

TRAYECTORIAS DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN PERSONAS CON VIH/SIDA EN PITALITO, HUILA, COLOMBIA, 2020

Diana Marcela Conde Martín¹ Karen Margarita Muñoz Muñoz² Marcela Arrivillaga³

RESUMEN

Antecedentes. La infección por VIH/SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida, consecuencias económicas negativas, sobrecarga del sistema de salud e incapacidad y muerte de personas en edad productiva. **Objetivo.** Este estudio tuvo como objetivo analizar las trayectorias de acceso a servicios de salud de personas con VIH/SIDA en el Municipio de Pitalito, Huila, Colombia. **Método.** Se realizó un estudio cualitativo con enfoque fenomenológico; se abordaron la vivencia, experiencias, recuerdos y sentimientos en la trayectoria de las personas con VIH/SIDA para acceder a los servicios de salud; posteriormente, se realizó análisis de contenido utilizando Atlas Ti. **Resultados.** Los resultados de este estudio revelan barreras experimentadas por las personas con diagnóstico de VIH/SIDA, se documentaron problemas en el acceso a pruebas diagnósticas, deficiencias en las asesorías, violación de confidencialidad, dificultades económicas y geográficas para acceder a los servicios de salud, adicionalmente fallas en el inicio temprano de la TAR y mala calidad en la atención. **Conclusiones.** Las trayectorias de acceso a los servicios para personas con diagnóstico de VIH/SIDA reveladas en este estudio, evidencian barreras que van desde los servicios diagnósticos hasta el acceso a la TAR, con falta de calidad en la atención, deficiencias de programas educativos y experiencias adversas como discriminación e interrupciones de la TAR, las cuales se exacerbaban aún más por las carencias económicas.

¹ Médica general Universidad Sur Colombiana, estudiante de Maestría en Salud Pública Pontificia Universidad Javeriana Cali. ESE Hospital San Antonio de Pitalito. Correo electrónico: marcon_13@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/000-0002-5131-913X>

² Enfermera Universidad Libre Seccional Pereira. Estudiante de Maestría en Salud Pública Pontificia Universidad Javeriana Cali. Secretaria de salud de la Alcaldía del Municipio de Páez. Correo electrónico: karensita1116@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/000-0003-1300-6068>

³Tutora. PhD. Salud Pública Pontificia Universidad Javeriana Cali. Correo electrónico: marceq@javerianacali.edu.co ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5927-3386>

Palabras clave: VIH, SIDA, Trayectorias clínicas, accesibilidad a los servicios de salud, terapia antirretroviral.

INTRODUCCIÓN

La infección por VIH/SIDA ha tenido gran importancia en el panorama mundial de las enfermedades infecciosas debido a que ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas y consecuencias económicas negativas por el incremento de los recursos necesarios para la atención en salud, incapacidad y muerte de personas en edad productiva (1). Es un problema de salud pública que impacta negativamente los aspectos biológicos, económicos, socioculturales y psicológicos de quienes viven con la infección (2).

El VIH/SIDA es una enfermedad crónica que requiere control médico frecuente y seguimiento integral. De ahí la importancia del acceso a los servicios de salud de diagnóstico y tratamiento, oportunos y de calidad. Con la introducción de la terapia antirretroviral (TAR) mejoró el pronóstico de las personas que viven con la infección, disminuyendo el número de muertes relacionadas al SIDA. Sin embargo, el diagnóstico tardío dificulta la efectividad del manejo antirretroviral y en la mayoría de los casos el pronóstico es fatal (3).

El programa conjunto de naciones unidas ONUSIDA, plantea que desde el inicio de la epidemia, 77.5 millones de personas contrajeron la infección por VIH/SIDA; para el año 2020 las cifras están representadas en 37,6 millones de personas viviendo con VIH en todo el mundo; de éstos, 35,9 millones son adultos y 1,7 millones tienen una edad hasta los 14 años. En 2020 se produjeron 1,5 millones de nuevas infecciones. Además, se reportó que el 84% de las personas que vivían con VIH conocían su estado serológico y alrededor de 6,0 millones desconocían su infección (4). Para el 2020, 690.000 personas fallecieron a causa de la enfermedad, sin embargo, la mortalidad por SIDA ha disminuido en un 42% desde el 2010, en relación a una mejor cobertura de la terapia antirretroviral (4).

En Colombia, la prevalencia de la infección por VIH/SIDA ha planteado una serie de desafíos a las autoridades sanitarias y a la sociedad en su conjunto. Estos retos, que involucran acciones políticas, económicas, sociales y de intervención han sido plasmados en los planes nacionales de respuesta ante el VIH/SIDA; particularmente, con la propuesta 90-90-90 de

ONUSIDA para lograr el diagnóstico del 90% de la población con infección por VIH, proveer de TAR al 90% de la población diagnosticada, y mantener al 90% de las personas con TAR con carga viral indetectable. (4). En el periodo comprendido entre 01 de febrero de 2019 al 31 de enero 2020 en el país se reportaron 12.528 nuevos casos, con una incidencia estimada de 25 casos por 100.000 habitantes; respecto a la mortalidad durante el periodo se reportaron 1.626 casos fallecidos (5). Adicionalmente, hasta el 31 enero 2020, 123.490 personas viven con VIH en el país; de las cuales el 94% reciben terapia antirretroviral, sin embargo, solo el 73% tenían carga viral indetectable.

En el departamento del Huila, durante el año 2020 se reportaron 193 casos de VIH/SIDA, para una incidencia de 17 casos por 100.000 habitantes, cifra inferior a reportes de los años 2019 y 2018, con 276 y 243 casos respectivamente. Comparado con años previos, hubo una disminución significativa en el número de casos nuevos (5), lo cual podría estar asociado al efecto de la pandemia de COVID-19, que dificultó el acceso a los servicios de salud. (6) En cuanto al municipio de Pitalito, el comportamiento no fue diferente, se encontró en los años 2018 y 2019, 58 y 60 casos respectivamente; para el año 2020, la notificación de casos de VIH/SIDA fue de 47 personas, el 74.4% hombres y el 25.5% mujeres, 19 personas están entre las edades comprendidas de 16 y 25 años, de dicho grupo 9 de ellos fueron hospitalizados por complicaciones en su estado de salud, y 32 personas están entre las edades de 26 y 48 años; y ocurrieron 4 muertes. Comparado con el año 2019, hubo una disminución significativa en el número de nuevos casos del 21.6% (5).

De igual forma, se desconocen aspectos relacionados con la atención, especialmente en relación con el acceso, oportunidad en el diagnóstico y el tratamiento antirretroviral. No se ha implementado la estrategia 90-90-90, en el municipio de Pitalito.

En el contexto del modelo de salud colombiano, los problemas estructurales del sistema no han cambiado, la tendencia se mantiene y las barreras de acceso reportadas son sistemáticas. Se mantiene una inadecuada e insuficiente distribución de los servicios tanto en las zonas rurales como en las urbanas, se han denunciado innumerables hechos de corrupción asociados a la apropiación de recursos públicos por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS),

y cada vez son más evidentes las fallas en materia de salud pública (7). Varios autores han señalado que en Colombia el aseguramiento se convirtió en un fin en sí mismo y que estar afiliado al sistema no garantiza el acceso efectivo a los servicios (8). Un agravamiento de la situación de salud y el incremento de las muertes atribuibles a la falta de acceso oportuno “es el desconocimiento de la Constitución y los derechos en salud, pues favorece la vulneración de los derechos de las personas; donde la primera barrera de acceso es la ausencia de una política sanitaria” (9)

El sistema establece otras limitaciones al acceso determinadas por barreras administrativas para la afiliación, atención solo de urgencias en el primer mes, esperas prolongadas para procedimientos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS), inequidad entre los regímenes, interpretación a conveniencia por las EPS de los planes de beneficios, retrasos en las autorizaciones y barreras para acceder a continuidad del tratamiento (10). Situaciones atribuibles a los responsables del aseguramiento y a los prestadores de servicios de salud de todos los niveles, que pasan por la excesiva demanda en puestos de salud, largas filas para la asignación de citas, restricciones para los procedimientos electivos, insuficiente oferta de especialistas, hasta las mayores barreras para acceder al segundo y tercer nivel, que atraviesan a toda la red pública y privada (10-14).

El VIH/SIDA es considerado como una enfermedad de alto costo, y el mayor reto del sistema es garantizar el uso y acceso a los servicios de salud a la población afectada (15). No obstante, se han encontrado problemas de acceso en personas con la infección en los diversos servicios de salud por barreras económicas y sociales como el desplazamiento, además de barreras socioculturales como el machismo, la homofobia y la discriminación y estigma (16). Estos determinantes inciden en la búsqueda de servicios de salud complementarios de la atención médica y del acceso a la TAR, como las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (16). La mayoría de los estudios sobre equidad en el acceso a los servicios de salud en Colombia defienden la tesis que como resultado de la ley 100 de 1993, hay mayor equidad debido a la ampliación de la cobertura, en especial de la población más pobre (17). No obstante, los servicios vistos desde la perspectiva del mercado y la rentabilidad financiera,

no como derecho, pueden llegar a incidir en el incremento de la vulnerabilidad de las personas más pobres y de los más jóvenes a la infección por VIH (18).

En la literatura internacional se encuentran estudios que asocian las condiciones socioeconómicas con la realización de pruebas diagnósticas del VIH. La introducción de TAR de alta efectividad en 1991 cambió de forma trascendental el pronóstico de las personas con VIH/SIDA, mejorando la expectativa de vida, declinando el número de casos de enfermedades oportunistas y, por ende, las muertes relacionadas con SIDA (1). A nivel mundial, la baja adherencia a los tratamientos para el VIH/SIDA han sido reportados como un problema de salud pública; de igual forma, estudios muestran que la adherencia al manejo farmacológico es importante para el buen estado inmunológico (19), la eficacia del manejo antirretroviral, disminución de la posibilidad de resistencia a medicamentos, adopción de medidas preventivas para evitar la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), mejorando la calidad de vida y la salud de estos pacientes. Esto es más evidente en población joven que no adquiere compromiso durante su tratamiento (20). A su vez, el inicio tardío de la TAR en pacientes con enfermedad avanzada con conteo de células T CD4 por debajo de 200 o por infecciones oportunistas, se asocia con mayor mortalidad, costos y menor eficacia. (21)

El sistema de salud en Colombia determina procesos críticos que afectan el acceso a servicios de salud de todos los grupos afectados. Se ha demostrado que las instituciones a nivel nacional no cumplen con la reglamentación sobre la atención de personas con VIH/SIDA, además de realizarse en establecimientos especializados, lo que profundiza la fragmentación en los servicios de salud y dificulta el manejo integral, generando que la adherencia no sea adecuada, evidenciado con el bajo porcentaje de pacientes con carga viral indetectable. Incluso, se ha establecido que el tipo de afiliación al sistema de salud es una barrera para acceder al tratamiento oportuno, se liga la atención a la condición laboral de la persona o su cónyuge, desempleo, periodos mínimos de cotización, además de procesos de selección adversa cuando se obstaculiza el traslado a otra EPS (22). De igual forma, la tramitología se convierte en una barrera de acceso característica de las EPS, debido a la fragmentación de

los servicios, con múltiples visitas a diferentes instituciones de salud para las citas médicas, solicitud de órdenes de laboratorios y medicamentos (16,22-25).

En el departamento del Huila, un estudio revisó 390 registros de pacientes hospitalizados con infección por VIH y al menos una infección oportunista, excluyendo gestantes y menores de edad. Se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, paraclínicas y de tratamiento; en total, 286 registros reportaron toxoplasmosis cerebral, candidiasis muco-cutáneas y tuberculosis. Éstas son condiciones patológicas que continúan causando la hospitalización de las personas en el departamento. Por esto es necesario revisar las condiciones de acceso a los servicios y mejorar los programas integrales de atención para disminuir complicaciones y mejorar la calidad de vida de esta población (26).

La realidad es que, en términos epidemiológicos, el VIH sigue siendo una infección que afecta tanto a población general como a grupos de riesgo, a pesar de los avances en el diagnóstico y en el tratamiento que mejoran la sobrevivencia. En el marco del derecho a la salud, las personas con la infección deben tener acceso efectivo a los servicios de salud en Colombia. Dado lo anterior, este estudio tuvo como objetivo analizar las trayectorias de acceso a los servicios de salud de las personas con VIH/SIDA en el municipio Pitalito, Huila, Colombia, durante 2020.

MÉTODO

Tipo de estudio. Se realizó un estudio de tipo cualitativo, con enfoque fenomenológico (27). Dado que se abordó la vivencia en la trayectoria de las personas con VIH/SIDA para acceder a los servicios de salud. Se dio un acercamiento a las personas donde se profundizó acerca de sus experiencias, recuerdos y sentimientos en su tránsito por los servicios. Se recogieron discursos completos, se interpretaron y analizaron las narrativas.

Este proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, Colombia.

Participantes. Los participantes fueron 10 personas con VIH/SIDA, atendidas en el municipio de Pitalito, que voluntariamente decidieron participar en la investigación.

Muestreo. Se realizó un muestreo dirigido por entrevistados con los siguientes criterios de selección. La muestra final estuvo compuesta por 10 participantes.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- Auto-reporte de diagnóstico de VIH/SIDA, superior a 6 meses.
- Auto-reporte de tratamiento antirretroviral y control médico, superior a 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Signos de consumo de sustancias psicoactivas.
- Signos de alteración mental.
- Dificultades para la expresión verbal.

Técnicas de recolección de información. La información fue recolectada mediante una entrevista en profundidad que estaba orientada por una guía. Las entrevistas se realizaron hasta la saturación teórica de cada participante. La guía de entrevista en profundidad fue validada en su contenido por tres jueces expertos con experiencia en la atención de personas con VIH/SIDA. Se evaluaron los criterios de pertinencia, suficiencia, redacción y ortografía de los ítems. La guía contenía cinco módulos que exploraban:

- Datos generales del entrevistado.
- Condiciones de vida y posición socioeconómica.
- Acceso a servicios preventivos.
- Acceso a servicios de diagnóstico.
- Acceso a servicios de tratamiento antirretroviral y atención integral.

Procedimiento de recolección de información. Los participantes fueron identificados a través de líderes del movimiento LGTBI del municipio de Pitalito. Fueron contactados vía telefónica e invitados a participar en el estudio con verificación de criterios de inclusión y

exclusión. Se les explico el propósito, procedimiento y riesgos, para posterior firma del consentimiento informado. Se realizaron entrevistas durante el año 2020 como se había planeado, en lugares previamente acordados con los participantes, donde se conservó la privacidad y la comodidad para estas personas. Debido a la pandemia por Covid-19, se tomaron todas las medidas de bioseguridad.

Análisis de información. Las entrevistas se grabaron en audio, se transcribieron y se analizó el contenido, utilizando como herramienta complementaria el software Atlas ti8. Para el análisis se establecieron como categorías: 1) Caracterización sociodemográfica y condiciones de vida; 2) Acceso a servicios de diagnóstico; 3) Acceso a servicios preventivos; 4) Acceso al tratamiento antirretroviral; 5) Acceso a servicios de atención integral. De manera transversal, se analizó la oportunidad y la calidad de los servicios utilizados.

RESULTADOS

Las trayectorias de acceso a los servicios de salud de las personas participantes en este estudio, están relacionados con el diagnóstico, tratamiento y la atención integral del VIH/SIDA Este estudio identificó que las trayectorias están marcadas por episodios de discriminación, con el recorrido que deben realizar las personas para su atención o para cubrir sus necesidades de salud, frente a las brechas estructurales en el funcionamiento del sistema y las consecuencias para garantizar la vida de las personas con VIH/SIDA. A continuación, se exponen los resultados.

Caracterización sociodemográfica y condiciones de vida de los participantes. Los participantes del estudio fueron 10 en total, el 30% de sexo femenino y el 70% de sexo masculino, con orientación sexual el 40% heterosexuales y el 60% homosexuales, con edades entre los 19 y 40 años, un tiempo de diagnóstico entre 8 y 120 meses, afiliados 60% al régimen subsidiado, 40% al régimen contributivo; respecto a sus condiciones de vida, el área de residencia el 70% es urbana, 30% rural, 40% en estrato socioeconómico nivel 2 y el 60% en estrato socioeconómico nivel 1. En cuanto al nivel educativo, el 60% corresponden a bachilleres, el 40 % restante tiene una formación que va desde el nivel técnico hasta estudios

de maestría. El 40% reportó estabilidad laboral, 40% trabaja como independiente o está en labores de informalidad, y el otro 20% se dedican a las labores del hogar. Los datos se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica y condiciones de vida. Trayectorias de acceso de servicios de salud en Pitalito, Huila. 2020. (n=10)

ID.	Sexo	Edad	Estrato socioeconómico	Orientación sexual	Tiempo de dx en meses	Nivel educativo	Régimen de afiliación al SGSSS	EPS	Área de residencia	Ocupación
1	M	38	2	Heterosexual	8	Técnico	Contributivo	Seccional de Sanidad Huila	Urbano	Policía Operario
2	F	40	1	Heterosexual	36	Bachiller	Subsidiado	Comfamiliar	Rural	Ama de Casa
3	M	26	2	Homosexual	72	Profesional	Contributivo	Sanitas	Urbano	Enfermero
4	F	31	1	Heterosexual	48	Noveno	Subsidiado	Asmet Salud	Rural	Peluquera
5	M	29	1	Homosexual	120	Tecnólogo	Contributivo	Comfamiliar	Urbano	Auxiliar de Oficina
6	M	30	2	Homosexual	54	Bachiller	Subsidiado	Comfamiliar	Urbano	Independiente
7	M	27	1	Homosexual	72	Bachiller	Subsidiado	Comfamiliar	Urbano	Peluquero
8	F	19	1	Heterosexual	84	Bachiller	Subsidiado	Comfamiliar	Rural	Ama de casa
9	M	21	1	Homosexual	84	Bachiller	Subsidiado	Comfamiliar	Urbano	Vendedor
10	M	40	2	Homosexual	72	Maestrante	Contributivo	Sanitas	Urbano	Profesional

Trayectorias en el acceso a servicios de diagnóstico. Los hallazgos permitieron identificar que los entrevistados experimentaron dificultades y experiencias negativas en sus trayectorias en el acceso a las pruebas diagnóstica para el VIH. Reportaron problemas en el manejo y asesoramiento inicial, fragmentación de la atención con gasto de bolsillo adicional, barreras para acceder a la atención por psicología o psiquiatría, así como problemas de violación de la confidencialidad.

En cuanto a la asesoría para la prueba y las dificultades del personal de salud para su manejo, la siguiente narrativa ilustra este resultado:

“Asesoría no; pues ellos simplemente nos dijeron que era para hacernos la prueba del VIH, pues estaba la psicóloga, que fue ella que me entregó la prueba; ellos estaban como mal organizados, ellos no sabían cómo iba a reaccionar yo cuando ellos me dijeran, pues lo del examen; entonces en eso también porque ellos como que no estaban ni preparados para darle una noticia de esas a alguien.” (Participante n° 7 de sexo masculino de 27 años homosexual).

En cuanto a restricciones económicas algunos participantes expresaron:

“Me fui de la casa a los 16 y me tocó trabajar de interna (trabajadora del servicio doméstico); no tenía mucho tiempo para salir y no tuve mucho tiempo para información.” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años heterosexual).

“¿Y porque no pudiste venir a tal cita? y yo soy: ¡doctor, la verdad es que me cogió sin dinero!” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años heterosexual).

Las siguientes narrativas muestran como los participantes buscan información sobre el VIH/SIDA, dada las deficiencias en las asesorías por parte del personal de salud:

“Yo iba a la EPS, o al centro de salud, pero realmente a uno nunca le dan una información completa; siempre le dicen a uno que es algo mortal y ya. En ese tiempo no había mucha información sobre eso (refiriéndose al VIH) también, entonces yo decidí investigar en libros, y pues más que todo el tema venía como en enciclopedias, yo las compré; en el centro de salud distinguí a una Psicóloga, ella me mandaba unos libros de un amigo que estuvo en España, creo que es donde más han investigado eso y en Argentina también; entonces ella me mandaba de lo que habían investigado y yo iba leyendo, entonces la información mía fue a través de lectura, más no por el personal de salud.” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años, heterosexual).

La narrativa a continuación expresa problemas de confidencialidad en el diagnóstico:

“Durante la prueba diagnóstica no hubo discreción; la verdad a mí, cuando me tomaron la prueba y después esa persona les contó a los familiares de mi esposa; imagínese usted, ya sabrá la reacción de ellos” “acá en Pitalito no me gusta ir porque son muy chismosos.”
(Participante n° 1 de sexo masculino de 38 años, heterosexual).

“Pues en el caso mío, como le comentaba del diagnóstico que se enteró mi familia, personas que realmente no tenían que saber.” (Participante n° 6 de sexo masculino de 30 años, homosexual).

Trayectorias en el acceso a servicios preventivos. Los participantes en general manifestaron que no han sido invitados a participar en programas de promoción de la salud y de prevención de enfermedades en el municipio de Pitalito. Estos programas son muy precarios a nivel de las instituciones de salud y, además, difícilmente son ofrecidos a personas de estratos socioeconómicos 1 y 2, como se indica en las siguientes narrativas:

“¿Que me invitaran a mí? no, de pronto se acercaban a actividades donde estudiaba, pero que me invitaran a mí no; o de pronto que le dijeran a mi mamá que llevara a su hijo no; eso no, nunca me invitaron a nada de eso.” (Participante n° 3, sexo masculino de 26 años, homosexual).

También se expresaron problemas en la disponibilidad de estos servicios en función de la red del asegurador:

“Pero, que uno aquí tenga que viajar 4 o 5 horas para que lo vea el médico general, para que lo vea una enfermera jefe, para que lo vea el psicólogo, que son especialidades que cuenta aquí en el municipio; que las EPS las tiene, que les dan cita para eso, o sea, yo no entiendo porque uno tiene que ir hasta halla a Neiva, cuando ellos pueden prestar el servicio acá.” (Participante n° 3 de sexo masculino de 26 años, homosexual).

Quienes reportaron actividades de prevención, éstas estuvieron centradas en uso del preservativo. No se reportaron experiencias de acceso a otros programas preventivos en general:

“Si; una vez y la actividad trataba de como nosotros nos cuidábamos para tener las relaciones sexuales; de cómo coger el preservativo para cuidarnos y protegernos más que todo.” (Participante n° 7 de sexo masculino de 27 años homosexual).

Trayectorias en el acceso al tratamiento antirretroviral y a la atención integral. Los participantes manifestaron que en el acceso a la TAR sus trayectorias se han caracterizado por: carencias económicas para trasladarse al municipio y otras ciudades; fallas en la atención de los programas, problemas de oportunidad y mala calidad de la atención, oportunidad en las citas, rutinización de la valoración médica independientemente de las necesidades y la sintomatología y demoras en la entrega de medicamentos, lo cual se evidencia en las siguientes narrativas:

“Sanitas no tiene un prestador de servicio acá en Pitalito, entonces cada vez que tengo un control con especialista me toca ir a Neiva; y pues muchas veces por turnos de trabajo uno no puede cuadrar; las citas las dan cuando ellos quieren, más no cuando uno puede; el médico que lo valora a uno más se preocupa por cuanto uno está pesando, más no por como uno se está sintiendo, si el medicamento le está haciendo bien, si está teniendo pesadillas, si está teniendo vómito o si no ha podido dormir o si tiene calor; todas esas cosas son importantes, pero el médico se transcribe su misma historia para todos los pacientes y ya; la entrega de medicamentos es tortuosa, porque o sea uno tiene que ir a que la EPS lo autorice, después tiene que ir a que se los entregue, eso se demora y se va casi todo el día.” (Participante n° 3 de sexo masculino de 26 años homosexual).

“Al comienzo fue difícil. O sea, no le aprobaban a uno rápido las autorizaciones; se demoró exactamente 5 meses, mientras que la EPS autorizaba que me enviaran al infectólogo a Neiva; porque todo fue un proceso, me toco pasar por médico general, luego

por médico internista de aquí del hospital; me toco ir a Neiva al infectólogo. Entonces, durante todo ese trascurso de tiempo pasaron 5 meses para que me dieran el medicamento o retrovirales como tal.” (Participante n° 5 de sexo masculino de 29 años homosexual).

En cuanto a las fallas en la atención de los programas, existe un exceso de tramitología, aplazamientos, dificultades en el agendamiento de citas, conllevando a interrupciones de la TAR:

“Llegaba a Neiva, estaba en el centro, tenía que ir al otro lado de Neiva para poderme sacar exámenes y todo eso y muchas veces uno llegaba y le decían, no le puedo sacar la prueba, porque ya está muy tarde, son las 9:30; pero es que yo que hago, llegue a las 7 de la mañana pero mientras me daban las ordenes se me hizo tarde; entonces muchas veces le sacaban las muestras a uno y lo llamaban a los 3 días después, la prueba no sirvió, tenemos que volvértela a sacar, entonces yo decía: ay señorita es que yo soy de acá de Pitalito y para volver solo por las pruebas no se justifica; entonces me tocaba programar otra cita y volver a sacarme los exámenes.” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años heterosexual).

“Pero era la vuelta que tenía que hacer para que me entregaran el medicamento, porque sabía que me lo tenía que tomar, dure como 15 días sin tomar el medicamento, porque me daba era física y mamera ir a verle la cara, o sea que me trataran como se les diera la gana y como llegar allá y que me dijeran no lo podemos atender, porque uno muchas veces, se va de aquí de Pitalito a Neiva y llega tarde y uno llega y le cancelan la cita y uno tiene que volver en 8 días porque no hay más citas y para que lo vea el infectólogo también es tenaz, pues porque después uno le coge pereza a ir, mejor me retiro, no me tomo el tratamiento y pues uno también es consiente que ya después de 6 años uno no puede mandar el tratamiento a la basura.” (Participante n° 3 de sexo masculino de 26 años homosexual).

Respecto a barreras geográficas debido a residencia en áreas rurales y al gasto de bolsillo asociado al transporte a los centros de atención, manifestaron:

“Si claro; por ejemplo, lo que le estaba diciendo. O sea, ahí hay veces nos trasladan hasta Neiva, pero entonces ellos ya nos avisan muy encima. Entonces, ¿qué nos toca hacer?, ponernos a buscar más que todo son lo de los pasajes, que se nos dificulta, claro y a mí me ha tocado cancelar citas, de para ir a reclamar tratamiento a Neiva o para irme a sacar exámenes, ah me ha tocado varias veces.” (Participante n° 7 de sexo masculino de 27 años homosexual).

“Eso es un desangre para cualquiera, tenga o no tenga plata; eso lo desgasta y me estresa, solo el hecho de viajar me estresa; de pedir un permiso en el trabajo, yo que soy cada dos meses, pedir permiso para ir a un tratamiento médico; entonces me imaginaba las personas que lo tienen que hacer cada mes.” (Participante n° 10 de sexo masculino de 40 años homosexual).

En cuanto a falta de oportunidad, se encontró retrasos injustificados e incluso necesidad de recursos legales como la tutela para el acceso continuo a la TAR, los entrevistados expresaron:

“Yo empecé a tomar medicamentos retrovirales 6 años después, si eso, en el momento le dicen a uno que no necesitan; pues la verdad, es que siempre he tenido una carga viral indetectable [...] de estar yendo a Neiva, vino una infectóloga que es egresada de Argentina y ella dijo no, es que usted este o no esté con sus plaquetas bajas, tiene que empezar medicamento entonces ahí le empiezan a dar a uno el tratamiento, pero fue ya 6 años posteriormente” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años heterosexual).

“Pues la verdad un poco regular, bien por un lado y mal por el otro, porque pues al principio pues era complicado para que me dieran medicamentos allá en Neiva, a mi papá le toco hacer una tutela y pelear con esos de Comfamiliar, porque no me daban ligero los medicamentos y después ya siguieron pasando los años ya eso se solucionaba y ya en el año 2016 pues ya me trasladaron para acá para Pitalito y acá en Pitalito ya me están llegando los medicamentos.” (Participante n° 8 de sexo femenino de 19 años heterosexual).

En cuanto a fallas en la calidad de la atención, hubo problemas graves como pérdida de muestras de laboratorio, exclusión de los programas por falta en los pagos por parte de los aseguradores a las IPS:

“Ejemplo: las pruebas vienen y las sacan acá en Pitalito, y se las llevan para Neiva, son pruebas que ya no se sabe, si van a salir bien o mal; porque ya han pasado casos, de que uno está bien y resultan que vuelven y lo llaman y lo cogen, que para pincharlo o vaya hasta Neiva, que porque los exámenes salieron mal y resulta que es que las pruebas se dañan, mas no que los exámenes le salieron mal.” (Participante n° 7 de sexo masculino de 27 años homosexual).

“Por lo menos, hace un mes fui a control y la Dra. Me dijo: si sabe que vamos a cerrar con Medimás, por que no pagan, porque no cancelan, por el seguro de Medimás que siempre es complicado, siempre uno se ve amenazado por esta EPS, porque esta EPS no cumple con todos los requisitos, con los pagos puntuales.” (Participante n° 2 de sexo femenino de 40 años heterosexual).

Se encontraron falencias significativas en cuanto a la atención integral, debido a la demora en la asignación de citas de los programas especializados de personas que viven con VIH/SIDA, gasto de bolsillo adicional, fragmentación de los servicios, que en ocasiones implicó citas en diferentes días y lugares. Adicionalmente, algunas personas necesitaron utilizar recursos legales, como forma de presión para lograr las autorizaciones y la consiguiente atención:

“Si. Eso fue como en el 2010 al 2012; me tocó colocar 2 tutelas; la mía y la de mi esposo porque juntos teníamos EPS diferentes. Entonces, nos tocó por aparte y me tocó a mí aquí en Pitalito, tenía que hacer demasiadas vueltas para poder acceder a una cita y si yo tenía por ejemplo 2 citas en el mes no me las colocaban el mismo día si no como una hoy y otra mañana, o una el lunes y otra el viernes; entonces yo decía no entiendo por qué no se pueden el mismo día, o en un solo lugar, si igual es una misma empresa, para yo no tener que ir dos o tres veces al mes; porque para mí era muy difícil; él es maestro de

construcción y yo dependía de lo que él me pudiera dar.” (Participante n° 4 de sexo femenino de 31 años heterosexual).

“No había plata antes, entonces por eso mi papá bregaba mucho para conseguir que le prestaran plata, para ir a las citas médicas y todo eso.” (Participante n° 8 de sexo femenino de 19 años heterosexual).

DISCUSIÓN

El VIH ha generado grandes brechas en la equidad social por las diferencias en el acceso a los servicios médicos, gran impacto en el sector económico y daños sociales por discriminación para las personas que padecen la enfermedad (28). El diagnóstico de VIH/SIDA a menudo se asocia con estigma, discriminación, sentimientos de pérdida y puede resultar en disminución de la autoestima (29, 30), lo que genera impacto importante en la adherencia a la TAR y en consecuencia sobre la sobrevivencia de los pacientes. (31)

Al caracterizar las condiciones de vida de los participantes del estudio, encontramos que todos estaban entre los estratos socioeconómicos 1 y 2. Se conoce que la pobreza es un condicionante para tener desenlaces negativos de la infección por VIH. Estudios en población africana muestran cómo la pobreza implica exclusión social y vulnerabilidad, generando dificultades en el acceso y adherencia a TAR (32). Incluso en países desarrollados como Estados Unidos, la epidemia de VIH se concentra en grupos con pobreza, en quienes las diferencias étnicas y raciales, así como las comorbilidades están sobre expresadas (33). En nuestra población las condiciones socioeconómicas bajas, generaron una mayor dificultad en la adherencia al tratamiento, debido a problemas en el traslado a sitios de atención, toma de laboratorios y entrega de medicamentos.

En lo concerniente a las condiciones de vida de las personas que viven con VIH/SIDA, en las narraciones se encontró el impacto a nivel del entorno familiar luego del diagnóstico, generando miedos y problemas familiares, lo cual limitó la adherencia al seguimiento. Sobre

esto, Wrubel et al (2011) estudiaron a 20 personas con VIH y demostraron que la concepción sobre la enfermedad, puede afectar su decisión de iniciar la terapia y unirse a un programa de tratamiento (34). A pesar de la información actual sobre la enfermedad, las personas que viven con VIH, aún son víctimas de estigma y discriminación, incluso por el mismo personal de la salud, generando otra barrera para el acceso a los servicios sanitarios y en ocasiones pérdida de la confidencialidad del diagnóstico (35).

Respecto al acceso a los servicios preventivos es preocupante cómo a pesar del creciente aumento del número de infectados y muertes en personas con VIH, no se vinculan claramente a programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, especialmente a las poblaciones de riesgo. Algunas personas entrevistadas en el estudio manifestaron que la educación en salud, solo se centró en el uso de preservativos y prevención de otras infecciones de transmisión sexual. El uso adecuado del preservativo y su adherencia es clave para disminuir la pandemia del VIH, así como para evitar otras infecciones de transmisión sexual en los pacientes seropositivos (36). Sin embargo, se descuidan otros aspectos de los estilos de vida saludable y una nutrición adecuada. La población que vive con VIH, adicional al campo de la salud sexual y reproductiva, debe acceder a otros programas, por ejemplo, de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta una mayor prevalencia de enfermedad cardiovascular (37) y algunos tipos de neoplasias (38). Algunos estudios plantean que el intercambio de conocimientos entre personas que viven con VIH, así como asistencia a centros hospitalarios en grupos de apoyo ayudaron a promover un sentido de pertenencia y empoderamiento comunitario de poblaciones con VIH (39, 40), lo que demuestra como la implementación de estrategias de acompañamiento y asesoría junto con la educación de la población impacta positivamente en la percepción por parte del paciente y la comunidad frente a la enfermedad; para, finalmente ayudar a mejorar las tasas de adherencia al seguimiento y la terapia farmacológica. A pesar de dichas ventajas, en Pitalito no hay acceso a estos programas, que permitan la conexión voluntaria entre personas que vivan con VIH, perdiendo oportunidades para romper barreras de acceso mediante el apoyo social y conocimiento comunitario.

Sobre el diagnóstico, de manera consistente, en el estudio se observó cómo en su gran mayoría fue incidental. En el mundo se estima que aproximadamente el 81% de las personas que viven con VIH están diagnosticados, aún lejos de la primera meta de la estrategia 90-90-90 planteada por la OMS (4). En Colombia se ha realizado énfasis en el tamizaje de gestantes, llegando al 95,9% (5), sin embargo, se debe ampliar a grupos de riesgo como el de hombres que tienen sexo con hombres, personas trabajadoras sexuales y consumidores de sustancias psicoactivas, entre otros. El retraso en el diagnóstico implica deterioro de la salud de los infectados, menor probabilidad de supervivencia, incremento de la prevalencia de las enfermedades oportunistas, mayor contagio en la comunidad y costos más elevados en la atención de los pacientes (41). En cuanto a las barreras para el acceso a la prueba, similar a lo reportado en la literatura, una de las principales fueron las fallas para acceder al sistema de salud e incluso el exceso de trámites para la realización de la prueba. Otras barreras descritas, son la falta de conocimiento sobre dónde hacerse las pruebas diagnósticas, fallas en disponibilidad de las mismas, así como baja percepción de vulnerabilidad hacia el VIH y el temor a tener la infección (42).

También se encontraron obstáculos para acceder al seguimiento y tratamiento, determinándose una pérdida de continuidad en la atención y la fragmentación en los servicios de salud, así como también las barreras de tipo administrativo como falta de continuidad en la contratación de los servicios con las IPS, dificultades en la continuidad de la entrega de los fármacos antirretrovirales, por parte de las entidades responsables. Otro punto importante es la ausencia de centros especializados locales, donde puedan acceder a citas, laboratorios y entrega de medicamentos, por lo que tienen que movilizarse a otras ciudades y no hay mecanismos que permitan retornar ese gasto a las personas, lo cual acentúa las brechas para el acceso a laboratorios y terapia farmacológica, disminuyendo la adherencia a la TAR. Las interrupciones de la terapia antirretroviral, generan pérdida de la supresión viral, descenso del conteo de linfocitos T - CD4, incrementos en las enfermedades oportunistas, pérdida de calidad de vida y muertes (43).

En las narrativas se encontró de manera consistente el desconocimiento de los servicios diagnósticos y deficiencias en la asesoría, así como, cuáles son los procesos de autorizaciones de los servicios de salud en la trayectoria de atención posterior al diagnóstico. Cabe resaltar,

que en la región son pocos los grupos de apoyo para acompañamiento a personas VIH positivas y esto favorece la presencia de barreras de acceso por la necesidad de movilización a otras ciudades para dar continuidad al manejo médico; en estudios cualitativos que han evaluado las experiencias de personas con diagnóstico de VIH en países en África, donde se encontró que en algunas comunidades las personas evitan buscar tratamiento en clínicas por temor a que se revele su estado serológico o de sufrir más estigma y discriminación (40). La concepción social de la infección por VIH persiste como barrera debido a la falta de conciencia y conocimiento de las formas de transmisión, lo que obstaculiza los esfuerzos de prevención y tratamiento; se conoce que en Latino América la adherencia a la TAR en una revisión sistemática fue alrededor del 70% (44).

Los hallazgos de este estudio permiten concluir que la adherencia al tratamiento no es solo responsabilidad de las personas con VIH/SIDA, que continuamente deben sortear dificultades y barreras administrativas; también es de los prestadores de servicios de salud, que deben adaptarse a sus requerimientos, atender las necesidades, realizar el seguimiento a nivel local e implementar estrategias efectivas para disminuir los costos directos e indirectos.

En tiempos de Covid-19, los prestadores se han acercado a las personas con VIH/SIDA, haciendo llegar los medicamentos a través de diferentes medios e interactuando a través de la telemedicina, que valdría la pena evaluar, si realmente se está dando respuesta en gran parte a las barreras reportadas, si ha contribuido a obtener el medicamento a tiempo, si ha mejorado efectivamente la adherencia a la TAR, la indetectabilidad del virus y un seguimiento oportuno.

La experiencia de estas personas reafirman la importancia de la estrategia prevención combinada de la infección por VIH (45), con sus tres componentes y la implementación efectiva que debe darse; el componente biomédico como el acceso a la TAR y a la atención integral, debe articularse con lo comportamental como es el brindar información, educación y comunicación para la promoción de la salud sexual y de conductas saludables; en lo estructural, existe el imperativo de defender el derecho a la salud, la eliminación de estigmas y discriminaciones. Los prestadores tiene la responsabilidad de conocer la caracterización de los grupos de riesgos y las personas VIH/SIDA que atienden, con el fin de promover las intervenciones y un acompañamiento efectivo. En el municipio de Pitalito, no se ha

implementado la estrategia combinada, lo cual impacta de forma negativa en la salud de las personas y en el control de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las trayectorias de acceso a los servicios para personas con diagnóstico de VIH/SIDA reveladas en este estudio, evidencian las barreras experimentadas que van desde los servicios diagnósticos hasta el acceso a la TAR, con falta de calidad en la atención, deficiencias de programas educativos y experiencias adversas como discriminación e interrupciones de la TAR, las cuales se exacerban aún más por las carencias económicas.

Se deben realizar campañas de acceso a pruebas diagnósticas, con asesorías y confidencialidad, que permitan realizar diagnósticos tempranos. Adicionalmente, se debe favorecer el establecimiento de servicios integrales de salud en el territorio más cercano posible a la residencia de estas personas, lo cual facilitará el acceso y la continuidad de la terapia antirretroviral.

REFERENCIAS

1. Tamayo-Zuluaga B. B, Macías-Gil Y Y, Cabrera-Orrego R R, Henao-Pelaéz JN JN, Cardona-Arias JA JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín. *Ciencias la Salud*. 2015;13(1):9–23.
2. Cardona-Arias JA. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Rev Salud Publica*. 2010;12(5):765–76.
3. Besse R, Garc IR, Montero EC, Pouyou LM, Su EE, Clinicoquir H, et al. Introducción. *Medisan*. 2018;22:746–56.

4. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida | ONUSIDA [Internet]. Onusida. 2020. Available from: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet#:~:text=37%2C6%20millones%20%5B30%2C,con%20el%20SIDA%20en%202020>.
5. Cuenta de alto costo; fondo colombiano de enfermedades de alto costo; direccion: (<https://cuentadealtocosto.org/site/vih/vih-sida-en-colombia-retos-y-apuestas-en-salud/#:~:text=En%20Colombia%2C%20los%20casos%20reportados,36%25%20por%20cada%20100.000%20habitantes>)
6. PAHO/WHO | Pan American Health Organization [Internet]. Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud; [cited 2021 May 3]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2020-casos-nuevos-infeccion-por-vih-aumentaron-mas-20-america-latina-ultima-decada>
7. Tovar-Cuevas, L. M., & Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Rev. Generenc. Polit. Salud.*13 (27): 07-20, julio – diciembre de 2014. Recuperado de: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/11957rev>.
8. Gómez Perea, C. A., Pasos Revelo, L. M., González Rojas, T., & Arrivillaga Quintero, M. (2018). Acceso a servicios de salud de personas en situación de discapacidad física en Zarzal (Valle, Colombia). *Revista Científica Salud Uninorte*, 34(2), Health services accessibility for people with physical disabilities in Zarzal (Valle del Cauca, Colombia).34(2): 276–83. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/issue/view/470/showToc>
9. Palacios Moya L, Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Posada-Zapata IC. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Publica Mex.* 2015;57(3):252.
10. Vargas Jaramillo, J., & Molina Marín, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Rev. Fac. Nac. Salud Publica*

- 2009; 27 (2): 121-130. Disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v27n2/v27n2a03.pdf>
11. Bran L, Valencia A, Palacios L, Gomez S, Acevedo Y, Arias C. Barreras de acceso del sistema de salud colombiano en zonas rurales: percepciones de usuarios del regimen subsidiado. Colombia, 2013-2017. *hacia. propoc. Salud.* 2020; 25 (2): 29-38 DOI: 10.17151/hpsal.2020.25.2.6
 12. Guerrero R, Gallego Al, Becerril-Montekio V, Vasquez J. sistema de salud de colombia. *salud publica Mex* 2011; 53 supl 2: S144-S155.
 13. Tovar-CuevaS LM, Arrivillaga-Quintero M. estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013; revisión sistemática crítica. *Rev. Gerenc. Polít. salud.* 2014; 13(27): 12-26. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.eaia>
 14. Rodriguez Hernandez J.M; Rodriguez Rubiano D.P; Corrales Barona J.C. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en poblacion colombiana, 2013. *cienc. saúde colectiva* 20 (6) jun 2015 <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.12122014>
 15. Trejos Herrera, A. M., Tuesca Molina, R. D. J., & Mosquera Vásquez, M. (2011). Niñez afectada con VIH/SIDA: Uso y acceso a Servicios de Salud en cinco ciudades colombianas. *Salud Uninorte*, 27(2) Children Affected with HIV / AIDS: Use and access to Health Services in five colombian cities. 2011; vol. 27 nùm. 2, pp171-184 universidad del norte, Barranquilla Colombia. Recuperado de: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/1418/5837>
 16. Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., & Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *salud pública de méxico*, 57, 252-259. *Rev. Salud pública Mex.*57(3), Recuperado de:http://www.scielo.org.mx/scielophp?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014
 17. Domínguez, C. M., Ramírez, S. V., & Arrivillaga, M. (2018). Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia. *MedUNAB*, 20(3), 296-309. Acceso a servicios de salud en mujeres transgénero de la ciudad de Cali, Colombia Access to Health Services for Transgender Women in the City of Cali. 20 (118): 296–

309. Recuperado de:
<https://revistas.unab.edu.co/index.php/medunab/article/view/2404/2855>
18. Mora-Rojas, R. B., Álzate-Posada, M. L., & Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 16(33), 19-34. Prevention of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection in Colombia: Gaps and Realities *Prevenção da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) Colombia: fendas e realidades*. 16 (33): 19–34. Recuperado de:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/20448>
19. Arévalo-Varela MT; Hoyos-Hernández PA. (2015); la adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA, más allá de la toma de antirretrovirales. *Rev. Salud publica* 17 (4): 528-540, 2015; disponible en internet: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>
20. Compean-Dardón, M. S., Pérez-Salgado, D., Staines-Orozco, M. G., & Ortiz-Hernández, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con VIH/SIDA. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26): 127-143, Recuperado de:
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/9315>
21. INSIGHT START Study Group. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2015 Aug 27 [cited 2021 May 3];373(9):795-807. Available from: <https://doi.org/10.1056/nejmoa1506816>
22. Arrivillaga-Quintero, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud pública de México*, 52(4), 350-356. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v52n4/v52n4a11.pdf>
23. Abadía Barrero CE; Oviedo Manrique DG; (2010) Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia. La burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá (Colombia)*, sup. 9 (18): 86-102, enero-junio de 2010 disponible en internet: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54520413009>

24. Lopera Medina M.M. Martínez Escalante J. Ray -Einarson. Acceso de las personas con VIH al sistema de salud colombiano y sus costos relacionados desde una perspectiva individual y familiar, Bogotá, 2010. Access of People with HIV to the Colombian Healthcare System and its Related Costs from an Individual and Family Perspective, Bogotá, 2010. Print version ISSN 1657-7027. Rev. Gerenc. Polit. Salud Vol.10 no. 20 Bogotá Jan./June 2011
25. Bermúdez- Román V. Bran-Piedrahita L. Palacios-Moya L. Posada Zapata I.C. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. Influence of HIV related stigma on health care access. version impresa ISSN 0036-3634. salud pública Mex Vol.57 no.3 Cuernavaca may. /jun.2015
26. Agudelo-González, S., Murcia-Sanchez, F., Salinas, D., & Osorio, J. (2015). Infecciones oportunistas en pacientes con VIH en el hospital universitario de Neiva, Colombia. 2007-2012. *Infectio*, 19(2), 52-59. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v19n2/v19n2a02.pdf>
27. Hernández Carrera R. M. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. Qualitative research through interviews: its analysis by Grounded Theory. Universidad internacional de la Rioja (España) fecha de recepción del original: agosto de 2014 fecha de aceptación: noviembre de 2014
28. Jade Ghosn MD; Profesor Babafemi Taiwo MBBS, Prof Soraya Seedat md, Profesora Brigitte Autran MD, Profesora Christine Katlama MD. (HIV. *Lancet*. 2018 Aug 25;392(10148):685-697)
29. Despa N. Social integration of people infected and affected by AIDS. *Procedia-Soc. Behav. Sci.* 2013; 76:243–247.
30. Cain R., Jackson R., Prentice T., Collins E., Mill J., Barlow K. The experience of HIV diagnosis among Aboriginal people living with HIV/AIDS and depression. *Qual. Health Res.* 2013;23(6):815–824.
31. Rueda S, Mitra S, Chen S, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open* 2016; 6: e011453.).
32. Pempelani Mufune. Poverty and HIV/AIDS in Africa: Specifying the connections,

- Pempelani Mufune. *Social Theory & Health* volume 13, pages1–29 (2015).
33. Pellowski Jennifer A, Kalichman Seth C, Matthews Karen A. A pandemic of the poor: social disadvantage and the U.S. HIV epidemic, *Am Psychol.* 2013 May-Jun; 68(4): 197–209.
 34. Wrubel J., Moskowitz J.T., Stephens E., Johnson M.O. Illness and medication appraisals in people with HIVDeciding to begin antiretroviral treatment. *Psychology.* 2011;2(02):117.
 35. Campillay Campillay M. Monardez Monardez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Rev. Bioética y Derecho* no.47 Barcelona 2019 E pub 16-Dic-2019) (Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH/SIDA *Rev. Bioét.* vol.27 no.1 Brasíla Ene./Mar. 2019).
 36. Crosby R.A. State of Condom Use in HIV Prevention Science and Practice, *Curr HIV/AIDS Rep* (2013) 10:59–64.
 37. KakuSo-Armah PhD. Laura A Benjamin PhD. Gerald S Bloomfield MD Matthew J Feinstein MD. Priscilla Hsue MD. Benson Njuguna BPharm. Prof Matthew S Freiberg MD HIV and cardiovascular disease, *Lancet HIV* 2020; 7: e279–93)
 38. Yarchoan R. Uldrick T.S. HIV-Associated Cancers and Related Diseases, *N Engl J Med.* 2018 March 15; 378(11): 1029–1041).
 39. Perez-Brumer AG, Reisner SL, McLean SA, Silva-Santisteban A, Huerta L, Mayer KH, et al. Leveraging social capital: multilevel stigma, associated HIV vulnerabilities, and social resilience strategies among transgender women in Lima, Peru. *J Int AIDS Soc* 2017; 20:21462.
 40. Crosby RA, Salazar LF, Hill BJ. Gender affirmation and resiliency among black transgender women with and without HIV infection. *Transgend Health* 2016; 1:86–93.
 41. Sandeep, Jose I Harwell, Nagaligeswaran Kumarasamy; Advanced HIV: diagnosis, treatment, and prevention. *Lancet HIV.* 2019 Aug;6 (8): e540-e551.
 42. Morales, Alexandra; Espada, José P; Orgilés, Mireia. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention* vol.25 no.3 Madrid dic. 2016). (Deblonde, J., Koker, P. de, Hamers, F. F., Fontaine, J., Luchters, S. y Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *The*

European Journal of Public Health, 20, 422-432.).

43. El-Sadr WM, Lundgren JD, Neaton JD, et al. CD4+ count-guided interruption of antiretroviral treatment. *N Engl J Med* 2006; 355:2283–2296).
44. Costa-J D M, Torres T S, Esteves C L, Mendes L P. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and metaanalysis. *J Int AIDS Soc* 2018; 21: e25066. doi: 10.1002/jia2.25066.
45. OPS, organización panamericana de la salud. Prevención combinada de la infección por el VIH. paho.org/es/temas/prevención-combinada-infección-por-VIH.