

Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud

Viviana Bermúdez-Román, Adm en S,⁽¹⁾ Lemy Bran-Piedrahita, Adm en S,⁽¹⁾
Lucía Palacios-Moya, Adm en S,⁽¹⁾ Isabel Cristina Posada-Zapata, Psic, MSP.⁽¹⁾

Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Posada-Zapata IC. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. Salud Publica Mex 2015;57:252-259.

Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L, Posada-Zapata IC. Influence of HIV related stigma on health care access. Salud Publica Mex 2015;57:252-259.

Resumen

Objetivo. Reconocer la influencia de los estigmas creados alrededor del VIH en el acceso a los servicios de salud en la población seropositiva de Medellín, Colombia en 2012. **Material y métodos.** Se parte de un enfoque cualitativo, tomando para el análisis elementos de la teoría fundamentada de Strauss y Corbin. Se entrevistó a 13 personas, en dos momentos diferentes. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas; se realizó codificación abierta y axial de los datos encontrados. **Resultados.** Los mitos erigidos alrededor del VIH se constituyen en una barrera de acceso a los servicios de salud, hecho que configura un retraso en el tratamiento oportuno del virus. **Conclusión.** Las políticas gubernamentales deben propender por mitigar el impacto que ha generado la histórica discriminación hacia las personas con VIH, para garantizar el acceso temprano por parte de la población infectada a los servicios de promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.

Palabras clave: VIH; accesibilidad a los servicios de salud; servicios de salud; Colombia

Abstract

Objective. To notice the influence of the stigma surrounding HIV on the access to health services among the seropositive population of Medellín, Colombia, in 2012. **Materials and methods.** A qualitative approach using Strauss' and Corbin's grounded theory. Data was collected through 13 interviews at two different moments. These interviews were transcribed and analyzed, and the data found in them was processed via axial and open coding. **Results.** The myths surrounding HIV become a barrier preventing access to healthcare; this hinders timely treatment of the virus. **Conclusion.** Government policies must aim to reduce the effect that the historical discrimination against HIV has generated so that it can guarantee that infected individuals have early access to treatments for this condition as well as health promotion services.

Key words: HIV; access to health services; health services; Colombia

En la historia del ser humano y en su reacción ante la enfermedad se ha apreciado claramente la influencia que tienen los mitos, estigmas y representaciones simbólicas creadas alrededor de una patología en particular sobre el modo en que el individuo se relaciona con su entorno.

En la historia social del VIH se corrobora esta afirmación con el primer caso de sida publicado en junio de 1981 en Estados Unidos. En aquel entonces se describía la aparición de cinco personas diagnosticadas con neomocistosis en Los Ángeles y de 26 eventos inusuales de sarcoma de Kaposi en Nueva York y California. Estos

(1) Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

casos presentaban la coincidencia de que los afectados eran varones homosexuales, lo que generó un estigma de acuerdo con el cual se presume que todo individuo con VIH es homosexual.¹

Sin embargo, dicho estigma se vio confrontado en 1982, cuando los casos de sida reportados en el país afectaban, además de a homosexuales, a trabajadoras sexuales, haitianos, usuarios de drogas intravenosas y mujeres que eran parejas de hombres que tenían el síndrome. Ante la ciencia médica, lo anterior dejó en evidencia que la enfermedad no era un asunto de condición sexual. Sin embargo, el estigma aún permanece en la sociedad.¹

Asimismo, a raíz del uso indiscriminado del término “grupos de riesgo”, otras dimensiones de la interacción del individuo con quienes lo rodean se han visto afectadas, entre ellas los componentes de la seguridad social en salud –promoción de la salud, prevención de la enfermedad, entre otros–.² Este hecho se configura en un grave problema frente al acceso de las personas que viven con VIH a los servicios de salud.

En Colombia, la prevalencia de la infección por VIH 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 de la enfermedad, han sido plasmados en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/sida 2008-2011, en el cual se propende por contribuir con las diversas estrategias internacionales contra la infección, particularmente con la propuesta por la Onusida.³

Pese a los esfuerzos que se han realizado en el país, en el departamento de Antioquia, específicamente en la ciudad de Medellín, no se ha alcanzado el impacto necesario para invertir la progresividad del virus. Si bien los esfuerzos emprendidos en materia política, económica y sociosanitaria han sido más intensos cada año, en 2011 las infecciones registradas por el virus totalizaron 1 093 casos, de los cuales 635 correspondían a la ciudad. Este hecho plantea retos mayores en materia de salud pública.⁴

En relación con el acceso a los diversos servicios ofrecidos para la población con VIH, los aspectos económicos no son los únicos que lo determinan. También deben contemplarse aspectos sociales como el desplazamiento y un prolongado conflicto, además de barreras socioculturales como el machismo, la homofobia, la agresión sexual, el sexo por presión económica, la carente percepción de riesgo y la oportunidad en el acceso a los sistemas de información en salud.⁵

Por lo expuesto, el propósito de este estudio fue identificar la influencia de los estigmas y representaciones simbólicas erigidas alrededor del VIH, frente al acceso a los servicios de salud por parte de la población seropositiva de la ciudad de Medellín.

Material y métodos

Se realizó una investigación cualitativa, con enfoque histórico hermenéutico, el cual permite comprender e interpretar los motivos internos del accionar humano, mediante procesos libres sistematizados que han facilitado a diversos investigadores estudiar hechos históricos, sociales y psicológicos del ser humano.⁶ Este enfoque intenta explicar fenómenos a partir de un análisis del lenguaje, las tradiciones y los procesos históricos,⁷ lo que guarda estrecha relación con la teoría fundamentada cuyas herramientas fueron usadas en esta investigación. El enfoque histórico hermenéutico y la teoría fundamentada intentan explicar lo que pasa en una comunidad o en un grupo de personas, partiendo de la relación entre las construcciones simbólicas y los procesos sociales. La duración del estudio fue de un año: de abril de 2012 a marzo de 2013.

Para el análisis y manejo de la información se emplearon elementos de la teoría fundamentada, de Barney Glaser y Anselm Strauss. Esta teoría se relaciona con el interaccionismo simbólico pues intenta determinar el significado simbólico frente a modos en que las personas se expresan, viven y se relacionan con su entorno. Desde este punto de vista, el investigador espera construir lo que los individuos ven como su realidad social.⁸ Se contempló un muestreo teórico que consistió en la recolección, análisis y categorización de datos empíricos, según hallazgos del equipo investigador, donde la recolección y el análisis fueron repetidos hasta la saturación teórica.⁹

El total de participantes fue de 13 con una mayoría de hombres. Acceder a la población femenina resultó complejo debido a los paradigmas creados en torno a la enfermedad; por ejemplo, la “culpabilidad frente al diagnóstico”, pues socialmente se infiere que estas mujeres han adquirido la infección por ser trabajadoras sexuales o porque mantienen una sexualidad desahogada.

Los criterios de inclusión que los participantes debían cumplir fueron ser mayores de edad, estar diagnosticados con VIH y vivir y recibir servicios de salud en Medellín. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta padecer un trastorno mental severo que impidiera participar con pleno consentimiento en el estudio. Para invitar a los participantes se hizo contacto previo con los líderes de instituciones que brindan apoyo psicosocial a esta población en la ciudad, quienes permitieron que el grupo de investigadores participara en las reuniones grupales a fin de conocer de cerca a la población, comprender sus dinámicas y sensibilizar a los asistentes sobre los alcances de la investigación. En estas reuniones el equipo concertó entrevistas individuales con los interesados.

Según características principales de la población, se tuvo en cuenta el nivel educativo: un participante tuvo formación de posgrado, cuatro de pregrado, siete de básica secundaria y uno de básica primaria. Igualmente se tuvo en cuenta el régimen de seguridad social al cual pertenecían: nueve eran del régimen contributivo, tres del régimen subsidiado y uno de la población vinculada. Según ocupación, se halló que ocho laboraban, dos eran amas de casa, dos eran desempleados y uno era estudiante de pregrado. El rango de tiempo que llevaban viviendo con el diagnóstico fue de dos a treinta años.

Estas características fueron especialmente valoradas siguiendo los hallazgos preliminares y el consecuente muestreo teórico. De acuerdo con el método elegido, se busca que la muestra represente cualitativamente a la población, por lo que se procuró la mayor riqueza posible. De esta forma, si bien no se puede hablar de una generalización estadística, sí puede afirmarse que los hallazgos dan pistas de lo que ocurre al resto de la población, lo que facilita una comprensión más integral de los fenómenos de estudio.

Como consideraciones éticas garantes de la participación de los sujetos en el estudio, se tuvieron en cuenta la custodia y confidencialidad de la información, el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, y el respeto por la integridad física y mental de los participantes. Asimismo, se brindó información suficiente sobre los objetivos, alcance, metodología, riesgos y otros aspectos de la investigación.^{10,11} En este sentido, se informó de manera verbal y escrita a los líderes de las instituciones facilitadoras y a los entrevistados sobre la forma en la que se daría custodia a la información, sobre el uso netamente académico de los datos y sobre los derechos a participar libremente, a retirarse de la investigación en cualquier momento y a conocer y validar los resultados finales del estudio. Así, con la finalidad de respetar el libre derecho de los participantes para tomar parte en el estudio, se solicitó el aval del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquia, el cual, una vez evaluado el proyecto, lo catalogó como de riesgo mínimo. Este hecho quedó consignado en el Acta 077 del 21 de marzo de 2013 de dicho Comité.

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas que permitieron conversar fluidamente con el participante. Esto, a su vez, permitió obtener información adicional que enriqueció la investigación.

La teoría fundamentada contempla tres etapas en el análisis de los datos. Esta investigación realizó sólo las dos primeras fases, durante las cuales se obtuvieron en total 1 324 códigos. Por códigos se entienden todos aquellos fragmentos en los que el equipo investigador

encuentra un valor para la investigación, que son posteriormente agrupados en categorías correspondientes a ejes temáticos encontrados a raíz de la saturación teórica de los datos.⁹ Durante la codificación abierta, el equipo se aproximó a los datos, con lo que generó seis categorías de análisis, que agruparon toda una serie de códigos según su contenido temático.

Finalmente, en la etapa de codificación axial, las categorías descriptivas que emergieron inicialmente –configuradas– dieron lugar a las categorías axiales. Una de ellas (de tipo analítico) es la que aquí se presenta como uno de los principales resultados.

Resultados

Para llegar a la categoría analítica presentada en este artículo se partió de la configuración de las dos categorías descriptivas previas que se presentan a continuación.

Vivencias de las personas que viven con VIH a partir del momento del diagnóstico y su interferencia con el acceso a los servicios de salud

La construcción de esta categoría parte del significado de ser diagnosticado con VIH y de la forma en que esto afecta la relación con uno mismo y con el entorno familiar, laboral y social. Lo anterior puede derivar de un sufrimiento no asociado con la historia natural de la enfermedad que interfiere con el acceso a los servicios de salud.

Existe toda una construcción sociocultural en torno al VIH que transforma por completo la vida en el ámbito político, económico, familiar y social de quienes viven con el virus. Estas transformaciones pueden ser fortalecedoras o degradantes para el individuo.

Debido al estigma y discriminación que hay en torno a la enfermedad, las personas seropositivas buscan espacios a los cuales integrarse. Éste es el caso de organizaciones no gubernamentales como las fundaciones Rasa y Eudes, en las cuales pueden compartir sus experiencias, cambios y dificultades a raíz de su diagnóstico, brindarse apoyo y recibir ayuda profesional, legal o de otro tipo, de tal forma que las consecuencias de vivir con VIH se puedan mitigar.

Así, en el marco de los cambios sociales, existe uno que además de afectar las relaciones interpersonales se convierte en un obstáculo para el acceso a los servicios de salud: los estigmas alrededor del VIH. Estos cambios inciden en la búsqueda de servicios de salud complementarios de la atención médica y del acceso al tratamiento antirretroviral, como las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Desde el contexto histórico de la enfermedad, se ha ido alimentando toda una serie de tabúes e imaginarios sociales respecto al hecho de vivir con VIH. Al respecto, destaca la relación del virus con la muerte, que impide que quienes son diagnosticados acudan de manera oportuna a servicios de salud integrales. Esto se convierte en un problema de doble vía: se asume que el ser diagnosticado con VIH representa tener una sentencia de muerte asegurada, de manera que el individuo deja de ser aceptado en sociedad y se convierte en un *cadáver social*. Así lo manifestaron algunos participantes:

Pues es complicado ir a un médico cuando uno cree que ya se va a morir. Yo me demoré la verdad fui y consulté por la insistencia de mi familia, pero en el momento cuando uno cree que ya se va a morir, qué más da, te importa muy poco si vas a revisarte o no (E6, p4).

Yo no sé si a las personas que le diagnostican un cáncer o algo así bien bravo piensan igual, pero a mí me dijeron: ve, tenés VIH. Yo como que no, pues yo quedé en blanco, no sabía qué hacer o para dónde me iba a ir, recuerdo que ese día no sólo lloré, sino que me pegué una rasca. Yo dije: pues si me voy a morir que cuentos de pepas* y esas cosas. Yo no quise someterme a nada, hasta que casi me mata una neumonía, ahí sí me tocó dejar la bobada, y mírame pues, aquí voy, nada que me muero (E5, p6).

Entonces yo le decía que pidiera la cita para empezar el tratamiento, y a él le daba pena, él pensó que uno iba a llegar a un hospital y ahí decía 'consultorio de VIH', ¿pues sí me entiende? Entonces yo le decía que no era así. Él no, tuvo que caer a un hospital para que entendiera que tenía que empezar a tomar la droga, porque a él se le bajó mucho las defensas, y como le tenían que poner sangre, porque se le coaguló la sangre y todo, entonces de allá lo mandaron con papeles y todo para que empezara el tratamiento (E13, P1).

Con este panorama se presenta un primer obstáculo en la prestación de servicios de salud para aquéllos que viven con el virus. Las construcciones sociales alrededor del VIH predisponen a quienes son diagnosticados, quienes a su vez asumen que ser seropositivo equivale a morir biológica y socialmente. Sin embargo, la representación simbólica del VIH no sólo se limita al esquema de muerte social y fisiológica, sino que también se asocia con la necesidad de mantener el diagnóstico oculto por

temor al rechazo social.¹² Esto afecta el estado de salud de quien vive con el virus puesto que su situación demanda acciones oportunas, no sólo desde la promoción y la prevención sino también desde el tratamiento que, al ser inoportuno, puede desencadenar manifestaciones clínicas propias del debilitamiento del sistema inmune: neumonía, sarcoma de Kaposi y otras infecciones oportunistas.¹³

Para minimizar el impacto que generan el estigma y la discriminación en el estado de salud como barrera de acceso a los servicios y, especialmente, al tratamiento antirretroviral (TAR), los investigadores señalan la importancia de evitar la discriminación en la prestación de servicios. Lo anterior tiene el objetivo de garantizar el acceso tanto al TAR, así como a los demás elementos constitutivos de la prestación asistencial a quien vive con VIH.¹⁴

Debilidades del sistema de salud colombiano y la prestación de servicios a población con VIH: estigma y exceso de trámites

Esta categoría se erige a raíz de las vivencias manifestadas por los participantes respecto a las limitantes que existen en el sistema sanitario para el acceso a los servicios de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Así, en el contexto colombiano el estigma se relaciona con el uso de los servicios de salud: los temores, mitos y tabúes asociados con la sexualidad y la vinculación de ésta con el VIH pueden influir en la baja demanda voluntaria de pruebas para detectar la infección debido a la discriminación y exclusión a las que pueden ser sometidas las personas en caso de resultar seropositivas.¹⁵

A lo anterior se suma la errada asociación que aún se conserva del virus. Las personas dan por hecho que éste sólo puede ser adquirido por un grupo específico de personas (homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y usuarios de drogas inyectables). Esto repercute en una carente percepción de riesgo que deriva en el no empleo de protección durante el acto sexual y que influye en el acceso oportuno a las pruebas de diagnóstico como medida preventiva:

Siempre estamos con el concepto 'eso no me va a pasar a mí, pues eso no es para mí, eso es para la gente *gay* o de otro país', como llegué a pensar yo hace tantos años antes de que me diagnosticaran. Pues sí había visto el caso de sarcoma asociado a VIH en Nueva York, que no sé qué, pero yo pensaba que eso por acá no llegaba, menos donde yo vivía, porque como te dije mi pareja era un campesino y yo vivía ahí con él (E1, P5).

* El participante hace referencia al uso de medicamentos. *Pepas* es un término coloquial para referirse a la presentación en comprimidos de un medicamento.

Todos piensan 'eso no me va a pasar a mí', lo vemos muy lejano así esté respirándonos en la espalda, lo vemos muy lejos porque creemos que son cosas que sólo le pasan a la gente regada (E3, P4).*

Lo anterior señala la importancia de que los sistemas de salud consideren para la estructuración de la prestación de servicios no sólo elementos relacionados con el perfil epidemiológico de los habitantes sino esquemas culturales creados en la sociedad, de tal manera que se puedan evitar vacíos que afecten la percepción de integralidad de quienes conviven con VIH.

Respecto al exceso de trámites como una limitante para el acceso a los servicios de salud se identifican la organización y funcionamiento de las entidades promotoras de salud (EPS), encargadas de asegurar a la población y de garantizar la prestación de los servicios de salud. Esto se constituye en otro elemento que interfiere con el hecho de que las personas seropositivas acudan oportunamente a recibir la atención necesaria para tratar la infección:

En este país todo funciona con tutelas. Eso es una realidad y si alguien me lo discute yo creo que será alguien bille-tudo, porque mirá que si necesitás algo bien costoso te mandan a la EPS a ver si les da la gana de autorizártelo. Es triste uno ver gente que va y pone tutela para no morir-se, eso marca, eso a uno como que lo deja maluco (E4, p2).

Pues póngase a mirar, y se da cuenta de las cosas. Si aquí lo ponen a uno que a ir a esos CTC[†] o como se llamen por todo, pues si yo me pongo a ver una hermana mía tiene una enfermedad en el oído y le toca estar yendo, 'ay vea autoríceme esto y aquello', ahora uno con sida, así quién se animaba pues a buscar la forma de empezar a tratarse. Ya luego fue que me explicaron que para los de sida eso es gratis, pues, tienes derecho y todo eso (E8, p2).

Si yo hubiera estado afiliado a eso [la EPS], hubiera tenido que estar sometido a tutelas, a muchas otras contra versiones que vienen, porque los medicamentos tampoco los entregan ni a tiempo ni completos; y se supone que son tratamientos que desde que se comienzan ya son vitalicios (E1, P3).

* Con el término "personas regadas" el participante hace alusión a individuos con comportamientos sexuales inestables o desaferrados.

† En Colombia, la figura de los CTC (Comité Técnico Científico) se emplea bajo la figura de las aseguradoras, como la instancia de asesoría científica, para evaluar la autorización de medicamentos, procedimientos y actividades no incluidas en los paquetes de beneficios.

Me sentía mal, me sentía mal y esa persona dijo: vamos donde sea a las tres primeras EPS -S*; llegamos, nos atendieron muy bien; que la filiación que cuesta no sé cuánto y en la encuesta inicial de inscripción: '¿Padece de alguna enfermedad? -Sí -¿Cuál? -VIH, -Ah ya...' seguía terminando la frase, 'un momentico, ya vengo. Se cayó el sistema no te podemos atender'. Miles de evasivas para afiliarme, ya no podíamos más; entonces fuimos a una que, a pesar de que me ha atendido excelentemente, tuve que mentirles; y cuando me preguntaron esa parte de que si sufría de alguna enfermedad yo lo negué en el formulario (E1, P4).

No puede desconocerse que, desde la normatividad, las políticas en salud propenden por garantizar accesibilidad para toda la población. Sin embargo, los problemas de inequidad, bien sea por género, raza o posición económica, han sido una constante en la provisión de servicios médicos a los afiliados al sistema. Esto configura una limitante manifiesta que impide acceder a las mismas oportunidades y, por ende, a mejorar la calidad de vida.¹⁶

Así, uno de los elementos que incrementan la inequidad en el acceso a los servicios de salud es la educación, del mismo modo que los imaginarios erigidos alrededor de los diversos regímenes del sistema. Quienes poseen planes de medicina complementaria -o prepagada- y algunos del régimen contributivo, al tener control sobre los pagos se consideran con mayor derecho a reclamar sus tratamientos y una atención integral. En contraparte, aquéllos que pertenecen a regímenes subsidiados y población vinculada piensan que no poseen elementos de valor para hacer valer sus derechos, por lo que consideran su acceso a los diversos servicios como una subvención sin derecho a reclamación de calidad.¹⁶

De ahí que se considere la voluntad estatal no sólo como un acto político sino también como acciones encaminadas a inspeccionar, verificar y controlar que efectivamente la población ha accedido a los servicios de salud en los diversos niveles establecidos en las normas de calidad que rigen el sistema, teniendo en cuenta principios de accesibilidad, oportunidad, continuidad y pertinencia en los tratamientos suministrados.¹⁷ No obstante, las aseguradoras imponen una "tramitología"

* La sigla EPS-S se emplea para referirse a las entidades promotoras de salud del régimen subsidiado, el cual cubre a la población pobre y vulnerable que no cuenta con la capacidad económica para aportar al sistema de salud colombiano.

excesiva para acceder a tratamientos, medicamentos, exámenes y demás procedimientos para los cuales la mayoría de las veces se requiere interponer acciones jurídicas como la acción de tutela, derecho consagrado en la carta magna de 1993, en su artículo 86.¹⁸

Para responder adecuadamente a este fenómeno, los estados no pueden desconocer los modos de organización política, social, económica y cultural de una sociedad, porque de ello depende el funcionamiento de la misma. Además, estas formas de organización son las que finalmente determinan el éxito o falencias en el proceso de creación e implementación de sistemas o subsistemas al interior de las naciones.¹²

Como se pudo evidenciar en las categorías previamente mencionadas, se identifican dos agentes que limitan la búsqueda de servicios de las personas con VIH en el marco del sistema de salud colombiano: en primer lugar, las representaciones simbólicas que asocian el virus con la muerte; en segundo, la “tramitología” característica de las entidades aseguradoras.

Discusión

Según lo expuesto, las representaciones sociales alrededor del VIH pueden definirse como todos los conceptos entrelazados desde la sociedad frente a la enfermedad; como producto de las creencias y construcciones conceptuales del colectivo en torno al tema, que articuladas con la interacción social han tenido una incidencia negativa en las vidas de aquéllos en condición seropositiva. Estas representaciones abarcan múltiples dimensiones: económicas, políticas, laborales, culturales, biológicas, psicológicas y sociales.

Diversos autores han hecho referencia al peso que tienen los aspectos culturales y las representaciones simbólicas del virus. De acuerdo con ellos, en muchos casos predominan los aspectos sociológicos referentes a la muerte social del individuo frente a los efectos clínicos propios de la complicación de la enfermedad.¹³ A lo largo del estudio, muchos de los participantes expresaron que, si bien el enfrentarse a vivir con VIH era un proceso arduo por los cambios físicos y biológicos derivados de la enfermedad, resultaba mucho más complejo tener que enfrentarse a la crítica destructiva de la sociedad, al rechazo y al estigma agudizado según el cual ser portador del virus es equivalente a ser homosexual, trabajador sexual o farmacodependiente, o a tener una vida sexual caracterizada por la promiscuidad.

Debido a su enfermedad, muchas personas con VIH han visto vulnerados algunos de sus derechos fundamentales: acceso a servicios de salud, oportunidades de trabajo o entrada como turistas o trabajadores a determinados países. Adoptar las medidas adecuadas para

erradicar la discriminación hacia las personas con VIH y para defender sus derechos es un reto fundamental en la respuesta a la epidemia. Desde las premisas que orientan las acciones en salud pública –como la noción de justicia social, de derecho a la salud y de equidad–, el estigma que sufren las personas con VIH es un obstáculo para el acceso a los servicios de salud, al diagnóstico y al tratamiento. Los prejuicios acerca de las enfermedades infecciosas y, en particular, hacia las de transmisión sexual, así como la información errónea sobre las vías de transmisión del VIH, provocan desigualdad en el acceso a servicios sanitarios, a prestaciones sociales, al mercado laboral y a la vivienda.¹⁹

Los resultados corroboran el enorme reto para los entes gubernamentales en materia de políticas públicas y de estrategias de combate para la infección, así como la necesidad de generar mecanismos que propicien la equidad sin incurrir en errores que lleven a que los sistemas constitutivos del engranaje estatal, como el de salud, sean focos de discriminación que limiten el acceso de esta población a los servicios de salud.²⁰

Se hizo evidente que las políticas y estrategias frente a la problemática en el país se encuentran parcializadas pues se dirigen a grupos específicos: hombres que tienen sexo con hombres, homosexuales, trabajadoras sexuales y farmacodependientes, hecho que ha generado según ellos que los estigmas se fortalezcan desde tales políticas. De este modo, se encuentran entonces investigaciones donde se reafirma el hecho que las representaciones simbólicas y estigmas alrededor de enfermedades como el VIH se convierten en una barrera de acceso a los servicios de salud; además se pone en manifiesto que existe una asociación del virus con la condición sexual por parte de trabajadores del área de la salud –médicos, enfermeras, administrativos y demás–,²¹ lo cual plantea enormes desafíos a la sociedad civil y estatal a fin de mejorar el acceso a los servicios de salud y encaminarse a la tan anhelada equidad social, pilar de la mayoría de políticas nacionales e internacionales y eje del discurso de muchos de los actuales gobiernos latinoamericanos.

En los servicios de salud se pueden identificar diferentes formas de estigma y discriminación en relación con el VIH, como cuando el personal asistencial se niega a dar tratamiento, apoyo o atención con calidad, lo que se ve reflejado en el temor de los pacientes con VIH a asistir a un centro de salud para evitar así ser señalados y juzgados por su condición de salud.²²

Así, el estigma y la discriminación asociados con el VIH y el sida también son considerados como grandes obstáculos para la prevención de nuevas infecciones y para el suministro de asistencia, apoyo, tratamientos adecuados y mitigación del impacto. Esta problemática tiene lugar en todos los países y regiones del mundo y es

provocada por muchas fuerzas como el desconocimiento sobre la enfermedad, los mitos sobre los modos de transmisión del VIH, los prejuicios, la falta de tratamiento, el hecho que el sida sea incurable, los miedos sociales en torno a la sexualidad, los miedos relacionados con la enfermedad y la muerte, y los relacionados con las drogas ilícitas y el consumo de drogas intravenosas.²³

El estigma y la discriminación que recaen sobre quienes viven con VIH contribuyen a que las personas eviten realizarse la prueba de Elisa por temor a ser rechazados. Otras creen no necesitar protegerse por considerar que llevan una vida “socialmente aceptable”, lo que hace que en muchos casos esté expuesto al virus sin saberlo.²⁴

Al ser tan evidente la problemática del estigma y la discriminación, desde la Organización de las Naciones Unidas –ONUsida- se optó por la creación de un “Protocolo para la Identificación de Discriminación contra las Personas que Viven con VIH/sida”. Este pretende reforzar los objetivos ya señalados de lucha contra la discriminación, ofreciendo un instrumento de medición de la misma en diversas áreas fundamentales de la vida social. Se es consciente de que las situaciones o prácticas tenidas en cuenta en este protocolo no agotan la realidad de la discriminación que pueden sufrir quienes viven con VIH,²⁵ hecho que se evidenció en las percepciones de quienes accedieron a ser entrevistados en esta investigación.

Agradecimientos

Nuestro más profundo agradecimiento a las fundaciones Eudes y Rasa, de la ciudad de Medellín, por haber sido el puente con los interlocutores, quienes finalmente dieron sentido a este estudio. Asimismo, agradecemos a la Estrategia de Sostenibilidad CODI 2013 -2014 de la Universidad de Antioquia por todo el apoyo.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Posada I. El significado del riesgo y la autonomía en hombres que tienen sexo con hombres y su relación con comportamientos de alto riesgo para adquirir la infección por VIH/sida, en la ciudad de Medellín en el año 2004-2005 [CD-ROM]. Medellín: Universidad de Antioquia, 2005.
2. Cardona J. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/sida. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2010;12(5):765-776.
3. Ministerio de la Protección Social, Onusida Grupo Temático para Colombia. Plan Nacional de respuesta ante el VIH y el sida, Colombia

2008-2011. Bogotá 2008. [sitio en internet] [consultado el 6 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/6406>

4. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud de Medellín. Indicadores Básicos 2011, situación de salud de Medellín. Medellín: Alcaldía de Medellín, 2012.
5. Aristizábal C. Estigma y discriminación frente a las personas con VIH como fuente de vulnerabilidad e inequidad en la atención en salud. En: Arrivillaga-Quintero M, Useche-Aldana B. Sida y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia. Bogotá DC: Ediciones Aurora, 2011:289-321.
6. Aristizábal C. Teoría y metodología de la investigación. Guía didáctica y módulo [serie en internet] [consultado el 1 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.funlam.edu.co/administracion/modulo/NIVEL06/TeoriaYMetodologiaDeLaInvestigacion.pdf>
7. Murcia N, Jaramillo L. La complementariedad como posibilidad en la estructuración de diseños de investigación cualitativa. *Cinta moebio* 2001;12:194-204.
8. Universidad de Antioquia. Centro de Estudios de Opinión, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Teoría Fundada: arte o ciencia [sitio en internet] [consultado el 1 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1632/1285>
9. Carrero V, Soriano R, Trinidad A. Elementos de la Teoría fundamentada. En: Teoría fundamentada. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2012.
10. Manzini J. Declaración de Helsinki: Principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth* 2000;6(2):1 [serie en internet] [consultado el 3 de marzo de 2013]. Disponible en: http://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X200000200010
11. Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 008430 de 1993 por la cual se establecen las normas técnicas y administrativas de la investigación en salud. Bogotá DC: El Ministerio, 1993.
12. Arrivillaga M. Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Publica Mex* 2010;52(4):350-356.
13. Gutiérrez F. Análisis sociológico del sistema de discursos. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2009.
14. Varas N, Neilands T, Guilamo V, Cintrón F. Desarrollo de la escala sobre el estigma relacionado con el VIH/sida para profesionales de la salud mediante el uso de métodos mixtos. *Rev Puertorriquena de Psicología* 2008;19:183-215.
15. Otegui R. Virus, bichos y drogas. Las formas sociales del VIH-sida en la comunidad gitana española. *Desacatos* 2006;20:53-76
16. Mejía A, Sánchez A, Tamayo J. Equidad en el acceso a los servicios de salud en Antioquia, Colombia. *Ap Salud Publica* 2007;9(1) 26-38.
17. Colombia, Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006, abril 25, por la cual se definen las Condiciones de Habilitación para los Centros de Atención en Drogadicción y servicios de Farmacodependencia, y se dictan otras disposiciones. Bogotá DC: El Ministerio, 2006.
18. Colombia. Asamblea Nacional Constituyente del 1991. Constitución Política de Colombia de 1991; por la cual se fijan los límites y se definen las relaciones entre los poderes del Estado y de estos con sus ciudadanos, estableciendo así las bases para su gobierno y para la organización de las instituciones en que tales poderes se asientan. Este documento busca garantizar al pueblo sus derechos y libertades. Bogotá DC: Asamblea Nacional Constituyente, 1991.
19. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estigma y discriminación hacia las personas con VIH y sida [sitio en internet] [consultado el 16 de septiembre de 2013]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/estigma.htm>

20. Cáceres C. Intervenciones para la prevención del VIH e ITS en América Latina y el Caribe: una revisión de la experiencia regional. *Cad Saude Publica* 2004;20(6):1468-1485.
21. Engelman M. Discriminación y estigmatización como barreras de accesibilidad a la salud. *Anu Investig* 2007;14: 221-28.
22. Organización Panamericana de la Salud. Manual de actividades para la reducción de estigma y discriminación relacionados a ITS, VIH y sida. Guatemala: OPS, 2013.
23. Aggleton P, Parker R. Marco conceptual y base para la acción: estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida. Ginebra, 2012. [documento

- en internet] [consultado el 20 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.cuentaconmigo.org.mx/articulos/parkeryaggleton.pdf>.
24. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia. El VIH, una realidad de todas y todos. República de Colombia. [documento en internet] [consultado el 16 de septiembre de 2013] Disponible en: <http://www.profamilia.org.co/vih/sida/?module=textos&i=3>
25. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Protocolo para la identificación de diseminación contra las personas que viven con el VIH. Ginebra: ONUSIDA, 2001.