GUÍAS

PARA EL DESARROLLO

DE PROTOCOLOS CULTURALMENTE SENSIBLES
Y BASADOS EN EVIDENCIA PARA EL ENLACE Y RETENCIÓN

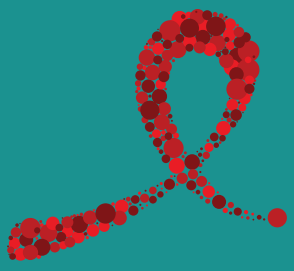
EN TRATAMIENTO DEL VIH



PROGRAMA RYAN WHITE PARTE B/ADAP
DEPARTAMENTO DE SALUD

DEPARTAMENTO DE SALUD
GOBIERNO DE PUERTO RICO

GOBIERNO DE PUERTO RICO



INTRODUCCIÓN

Estas “Guías para el desarrollo de protocolos culturalmente sensibles y basados en evidencia para el enlace y retención en tratamiento del VIH”, surgen como una iniciativa del Plan Integrado de Vigilancia, Prevención y Tratamiento del VIH en Puerto Rico, 2017-2021. Como parte del Proceso de elaboración del Plan, los representantes de proveedores de servicios, la comunidad con diagnóstico positivo de VIH y otros líderes de opinión, identificaron barreras asociadas a la provisión de servicios de VIH integrados, culturalmente sensibles y basados en evidencia, y cómo estas afectan adversamente la atención a las necesidades de las personas que viven con un diagnóstico positivo del virus.

Ante esta realidad, resulta imperativo contar con herramientas accesibles y efectivas que ayuden a dirigir esfuerzos de manera coordinada y consistente para atender adecuadamente las necesidades de salud de esta población. Es necesario que las facilidades de servicios y proveedores clínicos y de apoyo que atiendan personas con VIH cuenten con el conocimiento básico y destrezas necesarias para atender de manera adecuada las necesidades médicas y sociales (de apoyo social) de las personas que viven con VIH en la isla. Las herramientas desarrolladas para estos fines deben atender asuntos vinculados a políticas públicas, estándares de servicio, procedimientos clínicos, capacitación/manejo de personal e información basada en evidencia sobre las cualidades específicas y necesidades de las personas que viven con VIH; así como métricas o indicadores de progreso y calidad que ayuden a evaluar la implementación de estas herramientas en los diversos escenarios de servicios.

Estas Guías tienen el propósito de proveer herramientas a los proveedores de servicio para el desarrollo de protocolos culturalmente sensibles y basados en evidencia para el enlace y retención en tratamiento del VIH. Para esto, se abordan varios temas que ayuden a contextualizar el desarrollar de estrategias dirigidas a aquellas poblaciones que se encuentran en mayor riesgo y hacia quienes deben estar dirigidos los esfuerzos de atención de salud mediante servicios culturalmente sensibles.

Estas Guías se desarrollaron gracias a la colaboración de:

Comité Interpartes de Puerto Rico
AME de San Juan, Ryan White Parte A
Departamento de Salud, Programa Ryan White Parte B/ADAP
Centro de Salud de Lares, Ryan White Parte C
Migrants Health Center, Ryan White Parte C
Neo Med Center, Programa SIVIF, Ryan White Parte C
Centro de Salud Familiar Julio Palmieri de Arroyo, Ryan White Parte C
Hospital Ryder Memorial, Proyecto CIS, Ryan White Parte C
CEMI, Universidad de Puerto Rico, Ryan White Parte D
PR CoNCRA, Ryan White Parte C y D
Centro Ararat, Ryan White Parte C
MED Centro de PR, Ryan White Parte C
AIDS Education Training Center, Ryan White Parte F

Revisores Externos
Integrantes del Sector Comunidad
Sr. Miguel Delgado
Sra. Rosa Rivera

Revisores de la Academia y Proveedores de Servicios
Dr. Carlos Rodríguez, Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas
Dra. Carmen Albizu, Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas
Sr. Peter Shepard, COAI
Dr. Jonathan Fernández, ASSMCA
Dra. Yaritza Bartolomei, Migrants Health Center
Dra. Vivian Tamayo, PR CoNCRA
Sr. Manuel Quiñones, PR CoNCRA

Grupo de Planificación Ryan White Parte B/ADAP
Grupo de Planificación para la Prevención de VIH en Puerto Rico

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 2
CONTENIDO 4
6
CONTEXTO HISTÓRICO Y DATOS SOBRE LA EPIDEMIA DE VIH 7
Muertes por VIH 9
Servicios Disponibles: 9
Política Pública: 10
12
COMPETENCIA CULTURAL 12
Fuerza de Trabajo Culturalmente Competente 13
DISPARIDADES EN LA SALUD 18
21
ESTIGMA Y DISCRIMEN 21
FACTORES CLAVES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CULTURALMENTE SENSIBLES 24
POBLACIÓN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH) 30
I. Contexto 30
II. Aspectos Individuales: 31
Estigma 31
Salud Mental 33
III. Aspectos Sociales 34
Estigma 34
Acceso a Servicios 34
Población HSH Joven 34
PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS (PID) 37
I. CONTEXTO 37
II. ASPECTOS INDIVIDUALES 37
Salud 37
Dependencia 38
Polifarmacia 39
Sobre Dosis 39
Salud Mental 40
III. Aspectos Sociales 41
Condiciones Sociales y Estigma 41
Adherencia a Tratamiento 41
Acceso a Servicios 42
IV. Atención y Cuidado Culturalmente Sensibles 42
Reducción de Daños *(Manual WHO)* 43
Componentes del Tratamiento 44
POBLACIÓN TRANS 45
I. CONTEXTO 45
Conceptos y Definiciones 46
Política Pública y Legislación 47
II. Aspectos Individuales: 50
Modificación Corporal 51
Consejería de Salud Sexual y Reproductiva 53

Uso de Sustancias 53
Otras Condiciones de Salud 54
Salud Mental 54
III. Aspectos Sociales 55
Estigma y Disparidades en Salud 55
Violencia 56
Servicios Culturalmente Sensibles 58
PRÁCTICAS CULTURALMENTE SENSIBLES BASADAS E INFORMADAS EN EVIDENCIA 63
ARTAS 65
SERVICIOS DE VIH CENTRALIZADOS (CENTRALIZED HIV SERVICES) 70
SBIRT - SCREENING BRIEF INTERVENTION & REFERRAL TO TREATMENT 72
PAREJAS INTELIGENTES (SMART COUPLES) 76
TRATAMIENTO DE BUPRENORFINA BASADO EN LA CLÍNICA 78
CLINIC-BASED SURVEILLANCE-INFORMED PATIENT RETRACING 80
RETENTION THROUGH ENHANCED PERSONAL CONTACTS 82
PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN DEL VIH 84
PROJECT CONNECT 86
STAY CONNECT 88
STYLE: STRENGTH TROUGH LIVING' EMPOWERED 90
DAART PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS 92
DAARV EN CLÍNICAS DE METADONA 94
ALCANCE COMUNITARIO Y SOCIAL TRADICIONAL 96
ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM) 98
NAVEGACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD/ 101
MANEJO DE CASOS INTENSIVO 101
INTERVENCIONES DEL VIH EN LAS CÁRCELES: UN ENFOQUE HÍBRIDO 104
ENLACE INTERNO 106
MERCADEO SOCIAL / CAMPAÑAS DE REDES SOCIALES 108
T.W.E.E.T. (TRANSGENDER WOMEN ENGAGEMENT AND ENTRY TO) CARE PROJECT 112
THE BRANDY MARTELL PROJECT 115

Anejos



CONTEXTO HISTÓRICO Y DATOS SOBRE LA EPIDEMIA DE VIH



CONTEXTO HISTÓRICO Y DATOS SOBRE LA EPIDEMIA DE VIH

Puerto Rico es una de las jurisdicciones dentro de los Estados Unidos (EU) con mayor incidencia de SIDA y prevalencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Al 31 de diciembre de 2017, más de 48,500 personas con un diagnóstico de VIH han sido reportadas en Puerto Rico, colocándose en la posición número 10 en la lista de estados y territorios con el mayor número de casos reportados de SIDA. PR se ha caracterizado por tener una epidemia de VIH diferente a la de los Estados Unidos. La manera en que el virus se transmite ha cambiado desde el inicio de la epidemia. Inicialmente, el uso de drogas inyectables (UDI) fue el modo de transmisión principal durante 1984-2002, seguido por el contacto sexual sin protección en la población heterosexual durante los años 2003-2012. A partir del 2013 hubo un giro en el modo de transmisión del virus. Para ese entonces, el contacto sexual sin protección entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH) se convierte en el modo de transmisión principal en PR. Esto, prevalece al año 2016 donde dicho modo de transmisión representa casi la mitad de los nuevos diagnósticos de adultos y adolescentes mayores de 13 años en Puerto Rico seguido por el contacto heterosexual sin protección con una tercera parte de los nuevos diagnósticos



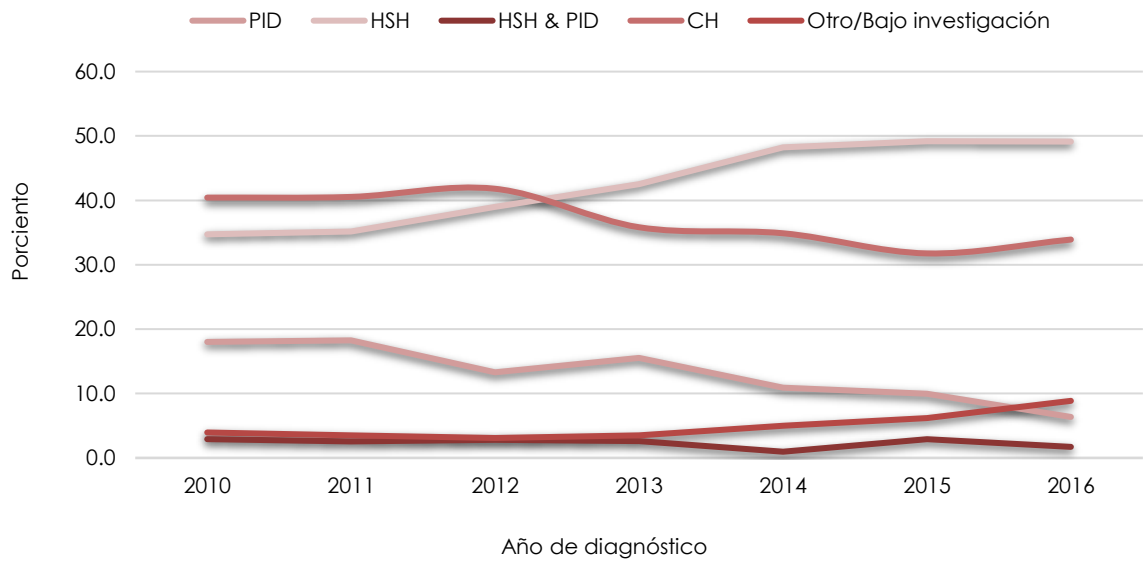
Ver anejo 1: Datos Sociodemográficos y Perfil de la Epidemia

Otra de las poblaciones mayormente afectadas por el VIH es la población de personas que se inyectan drogas (PID). Durante el periodo 2010 al 2016 la población PID representaba un 13.7% de los diagnósticos de VIH (Figura 1). De estos, los hombres representaron un 80.9%, siendo la relación hombre-mujer de 4.3:1 durante este periodo. La mayoría de estos casos fueron diagnosticados entre las edades de 35 a 59 años. Hasta el 31 de diciembre del 2016, 5,435 PID vivían con un diagnóstico de VIH, siendo la mayoría hombres (77.8%), personas mayores de 50 años (64.2%) y residentes del área metropolitana (33.7%). Un dato importante sobre esta población es que tiene el porcentaje menor de enlace a cuidado médico dentro del primer mes posterior al diagnóstico.

Al examinar las tendencias en los diagnósticos durante los años 2010 al 2016, periodo en el que se reportaron un total de 4,626 nuevos diagnósticos de VIH entre personas mayores de 13 años, la tasa de diagnósticos de VIH disminuyó un 30.3% a nivel general, de 25.4 en el 2010 a 17.7 en el 2016. Aunque se ha observado que las tasas de diagnósticos de VIH en hombres y mujeres presentan una tendencia descendente, la tasa de diagnóstico de VIH en los hombres es aproximadamente tres veces mayor que

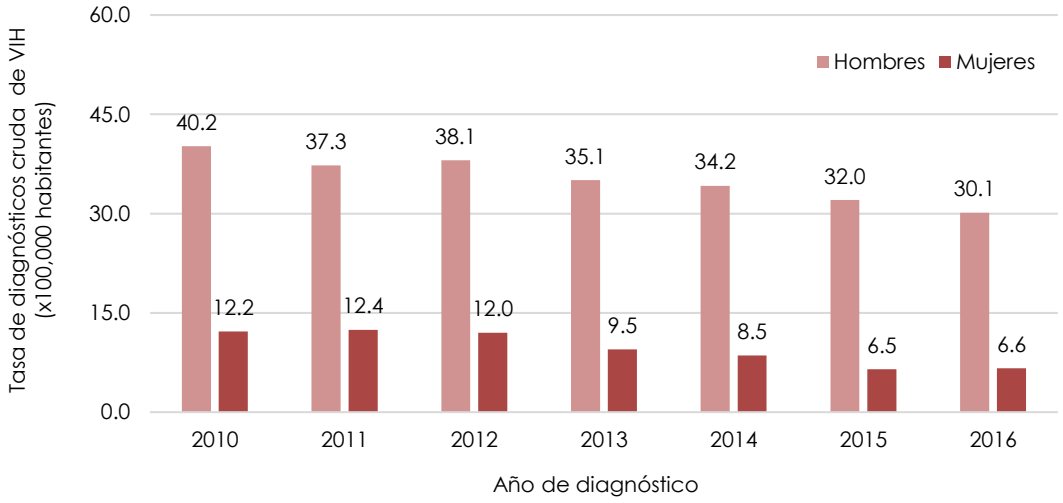
la tasa de diagnósticos de VIH en mujeres (Figura 2). Entre las posibles razones que expliquen la disminución de los diagnósticos de VIH en Puerto Rico, se encuentran el uso de medicamentos para tratar la infección del VIH y la implementación de estrategias de prevención para personas a riesgo de infección y personas viviendo con el VIH. Durante dicho periodo, el sexo entre hombres sin protección fue el modo de transmisión reportado con mayor frecuencia (41.7%), mientras que la proporción de PID y el contacto heterosexual presentaron una disminución, -59.7% y -17.2%, respectivamente.

Figura 1. Tendencia de los diagnósticos de VIH por categoría de exposición en adultos y adolescentes ≥13 años, Puerto Rico, 2010 – 2016



Fuente: División de Vigilancia SIDA, Departamento de Salud.

Figura 2. Tasa anual de diagnósticos de VIH por año de diagnóstico y sexo, Puerto Rico, 2010 – 2016



Fuente: División de Vigilancia SIDA, Departamento de Salud.

Muertes por VIH

Durante el periodo 2010 al 2016 se reportaron un total de 3,293 defunciones de personas con un diagnóstico de VIH. De éstas, 2,412 muertes fueron hombres (73.2%) y 881 fueron mujeres (26.8%). La tasa de mortalidad en los hombres diagnosticados con VIH fue aproximadamente tres veces mayor que la tasa de mortalidad en las mujeres diagnosticadas con la infección. Estos datos destacan la importancia de atender las necesidades médicas y de prevención en esta población. De acuerdo con los datos del Registro Demográfico y Estadísticas Vitales del Departamento de Salud, la infección por el VIH ocupó el decimonoveno lugar entre las principales causas de muerte en PR en 2017. La infección por VIH causó 183 muertes, lo que representa el 0.6% del total de las muertes registradas durante ese año.

Servicios Disponibles:

El Departamento de Salud de Puerto Rico es la agencia responsable de la vigilancia, prevención y tratamiento de casos de VIH así como de desarrollar e implementar las políticas públicas vinculadas al tema. Para atender esta área de responsabilidad, la agencia cuenta con el Programa de *Medicaid*, el cual establece los lineamientos para la cubierta del Plan de Salud del Gobierno para los beneficiarios que viven con VIH/SIDA conforme al PR *Medicaid State Plan*; la División de Epidemiología y su Programa de Vigilancia VIH/SIDA; y la Secretaría Auxiliar de Salud Familiar y Servicios Integrados, la cual cuenta con la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades

Transmisibles (OCASET) desde la que se ofrecen los servicios de Prevención y Tratamiento del VIH. Esta última cuenta con las siguientes unidades o programas que proveen los servicios de cuidado y prevención del VIH/SIDA: 1)Programa Ryan White Parte B/ADAP; 2) División de Prevención ETS/VIH; 3) Centros de Tratamiento y Enfermedades Transmisibles (CPTETs); 4) Unidad de Farmacia y 5) Organizaciones de Servicios Comunitarios de VIH y de Base Comunitaria, los cuales incluyen los Programas de Cuidado Diurno para Deambulantes con VIH y el Programa de Vivienda para Personas con VIH (HOPWA, por sus siglas en inglés). Los servicios provistos por estos programas aseguran el acceso a servicios de prevención y tratamiento, incluyendo medicamentos, dirigidos a la atención de Infecciones Transmisibles Sexualmente (ITS), VIH, Hepatitis y Tuberculosis. Otros recursos disponibles para personas que viven con VIH y que son subvencionados por el Programa Ryan White Parte B/ADAP atienden las necesidades psicosociales y ofrecen servicios de apoyo tales como asistencia económica de emergencia, transportación a citas médicas, servicios médicos y de apoyo, vivienda temporera y terapia médico nutricional a través de las agencias coordinadoras contratadas en las ocho Regiones del Departamento de Salud. Además, como parte de la red de proveedores del Programa Ryan White Parte B/ADAP existen 39 centros clínicos alrededor de la isla que proveen medicamentos de ADAP a beneficiarios del Programa, complementando los servicios que ofrecen los CPTETs. Estos centros clínicos son en su mayoría centros de salud primaria privados.

Además de lo antes expuesto, los servicios que provee el estado a través del Departamento de Salud, son complementados por la labor de diversas agencias gubernamentales, entidades sin fines de lucro y entidades privadas, que proveen servicios vinculados a la vigilancia del VIH, prevención y tratamiento en Puerto Rico. Según un inventario de Proveedores de Servicios de VIH realizado en el 2014 por el Departamento de Salud, en Puerto Rico existían un total de 102 organizaciones que brindan servicios relacionados al VIH e ITS, que cuentan con 211 centros clínicos o de apoyo. Estas entidades ofrecen servicios a la población general y a poblaciones en riesgo de infecciones por VIH/ITS tales como jóvenes, comunidad LGBTT que viven con VIH, entre otras, mediante estrategias culturalmente sensibles basadas en evidencia. Los servicios son provistos por profesionales de la salud multidisciplinarios, incluyendo educadores en salud, médicos, manejadores de caso, profesionales del área clínica y profesionales de las ciencias de la conducta, entre otros. Muchas de estas entidades reciben subvención por parte del Departamento de Salud y sus programas categóricos para proveerle servicios a esta población o reciben financiamiento directamente de agencias federales o privadas.

Política Pública:

Actualmente en Puerto Rico, existen varios mecanismos de política pública que incluyen la Constitución y un conjunto de leyes para atender asuntos de salud vinculados al VIH tales como tratamiento, discrimen, acceso a servicios y derechos para las personas que viven con esta condición. Estos, se han ido desarrollando a través del tiempo en la medida en que se crea conciencia acerca de los derechos y necesidades de la población de personas que viven con VIH. Cabe destacar, que aunque estos mecanismos representan un gran avance en el campo de la política pública del país sobre estos aspectos, aún existe mucho que se puede hacer en pro de los derechos de las personas que viven con VIH.



Ver anejo 2: Política Pública sobre el VIH en Puerto Rico

Por otra parte, existen recursos internacionales que podrían servir como modelos para el desarrollo de leyes y mecanismos de política pública y sociales que contribuyan a gestar los recursos necesarios para atender aspectos relacionados a la epidemia del VIH/SIDA. Un ejemplo de estos recursos es la Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner Fin a la Discriminación en los Centros Sanitarios. Para más detalles sobre este documento, puede referirse al Anejo 3: Recursos Internacionales. En conclusión, con la capacitación, mecanismos legales u políticos y concienciación acerca de las necesidades de las personas que viven con VIH, se lograría fomentar ambientes culturalmente sensibles tanto en el escenario de servicios de salud como en la población en general.



Ver anejo 3: Recursos internacionales



COMPETENCIA CULTURAL

La conciencia y sensibilización hacia la población con VIH es un factor determinante para el cumplimiento de las leyes y políticas públicas establecidas, para asegurar una provisión de servicios adecuados y prevenir la discriminación hacia esta población. La competencia cultural es pieza clave en la provisión se servicios de salud de calidad centrada en el paciente. De acuerdo con el informe del Instituto de Medicina en su informe *Unequal Treatment Confronting Racial Ethnic Disparities in Healthcare* (Desigualdad en el Tratamiento de las Disparidades Étnicas Raciales en el Cuidado de la Salud), un consistente cuerpo de investigación indica que la falta de atención culturalmente competente contribuye directamente a la obtención de pobres resultados del paciente, reduce el cumplimiento del paciente con su tratamiento y aumenta las disparidades de salud, independientemente de la calidad de los servicios y sistemas disponibles (Lehman, D., Fenza, P. & Hollinger-Smith, L. 2012).

Cuando se habla de un profesional de la salud culturalmente competente se parte de la premisa de contar con personal de apoyo atento, respetuoso, sensible a los valores, creencias, estilos de vida, identidad, prácticas y estrategias de resolución de problemas de la cultura de la persona o grupo. La capacitación y adiestramiento en competencia cultural permite que estos profesionales reconozcan la propia procedencia cultural y la de los usuarios del servicio. Apreciar y ser sensible a la forma como las personas comprenden y enfrentan los procesos de salud/enfermedad facilitaría el ofrecimiento de tratamiento donde se consideren los valores y creencias de las personas, las potencialidades que emergen de ellas, se recreen formas de tratamiento con significado y aceptación por parte de las personas (Osorio-Merchán, M. y López, A., 2008).

La competencia cultural es un proceso continuo que involucra la aceptación y el respeto de las diferencias y no permite que las creencias personales propias tengan una excesiva influencia en aquellos quienes tienen una visión del mundo diferente de la propia. La competencia cultural incluye poseer cultura general, así como información culturalmente específica de tal manera que el profesional sepa qué preguntas hacer (Giger J, Davidizar R, Purnell L, Taylor Harden J, Phillips J, Strickland O., 2007). Las ventajas que se pueden obtener de prácticas culturalmente competentes desde la perspectiva del paciente pueden ser de mucho beneficio. Estas van desde mejorar su percepción hacia los proveedores y servicios de salud y producir mejor adherencia a los regímenes prescritos. De este modo, los profesionales pueden realizar una mejor práctica y contribuyen a disminuir las diferencias al actuar en consonancia con las creencias y valores de los grupos a su cargo (Suh E., 2004).

La competencia cultural representa tanto un reto como una oportunidad de atender las necesidades de salud de pacientes VIH/SIDA. La misma es un proceso continuo de desarrollo de conciencia, conductas, estructuras y prácticas que permiten a la

organización, sus programas y personal servir a diferentes grupos y comunidades. Cuando un personal de servicios es culturalmente competente demuestra sensibilidad hacia las personas que viven con VIH a través de sus actitudes, conductas y valores. Según el Manual de Implementación de Tratamiento AntiRetroviral y Acceso a Servicios (ARTAS por sus siglas en inglés) algunas conductas claves que demuestran sensibilidad cultural son las siguientes:

- Habilidad para escuchar cuando se comunican con los pacientes
- Compasión y empatía por otros
- Respeto a las diferencias (culturales, de lenguaje, orientación sexual, género, etc).
- Habilidad de atender a los pacientes en donde estos se encuentran
- Aceptación de los clientes por quienes son
- Una perspectiva libre de juicios valorativos
- Habilidad para hacer preguntas de manera que se eviten malos entendidos

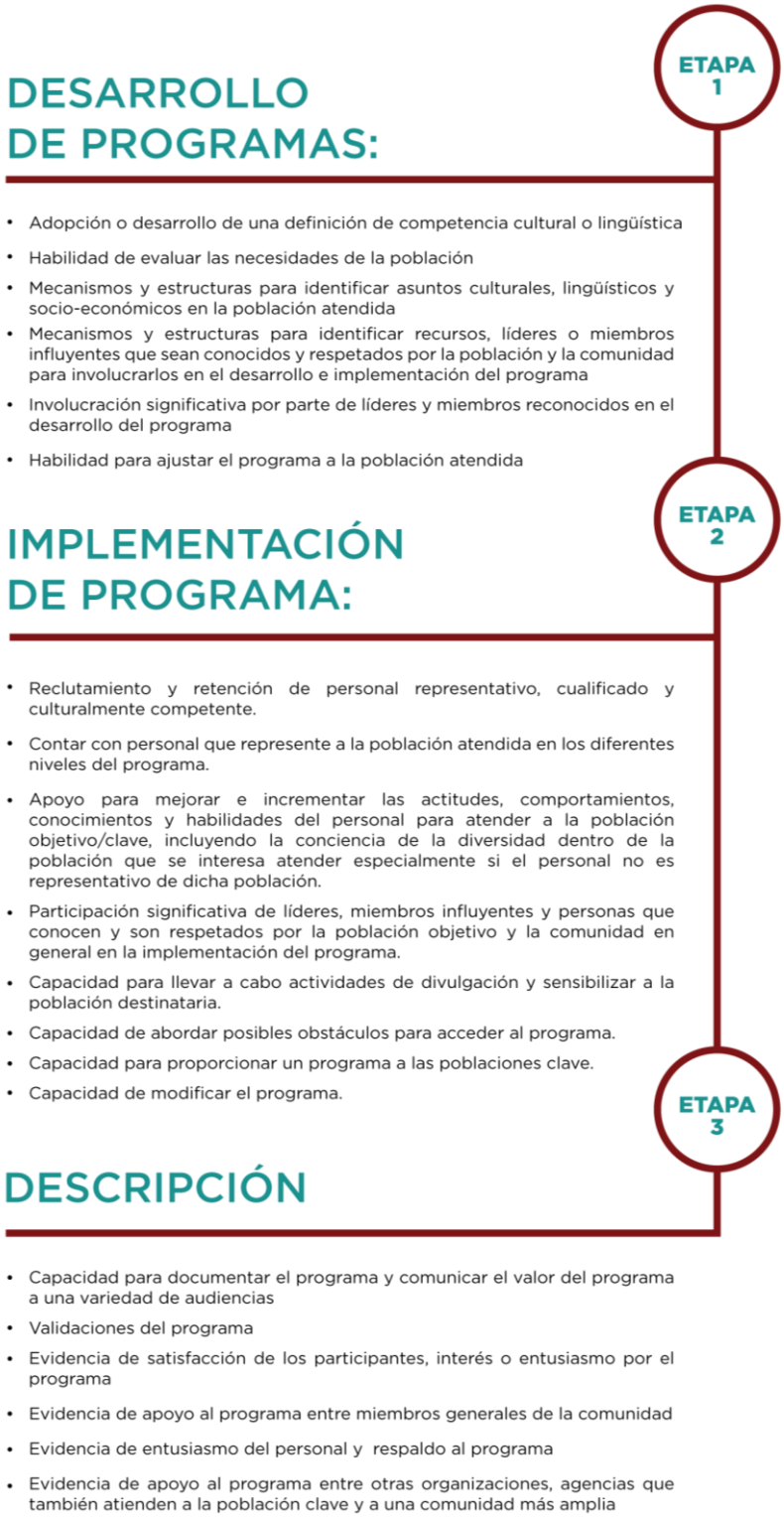
Además, el Manual plantea que al atender pacientes de diversas culturas o bagajes es importante conocer y comprender las actitudes, conductas, sistemas de creencias y estructuras familiares específicas de la población a la cual se sirve. Igualmente las diferencias de género y roles relevantes al VIH y los potenciales efectos psico-sociales de las creencias culturales (Ej: estigma, culpa, vergüenza del estatus de VIH) así como el impacto de la moral cultural en el ambiente, valores y creencias que inciden en la capacidad del paciente para buscar y acceder a servicios de cuidado. Los diferentes estilos de comunicación también son parte relevante de la competencia cultural y esto incluye tanto el lenguaje verbal como el no-verbal.

Fuerza de Trabajo Culturalmente Competente

De acuerdo con SAMHSA (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration*) para producir un cambio positivo, los profesionales de la fuerza laboral en el campo de la salud física y conductual deben entender el contexto cultural de la comunidad que atienden. También deben tener la voluntad y las habilidades necesarias para trabajar en este contexto. Esto significa regir sus prácticas basándose en los valores y costumbres de la comunidad y trabajar con personas conocedoras de la comunidad en todos los esfuerzos de prevención y tratamiento.

La práctica e implementación de la competencia cultural a lo largo del proceso de planificación de programas asegura que todos los miembros de una comunidad estén debidamente representados e incluidos. Lo que puede ayudar a evitar pérdidas de inversiones en programas y/o servicios que una comunidad no puede o no quiere utilizar. Es debido a estas razones que resulta crucial comprender las necesidades, los factores de riesgo y de protección y los posibles obstáculos de una comunidad o de una población específica particularmente cuando le estamos ofreciendo servicios de salud.

Según SAMHSA el proceso de capacitación en competencia cultural a proveedores de servicios médicos y sociales debe ser incluido en las diferentes etapas de desarrollo de servicio y debe incluir aspectos como los siguientes:



En el caso de Puerto Rico contamos con recursos que pueden servir como guía al implementar modelos de servicios culturalmente sensibles a poblaciones. Un ejemplo de estos es el Protocolo de Competencia Cultural para la comunidad LGBT desarrollado por el proyecto CARIB del Migrants Health Center en Mayagüez. Este es un proyecto dirigido a ofrecer servicios de salud y psicosociales a la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) entre las edades de 18 a 29 años. Dicho Protocolo destaca que tanto las creencias, el lenguaje, las costumbres y valores de un grupo en específico, forman parte de lo que define la cultura. Por tanto, diversos aspectos de la conducta humana son aprendidos dentro del contexto cultural en que se desarrolla y se desenvuelve el individuo. CARIB es una palabra indígena que da origen al nombre del proyecto y que, a su vez, refleja a través de sus siglas las competencias culturales del Proyecto: **C**omprensión, **A**ceptación, **R**espeto, **I**ntegridad y **B**ienestar.

Los componentes de las políticas del Protocolo de Competencia Cultural del Proyecto CARIB se describen al tiempo que se alienta a proveedores de servicio que trabajan con la población de HSH a que consideren la inclusión de estos principios y componentes dentro de sus procesos de capacitación y prácticas profesionales. Alguno de estos principios y componentes se presentan a continuación.

Conciencia: Los empleados estarán atentos hacia sus propias actitudes y creencias y en continua búsqueda de mejorar y de esforzarse en cambiar percepciones automáticas de discrimen.

- Trabajar para percibir a los y las participantes como individuos y no como un grupo.
- Reconocer cómo los valores personales pueden entrar en conflicto con los valores de los participantes.

Conocimiento y Comprensión:

- Conocer los efectos del estigma y el contexto de sus manifestaciones variadas en la sociedad.
- Comprender las experiencias y los retos que confrontan.
- Conocer el impacto de VIH/SIDA en la vida de las personas.
- Estar al tanto de las políticas públicas relacionadas a la comunidad LGBT.
- Reconocer e identificar los recursos de apoyo, servicios de ayuda disponibles para la comunidad LGBT.

Prácticas y Desarrollo de Destrezas: Brindar servicios con flexibilidad y sensibilidad

- Mejorar las destrezas de comunicación y reconocimiento de los patrones en el lenguaje de la comunidad.
- Discutir abiertamente temas de interés.
- Crear alianzas con agencias y sectores que sirvan de recursos para la comunidad LGBT.

Encuentro: Fomentar el aprendizaje, conocimiento, y comprensión sobre la homosexualidad y bisexualidad a través de las actividades, adiestramientos, consultoría y servicios de salud.

- Realizar actividades continuas “Cara-a-Cara” que permitan evaluar y redefinir las ideas, necesidades e intereses de la comunidad LGBT.
- Participar en actividades que ayuden a prevenir estereotipos y promuevan estilos de vida saludables.

Compromiso: Motivación para comprometerse en el proceso de adquisición de conciencia, conocimientos y habilidades culturalmente adecuadas para trabajar con la comunidad LGBT

Implicarse en el proceso de cambio hacia una sociedad más sensible e inclusiva de las personas independientemente de su orientación sexual.



DISPARIDADES EN LA SALUD



DISPARIDADES EN LA SALUD

Las disparidades en salud se refieren a las diferencias en el estado de salud de diferentes grupos. Algunos grupos de personas tienen tasas más altas de ciertas enfermedades, y más muertes y sufrimiento por ellas, en comparación con otros según el *National Institute on Minorities Health and Disparities* (NIMHD). Estos grupos pueden estar basados en:



De modo más específico, el Plan Jurisdiccional para la Prevención del VIH en Puerto Rico (2012) define Disparidades en la Salud como el fenómeno evidenciado en varios estudios que plantea el efecto que tienen los determinantes sociales en la disparidad, el nivel de contagio y el acceso a servicios en materia de VIH/SIDA, Hepatitis Viral, ETS y TB. En muchas ocasiones, estos factores o determinantes sociales son uno de los principales factores asociados con un estado de salud deficiente, así como a la falta de acceso a atención médica. Como consecuencia, estas poblaciones sufren de enfermedades y condiciones que de otro modo podrían evitarse. Por tanto, resulta importante que los proveedores de salud busquen y logren a través de sus diferentes servicios, identificar y abordar las disparidades de salud entre los individuos que atienden.

A través de cernimientos o entrevistas iniciales, se puede obtener información que ayude a tener una idea de aquellos elementos que podrían limitar el acceso y continuidad de la población VIH a buscar y recibir servicios de cuidado. Por medio del manejo de casos, se podrían atender varios de los determinantes que pudiesen amenazar la continuidad del servicio debido a necesidades particulares o dificultades que puedan presentar las personas que viven con VIH. Esfuerzos sencillos de identificación, referido e intercesoría, podrían atender las disparidades de salud e incidir en el mejoramiento de la calidad de vida de muchas personas. Por lo que atenderlas es

esencial en la planificación, implementación, y la evaluación de programas de promoción de la salud en todos los entornos.

En el 2015, el Departamento de Salud del Estado de Washington realizó un estudio analizando los datos de VIH del Estado con el fin de ofrecer recomendaciones que ayudaran a atender las disparidades en salud para la población de pacientes VIH. Según este estudio, las disparidades de salud relacionadas con el VIH están estrechamente ligadas a los determinantes sociales de la salud. Plantea que disminuir el número de nuevos diagnósticos de VIH y las infecciones coexistentes y lograr la optimización de los resultados de salud para las personas que viven con el VIH requiere una respuesta sistemática y un enfoque concertado. Recomiendan usar datos locales y estadísticas para determinar dónde existen disparidades y cuáles serían los tipos más apropiados de intervenciones para atender las mismas y que el enfoque de intervención debe ser receptivo a las comunidades que experimentan las disparidades. Destacan además la importancia de asignación de recursos tanto del Departamento de Salud como en otras organizaciones y agencias en todos los componentes necesarios, pues sólo con la inversión de tiempo, recurso y esfuerzo se podrían reducir las disparidades relacionadas con el VIH.

Dentro de las recomendaciones específicas que ofrece este reporte para atender las Disparidades en Salud de la población VIH se encuentran las siguientes:

- Utilizar indicadores para medir de manera rutinaria el progreso hacia la reducción de las disparidades de salud relacionadas con el VIH.
- Inclusión de grupos de personas históricamente marginadas en el desarrollo de modelos de servicios culturalmente relevantes.
- Las estrategias de reclutamiento deben dirigirse específicamente a las comunidades que experimentan disparidades relacionadas con la salud del VIH.
- Las experiencias vividas por los pacientes VIH deben ser un componente integral del proceso de planificación de programas y servicios.
- Los determinantes sociales de la salud a menudo se experimentan como capas de inequidad. Las estrategias más efectivas para abordar estas capas requieren colaboración entre organizaciones y agencias.

Sin duda las recomendaciones provistas por el Reporte del Estado de Washington (2015) podrían aplicar a proveedores de servicios de cuidado de VIH y escenarios fuera de los Estados Unidos. Por medio de la identificación de barreras individuales y/o sociales que representen una disparidad al acceso a servicios de salud se podrían diseñar y utilizar estrategias que contribuyan a atender adecuadamente dichas barreras. De este modo, se adecuan los servicios provistos a la realidad y a las necesidades particulares de la población. Según Fertman, C. y Allensworth, D. (2010) la base de cualquier programa de salud implica el parear el programa a las necesidades de las poblaciones que atienden. Para esto, es importante partir del reconocimiento de que el estatus de salud y el cuidado de salud entre los individuos varían entre los diferentes grupos a los que pertenecen. Como conclusión, los proveedores de salud tienen la responsabilidad de explorar la existencia de disparidades de salud en la población que atienden auscultando determinantes de salud presentes caso a caso según el contexto del cual proviene el paciente VIH para así poder ofrecer servicios de calidad culturalmente sensibles y adaptados a las necesidades reales de la población.



ESTIGMA Y DISCRIMEN



ESTIGMA Y DISCRIMEN

Durante los últimos años se han dado pasos importantes en la atención a la epidemia del VIH. Actualmente un mayor número de personas que viven con VIH conocen su estado serológico, reciben tratamiento contra el VIH, y se están reduciendo las muertes relacionadas con el SIDA. A pesar de esto, la estigmatización, la discriminación, la exclusión y la desigualdad siguen impidiendo el acceso a los servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH. La población VIH sigue sufriendo malos tratos debido a determinantes sociales que inciden en su salud como lo son raza, condición socioeconómica, edad, sexo, orientación sexual, o identidad de género, entre otros motivos. En los centros de salud pueden darse situaciones de discriminación o violación de los derechos humanos, que impiden a las personas acceder a los servicios de salud o disfrutar de una atención sanitaria de calidad. Según Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso (2004) la epidemia del VIH/SIDA ha estado marcada por múltiples formas de estigma. Desde los mal llamados grupos de riesgo, el origen del virus y hasta las especulaciones sobre los medios de contagio, el VIH/SIDA ha estado permeado por mitos y creencias falsas. El VIH/SIDA es una de las condiciones de salud más estigmatizada en las últimas décadas. Los autores plantean que estos elementos han facilitado el desarrollo de ideas estigmatizantes en torno al virus y a las personas que viven con él. Indican además que a las personas estigmatizadas se les puede excluir por múltiples razones, entre las cuales se encuentran:

- que se les visualice como una amenaza a la salud o seguridad de las demás
- que se desvían de lo que la sociedad considera como normal
- que se considera que no pueden contribuir a la sociedad
- que los vean como fuente generadora de emociones negativas en las demás personas

Otros aspectos que pueden afectarse como consecuencia del estigma son las relaciones interpersonales, efectos adversos a la salud por no recibir el tratamiento y cuidado necesarios y afecciones emocionales como consecuencia del estigma y el discrimen, entre otros. Según Kalichman, (1998) en Varas-Díaz et. al (2004), otras de las consecuencias negativas asociadas al estigma relacionado al VIH/SIDA son:

- el surgimiento de nuevas infecciones, ya que algunas personas podrían optar por no tener prácticas más seguras para no exponer su condición
- la pérdida de seguros de salud
- la discriminación social
- la violencia física
- la pérdida del empleo
- los problemas de acceso a servicios de salud

- el deterioro de las relaciones productivas con profesionales de la salud física y mental

La discriminación relacionada con el estigma hacia el VIH puede adoptar otras formas, como el obligar a realizar pruebas del VIH sin consentimiento previo y/o sin ofrecer un asesoramiento adecuado; la reducción al mínimo del contacto con las personas que viven con el VIH o de su atención por parte del personal sanitario; el retraso o la denegación del tratamiento; la solicitud de un pago adicional para el control de la infección; el aislamiento de pacientes que viven con el VIH; la denegación de servicios de salud materna y la violación de la privacidad y la confidencialidad de los pacientes, a través de la revelación del estado serológico del paciente respecto del VIH a los familiares o empleados del hospital sin autorización.

La Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner fin a la Discriminación en los Centros de Sanitarios, plantea que las dinámicas que se forjan y normalizan en los centros de atención de salud es uno de los principales obstáculos para el logro de objetivos nacionales de salud pública. Según la OMS los trabajadores de los establecimientos de salud también pueden enfrentarse a situaciones de discriminación de parte de sus compañeros y empleadores, o trabajar en entornos donde no pueden ejercer plenamente sus derechos, funciones y responsabilidades. La discriminación en la atención sanitaria no solo consiste en la negativa a prestar servicios de atención sanitaria. Algunos ejemplos de discriminación en establecimientos de salud también incluyen información errónea, solicitud de autorizaciones de terceros para la prestación de servicios, falta de privacidad y violación de la confidencialidad.

Ante todo lo expuesto, vemos cómo el proceso de estigmatización hacia personas que viven con VIH tiene como consecuencia que éstas sean discriminadas, maltratadas, se violen sus derechos a recibir servicios de salud, no quieran revelar su estatus y no se adhieran a tratamiento, entre otras (Organización Panamericana de la Salud, 2003). Además, desalienta que las personas se sometan a la prueba de detección, limitando sus opciones de recibir servicios de salud tempranos y adecuados.

La OMS propone asumir un enfoque integrado desde los derechos humanos, para prevenir la discriminación sobre esta población. La cual incurre en una violación de los derechos humanos más fundamentales y afecta tanto a los usuarios de los servicios de salud como a los trabajadores sanitarios, sobre la base de cuestiones como el origen étnico, la orientación sexual, los estereotipos de género nocivos, la situación de asilo o migración, los antecedentes penales y otros prejuicios y prácticas (Campbell, J., OMS 2017). A nivel local, es importante que los proveedores de servicios de salud VIH evalúen sus prácticas para identificar si de algún modo u otro están incurriendo en prácticas discriminatorias como consecuencia del estigma hacia la población de personas que viven con VIH. Igualmente, adoptar estrategias de capacitación y concienciación al personal de servicio directo y administrativo para asegurar un ambiente de trabajo libre de estigma y la provisión de servicios de calidad no discriminatorios.



FACTORES CLAVES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CULTURALMENTE SENSIBLES



FACTORES CLAVES EN LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD CULTURALMENTE SENSIBLES

Como se ha mencionado previamente, los servicios de salud a pacientes VIH deben estar atemperados a la realidad y a las necesidades particulares de las diversas poblaciones o grupos que buscan los servicios. La vía para lograr esto implica contar con servicios culturalmente sensibles que tomen en consideración determinantes sociales de la salud, disparidades en acceso a servicios, necesidades específicas por población y caso a caso, así como espacios físicos acogedores y personal de salud respetuoso y sensible, entre otros.

El Proyecto para la Provisión de Cuidado Integral para Hombres Gay y Otros Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe (2010) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) desarrolló un documento en el que expone diversos enfoques que debe contener la provisión de servicios de salud para la población HSH. Sin embargo, muchos de los principios que cubren dichos enfoques, aplican a otras poblaciones. Tal es el caso de las poblaciones a las cuales atañe esta Guía (HSH, PID y población Trans). Ante esto, se presentan las recomendaciones planteadas por la OPS, y se integran en las mismas recomendaciones adicionales provistas por expertos y miembros de los comités colaboradores que participaron en el desarrollo de las presentes Guías para el desarrollo de Protocolos Culturalmente Sensibles y Basados en Evidencia. Las mismas abarcan elementos tanto de estructura física, como aspectos clínicos específicos y asuntos vinculados al desempeño y capacitación de personal de servicio.

Seguridad - La institución donde se brinda la atención debe ser segura, limpia, acogedora y estar adecuadamente diseñada y equipada para atender a los pacientes. Debe encontrarse en un lugar de fácil acceso para la población objetivo. De ser posible, debe estar en o cerca de transporte público y tener estacionamiento adecuado. El acceso a la institución debe estar bien iluminado, bien mantenido y no debe solicitarse a los pacientes que esperen en áreas aisladas o inseguras para acceder a la clínica ni pasen por ellas. La entrada a la clínica debe ser segura y contar con una puerta con cerradura, un guardia de seguridad, y/o una entrada de doble puerta, según sea viable. Dado el estigma asociado con las poblaciones clave (HSH, PID, Trans) no se debe permitir que ingresen a la clínica o edificio individuos sin autorización.

El personal de servicio (desde seguridad hasta administrativo) tiene que estar capacitado para ser sensible a las necesidades e inquietudes de las poblaciones clave para proteger tanto la seguridad de los pacientes como la del personal. De ser viable, el personal debe contar con identificación visible durante el horario de servicio tomando en consideración las debidas precauciones para que no se comprometa la

seguridad del personal. De ser posible, podrá obtenerse un sistema de seguridad que limite la entrada sólo al personal autorizado a áreas privadas.

Ambiente - El ambiente en el centro de servicios debe permitir a los pacientes HSH sentirse seguros, aceptados y valorados. Las zonas de espera deben ser cómodas, con asientos suficientes para los pacientes que están en espera de ser atendidos. De ser posible, debe haber espacio suficiente para que algunos individuos puedan sentarse solos, mientras que otros pueden desear conversar en pequeños grupos puedan hacerlo. Las conversaciones con el personal de recepción deberán ser realizadas fuera del alcance de escucha de otros pacientes en la zona de espera.

Los carteles, logos y folletos deben estar diseñados de tal forma que los pacientes y/o visitantes reconozcan que los servicios han sido diseñados con sus necesidades en mente. También debe darse especial consideración para asegurar que todas las etapas de la vida se representan gráficamente y en la información escrita (ej. los HJSH quizás no se vean reflejados en materiales que se orientan a HSH mayores).

Deben colocarse en un lugar visible una declaración de confidencialidad, una declaración de no-discriminación, y/o una "carta de derechos" del paciente. Dependiendo del ambiente puede resultar útil declarar claramente que se prohíbe estrictamente la discriminación contra personas de cualquier orientación sexual, como también otros factores como edad, raza e idioma.

En la medida de lo posible se debe separar la puerta de entrada de la puerta de salida para evitar vistas o encuentros incómodos entre pacientes, alentando potencialmente a aquéllos con una mayor necesidad de privacidad a acceder a los servicios.

Consultorios y Clínicas - Cada consultorio y/o clínica debe estar equipado como mínimo con una mesa para exploración física y dos sillas, que permitan una conversación extendida, si es necesario, y un examen físico completo. Debe haber disponible equipo adecuado, incluyendo un tensiómetro, otoscopio/oftalmoscopio, estetoscopio, guantes para examen, gel lubricante, y fuentes de iluminación adicionales, según sea necesario. Todos los consultorios deben tener puertas que se cierren completamente y deben tener barreras para impedir la transmisión de sonidos a otras partes de la clínica.

Limpieza - Como en cualquier otra institución de salud, la clínica debe limpiarse a diario incluyendo una limpieza antiséptica de todos los equipos y superficies. Debe eliminarse toda la basura a diario y las jeringuillas y otros objetos punzantes o cortantes deben eliminarse en contenedores adecuados. Debe haber facilidades adecuadas para que el personal y los pacientes tengan acceso a inodoros y lavamanos con suministro de agua, jabón y toallas de papel. Los lavamanos deben estar disponibles para que el personal se lave las manos entre pacientes.

Horarios y Disponibilidad - Las horas de operación se adecuarán a las necesidades de los pacientes, con disposiciones establecidas para su seguridad y la seguridad del personal. El horario debe ser consistente y estar claramente designado en el edificio,

en mensajes fuera del horario de atención, y en los artículos de promoción. Es necesario desarrollar una política para la provisión de atención después de hora, especialmente si el personal de la clínica no está disponible para brindar atención después de horas. Debe darse especial consideración a garantizar que los horarios de funcionamiento se adecuen a las necesidades de los pacientes, en cuanto a que no entren en conflicto con el horario escolar (HSHJ), actividades sociales o trabajo (Trans) u otros compromisos y/ dificultades que puedan tener los pacientes.

Programación de Citas - Debe usarse un sistema consistente para programar las visitas de los pacientes a la clínica y para garantizar que se asigne el tiempo suficiente a cada paciente. Este sistema debe ser conservador en términos de flexibilidad para ajustar la duración del horario de la consulta para acomodar complejidades que puedan surgir durante la misma. El personal debe capacitarse para no anticipar o dar por sentado las necesidades de salud de un paciente o pensar que son similares por población. Esos espacios de flexibilidad se deben crear tomando en cuenta el 'caso a caso' y las necesidades particulares que pueda presentar cada paciente de manera individual. En ocasiones, esto puede implicar dar prioridad a un paciente sobre otro tanteo en la llegada como al otorgar las citas. Será importante capacitar al personal acerca de su uso para lograr este objetivo.

Sistema Telefónico - Ya sea que se emplee un sistema con un solo teléfono o uno con extensiones, es necesario capacitar al personal acerca de las políticas del uso del teléfono. Deben designarse horarios de disponibilidad consistentes, con instrucciones bien definidas en una máquina contestadora en cuanto a las políticas fuera de horarios de atención, incluyendo el manejo de las urgencias. Deberá utilizarse un registro telefónico para llevar un registro de todos los mensajes telefónicos para el personal.

Permisos y licencias - Dado el estigma que puede ser dirigido contra un centro de servicios de VIH que atiende a alguna de las poblaciones clave, cada programa debe garantizar que se cumplan todas las leyes, normas, permisos y procedimientos para su operación. Mantener su documentación legal al día es vital. Igualmente se recomienda contar con un seguro con suficiente cobertura para proteger las instalaciones y al personal.

Confidencialidad – Es imprescindible contar con un ambiente que en el que se respete la confidencialidad de los pacientes VIH. Es necesario enfatizar y ser consistentes respecto a la confidencialidad en todos los niveles, incluyendo el liderato de la organización, personal de servicio directo, contratistas, personal de seguridad y administrativo y cualquier persona vinculada a la clínica o centro de servicios. Es importante contar con políticas y/o compromisos de confidencialidad que cada miembro del personal deba firmar al comienzo de sus labores con el centro. Toda persona con acceso potencial a archivos y/o información del paciente debe también firmar algún documento que comprometa su conducta confidencial respecto a los mismos y que éste incluya las potenciales consecuencias de no cumplir con las políticas de confidencialidad establecidas. Los individuos aceptarán mantener confidencial la presencia de un paciente en la clínica o servicio, las comunicaciones verbales y los contenidos de registros médicos, incluyendo resultados de laboratorio, estudios y otras comunicaciones.

Expedientes Clínicos - Se recomienda implementar un sistema de archivos que asegure que la información médica de los pacientes esté seguramente organizada y almacenada. Los registros deben mantenerse alejados del tránsito de otros pacientes y/o visitantes y estarán disponibles sólo para el personal involucrado en la atención de los pacientes. Los registros no deben ser accesibles a individuos no autorizados ni durante los horarios de la clínica ni después de horas laborables. En el caso de la población Trans, se debe asegurar que los formularios sean inclusivos y provean para incluir información como alias, nombre de nacimiento y preguntas claves, entre otros.

Pago de Servicios - Muchas clínicas o centros de servicios se financian con donaciones, fondos estatales y/o federales y no cobran honorarios ni otros servicios, mientras que otras cuentan con algún tipo de pago por servicios prestados. Ya sea que los servicios sean gratuitos o impliquen algún costo, aunque sea mínimo, las políticas de pagos deben ser transparentes y consistentes. Se deben llevar registros detallados de las transacciones económicas y el dinero debe ser manejado por una cantidad limitada de miembros del personal. De este modo se genera un ambiente cómodo y de claridad entre quienes reciben los servicios. Es importante, además, que los honorarios o costos de servicio tomen en consideración la realidad económica y social de las poblaciones clave a fin de que estos no representen una barrera de acceso a servicio.

Control de Infecciones - Los pacientes y el personal de un centro de salud o clínica pueden estar en riesgo de infecciones que a menudo se transmiten en instalaciones de atención de salud. Cada centro debe tomar precauciones especiales para proteger a todos de la exposición a patógenos mientras trabajan o reciben servicios en sus facilidades. Los principales tipos de exposiciones factibles de ser encontradas en el centro de salud incluyen a los organismos transmitidos a través del aire y los transmitidos vía contacto mano-mano o vía superficies contaminadas. Cada institución debe desarrollar una política de control de infección, que debe revisarse anualmente. Se deben realizar las previsiones necesarias para garantizar que los pacientes y el personal puedan lavarse las manos tras utilizar el baño y entre los contactos con cada paciente. El personal y los pacientes deben estar capacitados sobre cómo manejar los síntomas respiratorios agudos o crónicos en el centro de salud, incluyendo consideraciones para una llamada telefónica preliminar antes de la visita, una entrada separada, una habitación designada y el uso de máscaras para los pacientes con cuadros que se presentan con tos. El personal debe ser instruido para evitar presentarse a trabajar mientras que tenga una enfermedad aguda, y debe desarrollarse una cultura laboral que no desaliente ni castigue la ausencia por enfermedad.

Vínculos con otros recursos – Es posible que una clínica o centro que brinde servicios a poblaciones claves se vea en la necesidad de referir pacientes para servicios adicionales no disponibles en esa clínica. La administración del centro de servicios debe planificar invertir tiempo para crear estas relaciones y trabajar para asegurar que los pacientes de poblaciones claves se traten de manera culturalmente sensible. Aquellos programas que no satisfagan las necesidades de pacientes referidos deben descartarse para enfocarse en la búsqueda de opciones de programas que sean receptivos a pacientes pertenecientes a las poblaciones claves. Dentro de los recursos con los cuales los centros de servicios deben mantener vínculos se encuentran los siguientes: atención de emergencia, especialistas médicos y quirúrgicos, especialistas en adicciones,

especialistas en salud mental y consejería, refugios y ayuda para alimentos, organizaciones que abogan por los pacientes VIH y los oficiales responsables por el cumplimiento de la ley.

Promoción - Los proveedores de servicios de salud VIH deben promover sus servicios en la comunidad para llegar a las poblaciones que necesitan servicios. Los esfuerzos de promoción deben ser planificados y dirigidos de tal forma que lleguen a quienes lo necesiten y no aumenten la probabilidad de que estos sean estigmatizados. La promoción verbal entre miembros de organizaciones vinculadas o afiliadas es con frecuencia el medio más eficaz y confidencial para atraer nuevos pacientes. Se debe integrar la participación de personas pertenecientes a las poblaciones claves en el diseño, desarrollo y divulgación de material promocional. Esto no sólo contribuye a la creación de materiales atemperados a la población sino que les apodera en el proceso.

Selección de Personal - Entre los criterios de selección de los miembros del personal, incluyendo a los clínicos, el personal de recepción y de apoyo, el personal de seguridad y otros contratistas, deberán estar dispuestos a trabajar en contacto cercano con HSH, PID y Trans, entre otras poblaciones vulnerables. Herramientas tales como entrevistas informales e instrumentos de sondeo pueden usarse como métodos para identificar creencias discriminatorias. Un centro o clínica de la salud debe tratar de contratar personal que sea reflexivo sobre la comunidad a la que atiende. Esto puede incluir contratar activamente a personas de las poblaciones claves y/o para provisión de servicio directo o atención en el área de recepción. Más que sólo indicar un ambiente no-discriminatorio y acogedor, al hacerlo se mejora la calidad de la atención y la provisión de servicios al capitalizar las habilidades y los conocimientos exclusivamente pertinentes del personal.

Adiestramiento y Capacitación – La clínica o centro debe contar con un programa de capacitación que ayude a reforzar destrezas y conocimientos tanto de nuevos miembros del personal como a personal antiguo sobre cómo atender mejor a sus pacientes. El respeto y la sensibilidad son vitales para establecer la cultura de trabajo y servicio necesario en el centro de servicios de salud. Como método de capacitación puede integrarse un programa de discusión de casos clínicos y/o sociales, durante los que podrán proponerse y tratarse temas específicos de las poblaciones que reciben servicios.

Todas estas recomendaciones toman en cuenta un panorama general de cómo se deben planificar y llevar a cabo los servicios de salud a poblaciones claves como son los HSH, PID y Trans. En la siguiente sección, se ofrece información específica de cada una de estas poblaciones con el fin de tener en cuenta factores esenciales en el servicio de cada una de ellas. Es importante destacar, que los proveedores de servicio deben mirar con cautela y minuciosidad las características particulares por población y en el 'caso a caso' como parte de su responsabilidad en el ofrecimiento de servicios culturalmente sensibles atemperados a las necesidades y cualidades de sus pacientes.

Como anejo a este documento se incluye un instrumento de autoevaluación que le permitirá identificar el nivel en el que se encuentra su organización con relación a la provisión de servicios culturalmente sensibles.



POBLACIONES



POBLACIÓN HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES (HSH)

I. Contexto

En la última década, la incidencia de la infección por el VIH en HSH ha aumentado internacionalmente. En la región de Latinoamérica y el Caribe los HSH tienen un 33% más de posibilidades de infectarse con el VIH que la población general. El aumento de nuevos casos, aún cuando ha habido un gran trabajo en campañas de prevención, programas de educación, atención, y la aparición de nuevas exigencias relacionadas con la salud, nos muestran la necesidad de cambiar y mirar en otras direcciones para mejorar la atención desde el conocimiento de las realidades de las personas que están siendo asistidas. Esta situación requiere cuestionar los factores involucrados en las prácticas de riesgo de transmisión en este colectivo y el desarrollo de estrategias de prevención acertadas.

En Puerto Rico para el año 2013, la categoría de transmisión sexual de sexo entre hombres (HSH) sin protección se posicionó como el modo de transmisión principal de VIH. Durante el periodo 2007 - 2013 se diagnosticaron un total de 1,770 casos de infección por VIH atribuidos a la población HSH sin protección, equivalentes al 31% de la población con VIH en la isla. Según datos del Programa de Vigilancia SIDA del Departamento de Salud de Puerto Rico, durante 2010 - 2016, un total de 1,909 (41.30%) casos de infección por VIH se atribuyeron a relaciones sexuales sin protección entre hombres. El 45% de los HSH diagnosticados con VIH tenían entre 13 y 29 años al momento del diagnóstico. Para diciembre de 2016, se reportó un total de 4,706 de HSH viviendo con diagnóstico de VIH en Puerto Rico. De ese total de diagnósticos un 40% reportaron ser residentes del Área Metropolitana y un 58% de los HSH fueron enlazados servicios de cuidado de salud dentro de un mes de diagnóstico en 2016 (58.4%).

Para propósitos de estas guías se partirá de la definición de HSH provista por el Proyecto para la Provisión de Atención Integral para Hombres que tienen Sexo con Hombres en América Latina y el Caribe (PAHO, 2010), que se refiere a todo hombre cuyas prácticas sexuales incluyan, o hayan incluido, sexo oral o anal con otro hombre, independientemente de si el individuo se reconoce como gay, bisexual, transgénero, transexual, "travesti," heterosexual, o cualquier otra denominación local que describa su comportamiento sexual. HSH es una expresión inclusiva que se utiliza en el ámbito de la salud pública para definir los comportamientos sexuales de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, independientemente de la motivación que tengan para sostener este tipo de relaciones o su identificación con alguna o ninguna comunidad en particular (OPS, 2011).

Datos recientes indican que la prevalencia del VIH entre los HSH en todo el mundo es más alta que en la población general adulta y la incidencia está creciendo representando de 5-10%, de las infecciones totales en todo el mundo. Estas elevadas tasas de infección por VIH entre los HSH, se asocian frecuentemente con altos índices de otras ITS, enfermedades mentales, abuso de sustancias y otros problemas de salud. Esto denota que la población HSH tiene necesidades particulares que no suelen tomarse en consideración en los centros de provisión de servicios de salud. En vista de esto, es de suma importancia que la atención primaria de la salud que se presta a esta población sea una consciente de sus necesidades particulares ya que los servicios de salud, incluyendo salud sexual, son pieza clave en la mitigación de los efectos del VIH y otras enfermedades transmisibles entre los HSH.

Dentro de la población HSH, resulta imperativo prestar especial atención a los HSH jóvenes (HSHJ). Este subgrupo, además de tener necesidades particulares de atención de salud también está expuesto a factores estresantes asociados a los desafíos debido a su edad. Estas poblaciones necesitan iniciativas de promoción de la salud enfocadas y de alcance comunitario para hacer frente al crecimiento del problema de las ITS y el VIH (*Blue Print MSM, 2009*).

II. Aspectos Individuales:

Estigma

Al igual que otras poblaciones de personas que viven con VIH, los HSH tiene necesidades específicas de salud sexual, muchas de las cuales se pasan por alto en las clínicas y programas convencionales de salud. Dadas las elevadas y crecientes tasas de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por el VIH, en estas comunidades, la atención primaria de la salud de calidad y los servicios de salud sexual son extremadamente importantes para mitigar el efecto del VIH y otras enfermedades infecciosas. En particular, podrán necesitarse iniciativas de promoción de la salud enfocadas y de alcance comunitario para hacer frente al crecimiento del problema de las ITS y el VIH entre los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSHJ).

Los problemas de salud específicos de la población HSH y HSHJ están vinculados a sus experiencias de vida, condiciones sociales y/o prácticas sexuales, entro otros factores. Similar a otras poblaciones activas sexualmente, la prevención y manejo oportuno de las ITS son razones importantes para ingresar en el sistema de la salud. Algunas conductas sexuales sin protección (ej. relaciones anales u orales, particularmente sin protección de barrera, entre otras) hacen que estas personas estén en un riesgo más elevado de ITS, incluyendo la infección por el VIH. Por ende, todo centro de salud y clínica debe estar preparados para tratar estos problemas de salud en un ambiente seguro y de apoyo, auscultando aspectos como orientación sexual, identidad de género y relaciones sexuales más seguras. La seguridad y el ambiente libre de juicio deben permear en todos los espacios de la facilidad de salud incluyendo especialmente la sala de espera.

Los HSH pueden experimentar ITS que se manifiestan a través de síntomas anales, rectales, orofaríngeos y/o genitales, y pueden resultar tanto de trauma local como de organismos patogénicos. Las infecciones transmitidas sexualmente podrán ser altamente sintomáticas antes de que un hombre esté listo para presentarse para recibir atención. Esto debido a posible temor o la vergüenza asociada con revelar su

orientación sexual o la presencia de síntomas sexualmente orientados. Es común que los HSH se presenten con ITS de larga data, como verrugas o sífilis latente, ya que pueden haber postergado la atención clínica por extensos períodos o pueden haber decidido no revelar su orientación sexual en encuentros previos con el sistema de salud. Muchos de los médicos tampoco preguntan asuntos básicos como la orientación sexual o identidad de género en sus evaluaciones.

Según la Organización Panamericana de la Salud, algunos ejemplos de problemas comunes de salud en la población HSH, fuera del VIH/SIDA, son los siguientes:

Problemas de salud mental: Debido a los múltiples factores sociales negativos que enfrentan los HSH, son comunes las elevadas tasas de enfermedad mental episódica y crónica. Éstas varían desde depresión y ansiedad a largo plazo relacionadas con aislamiento social, estrés postraumático relacionado con violencia emocional o física, o la pérdida de la familia, y muchos otros efectos sobre el bienestar mental. Al combinarse con otras formas de enfermedad, como la infección del VIH, estos problemas de salud mental pueden afianzarse más sin la atención adecuada.

Abuso de Sustancias: La frecuencia informada del uso problemático de sustancias y alcohol entre HSH es mayor que en la población en general. Además de los efectos directos del uso de drogas y el abuso de alcohol sobre la salud, incluyendo la adicción, existe un alto riesgo secundario de ITS y otras afecciones que pueden afectar a los HSH. El uso de drogas y abuso de alcohol se asocian con aumento de las tasas de comportamiento sexual de alto riesgo, así como también con el compartir equipo de inyección infectado (PAHO, 2010).

HPV/Cánceres: Existen alrededor de 200 tipos diferentes de HPV, de los que alrededor de 70 se relacionan con tumores ano-genitales. De estos tumores un subgrupo a menudo se asocia con la formación de lesiones intraepiteliales escamosas y carcinomas, y por lo tanto ha sido categorizado como de alto riesgo. Varios informes han demostrado que los HSH, y en especial los HSH VIH positivos con sistema inmunológico débil o comprometido, tienen una mayor incidencia de cáncer anal y lesiones premalignas.

ITS: Las infecciones de transmisión sexual permanecen como un problema de salud prevalente entre los hombres gay y otros HSH. Además de una mayor prevalencia de varias ITS comunes, dependiendo del comportamiento sexual de cada uno, también puede haber mayor riesgo de infección fuera del tracto genital, incluyendo enfermedades del recto y faringe. La mayoría de las ITS exponen al individuo a un mayor riesgo para la adquisición de otras ITS, incluyendo infección de VIH. La identificación y tratamiento de ITS en HSH es, por lo tanto, extremadamente importante, tanto para la salud del individuo como para la salud general de la comunidad.

OPS destaca que los HSH, en especial los hombres mayores, también pueden presentarse con condiciones médicas crónicas, ya sean diagnóstico establecido o nuevos síntomas que requieren evaluación o complicaciones confusas de ITS o distrés psicológico que los llevaron al centro de salud. Si la condición crónica era el motivo de la visita, el clínico debe estar preparado para tratar todos los aspectos de la salud del

paciente. Es importante que los proveedores de servicios estén preparados para un alto nivel de complejidad al tratar la salud y las necesidades de algunos pacientes HSH, y por lo tanto las visitas clínicas deberán ser tan flexibles como sea posible en términos de programación, asignación de tiempo y adaptación al diagnóstico que pueda realizarse durante la detección.



Dentro de las pruebas de laboratorio recomendadas para esta población se encuentra las siguientes:

Pruebas dirigidas a síntoma: Los estudios de laboratorio, radiográficos y/u otros deben ordenarse de acuerdo con el diagnóstico que se considera. Los obstáculos para otras pruebas pueden incluir limitaciones económicas, transporte o estigma percibido con la búsqueda de servicio en otros ámbitos. Deberá desarrollarse un plan para incluir dichos estudios que pueden realizarse de manera factible.

Pruebas de detección de enfermedades: Se deben ordenar algunas pruebas para los HSH sobre la base de la enfermedad que se está considerando y de los comportamientos de riesgo obtenidos en el historial. Estos podrán incluir detección de ITS, tales como la infección del VIH y sífilis, Virus de Hepatitis B (VHB) y virus de hepatitis C (VHC) y pruebas de detección (hisopo directo u orina) de clamidia y gonorrea. Se deben ofrecer a los hombres que tienen sexo con hombres todas las vacunas indicadas (Ej. Virus Hepatitis A y Virus Hepatitis B (VHA y VHB). Se informará al cliente acerca de todos los estudios que se están considerando, con una breve descripción de las razones de las pruebas recomendadas. El cliente tendrá la posibilidad de decidir no realizarse algunas de las pruebas recomendadas.

Salud Mental

Además de la crisis de VIH/SIDA, las comunidades de HSH enfrentan altas tasas de enfermedades mentales, incluyendo ansiedad y depresión, abuso de sustancias y alcohol, y una variedad de otros problemas de salud (PAHO, 2010). Los factores de riesgo de muchos de estos problemas de la salud pueden suelen estar relacionadas al impacto psicológico de la exclusión social y a una falta de acceso a los servicios adecuados de la atención de salud. Si tomamos en consideración que identificarse como HSH podría conllevar un alto riesgo no sólo de exclusión social sino de violencia física, vemos como estos factores agravan aún más la falta de acceso no tan solo a servicios de salud sino a muchos servicios sociales.

Los síntomas psicológicos, incluidos la depresión, ansiedad e ideación suicida son los más frecuentes en la población de HSH. Los clínicos deben estar al tanto del estrés emocional o psicológico oculto que puede existir en el comienzo de una visita médica. También deben ser sensibles ante el contexto de discriminación y exclusión en el que los gays y otros HSH experimentan de día a día. Los centros y proveedores de salud

deben estar preparados para tratar las necesidades psicológicas de sus clientes incluidos los HSH.

III. Aspectos Sociales

Estigma

En múltiples ocasiones y escenarios la ignorancia, el estigma y la homofobia inciden de manera negativa en la provisión los servicios de salud, incluyendo la atención médico-primaria en la población de hombres que tiene sexo con hombres. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esto se debe a que los proveedores de servicios de salud no han sido suficientemente sensibles a las necesidades de la salud de los HSH en la Región de América Latina y el Caribe. Existe una marcada carencia de personal con pericia en las diversas necesidades médicas de las poblaciones de hombres gay y otros HSH. Igualmente carecen de los recursos necesarios para poder ofrecer todos los servicios necesarios que a menudo requieren estas poblaciones.

Acceso a Servicios

La falta de conocimiento, el estigma y la homofobia inciden de manera adversa en la provisión de los servicios de salud, incluyendo la atención médico-primaria en la población de hombres que tienen sexo con hombres. Para comprender las barreras para la atención y el apoyo de los HSH, es importante considerar el contexto de exclusión social y marginación de los HSH en el cual se sitúan el VIH y otros problemas de la salud. A pesar de décadas de la abogacía para lograr el reconocimiento de sus derechos y el acceso a servicios de atención de salud, incluyendo la prevención y la atención del VIH, en la mayoría de las partes del mundo los HSH todavía tienen escaso o ningún acceso ya sea a los servicios para VIH o a otros servicios generales orientados a HSH (ej. servicios de salud sexual general, programas de abuso de sustancias, servicios de salud mental) (PAHO, 2010).

La edad del individuo también podrá influir en su capacidad y deseo de acceder al sistema de salud. Los HSHJ por ejemplo tienen menos probabilidades de utilizar prácticas preventivas como prioridad, y a menudo tienen gran temor de revelar su identidad. El personal clínico debe esforzarse por construir una relación de confianza y no valorativa, ya que esto puede tener un impacto profundo para alentar el futuro contacto con el sistema de salud como también para mitigar comportamientos potencialmente nocivos relacionados con malestar emocional y psicológico.

Población HSH Joven

El Proyecto para la provisión de cuidado integral para hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe de la OPS, ofrece recomendaciones específicas para las necesidades de la población de hombres jóvenes que tienen sexo con hombres. Esto debido a que existen algunos retos exclusivos de esta población. Una de las consideraciones claves para los proveedores es el hecho de que la atención de salud para los HSHJ se da en el contexto del desarrollo emocional, físico y psicológico de los años de la adolescencia y la juventud. Los proveedores que

trabajan con HSHJ requieren capacitación sustancial para asegurar que son capaces de comunicarse con HSHJ acerca de temas relacionados con identidad y comportamiento sexual, y situar estos temas en el contexto de su etapa de la vida/del desarrollo. Si los proveedores no están preparados para facilitar dicha comunicación, esto supone podría representar una barrera que evita que los HSHJ reciban servicios de atención de salud y/o educación en prevención adecuados a sus necesidades reales (PAHO, 2010).

Según plantea el proyecto de la OPS, otro motivo de preocupación para los HSHJ es el de la edad legal de consentimiento para actividades sexuales según lo establezcan sus respectivos países. Los HSHJ a menudo se preocupan de que si su actividad sexual consensual es determinada como ilegal por las leyes locales, sea por virtud de una práctica específica (ej. actividades con el mismo sexo) o de la edad a la que ocurrió la práctica, y de si los proveedores de atención de salud pudieran estar obligados a reportarlos a la justicia local o a funcionarios del servicio social.

En algunos casos la actividad sexual puede describirse como el resultado de la violencia sexual, o el proveedor puede sospechar que hay un grado de violencia sexual involucrado (ej. violación, coacción, u otras formas de presión). En tales casos, puede haber líneas muy poco claras e inquietantes en cuanto a las obligaciones de los clínicos sobre la confidencialidad del cliente versus otras obligaciones legales.

Los HSHJ también pueden tener inquietudes en cuanto a su propia capacidad de consentimiento legal para requerir y recibir atención sobre la base de su edad, y si los proveedores de atención están dispuestos a ofrecer servicios de salud sexual en tales circunstancias. Los proveedores de servicios de salud deben contar con un protocolo para circunstancias relacionadas con temas de la edad legal de consentimiento. Dadas las limitaciones económicas de los HSHJ, estos también pueden sentirse cohibidos para acceder a los servicios de atención de la salud por temor a que no puedan hacerse cargo de los exámenes médicos ni del tratamiento provisto posteriormente (PAHO, 2010). En Puerto Rico, la mayoría de edad es 21 años. Sin embargo, sobre este aspecto, el Código Civil, tras la enmienda realizada con la Ley núm. 78 de 2012 establece lo siguiente:

> *Todo menor que haya alcanzado los dieciocho (18) años o más queda también emancipado para propósitos de recibir servicios médicos y tratamientos en las salas de emergencias y urgencias; y en caso de que un menor de dieciocho (18) años o más sea madre o padre, podrá autorizar los servicios médicos para sus hijos y tratamientos en las salas de emergencias y urgencias (Art. 237 Capacidad del Menor Emancipado 31 L.P.R.A. sec. 915)*

Una vez cumplida la mayoría de edad (21 años), la persona tiene plena capacidad para consentir sobre sí y sus bienes, con la excepción de que el menor tenga 18 años de edad y/o esté emancipado o en el caso de una situación de emergencia donde no se puede obtener consentimiento de los padres, tutor o persona con patria potestad. Por otra parte, la Ley Núm. 36 del año 2008 "Ley para la Prevención y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual" establece todo lo relacionado con la Prevención de las Enfermedades o Infecciones de Transmisión Sexual en Puerto Rico. La misma instituye un relevo de responsabilidad civil al médico que examine y ofrezca tratamiento, y al técnico en epidemiología que cita, investiga, orienta y notifica tanto

a los pacientes positivos de una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) o una Infección de Transmisión Sexual (ITS), como a sus parejas sexuales o de intercambio de equipo de drogas inyectables, incluyendo a los menores de 21 años o discapacitados mentales. Las intervenciones se realizan con personas que padecen o se sospecha que padecen de alguna enfermedad o infección de transmisión sexual, sin el requisito del consentimiento previo de los padres o tutores legales.

Tanto para el asunto de la edad de consentimiento como de los costos relacionados con atención y tratamiento médico, los proveedores de salud deben asegurar que la información sobre estos temas esté accesible para que estas potenciales limitaciones se eliminen o al menos se reduzcan. Se deben generar espacios amigables para los jóvenes dentro de sus comunidades, donde puedan promocionar sus servicios como accesibles, junto con toda condición que deba cumplirse de acuerdo con las leyes locales.



PERSONAS QUE SE INYECTAN DROGAS (PID)

I. CONTEXTO

Según el Informe Mundial de Drogas 2017 generado por la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC, por sus siglas en inglés) se calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2015. De estos, 29.5 millones (0,6% de la población adulta mundial) padecen trastornos provocados por el uso de drogas. Considerando dicho panorama y el hecho de que 12 millones de esas personas son consumidores de drogas por inyección, de los cuales el 14% viven con el VIH, el impacto del consumo de drogas y sus consecuencias para la salud amerita atención. Otro dato relevante presentado en el informe es que para el 2014 las muertes relacionadas con las drogas alcanzaron 43.5 por cada millón de personas entre las edades de 15 a 64 años.

Datos del Programa Vigilancia de VIH/SIDA, División de Epidemiología, Departamento de Salud de Puerto Rico, reportan que las personas que se inyectan drogas (PID) representan un 13.80% de los diagnósticos de VIH durante el periodo 2010-2016. Los hombres representaron un 81.30% de los nuevos diagnósticos atribuido al uso de drogas inyectables. La mayoría de los PID fueron diagnosticados con VIH entre las edades de 40 a 49 años (31.66%). Para diciembre 31 de 2016, un total de 5,453 personas usuarias de drogas inyectables vivían con un diagnóstico de infección de VIH, en su mayoría hombres (77.87%) mayores de 50 años (63.36%) residentes del área metropolitana (33.82%). La población PID reportó el más bajo porcentaje de enlace a cuidado en la jurisdicción durante el primer mes del diagnóstico durante el año 2016 (55.6%). Los nuevos diagnósticos entre personas que se inyectan drogas presentan una tendencia en descenso. Durante el periodo 2010-2016, el número de casos y el por ciento de casos atribuidos al uso de drogas inyectables disminuyó en un 75%.

II. ASPECTOS INDIVIDUALES

Salud

Las PID continúan siendo un subgrupo de alto riesgo de contraer VIH / SIDA, particularmente en aquellos casos en que no se adoptan medidas de reducción de riego. Según el CDC la población PID tiene tasas más altas de diagnóstico tardío de VIH que las personas en cualquier otra categoría de transmisión (40% in 2004–2006; CDC,

2009). La insidia (*craving*) por drogas puede presionar a los individuos para incurrir en conductas de riesgo, como el intercambio de sexo por drogas y/o dinero o incluso a participar en relaciones sexuales con múltiples parejas. El sexo bajo la influencia de drogas o alcohol puede perjudicar el juicio, causar desinhibición e impulsividad, y aumentar la líbido (Raj, Saitz, Cheng, Winter, & Samet, 2007).

Según cálculos de la UNODC, en los últimos años apenas ha variado el número mundial de consumidores de opiáceos que en 2014 seguían siendo unos 17 millones. Las personas que se inyectan drogas se exponen a algunos de los peores daños para la salud asociados al consumo de drogas sin precaución, así como a un deterioro general de los resultados de salud, lo que incluye un alto riesgo de sobredosis, mortal o no, y a mayores probabilidades de muerte prematura. Una de cada siete personas que se inyectan drogas vive con el VIH, y una de cada dos con la hepatitis C. Estudios han demostrado que las personas que se inyectan estimulantes incurren con más frecuencia que otras en comportamientos sexuales peligrosos, exponiéndose a un riesgo mayor de contagio por el VIH que las que se inyectan opiáceos.

Debe tenerse en cuenta que los riesgos derivados del consumo de drogas son diversos y dependen de diferentes factores como son el tipo de droga consumida, la frecuencia y la cantidad, cómo se administra, las circunstancias físicas y sociales de este consumo, y las políticas sociales para reducirlo. Muchas veces, los problemas asociados al uso de drogas, se deben más a los hábitos y patrones de consumo que a los efectos de las drogas en sí mismas, no siendo tan importante qué se consume sino cómo se consume. Así, muchos de los riesgos relacionados con las drogas pueden ser eliminados con éxito sin reducir necesariamente el consumo de éstas. Por lo que el empleo de prácticas de reducción de daños en los escenarios de salud pueden ser una herramienta de apoyo en el tratamiento de PID como en otros consumidores de sustancias.

Además del VIH, los consumidores de drogas en ausencia de medidas de reducción de daños usualmente tienen un amplio rango de co-infecciones, y co-morbilidades. Los problemas de salud más comunes en esta población incluyen 1) infecciones virales que incluyen Hepatitis B, C y D; 2) infecciones bacterianas; 3) tuberculosis; 4)neumonía bacterial; 5) endocarditis; 6) septicemia; 7) sobre dosis; 8)uso problemático al alcohol y problemas del hígado vinculados a esto; 9) uso problemático y polifarmacia y 10)comorbilidades psiquiátricas incluyendo depresión, entre otras.

Por otra parte, más allá del riesgo de comportamientos relacionados con la inyección (por ejemplo, compartir agujas), el uso de cocaína, metanfetamina y otros estimulantes es un factor importante en la transmisión sexual del VIH (Colfax & Shoptaw, 2005; Des Jarlais et al., 2007). Además, algunos estudios corroboran la hipótesis de que el consumo de ciertos estimulantes (por inyección o de otro modo) puede influir incluso en la conducta sexual, lo que aumenta la probabilidad de comportamientos de alto riesgo y de transmisión sexual; esto causa preocupación especialmente en el caso de determinados grupos de riesgo, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres.

Dependencia

El uso problemático de sustancias es una condición compleja que incluye componentes tanto físicos como psico-sociales asociada a co-morbilidades y riesgo de muerte. El uso problemático de drogas (particularmente a opiáceos) es una condición crónica propensa a recurrencia debido a la dificultad para controlar el uso compulsivo de drogas y la insidia (*craving*). Esta compulsión interfiere con la adherencia al tratamiento y el razonamiento sobre las consecuencias de salud y sociales que esto implica. Existe un gran número de problemas médicos, psiquiátricos y sociales que son comunes entre las personas que sufren uso problemático de sustancias que ameritan importante consideración en el diseño y ofrecimiento de tratamiento y cuidado de VIH/SIDA.

El Instituto de Investigación de Ciencias del Comportamiento, una división del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, realizó un estudio de evaluación de necesidades para investigar las tasas de prevalencia de enfermedades mentales graves y trastornos por consumo de sustancias. Los datos se recopilaron mediante entrevistas personales (cara a cara) de 2014 a 2016 utilizando la técnica de entrevista asistida por computadora en el hogar del encuestado. Se completó un total de 3,062 entrevistas cuyos resultados reportaron que en Puerto Rico, el 11.5% de los adultos entre 18 a 64 años de edad cumplieron con los criterios de diagnóstico DSM IV para un trastorno por uso de sustancias en los 12 meses previos a la entrevista. Se estimó que el 2.5% de la población adulta en Puerto Rico necesita servicios de uso de sustancias ya que cumplen con los criterios para el trastorno de dependencia a sustancias. Esto representa un total de 57,301 adultos en Puerto Rico. El estudio también reportó que las mujeres entre 18 y 64 años tenían menos probabilidades de ser diagnosticadas con un trastorno por uso de sustancias que los hombres.

Polifarmacia

El Informe Mundial de Drogas 2016 de la UNODC destaca que el panorama mundial del consumo de drogas resulta difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras. Es decir, personas que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente. Por ejemplo, el consumo con fines no médicos de medicamentos sujetos a prescripción, estimulantes sintéticos y sustancias psicoactivas (NSP) en lugar de medicamentos más convencionales, o en combinación con ellos, hace difícil distinguir entre los consumidores de una droga determinada, lo que en los últimos años ha creado de epidemias cíclicas o interrelacionadas de consumo y consecuencias de salud vinculadas entre sí. El estudio sobre la carga mundial de morbilidad (*Global Burden of Disease Study*) indica que en el 2013 las muertes prematuras o las discapacidades causadas en su conjunto por los opiáceos, la cocaína, las anfetaminas y el cannabis implicaron la pérdida de casi 12 millones de años de vida, más de 8 millones de los cuales se perdieron por trastornos relacionados con el consumo de opiáceos.

Sobre Dosis

Según el Informe Mundial de Drogas 2016 de la UNODC, las muertes por sobredosis representan aproximadamente entre un tercio y la mitad de todas las muertes relacionadas con las drogas, que en la mayoría de los casos se deben a los opiáceos. Uno de los riesgos identificados con el aumento en muertes luego de la excarcelación se asocia con las drogas, principalmente por sobredosis, cuya tasa de mortalidad es

mucho mayor que la mortalidad por todas las causas en la población general. De acuerdo con los datos del Registro Demográfico y Estadísticas Vitales del Departamento de Salud, en Puerto Rico se reportó un total de 124 muertes por intoxicación por drogas en el 2017 [1]. De estas, 8.9% (n=11) fueron féminas y 91.1% (n=113) fueron varones.

Es importante destacar la alerta que existe en la isla actualmente respecto a las muertes por sobredosis con fentanilo. Esta es un opioide analgésico sintético potente que es similar a la morfina, pero es de 50 a 100 veces más potente que ha emergido recientemente producto de laboratorios clandestinos, así como del desvío ilegal de farmacias en Estados Unidos y otras partes del mundo. Según información compartida por la prensa local y según el Negociado de Ciencias Forenses, en la Isla, para el 2017 ocurrieron 68 muertes por sobredosis relacionadas al medicamento fentanilo. Ante el aumento en el consumo en Puerto Rico del opiáceo sintético, en juio de 2017 la administradora de la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), Suzanne Roig, y el director de la División Caribe de la Administración federal para el Control de Drogas (DEA, por sus siglas en inglés), Matthew G. Donahue firmaron por primera vez un acuerdo para frenar la entrada de este medicamento a Puerto Rico. Igualmente en abril 2018 se lanzó una campaña de prevención con miras a evitar las muertes por sobredosis a causa de este opiáceo. Por lo que es importante tomar en consideración auscultar acerca del uso de esta sustancia en los cernimientos de salud que se realizan a personas que viven con VIH y consumen drogas inyectables ya que mayormente el fentanilo es combinado con la heroína.

Existen escalas validadas que pueden ayudar a identificar riesgo en consumidores de opioides. El *Opioid Risk Tool* (ORT) es un auto reporte breve diseñado para administrarse a pacientes adultos en centros que proveen servicios de salud primaria para evaluar el riesgo de abuso de opioides entre individuos con prescripción de opioides para el tratamiento de dolor crónico. Los pacientes cuya puntuación los categorice como de alto riesgo, tienen una mayor probabilidad de futuro comportamiento abusivo relacionado con las drogas. El ORT se puede administrar y tabulado en menos de 1 minuto y ha sido validado en pacientes masculinos y femeninos, pero no en poblaciones sin dolor.

Salud Mental

Muchas personas con uso problemático de sustancias tienen un largo historial de condiciones de salud mental sin un diagnóstico apropiado o tratamiento. Hay algunas condiciones mentales que pueden surgir o exacerbarse por el uso de sustancias tales como alcohol, cocaína y opiáceos. Dichas sustancias pueden además ser usadas por algunos individuos como una forma de auto-medicación, para atender los síntomas de salud mental, sustituyendo así un tratamiento que sería más efectivo. Un incremento sustancial en la frecuencia de depresión mayor y suicidio en la PID es evidente aún sobre las elevadas tasas asociadas con infecciones de VIH y SIDA en estado avanzado.

[1] *Nota: Los datos de defunciones del año 2017 son preliminares.

III. Aspectos Sociales

Condiciones Sociales y Estigma

Existe una estrecha relación entre los trastornos relacionados al consumo de drogas y la desventaja social y económica. También se observa esa relación al examinar las distintas consecuencias de la marginación y la exclusión social. Los problemas sociales más prevalentes en esta población incluyen la estigmatización, discriminación y marginalización, pobreza, carencia de hogar, desempleo, disfunción familiar y social, conducta criminal y encarcelación, entre otros. Esto destaca el uso de drogas como una fuente prevalente de estigmatización y discriminación adicional a la que ya sufren las personas que viven con VIH. Lo que muchas veces deja descubierto legalmente a las personas que consumen sustancias.

Los consumidores de sustancias a menudo se rehúsan a visitar facilidades médicas debido al discrimen y estigmatización a la que se enfrentan en estos lugares. El miedo a la discriminación puede desanimar a usuarios que viven con VIH a revelar su necesidad de cuidado para ambas condiciones, aumentando el riesgo a errores tanto en sus diagnósticos como en la interacción farmacológica entre el tratamiento de VIH y las sustancias que utilizan. Muchos consumidores de sustancias viven bajo limitaciones económicas y sociales y/o suelen ser rechazados por sus familias. Las personas más vulnerables al impacto de la pobreza, discriminación racial, pobre condición de salud, falta de educación y de empleo son más vulnerables al uso de drogas. Los problemas sociales incluyendo el estigma y discriminación asociados con ser consumidor de sustancias y vivir con VIH exacerban el uso de drogas llevando muchas veces a problemas de uso problemático de sustancias.

Adherencia a Tratamiento

Cuando hablamos de adherencia estamos hablando de un proceso colaborativo complejo en el cual se integran factores intrínsecos del individuo y de su entorno para crear una alianza terapéutica cuyo fin es el cumplimiento efectivo con el régimen de tratamiento incluido en este la ingesta de medicamentos según prescritos, dieta y cuidado. Esto con el fin de suprimir el VIH por debajo de los límites de detección durante el mayor tiempo posible. La percepción común de que los consumidores de sustancias no se adhieren a tratamiento puede no contemplar la influencia que puede tener elementos tales como la inestabilidad social, pobreza, morbilidad psiquiátrica, violaciones a los derechos civiles y pobres relaciones médico-paciente que caracteriza la vida de muchos usuarios de drogas. En una revisión de estudios de cohortes que examinaron los efectos del uso de sustancias sobre la progresión de la enfermedad por el VIH (Carrico, 2011) encontraron que el uso de sustancias promueve una progresión más rápida del virus, incluso cuando se controla la no-adherencia a la terapia antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés). Sin embargo, en una reciente revisión Milloy y colegas (Milloy et al., 2012) demostraron que los factores de nivel social y estructural influyen en los resultados de progresión del VIH en individuos que consumen sustancias ilícitas a través de barreras de acceso y adherencia. Para este estudio también consideraron factores tales como vivienda, empleo y tratamiento en proceso de transición de prisión a comunidad.

En un meta-análisis realizado en el 2010 (Malta, Magnanini, Strathdee, & Bastos, 2010) enfocado en pacientes VIH con problemas de uso de sustancias, se reportaron niveles de adherencia comparables entre grupos de usuarios y de no-usuarios (alrededor de 60%). El estudio reportó mejores resultados en niveles de adherencia entre usuarios con condiciones psiquiátricas menos severas que estaban recibiendo terapia antirretroviral en comparación con aquellos que se encontraban en terapia de sustitución de opiáceos y/o apoyo psicosocial. Así, otros factores concurrentes más prevalentes en consumidores de drogas pueden comprometer la adherencia a ART, pero un tratamiento para los problemas de uso de sustancias efectivo puede mejorar la adherencia. Por lo tanto, aunque es probable que personas con problemas de uso de sustancias en general tengan adherencia más baja, esto se debe principalmente a factores comórbidos que son susceptibles de intervención (Ej: síntomas psiquiátricos, empleo, estabilidad social, etc.).

Acceso a Servicios

El alto nivel de estigmatización hacia la población PID complejiza el proceso de acceso y tratamiento de VIH, llevándolos en ocasiones a no buscar servicio o exponer su estado de salud al momento de recibir atención médica o tratamiento. Por lo tanto, independientemente del espacio físico y tipo de servicio, es fundamental para los proveedores comprender y tener en cuenta las necesidades y circunstancias particulares de la prevención y tratamiento del VIH con pacientes con uso problemático de sustancias.

No reconocer o comprender que la drogodependencia es un problema de salud refuerza el ciclo de marginación que a menudo afecta a las personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas, lo que dificulta su recuperación e integración social. Además, la actitud estigmatizadora del personal de los servicios de atención de la salud hacia los consumidores de drogas, podría incurrir en la obstaculización de la administración de tratamiento de calidad a quienes más lo necesitan (IMD2016, UNODC).

IV. Atención y Cuidado Culturalmente Sensibles

La Organización Mundial de la Salud (OMS) favorece los acercamientos multidisciplinarios para la provisión de tratamiento y cuidado de las personas que viven con VIH. El equipo de cuidado clínico y de apoyo debe contar con experiencia en asuntos de drogo-dependencia y cumplir con la revisión regular del estado de uso de drogas de los pacientes bajo tratamiento. La formación de un equipo clínico y apoyo debe incluir lo siguiente:

- médico, infectólogo
- enfermera médica
- un trabajador social
- un consejero
- un especialista en uso problemático de sustancias

La forma en que se organice el tratamiento de VIH y los servicios de cuidado así como el enlace entre estos, son elementos importantes en lo que sería un tratamiento exitoso para la población PID. Los programas de tratamiento de VIH deben estar enlazados a servicios de reducción de daños para así facilitar el ingreso y retención de PID. El equipo multidisciplinario debe asegurar que aquellos en tratamiento puedan acceder a consejería para reducción de riesgo (agujas limpias, condones, etc.). Las estrategias de reducción de daños, incluyendo la terapia asistida por medicamentos, pueden limitar las complicaciones médicas y psico-sociales del uso de drogas; así como facilitar el cuidado y tratamiento de VIH mediante la estabilización de las conductas vinculadas al uso de drogas.

Según OMS existen cuatro tipos de servicios enlazados que son cruciales en el tratamiento de uso problemático de sustancias y VIH son los siguientes:

cuidado médico general y/o cuidado clínico para condiciones transmisibles
reducción de daños
tratamiento a uso problemático de sustancias

Reducción de Daños *(Manual WHO)*

El término 'reducción de daños' es usado en ocasiones para referirse a todo daño vinculado al uso de drogas, pero en el contexto del VIH/SIDA, la OMS usa el término también para describir un cúmulo comprensivo de intervenciones basadas en evidencia que reducen el impacto de la transmisión del VIH/SIDA asociada con el uso de drogas, particularmente el uso de drogas inyectables. Una estrategia comprensiva para la prevención de condiciones y complicaciones relacionadas al VIH relacionado con el uso de drogas debe incluir programas que atiendan la prevención primaria de uso de drogas. Los acercamientos de la OMS incluyen intervenciones ofrecidas desde el sector de salud, particularmente aquellos que se enfocan en consumidores de sustancias y personas encarceladas. La OMS reconoce que la prevención, tratamiento y cuidado de VIH/SIDA requiere un acercamiento comprensivo con un amplio rango de intervenciones.

La OMS recomienda se apliquen los siguientes principios en el ofrecimiento de servicios de salud a los pacientes de VIH que a su vez son usuarios de sustancias.

La terapia antiretroviral (ART por sus siglas en inglés) es tan efectiva para personas con VIH que son usuarias de drogas como lo es para otras personas que viven con VIH. Mediante el apoyo apropiado, ex-usuarios y usuarios actuales pueden adherirse a tratamiento tan bien como lo hacen otros y deben tener igual acceso a cuidado y tratamiento.
El ser ex-usuario o usuario de drogas no debe ser un criterio para decidir quién debe recibir tratamiento antirretroviral (ART, por sus siglas en inglés).
Se debe prestar atención especial a las necesidades particulares de ex-usuarios y usuarios actuales cuando se administra HAART, incluyendo a aquellos relacionados con drogodependencia, co-morbilidades y co-infecciones.
Una política de salud pública que atienda la necesidad de tratar tanto el uso de drogas como el VIH/SIDA mejora el bienestar del paciente, reduce la estigmatización y promueve el ofrecimiento de un servicio médico comprensivo y ético.

La respuesta más efectiva consiste en una combinación de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo dentro de un marco de reducción de daños.
La reducción de daño es altamente efectiva para usuarios de drogas en la prevención, tratamiento y cuidado.
Se debe asegurar un ambiente de apoyo que fomente los derechos humanos y la dignidad de los usuarios de drogas y que ayude a expandir y mejorar el acceso a tratamiento de drogodependencia.
Aquellos países con epidemia de uso de drogas inyectables deben responder inmediatamente a las necesidades de la población PID con prevención y servicios de tratamiento que incluyan la reducción de daños, terapia de sustitución de opioides y acceso equitativo a ART.

Componentes del Tratamiento

Un gran reto en el ofrecimiento de servicios a la población PID es su necesidad de recibir servicios concurrentes que atiendan asuntos biomédicos y psico-sociales. El cuidado médico debe ser comprensivo e incluir lo siguiente:

- Tratamiento de VIH/SIDA
- Tratamiento a dependencia de sustancias que incluya terapia de sustitución de opiáceos
- Diagnóstico y tratamiento de otras co-morbilidades como Hepatitis C viral y asuntos de salud relacionados a la inyección (proceso de inyectarse)
- Supresión de profilaxis para infecciones oportunistas relacionadas al VIH
- Vacunación para hepatitis B
- Cuidado paliativo para pacientes con la condición avanzada
- Tratamiento para Hepatitis C

Mientras se provee cuidado médico a la población PID es esencial que los escenarios médicos atiendan también lo siguiente:

- Adherencia a tratamiento
- Reducción de uso de drogas y/o conductas sexuales de riesgo
- Información sobre técnicas de inyección para disminuir las complicaciones que podría implicar este proceso
- Apoyo para parejas sexuales
- Apoyo en asuntos sociales (a través de servicios de trabajo social)
- Reducir y evitar la estigmatización y discriminación asegurando que:
    - Los derechos humanos de la población PID son respetados y que ellos reciben servicios de calidad que atienden sus necesidades incluyendo HAART
    - Los profesionales de salud que proveen servicios de cuidado estén conscientes de sus propios sentimientos y prejuicios y de cómo los mismos pueden tener efectos en sus pacientes e incidir en su desempeño profesional y en el tratamiento exitoso de la drogodependencia.
- Prevención recurrencia (sobredosis)



POBLACIÓN TRANS

I. CONTEXTO

Según el Manual por la Salud de las Personas Trans: Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe (PSPT, 2012), "trans" es un término ampliamente utilizado para referirse a personas cuya identidad de género y/o expresión de género no se corresponde con las normas y expectativas sociales tradicionalmente asociadas con el sexo asignado al nacer. Esta población se enfrenta a diario a un gran número de retos en su diario vivir (Chainani, K. 2015). Aparte de esto, las personas trans tienen necesidades de salud tanto generales como específicas y el acceso a los servicios competentes para hacer frente a estas ha sido muy limitado. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual, que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población. Con esto en mente, vemos cómo al hablar de la población trans estamos hablando de una población que se topa con barreras y factores de riesgo que influyen negativamente en sus vidas lo que les pone en una situación de vulnerabilidad.

A pesar de esta realidad, la investigación sobre la salud trans en Latinoamérica y el Caribe (LAC) es muy limitada. Existen algunos estudios en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Ecuador, México, Paraguay y Puerto Rico, pero están casi totalmente limitados a las mujeres trans, muchas de ellas involucradas en el trabajo sexual. De hecho, la información disponible sobre el estado de salud y necesidades de los hombres trans en la región de LAC es extremadamente limitada. (PSPT, 2012).

En los Estados Unidos, ha habido un cambio histórico en la salud pública hacia la comprensión de las poblaciones de lesbianas, gays, bisexuales y transexuales (LGBT) como "poblaciones especiales" emergentes que necesitan una respuesta estatal sistemática. Al mismo tiempo, siguen existiendo dramáticas disparidades de salud que afectan a las poblaciones LGBT, como lo demuestran numerosos estudios que reportan una amplia gama de resultados de salud (Epstein, 2003 en Padilla, Rodríguez-Madera, Varas-Díaz y Ramos-Pibernus, 2016). Sin embargo, la agrupación de poblaciones diversas bajo la sombrilla LGBT trae la tendencia a que se entiendan sus necesidades de salud como homogéneas. Como consecuencia, las personas transgénero han sido ampliamente ignoradas en la investigación y las intervenciones en salud, en particular entre las poblaciones de minorías étnicas (Garofalo, Deleon, Osmer, Doll y Harper, 2006).

Padilla, et. al (2016) resalta que esta situación es preocupante dada la evidencia epidemiológica con respecto a personas transgénero que informa una proporción

significativa de personas transgénero con diagnóstico positivo de VIH que incurren en conductas sexuales de riesgo y no es impactada por intervenciones existentes y servicios de salud para poblaciones LGBT. El impacto de la epidemia de VIH / SIDA en la comunidad transgénero y el perfil de esta población se ven enmascarados por el hecho de que las mujeres trans con frecuencia son incluidas dentro de las estadísticas de 'hombres que tienen sexo con hombres' o HSH. Lo que nos deja con poca información sobre la realidad de esta población en específico. No es de sorprender que ante esto se hayan encontrado muy pocos estudios en Puerto Rico que ayuden a comprender y describir las realidades que enfrenta a la población trans en los diferentes aspectos de su vida ya que los estudios existentes, se enfocan mayormente en la población de mujeres trans.

La falta de investigación sobre los factores sociales que contribuyen a estas disparidades de salud entre las poblaciones transgénero limita nuestra capacidad para diseñar políticas y programas que sean efectivos para abordar su salud y bienestar general. En este sentido, una dimensión única de la salud transgénero no compartida por otras minorías sexuales, y en la cual se ha llevado a cabo poca investigación, involucra el conjunto de creencias y prácticas culturales profundamente significativas que motivan la búsqueda de la transformación de género y la autorrealización corporal. Esto incluye una amplia gama de procedimientos médicos, biomédicos y laicos (Padilla, et. al (2016)

Debido a estas realidades y al impacto desproporcionado del VIH en las comunidades transgénero es fundamental que las clínicas y los servicios de apoyo tomen en consideración todas estas variables al momento de atender personas trans. Se deben desarrollar servicios y espacios acogedores, incluyentes y competentes en el servicio a esta población (AIDS United, 2017).

Conceptos y Definiciones

Cuando hablamos de la población "trans" pueden venir a la mente múltiples ideas, conceptos e imágenes. Incluso es posible que el término cause confusión si no se tiene información clara que ayude a comprender las diferentes posibilidades que la misma abarca. Es por esto que la presente sección comienza con la definición de diferentes términos que ayudan a describir y comprender aspectos importantes de la población trans. Las siguientes definiciones forman parte la Guía de la Salud Integral de las Personas Trans para Equipos de Salud del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (GSIPT, 2015) y del Manual Provisión y Servicios Afirmativos para las personas LGBT.

Identidad: Se considera "identidad" a la certeza de una persona de pertenecer a un grupo o población específico. Cuando se habla de "identidad de género", se hace referencia a la pertenencia a una de las dos opciones genéricas existentes: mujer u hombre, femenino o masculino.

Género: Conjunto de valores, características y creencias que se asocia a mujeres y hombres en relación a lo femenino y lo masculino.

Transgénero: Originalmente, la palabra "transgénero" comenzó a utilizarse como un término amplio incluía tanto a las personas con modificación de género (transgéneros)

o de sexo y cuerpo (transexuales) o de expresión temporal del género opuesto (travestis). Actualmente, este término se usa para referirse a aquellas personas que no se identifican con el género masculino o femenino asociado a sus características sexuales, pero que no necesariamente entran en conflicto con sus características sexuales físicas y que, generalmente, buscan vivir como integrantes del género opuesto. De esta forma, se entiende a las personas transgénero como aquéllas que adoptan características sociales y culturales del género opuesto (vestimenta, arreglo, ademanes, formas de hablar, etc.) sin importar su preferencia sexual. Es decir, que las personas transgénero pueden ser heterosexuales, homosexuales o bisexuales. Además, las personas transgénero no tienen que modificar las funciones fisiológicas de su cuerpo, como en el caso de los tratamientos o proceso hormonales inducidos a los que suelen someterse las transexuales.

Transexual: Las personas transexuales suelen experimentar una discordancia entre su cuerpo y su identidad de género. Esa discrepancia se manifiesta en una necesidad de modificar permanentemente su anatomía (rostro, tórax, genitales, etc.) con el fin de acercarla lo más posible a la del sexo con el cual se identifica. Esto lo logran por medio de tratamientos hormonales, quirúrgicos o con el uso de distintos productos. Estas modificaciones físicas pueden llegar a ser permanentes. Además de cambiar su físico, las personas transexuales cambian su identidad social modificando su apariencia a través de la vestimenta, el lenguaje, la adopción de costumbres y actitudes asignadas al género opuesto. La transexualidad es también independiente de la preferencia sexual.

Travesti: Las personas travestis utilizan la vestimenta, imagen, expresiones verbales o corporales u otros elementos del género opuesto de manera temporal. Esta práctica tampoco está ligada a una preferencia sexual específica y se registra tanto en personas homosexuales como heterosexuales y bisexuales. El travestismo puede ser considerado como una manifestación transgenérica_temporal. El travestismo puede practicarse de hombre a mujer y de mujer a hombre.

Política Pública y Legislación

En los últimos años, los derechos humanos de las personas trans han recibido atención de la comunidad jurídica internacional. El 15 de junio de 2011, por primera vez en su historia, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas adoptó una resolución que demanda un estudio "para documentar las leyes y prácticas discriminatorias y actos de violencia contra individuos en base a su orientación sexual e identidad de género, en todas las regiones del mundo, y para evidenciar cómo la legislación internacional de derechos humanos puede ser utilizada para poner fin a la violencia y las violaciones a los derechos humanos relacionadas con la orientación sexual e identidad de género." El informe resultante se presentó al Consejo de Derechos Humanos en diciembre de 2011 (PSPT, 2012).

La legislación sobre derechos humanos que proteja a las personas trans del estigma y la discriminación es necesaria como parte de la respuesta para hacer frente a los factores estructurales que impactan negativamente el acceso a servicios (PSPT, 2012). Por ejemplo, el reconocimiento legal es importante para reducir la angustia mental así como para facilitar la inclusión en el mercado de trabajo lo que puede contribuir a la disminución de vulnerabilidades relacionadas con el trabajo sexual al cual muchas veces se ve forzada esta población. Además, esto favorece el desarrollo personal y la igualdad de oportunidades. También hace más llevadero cualquier proceso de

provisión de servicios, incluyendo servicios de salud, que impliquen que una persona trans deba mostrar documentos de identificación personal. Esto debido a que se disminuyen las posibilidades de trato discriminatorio como resultado de diferencias entre la apariencia actual con la apariencia y/o nombre incluido en el documento de identificación. Sin embargo, las personas trans pueden tener dificultades con el cambio de sus documentos de identificación para reflejar su identidad de género que difiere del sexo indicado en su certificado de nacimiento.

A pesar de que Puerto Rico a menudo ha sido descrito como poseedor las normas y creencias culturales conservadoras con respecto al género y la sexualidad (Acosta-Belén, 1986 en Padilla, et.al. 2016), se han generado políticas públicas y mecanismos legales que favorecen y protegen los derechos de la población trans, al tiempo que ayudan a prevenir la discriminación contra estos. En el 2015 se emitieron dos órdenes ejecutivas que tienen como objetivo erradicar el discrimen y dar igualdad en el trato a la comunidad transexual y transgénero en cuanto a su identidad en las licencias de conducir y los servicios que reciben en las salas de emergencias del país. Estas fueron firmadas por el gobernador de ese entonces Alejandro García Padilla.

La primera, denominada como la Orden Ejecutiva 2015-29 decreta que el secretario de Transportación y Obras Públicas establecerá los procedimientos y mecanismos necesarios para permitir el cambio de género en las licencias de conducir. Este mecanismo es cónsono con otras medidas implementadas por diferentes jurisdicciones alrededor del mundo con miras a garantizar la equidad. El gobierno federal también permite este tipo de cambios en el pasaporte y expedientes del Seguro Social y de la Administración de Salud de Veteranos.

Por otra parte, la Orden Ejecutiva 2015-28 estableció que la Secretaria de Salud implementaría las medidas administrativas necesarias para garantizar el trato equitativo a esta comunidad en las salas de emergencia en Puerto Rico. Ordena además que se establezca reglamentación para auditar, fiscalizar y garantizar que todo ciudadano que acuda a una institución médico-hospitalaria, para recibir asistencia en una emergencia médica, sea atendido conforme a la legislación estatal y federal independientemente de su identidad de género.

Dentro de los avances más recientes, el 3 de abril de 2018 la jueza de distrito federal Carmen Consuelo Cerezo entregó un veredicto sumario declarando como un acto inconstitucional la política del gobierno de Puerto Rico de no permitir que personas transgénero o transexuales puedan corregir sus actas de nacimiento**.** Ante esto el Tribunal de Distrito ordenó al Registro Demográfico del Departamento de Salud de Puerto Rico permitir a las personas que cambien su género, y se les expida un nuevo certificado de nacimiento consistente con su identidad. También les ordenó adoptar los criterios que utilizó el Departamento de Transportación y Obras Públicas en su formulario para cambiar su género para la licencia de conducir.

Estas medidas ayudan a combatir el discrimen y las barreras institucionales que inciden directamente en aspectos individuales y sociales tales como salud física y mental, el empleo, la familia y su seguridad, entre otros.

El desarrollo de Políticas Públicas que rijan la provisión de servicios de salud para esta población sería un gran avance. Existen centros alternativos de atención que pueden servir de modelo para los servicios de salud que cuentan con certificación y apoyo de organizaciones de diversidad sexual y de género que avalen dichos locales como los "libres de estigma y discriminación". Ejemplos de estos centros los constituyen los "Centros Amigables para la diversidad Sexual" en Argentina y "ovejas negras" en Uruguay (PSPT, 2012).

El manual "Por la Salud de las Personas Trans: Elementos para el desarrollo de atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe" desarrollado mediante la unificación de varias iniciativas de la Organización Panamericana de la Salud basado en el trabajo original del Walter Bockting y Joanne Keatley entre 2011 y 2012, incluye una lista de los tratados y las declaraciones de derechos humanos que pueden orientar la formulación de políticas y leyes para proteger los derechos de las personas trans:

1. Sistema de las Naciones Unidas para la protección de los Derechos Humanos

- Declaración Universal de los Derechos Humanos
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre los Derechos del Niño

2. Sistema Interamericano para la protección de los Derechos Humanos

- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales o Protocolo de San Salvador
- Principios de Yogyakarta (2008)

Aunque ya existen mecanismos como los antes expuestos que favorecen los derechos de la población trans en diferentes escenarios, hace falta aún más esfuerzos para lograr desarrollar más legislación y políticas públicas enfocadas en áreas de la vida de estas personas que aún se encuentran desatendidas como por ejemplo el ámbito laboral, el acceso a servicios básicos, atención en centros de cuidado de salud y una mejor calidad de vida. Sin duda las Órdenes Administrativas actuales y el conocimiento que a diario se va generando sobre las necesidades de esta población sientan las bases para que en un futuro cercano se fortalezcan los derechos de las personas trans. Iniciativas como las Guías para el desarrollo de Protocolos Culturalmente Sensibles y Basados en Evidencia son sin duda un paso hacia esta dirección.

II. Aspectos Individuales:

Salud

Las personas trans tienen necesidades de salud tanto generales como específicas, y el acceso a los servicios competentes para hacer frente a estas ha sido muy limitado. Entre las necesidades generales está la atención primaria básica, incluida la salud sexual que tome en cuenta la diversidad de las identidades de género, las expresiones de género, la anatomía, la sexualidad y las prácticas sexuales que se encuentran en esta población (Bockting, W., Keatley. J., & Organización Panamericana de la Salud, 2012). Esta situación se ve más complicada cuando está presente la realidad de que las intervenciones y servicios de salud para la población trans están aún menos disponibles en la región de Latinoamérica y el Caribe (LAC) (PSPT, 2012).

Como se ha visto en secciones anteriores elementos sociales y barreras con las que se topa la población trans influyen tanto en su salud física y emocional. En el 2013, el Consejo Presidencial sobre VIH y SIDA (Presidential Advisory Council on HIV/AIDS) presentó un reporte que incluía una sección sobre la población transgénero en el que afirmaron que las consecuencias psicosociales del estigma, como la depresión y la baja autoestima, llevan a un bajo poder de negociación en las relaciones con las parejas principales y una baja autoeficacia para negociar relaciones sexuales sin riesgo. Los hallazgos de los grupos focales de este estudio sugirieron que algunas personas transgénero de sexo masculino a femenino participan en relaciones sexuales ocasionales con parejas múltiples para afirmar sus identidades de género femeninas y participar en el uso de sustancias para lidiar con el estrés asociado con el trabajo sexual y la depresión (Nemoto, 2004).

Según Bockting, W. y Keatley, J., (2011) dentro de los principales problemas de salud documentados hasta la fecha de la población trans relacionados con factores sociales se incluyen los siguientes:

- Altos niveles de exposición a violencia verbal, emocional y física, incluyendo ataques fatales (crímenes de odio)
- Alta frecuencia de problemas relacionados con la salud mental por causas externas
- Alta tasa de prevalencia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual
- Alto consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Efectos negativos de hormonas auto administradas, inyecciones de relleno de tejidos blandos y otras formas de modificaciones corporales, incluyendo complicaciones por malas intervenciones de reasignación de sexo
- Problemas de salud reproductiva.

Además de lo anterior, esta población suele incurrir con frecuencia en procedimientos de modificación corporal que igualmente pueden exponer su salud de no hacerse de manera segura. Todo esto denota la atención particular que requiere esta población en vista de los múltiples factores de riesgo existentes para su salud como consecuencia de sus realidades individuales y sociales.

Modificación Corporal

El proceso de creación y mantenimiento de la identidad en las personas transexuales para la reflejar el género con el que se identifican las conduce a llevar a cabo modificaciones para acercarlo en lo posible al cuerpo que les corresponde (GSIPT, 2015). Existen diferentes métodos a los que recurren las personas trans para hacer modificaciones a su cuerpo. Este proceso es conocido como *afirmación*. En el mismo se suele incurrir en prácticas que pueden atentar contra la salud y ponerla en riesgo, particularmente cuando se trata de reflejar físicamente el género o identidad sexual deseada. En el caso de las personas trans, existen dos tipos de modificaciones corporales, estas son las Modificaciones No-Invasivas (MNI) y las Modificaciones-Invasivas (MI). Estos métodos se usan dependiendo de las posibilidades económicas y la pertenencia a determinados grupos socioculturales (GSIPT, 2015).

En su mayoría, las Modificaciones No-Invasivas incluyen las siguientes alternativas:

Cambio en conducta - Esto incluye la adopción de gestos y posturas, el entrenamiento y manejo de la voz, el uso de vestimenta e indumentaria, el peinado, modificaciones en el vello corporal, la cosmética y el maquillaje, entre otras.

Modificación Aspecto del Busto – Para estos fines suelen utilizarse camisas o chalecos compresores al igual que vendas elásticas para ocultar su apariencia. Para aumentarlos, se suelen utilizar maquillajes, corpiños con relleno y/o prótesis externas de silicona. La utilización de cinta de embalaje para disminuir o aumentar el aspecto del tamaño del busto se encuentra contraindicada debido a que puede comprometer los movimientos ventilatorios y generar afecciones a nivel de la piel, en ocasiones de gravedad.

Ocultación de testículos y/o pene - Para ello se colocan los testículos en el conducto inguinal, se lleva hacia atrás la bolsa escrotal con el pene y se los sostiene mediante ropa interior ajustada. Si bien esta práctica puede, inicialmente, producir dolor, este suele ceder con el tiempo. Otras personas, en cambio, abultan la zona púbica a través del uso de prótesis, dildos u otros elementos.

Por otra parte, las Modificaciones Invasivas suelen ser más complejas e implican mayores riesgos si no se llevan a cabo por profesionales de la salud certificados y bajo condiciones apropiadas. A igual que las alternativas de modificaciones corporales antes mencionadas, los métodos invasivos pueden tener efectos adversos o resultados diferentes a lo esperado. Por tales razones es importante que se oriente a las personas interesadas en este tipo de cirugía respecto a los posibles resultados y/o consecuencias adversas de salud que este tipo de intervención puede traer. Entre las más frecuentes se encuentran las siguientes:

Inyección de Aceites y Silicón Líquido - Existen distintas sustancias químicas, como los aceites (industriales, minerales o vegetales) y la silicona líquida, que se infiltran en diferentes zonas del cuerpo (mamas, nalgas, caderas, nariz, labios, mentón) a modo de relleno. El uso de estas sustancias suele ser prohibido debido a las complicaciones de salud que estas pueden traer. Sin embargo, muchas personas desconocen los riesgos de salud que estas traen.

Uso de hormonas - El uso de hormonas feminizantes tiene como objetivo modificar el cuerpo masculino y provocar el desarrollo de características sexuales secundarias tales como senos y caderas. Un factor asociado a los riesgos de infección por VIH/ SIDA es el uso de agujas y jeringas para la aplicación de hormonas y aceites con el fin de reafirmar la nueva identidad y hacer las modificaciones corporales deseadas para convertirse en integrante del género en proceso de adopción.

Entre las complicaciones locales que puede traer la inyección de sustancias para modificación corporal se encuentran dolor, aumento de temperatura, eritema, induración, ulceraciones, fibrosis, formación de granulomas y/o abscesos, atrofia cutánea, sobre infección, fístulas con expulsión de la sustancia de relleno, cicatrices queloides, discromías y deformación de la zona afectada. La aparición de estas complicaciones puede traer consigo alteraciones funcionales (por ejemplo, dificultad para caminar), muchas veces severas. Además, es posible que el material inyectado migre de manera gravitacional a zonas más declives o, a través de la vía linfática, a otras regiones del cuerpo. La gran mayoría de las veces, el abordaje terapéutico se limita al manejo de las complicaciones mediante la administración de antiinflamatorios no esteroides y/o corticoides (GSIPT, 2015).

Cirugías - Las cirugías representan el sistema más seguro de modificación corporal cuando son practicadas por cirujanos responsables. La mismas pueden incluir implantes y/o cirugías irreversibles. Los implantes se utilizan de forma más frecuente. Mayormente implican la colocación de cápsulas o empaques artificiales, comúnmente formados por silicona antialérgica, que son implantados bajo el músculo pectoral para dar forma a los senos femeninos. El costo de los implantes suele ser elevado ($3,000 o más dólares, más los costos de operación que pueden llegar a los $1,000). Según GSIPT (2015), esto lleva a la existencia de un mercado de intercambio y venta de implantes usados, particularmente entre las trabajadoras sexuales. Prácticas que pueden resultar riesgosas a la salud.

Las cirugías permanentes son aquéllas en las que algunos órganos y tejidos son extirpados del cuerpo con el fin de formar nuevas estructuras. Ante los altos costos de los antiandrógenos (sustancias bloqueadoras de la testosterona) que se utilizan para la terapia de reemplazo hormonal, algunas transexuales optan por la extirpación de testículos. Esta cirugía elimina permanentemente la producción de testosterona como parte de un proceso de feminización definitivo. Su costo sobrepasa los $1,500, más medicamentos. En algunos casos, las mujeres transexuales buscan la reasignación genital a través de la vaginoplastía, que es la construcción de un conducto vaginal a través de invertir el pene y utilizar el escroto como labios externos e internos (GSIPT, 2015).

Por su parte, otro sector de la población transexual ha basado su construcción de identidad de género en la posesión de características sexuales secundarias, en especial, la presencia de senos. Esta creencia ha generado la difusión de mitos y costumbres peligrosas, como que las inyecciones de ampolletas de cuerpo amarillo, aplicadas directamente en la glándula mamaria, provocarán el crecimiento de senos o que este mismo efecto puede lograrse combinando píldoras anticonceptivas con cerveza (PSPT, 2012). En el caso de las mujeres trans, muchas de ellas utilizan sustancias ajenas a su

cuerpo para acercarlo a la anatomía con la cual se identifican, lo que las pone en riesgo de padecer la Enfermedad Humana por Adyuvante, que es una afectación del tejido conectivo por el uso de silicona, implantes y otras sustancias con fines cosméticos. Por otra parte, la errónea inclusión de las mujeres transgénero y transexuales dentro de las categorías de hombres gay u hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ha provocado que las primeras se mantengan alejadas de los servicios de atención médica por considerar que éstos no las incluyen por razones de identidad (GSIPT, 2015). Este tipo de práctica podría incurrir en peligrosidad y riesgos a la salud en esta población.

VIH y Enfermedades Infecciosas

Las personas transexuales son más vulnerables a recibir la transmisión de enfermedades infecciosas tanto por el constante uso de jeringuillas y agujas para la aplicación de agentes feminizantes (hormonas), como por la violencia sexual, el estigma y la discriminación que afectan la adherencia a los tratamientos contra las infecciones. La literatura ha sugerido varios factores de riesgo para la transmisión del VIH en la población trans. Según Nuttbrock (2009) más de la mitad de hombres y mujeres trans suelen reportar historial de parejas sexuales comerciales (trabajo sexual) que ciertamente los ubica en un alto riesgo de infección por VIH e ITS. Debido a las dificultades que enfrentan tanto para obtener como para mantener el empleo, estos suelen verse obligados económicamente a incurrir en trabajo sexual lo que los expone aún más a los riesgos mencionados anteriormente. El uso de sustancias no inyectables puede también aumentar ampliamente la vulnerabilidad al VIH/ITS (Nuttbrock ,2009).

Consejería de Salud Sexual y Reproductiva

Al igual que la población sexualmente activa general, es importante proveer consejería de salud sexual y reproductiva a pacientes trans. La misma debe ser sensible y hacer que el paciente se sienta en confianza para hablar de sexualidad, brindar información, asesoramiento y acompañamiento en la toma de decisiones. Todo esto a la luz de la perspectiva de género y la diversidad sexual y corporal y el respeto hacia la identidad del paciente. Hay que promover conductas preventivas y prácticas de cuidado tales como métodos anticonceptivos, ITS, situaciones de violencia, aborto y derechos reproductivos, entre otros.

Uso de Sustancias

Como se ha mencionado previamente, existen factores sociales que se incluyen en la adopción de conductas de riesgo en la población trans. El acceso limitado a oportunidades de empleo puede provocar que muchos recurran a trabajo sexual para sufragar sus gastos de vida y muchas veces gastos relacionados con modificaciones corporales. Esto trae como consecuencia el consumo de sustancias, algo bastante común, sobre todo alcohol y cocaína, durante el trabajo sexual (Cáceres, Salazar, Rosasco, y Salazar, 2006). (PSPT, 2012).

En la atención de las personas trans puede surgir el consumo problemático de drogas como motivo de consulta. Es importante reconocer este problema y brindar un asesoramiento adecuado al tipo de consumo: cuál sustancia, con qué frecuencia y cuál vía de administración. En este sentido, se impone adoptar criterios y prácticas inscriptas en la llamada reducción de daños. Se trata de una estrategia de abordaje de los daños potenciales relacionados con el uso de drogas. Tiene como primer objetivo disminuir los efectos negativos producto del uso de drogas, y a partir de allí, construir conjuntamente con la persona que consulta objetivos de mayor complejidad, con el fin

de mejorar la calidad de vida de los usuarios de drogas Recchi, J., Sotelo,J. & Santamaría, C. (2016).

Otras Condiciones de Salud

Otros problemas de salud identificados por las personas trans de Latinoamérica y el Caribe, especialmente aquellas que trabajan en las calles, incluyen varios problemas asociados a las dificultades de trabajar en esas condiciones (PSPT, 2012). Entre estos se encuentran los siguientes:

Problemas dermatológicos (erupciones, prurito, pústulas, infestaciones parasitarias) como resultado del uso de prendas de versar ajustadas y rellenos hechos de fibras sintéticas, sudoración excesiva y la falta de acceso a servicios básicos de higiene
Problemas dentales
Problemas de sueño
Problemas de nutrición incluyendo anorexia, bulimia y desnutrición.
Heridas, incluyendo las consecuentes de la violencia sexual
Consecuencias físicas y psíquicas de la intimidación (bullying), el acoso y la transfobia
Problemas de salud específicos asociados con el trabajo sexual

El contexto de la estigmatización y la marginación, las múltiples dificultades que las trabajadoras del sexo trans deben soportar, la falta de acceso a la atención de la salud y la auto-administración de hormonas y silicón están bien documentados y resultan muy preocupantes. Todos los futuros esfuerzos para promover la salud de las personas trans en la región de LAC deben tener esto en cuenta (PSPT, 2012).

Al abordar las necesidades de salud de las personas trans y sus comunidades, las puertas están abiertas para desarrollar los servicios adecuados que les permitan superar los problemas más críticos que afectan a su bienestar y calidad de vida, incluyendo el malestar relacionado con características sexuales primarias y secundarias de nacimiento. Por otra parte, el sector de la salud puede y debe promover la solidaridad social necesaria para el respeto a la diversidad y el rechazo a las expresiones de odio e intolerancia. Estos son pasos esenciales para reducir las desigualdades sociales y garantizar la igualdad de protección del derecho a la salud y otros derechos humanos de las personas trans en Latinoamérica y el Caribe.

Salud Mental

Las personas trans enfrentan a lo largo de sus vidas desafíos únicos que no son fácilmente comprendidos. Muchas veces el estigma impuesto ya sea por la familia o la sociedad en general es internalizado y con frecuencia genera sentimientos de culpa y vergüenza que lleva a las personas trans a experimentar baja autoestima y sentimientos de no ser dignas de ser amadas. Ante esto, las personas trans se encuentran en riesgo de experimentar niveles altos y crónicos de estrés, asociado a tasas desproporcionadas de problemas mentales tales como depresión, ansiedad y tendencias y conductas suicidas (Bockting, Miner, Swinburne Romine, Hamilton, y Coleman, 2011). No es de sorprender que, ante esta realidad, se ha reportado un mayor número de intentos

suicidas en esta población (Clements-Nolle, 2001; Clements-Nolle, 2008; Nemoto, 2004).

Dada la realidad de las múltiples amenazas a la salud mental y emocional de las personas trans, es importante que los proveedores de servicios de salud exploren si existe depresión, ansiedad, trastorno bipolar o antecedentes de trauma, entre otras condiciones o problemas emocionales. Igualmente es importante que consulte, si necesario, con un proveedor de salud mental que ayude a identificar mediante cernimientos apropiados cualquier condición mental en la persona trans. Además de esto, hay que tener presente que muchos individuos trans buscan terapia como parte de su proceso de transición. Por lo que es importante explorar la salud y estabilidad mental y emocional de esta población como parte del cernimiento de salud y cuidado primario (Maguen, S., Shipherd, J. & and Harris, H. (2005).

III. Aspectos Sociales

Estigma y Disparidades en Salud

La población de personas trans es una altamente estigmatizada. Su calidad de vida se ve obstaculizada por múltiples barreras sociales y culturales que enfrentan a diario. Por tanto, las experiencias de las personas trans, su salud y bienestar, y su acceso y utilización de los servicios de salud no pueden entenderse sin tener en cuenta el contexto sociocultural en el que viven. Uno de los factores que más influyen en la salud de esta población lo es el estigma asociado con la variación y no conformidad de género (PSPT, 2012). Este, aunque similar al de las personas homosexuales, se diferencia en que las personas trans, por lo general, muestran con mayor visibilidad su no conformidad con el género que los homosexuales, lesbianas o bisexuales. Lo que las expone a un alto nivel de estigma y discriminación relacionados al género.

Según el Consejo Asesor Presidencial sobre VIH/SIDA (2012, en Chainani, K., 2015), las personas trans enfrentan la discriminación en servicios de la salud, la vivienda, el empleo, la educación y el reconocimiento legal. El Informe Nacional de Disparidades de la Salud de los Estados Unidos sugiere que las personas trans tienen probabilidades desproporcionadamente mayores de experimentar violencia doméstica, en la calle e incluso en entornos de atención de salud debido a su orientación de género. Además, tienen cuatro veces más probabilidades que la población general de vivir en la pobreza extrema, más probabilidad de que no puedan contar con servicios de seguro de salud y tienen menos probabilidades de acceder a atención médica preventiva que permita la identificación y tratamiento de la enfermedad (National Healthcare Disparities Report, 2015).

Las consecuencias de la estigmatización pueden ser devastadoras. La literatura trans revela altas tasas de depresión y suicidio como consecuencia de estos factores sociales (Clements-Nolle et al., 2008). Debido a los muchos obstáculos discriminatorios que enfrenta la comunidad trans, estos se ven involucrados en comportamientos riesgosos como el proceso de 'transición' con la ayuda de amigos, el abuso de drogas y alcohol, el trabajo sexual y el uso compartido de drogas inyectables y su respectiva parafernalia. Debido a la prevalencia de conductas de riesgo en la comunidad trans,

algunos investigadores han concluido que la comunidad trans está en un riesgo muy alto de la infección por el VIH, así como la hepatitis C (VHC), y varias enfermedades de transmisión sexual (Clements-Nolle et al., 2008).

El estigma trae consigo multiplicidad de barreras en el acceso a recursos, siendo uno de ellos la educación y el empleo. La deserción escolar interrumpe la educación, y la discriminación laboral limita aún más la capacidad de las personas trans de buscar trabajo y de establecer apoyos sociales saludables (PSPT, 2012). Por otra parte, el bullying y el acoso al que suelen enfrentarse las personas trans en el ámbito educativo son también elementos que añaden barreras a las posibilidades de progreso y desarrollo de esta población. Esto se ve con frecuencia porque los sistemas educativos no están preparados para atender los asuntos de violencia y discrimen relacionados al género. Este panorama lleva a las personas a la deserción escolar y a exponerse a condiciones de vida precarias y a buscar alternativas laborales y/o de acceso a recursos que ponen en riesgo tanto su vida como su salud. Ante esto, el consumo de drogas parece ser una forma común de enfrentar estas dificultades. En consecuencia, los sistemas educativos deben desempeñar un papel en la mejora de la calidad del ambiente educativo mediante la prevención del estigma, la discriminación y el acoso, medidas que contribuirían a reducir la deserción escolar de las personas trans (PSPT, 2012).

Violencia

Las diferencias estadísticas, tanto entre LAC y otras regiones, como entre los distintos países de la región, pueden reflejar múltiples tasas de notificación y registro explícito de los actos de violencia contra las personas trans como una categoría específica. Sin embargo, las cifras absolutas disponibles hablan claramente en lo que respecta a los riesgos generalizados para la vida y la integridad física que enfrentan las personas trans en toda la región.

En 2011, la Encuesta Nacional sobre la Discriminación Transgénero en los Estados Unidos, reportó que la población trans es más propensa a experimentar violencia tanto en el hogar como en la calle y hasta en escenarios de servicios de salud (Chainani, K., 2015). La base de esta violencia es la transfobia, es decir, actitudes y comportamientos individuales y grupales de rechazo, desprecio, desdén y violencia hacia las personas trans. La transfobia está fuertemente ligada a la ignorancia, temores irracionales y sentimientos infundados de amenaza contra la integridad del agresor.

Dado que las personas trans son víctimas de ataques, muchos de ellos de carácter muy grave, el punto de entrada para muchas personas trans al sistema de salud son los servicios de urgencias de clínicas y hospitales. Para las personas que, a menudo, son pobres, sin hogar y maltratadas, un ataque violento añade una pesada carga adicional para la salud y la calidad de vida. Los proveedores de salud deben estar bien conscientes de que las víctimas de la violencia están profundamente afectadas y bajo gran estrés, y se debe evitar añadir cargas adicionales a su ya difícil situación. Éstos deben tener una actitud abierta, respetuosa y sin prejuicios. Una agresión sexual puede ocurrir durante o después de las agresiones físicas. Es muy probable que las personas trans que han sido víctimas de violencia física y sexual se encuentren en una profunda conmoción emocional que debe ser tratada junto con las lesiones físicas, además de

ofrecer la profilaxis adecuada post-exposición para VIH y otras ITS, de acuerdo con los lineamientos nacionales e internacionales. Los proveedores de salud de los servicios de urgencia constituyen una primera línea de equipos de atención a la salud que deben ser culturalmente competentes y con las habilidades para tratar a las personas trans (PSPT, 2012).

Pobreza

La Encuesta Nacional sobre la Discriminación Transgénero (2011), reportó que la población trans en los Estados Unidos tiene cuatro veces más probabilidades que la población general de vivir en la pobreza extrema, más probabilidades de no tener seguro y menos probabilidades de recibir atención preventiva que pueda detectar enfermedades como el cáncer al principio de la progresión de la enfermedad (PACHA, 2013). Fletcher, (2014), llevó a cabo un estudio cuyos resultados demostraron que las mujeres trans sin hogar reportaron tasas significativamente más altas de consumo de drogas ilícitas que las mujeres trans con hogar. Este mismo estudio reportó que mujeres trans con hogar y con hogares marginales se vieron más involucradas en procedimientos ilegales de inyección de hormonas en comparación con las mujeres trans sin hogar. Este estudio también reportó altas tasas de trabajo sexual, aunque el sexo con una pareja de intercambio fue más común entre las mujeres transexuales que vivían en hogares marginales. Este estudio demuestra el hecho de que las altas tasas de personas sin hogar se correlacionan con un mayor consumo de drogas, por lo tanto, reducir la falta de vivienda en esta población podría reducir el consumo de drogas inyectables y probablemente reducir la transmisión del VIH.

Si a esto añadimos la discriminación en términos de empleo a la cual se expone esta población, vemos como se añaden variables de riesgo económico que limitan el acceso a vivienda segura, renta, comida, ropa, cuidados de salud y medicamentos, servicios legales y educación, entre otros. Según el Informe Nacional de Disparidades de la Salud de 2011, las personas trans en los Estados Unidos presentan desproporcionadamente más probabilidades de experimentar violencia en el hogar, en la calle e incluso en entornos de atención médica. Según Mara Keisling, Directora Ejecutiva del National Center for Transgender Equality (año), la población trans, particularmente latinos y negros, experimentan situaciones de riesgo que incluyen violencia, altas tasas de VIH y SIDA, no tienen hogar y viven en extrema pobreza. Lo que levanta la atención al desarrollo de medidas y políticas públicas que protejan la vida y la salud de esta población (GSIPT, 2015).

Al conocer la realidad social de las personas trans podemos ver que, por un lado, la pobreza reproduce el efecto indirecto de la estigmatización al privar a las personas afectadas de los medios necesarios para acceder a los servicios de salud. Por otro lado, la privación socioeconómica reduce las opciones de vida de una persona a situaciones como el trabajo sexual ilegal, que puede llevar a mayores riesgos de salud y al mismo tiempo tienden a reforzar el mismo estigma que ha contribuido a la privación en el primer lugar (PSPT, 2012).

Servicios Culturalmente Sensibles

Las personas trans históricamente han evitado concurrir al sistema de salud por vivir en él recurrentes modos de exclusión, discriminación y violencia, basados en su identidad y/o expresión de género (GSIPT, 2015). Las personas trans enfrentan constantes disparidades relacionadas con acceder a los servicios de salud, en particular los que son trans-amigables y afirmativas. Las personas trans enfrentan una variedad de barreras únicas para mantener su salud, por miedo a la discriminación de los proveedores, así como barreras financieras y de seguridad para acceder a la atención médica (AIDS United, 2017).

Dado el alcance de los aspectos que pueden ser identificados por los individuos trans cuando están en búsqueda de terapia, es importante que los profesionales de la salud se eduquen sobre las cualidades de esta población con el fin de proporcionar la atención más, sensible y de apoyo posible (Chainani, K., 2015). Como resultado de la estigmatización y patologización que han sufrido las personas trans, puede suceder que se encuentren especialmente nerviosas, retraídas o tengan una actitud defensiva en el ámbito de la consulta de salud, sobre todo en el primer encuentro. Uno de los grandes desafíos para los equipos de salud, y también una responsabilidad, es actuar a través de prácticas y procedimientos centrados en el reconocimiento de la libre expresión, y los múltiples tránsitos en los géneros, como un derecho de todas las personas. Esto supone trabajar los propios prejuicios, concepciones y creencias, para que no funcionen como obstáculos en el acceso a la atención ni generen prácticas discriminatorias y/o violentas.

Otro de los factores que limitan el acceso a la atención culturalmente sensible, así como a la atención a salud trans-específica, es la falta de educación y formación de profesionales de la salud. Con el fin de cumplir con las normas de competencia cultural, el personal y los proveedores de salud en cualquier ámbito de la atención de la salud deben estar capacitados y preparados para ser sensibles y respetuosos con las personas, con las identidades de género y expresiones diversas. Esto podría ser parte de toda formación académica y profesional. Se debe prestar especial atención al uso de los nombres y pronombres preferidos por las personas para así comunicar el respeto a la identidad de género de la persona que consulta. Es preferible preguntar que asumir, a fin de que no se cause incomodidad ni se falte el respeto a la persona ni ante otras personas presentes. Los proveedores de atención primaria deben ser conscientes de las cualidades que debe tener la atención trans-específica sin ser necesariamente expertos en la prestación de dicha atención (PSPT, 2012).

El Manual Por la Salud de las Personas Trans (2012) recomienda que cuando son consultados o tratan personas trans, los proveedores de salud deben adherirse a los dos siguientes principios fundamentales:

1. Respetar la identidad de género preferida por la persona consultante y utilizar los nombres, pronombres y terminología que la persona prefiera.
2. No tratar a la persona trans como si solo fuera un cuerpo. El cuerpo de una persona trans puede tener elementos, rasgos o características que no se ajustan a la identidad de género de la persona. Por lo tanto es importante señalar que para las personas trans, su anatomía no necesariamente las define, aunque esa

anatomía puede requerir tratamientos que típicamente suelen otorgarse a las personas del otro sexo. El profesional debe respetar la identidad de género de la persona que consulta independientemente de su apariencia física.

En diciembre de 2016, AIDS United convocó a un *'Think Tank'* con líderes transgéneros en Detroit para discutir barreras y oportunidades para servicios de cuidado de VIH en las comunidades trans. Las recomendaciones surgidas de esa discusión proveen pasos específicos y medibles que las organizaciones pueden llevar a cabo para mejorar los servicios que ofrecen a personas VIH trans. Dentro de las recomendaciones ofrecidas por este grupo para mejorar las prácticas para servicios de clínicos de cuidado para pacientes VIH se encuentran las siguientes:

1. Implementar servicios de cuidado de salud y de enlace a tratamiento sin barreras.
2. Las organizaciones de cuidado de la salud deben, reclutar, contratar, adiestrar y promover proveedores de servicios de salud-trans.
3. Los proveedores y organizaciones de cuidado de salud deben afirmar y respetar todas las identidades y presentación de género de sus clientes.
4. Los proveedores de salud deben asumir responsabilidad por educarse y desarrollar su capacidad para ofrecer servicios a la población trans.
5. Los servicios de cuidado apropiado deben ser provistos a todos los clientes trans que lo necesiten.
6. Las organizaciones de cuidado de salud deben comprometerse en una evaluación continua de la satisfacción de la población trans con los servicios ofrecidos.
7. Por otra parte, el grupo ofreció también recomendaciones a proveedores de servicios sociales para pacientes de VIH.
8. Los proveedores de servicios sociales deben afirmar y respetar todas las identidades y presentaciones de género de las personas trans.
9. Los proveedores de servicios sociales deben comprometerse con un proceso continuo de evaluación de satisfacción de la población trans con los servicios de cuidados recibidos.
10. El liderazgo trans y el personal deben estar en el centro de los programas sociales para asegurar que los servicios son informados e implementados por aquellos que tengan experiencia con la población trans. Las organizaciones deben reclutar, contratar, adiestrar y promover empleados trans.
11. Los servicios provistos a clientes trans deben estar informados en trauma tanto en sus acercamientos como en su implementación.
12. Los programas de servicios sociales deben evaluar y eliminar cualquier barrera que limite el acceso a servicios de la población trans.
13. Los proveedores de servicios sociales deben involucrarse regularmente en capacitaciones y oportunidades de aprendizaje sobre la comunidad trans y tener acercamientos al servicio desde la humildad cultural.

Mientras que, el Manual 'Atención de la Salud Integral de Personas Trans: Guías para equipos de Salud'(2015), recomienda que para garantizar el respeto de la identidad de género de las personas se debe realizar lo siguiente:

- Preguntar a la persona cuál es su nombre y de allí en adelante utilizarlo.
- Llamar a la persona por su apellido cuando no se tiene seguridad si el nombre que figura en los registros es el que utiliza, y no es posible confirmarlo. Esto evita que las personas vivan situaciones discriminatorias que pueden resultar no solo incómodas, sino incluso humillantes.
- Nombrar y referirse siempre a la persona de acuerdo con el género expresado, por ejemplo, referirse en masculino a un varón aún si está embarazado.
- Evitar el uso de expresiones que señalen género ("señorita", "caballero", etcétera) cuando éste no se conoce.
- Incluir en todo instrumento de registro (planilla de turnos, historia clínica, certificados, expedientes, etcétera) únicamente el nombre expresado por la persona.
- Contemplar la amplitud de experiencias en relación con los géneros, las sexualidades y las corporalidades, incluso en los instrumentos de registro.
- No prescribir tratamientos y/o evaluaciones psicológicas o psiquiátricas a ninguna persona por su identidad y/o expresión de género.
- Internar a las personas en salas acordes con el género expresado, siempre con su consentimiento, bajo condiciones adecuadas de privacidad y seguridad.
- Asegurar la privacidad y la confidencialidad en la consulta.

Según el manual, estas prácticas deben llevarse a cabo siempre, independientemente de que la persona haya realizado o no el cambio registral. Se debe tener en cuenta, además, que la presentación del documento de identidad en ningún caso puede ser un requisito para acceder a la atención en el sistema de salud.

El Manual de Atención de la Salud Integral de Personas Trans, también resalta que es importante que durante la entrevista se habilite un espacio de diálogo e intercambio. En este sentido, resulta útil mencionar algunas claves para el desarrollo de la comunicación y el vínculo con los participantes trans:

- Asegurar la privacidad, la confidencialidad y el respeto por la intimidad
- Escuchar lo que la persona dice, generando un clima respetuoso y contenedor
- Dar lugar al intercambio y habilitar a que la persona se anime a preguntar, relatar sus experiencias y expresar sus necesidades
- Respetar los silencios
- No indagar en cuestiones que la persona no desea compartir
- Asumir una actitud y un tono que no resulten valorativos, sancionadores, taxativos o terminantes
- Utilizar un lenguaje no patologizante ni discriminatorio
- Brindar información en términos claros y comprensibles
- No presuponer las orientaciones sexuales ni las prácticas sexuales de las personas

El tipo de preguntas y la información brindada dependerán de las situaciones que se vayan generando. No obstante, hay cuestiones centrales a abordar en las distintas consultas de salud:

- Motivo de Consulta
- Antecedentes Médicos Personales
- Antecedentes médicos familiares
- Aspectos psicosociales

El Manual Por la Salud de las Personas Trans (2012) incluye una sección con descripciones de atención médica culturalmente competente para la población trans que ilustra con ejemplos prácticos aspectos y características que debe contener un centro de servicio de salud apropiado para atender a la población trans. El mismo incluye elementos tanto de estructura física como de documentación en las diferentes fases del proceso de atención de salud a esta población. Se recomienda, además de lo anterior, se ofrezcan todos los exámenes médicos y de laboratorio de rutina que correspondan, incluyendo los ginecológicos, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, hipertensión arterial (HTA), diabetes (DBT) y dislipidemia, Osteoporosis VH, otras enfermedades de transmisión sexual, cáncer de mama, cáncer cervical, cáncer de ovario, de próstata, del colon, entre otros.



PRÁCTICAS CULTURALMENTE SENSIBLES BASADAS E INFORMADAS EN EVIDENCIA



Prácticas Culturalmente Sensibles Basadas e Informadas en Evidencia

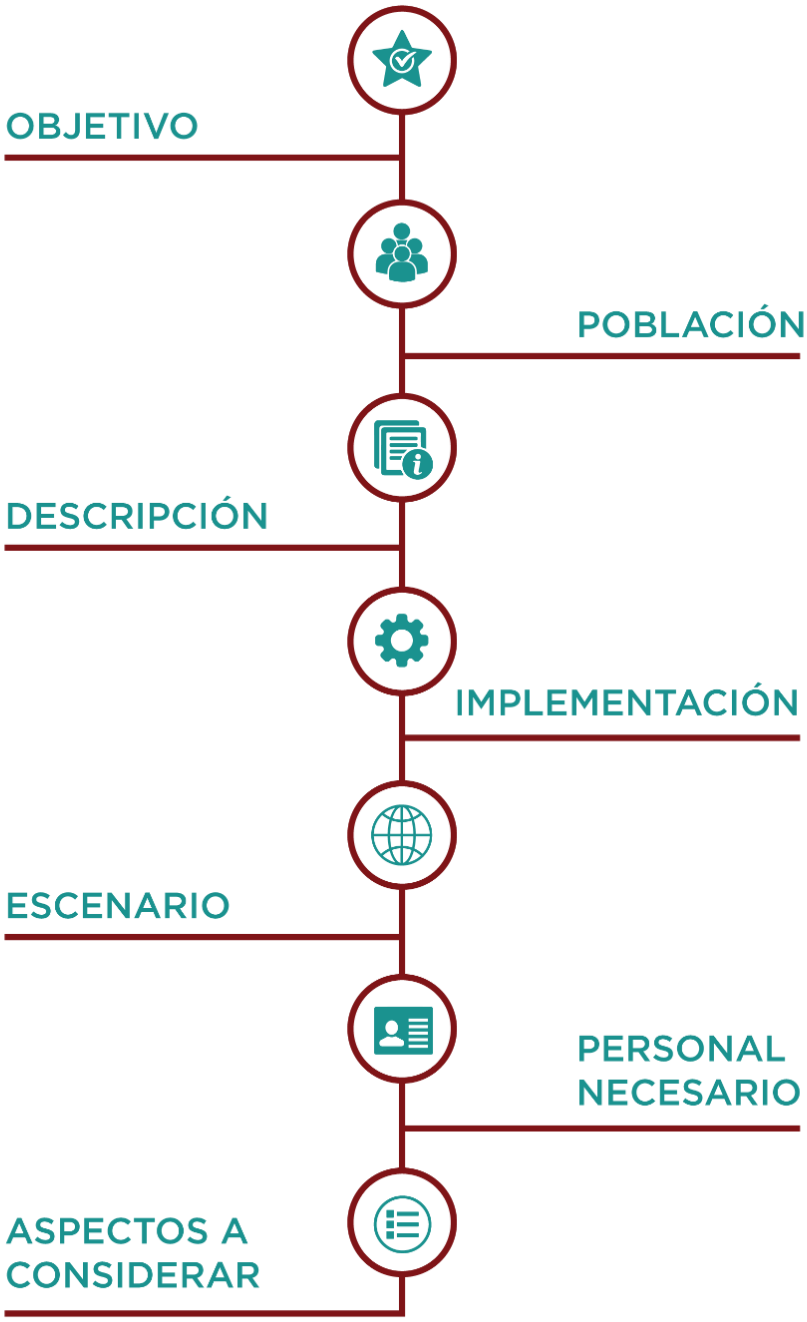
Dada la necesidad de contar con herramientas efectivas para atender las brechas en el servicio, así como para fortalecer el enlace, retención y adherencia, se han desarrollado múltiples estrategias que contribuyen a fortalecer estos elementos tan importantes dentro del tratamiento de VIH. La siguiente sección, presenta diferentes prácticas basadas e informadas en evidencia, que han demostrado efectividad al ser integradas como parte al tratamiento de VIH desde diferentes contextos. Las prácticas basadas en evidencia (PBE) son un acercamiento teórico que enfatiza la importancia de fundamentar las prácticas (intervenciones, servicios que ofrecemos, decisiones y/o políticas que asumen las instituciones o profesionales) en el cúmulo de evidencia científica existente que comprueben su funcionamiento y efectividad, para lograr los resultados que se desean. En el caso de las prácticas informadas en evidencia (PIE) hablamos de intervenciones que, aunque cuentan con un marco teórico y literatura que sustenta su desarrollo, no ha pasado por un proceso de evaluación/investigación (Instituto Tercera Misión)

Las mismas, trabajan aspectos tales como enlace, retención, detección de uso problemático de sustancias, adherencia, apoyo social y familiar y atención de asuntos vinculados a salud sexual, entre otros. Muchas de estas estrategias fueron compiladas como parte del proyecto HIV/AIDS Prevention Research Synthesis (PRS). Este proyecto, tenía como propósito identificar las intervenciones basadas en evidencia (EBIs) y las mejores prácticas para la prevención del VIH. La identificación de estas intervenciones y mejores prácticas en Enlace, Retención o Re-enlace en cuidado de VIH (LRC, por sus siglas en inglés) culminó en 2013, con la publicación de un compendio.

Otras de las estrategias incluidas en esta sección, han sido identificadas por el Programa de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) titulado Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS, por sus siglas en inglés). A través de este, se han desarrollado numerosos modelos innovadores para involucrar a las PVVS de difícil acceso en la atención. HRSA apoya la evaluación de estos esfuerzos y ayuda con la difusión de la investigación resultante de cada proyecto. Mediante estas herramientas, se puede obtener una visión general de las poblaciones difíciles de alcanzar más afectadas por el VIH y las barreras que éstas enfrentan para acceder a servicios de prevención, pruebas de detección, tratamiento y atención del VIH, así como a otros servicios complementarios.

Ver anejo 5: ¿Su organización está lista para adoptar un programa basado en evidencia?

Para facilitar la revisión de las prácticas que se incluyen a continuación, se incluyen para cada una de ellas la información siguiente:



ARTAS

Tratamiento AntiRetroviral y Acceso a Servicios

Anti-Retroviral Treatment and Access to Services

Objetivos:

El objetivo principal de esta estrategia es mejorar el enlace y retención a servicios de VIH

Población:

- Personas mayores de 18 años recién (6 -12 meses) diagnosticadas con VIH y con interés en participar de la intervención.[2]

Descripción:

La intervención de ARTAS está destinada a ser implementada por agencias que llevan a cabo servicios de manejo de casos para personas que viven con VIH/SIDA o están comprometidas a enlazar a personas recién diagnosticadas con VIH a proveedores de atención primaria y / o servicios auxiliares. El tratamiento antirretroviral y el acceso a los servicios (ARTAS) es una intervención a nivel individual, de sesiones múltiples y de tiempo limitado para enlazar a las personas recién diagnosticadas con VIH con servicios de atención médica. ARTAS se basa en el modelo de Manejo de Casos Basado en Fortalezas (SBCM, por sus siglas en inglés), que tiene sus raíces en la teoría cognitiva social (especialmente el concepto de autoeficacia) y la psicología humanística. El Manejo de Casos Basado en Fortalezas es un modelo de gestión de casos que alienta al cliente a identificar y utilizar fortalezas personales, crear metas para sí mismo y establecer una relación de trabajo efectiva con el Coordinador de Enlace (CE). El modelo MCBF ve a la comunidad como un recurso para el participante y las sesiones de los clientes tienen lugar fuera de la oficina.

Características Claves

[2] Existen unos criterios de elegibilidad establecidos por los estudios ARTAS-I y ARTAS-II que pueden ser considerados por la agencia u organización implementadora. Aunque finalmente los criterios de elegibilidad para participar de ARTAS deben ser elegidos tomando en consideración las características de la población objetivo.

Los creadores de ARTAS proponen una serie de características claves en la intervención. Estas son de gran valor en la implementación, pero pueden ser alteradas sin que necesariamente se vea afectado el resultado de ARTAS:

1. Crear y mantener relaciones efectivas con los aliados de la comunidad, y, siempre que sea posible, firmar un Memorando de Entendimiento (MOU, por sus siglas en inglés) entre la agencia implementadora y los aliados de la comunidad para facilitar el proceso de derivación.

2. Realice una sesión de cliente con dos CE, si el CE no se siente cómodo con la ubicación seleccionada por el cliente. El cliente debe aceptar este acuerdo por adelantado.

3. Implementar un enfoque de supervisión basado en las fortalezas. Esto permitirá al supervisor modelar una "actitud de fortaleza" para sus empleados.

4. Proporcionar transporte hacia y desde las sesiones del cliente y / o cita médica. Esto puede ser en forma de taxi o transporte público, reembolso o transporte en el vehículo personal del CE.

5. Ofrecer incentivos, como tarjetas de regalo o cupones de alimentos durante las cinco sesiones con los clientes y / o completar los formularios de evaluación.

6. Asista a citas médicas y de otro tipo con el cliente si así lo solicita.

Avalúo de Apresto para la Implementación

Los desarrolladores de ARTAS recomiendan que, para saber si se cuenta con los recursos/herramientas/elementos necesarios para poder implementar la estrategia, se examine si los siguientes elementos están presentes en la agencia u organización. Esto le puede ayudar a tener una idea si ARTAS es una alternativa viable para incluir en sus servicios.

1. Experiencia en la provisión de servicios de Manejo de Casos
2. Contar con fuertes relaciones con los aliados (*partners)* de la comunidad
3. Capacidad Tecnológica
4. *Staffing*:
    a. Director de Programa o Gerente - Responsable de la implementación y gerencia del programa incluyendo presupuesto, administración de personal, mercadeo y rendición de cuentas.
    b. Evaluador – Diseña y monitorea el Plan e Evaluación y actividades relacionadas incluyendo el recogido y entrada de datos, desarrollo de instrumentos y reporte de resultados.
    c. Supervisor de Coordinación de Enlace – Provee supervisión directa al Coordinador de Enlace incluyendo discusión de casos y reuniones de supervisión. Debe ser una persona con experiencia y destrezas clínicas y en manejo de casos.

d. Coordinador de Enlace (CE) - Es responsable de la implementación de ARTAS. Se reúne con los clientes y les acompaña a la primera cita de tratamiento. Es responsable del mercadeo de la intervención a los aliados en la comunidad así como de la recopilación y entrada de datos. Debe tener experiencia en manejo de casos. Debido a la intensidad de la implementación de ARTAS el CE su carga de casos debe estar entre los 25 a 30 clientes.



Implementación:

La meta principal de ARTAS es el enlace a servicio de aquellas personas recién diagnosticadas con VIH. Para lograrlo es importante ayudar a los clientes a identificar beneficios y resolver las barreras que le dificultan el acceso a servicios. Esto se logra mediante la implementación de una serie de cinco (5) sesiones compuestas de diferentes actividades que van llevando al participante de manera escalonada a lograr el objetivo de enlace a servicios.

Actividades Sesión 1: Construyendo la Relación

A: Presentar los objetivos del manejo de casos y ARTAS

B: Analizar las inquietudes sobre el diagnóstico reciente de VIH

C: Comenzar a identificar fortalezas, capacidades y habilidades personales y evaluar el papel de los demás para impedir o promover el acceso a los servicios

D: Fomentar la vinculación con los servicios médicos de cuidado

E: Resumir la sesión, las fortalezas del cliente y los próximos pasos acordados

F: Planificar para la próxima sesión con el proveedor de atención médica y/o usted

Actividades Sesión 2: Enfatizar Fortalezas Personales

A: Solicitar al participante que comparta posibles preocupaciones o preguntas de la Sesión Inicial

B: Continuar identificando fortalezas, capacidades y habilidades personales

C: Estimular la vinculación con la atención médica

D: Identificar y abordar las necesidades personales y las barreras al enlace

E: Resumen de la sesión, las fortalezas del cliente, y próximos pasos acordados

F: Planificar para la próxima sesión, con el proveedor de atención médica y/o usted

Actividades Sesión 3: Aprendiendo a hacer Contacto

A: Solicitar al participante que comparta preocupaciones o preguntas de la Sesión 2.

B: Continuar identificando fortalezas, capacidades y habilidades personales del participante

C: Estimular el enlace a servicios de atención médica

D: Identificar y abordar las necesidades personales y las barreras al enlace

E: Resuma la sesión, las fortalezas del cliente y pasos a seguir acordados

E: Resumen de la sesión, las fortalezas del cliente, y próximos pasos acordados

F: Planificar para la próxima sesión, con el proveedor de atención médica y/o usted

Actividades Sesión 4: Revisión de Progreso

A: Solicitar al participante que comparta posibles preocupaciones o preguntas de la Sesión 3.

B: Iniciar el proceso de transición

C: Continuar la identificación de fortalezas, capacidades y habilidades personales del participante

D: Fomentar el enlace con la atención médica e identificar y abordar las barreras al vínculo

E: Resumir la sesión, las fortalezas del participante y los próximos pasos acordados

F: Planificar para la próxima sesión, con el proveedor de atención médica y/o usted

Actividades Sesión 5: Completando el Trabajo

A: Revisar el proceso de transición para los participantes enlazados a atención médica

B: Revisar el proceso de transición para los participantes que aún no están enlazados a atención médica

C: Transición a la administración de casos de largo plazo/Ryan White u otros proveedores

Es importante que se tenga presente todo el tiempo la flexibilidad necesaria para atender las necesidades específicas de los participantes ya que cada caso es individual. El acercamiento de ARTAS es enfocado en los participantes y cada uno de ellos puede tener necesidades muy distintas a las de otros participantes/clientes.

Igualmente es importante tomar nota en los formularios preestablecidos para estos fines y asegurar de incluir datos como, por ejemplo: Las personas que estuvieron involucradas en la sesión, lugar de reunión, servicios utilizados, aspectos importantes de conversaciones sostenidas, notas sobre cancelaciones de cita, etc.



Escenario:

Algunos ejemplos de escenarios en los cuales puede implementarse son los siguientes:

- Departamentos de Salud
- Proveedores de servicios de salud para VIH/SIDA
- Lugares que realicen pruebas de VIH
- Programas de manejo de casos de Ryan White
- Programas de tratamiento de uso de sustancias
- Organizaciones comunitarias involucradas en la prevención del VIH



Personal Necesario:

- ARTAS debe contar con personal clave para poder ser implementado de manera efectiva.

  Para esto requiere de los siguientes puestos:
  - Directores de Programas o Gerentes de Proyecto
  - Supervisores de Servicio de Enlace a Tratamiento
  - Coordinadores de Enlace a Tratamiento
  - Profesionales con experiencia en manejo de casos
  - Evaluador de Programa
  - Asistente Administrativo

Referencias

ARTAS Implementation Manual

CDC HIP –High Impact Practices Compendium (https://effectiveinterventions.cdc.gov/docs/default-source/general-docs/16-0817-hip-overview-factsheet.pdf?sfvrsn=4)

SERVICIOS DE VIH CENTRALIZADOS (CENTRALIZED HIV SERVICES)

Objetivos:

Mejorar la retención en cuidado de VIH en jóvenes

Población:

- Pacientes VIH jóvenes entre las edades de 13-23 años[3]

Descripción:

Es una in Práctica Informada en Evidencia (PIE) en la que se propone que los jóvenes pacientes de VIH reciban servicios de cuidado en una clínica multidisciplinaria cuyo personal clínico esté compuesto por proveedores de servicios para jóvenes y adolescentes, Trabajadores Sociales especializados en esta población y Manejadores de Caso. Los Manejadores de Caso y Trabajadores Sociales deben estar adiestrados para utilizar entrevistas motivacionales que promuevan la auto-eficacia, eduquen destrezas de navegación de servicios y fomenten la atención y manejo del VIH.

Esta intervención considera la retención bajo el concepto Constancia de Visitas Adecuada (CVA). Esto implica al menos tres o más trimestres en los que se haya realizado una visita a cuidado primario dentro del primer año a partir de su entrada a cuidado. Por otra parte, consideran como Ausencias en el Servicio (AS) el que hayan pasado 180 días o más entre visitas a cuidado primario dentro del primer año a partir de su entrada a tratamiento.

[3] El estudio inicial con este tipo de intervención tuvo como muestra jóvenes negros o afroamericanos y latinos pacientes de VIH entre las edades de 13-23 años.

Implementación:

Algunas de las estrategias que implica esta Práctica Informada en Evidencia (PIE) es la contratación de personal especializado en jóvenes y adolescentes que ayude a que los pacientes jóvenes que reciben servicios se sientan cómodos en el proceso. Mediante la provisión de apoyo específico para jóvenes se ofrecen oportunidades para que estos desarrollen sistemas de apoyo, conocimiento y habilidades de autogestión. Igualmente se recomienda que los servicios se ofrezcan en una ubicación central. Esto con el fin de reducir la necesidad de navegar por cuidados de salud complejos a nivel sistémico y para mejorar la coordinación de servicios. Una práctica destacada en este tipo de estrategia es el Manejo de Casos.

Escenario:

- Clínica de servicios multidisciplinarios de VIH que incluya manejo de casos y con viabilidad para contratar personal especializado en jóvenes y adolescentes para el ofrecimiento de servicios.

Personal Necesario:

- Personal médico y proveedores de servicio especializados en la población de jóvenes y adolescentes.
- Trabajador Social especializado en jóvenes y adolescentes
- Manejadores de Caso

Referencias

- CDC Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention: Enlace a, retención en y re-enlace en el Cuidado de VIH
- Davila, J. A., Miertschin, N., Sansgiry, S., Schwarzwald, H., Henley, C., & Giordano, T. P. (2013). Centralization of HIV services in HIV-positive African American and Hispanic youth improves retention in care. AIDS Care, 25, 202-206.

SBIRT - SCREENING BRIEF INTERVENTION & REFERRAL TO TREATMENT

Cernimiento, Intervención Breve y Referido a Tratamiento

Objetivos:

- El objetivo principal de SBIRT es identificar e intervenir efectivamente con aquellos que están en riesgo moderado o ya presentan problemas psicosociales o de salud vinculados con uso de sustancias.

Población:

- Personas con problemas de uso de sustancias
- Usuarios de sustancias en conducta riesgosa

Descripción:

Es una intervención basada en estrategias de entrevistas motivacionales en las que se lleva a cabo un cernimiento breve para identificar niveles de riesgo respecto al uso de sustancias seguido de una intervención educativa para crear conciencia de las consecuencias negativas de la conducta riesgosa y un referido a servicios especializados en aquellos casos que reflejen criterios diagnósticos de dependencia y/o uso problemático de sustancias y/o trastornos mentales.

VIH:

Los trastornos por el uso de sustancias, que implica patrones problemáticos de consumo de alcohol u otras sustancias, como crack, metanfetaminas, el nitrito de amilo ("poppers"), opiáceos recetados y heroína, están estrechamente asociados con el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual. (CDC FastFacts, oct 2016). El uso de drogas inyectables puede ser una ruta directa de transmisión del VIH si las personas comparten agujas, jeringas u otros materiales inyectables que están contaminados con el VIH. Sin embargo, beber alcohol e ingerir, fumar o inhalar drogas también está asociados con un mayor riesgo de contraer el VIH. Estas sustancias alteran el juicio, lo que puede conducir a conductas sexuales arriesgadas (por ejemplo, tener relaciones sexuales sin condón, tener múltiples parejas) que pueden hacer que las personas sean más propensas a contraer y transmitir el VIH. Además de esto, en las personas que viven con el VIH, el consumo de sustancias puede acelerar la progresión de la enfermedad, afectar la adherencia a la terapia antirretroviral (medicina del VIH) y empeorar las consecuencias generales del VIH.

Dado lo antes expuesto resulta relevante contar con herramientas que ayuden a identificar de manera acertada factores que puedan incidir en la prevención y/o tratamiento de VIH.

Los pacientes con problemas de dependencia a opiáceos no suelen buscar ayuda en centros de tratamiento especializados, pero sí suelen visitar con frecuencia salas de emergencia de hospitales, ya sea por las consecuencias médicas de su trastorno adictivo o por enfermedades comórbidas médicas y/o condiciones mentales. Muchos de estos pacientes, particularmente adultos jóvenes, tienen pocas o ninguna interacción con el sistema de atención médica. Por lo tanto, la visita médica puede ser su único contacto con el sistema de tratamiento y representa una oportunidad ideal para la detección, la intervención y la derivación para el tratamiento.



Implementación:

SBIRT comienza con una introducción a un cernimiento sistemático integrado en la rutina de facilidades médicas u otros escenarios comunitarios frecuentados por personas con problemas de uso de sustancias. Se utilizan instrumentos de medición de fácil administración y corta duración para identificar niveles de riesgo de uso de alcohol u otras sustancias en los pacientes. Una vez se completa esta fase, se determina la intervención o tratamiento a seguir según la información obtenida del cernimiento y las necesidades del paciente.

Cernimiento:

El cernimiento tarda generalmente 5-10 minutos y se puede repetir en varios intervalos según la necesidad para determinar cambios en el progreso de los pacientes con el tiempo. El cernimiento universal provee para identificar el nivel de servicio apropiado basado en el nivel de riesgo en que se encuentre el paciente. Para esto, SBIRT se vale de diferentes instrumentos de medición que ayudan a identificar nivel de riesgo en los pacientes. Entre los instrumentos más utilizados por la estrategia se encuentran los siguientes:

- Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)
- Drug Abuse Screening Test (DAST)
- Alcohol, Smoking, Substance Involvement, Screening Test (ASSIST)
- Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-Opener (CAGE)

Generalmente el tiempo de administración de estas pruebas de cernimiento es de dos (2) a cuatro (4) minutos (SBIRT White Paper).

Intervención Breve (IB):

Una vez completado el cernimiento, los pacientes reciben una IB, tratamiento breve o referido a tratamiento intensivo, dependiendo del nivel de riesgo reportado en el instrumento inicial. La mayoría de los pacientes reportan un mínimo o ningún problema

con alcohol o drogas. Estos casos representan una excelente oportunidad para llevar a cabo intervención de prevención primaria o universal para fomentar el uso no riesgoso y/o la abstinencia. El objetivo de una IB es educar a los pacientes y aumentar su motivación para reducir el comportamiento de riesgo. El tiempo de duración de una Intervención Breve puede implicar de 1 a 5 sesiones de aproximadamente 5 minutos de duración en las que se da una conversación para aumentar la motivación del paciente a reducir el consumo de drogas o cambiar conducta vinculada al consumo que puede ser riesgoso para la salud. En la fase de Intervención Breve es importante desarrollar rapport con el paciente mientras se exploran los pro y contra del uso de sustancias dentro de su tratamiento. Es importante que el profesional de la salud provea retrocomunicación y ayude al paciente a desarrollar apresto para un cambio en su conducta. Por lo general, esto se realiza en un diálogo de negociación en el cual el paciente y el profesional de la salud desarrollan en conjunto un plan de acción para atender la conducta riesgosa. Algunas recomendaciones de la literatura para esta fase son las siguientes:

- Comience con una conversación general
- Solicite permiso para hablar de alcohol y/o drogas
- Discuta los pro y contra del uso de sustancias
- Resuma utilizando el balance como criterio decisional
- Provea retrocomunicación
- Pida permiso para proveer información de apoyo
- Discuta los hallazgos
- Mencione las consecuencias que el uso de sustancias y/o conducta riesgosa puede causar
- Ausculte cuan dispuesto está el paciente para realizar un cambio en su conducta (Ej: ¿En una escala del 1 al 10 cuán dispuesto estás a hacer cambios en tu conducta de uso de sustancias?)
- Negocie un plan de cambio para reducir el uso a niveles de bajo riesgo o establezca un acuerdo para seguimiento con servicios especializados de tratamiento para uso de sustancias.

Tratamiento Breve (TB):

La meta de un tratamiento breve es cambiar no solo la conducta o pensamientos inmediatos respecto a comportamientos riesgosos sino que también atiende problemas a largo plazo con el consumo de drogas nocivas ayudando a los pacientes con niveles más altos de trastorno de uso problemático a buscar y obtener más atención a largo plazo. Un TB suele incluir entre 5 y 12 sesiones.

Los pacientes referidos a un tratamiento breve (TB) tienen a menudo factores de riesgo más altos que los referidos a un IB. El TB también puede requerir un curso avanzado enfocado en motivación y acercamientos cognitivo-conductuales para ayudar a los pacientes a abordar cogniciones y comportamientos no saludables asociados con los patrones de uso actuales y adoptar estrategias de cambio. Si los pacientes reportan mayores factores de riesgo de lo que puede tratar un tratamiento breve, los mismos

son remitidos a la atención especializada de abuso de sustancias. En algunos casos, un paciente puede recibir un IB primero y luego pasar a un TB o cuidado a largo plazo.

Referido:

El referido a Tratamiento puede ser un proceso complejo que involucra la coordinación y enlace a servicios de salud y cuidado complementarios. Este paso es recomendado cuando los pacientes muestran criterios diagnósticos de dependencia a sustancias y/o algún otro trastorno o condición mental según definida por el Manual Diagnóstico y Estadístico para Desórdenes Mentales 5ta Edición (DSM-V por sus siglas en inglés). En esos casos, es sumamente importante que el proveedor de servicios cuente con una red de recursos médicos especializados que, a su vez, cuenten con tratamientos basados en evidencia que puedan ser implementados de manera oportuna. La ausencia de este referido y/o de los recursos de salud necesarios fungirían como una barrera para que el paciente pueda acceder a servicios en el tiempo requerido. Igualmente, el seguimiento al referido realizado es tan importante como el referido en sí mismo.



Escenario:

- Centros de Salud Primaria
- Salas de Emergencias de Hospitales
- Centros de Trauma
- Centros de Salud Comunitarios
- Clínicas de Salud Conductual
- Centros de Servicio para Uso de Sustancias y/o Adicciones
- Escuelas



Personal Necesario:

- Enfermera
- Trabajador social con Licencia
- Psicólogo
- Consejero en VIH

Referencias

SBIRT White Paper

Babor et al 2007

The NSDUH Report: Sexually Transmitted Diseases and Substance Use. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies, 2007.

Future of Emergency Care: Hospital-Based Emergency Care at the Breaking Point. Institute of Medicine Report, 2006. “Substance Abuse” The National Academies Press, Washington D.C.2006

PAREJAS INTELIGENTES (SMART COUPLES)

Objetivos:

- Mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral
- Aumentar el apoyo social para la adhesión a la terapia antirretroviral y la reducción del riesgo
- Atender las preocupaciones sobre transmisión sexual en la pareja
- Atender los problemas de sexo e intimidad en la pareja

Población:

- Parejas heterosexuales y homosexuales serodiscordantes en donde la pareja VIH-positiva tiene problemas de adherencia a la medicación. La pareja debe llevar al menos seis (6) meses de relación.

Descripción:

SMART Couples es una intervención de dos niveles administrada a parejas individuales. La intervención aborda la adherencia a la terapia antirretroviral y a los comportamientos sexuales más seguros dentro de la díada al fomentar el apoyo activo a la pareja VIH-positiva de su pareja VIH-negativa y viceversa. La intervención incluye la inclusión de la pareja del paciente en las discusiones del tratamiento y de una serie de componentes cognitivo-conductuales para identificar barreras, reforzar los comportamientos de atención de la salud y estrategias de resolución de problemas para superar las barreras de adherencia. Los componentes clave incluyen la educación sobre la importancia de la adherencia para evitar la resistencia viral y mantener la salud y la identificación de patrones de no adherencia, y el aumento del apoyo social para los resultados positivos de salud. Todos estos elementos de educación y apoyo proveen para optimizar el apoyo que tiene la pareja en el proceso de tratamiento con medicación para VIH.

Implementación:

La intervención está compuesta de cuatro (4) sesiones de aproximadamente 40 a 60 minutos en intérvalos de una (1) a dos (2) semanas.

Escenario:

- Entorno Clínico
- Proveedor de Servicios de VIH
- Organización de base comunitaria con enlace a servicios clínicos

Personal Necesario:

- Enfermera Certified Nurse Practitioner
- Trabajador social con Licencia
- Psicólogo
- Consejero en VIH

Sensibilidad cultural:

Cuando se trabaja con una pareja es importante evaluar sus prioridades y preocupaciones actuales. En “Parejas Inteligentes” ambas partes atienden sus preocupaciones hablando sobre las maneras en que pueden cuidar y apoyarse mutuamente. A lo largo de la estrategia, se ha de recordar a la pareja que el objetivo es lograr la óptima adherencia médica para el par que es VIH-positivo. Las prioridades y preocupaciones que van más allá de lo relacionado con adherencia, deben ser reconocidas, pero en esta estrategia no se las abordaremos en profundidad. Su agencia o clínica debe considerar los referidos a otros profesionales para cuestiones que vayan más allá del alcance de la estrategia.

Referencias

- Manual de Implementación de SMART Couples (Parejas Inteligentes): Compartiendo juntos la responsabilidad de la adherencia a la medicación
- Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention. Medication Adherence (MA) Chapter-SMART Couples. Last updated May 2, 2016
- Incorporating Couples-Based Approaches into HIV Prevention for Gay and Bisexual Men: Opportunities and Challenges

TRATAMIENTO DE BUPRENORFINA BASADO EN LA CLÍNICA

Objetivos:

- Mejorar la retención en cuidado de VIH y otros resultados relacionados a la condición.

Población:

- Personas con VIH dependientes a opiáceos.

Descripción:

Esta estrategia integra el tratamiento con buprenorfina en el cuidado primario de VIH. Después de dos días de iniciación en Buprenorfina, el paciente recibe las dosis de buprenorfina tres veces a la semana por 2 a 4 semanas en lo que se estabiliza. En cada visita clínica, el paciente recibirá una consejería individual no estructurada, debe realizarse pruebas de dopaje, tomar las dosis de buprenorfina bajo observación y recibir suministros del medicamento que le suplan hasta su próxima visita. El equipo clínico deberá reunirse semanalmente para discutir el progreso del paciente.

Implementación:

La estrategia implica 2 días de iniciación, seguido de tres sesiones de 10 a 40 minutos, por semana, durante 2 a 4 semanas. Luego de esto, se requieren sesiones semanales a mensuales de 10 a 40 minutos.

Escenario:

- Clínica de VIH

Personal Necesario:

- Enfermera con adiestramiento y experiencia en consejería en abuso de sustancia
- Médico autorizado a prescribir Buprenorfina

Referencias

Compendium of Evidence-Based Interventions and Best Practices for HIV Prevention

Lucas, G. M., Chaudrhy, A., Hsu, J., Woodson, T., Lau, B., Yngvild, O., Moore, R. D. (2010). Clinic-based treatment of opioid-dependent HIV-infected patients versus referral to an opioid treatment program: A randomized trial. Annals of Internal Medicine, 152, 704-711.

CLINIC-BASED SURVEILLANCE-INFORMED PATIENT RETRACING

Objetivos:

- Mejorar el re-enlace a cuidado de VIH.

Población:

- Personas con VIH fuera de cuidado.

Descripción:

Intervención que tiene como objetivo identificar a las personas con VIH fuera de cuidado utilizando pareos de datos clínicos y datos de vigilancia epidemiológica, a través de un especialista de enlace a cuidado.

Implementación:

La implementación de esta estrategia es continua hasta que el paciente asiste a visita médica, rechace tratamiento o sea referido al Departamento de Salud para alcance comunitario.

Escenario:

- Clínica de VIH

Personal Necesario:

- Especialista en enlace a tratamiento

Referencias

- Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For Hiv Prevention
- Lucas, G. M., Chaudrhy, A., Hsu, J., Woodson, T., Lau, B., Yngvild, O., Moore, R. D. (2010). Clinic-based treatment of opioid-dependent HIV-infected patients versus referral to an opioid treatment program: A randomized trial. Annals of Internal Medicine, 152, 704-711.

RETENTION THROUGH ENHANCED PERSONAL CONTACTS

Objetivos:

- Mejorar la retención a cuidado de VIH

Población:

- Personas con VIH que se han ausentado de sus visitas médicas o que son nuevas en la clínica.

Descripción:

El profesional establece contacto directo con la persona con VIH. Este provee una retrocomunicación efectiva con el paciente mediante reuniones y llamadas entre visitas a la clínica, con el propósito de proveer mensajes sobre apoderamiento para que el paciente se mantenga en tratamiento y responder preguntas relacionadas a las citas médicas. La persona con VIH recibe adiestramiento para organizar sus destrezas y la comunicación con proveedores.

Implementación:

La implementación de esta estrategia es continua hasta que el paciente asista a su cita médica, rechace tratamiento o es referido al Departamento de Salud para alcance comunitario.

Escenario:

- Clínica de VIH

Personal Necesario:

- Especialista en enlace a tratamiento

Referencias

Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For Hiv Prevention

Gardner, L. I., Giordano, T. P., Marks, G. Wilson, T. E., Craw, J. A., Drainoni, M. L., Retention in Care Study Group. (2014). Enhanced personal contact with HIV patients improves retention in primary care: A randomized trial in six US HIV clinics. Clinical Infectious Diseases, 59, 725-734.

PROGRAMA DE COORDINACIÓN DE ATENCIÓN DEL VIH

HIV Care Coordination Program

Objetivos:

- Mejorar la retención en cuidado a VIH.

Población:

- Personas recién diagnosticadas con VIH
- Personas que están en alto riesgo de contraer VIH o que tuvieron historial de alto riesgo
- Personas que no cumplen con los resultados esperados en el cuidado del VIH

Descripción:

Esta estrategia trabaja la retención de personas con VIH a cuidado mediante "home and field based patient navigation services", coordinación de servicios médicos y sociales, proveer apoyo y "coaching" en adherencia a medicamentos; asistir a los pacientes en obtener destrezas y conocimientos sobre cómo mantener el estatus de salud estable. (Incluye una serie de intervenciones a completarse).

El Programa de Coordinación de Atención del VIH tiene como objetivo retener a la personas con VIH en cuidado mediante el ofrecimiento de servicios de "home and field based patient navigation services", coordinación de servicios médicos y sociales, ofrecimiento de apoyo y "coaching" para el cumplimiento con los medicamentos y ayuda en la adquisición de destrezas y conocimiento para mantener un estado de salud estable. Los componentes de específicos de esta intervención incluyen: 1) Identificación y búsqueda de casos iniciales y después de haber perdido citas; 2) manejo de casos incluyendo servicios sociales y apoyo en la evaluación de beneficios; 3) comunicación de equipo de cuidado multidisciplinario y toma de decisiones a través de discusiones de casos; 4) navegación incluyendo recordatorios de citas, asistencia para programar

citas, transporte recursos y acompañamiento a visitas de atención primaria; 5) apoyo en adherencia al tratamiento antirretroviral y terapia observada directamente para las personas con mayor necesidad; y 6) promoción de salud estructurada utilizando un currículo desarrollado por Partners in Health and Brigham y el programa Women's Hospital Prevention and Access to Care and Treatment (PACT). Dependiendo del nivel de necesidad, los pacientes se reúnen semanalmente, mensualmente o trimestralmente.



Implementación:

Las estrategias utilizadas en esta intervención deben ofrecerse de manera continua mientras el paciente esté en tratamiento.



Escenario:

- Clínica de VIH



Personal Necesario:

- Proveedores de cuidado a jóvenes
- Trabajador social
- Manejadores de caso jóvenes

Referencias

Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention

Irvine, M. K., Chamberlin, S. A., Robbins, R. S., Myers, J. E., Braunstein, S. L., Mitts, B. J., Nash, D. (2015). Improvements in HIV care engagement and viral load suppression following enrollment in a comprehensive HIV care coordination program. Clinical Infectious Diseases, 60, 298-310.

PROJECT CONNECT

Navegación de pacientes nuevos orientada al cliente para fomentar la conexión al tratamiento

Objetivos:

- Mejorar el enlace a cuidado de VIH

Población:

- Personas recién diagnosticadas con VIH

Descripción:

Esta estrategia implica la coordinación de una visita de orientación 5 días antes de su cita en la clínica. Durante la orientación, el facilitador del proyecto se relaciona con el paciente y mediante una entrevista semi-estructurada, se completa un cuestionario psicosocial y se llevan a cabo pruebas de laboratorios. La información que se obtiene a través del cernimiento se utiliza para la realización de referidos para uso problemático de sustancias, salud mental y otros servicios clínicos y de apoyo; así como facilitar profilácticos.

Esta es una intervención donde los pacientes con VIH recientemente diagnosticados participan de una visita de orientación dentro de los 5 días a partir de su llamada inicial a la clínica. Durante la visita de orientación, el facilitador de Project Connect crea una buena relación con el nuevo paciente. El paciente tiene una entrevista semi-estructurada completa un cuestionario psicosocial y se somete a pruebas de laboratorio. La información recopilada a través del examen se usa para solicitar referencias al uso problemático de sustancias, salud mental y otros servicios auxiliares, y facilitar la administración rápida de medicamentos profilácticos cuando sea necesario.

Implementación:

Se requiere una visita de orientación que dura aproximadamente una hora.

Escenario:

- Clínica de VIH
- Centros u organizaciones que ofrecen servicios de VIH

Personal Necesario:

- Facilitador
- Trabajador social

Referencias

Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention

Mugavero, M. J. (2008). Improving engagement in HIV care: What can we do? Topics in HIV Medicine, 16, 156- 161.

STAY CONNECT

Objetivos:

- Mejorar la retención en cuidado de VIH.

Población:

- Pacientes en una clínica de VIH

Descripción:

Intervención está diseñada para implementarse en una clínica en la cual se proveen opúsculos al paciente, y se colocan afiches y material promocional en las salas de espera y en oficinas médicas. Esto con el fin de ofrecer al paciente mensajes breves sobre la importancia de mantenerse en cuidado. Dentro de este material promocional, se proveen mensajes de apoderamiento para la retención en cuidado e información contacto de la clínica e información acerca de los beneficios de salud que se obtienen cumpliendo con las citas.

Implementación:

- Esta estrategia debe aplicarse de manera continua dentro de la operación de la clínica.

Escenario:

- Clínica o Centro de Provisión de Servicios de VIH

Personal/Material Necesario:

- Opúsculos
- Afiches
- Proveedores y personal de la clínica que apoyen el mantenimiento de la estrategia.

Referencias

Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention

Gardner, L. I., Marks, G., Craw, J. A., Wilson, T. E., Drainoni, M. L., Moore, R. D., Retention in Care Study Group. (2012). A low-effort, clinic-wide intervention improves attendance for HIV primary care. Clinical Infectious Diseases, 55, 1124-1134.

STYLE: STRENGTH TROUGH LIVING' EMPOWERED

Objetivos:

- Mejorar la retención en cuidado de VIH

Población:

- Jóvenes (17-24 años) negros o hispanos/latinos
- HSH recién diagnósticados con VIH
- Jóvenes que han abandonado tratamiento

Descripción:

STYLE consta de tres (3) elementos principales: 1) una campaña de mercadeo social para promover la prueba del VIH entre los HSH negros o afroamericanos y latinos/latinos (HSH de color); 2) acercamiento intensivo a lugares de servicio para jóvenes HSH negros y/o hispanos y aumento en la provisión de pruebas de VIH en los campus universitarios; y 3) una red de apoyo médico-social coordinada para los HSH negros y/o hispanos recientemente diagnosticados o que han abandonado sus servicios de cuidado. Una vez que se identifican los jóvenes VIH-positivo se implementa una campaña de mercadeo social, referidos y trabajo de campo (outreach), se coordina una cita para los HSH con un médico dentro de las 72 horas. Además de la atención médica de rutina para el VIH supervisada por un médico, se ofrecen servicios de apoyo complementarios que incluyen reuniones de grupo de apoyo semanales y un teléfono individual o asesoramiento personal por parte de un trabajador social, si así lo desea; gestión de casos; prevención, uso de sustancias y consejería de salud mental; y asistencia con programación de citas o preguntas médicas por medio de texto y / o teléfono. Un plan de tratamiento individual, para abordar las barreras identificadas, se desarrolla sobre la base de una evaluación integral de las necesidades médicas, físicas, psicosociales, ambientales y financieras.

Implementación:

La campaña de mercadeo social se debe ofrecer e implementar de manera continua en la organización. De igual manera, la búsqueda de casos en la población objetivo y manejo de caso deben ofrecerse de manera continua. Los grupos de apoyo deben ofrecerse semanalmente con duración de una hora y media (1.5 hr) aproximadamente. Los participantes que excedan las edades para las cuales se diseñó esta estrategia, serán transicionados a un trabajador social para adultos.

Escenario:

- Clínica de VIH
- Organizaciones de base comunitaria

Personal Necesario:

- Manejador de caso clínico
- Trabajador de alcance comunitario
- Personal de investigación
- Personal médico

Referencias

- Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention
- Hightow-Weidman, L. B., Smith, J. C., Valera, E., Mathews, D. D., & Lyons, P. (2011). Keeping them in "STYLE": Finding, linking, and retaining young HIV-positive black and Latino men who have sex with men in care. AIDS Patient Care and STDs, 25, 37-45.

DAART PARA USUARIOS DE SUSTANCIAS

Directly Administered Antiretroviral Therapy (DAART) for Drug Users

Objetivos:

- Mejorar la adherencia a terapia ARV
- Reducir la carga viral de VIH
- Aumentar la cantidad de CD4

Población:

- Pacientes PID con VIH con o sin experiencia en tratamiento ARV

Descripción:

Esta es una intervención individual, que provee al participante un "pager" (localizador) para recordarle que asista a la clínica rodante a recibir sus medicamentos en días de semana. En la clínica rodante, un especialista en DAARV observará que el paciente tome sus medicamentos; y, provee apoyo social y servicios de manejo de caso. Las dosis de los fines de semanas se proveerán los viernes, y las dosis de reserva para 1 a 3 días se proveen en caso de que el participante no pueda asistir a las visitas. Otras citas se programan a través del "pager".

Implementación:

Esta estrategia debe implementarse de manera semanal durante un periodo de seis (6) meses.

Escenario:

- Clínica móvil de VIH

Personal Necesario:

- Especialista en DAARV, debe ser un trabajador de alcance comunitario adiestrado.

Referencias

- Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention
- Altice, F. L., Maru, D. S., Bruce, R. D., Springer, S. A., & Friedland, G. H. (2007). Superiority of directly administered antiretroviral therapy over self-administered therapy among HIV-infected drug users: A prospective, randomized, controlled trial. Clinical Infectious Diseases, 45, 770-778.

DAARV EN CLÍNICAS DE METADONA

Terapia ARV directamente administrada

Objetivos:

- Mejorar la adherencia a terapia ARV
- Mejorar la respuesta virológica e inmunológica mediante la utilización de ARV

Población:

- Pacientes PID con VIH que tienen o no tienen experiencia en tratamiento ARV

Descripción:

Es una intervención individual, en la cual el personal de enfermería o un asistente clínico observará al paciente tomarse el medicamento de VIH en una oficina clínica distinta al lugar en el que se despacha metadona. Se preparan empaques de medicamentos con dosis para la tarde o fines de semana.

Implementación:

- Esta estrategia debe implementarse diariamente cada mañana por un año.

Escenario:

- Clínica de metadona

Personal Necesario:

- Personal de enfermería o asistente clínico

Referencias

- Compendium Of Evidence-Based Interventions And Best Practices For HIV Prevention
- Lucas, G. M., Mullen, B. A., Weidle, P. J., Hader, S., McCaul, M. E., & Moore, R. D. (2006). Directly administered antiretroviral therapy in methadone clinics is associated with improved HIV treatment outcomes among concurrent comparison groups. Clinical Infectious Diseases, 42, 1628-1635.

ALCANCE COMUNITARIO Y SOCIAL TRADICIONAL

Objetivos:

- Enlazar poblaciones vulnerables de personas que viven con VIH para enlazarlos con información acerca de prevención de VIH, pruebas, tratamiento y cuidado.

Población:

- Poblaciones vulnerables de personas que viven con VIH/SIDA

Descripción:

Este es un modelo común utilizado para llegar a las personas que viven con VIH vulnerables y enlazarlas con información sobre la prevención, las pruebas y el tratamiento del VIH, y cuidado. En algunos casos, esto puede implicar proporcionar pruebas la mayoría de las veces, prueba de hisopado oral para obtener resultados inmediatos y vínculos prácticos con la atención. El proveedor aprovecha al personal, con cualidades similares a la población objetivo para acercarse y trabajar con la población objetivo.

Los trabajadores de alcance sirven como un enlace entre la comunidad y la clínica y desempeñan un papel integral para garantizar que las poblaciones objetivo ingresen a cuidado. El éxito de este enfoque se basa en el alcance de los propios trabajadores. Es fundamental que tengan un enfoque y actitud libre de juicios hacia potenciales participantes; esto en vista de que muchos suelen tener problemas de salud mental, pueden ser consumidores de drogas inyectables o estar usando otras sustancias, y/o estar involucrados en trabajo sexual, entre otras condiciones delicadas.

Los encuentros con el público pueden incluir distribución de condones o material para reducción de daños y/o educativos. Por lo general los encuentros con la población objetivo son breves.

Implementación:

El personal a cargo de la intervención de alcance social/comunitario se "estaciona" en áreas y comunidades frecuentadas por la población objetivo, esto en conjunto y colaboración con los trabajadores de alcance posicionados con una camioneta de atención médica o estación (booth). Los trabajadores de alcance también

pueden acercarse la población objetivo en el transporte público o en lugares de servicio y/o entretenimiento, incluyendo clubes nocturnos populares, bares y restaurantes, entre otros. Estos lugares y eventos pueden estar vinculados tanto a VIH y/o como a salud en general, así como a identidades culturales, sexuales y/o de género.



Escenario:

- Áreas y comunidades frecuentadas por la población objetivo tales como comunidades específicas, transporte público, lugares de servicio o entretenimiento, bares y restaurantes, entre otros.



Personal Necesario:

- Voluntarios
- Personal no clínico adiestrado
- Se recomienda que el personal sea similar o cercano a la población objetivo y que, en la medida de lo posible, compartan su identidad étnica, racial, cultural y lingüística.



Aspectos a considerar:

Adiestramiento: Aunque el personal que implementa las intervenciones breves no tiene que ser personal clínico, el mismo debe ser adiestrado para poder manejarse adecuadamente durante las intervenciones

Recursos: La implementación de esta estrategia requiere considerar presupuesto para camioneta, material informativo/educativo, materiales de reducción de daños, entre otros

Limitaciones: En ocasiones puede resultar difícil identificar las localidades en donde se puede encontrar la población objetivo. Igualmente, el *turnover* en este tipo de puesto suele ser alto debido a que mayormente se trabaja por temporada. En ocasiones potenciales, los participantes pueden sentirse incómodos con la falta de privacidad de que se atienda en un lugar público y/o que le identifiquen como paciente VIH.

Referencias

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

ENTREVISTA MOTIVACIONAL (EM)

Objetivos:

- Tiene el propósito de crear un ambiente adecuado y culturalmente sensible para animar a personas que viven con VIH/SIDA a hacerse las pruebas necesarias y participar de cuidado.

Población:

- Personas que viven con VIH/SIDA

Descripción:

La EM se basa en el modelo transteórico (MTT) de cambio, y explica o predice el éxito de una persona o fracaso en hacer un cambio de comportamiento propuesto. En la práctica, implica el ofrecimiento de un asesoramiento competente cultural y lingüísticamente para crear un ambiente acogedor para las personas que viven con VIH que logre animarlos a hacerse la prueba e ingresar a cuidado.

Implementación:

La entrevista Motivacional está compuesta por diferentes fases que pretenden guiar al paciente a través de un proceso reflexivo y participativo en el que se diseñan estrategias de acción dirigidas a mejorar sus prácticas de salud y cuidado. Las fases de esta intervención son las siguientes:

- Pre-contemplación: Se da al inicio de la conversación cuando el paciente aún no reconoce que incurre en comportamiento problemático que requiere trabajarse. El consejero procede a auscultar las posibilidades de acción dentro de las circunstancias actuales del paciente.

- Contemplación: En esta etapa de interacción, el consejero ya ha ayudado a la persona a reconocer que hay un problema, incluso si él/ella no puede estar listo o incluso si quiere hacer un cambio.

- Preparación/Determinación: En este punto el consejero ayuda al paciente a prepararse para cambiar mediante el uso de preguntas, como por ejemplo *"Dices que estás preocupado acerca de tu salud, pero no estás usando condones. ¿Por qué ocurre eso? ¿Cómo esto ayuda a mantenerte saludable?"*

- Acción/Voluntad: En esta etapa, el consejero ha ayudado a la persona a sentirse fortalecida para
delinear y comenzar a involucrarse en un comportamiento cambiante. Esto podría implicar coordinar una cita para atención médica.

- Mantenimiento o Recaída: Los consejeros pueden verificar periódicamente si los pacientes mantuvieron su cambio en comportamiento y todavía están bajo cuidado. En el caso que no hayan podido mantener el cambio (falta de cuidado o retorno a comportamientos de riesgo) pueden beneficiarse del manejo intensivo de casos y participar nuevamente en el proceso de EM.

Como se pudo apreciar previamente, la Entrevista Motivacional a menudo requiere una interacción más larga e intensa que otros modelos, ya que los pacientes son guiados a través de una serie de pasos orientados a ayudarlos a identificar discrepancias en sus metas de salud y comportamientos actuales. A partir de esta intervención se diseñan planes en conjunto para lograr cambios positivos. Con frecuencia, esta intervención se complementa con un compromiso intensivo de manejo de casos, transportación a citas y seguimiento consistente a través de llamadas telefónicas, mensajes de texto, correos electrónicos u otros mecanismos de comunicación para recordarles a los pacientes que tomen sus medicamentos y que vayan a sus citas.



Escenario:

- La EM generalmente tiene lugar en una oficina o lugar cerrado que garantice privacidad. Podría ser un espacio de reunión silencioso, como una oficina o camioneta de salud, sin nadie más presente.



Personal Necesario:

- El personal que implementa EM generalmente es personal permanente que ha pasado por capacitación exhaustiva antes de ser certificado para trabajar con pacientes.

Aspectos a considerar:

Adiestramiento: Esta práctica requiere adiestramiento intensivo en consejería

Recursos: Puede ser un gasto continuo para las clínicas que incorporan EM en su práctica. Para mitigar los costos de capacitación, varios lugares en los cuales se implementan Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS por sus siglas en inglés) reclutan personal cultural y lingüísticamente competente en que los clientes confíen.

Referencias

- Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013
- Para más información sobre esta estrategia puede referirse a www.motivationalinterviewing.org

NAVEGACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD/ MANEJO DE CASOS INTENSIVO

Objetivos:

- La Navegación en Sistemas de Salud pretende facilitar que las personas que viven con VIH/SIDA puedan recibir servicios de salud y cuidado en diferentes localidades en aquellos casos en que su centro o proveedor principal no cuente con todos los servicios que estos requieran.

Población:

- Personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) que actualmente no reciben atención o son inestables en cuanto a la atención y que necesitan mayor apoyo.

Descripción:

La estrategia de Navegación de Sistemas de Salud ofrece apoyo comprensivo y de cuidado a las PVVS a un nivel personal. Este enfoque busca aliviar los temores de las PVVS a vincularse y participar en la atención ofreciéndoles la oportunidad de aprender a navegar por servicios a través de diferentes proveedores. El Navegador de Sistemas de Salud (NSS) sirve también como defensor de los derechos de los pacientes, actuando como un enlace entre el médico del paciente proveedores, administradores de casos y otro personal clínico.

Implementación:

El modelo de Navegación de Sistemas de Salud involucra las siguientes fases:

1. La clínica o proveedor principal se asocia con una o más agencias para identificar y retener a las PVVS.
2. Las PVVS inestables se identifican a través de una variedad de medios, incluidas entrevistas y encuestas que evalúan el conocimiento de salud del

paciente y las situaciones personales en relación con inseguridad alimentaria e inestabilidad de hogar, empleo, etc.

3. Los pacientes identificados como inestables en la atención son asignados a un Navegador de Sistemas de Salud (NSS), que realiza evaluaciones de cuidado diseñadas para delinear sus objetivos de atención y que cuenta con las destrezas necesarias para llegar a ellos.
4. Un NSS ayuda a los pacientes a participar de manera comprometida y ser retenido en la atención. Igualmente trabaja para garantizar que el paciente cumpla con las citas y complete sus recetas. Esto se hace a través de contactos clínicos intensivos que incluyen, pero no se limitan a, teléfono personal para llamadas sobre citas pendientes y perdidas, y visitas con acompañantes a reuniones de servicios médicos y/o de apoyo fuera del centro o programa, citas en la corte, educación sobre la salud, entre otros. Los NSS pueden ayudar a las PVVS a obtener vivienda, conectarlos con manejadores de caso y proporcionar otros servicios que garanticen que éstos permanecen adheridos al tratamiento y se mantengan bajo cuidado.
5. Se puede brindar apoyo adicional a las PVVS que están experimentando desafíos en el cuidado. Por ejemplo, los pacientes pueden estar recibiendo terapia de observación directa, donde los NSS y/u otro personal ayude a las PVVS a tomar sus medicamentos, asegurando la adherencia al ART.



Escenario:

- La red de proveedores asociados opera como un programa médico centrado en el paciente, donde la mayoría, si no todos, los servicios básicos de atención médica y auxiliar se brindan bajo un mismo techo o cerca, asegurando que las PVVS puedan se puedan comprometer completamente y ser retenidos en cuidado.



Personal Necesario:

Los servicios de Navegación de Sistemas de Salud pueden ser ofrecido por un miembro del personal no clínico cuyas habilidades combinen las de los administradores de casos, los trabajadores de extensión y / o los defensores de pares. Este personal "enlace/conector" del servicio a veces se denomina trabajador de servicio.



Aspectos a considerar

Adiestramiento: Las clínicas deben tener el personal y/o la capacidad para adiestrar al personal actual o reclutar nuevos empleados para convertirse en NSS.

Recursos: Este modelo es relativamente barato de implementar y ha demostrado ser costo efectivo. Requiere memorandos de entendimiento (MOU) concisos y una comunicación constante entre las agencias asociadas.

Limitaciones: Se ha reportado que los NSS pueden sufrir de agotamiento debido a la cantidad de atención personalizada involucrada en el apoyo y ayudar a las PVVS.

Referencias

- Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

INTERVENCIONES DEL VIH EN LAS CÁRCELES: UN ENFOQUE HÍBRIDO

Objetivos:

- Debido a que el encarcelamiento puede interrumpir la atención del VIH de las PVVS, esta estrategia pretende identificar, participar, y volver a involucrar a las PVVS en atención y cuidado en el escenario penal.

Población:

- Población penal que vive con VIH/SIDA

Descripción:

Este modelo es similar al modelo de Navegación en Sistemas de Salud. En el mismo se establecen asociaciones y colaboraciones con instituciones externas, pero en este caso con cárceles locales. Estas asociaciones tienden a ser controladas por las cárceles, ya que son estas las que están obligadas a gestionar los movimientos y actividades de los reclusos bajo su supervisión tanto para su protección y la seguridad del personal y visitantes como para el público en general.

Implementación:

La clave de este modelo es identificar a las PVVS tan pronto entran a la cárcel. Lo que permite al personal penal ofrecer servicios de salud y mantener en cuidado a la PVVS por mayor cantidad de tiempo. Varios Proyectos Especiales de Importancia Nacional (HRSA) especializados en trabajar con tribunales locales crean soluciones responsables para la población carcelaria viviendo con VIH/SIDA. Por ejemplo, el personal a menudo trabaja con los tribunales para que las PVVS con uso problemático de sustancias se envíen a clínicas de rehabilitación para estos fines.

Escenario:

- La mayoría de los Proyectos Especiales de Importancia Nacional (PEIN) que trabajan en cárceles seleccionan la instalación más cercana a sus consultorios médicos, ya que la proximidad a menudo motiva a las PVVS reintegradas a la libre comunidad a acceder al tratamiento y cuidado. La

prueba del VIH en las instalaciones carcelarias se ofrece usualmente durante el proceso de admisión, dando a los prisioneros que optan por hacerse la prueba privacidad en una instalación que de otro modo está completamente abierta. Otros ofrecen pruebas durante la educación grupal sobre el VIH, permitiendo a las personas que interesen hacerse la prueba tengan anonimato.



Personal Necesario:

- Personal clínico y no clínico en colaboración con socios de la institución penal. La buena comunicación y apoyo de estos últimos son la clave para el éxito en la implementación de este modelo de cuidado.



Aspectos a considerar:

Recursos:

El realizar pruebas de VIH y llevar a cabo los laboratorios pertinentes puede implicar costos adicionales a la operación del proveedor y de la cárcel. Dichos costos adicionales de implementación podrían cubrirse a través de asociaciones con los departamentos de salud locales y estatales, y/o a través de contratos de compras al por mayor con proveedores.

Limitaciones:

El mayor reto para replicar este modelo es la capacidad que pueda tener un proveedor para crear una asociación o colaboración con el sistema carcelario, ya que en muchas ocasiones este proceso puede ser complicado. Entre las dificultadas reportadas en la implementación de esta estrategia se encuentran las siguientes:

- Algunos administradores de la cárcel ven el realizar las pruebas de VIH como una posible carga administrativa y para el personal.
- Algunos reclusos creen que las pruebas no son optativas debido a la naturaleza coercitiva de las correcciones.
- El personal no suele tener suficiente tiempo para evaluar y ofrecer consejería a los pacientes VIH.

Referencias

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

ENLACE INTERNO

Objetivos:

- Los proveedores que utilizan la estrategia de Enlace Interno llevan a cabo esfuerzos en sus clínicas así como clínicas locales y Departamentos de Salud, para re-enlazar a PVVS que han abandonado tratamiento.

Población:

- Poblaciones difíciles de alcanzar, como HSHJ y mujeres negras.

Descripción:

- Este proceso, implica revisar expedientes inactivos y ponerse en contacto con los pacientes fuera de cuidado. Implica además que las clínicas tengan buenas prácticas de mantenimiento de registros e información confiable sobre sus pacientes.

Implementación:

Este enfoque se puede integrar con iniciativas de pruebas del VIH en salas de emergencia, clínicas de enfermedades de transmisión sexual, clínicas de salud y otros entornos de atención de salud ya que estas poblaciones a menudo frecuentan estos espacios para recibir servicios no necesariamente relacionados con el VIH.

Escenario:

- Clínicas de provisión de servicios de salud locales y/o Departamentos de Salud.

Personal Necesario:

- No se requiere personal con capacitación especial para implementar este modelo. En general, el contacto con los clientes es iniciado por personal no clínico que tiene experiencia trabajando con la base de datos de la clínica y / o registros de pacientes y que sabe cómo identificar rápidamente a los clientes que han abandonado su cuidado de VIH.

Aspectos a considerar:

Adiestramiento: Es esencial que el personal que implemente Enlace Interno tengan una sólida comprensión de la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) y las normas para garantizar que se mantenga la confidencialidad del paciente, especialmente en los casos en que no está claro si la información de contacto en el expediente de un paciente es confiable.

Recursos: Las PVVS reenlazadas tienden a requerir (al menos inicialmente) manejo intensivo de casos y/o Entrevista Motivacional, durante la cual puedan evaluar sus metas de atención médica y los pasos que deben tomar para involucrarse plenamente en la atención. Al igual que con los otros modelos, el manejo intensivo de casos tiene un límite de tiempo, aunque a menudo en esta intervención suele durar más tiempo que en otros modelos debido a las situaciones vinculadas a la inestabilidad que traen muchas PVVS que regresan a cuidado.

Limitaciones: Una limitación podría ser contar con expedientes limitados o que no estén actualizados. Las clínicas que trabajan exclusivamente con archivos en papel podrían experimentar grandes dificultades para identificar PVVS. Proveedores con registros electrónicos modernos a menudo tienen más éxito con este modelo.

Referencias

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

MERCADEO SOCIAL / CAMPAÑAS DE REDES SOCIALES

Objetivos:

- En el ámbito del VIH, este enfoque se utiliza a menudo para alentar a las personas, especialmente en las comunidades de alto riesgo, a hacerse la prueba del VIH y a participar en el tratamiento y la atención cuando sea necesario.

Población:

- Población en general y/o comunidades de alto riesgo de VIH.

Descripción:

El mercadeo social implica aprovechar las técnicas de mercadeo tradicionales para promover comportamientos saludables. Las PVVS y las personas en riesgo referidas a una clínica a través de estos mensajes no solo se enlazan a tratamiento de VIH, sino que también reciben capacitación y recursos educativos adicionales, y se asignan a un administrador de casos que proporciona acceso a ART, atención de salud mental, tratamiento para uso problemático de sustancias y otros servicios de apoyo necesarios.

Implementación:

Esta estrategia generalmente involucra a un equipo de personal no clínico que desarrolle ideas a través de grupos focales y/o tormentas de ideas. Este personal también puede invitar a participantes, miembros del público general y/o miembros de los Consejos de Planificación de Ryan White para influir en los mensajes e imágenes utilizadas en todos los materiales de las campañas.

Escenario:

- Los materiales desarrollados como parte de campañas de mercadeo social se suelen transmitir a través de diversos medios tales como en la televisión, la radio y en línea. Estos pueden dirigirse efectivamente a los miembros de poblaciones difíciles de alcanzar sin necesidad de invertir mucho esfuerzo y/o tiempo del personal. Algunos lugares que han implementado esta estrategia, han promovido sus campañas de mercadeo social con materiales adicionales como carteles para aumentar la conciencia sobre el VIH y los servicios que ofrecen.

Personal Necesario:

- Esta estrategia puede ser trabajada por personal no clínico, participantes y/o miembros de los Consejos de Planificación de Ryan White con el apoyo de especialistas en el área de diseño y mercadeo social.

Aspectos a considerar:

Recursos: Los mensajes de mercadeo social a menudo requieren mucho tiempo y esfuerzo para planificación anticipada, diseño y pruebas de grupos focales antes de su lanzamiento. El desarrollo y la implementación pueden ser costosos, ya que ambos a menudo implican contratos con especialistas en el área de diseño, producción de audiovisuales y espacios para la televisión y otros medios masivos de comunicación.

Limitaciones: Evaluar el impacto de las campañas de mercadeo social puede ser un reto. En ocasiones es casi imposible para pequeñas clínicas rastrear las poblaciones que han visto sus materiales y si posteriormente cambiaron su comportamiento a raíz de esto. La mejor alternativa es llevar a cabo encuestas al personal, participantes y la comunidad en general durante y después del proceso de producción.

Referencias

Innovative Approaches to Engaging Hard-to Reach Populations Living with HIV/AIDS into Care: Training Manual. Health Resources and Services Administration. 2013

Intervenciones y Estrategias para Enlace y Retención Población Trans

En la revisión de literatura sobre las mejores prácticas para el manejo del tratamiento de la población Trans con VIH se identificó el documento *Transgender HIV/AIDS Health Services [Best Practices Guilines]* publicada por el Departamento de Salud Pública y Servicios de VIH de San Francisco. Dicha herramienta provee recomendaciones prácticas culturalmente sensibles para proveedores, entre las cuales se encuentra el utilizar un lenguaje apropiado y respetuoso mediante la educación y adiestramiento del personal sobre la comunidad Trans. Además, incluir en sus prácticas una actitud positiva para identificar las necesidades de la población y referirlas a los servicios prioritarios. Entre algunos de los estándares de servicio que promueve este documento se encuentran:

Estándar	Medida
1. Proveer conocimiento específico sobre asuntos específicos y necesidades de salud de la población Trans.	• Documentación detallada del adiestramiento del personal.
2. Conocimiento del participante de servicio sobre los asuntos específicos y necesidades de la salud de la población Trans.	• Documentación en los expedientes de los participantes sobre su conocimiento sobre las necesidades o asuntos de salud que impacten su cuidado.
3. Reducción de daños	• Documentación en el expediente del participante sobre estrategias de reducción de daños discutidas.
4. Referidos y listas de recursos integrales	• Documentación en el expediente del participante sobre los referidos realizados; y un inventario actualizado de recursos para referidos .
5. Uso de lenguaje inclusivo y neutrales	• Encuestas de satisfacción anual de los participantes que representen el nivel de satisfacción con la entidad.
6. Uso de formularios inclusivos y neutrales	• Encuestas de satisfacción anual de los participantes que representen el nivel de satisfacción con la entidad.
7. Confidencialidad de la información del participante	• Documentación de la comunicación con los participantes sobre la confidencialidad en los expedientes.
8. Construir una relación de confianza con los participantes	• Encuestas de satisfacción anual de los participantes que representen el nivel de satisfacción con la entidad.

Estándar	Medida
9. Políticas y procedimientos no discriminatorias	• Publicar las políticas y procedimientos no discriminatorios en las facilidades de la agencia.
10. Adiestramiento de personal	• Documentar todos los adiestramientos completados y los participantes de los adiestramientos.
11. Asegurar la diversidad del personal	• Escribir políticas de reclutamiento que indiquen el deseo de la agencia en contratar candidatos diversos y cualificados; documentación sobre las políticas de contratación de personal para el proceso de reclutamiento.
12. Crear espacios seguros y cómodos	• Encuestas de satisfacción anual de los participantes que representen el nivel de satisfacción con la entidad.
13. Colaboración entre proveedores	• Documentar en los expedientes las personas que reciben servicios en otras agencias; actualizar frecuentemente el listado de proveedores de servicios con peritaje en servicios de personas Trans con VIH.
14. Apoyo a través de las redes de apoyo	• Documentar las discusiones de los participantes con su red de apoyo.

Otra de las herramientas identificadas emerge de una iniciativa de los Programas Especiales de Importancia Nacional (SPNS, por sus siglas en inglés) de la Administración de Servicios y Recursos de Salud, HRSA por sus siglas en inglés. Esta es el *Transgender Women of Color Initiative Interventions Manual*. Para el desarrollo de este manual, HRSA subvencionó varios proyectos demostrativos en cuatro áreas urbanas de los Estados Unidos en el 2012 con el fin de apoyar diferentes organizaciones a diseñar, implementar y evaluar intervenciones innovadoras basadas en modelos teóricos dirigidos a mejorar el ingreso oportuno, el compromiso y la retención en la atención de VIH de calidad en mujeres transgénero afroamericanas y latinas viviendo con VIH. Las siguientes intervenciones, fueron diseñadas y llevadas a cabo en organizaciones que proveen servicio directo en salud además de otros servicios de apoyo y cuidado.

T.W.E.E.T. (TRANSGENDER WOMEN ENGAGEMENT AND ENTRY TO) CARE PROJECT

Community Healthcare Network in Queens New York

Objetivos:

- Enlazar a cuidado a mujeres afroamericanas trans que viven con VIH mediante la movilización de líderes pares que llevan a cabo sesiones de divulgación y re-enseñanza

Población:

- Mujeres trans afroamericanas de 18 años o más recién diagnosticadas con VIH

Descripción:

Componentes del Programa:

- Identificar a las mujeres transgénero afroamericanas recién diagnosticadas y enlazarlas a cuidado médico
- Identificar a las mujeres transgénero VIH positivas que están actualmente fuera de cuidado y enlazarlas a atención y cuidado médico
- Matricular a los participantes identificados en la Intervención
- Identificar y utilizar Líderes Pares, representantes de la población objetivo que recibirá la capacitación requerida en la identificación, compromiso, enlace y mantenimiento en el cuidado de personas mujeres trans afroamericanas

La estrategia *T.W.E.E.T. Care* se basa en dos intervenciones principales que son *Popular Opinion Leader* y *Teach Back* . Este último es un método de enseñanza, también llamado método "show-me", es un modo de confirmación de comunicación utilizado por los proveedores de atención médica para confirmar si un paciente comprende lo que se le explica. Si un paciente comprende, puede "enseñar" la información con precisión. Ambas intervenciones son basadas en evidencia y sustentadas por investigación. Los elementos y temas principales de la intervenciones son los siguientes:

- VIH/SIDA y ETS
- Salud Sexual
- Transición
- Bienestar
- Salud Mental

Las sesiones grupales se dividen en dos partes: porción educativa y discusión grupal. Las mismas deben llevarse a cabo en las facilidades del centro de servicios semanalmente y son facilitadas por un Líder Par. Se deben completar pre y post pruebas en cada una de las sesiones. Las pre pruebas deben ser revisadas previo a comenzar la sesión para asegurar atender las necesidades de información y conocimiento así como para atemperar el nivel del contenido de salud a presentar.



Implementación:

Estrategias de alcance, reclutamiento y retención:

Alcance (*Outreach*): El personal lleva a cabo eventos semanales de divulgación no tradicionales, como visitar clubes nocturnos cerca de áreas de alto tráfico sexual reconocidas. Se realizan caminatas por las calles entregando paquetes de sexo seguro que incluyen materiales informativos del programa, condones y lubricantes. Las actividades de reclutamiento mensuales contínuas buscan enlazar a los pacientes a cuidado médico.

Reclutamiento: El personal coordina y planifica eventos como reinados, días de recordación, entre otros, y ofrecen incentivos a aquellos que reclutan participantes o traen invitados a dichos eventos y a sus redes sociales. Aquellos participantes que asistan consistentemente a las sesiones educativas semanales son seleccionados para participar y apoyar los eventos del programa.

Retención: Las estrategias de retención se basan en la rapidez con la que los nuevos pacientes y los pacientes existentes se enlazan a servicios de cuidado. Los servicios de apoyo son un componente clave para mantener altas tasas de retención. El personal se centra en lo que los pacientes consideran prioritario, y no solo en las necesidades médicas para poder comprender a la población y lo que experimentan a diario.



Personal Necesario:

- Investigador Principal
- Gerente de Programa
- Especialista en Servicios al Paciente
- Especialista en Retención
- Educador Par
- Navegador

Referencias

- The SPNS Transgender Women of Color Initiative Interventions Manual
- Luis Freddy Molano, M.D., VP of Infectious Diseases and LGTBQ Programs and Services Community Healthcare Network 60 Madison Ave, 5th Floor, New York City, NY. 10010
- fmolano@chnnyc.org

THE BRANDY MARTELL PROJECT

TRICITY HEALTH CENTER

Objetivos:

- Ofrecer servicios a mujeres latinas y mujeres afroamericanas trans que viven con el VIH por medio de una combinación de servicios legales, sesiones grupales de desarrollo de destrezas y facilitación de enlace a atención médica.

Población:

- Mujeres Latinas y Mujeres Trans afroamericanas que viven con VIH

Descripción:

Esta intervención obtiene su nombre en honor a la mujer trans Brandy Martell, Defensora Par de la Población trans quien fue asesinada en en Oakland. El desarrollo de este proyecto se basa en la Teoría Crítica Racial (Critical Race Theory - CRT), la cual provee la base teórica para comprender los problemas raciales, conciencia de raza y ubicación social con la intención de comprender y eliminar las inequidades en la salud. La misma comprende diferentes intervenciones que incluyen aspectos legales, educativos y de apoyo.

Implementación:

Componentes de la Intervención:

- Orientación y Apoyo Legal
- Sesión de asesoramiento individual de 30 a 60 minutos con un abogado.
- Seguimiento de sesiones legales caso a caso

Sesiones Educativas:

Las sesiones educativas tituladas Talleres de la Vida Real (Living Real Workshops) se basan en cinco ejes temáticos para un total de 16 sesiones. Las mismas consisten en facilitar sesiones destinadas a abordar las barreras a la atención del VIH, así como a ayudar a los clientes a progresar en sus vidas. Las barreras y los retos, como el abuso de sustancias, la violencia doméstica, el acoso policial, el desempleo y la transición segura, son algunos de los temas que se incluyeron en las sesiones de *Living Real*. Se incluyen además sesiones de empoderamiento que facilitan el orgullo personal y de la comunidad, las mismas fueron diseñadas para aumentar la participación de la comunidad, desarrollo de destrezas laborales, familia y relaciones saludables y desarrollo personal. Cada sesión fue diseñada para construirse una a la otra. Los ejes temáticos son los siguientes:

1. Lo que nos une a todos: comunidad, historia e identidad.

2. Vivir para hoy y mañana: un TU saludable

3. VIVIR por ello: vida, amor y relaciones sanas

4. ¡TRABAJAR! Empleo

5. Expresa tu Yo, protege tu Yo.

Estrategias de alcance, reclutamiento y retención:

1. Redes Sociales: El personal y los participantes hacen uso de las redes sociales para promover el proyecto.

2. Alcance en la calle y en los lugares de reunión: El alcance incluye la distribución de tarjetas en clubes y en la calle, y la divulgación realizada un mínimo de dos veces al mes en cinco a seis lugares diferentes.

3. Asistencia Legal: Los Defensores Pares distribuyen tarjetas de presentación y materiales de mercadeo relacionados con la disponibilidad de servicios legales y se enfocan en reclutar trabajadoras sexuales y otras mujeres trans que participan en actividades de riesgo.

4. Alcance Basado en la Organización: Mercadeo interno acerca de los servicios disponibles.

Personal Necesario:

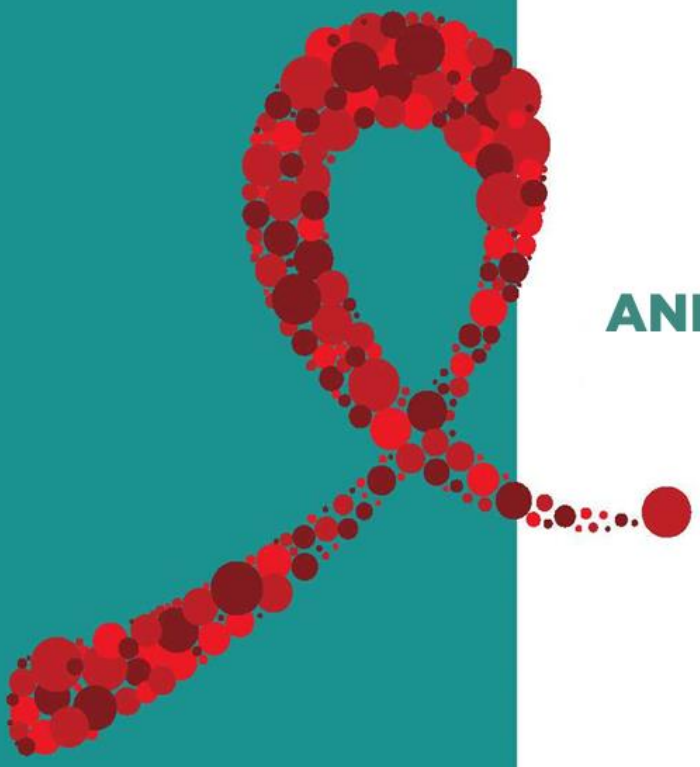
- Gerente de Programa
- Asistente Médico
- Educadores en Salud
- Defensores Pares

Referencias

The SPNS Transgender Women of Color Initiative Interventions Manual

Tiffany Woods, Transgender Programs Manager, Tri-City Health Center, 39500 Liberty Street, Fremont, CA 94538

TWoods@tri-cityhealth.org



ANEJOS

Anejo 1: Datos Sociodemográficos y Perfil de la Epidemia

Conocer el perfil sociodemográfico de las personas con VIH en Puerto Rico nos ayuda a contextualizar los retos a los que se enfrentan las personas que viven con VIH en la isla. Aspectos tales como la zona geográfica, la edad, el nivel socioeconómico y la educación, entre otros, ilustran la realidad de la población diagnosticada con el VIH e igualmente son parte de los factores que influyen tanto en las condiciones de salud como en el acceso a servicios. Esta sección presenta brevemente datos sociodemográficos de la población VIH en Puerto Rico. Los mismos responden a la información contenida en el Plan Integrado para la Vigilancia, la Prevención y el Tratamiento del VIH en Puerto Rico: 2017-2021, de ahora en adelante denominado Plan Integrado, y actualizaciones provistas por el Programa de Vigilancia VIH/SIDA posterior a la publicación de este documento.

Demografía:

En el 2016 la población de Puerto Rico se estimó en 3,411,307 habitantes reflejando una disminución de aproximadamente un 8 por ciento en contraste con el Censo de 2010. La Isla está compuesta por 78 municipios los cuales se dividen en 8 regiones dentro de la jurisdicción del Departamento de Salud. La mayor parte de la población vive en la Región Metropolitana de Salud con 736,118 habitantes, seguido por las regiones de Bayamón (572,713), Caguas (556,379) y Ponce (511,262). Más de la mitad de los municipios, incluyendo la región metropolitana, experimentaron una disminución de la población durante el periodo de 2010-2016.

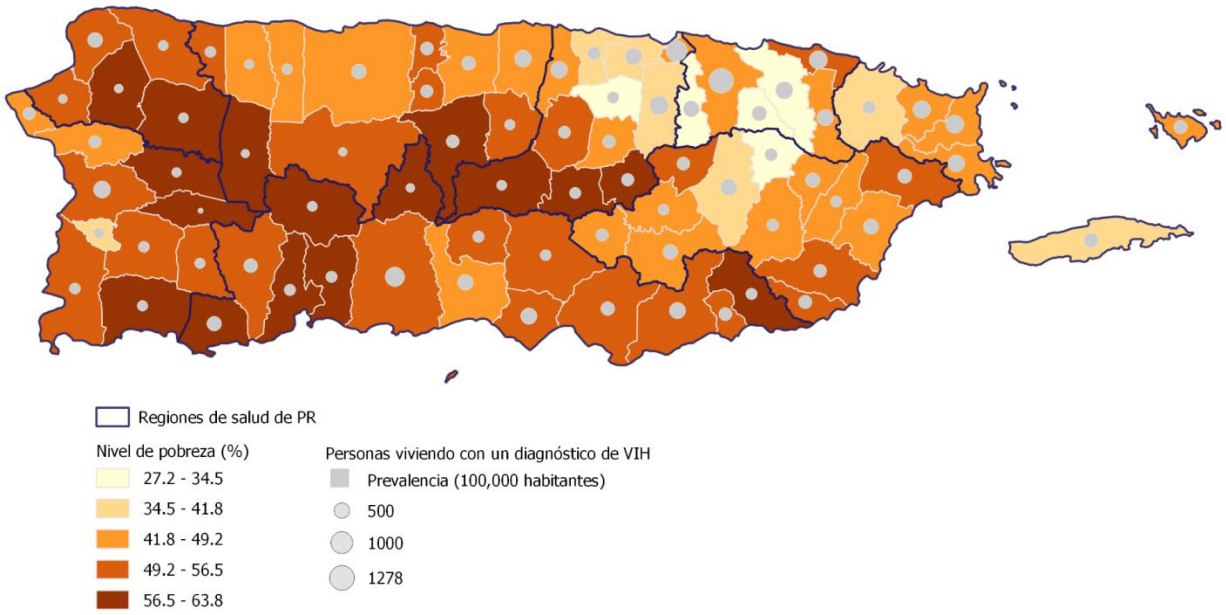
Edad:

Para el año 2016, la mediana edad de los residentes de PR fue de 40 años. En cuanto a género, la mediana de edad de las féminas fue mayor que la de los hombres con 42.5 años y 38.9 años, respectivamente. Las mujeres representaron el 52.4 por ciento de la población total mientras que los hombres un 47.6 por ciento. Aproximadamente un 26 por ciento de la población tenía entre 15 y 34 años de edad, entretanto un 19 por ciento tenía más de 65 años. Por otro lado, se observó un mayor número de adolescentes y hombres jóvenes entre las edades de 15 y 24 años, en comparación con las mujeres de la misma edad. Sin embargo, las mujeres predominan en las categorías de edades de 25 años y más.

Nivel Socio-Económico:

Para el año 2016, el 45.1 por ciento de los residentes de PR vivían bajo el nivel de pobreza federal en los últimos 12 meses (Figura 1). Según las estimaciones de la Encuesta de la Comunidad, los municipios de la zona central, sureste y noroeste mostraban que más del 50 por ciento de su población vive por debajo del nivel de pobreza federal, mientras que la mayoría de los municipios del área metropolitana reflejan los niveles de pobreza más bajos.

Figura 1. Prevalencia de VIH y porciento de personas viviendo bajo el nivel de pobreza federal por municipio de residencia, Puerto Rico, 2016[4]



Población VIH Puerto Rico:

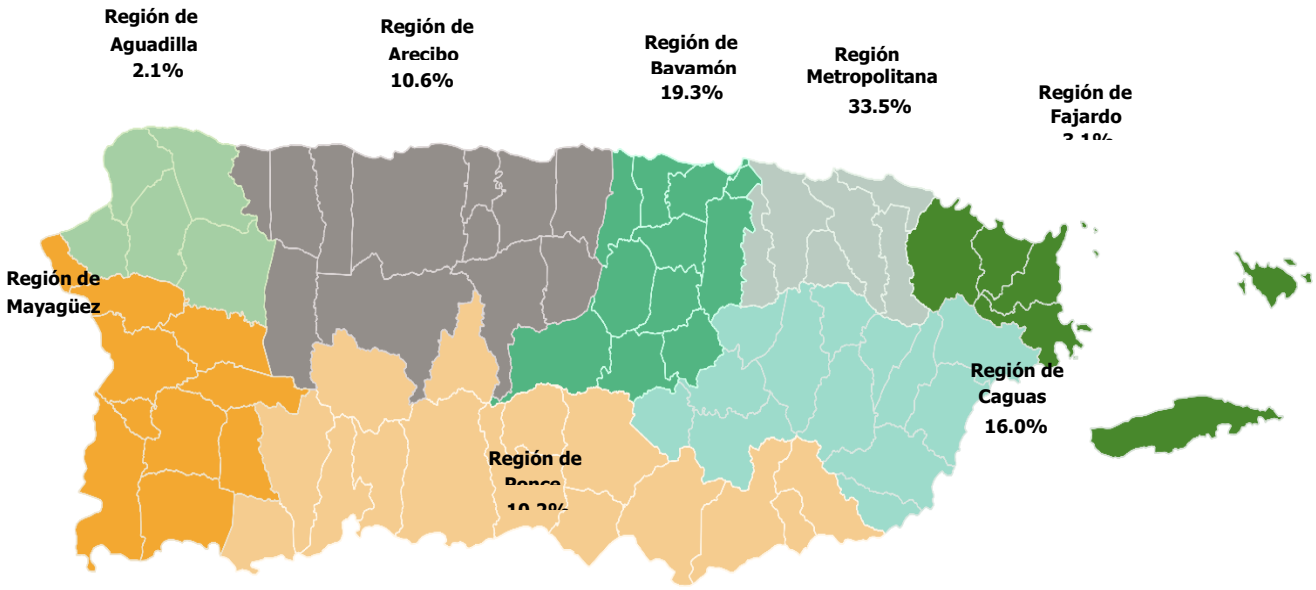
En el año 2016, un total de 519 adultos y adolescentes de 13 años o más fueron diagnosticados con VIH en Puerto Rico (Figura 2). La tasa de diagnósticos de VIH en adultos y adolescentes fue de 17.7 por cada 100,000 habitantes. Los hombres tienen 4 veces mayor riesgo de ser diagnosticados con VIH comparado con las mujeres. La tasa de diagnóstico va en aumento según el grupo de edad, alcanzando el punto más alto en aquellos diagnósticos entre las edades de 35 a 39, y disminuye a partir de los 40 años. Los diagnósticos de VIH según la edad y el sexo muestran el grupo de hombres entre 25 y 29 años y las mujeres entre 35 y 39 años, con la tasa más alta en el 2016. En comparación con las mujeres, los nuevos diagnósticos de VIH son en promedio 9 veces mayor en hombres entre las edades de 20 y 29 años y 5 veces mayor en hombres de 60 años o más.

Aproximadamente, uno de cada 5 adolescentes y adultos de 13 años o más diagnosticados con la infección por el VIH en el año 2016, se encontraban en la etapa más avanzada de la infección (SIDA). La proporción fue mayor entre los hombres que

[4] Para medir pobreza, el Negociado del Censo Federal utiliza un conjunto de umbrales de ingreso que varían según el tamaño de la familia y su composición (edades, jefatura del hogar). Si el ingreso total de la familia es menor que el umbral determinado para ese tipo de núcleo familiar, todo individuo en esa familia se considera pobre. Los umbrales se determinan en función de un estudio para determinar el costo de vida y el ingreso mínimo necesario para satisfacer necesidades básicas, como la vivienda y la alimentación.

tienen sexo con hombres y se inyectan drogas (44.4%), y las personas que se inyectan drogas (24.2%). Aproximadamente el 25% de las personas diagnosticadas con el VIH en el 2016, tenía su recuento de CD4 por debajo de 200 células por Ql, aumentando así la probabilidad de complicaciones de salud y mortalidad. Las PID tienen la proporción mayor de personas que no se realizan una prueba de CD4 después del diagnóstico (39.4%).

Figura 2. Distribución porcentual de los nuevos diagnósticos de VIH por región de salud, Puerto Rico, 2016

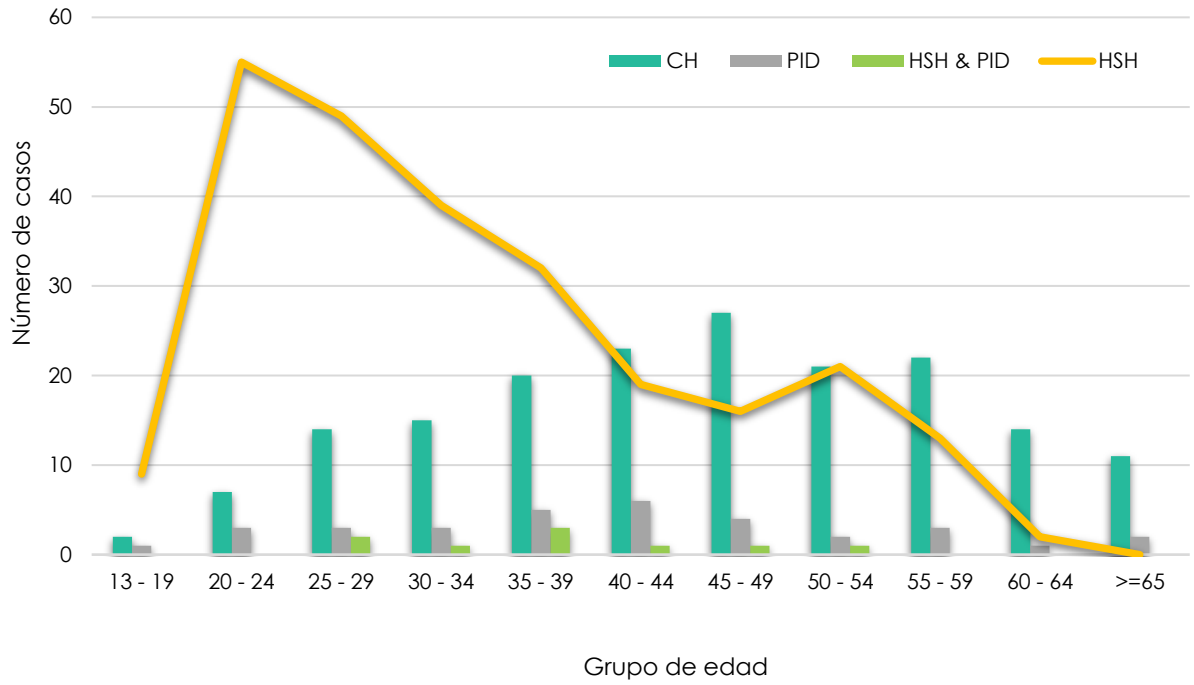


Modo de Transmisión:

Al 2016 el modo de transmisión de hombres que tienen sexo con otros hombres sin protección representa casi la mitad de los nuevos diagnósticos de adultos y adolescentes mayores de 13 años en Puerto Rico seguido por el contacto heterosexual sin protección con una tercera parte de los nuevos diagnósticos (Figura 3). A este le sigue el contacto heterosexual sin protección con un 33.9%.

Entre los hombres, el sexo entre hombres sin protección (61.3%) y el contacto heterosexual no protegido (22.1%) fueron los principales modos de transmisión; mientras que, entre las mujeres, el contacto heterosexual no protegido (91.2%) fue el modo de exposición reportado con mayor frecuencia. Las relaciones sexuales sin protección entre hombres son el principal modo de transmisión entre adolescentes y adultos entre las edades de 13 y 39 años, mientras que el principal modo de transmisión entre las personas diagnosticadas con VIH después de los 40 años es el contacto heterosexual no protegido.

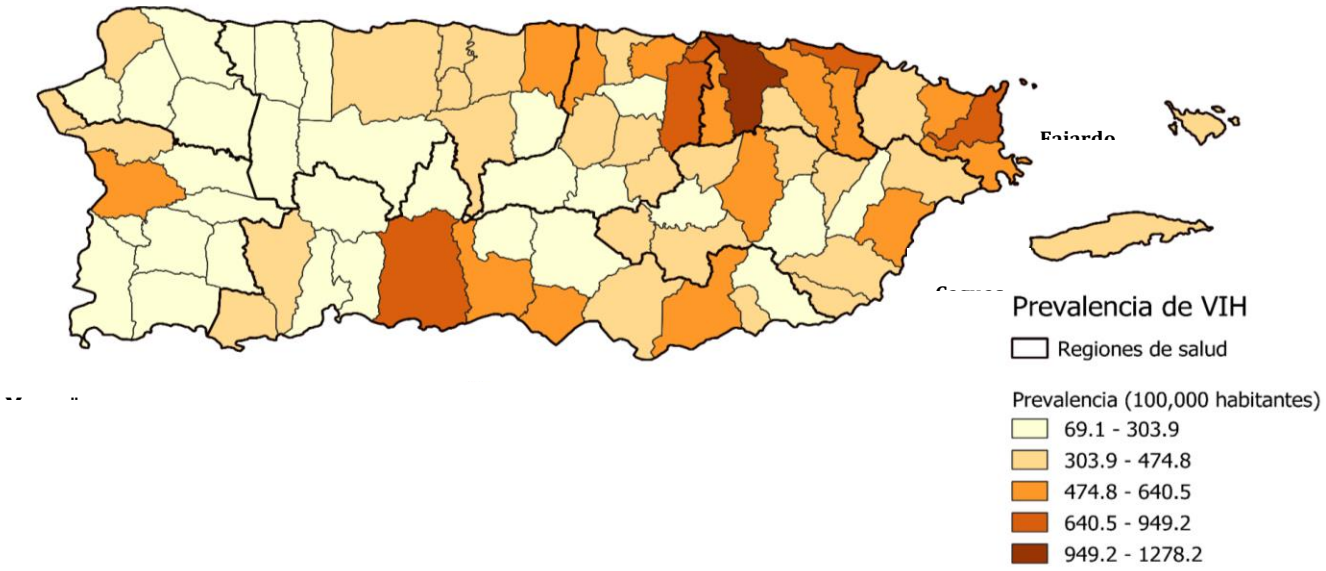
Figura 3. Distribución de diagnósticos nuevos del VIH de adultos y adolescentes ≥13 años por modo de transmisión y edad del diagnóstico, Puerto Rico, 2016



Prevalencia:

Según los datos reportados por el Programa de Vigilancia VIH\SIDA, 18,627 personas viven con un diagnóstico de VIH en Puerto Rico al final del año 2016 (Figura 4). Aproximadamente, 30% de las personas viviendo con un diagnóstico de VIH en Puerto Rico no recibió cuidado médico primario en el año 2015. Gran parte de la población con necesidad de cuidado médico no cubierta para el año residían en las regiones Metropolitanas, Ponce, Mayagüez y Arecibo.

Figura 4. Prevalencia de VIH por cada 100,000 habitantes, 2016



Durante el periodo 2010 al 2016 se reportaron un total de 3,293 defunciones de personas con un diagnóstico de VIH. De éstas, 2,412 muertes fueron hombres (73.2%) y 881 fueron mujeres (26.8%). La tasa de mortalidad de personas viviendo con el VIH en el año 2010 fue de 14.8, mientras que en el año 2016 la misma disminuyó a 10.0 por cada 100,000 habitantes. Durante el periodo 2010 – 2016, las tasas de mortalidad de VIH en hombres y mujeres disminuyeron, sin embargo, en comparación con las mujeres, más hombres mueren de la infección anualmente. La tasa de mortalidad en los hombres diagnosticados con VIH fue aproximadamente tres veces mayor que la tasa de mortalidad en las mujeres diagnosticadas con la infección. Estos datos destacan la importancia de atender las necesidades médicas y de prevención en esta población. De acuerdo con los datos del Registro Demográfico y Estadísticas Vitales del Departamento de Salud, la infección por el VIH ocupó el decimonoveno lugar entre las principales causas de muerte en PR en 2017. La infección por VIH causó 183 muertes, lo que representa el 0.6% del total de las muertes registradas durante ese año.

Anejo 2: Política Pública

La infraestructura política, legal y gubernamental de un país sienta las bases para que los ciudadanos puedan contar con los derechos que van de la mano a la atención de sus necesidades, a fin de lograr una sana convivencia en la sociedad en la que se desenvuelve. Por tal motivo, la estructura de servicios de salud juega un rol fundamental en garantizar el acceso a servicios que promuevan el bienestar y condiciones de vida saludables. Ante esto, se destacan la planificación en Salud Pública como un conjunto de políticas que garantizan de forma integrada la salud de la población a través de acciones dirigidas individuales y colectivas, cuyos resultados fungen como indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo de la ciudadanía. A través de la política pública que desarrolla el Estado se promueve y fomenta las acciones a implementar por las agencias gubernamentales, la responsabilidad y participación ciudadana sobre la atención a las necesidades de salud o situaciones de interés público.

En Puerto Rico, existen fundamentos políticos que incluyen la Constitución y un conjunto de leyes para atender asuntos de salud vinculados al VIH tales como tratamiento, discrimen, acceso a servicios y derechos para las personas que viven con esta condición. Al presente se ha visto progreso en el desarrollo de mecanismos legales que apoyen la prevención, tratamiento y control de la epidemia del VIH durante las pasadas dos décadas. Sin duda uno de los grandes avances en las políticas públicas sobre el VIH en PR, ha sido el desarrollo de la Carta de Derechos de las Personas Portadoras del Virus VIH en el año 2000. Este mecanismo fue creado por la Asamblea Legislativa, en colaboración con la comunidad de personas que viven con VIH, con el propósito de garantizar un trato justo a las personas que viven con VIH y de esta manera asegurar la solidaridad necesaria para evitar el discrimen y prejuicio hacia esa población. En esta Carta, generada desde la Ley Núm. 349 de 2 de Septiembre de 2000, el Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce su responsabilidad de proveer, hasta donde sus medios y recursos lo hagan factible, las condiciones adecuadas que promuevan en las personas portadoras del virus VIH/SIDA el goce de una vida plena y el disfrute de sus derechos naturales humanos y legales. Según esta Carta, se declara política pública el garantizar a las personas portadoras del virus VIH/SIDA lo siguiente:

- La planificación, prestación y accesibilidad de servicios en términos geográficos, medios de transportación, así como recursos complementarios y alternos.
- El acceso y la utilización óptima de los mejores servicios de salud.
- Los servicios y los medios que faciliten la permanencia de estas personas con su familia, siempre que sea posible. Cuando sea necesario, se le proveerá un hogar sustituto, dejando como último recurso su ingreso en una institución.
- El respeto a sus derechos individuales, limitando el ejercicio de los mismos sólo cuando sea necesario para su salud y seguridad, y como medida terapéutica certificada por un médico debidamente autorizado.
- La vigencia efectiva de los derechos consignados en la Carta de Derechos de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, y las leyes y reglamentos que les sean aplicables.

A partir de esta legislación se han generado varios mecanismos que apoyan el diagnóstico temprano de la infección así como provisión de servicios adecuados y la no discriminación para personas que viven con VIH. Varios de estos mecanismos fueron desarrollados partiendo de la premisa de que una de las barreras para combatir el VIH es la falta de conocimiento de las personas sobre el estatus de VIH. Existen múltiples factores que evitan que las personas se hagan la prueba. Hace varias décadas el tiempo de espera de los resultados de las pruebas era de dos semanas. Esto sumado al temor de enfrentar el diagnóstico y el desconocimiento de la condición, provocaba que muchas veces las personas no volvieran a buscar el resultado. Lo que traía como

consecuencia que la persona no buscara y recibiera tratamiento oportuno para la condición y no tomara medidas para evitar el contagio a otros. Esto representaba un gran gasto para el Estado en vista de que la prueba no cumplía su propósito si no se daba a conocer el resultado de la misma (P. del S. 1873, 2008, Ley 130).

Con los avances en las tecnologías de salud, se desarrollaron pruebas de detección rápida que facilitan y viabilizan un proceso de diagnóstico más ágil. Ante esto en el 2008 hubo progreso a nivel de política pública vinculada a servicios para la población con VIH. Durante ese año, se emitió la Orden Administrativa 231 para autorizar a los profesionales certificados como consejeros para la prueba de VIH por el Departamento de Salud a realizar la prueba rápida de VIH en lugares no clínicos en poblaciones de alto riesgo de adquirir el VIH. Luego de esto se creó la Ley 130 del 24 de julio del 2008 nombrada Ley para el Ofrecimiento de Pruebas Rápidas para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana. Estas pruebas permiten obtener y entregar los resultados en 20 minutos. Con estos mecanismos legales, se pretende cumplir con la política pública sobre la prestación de servicios de excelencia a la población en el Estado Libre Asociado de Puerto Rico; optimizar la utilización de los recursos en la prestación de servicios de salud primaria; prevenir y suprimir las condiciones de salud que afectan a la ciudadanía; y poder implementar una estrategia de salud pública que permita diagnosticar oportunamente incrementando el acceso a pruebas de VIH para aquellas personas en alto riesgo de contraer el virus en lugares no clínicos Esto en vista de que entre las poblaciones a riesgo de adquirir VIH se encuentran usuarios de drogas intravenosas, hombres que tienen sexo con otros hombres y trabajadores del sexo que, en muchas ocasiones no buscan servicios de salud en una clínica u hospital, razón por la cual las intervenciones de prevención de VIH realizadas con dichas poblaciones se desarrollan durante las actividades de alcance comunitario en lugares no clínicos (bares, lugares de intercambio de jeringuillas en usuarios de drogas intravenosas, “bathhouses”, “shooting galleries”, etc.) por profesionales de la salud que se desempeñan como consejeros por el Departamento de Salud (OA 231 del 28 de febrero de 2008).

Sin lugar a dudas estas medidas legislativas representan un gran avance al hacer uso de nuevas tecnologías médicas que permiten que las organizaciones de base comunitaria que no cuentan con facilidades físicas o equipo de laboratorio formal, pero que sí tengan actividades de alcance comunitario que le permitan acceso a poblaciones en riesgo puedan administrar dichas pruebas. Lo que amplió el espectro de posibilidades de diagnóstico temprano y, a su vez, ayuda a controlar la epidemia del VIH.

Para el 23 de diciembre de 2008, se emitió la Orden Administrativa Núm. 246 para establecer la política pública que deben cumplir los hospitales, las salas de emergencia y centros de salud para ofrecer el cuidado médico según establece el Protocolo de Profilaxis Post Exposición Percutánea al VIH de Niños y Protocolo de Post Exposición al VIH No Ocupacional para Adultos, a todo paciente que tenga un riesgo. Entre los servicios contenidos en este protocolo se encuentran: vacunas e inmunoglobulina contra hepatitis B y tétano, pruebas de laboratorio y terapia antirretroviral; esto implica que los centros de servicios clínicos deben contar con los medicamentos requeridos para el periodo de tiempo necesario hasta que el paciente pueda acudir a su médico primario.

Siguiendo el objetivo de la detección temprana de VIH, en el 2013 se creó la Orden Administrativa Núm. 307 para Ordenar el Ofrecimiento de la Prueba de VIH a toda Embarazada en el Primer y Tercer Trimestre de Embarazo. Según el Programa de Vigilancia SIDA del Departamento de Salud, en el pasado el 96% de los casos pediátricos de VIH en PR se infectaban por exposición perinatal. No obstante, la orden

administrativa aprobada persigue salvaguardar el bienestar de todo neonato evitando la transmisión perinatal del VIH. Igualmente, todo proveedor de servicios médicos que ordene una prueba de VIH a una embarazada cuyo resultado sea positivo, tiene la obligación de reportar dicho caso a la Oficina de Vigilancia VIH/SIDA del Departamento de Salud, según la Orden Administrativa Núm. 302 del 3 de junio de 2013 (Condiciones de Salud de Notificación Obligatoria).

Otra de las medidas legislativas existentes que viabiliza la provisión de servicios a personas viviendo con VIH es la Ley Ryan White. Esta Ley fue aprobada por el Congreso de los Estados Unidos en agosto del 1990 para subvencionar servicios de cuidado médico y de apoyo dirigidos a atender las necesidades no cubiertas de personas con VIH. En Puerto Rico, los fondos adscritos a esta Ley fueron otorgados en 1991. Dicha otorgación busca la accesibilidad de los servicios a personas con VIH y a sus familiares para mejorar la calidad de vida de los pacientes, provee servicios clínicos, psicosociales, apoyo y medicamentos para el VIH a personas médico-indigentes. Esta legislación establece que estos fondos son de emergencia, por lo que los programas subvencionados por esta ley sirven como el pagador de último recurso (*payer of last resort*). Es decir, proveen los servicios y medicamentos prescritos a personas con VIH/SIDA cuando no están disponibles otras fuentes de fondos.

La ley Ryan White está compuesta de varias partes que constan de lo siguiente:

Parte A: Provee asistencia de emergencia en Áreas Metropolitanas Elegibles y Áreas Transicionales que han sido severamente afectadas por la epidemia del VIH/SIDA; para ofrecer servicios esenciales de salud y apoyo. En Puerto Rico, estos fondos los recibe el Municipio de San Juan (AME).

Parte B: Provee fondos para servicios esenciales de salud y apoyo a los 50 estados, Puerto Rico, Guam, Islas Vírgenes Americanas y otros territorios para las personas con VIH/SIDA. Estos fondos los administra el Departamento de Salud de Puerto Rico.

Parte C: Provee fondos a clínicas de cuidado primario comprensivo ambulatorio para las personas con VIH/SIDA. En Puerto Rico, estos fondos los reciben 10 centros clínicos.

Parte D: Provee fondos para el cuidado ambulatorio centrado en la familia, a mujeres, infantes niños y jóvenes con VIH/SIDA. En Puerto Rico, estos fondos los reciben CEMI y Nuevo Puerto Rico ConCRA.

Parte F: Provee fondos para otros programas o proyectos especiales. En Puerto Rico, la Universidad de Puerto Rico recibe estos fondos para la educación y adiestramiento sobre VIH a proveedores de servicios clínicos (AETC).

La Parte B de la Ley Ryan White HIV/AIDS Treatment Extension Act (P.L 111-87, octubre 2009) en su más reciente reautorización provee para que el Programa Ryan White Parte B, adscrito a la Oficina Central para Asuntos del SIDA y Enfermedades Transmisibles del Departamento de Salud de Puerto Rico, administre fondos dirigidos a asegurar el acceso a servicios clínicos y de apoyo, incluyendo medicamentos para la población médico-indigente del país con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida). Cabe destacar, que aunque esta no es una política pública creada por Puerto Rico, la misma sí fue adoptada como parte de los recursos que tiene la jurisdicción. A través de la asignación de recursos, se ofrecen servicios necesarios a la población afectada en las clínicas del Departamento de Salud, entidades privadas sin fines de lucro y otros proveedores alrededor de la Isla,

conforme la particularidad de cada área geográfica. El Programa Ryan White Parte B se divide en cinco unidades programáticas esenciales responsables de la planificación y provisión de servicios de salud y apoyo a las personas con VIH y a sus familiares, residentes en Puerto Rico. Estas son: Servicios Complementarios de VIH, Coordinación de Servicios Clínicos y de Apoyo; Programa de Asistencia en Medicamentos para VIH/Sida (ADAP, por sus siglas en inglés), Unidad de Búsqueda y Retención en Cuidado; Evaluación, Planificación y Mejoramiento de la Calidad. Además, el Programa atiende las necesidades de las personas con VIH elegibles al relacionarse con otros proveedores de servicios en la distribución efectiva de medicamentos VIH en la Isla, costear los co-pagos, deducibles y/o coaseguros a beneficiarios elegibles al Programa Health Insurance Assistance Program (HIAP) y subvencionar pruebas especializadas para el VIH.

Para el 2015, siguiendo el esfuerzo de desarrollo de medidas legislativas atemperadas a los adelantos tecnológicos y las necesidades de la población VIH, se desarrolló la Orden Administrativa Núm. 337 del 1 de mayo del 2015, para establecer el nuevo algoritmo de pruebas para el diagnóstico de VIH según las recomendaciones con base científica del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés) y la Asociación de Laboratorios de Salud Pública (APHL, por sus siglas en inglés). Este algoritmo de las pruebas de 4t generación combina tecnologías para la detección simultánea de antígeno p24 y anticuerpos VIH1 y IH2, lo que permite la identificación de los individuos en el periodo agudo de la infección de VIH. La identificación de nuevos casos de VIH y enlace temprano a servicios contribuye en la reducción de morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH. La evidencia científica confirma que una persona que vive con VIH y es adherente a sus medicamentos logra obtener una carga viral suprimida para mejorar su estado de salud y ayudar a disminuir la transmisión del virus en la comunidad. Por lo antes expuesto, esta orden administrativa es una respuesta contra la epidemia de VIH mediante la disminución de los diagnósticos tardíos; y a su vez, apoya la base de conocimiento científico existente para lograr un diagnóstico temprano y el enlace temprano a tratamiento para suprimir la carga viral en personas que viven con VIH.

Para el 28 de octubre de 2015, se afianza el apoyo de la estructura legal para atender los asuntos vinculados al VIH en Puerto Rico, mediante la emisión de la Orden Administrativa Núm. 343, que establece adoptar como Política Pública del Departamento de Salud los objetivos de la Estrategia Nacional contra el VIH/SIDA: 2020. Esto incluye revisar, actualizar y desarrollar estrategias de prevención y establecer un Comité Asesor para implantación de la Profilaxis Pre-Exposición (PrEP) en el Plan de Prevención de VIH en Puerto Rico. Con esta orden, el Departamento de Salud, reconoce la importancia y el valor del PrEP como herramienta de prevención para VIH según las guías establecida por el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés).

Cabe destacar, que además de los mecanismos legales antes descritos, existen Leyes a nivel federal como la Ley A.D.A. (*American with Disabilities Act*) del 1990. Esta Ley, conocida como La ley para Personas con Impedimentos, de 1990, protege a las personas con impedimentos contra el discrimen en los medios privados y en los programas gubernamentales. Las personas con VIH están protegidas contra el discrimen por la Ley ADA. Esta ley también protege contra discrimen por parte proveedores de servicios de salud aunque no estén financiados con fondos gubernamentales.

Anejo 3: Recursos Internacionales

La base de la política pública de Puerto Rico debe servir como guía a todo proveedor de servicio y personas vinculadas a responder a las necesidades de la población de personas que viven con VIH en la Isla, ya que estos ofrecen el punto de partida para el desarrollo y ofrecimiento de servicios y recursos cobijados bajo las leyes estatales. Sin embargo, existen también entidades internacionales que proveen guías útiles para el desarrollo de leyes y mecanismos sociales que contribuyan a desarrollar los recursos necesarios para atender aspectos relacionados a la epidemia del VIH/SIDA. Por ejemplo, el **Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)** tiene como meta coordinar la respuesta internacional a la epidemia de VIH/SIDA y garantizar la acción global y concertada contra la epidemia. Mediante el intercambio de información, conocimientos sobre la epidemia y las vías para mitigar su impacto esta entidad promueve la coherencia de las actuaciones para complementar las acciones de los programas de lucha contra el VIH/SIDA de las organizaciones en múltiples escenarios. Este organismo desarrolló la Declaración Conjunta de las Naciones Unidas para poner Fin a la Discriminación en los Centros Sanitarios para atender la política pública sobre VIH mediante la recomendación y promoción del siguiente listado de acciones:

> *Examinando y fortaleciendo las leyes para prohibir la discriminación en la prestación y distribución de los servicios de atención sanitaria, así como en relación con la educación y el empleo en el sector de la salud.*
>
> *Examinando y derogando las leyes punitivas que han demostrado tener resultados sanitarios negativos y que van en contra de las evidencias establecidas en materia de salud pública.*
>
> *Examinando, fortaleciendo, implementando y monitoreando las políticas, reglamentaciones, normas, condiciones de trabajo y principios éticos aplicables a los profesionales sanitarios para prohibir la discriminación por cualquier motivo en los centros sanitarios.*
>
> **Apoyar las medidas destinadas a empoderar a los trabajadores sanitarios y a los usuarios de los servicios sanitarios teniendo en cuenta sus derechos, funciones y responsabilidades y permitiéndoles ejercerlos del siguiente modo:**
>
> *Velando porque se respeten plenamente, se protejan y se hagan efectivos los derechos y las normas laborales de los trabajadores sanitarios, en particular en materia de seguridad y salud en el trabajo, y porque los trabajadores sanitarios no sufran discriminación y violencia en su lugar de trabajo.*
>
> *Proporcionando al personal sanitario formación previa al servicio y en el servicio sobre sus derechos, funciones y responsabilidades en la esfera de la lucha contra la discriminación en los centros de atención de la salud.*
>
> *Empoderando a los usuarios de los servicios de atención de la salud para que conozcan sus derechos y puedan reivindicarlos.*

Respaldar la rendición de cuentas y el cumplimiento del principio de la no discriminación en los centros de atención de la salud del siguiente modo:

Garantizando el acceso a mecanismos eficaces de reparación y rendición de cuentas. Esto implica la elaboración y aplicación de procedimientos medidas de reparación individuales y adaptadas para las víctimas y el establecimiento de sistemas constructivos de rendición de cuentas en el sector de la salud y otros sectores para prevenir futuras vulneraciones.

Reforzando los mecanismos de notificación, monitoreo y evaluación de la discriminación. Para ello es preciso apoyar el establecimiento y la compartición de la base de datos probatorios y garantizar la participación de las comunidades afectadas y los trabajadores sanitarios en la formulación de las políticas sanitarias.

Aplicar el Marco Común de las Naciones Unidas para la Lucha contra las Desigualdades y la Discriminación del siguiente modo:

Facilitando orientaciones conjuntas adaptadas a cada sector y herramientas prácticas para concienciar acerca de los principios de los derechos humanos relativos a la no discriminación y su puesta en práctica en los centros de atención de la salud.

Como se pudo apreciar en esta sección, a lo largo de la historia la concienciación sobre las necesidades particulares de la población VIH ha provisto para el desarrollo de diferentes mecanismos legislativos y políticas gubernamentales e institucionales que ayudan a asegurar que esta población cuente con alternativas de recursos y servicios que le ayuden a mantener calidad de vida dentro de su condición. No cabe duda de que en la medida que los diferentes sectores sociales se vayan exponiendo al conocimiento y sensibilización hacia esta población, se seguirán desarrollando iniciativas, medidas y proyectos que ayuden a robustecer los recursos existentes para pacientes VIH en Puerto Rico tanto en servicios de salud como en servicios sociales.