues las principales barreras, es lo que te comentaba antes, como la vergüenza y como el pensar que a mí no me corresponde porque yo tengo una pareja de hace 20 años, entonces como que eso no es para mí. Como esa desinformación sigue siendo pues la principal barrera.”

Personal del proyecto de Medical Teams.

Entre las creencias, se destaca el estigma de poblaciones LGBTQ+:

“Por ejemplo, que una persona que accede a un examen de VIH o de sífilis es una persona que tiene diversas parejas sexuales, por ejemplo, o pertenece a la comunidad LGBT, que es como un gran imaginario, muy erróneo que existe ¿no?. Y de prejuicio que se dedica a las actividades sexuales pagas, que eso también sucede un montón. Entonces sí creo que, dentro de un pensamiento muy conservador, esos son como los primeros ataques que hay.”

Mujer colombiana, localidad de Usme.

De manera similar, el equipo de Medical Teams International identificó que este estigma de sectores poblacionales específicos **también refuerza el estigma en torno al tamizaje**, convirtiéndose así en una barrera de acceso:

“

(...) a veces uno queda como shockeado por ciertas actitudes que toma la población ante estas jornadas. Sí, es (..) Como que evitan, no sé si es por pena, por miedo, por burla que evitan este tipo de enseñanza. Sí, nos pasa mucho cuando los voluntarios están dando educación a la población y es como “No, no, no, yo no necesito de eso” o “No porque yo no soy marica”. (..) Te doy un ejemplo: había una chica trans y atrás de ella se encontraba una señora ya mayor, y dijo “Yo después de este marica no paso porque me puedo volver marica yo”, y entonces comenzó a insultarla y a tratarla muy mal.

”

Aunque **el acceso a información y la educación en salud puede mitigar los prejuicios, como resultado inesperado, también, puede aumentar la expectativa social y desencadenar el castigo social** para quienes contraen una ITS con sanciones sociales como: el desprestigio, aislamiento, censura, etc. Esto puede reforzar el temor o la ansiedad que las personas sienten al momento de realizarse estas pruebas:

“

Yo tengo amigas que las quiero mucho, las llamo hijas o nietas mías porque son mis hijas adoptivas de la vida, y les digo que hoy en día es imperdonable que una persona que pertenezcamos al LGTB se contamine habiendo tantas campañas, tantas cosas.

Mujer trans, localidad de Tunjuelito.

”

“

(...) tal vez mujeres que tengan trabajos como en cocinas es como “y si eso me llega a salir, me van a echar del trabajo”, pues a la gente le genera miedo de que eso es manipulación de alimentos “yo pico cebolla, yo pelo papa, entonces, como que es un riesgo” (...), en población LGBTIQ+ tal vez ese miedo también, porque bueno a veces donde ellos trabajan o quienes ejercen sexo por supervivencia le piden como esos certificados de salud y el hecho de que ellos lleven una reactividad positividad en un resultado, pues es sacarlas del trabajo(...).

Personal del proyecto de Medical Teams.

”

Otra forma de estigma está relacionada con el diagnóstico positivo y su percibida vinculación con otras problemáticas sociales. **Esto genera imaginarios distorsionados en torno a la transmisión de ITS y puede resultar en discursos discriminatorios y/o xenófobos**, por ejemplo, la vinculación de la migración venezolana con la transmisión de ITS. Como efecto, las personas de estos colectivos se sienten cohibidas para acceder a pruebas y tratamiento al sentirse expuestas al rechazo y la discriminación.

“Tuve un susto hace poco con esa tal sífilis (...) yo soy honesto (...) llegue a esa conclusión, la sífilis se pega muy fácilmente y más ahora con esos venezolanos, ellos trajeron enfermedades más crónicas, si aquí estamos jodidos que tenemos medio salud que será allá que hace cuanto no tienen salud. Aquí hay un poco de portadores de VIH y sífilis, yo lo sé, porque yo tengo un ojo pa’ eso, porque he visto morir a tantas. El color de los que son portadores es muy parecido a los que son viciosos callejeros, ósea “bazuqueros” que uno llama, un color “bichoso” y se ponen de la noche a la mañana flacuchentos, y como ahora eso va mutando, va sacando sepas así como el COVID.

Mujer trans, localidad de Tunjuelito.

”

➤ 3.C Barreras relacionados con el sistema de salud: percepciones sobre elegibilidad, funcionamiento del sistema y rutas de acceso. ◀

Los **retos en el sistema de salud** también influyen en la percepción los/as participantes, principalmente en la comunidad de acogida, frente al acceso a un diagnóstico de ITS.

Dos mujeres colombianas manifestaron haberse hecho la **prueba por medio de su E.P.S.** Una de ellas pudo acceder con relativa facilidad en el contexto del control prenatal:

La segunda, una mujer transgénero, recalcó que **la dificultad del trámite con las E.P.S** dejó solo una ruta de acceso que reforzaba el estigma relacionado con las identidades de género diversas, por lo cual caracterizó las jornadas de tamizaje como un mecanismo alternativo para superar barreras de acceso.

“ (...) en ese momento estaba en embarazo y eran los últimos exámenes antes del parto, me tomaron una prueba rápida de VIH y sífilis.”

”

“ Le ponen mucho trámite y más ahora con todo ese problema que hay del gobierno (...) O sea a mí me toca decir que soy prostituta para que me atiendan (...), por lo menos yo antes me vestía de mujer y ya no, y entonces eso dicen “no, ya para que, si usted ya ni trabaja entonces sería una prueba desperdiciada” entonces, por eso, yo aprovecho cuando puedo hacérmela (...)sabes en donde es menos complicado, cuando uno va al Santa Fe, por allá que es zona de prostitución.

”

En cambio, **las dos mujeres migrantes mencionaron haberse realizado la prueba de sífilis previamente en su país de origen de forma regular** y con fácil acceso (por su condición respectiva como donante de sangre, o como enfermera).

Los hombres entrevistados tenían una **percepción negativa frente al acceso a servicios de salud**. El participante colombiano resaltó la dificultad de trámites, el retraso para acceder a citas médicas, y la reducción en la calidad de atención, debido a la crisis de las E.P.S y la congestión del sistema:

“ (...) creo que deberían antes de cerrar una EPS construir centros, o ver si esos mismos los van a adaptar, pero ahora uno ve que si antes atendían cien personas ahorita son doscientas, trescientas, y ¿a que conlleva eso? a que si antes a uno le daban media hora ya ahora solo cinco o diez minutos y uno tienen que entender que es lo que estamos viviendo.

Hombre colombiano, localidad Usme.

”

Entre los migrantes con aseguramiento, se identificaron como **barreras la desinformación y la dificultad para adaptarse al sistema**:

“Por ejemplo, yo aquí no sé dónde quedan las I.P.S pero me imagino que están dentro de las EPS”.

Mujer migrante, localidad Ciudad Bolívar.

”

Por otro lado, dos participantes experimentaron tal **desmotivación que desistieron** en la gestión de los procedimientos que requerían:

“Una vez fui a una consulta y me dijeron que me tenía que hacer esos exámenes, pero no concreté, no hice nada, (...) creo que era de VIH, no me la hice, por el trabajo y porque no di con a donde me tenía que hacer los exámenes. En el momento que fui hacer la consulta no había sistema, fue un poco complicado, por eso no hice nada, fue difícil hacer el proceso. Se me dificultó porque no sabía dónde tenía que hacerme los exámenes, no sabía dónde llegar.

Hombre migrante, localidad Ciudad Bolívar.

”

“Lo que pasa es que aquí las E.P.S o las I.P.S, todas esas son complicadas, aquí yo no sé, para mí como venezolana a pesar de que la salud ahorita esta vuelta nada allá en Venezuela, yo siento que aquí es un complique para todo. Para pedir una cita, por ejemplo, yo no voy a pedir una cita porque ¿pa cuando me la van a dar? o todo lo que tengo que esperar medio día, un día entero.

Mujer migrante, localidad Ciudad Bolívar.

”

Otra categoría de barreras estaba relacionada con la **falta de información**. Ninguno/a de los/as participantes había recibido suficiente información de su E.P.S sobre ITS, y no conocían el procedimiento para acceder a una prueba o tratamiento de la sífilis (aunque la mayoría iniciaría con una consulta por medicina general), resultando en la **percepción general de que no es un servicio que se brinde con facilidad**:

“

Sí, han tratado de hacerlo, pero lo que pasa es que hoy en día, pues digamos las E.P.S están más que todo atendiendo cosas prioritarias graves, porque pues ya no les está quedando mucho tiempo de hacer talleres, por lo que le decía yo, por los inconvenientes o las cosas que están pasando en la salud.

Hombre, localidad Usme.

“

Pienso que uno de los conductos regulares es llamar o ir y solicitar la cita y esperarla, ya que hoy en día se va a demorar bastante, y creo que va a tener un costo bastante alto.

Mujer migrante, localidad Ciudad Bolívar.

”



4. HALLAZGOS - SUPERANDO BARRERAS DE ACCESO

► 4.A Educación comunitaria a través de voluntarios/as. ◀

Durante la implementación de los Puntos de Salud, el desafío principal para alcanzar a las comunidades fue la **desinformación y el estigma** (como la creencia que las ITS sólo afectan a grupos poblacionales específicos).

Para superar los prejuicios hacia las actividades del proyecto y lograr una mayor aceptación de las pruebas de sífilis, el personal de Medical Teams **resaltó la educación en comunidad** como una función clave para hacer frente a la desinformación y para aumentar la sensibilización sobre la importancia de las pruebas, el autocuidado y el tratamiento para superar las ITS:

“ (...) el mayor desafío ha sido ingresar a la comunidad y que no miren esto como algo extraño y que esto no solo le pasa como dicen ellos vulgarmente a los maricas y los gays, (...). La educación es super importante en la comunidad, creo que es algo que se debería hacer diariamente (...) y enseñarles que tampoco está mal hacerse una prueba.

Personal del proyecto de Medical Teams.

”

“ (...) siempre se ha visto como enfocado todo el tema de transmisión sexual a poblaciones específicas y no para toda la comunidad, entonces si es desafiante poder hacer esa sensibilización del acceso (...).

Personal del proyecto de Medical Teams.

”

Para el éxito de la educación, **fue clave la figura del voluntariado** como primer paso en un proceso educativo comunitario, con información adaptada a cada momento y a las necesidades de cada persona hasta llegar a la realización de la prueba:

“ (...) Entonces, se les ha enseñado a ellos muy bien todo ese tema de género y lo han tomado muy bien, independientemente de si de sí lo aceptan o no, (...) [para] enseñar con abordar a la población como debe ser, con respeto, con amor. (...). Estamos muy orgullosos de esa comunicación asertiva que tienen los voluntarios con la comunidad y el hecho de (...) que tengan las palabras que son al momento de estas situaciones (...).

Personal del proyecto de Medical Teams.

”

Esta forma de brindar la información - complementada por **piezas comunicativas adaptadas a las necesidades comunitarias** - fue un determinante para generar la confianza necesaria para abordar los prejuicios y estigma que actuaban como barrera para participar en el tamizaje:

“

(...) fue muy cordial, creo que parte de esa naturalidad que se siente en el trato fuera como de algún estigma que a veces se crea cuando uno se hace este tipo de pruebas (...). Porque, pues hay un trabajo pedagógico previo que hace que las personas de verdad sientan la necesidad de participar en estas cosas, y que a su vez también ayuda como a eliminar todos estos imaginarios que hay alrededor del VIH y la sífilis.

Mujer, localidad Tunjuelito.

”

“

(...) la comunidad no se va a parar y leer un pendón. (...) No, eso da pereza, lo que hacemos nosotros (...) es que cada voluntario tiene una pieza con la información que está y se les explica de una manera mucho más dinámica.

Personal del proyecto de Medical Teams.

”

► 4.B Abordaje psicosocial integral. ◀

Para responder a las emociones como temor, frustración, y ansiedad en las personas con un resultado positivo de sífilis o VIH, y para prevenir un afrontamiento negativo (negación, desistir del tratamiento, ideaciones suicidas) o posibles situaciones de violencia con la pareja, fue fundamental **proporcionar un abordaje psicosocial integral, es decir, la consideración y la respuesta a necesidades psicosociales en todos los componentes de la intervención**. La formación del voluntariado y del personal en Primeros Auxilios Psicológicos fue clave para poder atender a los/as participantes desde un enfoque respetuoso, empático y de confianza:

“

(...) hemos encontrado incluso de algunas personas que se hacen la prueba (...) que ya sabían que eran positivos, pero que el abordaje en otras organizaciones no fue el adecuado, entonces se fueron asustados a sus casas sabiendo que tenían una infección de transmisión sexual y que se van a morir porque no hay la información completa del tratamiento, (...). Entonces (...) que haya ese espacio de Primeros Auxilios Psicológicos si se le puede llamar así, donde yo (...) abordo toda su parte emocional y lo tranquilizo, le explico que hay tratamiento, hace que la persona quiera volver porque sabe que tiene que terminar su tratamiento para poder curarse.

Supervisora de salud comunitaria del proyecto de Medical Teams.

”

► 4.C Confianza a través de instalaciones adecuadas y constancia. ◀

Un factor importante para lograr la confianza de la comunidad en los Puntos de Salud fue una **instalación adecuada (espacio cubierto)** y el respeto riguroso para las normas de higiene:

“ (...) uno se siente más confiado de hacerse este tipo de pruebas en un lugar dedicado a la salud, (...) entonces uno mira si está totalmente cubierto con todos los requerimientos de salubridad (...), si hay una total disposición de los desechos o el cambio de guantes como ejemplo.

Mujer, localidad Tunjuelito.

Similarmente, la instalación de puntos fijos/regulares de atención (**a través de alianzas interinstitucionales**) ayudó al reconocimiento comunitario para promover la participación frecuente de la población:

“ En comparación con Usme que si hay un punto fijo en el que todo el tiempo hay población y en el que se nos permite acceder de manera semanal al menos una vez (...) que en las otras localidades (...) no siempre hay una jornada a la que podamos asistir.

Personal del proyecto de Medical Teams.

► 4.D Éxitos en tratamiento inicial y retos con la adherencia. ◀

Los **Puntos de Salud fueron vistos como una forma exitosa para acercar pruebas y tratamiento** inicial a la población (la aplicación de la primera dosis de penicilina se realizaba directamente en el Punto, luego de comprobar un resultado positivo).

Sin embargo, la adherencia a las siguientes dosis inyectadas demostró ser el reto principal de la intervención. Aunque se logró una **mitigación parcial** a través de las siguientes estrategias:



Reprogramación **flexible** de citas.



Gestión de casos con **seguimiento** o telefónico.



Reforzar **mensajes clave** sobre la importancia de terminar el tratamiento.



Distintas modalidades para el tratamiento (p.ej. aplicación en las IPS contratadas o en otros Puntos de Salud), identificando los **lugares cercanos** más a la vivienda de las personas.

Retos específicos para la adherencia incluyeron:



Ausencia de **teléfono propio**.



Falta de respuesta a las llamadas de seguimiento.



Cambios frecuentes de número de teléfono o de residencia.



En la población adulta mayor, desconocimiento sobre **sus propios datos** de contacto.



Dificultades para asistir a citas o Puntos de Salud, **distancias largas, falta de tiempo** o falta de un permiso en el trabajo.

“

(...) la última vez nos pasó porque que el señor se fue al país, o que “yo no vivo por acá cerca”, “me queda muy lejos”, “estoy trabajando” y se le dan múltiples posibilidades y aun así no terminan su tratamiento (...) como mirar la comodidad de ellos a que vayan a algún lugar y se terminen el tratamiento o nosotros ir a lugares que estén muy cercanos de donde viven estas personas.

Personal del proyecto de Medical Teams.

(...) algunos casos son porque no se cuenta con un teléfono, con una manera de poder contactar a la persona, sobre todo en el caso de adultos mayores que no tienen un teléfono y que no se sabe la dirección de su casa.

Personal del proyecto de Medical Teams.

”



5.CONCLUSIONES

Entre las barreras que impedían el acceso y la utilización de pruebas de sífilis, se puede distinguir entre **factores individuales, factores socioculturales, y factores relacionados con el sistema de salud.**

Sin embargo, con la excepción del temor ante el dolor por el procedimiento, muchas de las barreras individuales y socioculturales en realidad estaban relacionadas con:



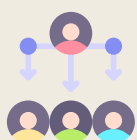
La **falta de información acertada** sobre la transmisión y la posibilidad de infectarse independientemente de identidad de género, orientación sexual y estilo de vida, sobre prevención efectiva e inefectiva, y sobre la existencia de un tratamiento curativo.

Múltiples formas de **prejuicios negativos y estigma** relacionados con normas sociales sobre la sexualidad (“promiscuidad”) o con grupos sociales (de identidad de género u orientación sexual diversa, o migrantes) las cuales se mezclaban con el estigma propio de las ITS como la sífilis.



La combinación de estos aspectos resulta por un lado en una **falsa sensación de seguridad en las personas** que no se sienten parte de los grupos estigmatizados (por estilo de vida, identidad de género u orientación sexual), y por otro lado genera temor o vergüenza ante la posibilidad de una prueba positiva – no solo por las consecuencias en salud, sino por adquirir el estigma y ser expuesto a discriminación. Adicionalmente, la misma dinámica también **refuerza actitudes discriminatorias hacia los grupos ya estigmatizados**, incluyendo personas LGTBIQ+ y migrantes.

Por otro lado, las **barreras sistémicas** estaban más relacionadas con:



Funcionamiento **burocrático** del sistema de salud, y con poca orientación hacia las necesidades de las personas.



Sobrecarga del sistema de salud, resultando en tiempos largos de espera y tiempos cortos para la atención.



Elegibilidad restrictiva de las pruebas de sífilis (verticalización p.ej. a través de programas para embarazadas, personal de salud, donantes de sangre o trabajadores/as sexuales).



Desconocimiento generalizado de las rutas para acceder a pruebas a través de la EPS.



En migrantes: **dificultades de adaptación** al sistema y desmotivación ante trámites complejos.

En cuanto a los mecanismos para superar barreras en el proyecto de **Medical Teams se pueden destacar los siguientes aprendizajes:**



La efectividad de jornadas móviles/Puntos de Salud para acercar los servicios de primer contacto (pruebas y dosis inicial de tratamiento) a poblaciones vulnerables, quienes tienen una baja probabilidad de utilizar servicios regulares del sistema.

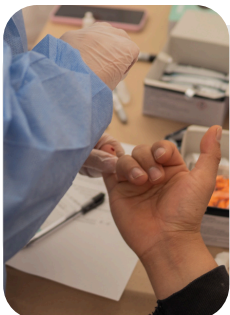


La importancia de **generar y mantener confianza** como requisito para superar el temor al estigma y apoyar la decisión de acceder a pruebas y tratamiento, a través de:

- Un **voluntariado comunitario** con amplia formación en ITS, género, comunicación asertiva, y Primeros Auxilios Psicológicos.
- Un **abordaje educativo con múltiples componentes** y actores (voluntariado, personal de salud comunitario, y personal asistencial) para poder abordar dudas y desconocimiento en todos los momentos de la atención.
- La integración de un **abordaje psicosocial para manejar respuestas emocionales** y prevenir afrontamiento negativo o abandono.
- Instalaciones y **procesos de alta calidad** que demuestran seguridad, higiene y confidencialidad.
- Constancia, **presencia regular y jornadas conjuntas** con otros actores respetados.



La necesidad de una **gestión de casos empática, pedagógica, flexible y creativa**



Los **retos persistentes** para lograr la adherencia después del primer contacto, relacionado con:

- **Distancia** al sitio de atención.
- **Tiempo** para citas e interferencia con actividades laborales.
- **Ausencia de canales de comunicación** robustos y permanentes para mantener el contacto.

6.RECOMENDACIONES

Para mejorar el acceso de poblaciones vulnerables a pruebas y tratamiento para sífilis y otras ITS, se deben de considerar las siguientes acciones:

R1 Realizar **regularmente actividades educativas**, campañas y diálogos sobre salud y derechos sexuales y reproductivos en la comunidad general, y potencializar los servicios de acercamiento con un abordaje educativo integral que logre apoyar decisiones positivas:

- **Difundir información acertada** sobre transmisión y riesgo real de contraer ITS y los tratamientos curativos disponibles.
- **Desmitificar las ITS** y desvincularlas de grupos marginalizados.
- Vincular las pruebas por ITS con la noción de **autocuidado y bienestar**.
- **Aumentar la tolerancia** para diversos estilos de vida, expresiones y orientaciones sexuales, e identidades de género.
- **Involucrar a actores comunitarios** con perfiles, formación y materiales adecuados (sobre todo relacionado con género, comunicación asertiva, y Primeros Auxilios Psicológicos).
- Asegurar **múltiples momentos y formas** para entregar información y abordar dudas.

R2 Para servicios de primer contacto (pruebas, tratamiento inicial), **ofrecer formas alternativas de prestación de servicios** como jornadas móviles o “puntos de abiertos de atención” sin trámites **que superen barreras de acceso** habituales del sistema de salud para a poblaciones vulnerables y que generen confianza, con las siguientes características:

- Abiertas a la **población en general**, sin necesidad de cumplir criterios específicos.
- Centradas en las **necesidades** de las personas.
- Con pocos **trámites y esperas cortas**.
- Con **atención respetuosa, confidencial** (incluyendo la protección de datos) y con tiempo suficiente.
- **Sin juzgamientos** sobre estilo de vida, expresión y orientación sexuales, e identidad de género.
- Con **transversalización de apoyo psicosocial** en todo el personal y todos los pasos (actitudes, habilidades y actuaciones).
- Vinculadas a **otras rutas de atención**, y con ofertas informativas sobre éstas.
- Con instalaciones y **procesos de alta calidad**.
- Con **presencia regular y predecible**, idealmente en conjunto con otros actores/otras ofertas.

R3 Para lograr adherencia al tratamiento que requiere atención presencial repetida (inyecciones, tratamiento observado), **desarrollar planes individualizados para la gestión de casos y atención que superen** las barreras específicas que enfrenta la persona (como generalmente son pocas personas), p.ej.:

- **Distancia:** atención domiciliaria, o en el sitio más cercano al domicilio (puesto o centro de salud, punto móvil, hospital...).
- **Tiempo/horario:** según preferencia de la persona, p.ej. fuera del horario laboral (noches, fines de semana...)
- **Canal de comunicación:** p.ej. entrega de saldo/recarga, o préstamo teléfono sencillo/tradicional.
- Con **transversalización de apoyo psicosocial** en todo el personal y todos los pasos (actitudes, habilidades y actuaciones).

