MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Romper el círculo

Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia

Resultados y recomendaciones - 2022

Processum · RED SOMOS · te cuidamos

Con el apoyo de: El Fondo Mundial, De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

MCP Colombia, Mecanismo Coordinador País.

enterritorio, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Romper el círculo

Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia

Resultados y recomendaciones - 2022

Processum · RED SOMOS · te cuidamos

Con el apoyo de: El Fondo Mundial. De lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

MCP Colombia. Mecanismo Coordinador País.

enterritorio. Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

© Romper el círculo
Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia
ISBN formato impreso: 978-628-95459-0-6

Bogotá, Colombia
Noviembre 2022

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Diana Carolina Corcho Mejía
Ministra de Salud y Protección Social

Jaime Hernán Urrego Rodríguez
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

Luis Alberto Martínez Saldarriaga
Viceministro de Protección Social

Manuel Rubernoy Ayala Marín
Secretario General

Johanna Marcela Barbosa Alonso
Directora de Promoción y Prevención

Ricardo Luque Núñez
Asesor Dirección de Promoción y Prevención
Dirección de Promoción y Prevención

enterritorio
Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial

Lina Barrera
Gerente General

Andrés Mauricio Oyola Sastoque
Gerente de proyectos de Cooperación Internacional

Carlos Alberto González Promicieros
Coordinador Técnico - Proyecto VIH

Maribel Ramírez Rincón
Coordinadora de monitoreo y evaluación Proyecto VIH

Sandra Patricia Escandón Moncaleano
Coordinadora Estrategia de Comunicación y Movilización Social

Autores

Angela Viviana Pérez Gómez
Investigadora principal
MD, Magíster en Epidemiología Clínica. Especialista en Epidemiología,
Especialista en Gestión de Salud Pública y Seguridad Social, MBA en Salud,
Doctora en Ciencias Humanas y Sociales (C), Fellow Health Policy.

Claudia Liliana Martínez Quesada
Coinvestigadora principal
Psicóloga. Experta en VIH, Magíster en Planeación para el Desarrollo.
Doctorado en Psicología (E)

José Moreno Montoya
Coinvestigador
Estadístico, MSc Epidemiología Clínica. PhD en Epidemiología.
Post. Doctorado en Investigación Clínica.

María Patricia Arenas Núñez
Psicopedagoga

Luz Adriana Moyano Orjuela
Data Scientist. Ingeniera Telemática.

Olga Lucía Moyano Orjuela
Analista de sistemas. Ingeniera de Sistemas.

Natalia Estrada
Filósofa de la Universidad Paris Sorbonne.
Magister en Salud Pública de la Pontificia Universidad Javeriana (c)

Liz Garavito Beltrán
Ingeniera industrial. Magíster en Economía.

En esta publicación se utilizan fragmentos del mural *Todos juntos podemos parar el Sida,* realizado por el artista y activista social neoyorkino Keith Haring (1958-1990) en febrero de 1989 en un muro de la Plaza Salvador Seguí en el barrio Raval de Barcelona, España.

Instituciones involucradas

- Asistencia Científica de Alta Complejidad
- Asociación de Mujeres Buscando Libertad- ASMUBULI
- Centro de atención en salud Cafam El Bosque
- Corporación de Lucha contra el SIDA
- ESE Hospital La María
- Fundación para el Servicio Integral de Atención Médica-Fundación SIAM
- Fundación RASA
- Heres Salud
- Hospital de Aguazul Juan Hernando Urrego ESE
- IPS de la Costa S. A.
- IPS Sura Salud en Casa (Medellín)
- Medicina Integral Pereira
- Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas
- Organización Clínica General del Norte Sede Cordialidad
- Quimiosalud S.A.S
- RECOLVIH
- Red Nacional de Mujeres Populares Tejiendo Vihda
- Renacerá IPS
- SIES SALUD Cali
- SIES SALUD Florencia
- SIES SALUD Medellín
- SIES SALUD Neiva
- SIES SALUD Pereira
- SIES SALUD Tunja
- SIES SALUD Villavicencio

Revisión

Centro Nacional de Consultoría
Empresa Nacional de Desarrollo Territorial -ENTerritorio-
Ministerio de Salud y Protección Social

Supervisión

El Centro Nacional de Consultoría realizó el proceso de supervisión durante el desarrollo de la investigación, de tal manera que se aseguró la calidad de la implementación del protocolo.

Supervisores de campo

Cindy Marcela Zapata Padierna
Jhon Alexander Mendoza García
María Patricia Arenas Núñez

Encuestadores

Erick Felipe Cabrera, Ronal Ardila, Danys Aguirre, Gloria Maury, Jonathan Morales, Miguel Ángel Torres, Kely Johana Palacio, María Eugenia Sánchez Cardozo, Nohora Alejandra Vela Cubillos, María Camila Rojas, Camilo Alejandro Cortés Almanzar, Brenda Alexandra Ante Rave, Ana María Betancourt, Luis Eduardo Narváez, Bayron Gutiérrez, Jose Yimy Rondón, Jorge Andres Useche, Cindy Zapata, Juan Carlos Archila, Clarena Guerra, Itamar Martelo, Natalia Valbuena, Marlly Aguilera, Adriana Cruz Contreras, Dayanna Jaimes

Agradecimientos

María Isabel Velásquez
Julián David Patiño Villa

Financiamiento

Este estudio de medición del Índice de Estigma y Discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia, fue financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, bajo el Acuerdo de Subvención No. COL-H-ENTERRITORIO 1840, suscrito con la Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial -ENTerritorio-, para la implementación del Proyecto "Ampliación de la respuesta nacional al VIH con enfoque de vulnerabilidad en 7 ciudades de Colombia".

Edición: Janet Bonilla Torres
Revisión de estilo: Ana María Lara Sallenave
Ilustraciones: Keith Haring (1958-1990)
Realización gráfica: Cristina Rueda Traslaviña y Wilson Martínez Montoya

Contenido

Prólogo. ¿Cuánto pesa la vergüenza en un cuerpo? 11

Resumen 15

1. Contexto y justificación 17

1.1 Estudio Voces Positivas 18

1.2 Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación en las PVVS en Colombia 19

1.3 Romper el círculo. Índice 2022 19

2. Metodología 21

2.1 Objetivo general 21

2.2 Objetivos específicos 21

2.3 Herramientas de investigación 22

2.4 Plan de análisis metodológico 23

2.5 Otros aspectos metodológicos 24

3. Resultados del análisis cuantitativo 27

3.1 Aspectos sociodemográficos 27

3.2 Aspectos relacionados con el diagnóstico de VIH 35

3.3 Aspectos relacionados con estigma y discriminación por parte de otras personas 45

3.4 Aspectos relacionados con el estigma interno 51

3.5 Aspectos relacionados con el acceso al trabajo, servicios de salud y educación 54

3.6 Conocimiento de derechos, leyes y políticas 58

3.7 Gestión del cambio 61

3.8 Problemas y retos 64

4. Resultados del análisis cualitativo 67

4.1 Estigma 70

4.2 Estigma interno 70

4.3 Discriminación en la familia por VIH 72

4.4 Discriminación en el trabajo por el VIH 73

4.5 Discriminación de las personas que viven con VIH, durante la atención integral en VIH, en servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud 74

4.6 Discriminación en la comunidad, amigos u otras personas que viven con VIH, asociado al VIH 78

4.7 Discriminación por otras razones 79

4.8 Expectativas frente al sistema de salud y organizaciones sociales 82

4.9 Categoría emergente: prácticas sexuales 84

5. Análisis multivariado 87
5.1 Factores que aumentan o disminuyen la posibilidad de sufrir estigma 87
6. Colombia frente a otros países 91
6.1 Prevalencia del estigma interno y decisión de no comunicar a otros el diagnóstico 91
6.2 Acceso a trabajo y educación 92
6.3 Acceso y negación de servicios de salud 93
6.4 La carga viral detectable produce mayor discriminación 93
6.5 Conocimiento de la ley 93
6.6 Redes de apoyo 93
7. Conclusiones y recomendaciones 95

Referencias 99
Anexos 103
Anexo 1. Consentimiento Informado 103
Anexo 2. Aprobación del comité de ética 105
Anexo 3. Encuesta de investigación 106

Índice de tablas

Tabla 1. Distribución de la población por sexo, género y orientación sexual. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 29

Tabla 2. Pertenencia a grupos poblacionales. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 32

Tabla 3. Decisión de realizar la prueba. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 37

Tabla 4. Diálogos constructivos con profesionales de la salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 45

Tabla 5. Exclusión en situaciones de la vida cotidiana. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 46

Tabla 6. Razones que explican la murmuración, el insulto verbal y la agresión virtual. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 48

Tabla 7. Estigma interno. Sentimientos relacionados con el diagnóstico del VIH. Romper el círculo.Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 51

Tabla 8. Estigma interno. Actitudes asumidas en los últimos 12 meses debido al diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 53

Tabla 9. Estigma interno. Sentimiento de temor frente a situaciones que pueden experimentar. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 53

Tabla 10. Situaciones relacionadas con vulneración de derechos durante los últimos 12 meses por vivir con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 59

Tabla 11. Conocimiento y reconocimiento de grupos de apoyo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 62

Tabla 12. Conocimiento y reconocimiento de grupos de apoyo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 68

Tabla 13. Caracterización y relación de participantes en los grupos focales. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia, 2022. 69

Tabla 14. Resultados modelos multivariados. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia, 2022.. 88

Índice de gráficas

Gráfica 1. Distribución etaria de la muestra. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.2. 28

Gráfica 2. Distribución del estado civil. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 30

Gráfica 3. Número de hijos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 31

Gráfica 4. Caracterización del nivel educativo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia, 2022.. 33

Gráfica 5. Distribución por régimen de afiliación al sistema de salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 34

Gráfica 6. Tiempo en años viviendo con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 36

Gráfica 7. Información del diagnóstico a la pareja/esposo(a). Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 38

Gráfica 8. Conocimiento del diagnóstico por parte de otros trabajadores de la salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.2. 39

Gráfica 9. Compartir el diagnóstico de VIH con distintos grupos de personas. Total nacional. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 40

Gráfica 10. Categorías de razones por la cuales no se comparte el diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 41

Gráfica 11. Indetectabilidad en la última carga viral referida por la persona. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 42

Gráfica 12. Razones para la interrupción del tratamiento antirretroviral. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 44

Gráfica 13. Razones para la interrupción del tratamiento antirretroviral. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia, 2022. 49

Gráfica 14. Discriminación por parte de otras personas que viven con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 50

Gráfica 15. Actitudes asumidas en los últimos 12 meses, derivadas del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 52

Gráfica 16. Causas por las cuales perdió el empleo o el ingreso en los últimos 12 meses. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 54

Gráfica 17. Motivos de pérdida de trabajo por causa total o parcial del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 55

Gráfica 18. Rechazo en una institución educativa debido al diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 56

Gráfica 19. Frecuencia de negación de servicios de salud por causa del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 57

Gráfica 20. Variación en la atención en salud, derivada de revelar el diagnóstico en los últimos 12 meses. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022. 57

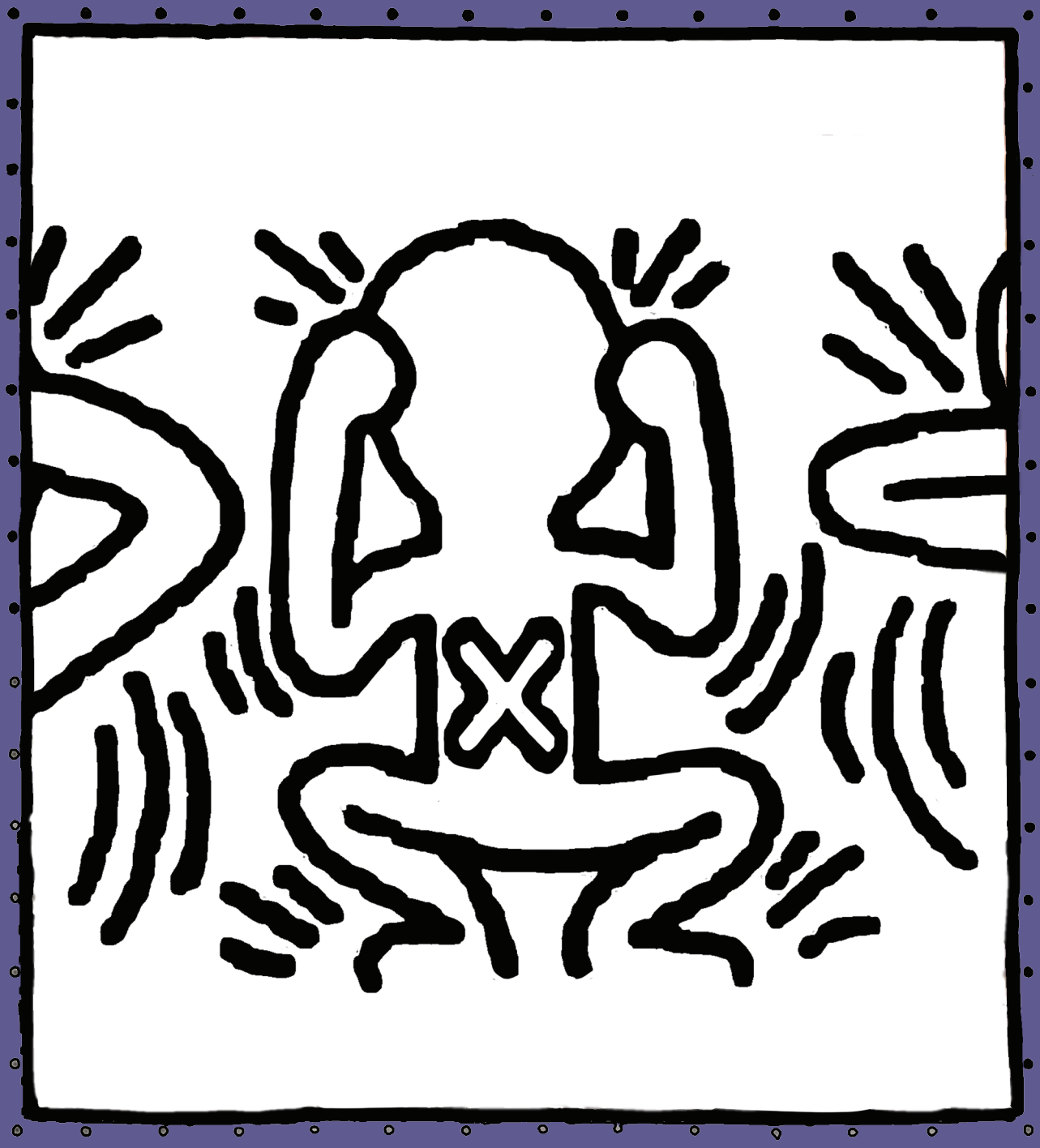
Gráfica 21. Vulneración de derechos como persona que vive con VIH, durante los doce meses previos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022 60

Gráfica 22. Razones para no obtener una reparación legal de daños ante la vulneración de derechos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 60

Gráfica 23. Recomendaciones para las organizaciones y redes de apoyo en torno al estigma y la discriminación. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 63

Gráfica 24. Problemas y soluciones percibidos con respecto a vivir con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.. 64

Gráfica 25. Plano factorial de correspondencias múltiples. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH en Colombia, 2022. 89



Fragmento del mural Todos juntos podemos parar el Sida de Keith Haring (1958-1990). Haring, activista y artista social. Trabajó el grafiti, la escultura y dibujos de trazos sencillos y coloridos.

Prólogo

¿Cuánto pesa la vergüenza en un cuerpo?

Creemos ser los números que nos determinan: ingreso, nivel de escolaridad, el número de células T que se lleva en la sangre. Al mismo tiempo, sabemos muy bien que esa mirada es incompleta: analizamos una vida con lentes numéricos y sabemos que hemos abarcado sólo una parte de la experiencia humana. Nos preguntamos entonces por amigos, familia, por el trato que da alguien a quienes piensan diferente. Parece que finalmente comprendemos.

Además de esas dos miradas sobre lo humano, la cuantitativa y la sensible, existe otra forma de conocer e interpretar la vida propia y la de los demás: son las palabras que escogemos para hablar de nuestra experiencia y la de los otros. ¿Cómo hablamos de la enfermedad? ¿Cómo nos referimos a un diagnóstico por infección de VIH? ¿Es la enfermedad un campo de batalla, una lucha de anticuerpos contra lo maligno? ¿Es el diagnóstico motivo de vergüenza y secreto? ¿Cuánto pesa la vergüenza en el cuerpo? Estas formas de referirnos a la enfermedad y al diagnóstico conforman un campo metafórico compartido, un conjunto de creencias que habla de quiénes somos y cómo entendemos el cuerpo y su devenir.

Este estudio nos presenta un campo de acción, nos invita a reflexionar sobre las metáforas que usamos para entender el VIH, nos indica un camino en el lenguaje que nos aleja de la vergüenza y nos acerca a formas más solidarias de nombrar y entender.

Este libro es un intento por cuantificar la metáfora, por hacer sensibles los datos cuantitativos, por explicar el impacto de una cifra en los afectos y en los dolores, por medir lo que parece no tener magnitud: la vergüenza, el orgullo, la tranquilidad, el peso del secreto que guardamos por miedo a que nos rechacen. Es también, el encuentro entre lo numérico y lo afectivo.

Este estudio nos presenta un campo de acción, nos invita a reflexionar sobre las metáforas que usamos para entender el VIH, nos indica un camino en el lenguaje que nos aleja de la vergüenza y nos acerca a formas más solidarias de nombrar y entender. La lectura de este libro nos invita a actuar en el campo metafórico compartido para que quienes reciben un diagnóstico de infección por VIH no tengan nunca más miedo de revelar su estatus a su pareja, a sus amigos, a familiares.

A pesar de que estos resultados nos alertan sobre el trabajo pendiente, también nos muestran el terreno ganado: en Colombia, la mayoría de personas que reciben un diagnóstico de infección por VIH reciben tratamiento y se encuentran en un estado de indetectabilidad, y más del 80% de los participantes de este estudio refieren nunca haber sido violentados ni verbal ni físicamente por cuenta de su diagnóstico.

La tarea consiste entonces en educar a la sociedad civil, a quienes trabajan en los servicios de salud y a los tomadores de decisiones sobre el camino avanzado en el tratamiento del VIH y sobre cómo es posible, en Colombia, llevar una vida feliz y plena una vez se ha recibido el diagnóstico; sobre cómo no es necesario terminar una relación afectiva por miedo al rechazo y la discriminación; sobre la posibilidad de procrear hijos saludables y planear, no hacia el deterioro y la enfermedad y la muerte, sino hacia la ilusión, la posibilidad y el futuro promisorio.

Acompañan esta publicación las ilustraciones de Keith Haring, artista y activista que murió en 1990 a los 31 años de edad a causa de complicaciones asociadas al SIDA. La obra de Haring permanece en este libro como la memoria viva de la importancia de transformar las creencias que causan vergüenza y dolor a quienes reciben un diagnóstico de infección por VIH, y también, como un recordatorio de cuánto hemos avanzado en la comprensión y el tratamiento de esta enfermedad y de cómo, lo que en los años noventa era un destino seguro para la mayoría de las personas diagnosticadas, hoy es una circunstancia rara e improbable.

Al lector de este libro: sea usted un prestador de servicios de salud, tenga o no un familiar diagnosticado con infección por VIH, haya recibido o no un diagnóstico, usted habita este campo metafórico compartido, un campo delimitado por la manera como hablamos de las personas diagnosticadas y su perspectiva.
En ese campo tiene usted injerencia. Estamos seguros de que las imágenes y las palabras que escoja contemplaran lo innecesario de añadir peso a la vergüenza y al secreto. Lo invitamos a recorrer estas páginas con la certeza de su propia agencia en la construcción de un universo de palabras más amable y solidario.
Bienvenidos y bienvenidas.

Catalina Navas

Escritora y maestra en Educación.

Ha publicado Camino de hielo (2019),
Las mujeres de la Independencia (2019),
Correr la tierra (2020) y
El movimiento en la crisálida (2022).

Keith Haring, fragmento del mural
Todos juntos podemos parar el Sida.

Fragmento del mural Todos juntos podemos parar el Sida de Keith Haring (1958-1990). Haring, activista y artista social. Trabajó el grafiti, la escultura y dibujos de trazos sencillos y coloridos.

Resumen

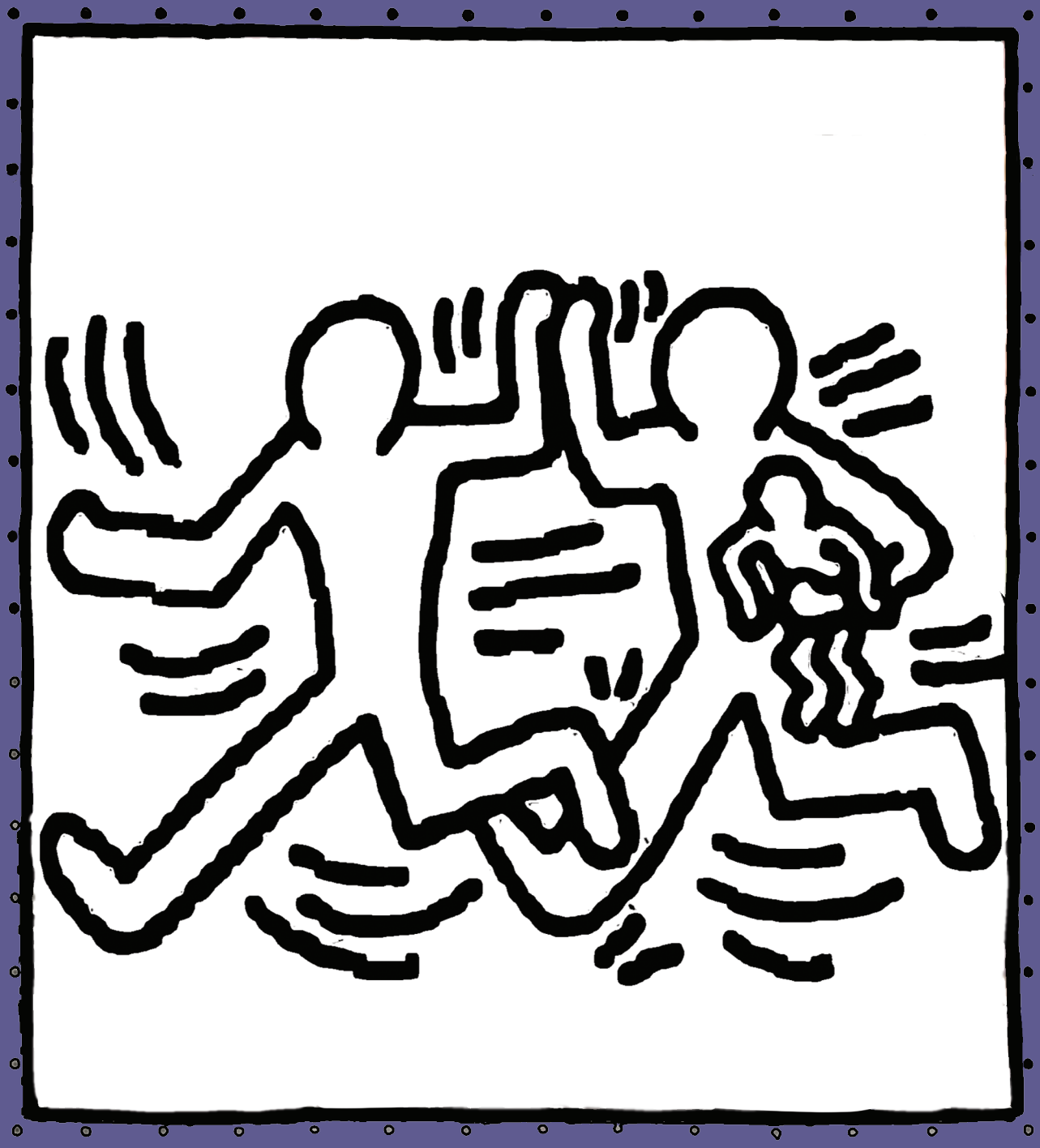
Lograr la cero discriminación hacia las personas que viven con VIH y Sida (PVVS) en el país, exige hacer un monitoreo de la situación actual en torno a las características del estigma y la discriminación de la que son víctimas las PVVS en Colombia. Por lo anterior, se llevó a cabo esta segunda investigación sobre la discriminación hacia las personas que viven con VIH que son atendidas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia en el año 2021[1].

Esta investigación se desarrolló con base en una aproximación metodológica mixta, con un componente cuantitativo y cualitativo. El primero, orientado por un proceso de muestreo probabilístico multietápico, y el segundo, a partir de un muestreo por conveniencia hasta alcanzar saturación. Como aspecto relevante se evidenció que las personas que viven con VIH presentan altos niveles de estigma interno, lo que puede estar relacionado con el hecho de que una proporción baja de ellas comparten y comunican su diagnóstico a otras personas (pareja/esposo(a), familiares, amigos, entre otros). Dado lo anterior, el impacto del estigma y la discriminación por parte de otros derivada del diagnóstico de VIH, aparentemente tiene una baja prevalencia. Lo anterior puede ser resultado de la no revelación del diagnóstico a otros.

Además, se identificaron variables asociadas a la presencia de estigma en situaciones de exclusión, acoso y, en menor medida, amenaza y agresión por causa del VIH. Se identificó que la indetectabilidad, el mayor grado de escolaridad, la edad y el tiempo de diagnóstico, se relacionan con menores índices de estigma y discriminación, por lo que pueden ser considerados como factores protectores.

Respecto de la discriminación en sectores como educación, trabajo y salud, se observa una mayor presencia de la misma en el sistema de salud. Esto puede derivarse de que es allí en donde existe un mayor conocimiento del diagnóstico de las personas. Al indagar por el nivel de conocimiento y reconocimiento de la legislación orientada a proteger los derechos de las PVVS, se evidencia que es bajo y, por consiguiente, lo es también, la exigencia de garantías. Respecto del conocimiento y reconocimiento de redes y organizaciones de personas que viven con VIH, que pueden apoyar en caso de situaciones de estigma y discriminación, se evidenció que es bajo, al igual que la asistencia y participación en estos grupos.

1 Primer estudio realizado por Voces Positivas. Resultados del índice de estigma en personas que viven con VIH en Colombia.



Fragmento del mural Todos juntos podemos parar el Sida de Keith Haring (1958-1990). Haring, activista y artista social. Trabajó el grafiti, la escultura y dibujos de trazos sencillos y coloridos.

1

Contexto y justificación

El estigma y la discriminación frente a quienes viven con VIH solo puede entenderse cuando se conoce la experiencia desde su propia voz

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) define el estigma y la discriminación frente al VIH como: *"(...)un 'proceso de desvalorización' de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el Sida(...). La discriminación se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado sobre una persona a causa de su estado serológico real o percibido en relación con el VIH"* [2]

Como consecuencia del estigma y la discriminación de la cual son víctimas las personas que viven con VIH/SIDA, se identifican problemáticas que se relacionan directamente con la atención en salud y calidad de vida, derivadas de una menor utilización de servicios de salud en el ámbito preventivo, de la confirmación del diagnóstico, y del aplazamiento del tratamiento y la atención. Por esto es fundamental comprender que las metas, en términos de impacto en salud, relacionadas con la epidemia del VIH/SIDA no serán factibles de alcanzar si no se abordan e intervienen el estigma y la discriminación.

Es indispensable identificar, analizar y reflexionar sobre la relación que tienen el estigma y la discriminación con el sexo, la edad y el territorio, dado que, de acuerdo con ONUSIDA, estigma y discriminación afectan de forma desproporcionada a mujeres, niños y grupos altamente vulnerables, así como a grupos poblaciones muy relevantes en todos los países del sur global, dentro de los cuales está Colombia.

2 ONUSIDA (2008), Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida.

La estrategia que ONUSIDA ha desarrollado para avanzar en la respuesta a la epidemia del SIDA, ha incorporado objetivos y metas retadoras a través del tiempo. La más reciente, conceptualiza un enfoque de acción acelerado para poner fin a la epidemia del SIDA para 2030 Se proponen nuevos y más exigentes logros. Tras haber planteado para el 2020 el cumplimiento del 90 -90- 90, ahora se propone alcanzar el 95-95-95 para el 2030. Esto se traduce en que un 95% de todas las PVVS conozcan su estado serológico respecto al VIH; que el 95% de las personas que saben que tienen la infección tengan acceso al tratamiento y, finalmente, suprimir la carga viral del 95% de personas en tratamiento; llegar a 200.000 nuevas infecciones por el VIH, o menos y alcanzar la **cero discriminación** (ONUSIDA, 2015b).

Respecto al estigma interno, el estudio Voces Positivas identificó que, en las personas encuestadas, sentimientos de autoculpa y culpabilización por tener que vivir con la condición de VIH fueron comunes en los entrevistados.

1.1 Estudio Voces Positivas

En 2010 se llevó a cabo el Estudio Voces Positivas, realizado por la Red Colombiana de Personas que viven con VIH (Redcolvih) e IFARMA, con el cual se avanzó en la descripción de las características más importantes del estigma y la discriminación hacia las PVVS en el país (Simbaqueba Vargas et al., 2011). Este estudio tuvo como objetivo *"Determinar y documentar las formas en que las PVVS experimentan el estigma y la discriminación en sus contextos cotidianos"*. Fue desarrollado a través de una aproximación descriptiva, a través de un muestreo intencional. El reclutamiento se realizó utilizando la estrategia de "bola de nieve", de tal manera que las PVVS nominaran a otros individuos para ser incorporados en el estudio.

De acuerdo con los resultados obtenidos en ese momento, la mayoría de las personas que participaron (82%) no habían sido excluidas de actividades sociales. Al indagar por exclusión en las actividades familiares, 32% de las personas refirió que se sintieron excluidas de estas, al menos una vez. El 43% de las personas encuestadas consideraron que las murmuraciones sobre ellas están relacionadas con su condición de VIH. El 29% de los encuestados ha experimentado rechazo sexual como resultado de su condición de VIH positivo. En cuanto al acceso a trabajo, la investigación de 2010 evidenció que 10% de las personas encuestadas que perdieron su empleo, por lo menos, una vez en el último año, afirmaron que esto se debía principalmente a su condición de VIH positivo.

Respecto al estigma interno, el estudio identificó que sentimientos de autoculpa y culpabilización por tener que vivir con la condición de VIH fueron comunes en los entrevistados.

Otro resultado reportado fue el conocimiento de organizaciones o grupos de apoyo: 70.2% de los encuestados refirió conocerlos. La mayoría de las personas conocían y reconocían los grupos de apoyo. Esto podría ser explicado por el tipo de muestreo

y población incluida, lo que sugeriría que el alto conocimiento reportado en el 2010 podría corresponder a un sesgo de selección. Lo anterior, de ninguna manera invalida los resultados previos, sino que podría ser un factor explicativo del comportamiento de las redes de relacionamiento y reconocimiento entre las personas que viven con VIH.

Frente a las causas que motivan el estigma se identificaron motivos como el temor que se tiene de ser infectado, la falta de conocimiento sobre los mecanismos de transmisión, así como el rechazo, por vergüenza, al vínculo con una persona que vive con VIH. En lo relacionado con la autopercepción y estigma interno, se identificó que más del 50% de las personas incluidas en el estudio, se culparon a sí mismas por su condición, lo que se relacionó con una proporción importante de personas que se alejaron de su entorno familiar y de amigos.

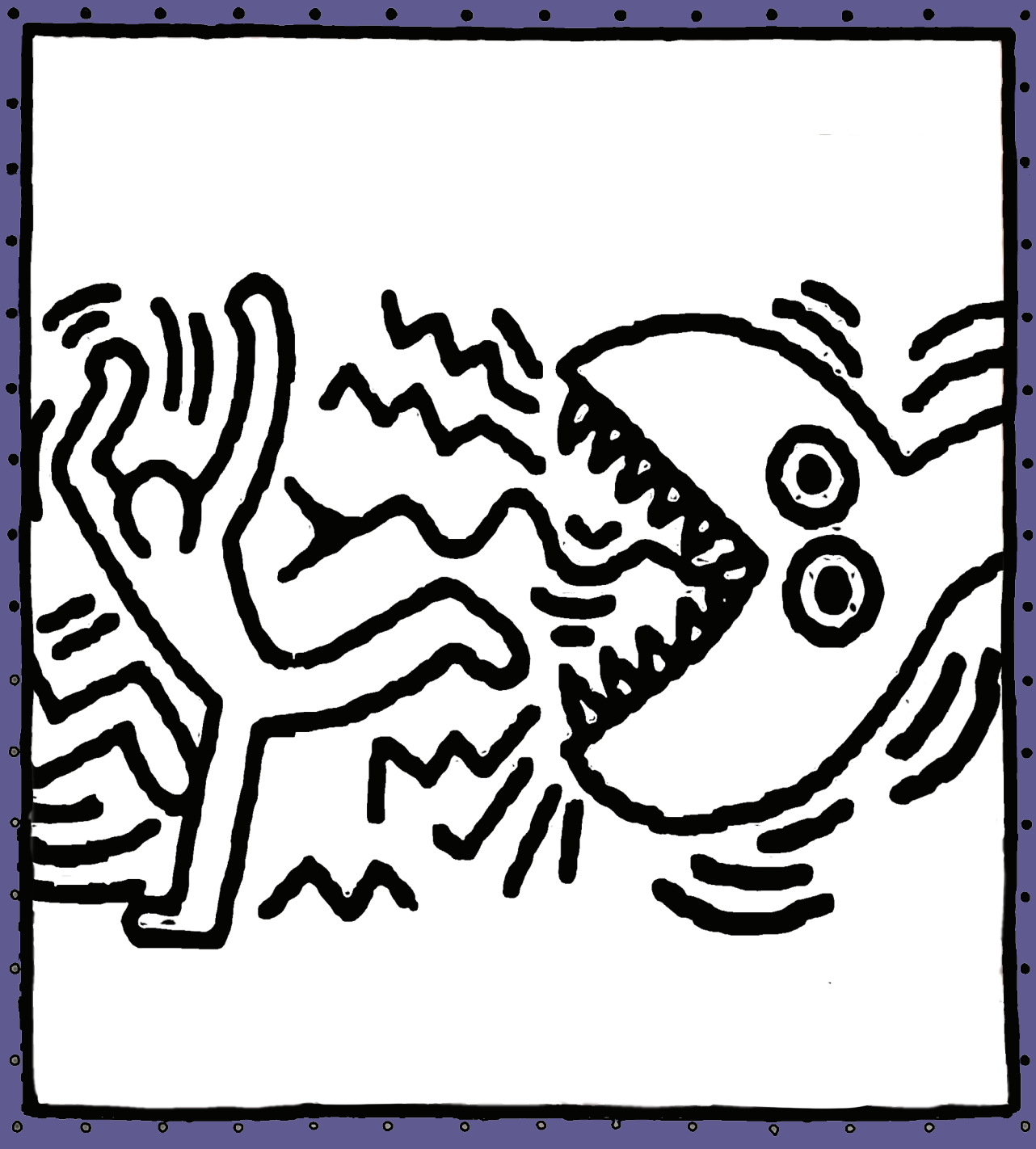
El instrumento aplicado en el año 2010 no incorporó la identificación por parte de los participantes de la indetectabilidad en la última carga viral por lo que no es posible adelantar una comparación.

1.2 Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las PVVS en Colombia

Luego del primer estudio, se realizaron, en 2016 y en 2020, actualizaciones del índice de estigma y discriminación, dando lugar al "Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia"- Este se basa en una metodología mixta, un muestreo probabilístico y un componente cualitativo. Unido a lo anterior y, de acuerdo con hallazgos reportados en estudios identificados en la literatura respecto de factores que pueden estar asociados a la presencia de estigma y discriminación a causa del VIH, el estudio que se presenta en este documento avanzó en lo metodológico y desarrolló modelos estadísticos orientados a explicar variables asociadas a la presencia de estigma y discriminación, de tal manera que se pueda profundizar sobre la comprensión de estos fenómenos y se pueda realizar una generalización de los mismos para el territorio nacional, lo cual fortalece el desarrollo de recomendaciones para la política pública.

1.3 Romper el círculo. Índice 2022.

El presente documento expone los resultados obtenidos de la aplicación e implementación del Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia, en el marco del acuerdo de subvención No. Col-h-Enterritorio 1840 (Convenio no. 219139) suscrito con el Fondo Mundial. El Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia PVVS en Colombia fue desarrollado y provisto por Enterritorio y el Ministerio de Salud y Protección Social. Este Protocolo establece a priori la metodología, las herramientas y el procedimiento muestral.



2

Metodología

El estigma y la discriminación son conceptos y fenómenos sociales altamente complejos, dado que están imbricados en prácticas, actitudes, representaciones sociales y discursos que enmarcan todas las dimensiones de la existencia de los seres humanos e influyen en la configuración de los entramados relacionales de los grupos sociales. A partir de esta complejidad, el grupo investigador considera la necesidad de realizar una aproximación epistemológica, desde la teoría crítica y la reflexividad. Esto permite el reconocimiento de las contradicciones y de los conflictos propios de los hechos sociales, y lleva el proceso crítico hacia lo teórico y lo práctico. Esto garantiza la producción de conocimiento y da lugar a la apertura de espacios de transformación y emancipación, en busca de la superación de injusticias y desigualdades y da paso a la praxis transformadora. Los objetivos de este estudio son:

2.1 Objetivo general

Estimar la magnitud del estigma y la discriminación en personas de 18 o más años de edad que viven con VIH en Colombia, como herramienta para la formulación de intervenciones frente a la respuesta al VIH/Sida en el país.

2.2 Objetivos específicos

- Describir el estigma externo e interno que las PVVS han percibido o experimentado en diferentes entornos, según características sociodemográficas y de afiliación al Sistema General de Seguridad Social, SGSSS.

El estudio se basó en una metodología mixta: por un lado, un análisis cuantitativo, derivado de la aplicación de la encuesta para identificar el estigma y la discriminación hacia las PVVS y, por otro, la realización de entrevistas a profundidad y grupos focales.

- Identificar las situaciones de discriminación en el acceso a la educación y al trabajo que han experimentado las PVVS.
- Determinar las situaciones de discriminación durante la atención integral en VIH, servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud de quienes viven con VIH.
- Documentar algunas experiencias de estigma y discriminación de las personas de 18 o más años de edad que viven con VIH y Sida en Colombia, en los diferentes ámbitos de interacción personal, familiar, laboral, institucional y comunitaria, con base en entrevistas en profundidad y grupos focales.
- Formular intervenciones frente a la respuesta nacional ante el VIH, encaminadas a eliminar los factores que favorecen el estigma y la discriminación hacia las PVVS.

2.3 Herramientas de investigación

Para alcanzar los objetivos, el estudio se basó en una metodología mixta que comprende, por un lado, un análisis cuantitativo, derivado de la aplicación de la encuesta para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia (ver anexo 1). y por otro, la realización de entrevistas a profundidad y grupos focales. Todos los participantes accedieron a la aplicación de la encuesta y a la participación en grupos focales y entrevistas a profundidad, una vez se dio lectura y aceptación del consentimiento informado (ver anexo 2).

El estigma y la discriminación son conceptos y fenómenos sociales altamente complejos, dado que están imbricados en prácticas, actitudes, representaciones sociales y discursos que enmarcan todas las dimensiones de la existencia de los seres humanos e influyen en la configuración de los entramados relacionales de los grupos sociales.

a. Encuesta

La Encuesta incorporó 131 preguntas distribuidas en 11 secciones, a saber:

- Sección 1: Información social y demográfica.
- Sección 2 A: Experiencia de estigma y discriminación por parte de otros.
- Sección 2 B: Acceso al trabajo, servicios de salud y educación.
- Sección 2 C: Estigma interno.
- Sección 2 D: Derechos, leyes y políticas.
- Sección 2 E: Gestión del cambio.
- Sección 3 A: Pruebas/Diagnóstico.
- Sección 3 B: Compartir el estado de VIH y confidencialidad.
- Sección 3 C: Tratamiento.
- Sección 3 D: Tener hijos.
- Sección 3 E: Problemas y retos.

Para la aplicación de la encuesta, se desarrolló un muestreo probabilístico por conglomerados multi-etápico y para las entrevistas y grupos focales se realizó un muestreo por conveniencia.

La recolección de información cualitativa se desarrolló mediante entrevistas en profundidad y grupos focales, a una muestra de 31 personas mayores de 18 años.

b. Entrevistas en profundidad y grupos focales

La recolección de información cualitativa se desarrolló mediante entrevistas en profundidad y grupos focales, a una muestra de 31 personas mayores de 18 años, seleccionadas de acuerdo con las indicaciones del protocolo de investigación.

2.4 Plan de análisis metodológico

El plan de análisis se desarrolló a través de las siguientes aproximaciones:

- **Análisis descriptivo.** Las variables categóricas/nominales se describen mediante frecuencias absolutas y relativas con los respectivos intervalos de confianza de 95% con y sin expandir, con el fin de evaluar el efecto del diseño de muestreo. Para las variables cuantitativas (numéricas) se estiman las medidas

de tendencia central, en particular, la mediana y el promedio con su respectivo intervalo de confianza. En todos los casos se presentan los errores de muestreo.

- **Análisis multivariado.** Para la identificación y evaluación de las características propias del participante o derivadas de su ubicación o régimen de afiliación, asociadas con la variación en el nivel de estigma y discriminación observado, se propusieron los siguientes pasos analíticos:
  - i) Conformación de grupos y perfiles de pacientes: mediante la técnica de conglomeración de correspondencias múltiples se buscó identificar los patrones de comportamiento del estigma y la discriminación, con base en los rasgos observados de los participantes. El resultado del proceso fue la identificación de grupos con mayores o menores niveles del índice.
  - ii) De asociación: a través de modelos de regresión lineales generalizados se evaluó el papel de cada una de las variables observadas. (Brigitte Roux; Henry Rouanet, 2004; Hocking, 1976).

Para asegurar la calidad de la interpretación y otorgar validez al estudio se utilizó la triangulación de datos y de investigadores. Expertos en salud pública, en psicología y filosofía participaron en la discusión y la reflexión sobre el estudio.

- **Análisis cualitativo.** El proceso de análisis cualitativo se desarrolló a partir de: grupos focales y entrevistas a profundidad. Este proceso se adelantó en cuatro etapas: 1) Transcripción; 2) Codificación y clasificación, 3) Interpretación, comparación constante y análisis; y 4) Integración y análisis conjunto. El análisis de los grupos focales y las entrevistas semiestructuradas se realizó en el marco de la Teoría Fundamentada (TF).

- **Triangulación de datos e investigadores:** para asegurar la calidad de la interpretación y otorgar validez al estudio se utilizó la triangulación de datos y de investigadores. Expertos en salud pública, en psicología y filosofía participaron en la discusión y la reflexión sobre el estudio. Se usaron diferentes fuentes de datos con miras a obtener diversas visiones o perspectivas acerca de un tópico (Denzin, 2012).

2.5 Otros aspectos metodológicos

El Índice de Estigma de PVVS fue desarrollado para ser utilizado por y para personas que viven con el VIH. Por ello, en el proceso de desarrollo e implementación del Protocolo de investigación se previó la implementación del principio de Mayor Participación de las Personas que viven con el VIH y SIDA

(MIPA / GIPA)[3], que fue desarrollado por ONUSIDA con el objeto de hacer realidad los derechos y responsabilidades de las personas que viven con VIH (PVVS), incluido su derecho a la libre determinación y participación en los procesos de toma de decisiones que afectan sus vidas, además de mejorar la calidad y efectividad de la respuesta al VIH y al SIDA.

El proceso buscó la participación de las PVVS con el fin de contribuir en lo individual, a mejorar sus capacidades participativas en sus propios contextos.

En este sentido, la Corporación Red Somos que hace parte del equipo de implementación del Protocolo invitó a la Red Colombiana de Personas Viviendo con VIH - RECOLVIH, a la Asociación Lila Mujer y a la Asociación Colombiana de Organizaciones de Base Comunitaria en Salud - ACOBCS a participar de este proceso, como una forma de garantizar que la selección de los 18 encuestadores iniciales[4] cumpliera con el principio de participación MIPA, esperando que la convocatoria llegara así a PVVS de las ciudades seleccionadas. El desarrollo de la investigación aseguró la confidencialidad y privacidad en la recolección de la información. El Protocolo de investigación fue presentado y aprobado por un comité de ética (ver anexo 3).

3 Mayor Involucramiento de las Personas que Viven con VIH/Greater Involvement of People Leaving with HIV.

4 Este número se ajustó a lo largo del proceso de investigación. En total participaron 25 encuestadores.

SIDA

3

Resultados del análisis cuantitativo

Luego de más de cuatro décadas de haberse conocido el VIH, las personas que han sido diagnosticadas como positivas pueden llevar una vida plena si el entorno les es favorable, sin estigma ni discriminación.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos con la implementación del Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación en quienes viven con VIH en Colombia. Dada la estrategia de muestreo y los factores de expansión aplicados, los resultados son generalizables en el contexto nacional.

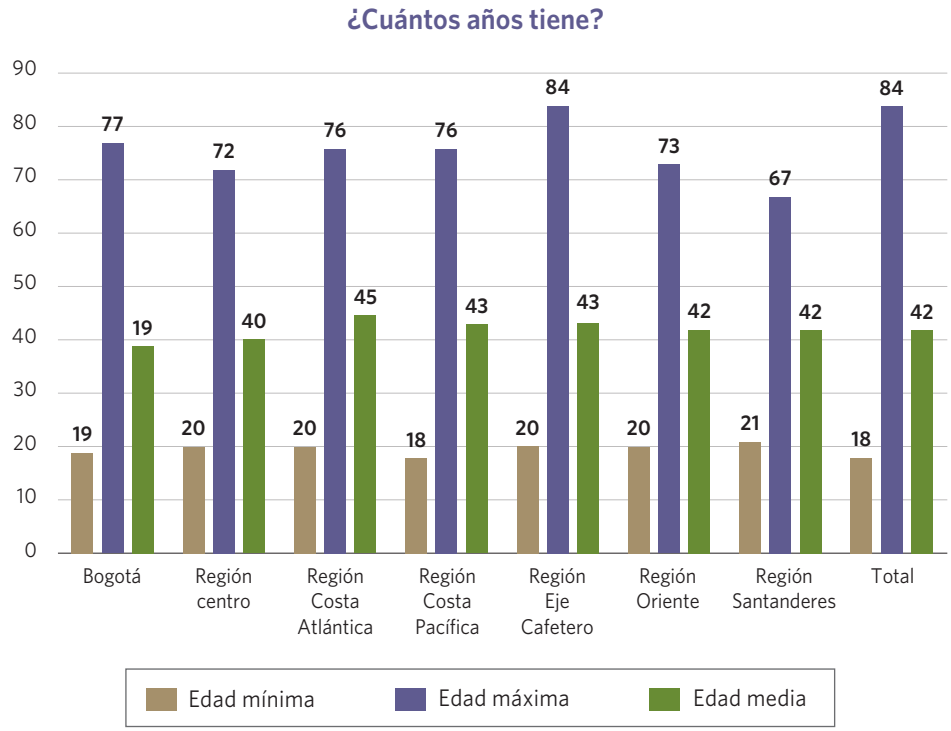
3.1 Aspectos sociodemográficos

Edad

La población participante en la aplicación del instrumento cumplió con los criterios de inclusión definidos a priori por el Protocolo. Por lo anterior, el total de participantes (N 927) comparten, en general, las siguientes características: diagnóstico de VIH de, al menos, un año, edad superior a 18 años, personas que no están en estado de gestación en el momento de aplicación del instrumento, y personas sin limitaciones cognitivas o físicas que limitaran la respuesta de la encuesta.

La caracterización de la edad de los participantes tiene una media de 41.89 años, con una desviación estándar de 12.96, mínimo de 18 años y máximo de 84 años, un percentil 75 de 52 años, sin evidenciarse diferencias significativas entre las regiones. Las regiones con los valores extremos de edad fueron Bogotá y el Eje Cafetero.

Gráfica 1. Distribución etaria de la muestra. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Sexo, género y orientación sexual

Del total de la población encuestada a nivel nacional, 74.7% corresponde a varón como sexo de nacimiento, lo cual está alineado con los datos de la epidemia del país (Cuenta de Alto Costo, 2021). Como sexo al nacer, solo el 0.8% refirió intersexual. En ninguna de las regiones, al igual que en el análisis nacional, el sexo, mujer al nacer superó el 41%; este mayor porcentaje fue obtenido en la Región Oriente. Respecto del género con el cual se identifican las personas, en el análisis nacional predominó el género masculino, seguido del femenino. No obstante, regiones como Bogotá y Costa Pacífica tuvieron proporciones importantes de personas que se identifican con transgénero y no binario. Al indagar por la orientación sexual para el total nacional, predominó el heterosexual con un 49%, seguido de homosexual 40%, y bisexual, 9.8%. Las regiones Oriente y Costa Pacífica

presentan un comportamiento diferente al nacional y a las demás regiones, superando el 60% la orientación heterosexual. Por otro lado, Bogotá fue la única región en la cual predominó la orientación sexual homosexual con un 59%. (Tabla 1).

Respecto del género con el cual se identifican las personas, en el análisis nacional predominó el género masculino, seguido del femenino. No obstante, regiones como Bogotá y Costa Pacífica tuvieron proporciones importantes de personas que se identifican con transgénero y no binario.

Estado civil

Respecto del estado civil de las personas encuestadas, el 56.4% se reportó como soltera(o), comportamiento semejante en todas las regiones, seguido por unión libre (22.6%). (Gráfica 2).

Tenencia de hijos

Respecto de la tenencia de hijos, el 42.7% de la población sí tiene hijos, y de la población con hijos, el 1.7% de ellos tiene diagnóstico de VIH. La región con una mayor respuesta afirmativa (tener hijos) es Bogotá, seguida de la Región Centro y del Eje Cafetero (73%, 66% y 64%, respectivamente), la región con menor proporción de respuesta afirmativa es Región Oriente, con un 40.2%, seguida de la Costa Atlántica con 43.4%. Al realizar el análisis por regiones, en la Región Oriente se evidencia la mayor proporción de hijos con diagnóstico de VIH (6.6%), seguida por los Santanderes y la Costa Atlántica con 5.4% y 3.5%, respectivamente.

Tabla 1. Distribución de la población por sexo, género y orientación sexual. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

	¿Cuál es su sexo al nacer?			¿Con cuál género se identifica?				¿Cuál es su orientación sexual?			
Región	Mujer	Varón	Inter-sexual	Femenino	Masculino	No Binario	Trans-genero	Hetero-sexual	Homo-sexual	Bisexual	No sabe
Total	25.2%	74.7%	0.1%	26.3%	71.7%	1.1%	0.9%	49.2%	40%	9.8%	1.1%
RS	17.8%	82.2%	0%	18.9%	80%	0%	1.1%	48.9%	41.4%	10%	0%
RO	40.9%	58.3%	0.8%	41.7%	56.7%	0.8%	0.8%	67.7%	23.6%	7.9%	0.8%
REC	16.3%	83.7%	0%	16.3%	82.7%	0%	1%	36.7%	52%	11.2%	0%
RCP	27.5%	72.5%	0%	29.1%	67.6%	1.6%	1.6%	46.7%	48.4%	4.4%	0.5%
RCA	33.6%	66.4%	0%	36.2%	62.5%	0.7%	0.7%	69.1%	16.4%	13.2%	1.3%
RC	10.1%	89.9%	0%	10.1%	87.6%	1.1%	1.1%	34.8%	51.7%	12.4%	1.1%
RB	13.2%	86.8%	0%	13.8%	83.6%	2.1%	0.5%	28%	59.3%	10.6%	2.1%

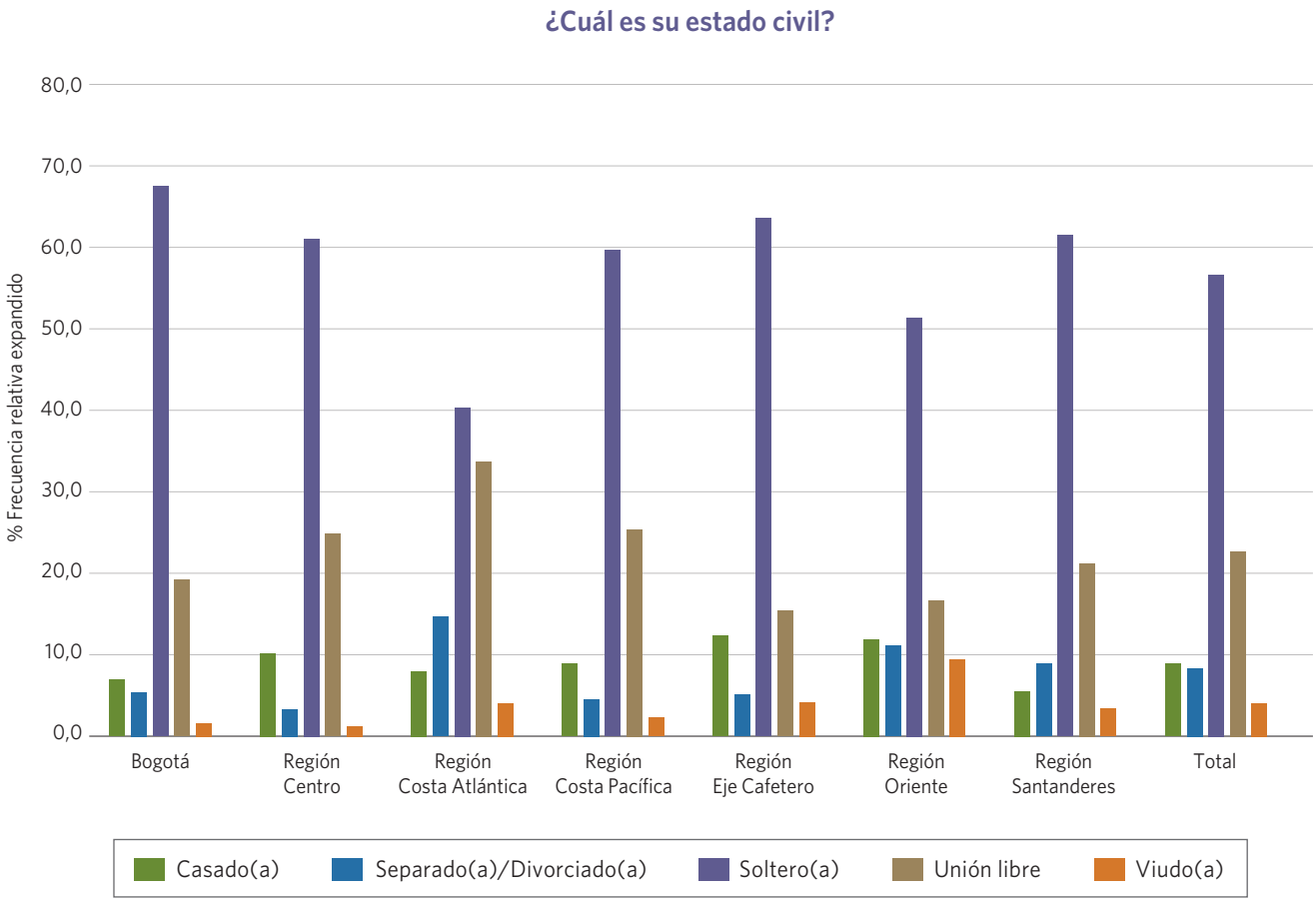
RS Región Santanderes, RC Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá

Es importante poner en evidencia que la Región Centro es la segunda con una proporción más elevada de hijos. Sin embargo, en esta región la proporción de hijos con diagnóstico de VIH es 0%. Al indagar por el número de hijos, se evidencia que la media es de dos hijos a nivel nacional. También se evidencian valores extremos que superan los ocho hijos. (Gráfica 3).

Vida sexual

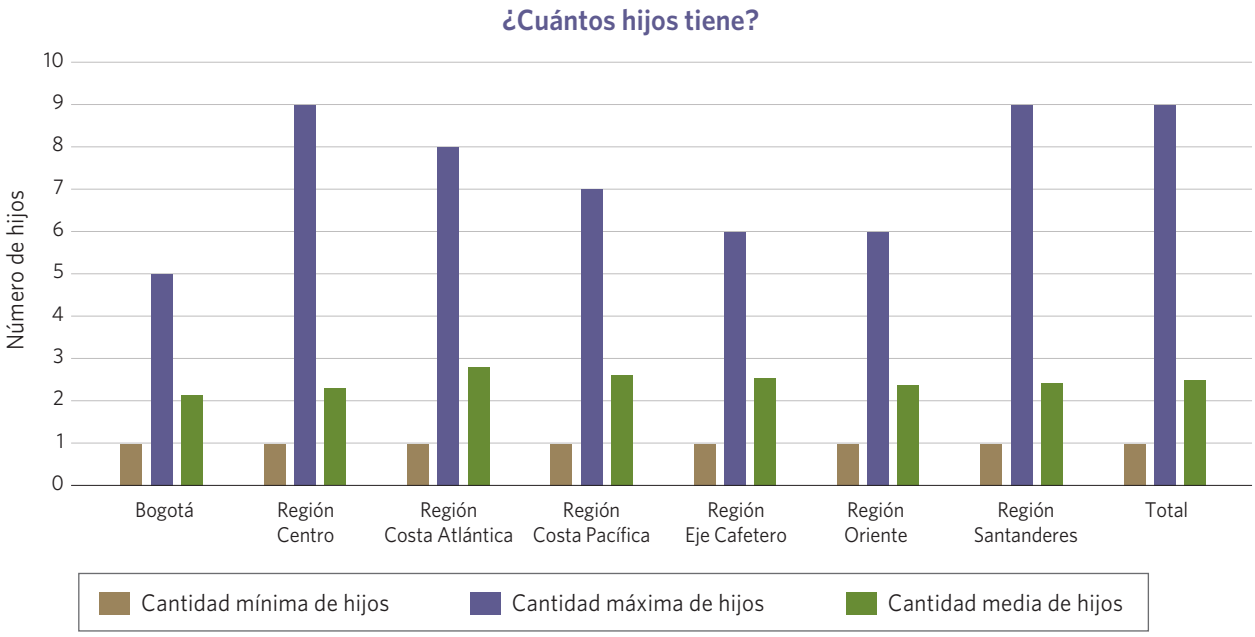
Al indagar sobre la vida sexual y a si han tenido relaciones sexuales durante el último mes, entendiendo relaciones sexuales como aquellas que incluyen sexo oral, anal y vaginal, el 59.2% de la población refiere que sí.

Gráfica 2. Distribución del estado civil. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Gráfica 3. Número de hijos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Elaboración propia

Poblaciones específicas

En relación con la pertenencia de grupos poblacionales específicos, se evidencia mayoritariamente el grupo heterosexual, seguido por hombres que tienen sexo con hombres, por víctimas del conflicto armado y por grupos étnicos (Tabla 2).

Situación de discapacidad

Del total de personas encuestadas, y teniendo en cuenta los resultados expandidos, se evidencia que el 4.8% del total de la población refiere tener alguna discapacidad[5]. Las regiones con una mayor proporción de personas con discapacidad son: Centro, Santanderes y Bogotá (7.9%, 7.8% y 6.3% respectivamente). La Región Costa Atlántica es la que presenta una menor proporción de discapacidad (2%). Al indagar por el tipo de discapacidad reportado por las personas, predominan las afectaciones relacionadas con el aparato osteomuscular, seguido de la pérdida parcial y completa la visión, derivadas algunas de ellas de infecciones oportunistas asociadas al VIH, como toxoplasmosis, entre otras.

5 Deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que no puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

Tabla 2. Pertenencia a grupos poblacionales. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

¿Pertenece o ha pertenecido a alguno de los siguientes grupos poblacionales?	Total		RS	
	SI	NO	SI	NO
a. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (gay, bisexual, otros)	48.2%	51.8%	48.9%	51.1%
b. Persona trans (transgénero, transexual, travesti, transformista)	2.7%	97.3%	2.2%	97.8%
c. Persona que se inyecta drogas	1.3%	98.7%	0%	100%
d. Trabajadores(as) sexuales	3%	97%	0%	100%
e. Persona en habitanza de calle	1.5%	98.5%	0%	100%
f. Persona privada de la libertad	1.9%	98.1%	0%	100%
g. Víctima del conflicto armado	7.7%	92.3%	0%	100%
h. Grupo étnico (indígena, rom, raizal, palenquero, negro, afrodescendiente)	4.1%	95.9%	0%	100%
i. Migrante o solicitante de asilo	1.3%	98.7%	0%	100%
j. Trabajador migrante	1.7%	98.3%	1.1%	98.9%
k. Lesbiana	0.1%	99.9%	0%	100%
l. Heterosexual	32.4%	67.6%	47.8%	52.2%
m. Ninguna	13.3%	86.7%	0%	100%

RS Región Santanderes, RC Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá

Fuente: elaboración propia

Nivel de escolaridad

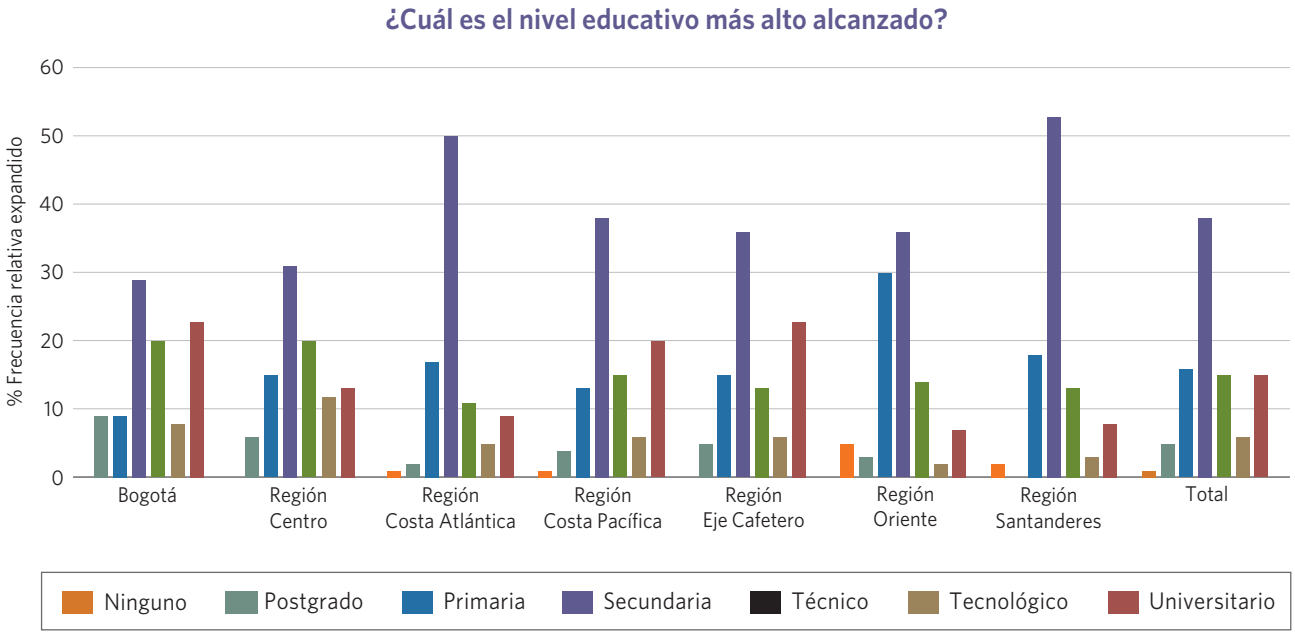
Uno de los aspectos relevantes al caracterizar a la población es el nivel escolar alcanzado, dado que ha sido analizado en otros estudios como una variable importante que podría explicar la presencia de estigma y discriminación. Al indagar por el nivel educativo, tanto en el total de la población como en las regiones, predomina el de secundaria, seguido por el técnico y el universitario. La única región que tiene un comportamiento diferente, en donde predominan la secundaria y la primaria, es la Región Oriente. (Gráfica 4).

Ocupación

Al indagar por la ocupación en los últimos siete días, para el total nacional, el 33% de las personas trabajó como empleado, seguido del trabajo como independiente (30%). Sin embargo, en el total general se evidencia una proporción importante de personas que se dedicaron a actividades del hogar.

Región											
RO		REC		RCP		RCA		RC		RB	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
25.2%	74.8%	63.3%	36.7%	53.8	46.2	27.6%	72.4%	65.2%	34.8%	69.8%	30.2%
0.8%	99.2%	1%	99%	4.4%	95.2%	2%	98%	0%	100%	4.8%	95.2%
0%	100%	1%	99%	1.1%	98.9%	1.3%	98.7%	0%	100%	3.2%	96.8%
0.8%	99.2%	3.1%	96.9%	6%	94%	1.3%	98.7%	0%	100%	5.3%	94.7%
0%	100%	1%	99%	2.7%	97.3%	1.3%	98.7%	0%	100%	2.6%	97.4%
0.8%	99.2%	1%	99%	4.9%	95.1%	2%	98%	0%	100%	2.1%	97.9%
14.2%	85.8%	4.1%	95.9%	11.5%	88.5%	4.6%	95.4%	1.1%	98.9%	7.4%	92.6%
0.8%	99.2%	1%	99%	19.2%	80.8%	2.6%	97.4%	0%	100%	1.6%	98.4%
0%	100%	0%	100%	1.1%	98.9%	2.6%	97.4%	0%	100%	2.1%	97.9%
0.8%	99.2%	0%	100%	0.5%	99.5%	2.6%	97.4%	0%	100%	3.2%	96.8%
0%	100%	0%	100%	0%	100%	7%	99.3%	0%	100%	0%	100%
18.9%	81.1%	36.7%	63.3%	18.7%	81.3%	55.9%	44.1%	31.5%	68.5%	26.5%	73.5%
44.1%	55.9%	2%	98%	9.3%	90.7%	12.5%	87.5%	4.5%	95.5%	2.6%	97.4%

Gráfica 4. Caracterización del nivel educativo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

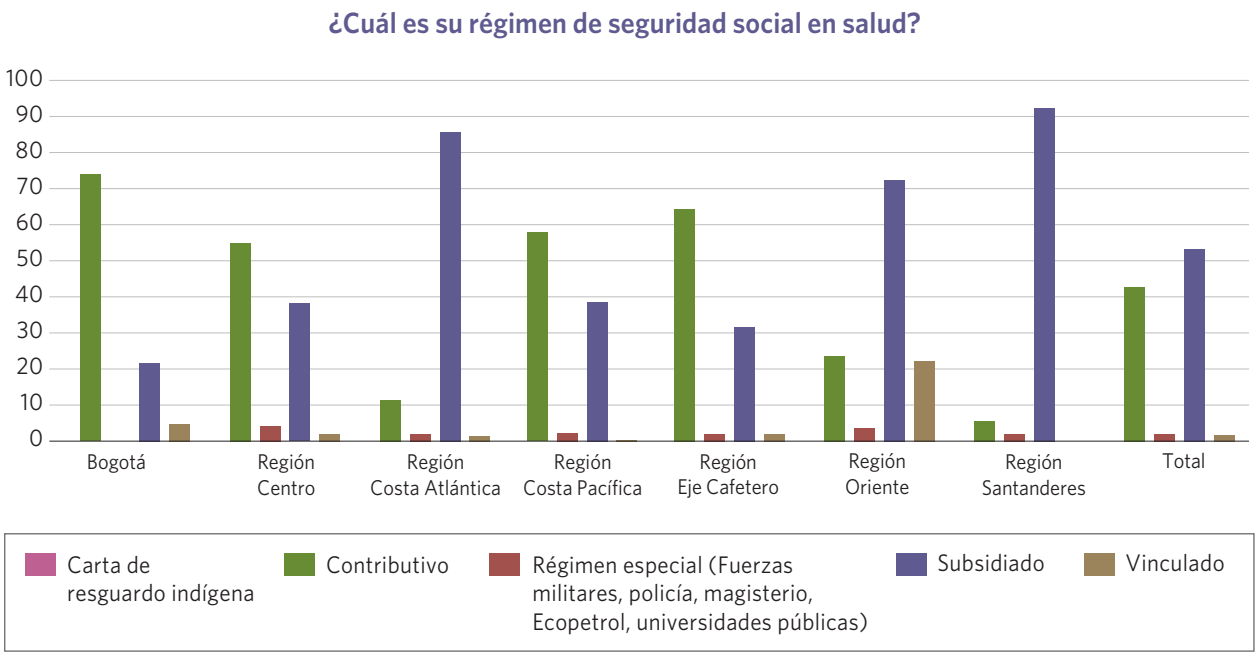
Afiliación al régimen de seguridad social en salud

La ocupación durante los últimos siete días presenta una relación con el tipo de aseguramiento al sistema de salud reportado por las personas. El 42,7% respondió que se encontraba afiliado al régimen contributivo, y el 53.3% al régimen subsidiado. Lo anterior concuerda con el tipo de muestreo realizado, dado que el marco muestral fue el reporte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud. Con estos niveles de cobertura en el aseguramiento, en los dos regímenes principales, es dable considerar que las personas cuentan con el acceso al tratamiento integral para el VIH, lo que podría ser una variable fundamental y moduladora en la comprensión del fenómeno de estigma y discriminación para las PVVS (Gráfica 5).

Redes de apoyo

Las redes de apoyo y la percepción interna de fenómenos como el estigma y discriminación, así como la vivencia de estigma y discriminación de otros, se encuentran relacionadas. Por lo anterior, indagar por las condiciones de vida resulta fundamental. Se identificó que el 73.8% de la población no vive sola. La región en la cual se identificó un mayor número de población que vive sola fue Oriente (34.6%) seguida de Bogotá (31.7%).

Gráfica 5. Distribución por régimen de afiliación al sistema de salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Por contraste, la región con la proporción más baja de personas encuestadas que viven solas fue la Costa Atlántica (10.5), seguida del Eje cafetero (23.5%). De las personas que respondieron que vivían con alguien, y al indagar si las personas con las cuales viven tienen diagnóstico de VIH, para el total nacional el 16% de las personas que viven acompañadas, viven con al menos una persona con diagnóstico de VIH. La región con una mayor proporción de personas que no viven solas y que tienen al menos un acompañante con diagnóstico de VIH es Bogotá seguida de Santanderes y Eje Cafetero (23.3%, 18,2% y 17.3%, respectivamente).

En relación con el área en la cual viven las personas, el 84.8% viven en área urbana, la región que presenta un mayor volumen de población viviendo en área rural es la Región Costa Atlántica con un 26.3% de personas que viven en área rural.

Las redes de apoyo y la percepción interna de fenómenos como el estigma y discriminación, así como la vivencia de estigma y discriminación de otros, se encuentran relacionadas.

3.2 Aspectos relacionados con el diagnóstico de VIH

El tiempo de diagnóstico del VIH resulta ser un factor importante en la vida de las personas que viven con la condición. Esta importancia está determinada por los cambios que se han dado a través del tiempo en torno al tratamiento, sus eventos adversos y su efectividad, hechos que se sitúan y deben articularse con la historia de la condición y la evolución que ha tenido la sociedad para comprenderla.

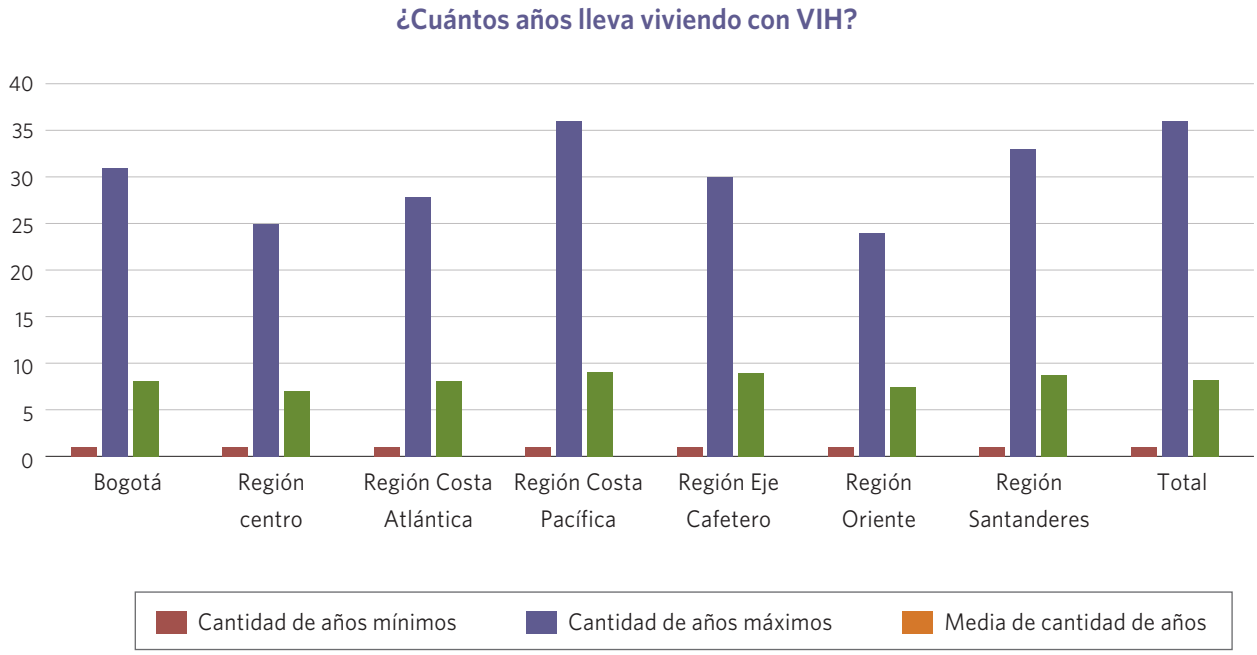
Tiempo viviendo con el diagnóstico

Al caracterizar los años de vivir con el diagnóstico, se evidenció que la media nacional de tiempo viviendo con VIH fue de 17 años, con un intervalo que tiene como mínimo un año (dado que fue uno de los criterios de inclusión) y como máximo, 37 años. La región que presenta un intervalo menor, y la de menor valor extremo es la Región Oriente (Gráfica 6).

Decisión de realizar la prueba diagnóstica

Al indagar sobre las posibles razones por las cuales las personas decidieron realizarse la prueba de tamización y diagnóstico de VIH, la mayor proporción fue por síntomas sospechosos o relacionados con el VIH (55.5%). La segunda, porque el esposo o la esposa, pareja o miembro de la familia resultó positivo (13.6%); en el análisis por regiones no se evidencian diferencias estadísticas significativas (p 1.23).

Gráfica 6. Tiempo en años viviendo con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Al profundizar sobre las otras razones que llevaron a la realización de la prueba (total de la población: 10.9%), prevalece la donación de sangre, seguida de violencia y abuso sexual. Sumado a lo anterior, se evidenció en el análisis cualitativo que profundiza estas razones, que las personas también refieren motivos de ascenso laboral y pruebas tomadas sin su consentimiento.

Respecto a si la decisión de realizarse la prueba fue voluntaria o, por el contrario, se dio bajo presión de otras personas, o por coerción, se evidenció que la mayor proporción de pacientes (82.3% del total) la realizó por decisión voluntaria. No obstante, el 5.2% de las personas refirieron haberla hecho bajo presión de otras personas, y el 6.2% refirió que se realizó la prueba sin su conocimiento. Resulta relevante que el 1.2% de las personas, en el total nacional, hayan reportado que la prueba fue realizada bajo coerción. Este porcentaje es significativamente diferente (p 0.006) en la Región Oriente, en la cual se reportó un 3.1%. De igual manera, en esta región se evidencia la mayor proporción, 7.9%, comparado con las demás regiones, cuando se responde que fue por presión de otras personas que se realizó el diagnóstico.

Tabla 3. Decisión de realizar la prueba. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

¿Por qué decidió hacerse la prueba de VIH cuando lo/a diagnosticaron?	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
En preparación para el matrimonio/relación sexual	0.2%	0%	0%	0%	0%	0.7%	1.1%	0%
Enfermedad o muerte de la esposo(a)/pareja/miembro de mi familia	3.6%	1.1%	6.3%	1%	1.6%	4.6%	1.1%	3.7%
Esposo(a)/pareja/un miembro de la familia resultó positivo	13.6%	6.7%	17.3%	9.2%	9.9%	15.8%	2.2%	16.4%
Fue referido(a) debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH	55.5%	74.4%	49.6%	59.2%	71.4%	57.9%	57.3%	42.3%
Fue referido/a por un servicio amigable / ONG / servicio comunitario	1.4%	1.1%	0.8%	1%	1.1%	0.7%	0%	3.2%
Otro ¿Cuál?	10.9%	6.7%	11%	8.2%	6.0%	7.9%	21.3%	15.9%
Por embarazo	4.6%	5.6%	7.9%	4.1%	0.5%	7.9%	1.1%	2.6%
Por razones de empleo	0.9%	2.2%	1.6%	1%	0%	0%	2.2%	1.1%
Simplemente quería saber	9.3%	2.2%	5.5%	16.3%	9.3%	4.6%	13.5%	14.8%
¿Cómo fue la decisión de hacerse la prueba de VIH?	**Total**	**RS**	**RO**	**REC**	**RCP**	**RCA**	**RC**	**RB**
Otro ¿Cuál?	5.1%	1.1%	4.7%	7.1%	1.6%	5,3%	0%	8.5%
Se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción)	1.2%	1.1%	3.1%	0%	0,0%	1,3%	0%	1.1%
Se me hizo la prueba sin mi conocimiento – Me di cuenta después de que la prueba había sido hecha	6.2%	2.2%	3.1%	9.2%	3.8%	9,9%	10.1%	6.3%
Tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas	5.2%	3.3%	7.9%	3.1%	0.5%	5,9%	3.4%	6.9%
Yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (fue voluntaria)	82.3%	92.2%	81.1%	80.6%	94%	77,6%	86.5%	77.2%

RS Región Santanderes, RC Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá

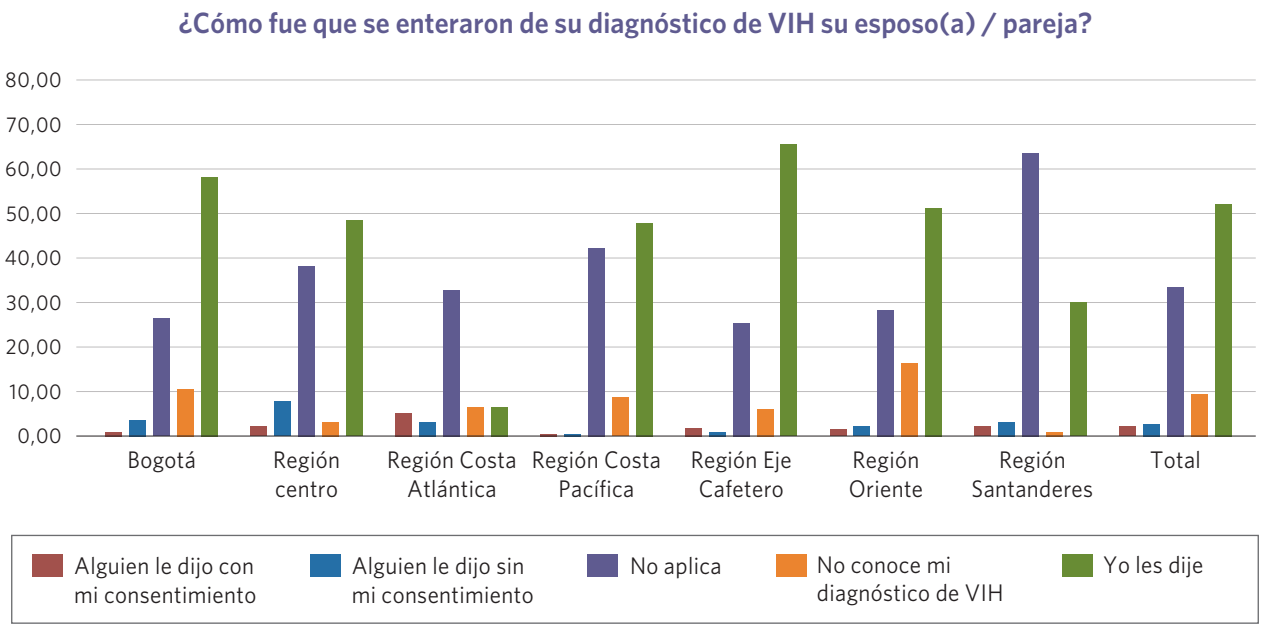
Fuente: elaboración propia

Compartir el diagnóstico con personas cercanas

Ante los hallazgos presentados previamente, relacionados con la decisión de hacerse la prueba, resulta relevante conocer cómo fue el proceso de compartir el diagnóstico y la confidencialidad de este. Al indagar cómo ciertas personas o grupos se enteraron de su diagnóstico de VIH, se evidencia, respecto a la pareja/esposo que el 51.9% de la población se lo contaron ellos mismos; hay un 9.5% de personas que expresan que su pareja/esposo no conoce su diagnóstico, y un 2.8% de la población refiere que alguien le contó a su pareja/esposo(a) sin su consentimiento.

Al indagar por el conocimiento del diagnóstico en otras personas pertenecientes a la familia y otros grupos, se evidencia que la proporción de familiares adultos que no conocen el diagnóstico es superior en la población (24%), comparativamente con la pareja/esposo(a), pero también con un aumento importante en la proporción de personas (familiares adultos) que se enteraron porque alguien les dijo sin el consentimiento (7.8%). Sin embargo, es importante evidenciar que este comportamiento, relacionado con el conocimiento/desconocimiento del diagnóstico, demuestra que el 42.8% de las personas refieren que sus amistades no conocen su diagnóstico. Frente a compartir el diagnóstico de VIH con otras personas que viven con VIH, del total de la población, el 36% refiere haberles contado. El 25.5% mencionan que esas personas no conocen su diagnóstico, y el 36.2% relatan que no aplica, dado que no conocen personas que vivan con VIH.

Gráfica 7. Información del diagnóstico a la pareja/esposo(a). Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



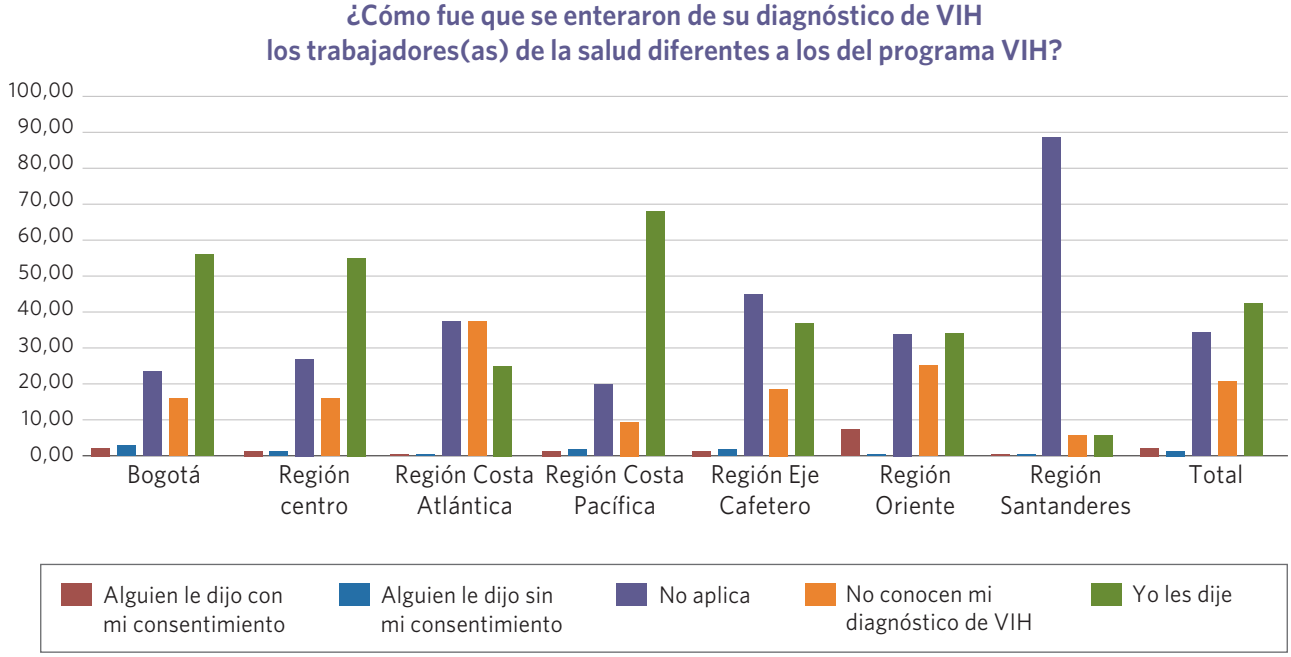
Fuente: Desarrollo propio

Al indagar si las personas que viven con VIH comparten su diagnóstico con otros grupos de personas como compañeros de trabajo, empleador/jefe, clientes, líderes religiosos, líderes de la comunidad, entre otros, se evidencia, de manera sistemática, que la proporción de personas con quienes no comparten el diagnóstico o no aplica (por no tener relación con esos grupos) está sobre el 50% y más.

Compartir el diagnóstico con personal de salud

Resulta relevante saber si las PVVS informaron sobre su diagnóstico a miembros de personal del grupo específico de trabajadores de la salud que no hacen parte de grupos del programa de VIH. Para el total nacional, el 42% de personan que viven con VIH sí les dijo directamente sobre su diagnóstico, seguido de un 34.1% que refieren que no aplica porque no tienen contacto con servicios de salud diferentes; y un 20.5% de personas que indican no contarles que tienen el diagnóstico. Estos resultados pueden explicarse porque las PVVS tienen un contacto estrecho con el grupo de trabajadores del sector salud que se ocupa de VIH, pero no con otros servicios de salud. Se pone en evidencia la necesidad de fortalecer estos grupos de atención no especializados en VIH, para lograr una atención integral. En el marco del acceso a los servicios de salud, se pueden configurar como una de las redes de apoyo más relevantes para las PVVS.

Gráfica 8. Conocimiento del diagnóstico por parte de otros trabajadores de la salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Compartir el diagnóstico con otros grupos de personas

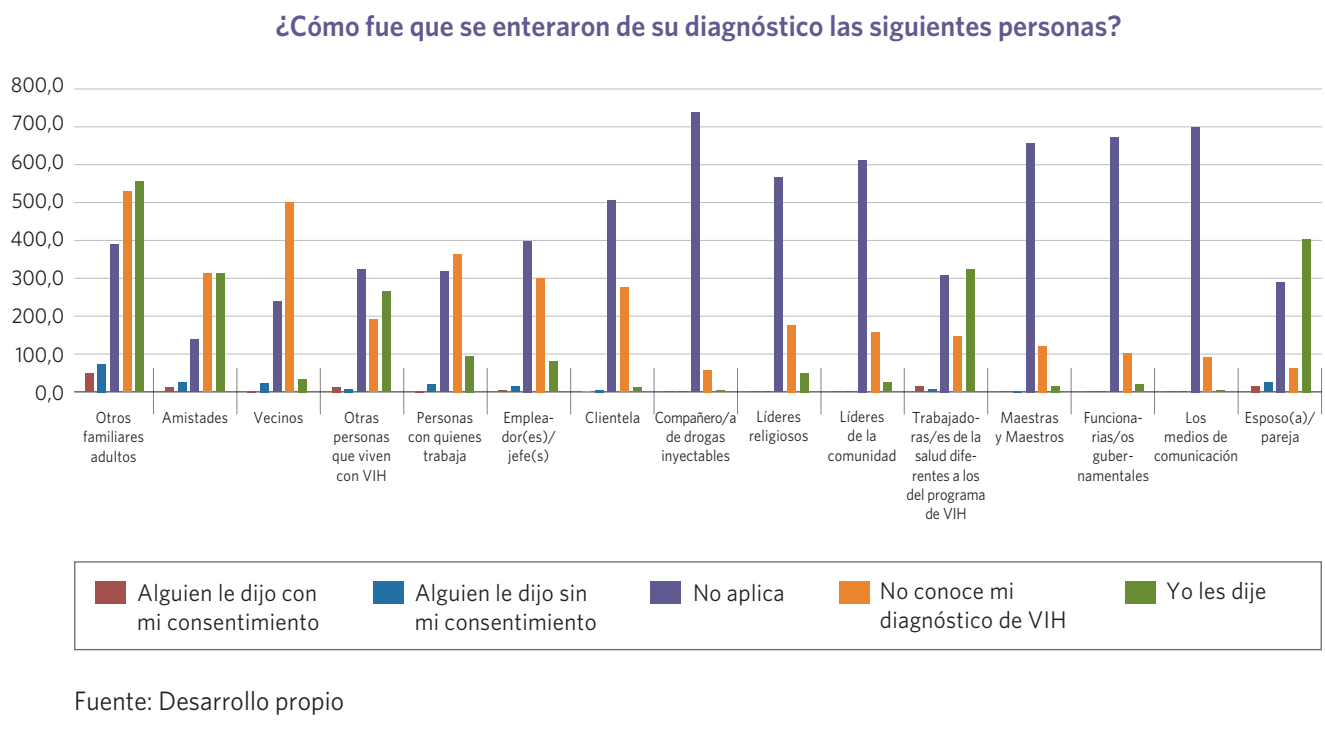
Una de las respuestas más prevalentes, independientemente del grupo de personas que pudiesen conocer el diagnóstico es que, efectivamente, otras personas no conocen el diagnóstico de VIH. Al analizar de manera cualitativa, la o las razones por las cuales no han compartido su diagnóstico se concentran en las categorías que muestra la Gráfica 9.

Al indagar por la utilidad percibida por las personas al compartir su diagnóstico de VIH con los diferentes grupos, se evidencia que la mayoría de ellas sienten que ha sido ventajoso contar su diagnóstico.

Razones para no compartir el diagnóstico

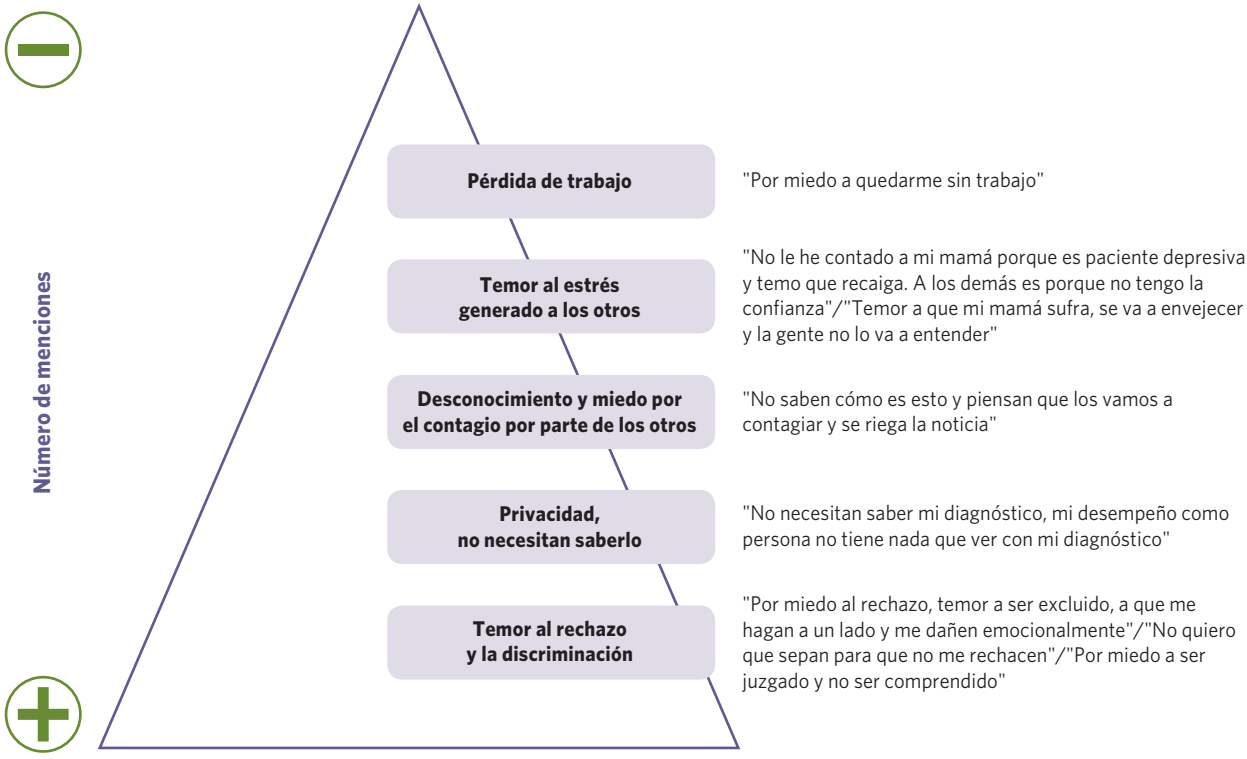
Mediante el análisis cualitativo se puede evidenciar que las razones que más motivan a las personas a no compartir el diagnóstico de VIH son la posibilidad de sufrir rechazo, discriminación o estigma por parte de otros. Esto explica el componente cuantitativo y las cifras encontradas respecto del desconocimiento del diagnóstico por parte de personas cercanas (pareja, familia y redes de apoyo). Sin duda, esta situación contribuye a reducir el índice de estigma y discriminación al medirlo de manera cuantitativa, pero no porque no suceda o pueda suceder, sino por el reducido número de personas que comparten su diagnóstico.

Gráfica 9. Compartir el diagnóstico de VIH con distintos grupos de personas. Total nacional. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Gráfica 10. Categorías de razones por la cuales no se comparte el diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: desarrollo propio a partir del análisis cualitativo de la pregunta 104

Reacción de otros al conocer el diagnóstico

Ahora bien, cuando se indaga por el tipo de reacción de las personas que se enteraron del diagnóstico, se evidencia que en su mayoría la respuesta o reacción fue positiva, caracterizada como solidaria y muy solidaria. Sin embargo, la respuesta muy negativa, por ejemplo, de la pareja, alcanza proporciones de 9% en la Región Centro y 7.8% en Santanderes.

Utilidad de compartir el diagnóstico

Al indagar por la utilidad percibida por las personas al compartir su diagnóstico de VIH con los diferentes grupos, se evidencia que la mayoría de ellas sienten que ha sido ventajoso contar su diagnóstico. Sin embargo, un 14.3% del total de las personas consideran que no lo ha sido. Este porcentaje es diferente en la Región de Santanderes, donde el 36.7% de las personas refieren que no fue benéfico compartir el diagnóstico.

Otros aspectos relacionados con la confidencialidad del diagnóstico tienen que ver con la percepción respecto de si los profesionales de salud han divulgado el diagnóstico sin el consentimiento de la persona. El 22.2% de las personas responden no estar seguras de si esto ha sucedido, y el 9.9% refiere que efectivamente ha pasado.

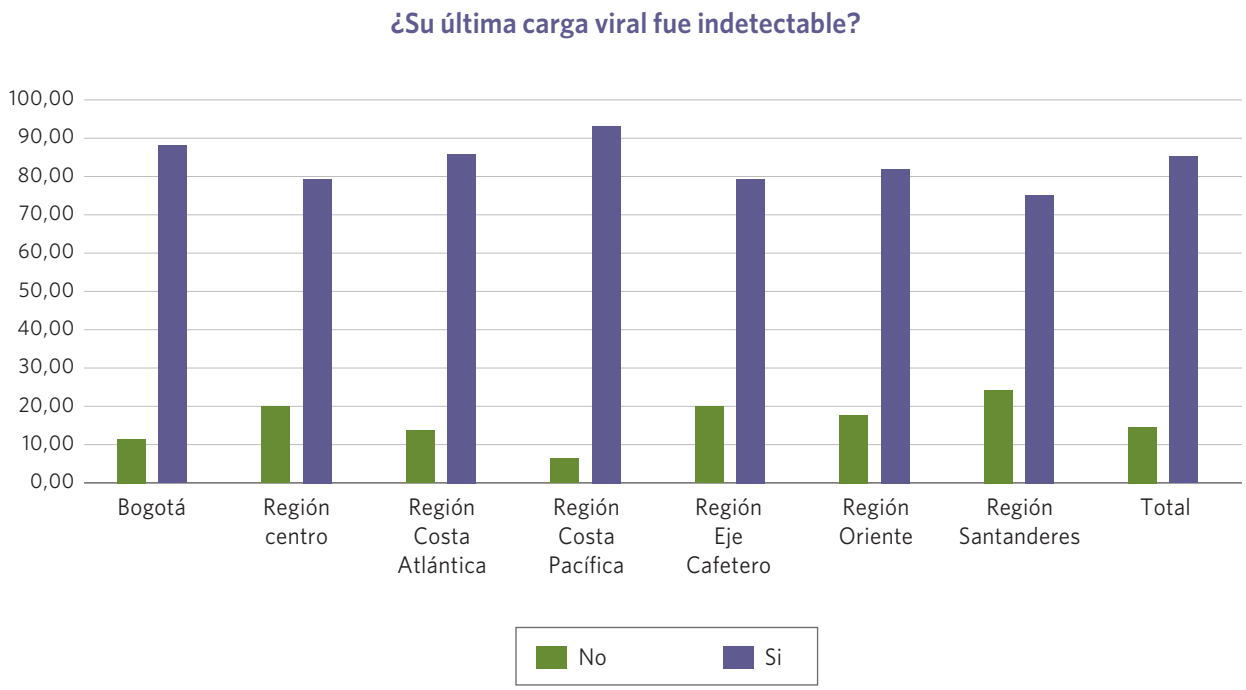
Confidencialidad del diagnóstico

Sumado a lo anterior, el 27.2% de las personas refieren no saber si la historia clínica es confidencial, y el 7.2% expresan estar convencidos de que la historia clínica no es confidencial. Es importante notar que la mayor proporción de personas, 65%-69%, responden que los profesionales y la historia clínica son confidenciales respecto a su diagnóstico. Sin embargo, es notable que una proporción importante de personas consideran que su intimidad y confidencialidad, en el marco de la atención en salud, puede estar comprometida.

Tratamiento

Sobre el tratamiento para el VIH, en todas las regiones la proporción de personas que se encuentran recibiendo tratamiento antirretroviral supera el 97% (mínimo 96.9%

Gráfica 11. Indetectabilidad en la última carga viral referida por la persona. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: desarrollo propio

en la Región Oriente, y máximo 99.3 en la Región Costa Atlántica). Al indagar por la percepción de su salud en general, el 9% de la población total la caracterizó como regular y mala. Al indagar por la indetectabilidad de la última carga viral, el 86% de la población total señaló que fue indetectable.

Acceso a medicamentos antirretrovirales

Al indagar sobre el acceso a los medicamentos antirretrovirales, en todas las regiones las personas respondieron afirmativamente, excepto en la Región Oriente, donde las proporciones (expandidas) se comportaron así:

- 12.6% respondió que no tenía acceso.
- 7.9% no sabía si tenía acceso.
- 79.5% respondió que sí tenía acceso.

Es importante mencionar que, dado el contexto epidemiológico vivido durante los últimos años, algunas personas señalaron que la causa de la suspensión del tratamiento se debió a la pandemia, ya sea porque tuvieron COVID 19, o porque a causa de los cierres no se entregaron los medicamentos.

Acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas

Al preguntar por el acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas, se evidencia una diferencia importante al compararlo con el acceso a los medicamentos antirretrovirales. Para el caso de las enfermedades oportunistas, el 80.5% de la población dice que sí tiene acceso a estos medicamentos; el 12.2% no lo sabe y el 7.3% dice que no tiene acceso.

Interrupción del tratamiento antirretroviral

De la población encuestada, 39.4% refiere haber suspendido o interrumpido el tratamiento antirretroviral en alguna oportunidad. Al detallar las causas se evidencia que la razón explícita más frecuente es el cambio de IPS, seguido de la desafiliación al sistema de salud. Un alto porcentaje señaló que existían otras razones (Gráfica 12).

Al indagar sobre las otras razones que llevaron a la interrupción o suspensión del tratamiento, un número importante indicó: decisión voluntaria de no hacerlo por olvido, reacciones secundarias y distancia para reclamarlo. Es importante mencionar, que, dado el contexto epidemiológico vivido durante los últimos años, algunas personas señalaron que la causa de la suspensión se debió a la pandemia, ya sea porque tuvieron COVID 19, o porque a causa de los cierres no se entregaron los medicamentos.

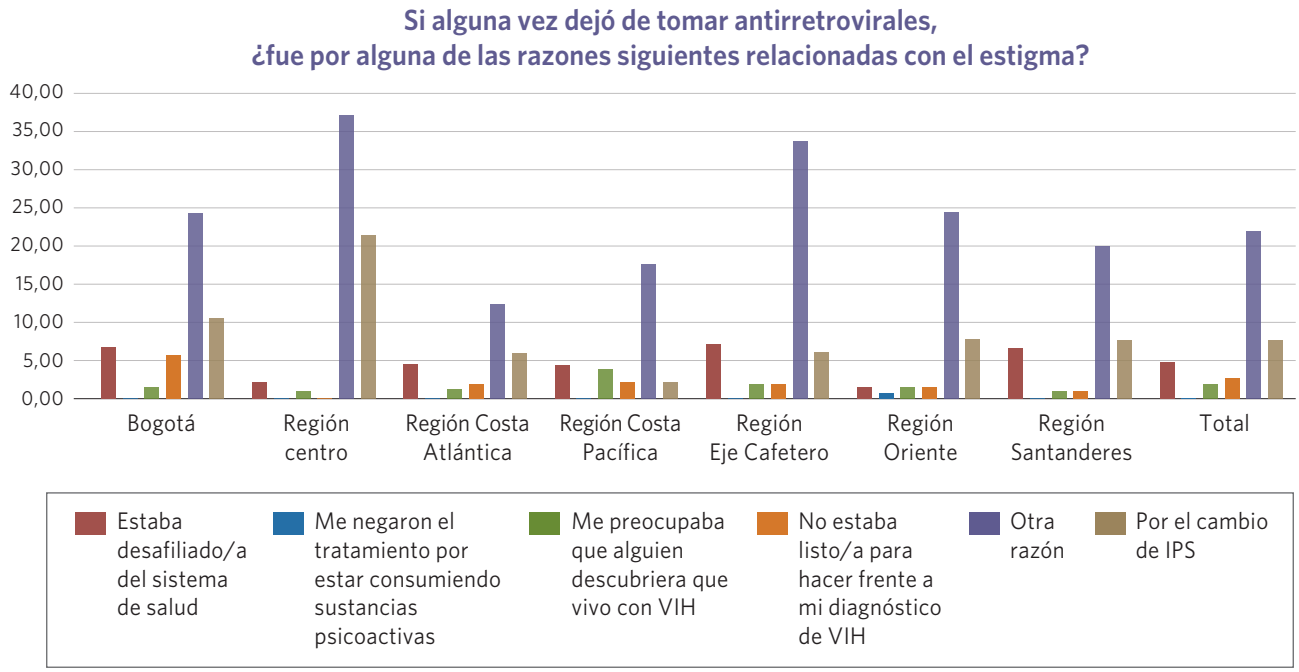
Diálogos con personal de salud

Al consultar sobre la oportunidad de tener diálogos constructivos relacionados con el tratamiento del VIH y la salud sexual y reproductiva, se evidencia que la mayoría de la población ha tenido estos diálogos con los equipos de salud. Es dable mencionar que las regiones con mayor proporción de respuesta negativa son Eje Cafetero y Oriente (Tabla 4).

Salud reproductiva

Al profundizar sobre algunos temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, específicamente aspectos vinculados con las opciones reproductivas como inseminación artificial o lavado de esperma, se evidencia que la mayor proporción de personas, tanto a nivel nacional como regional, no han recibo asesoría. Al indagar si alguna vez algún profesional ha aconsejado no tener hijos, posterior al diagnóstico de VIH, para el nivel nacional se evidencia una respuesta afirmativa en el 5.8% de las personas, y duplicando estas proporciones se encuentran las regiones Centro y Oriente (10.1% y 10.2%, respectivamente). El 2.1% de la población menciona que alguna vez un profesional de la salud lo presionó para esterilizarse. Las situaciones descritas previamente, aunque no corresponden a porcentajes mayoritarios, sí exponen una situación importante relacionada con la atención en torno a la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con VIH y a las decisiones que tienen que ver con su fertilidad.

Gráfica 12. Razones para la interrupción del tratamiento antirretroviral. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: Desarrollo propio

Tabla 4. Diálogos constructivos con profesionales de la salud. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un diálogo constructivo con algún(os) profesional(es) de la salud sobre el esquema de tratamiento de VIH que está recibiendo?	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
NO	22.4%	20%	31.5%	43.9%	6%	12.5%	13.5%	28.6%
SI	77.6%	80%	68.5%	56.1%	94%	87.5%	86.5%	71.4%
En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un diálogo constructivo con algún(os) profesional(es) de la salud sobre salud sexual y reproductiva, relación(es) sexual(es), bienestar emocional, uso de drogas, etc.?	**Total**	**RS**	**RO**	**REC**	**RCP**	**RCA**	**RC**	**RB**
NO	36.1%	35.6%	55.1%	60.2%	11.5%	21.7%	51.7%	37.6%
SI	63.9%	64.4%	44.9%	39.8%	88.5%	78.3%	48.3%	62.4%

RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá

Fuente: elaboración propia

Asociado a lo anterior, se indagó sobre la "exigencia" por parte de los profesionales de la salud para la prescripción de Antirretroviral (ARV) relacionada con estrategias de planificación familiar, y se evidenció que mayoritariamente no hay exigencias. Sin embargo, en regiones como Santanderes y Centro se evidencia una proporción importante de personas que respondieron afirmativamente (12.5% y 22.2% respectivamente)

3.3 Aspectos relacionados con el estigma y la discriminación por parte de otras personas

Exclusión en actividades de la vida cotidiana

El instrumento aplicado indagó por situaciones de la vida cotidiana durante las cuales las personas pudieron haber sido excluidas, y profundiza sobre las razones de la exclusión. Las situaciones de la vida cotidiana evaluadas son:

- Reuniones o actividades sociales (bodas, funerales, fiestas, clubes).
- Actividades religiosas o lugares de culto.
- Actividades familiares (cocinar, dormir en la misma habitación).

Tabla 5. Exclusión en situaciones de la vida cotidiana. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Situación de la vida cotidiana	Proporción de respuesta afirmativa para exclusión (porcentaje del total de la población)	Proporción de exclusión atribuida al diagnóstico de VIH (porcentaje de los que contestaron afirmativamente)	Proporción de exclusión atribuida al diagnóstico de VIH y otras razones (porcentaje de los que contestaron afirmativamente)	Porcentaje de exclusión atribuida al VIH, y al VIH y otras razones por región (porcentaje de los que contestaron afirmativamente)
Actividades sociales (bodas, funerales, fiestas, etc.)	5.7%	33%	14.3%	Santanderes: 60% Oriente: 60% Eje Cafetero: 50% Costa Pacífica: 66.9% Costa Atlántica: 40% Centro: 0% Bogotá: 45%
Actividades religiosas o lugares de culto	2.7%	10.8%	8%	Santanderes: 42.9% Oriente: 0%* Eje Cafetero: 0% Costa Pacífica: 0%* Costa Atlántica: 50% Centro: 0% Bogotá: 10%
Actividades familiares	8.7%	41%	13.6%	Santanderes: 58.3% Oriente: 100% Eje Cafetero: 46.2% Costa Pacífica: 83.4% Costa Atlántica: 62.5% Centro: 70% Bogotá 34.6%

***Nota:** Las personas de las regiones Oriente y Costa Pacífica respondieron que nunca habían sido excluidas en estas situaciones.

Fuente: desarrollo propia

Murmuraciones

Al indagar a las personas que viven con VIH sobre comportamientos hacia ellas, específicamente que otras personas murmuren sobre ellas, el 43.8% refirió que otros una vez, algunas veces y frecuentemente 49.9%, 27.2% y 11.7%, respectivamente. Al indagar por las razones por las cuales creen que murmuran sobre ellos, se evidencia, a nivel nacional y regional, que los mayores porcentajes de respuesta señalan que es por causa del VIH y por otras razones.

Violencia verbal

Respecto a ser violentado a través de insultos verbales, acoso o amenazas, del total de la población encuestada, 80.5% refiere nunca haber sido víctima de esas acciones, 10.1% menciona que algunas veces, 6.5% una vez, y el 2.8% frecuentemente. En las regiones de Santanderes y Bogotá estas situaciones se presentan con mayor frecuencia. Al indagar por las causas que podrían explicar estos hechos (insultos, acoso y amenaza), el 58% del total de los encuestados responde que es por otras razones, el 21.4% debido a que viven con VIH, el 13.1% dicen que es por vivir con VIH y por otras razones, y el 7.3% no está seguro de la razón.

Respecto de la agresión física, 93.9% de las personas respondieron que nunca habían sido agredidas físicamente en los últimos 12 meses. El porcentaje restante respondió que habían sido agredidos una vez y algunas veces, encontrándose el mayor porcentaje en la región de los Santanderes.

Agresión física

Respecto de la agresión física, 93.9% de las personas respondieron que nunca habían sido agredidas físicamente en los últimos 12 meses. El porcentaje restante respondió que habían sido agredidos una vez y algunas veces, encontrándose el mayor porcentaje en la región de los Santanderes. Respecto de las razones de la agresión, 10.5% de las personas consideraron que la agresión física se debió a que viven con VIH, 14.3%, por vivir con VIH y por otras razones, l 76.4% por otras razones y 4.4% no está seguro de la razón. Las regiones que presentan mayores porcentajes de población con agresión derivada de vivir con VIH son Costa Atlántica (25%), Santanderes (21.4%) y Eje Cafetero (20%).

Agresión virtual

Se identificó la agresión virtual hacia las personas que viven con VIH en el 15.4%, con al menos una vez de ocurrencia. Este porcentaje es superior en las regiones de Bogotá, Santanderes y Región Centro: 29.1%, 18.9% y 18%, respectivamente. Al preguntar sobre las posibles razones relacionadas con la agresión virtual, 53.2%, de las personas respondieron que se debe a otras razones, 21.2% indicaron que, tanto por vivir con VIH como por otras razones, el 20.8% dice que, debido al VIH, y el 4.8% no está seguro de la razón.

Tabla 6. Razones que explican la murmuración, el insulto verbal y la agresión virtual. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Aspectos	Región							
	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
Cuando han murmurado de usted fue por...								
Debido a que vive con VIH	11%	18.9%	10.2%	13.3%	5.5%	12.5%	11.2%	10.6%
No está seguro(a) por qué	8.2%	8.9%	4.7%	5.1%	9.3%	9.9%	9%	9.5%
Por otras razones	17.9%	15.6%	8.7%	27.6%	14.3%	4.6%	30.3%	32.3%
Tanto por vivir con VIH como por otras razones	6.8%	2.2%	5.5%	8.2%	3.8%	8.6%	11.2%	7.9%
NA	56.2%	54.4%	70.9%	45.9%	67%	64.5%	38.2%	39.7%
Cuando fue insultado/a verbalmente, acosado/a o amenazado/a fue por...								
Debido a que vive con VIH	4.2%	6.7%	1.6%	3.1%	1.6%	5.9%	4.5%	5.8%
No está seguro(a) porqué	1.4%	4.4%	1.6%	0%	1.1%	0%	2.2%	2.1%
Por otras razones	11.3%	16.7%	6.3%	17.3%	6.0%	5.9%	10.1%	19%
Tanto por vivir con VIH como por otras razones	2.6%	3.3%	0.8%	2.0%	2.2%	2.0%	6.7%	3.7%
NA	80.5%	68.9%	89.8%	77.6%	89%	86.2%	76.4%	69.3%
Cuando fue agredido virtualmente, fue por...								
Debido a que vive con VIH	3.2%	4.4%	0.8%	4.1%	1.6%	2%	2.2%	6.3%
No está seguro(a) porqué	0.7%	1.1%	1.6%	0%	0.5%	0%	0%	1.1%
Por otras razones	8.2%	10%	3.1%	9.2%	6.6%	3.3%	10.1%	15.3%
Tanto por vivir con VIH como por otras razones	3.3%	3.3%	1.6%	3.1%	1.1%	2%	5.6%	6.3%
NA	84.6%	81.1%	92.9%	83.7%	90.1%	92.8%	82%	70.9%

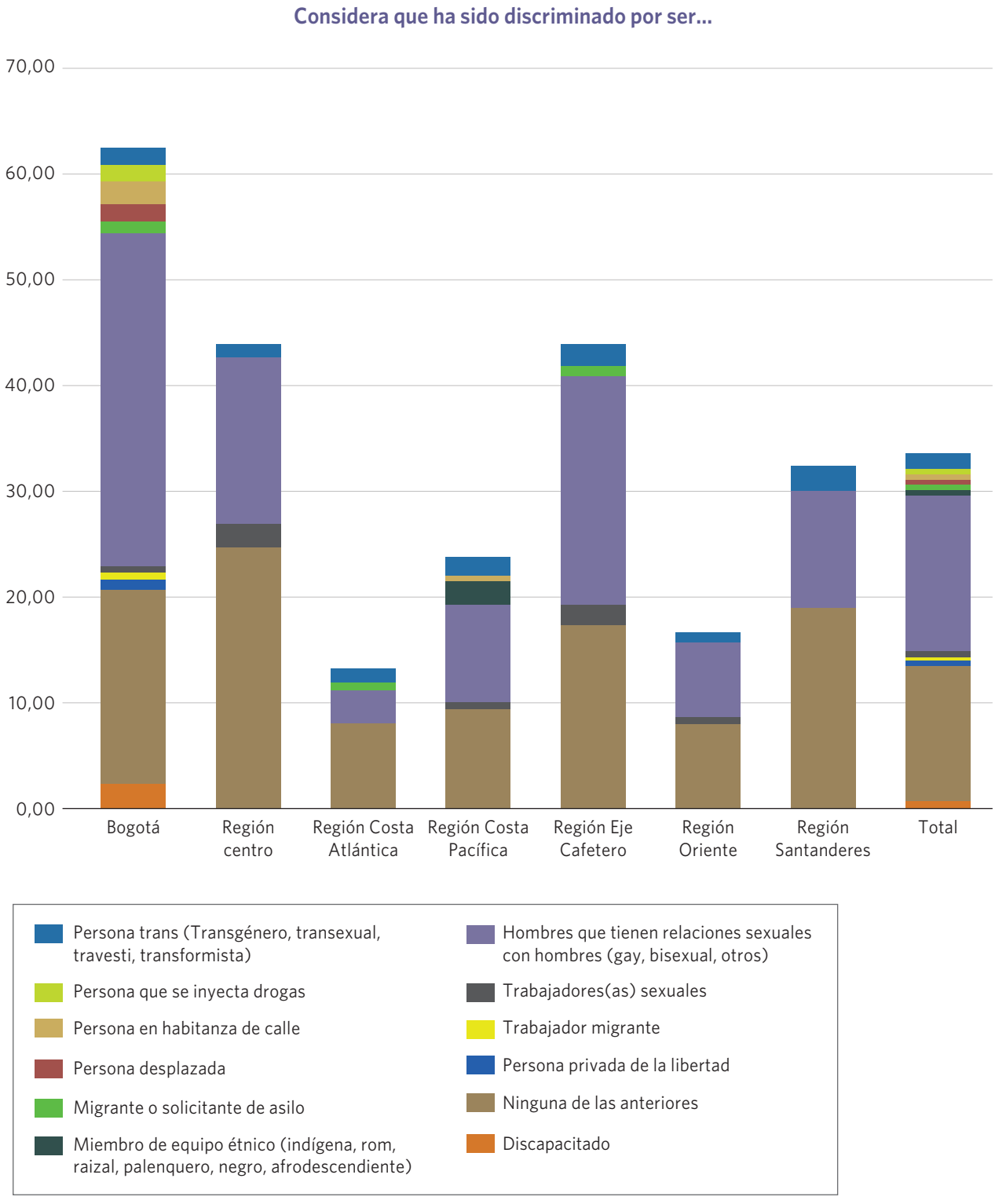
RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá

Fuente: elaboración propia

Razones de la discriminación

Al sondear sobre las razones que podrían explicar mejor por qué las personas que viven con VIH consideran que han sido discriminadas, 14.9% responden que la causa está en ser gay, bisexual, otros, y 13.2%, dice que otras razones. Al considerar las otras razones, en el análisis cualitativo se encuentra que el mayor número de razones corresponde a problemas familiares y problemas con la pareja.

Gráfica 13. Categorías que explican por qué pudo ser discriminado. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: desarrollo propio

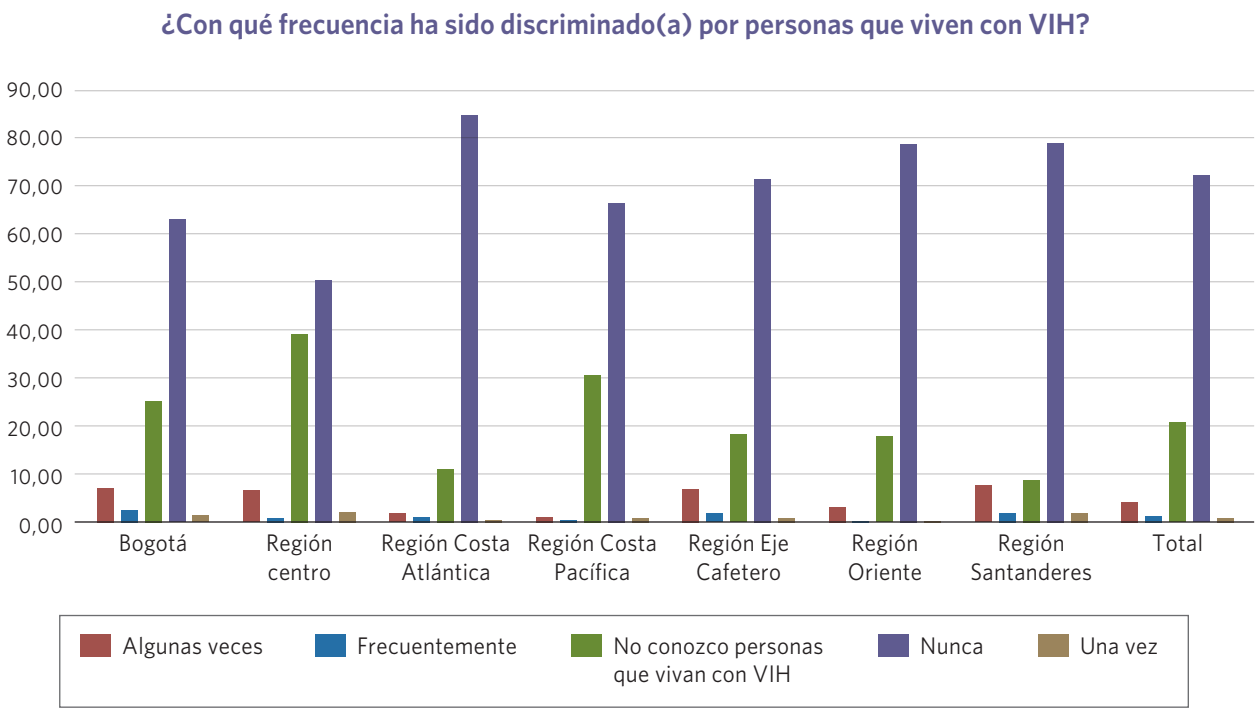
Presión psicológica por parte de la pareja sexual

Una situación importante para comprender los fenómenos de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH, es la presión psicológica o manipulación ejercida por la pareja sexual. Al preguntar sobre esta situación, el 58.7% de las personas expresaron que nunca la habían sentido. Sin embargo, cuando se indaga acerca del rechazo sexual como resultado del diagnóstico de VIH, el 2.8% refiere que esta situación sucedió una vez, el 6.7% algunas veces y el 1.5% frecuentemente. Este comportamiento es semejante si es analizado por regiones; no obstante, en la Región Bogotá los porcentajes de haberlo sufrido algunas veces y frecuentemente son superiores comparativamente con los totales nacionales y con las otras regiones: 12.7% algunas veces y 3.7% frecuentemente.

Estigma por parte de otras PVVS

Se indagó sobre el estigma y discriminación que viene de parte de otras personas que viven con VIH. Los resultados muestran que el 20.9% del total de las personas encuestadas no conocen a otras personas que vivan con VIH, y que el 7.1% de las personas, al menos, en una ocasión fueron discriminadas por otras personas que viven con VIH.

Gráfica 14. Discriminación por parte de otras personas que viven con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

Al preguntar por la frecuencia de la discriminación hacia la pareja sexual o miembros de la familia por razones del VIH, el 75.8% respondieron negativamente. Sin embargo, resulta interesante que el 10.1% de las personas contestaron que la familia o pareja no conocen su diagnóstico de VIH. La región que mayor proporción refleja este caso es Bogotá con el 18.5%.

3.4 Aspectos relacionados con el estigma interno

La comprensión de los fenómenos de estigma y discriminación, además de relacionarse con la respuesta de otras personas hacia las PVVS, también se deriva de la autopercepción y del estigma interno que experimenta la persona que vive con el diagnóstico.

Sentimientos de quienes tienen diagnóstico de VIH

Esta investigación consideró relevante analizar este comportamiento. Al investigar si las personas han experimentado algunos sentimientos, durante los últimos 12 meses, debido a su diagnóstico de VIH se encontraron los siguientes comportamientos: vergüenza, culpa, impotencia, soledad, resentimiento, baja autoestima, que debería ser castigado, ideas suicidas, depresión.

Tabla 7. Estigma interno. Sentimientos relacionados con el diagnóstico del VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Sentimiento	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
Vergüenza	34.9%	35.6%	34.6%	37.8%	34.6%	28.9%	33.7%	39.2%
Culpa	42.6%	42.2%	37.8%	46.9%	44.5%	39.5%	47.2%	45.5%
Impotencia*	45.1%	53.3%	40.2%	54.1%	39.6%	39.5%	41.6%	51.9%
Soledad	52.4%	61.1%	40.9%	53.1%	48.4%	49.3%	43.8%	64.6%
Resentimiento**	29.%	44.4%	30.7%	32.7%	16.5%	27.6%	38.2%	32.3%
Baja autoestima	38.9%	46.7%	29.1%	45.9%	40.1%	31.6%	48.3%	45%
Que debería ser castigado	6.3%	7.8%	3.9%	16.3%	4.4%	0.7%	20.2%	7.4%
Ideas suicidas o muerte	16.6%	20%	14.2%	28.6%	17%	7.2%	21.3%	20.1%
Depresión	35.8%	38.9%	25.2%	41.8%	36.8%	25.7%	39.3%	47.6%

* Incapacidad de resolver una situación.
** Culpar a otros por el diagnóstico.
RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá.

Fuente: elaboración propia

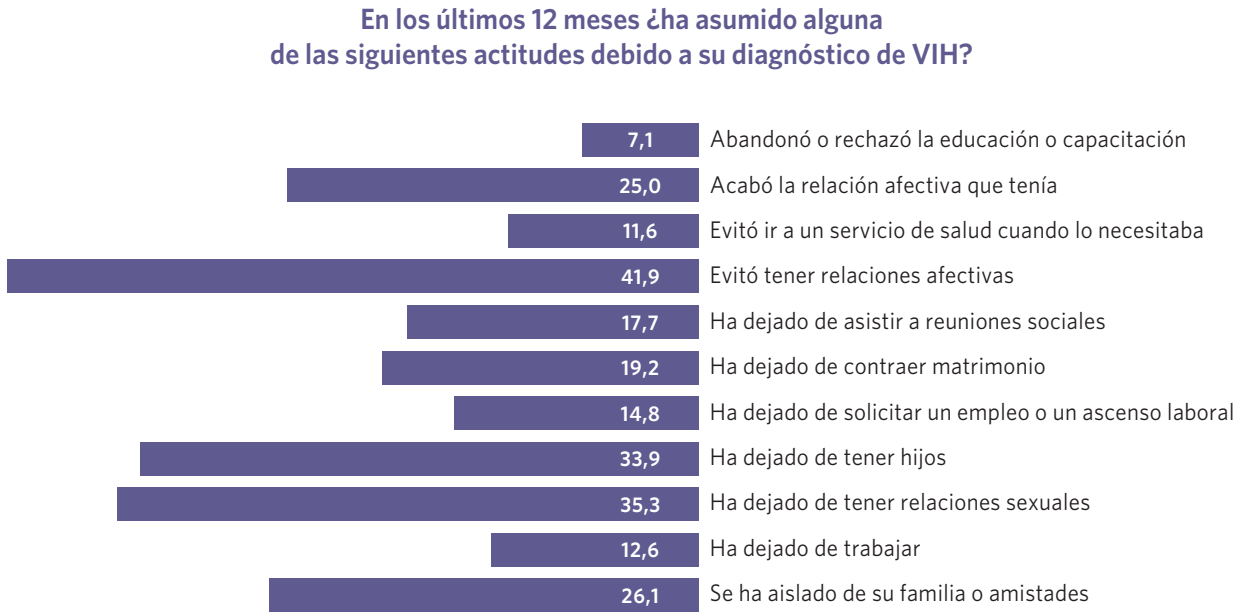
Actitudes por parte de quienes tienen diagnóstico de VIH

Al indagar respecto de algunas actitudes asumidas en los últimos 12 meses como consecuencia del diagnóstico de VIH, se encontró que 41.9% de las personas evitó tener una relación afectiva, 35.3% dejó de tener relaciones sexuales, 33.9% dejó de tener hijos, 26.1% se aisló de su familia o amigos y 25% terminó la relación afectiva que tenía.

Al identificar estas actitudes por región se constata el comportamiento que muestra la Tabla 8.

Otro aspecto importante relacionado con el estigma interno derivado de vivir con VIH es el temor que pueden sentir las personas frente a algunas situaciones, hayan o no sucedido realmente.

Gráfica 15. Actitudes asumidas en los últimos 12 meses, derivadas del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: desarrollo propia

Temores

Otro aspecto importante relacionado con el estigma interno derivado de vivir con VIH es el temor que pueden sentir las personas frente a algunas situaciones, hayan o no sucedido realmente (Tabla 9).

Tabla 8. Estigma interno. Actitudes asumidas en los últimos 12 meses debido al diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Actitud	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
Ha dejado de asistir a reuniones sociales	25.6%	9.4%	20.4%	16.5%	15.8%	13.5%	23.8%
Se ha aislado de familia o amistades	32.2%	22%	29.6%	21.4%	13.8%	25.8%	38.6%
Ha dejado de trabajar	20%	15%	16.3%	12.6%	10.5%	11.2%	9.5%
Ha dejado de solicitar un empleo o un ascenso laboral	26.7%	12.6%	18.4%	15.4%	13.2%	9%	14.3%
Abandonó o rechazó educación o capacitación	8.9%	5.5%	13.3%	6%	6.6%	6.7%	6.9%
Ha dejado de contraer matrimonio	35.6%	15.7%	22.4%	23.1%	12.5%	9%	21.2%
Ha dejado de tener relaciones sexuales	36.7%	38.6%	41.8%	39%	20.4%	31.5%	40.7%
Ha dejado de tener hijos	72.2%	24.4%	32.7%	20.9%	34.2%	31.5%	38.6%
Evitó tener relaciones afectivas	47.8%	50.4%	46.9%	45.1%	22.4%	30.3%	48.1%
Acabó la relación afectiva que tenía	41.1%	19.7%	24.5%	23.1%	20.4%	20.2%	30.2%
Evitó ir a un servicio de salud cuando lo necesitaba	14.4%	7.9%	18.4%	13.7%	7.9%	14.6%	12.7%

RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá.

Fuente: elaboración propia

Tabla 9. Estigma interno. Sentimiento de temor frente a situaciones que pueden experimentar. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Situación	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
Ser blanco de murmuraciones	50.6%	27.8%	47.2%	62.2%	57.7%	40.8%	61.8%	57.1%
Ser insultado/ acosado/ amenazado verbalmente	40.5%	15.6%	26.8%	60.2%	52.7%	27%	52.8%	52.4%
Ser acosado /amenazado físicamente	36.6%	12.2%	24.4%	53.1%	46.7%	23.7%	52.8%	48.1%
Ser agredido físicamente	33.9%	11.1%	21.3%	52%	43.4%	21.1%	51.7%	45%
De alguien que no quiera entablar una relación sexual íntima	44.9%	31.1%	42.5%	70.4%	44%	27%	59.6%	54.5%

RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá.

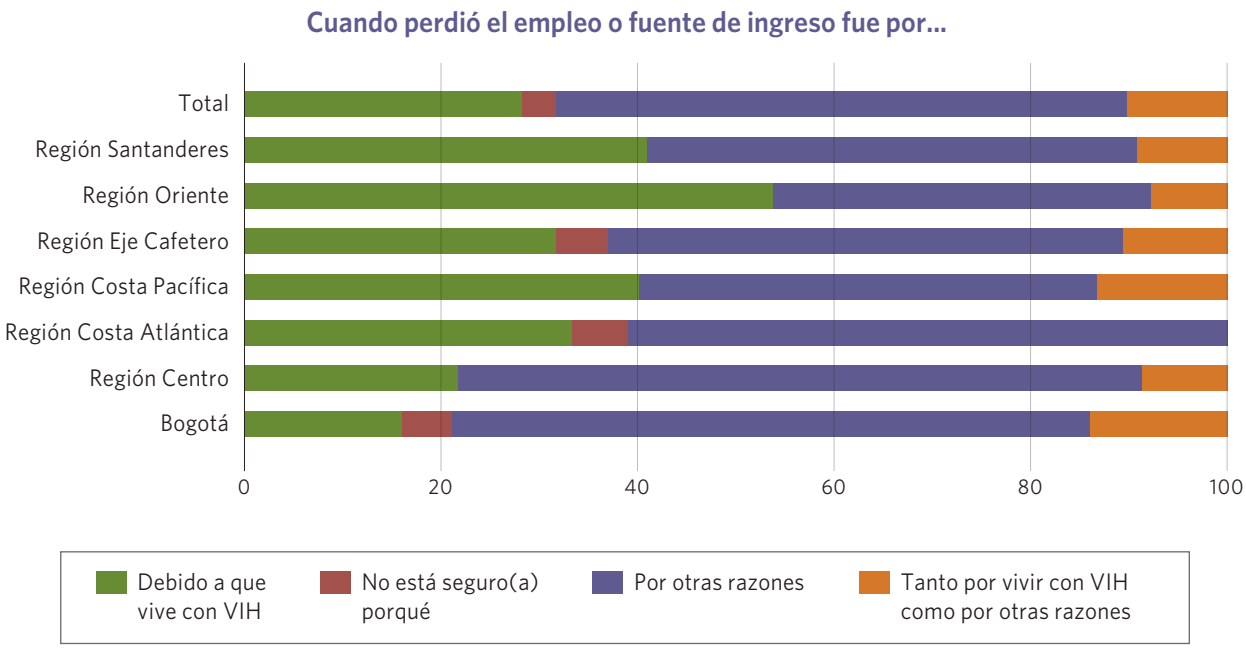
Fuente: elaboración propia

3.5 Aspectos relacionados con el acceso al trabajo, servicios de salud y educación

Acceso al trabajo

Frente al acceso al trabajo, se indagó si en los últimos 12 meses las personas que viven con VIH habían perdido y con qué frecuencia, el empleo o su fuente de ingresos y las razones por las cuales sucedió. Del total de la población encuestada, el 82.1% informó que no había perdido su empleo o fuente de trabajo, el 17.9% restante refirió que, al menos, una vez le sucedió esto. Cuando se indaga por las causas, 28.1% mencionó que fue por el diagnóstico de VIH y el 10.3% debido al VIH y a otras razones. La región que tuvo un mayor porcentaje de causa de pérdida de trabajo derivado del VIH fue la Región Oriente.

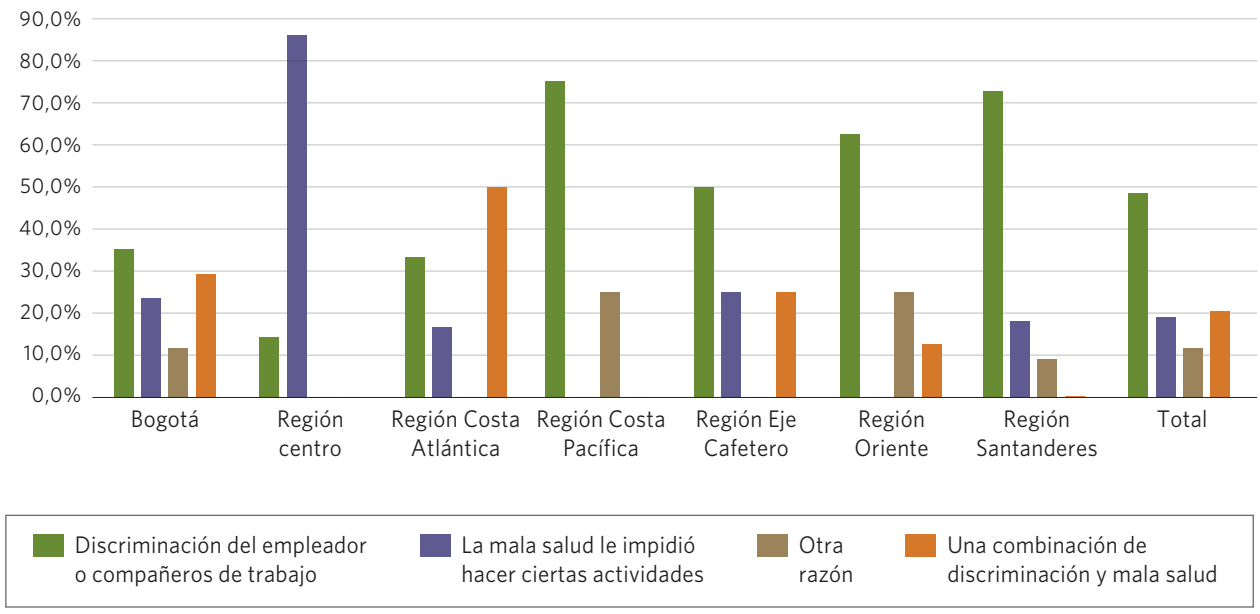
Gráfica 16. Causas por las cuales perdió el empleo o el ingreso en los últimos 12 meses. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

Al profundizar sobre las razones que explican que la pérdida de empleo o ingreso se debió al VIH, se identifica que 48% de las personas considera que fue por discriminación del empleador o compañeros de trabajo.

Gráfica 17. Motivos de pérdida de trabajo por causa total o parcial del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



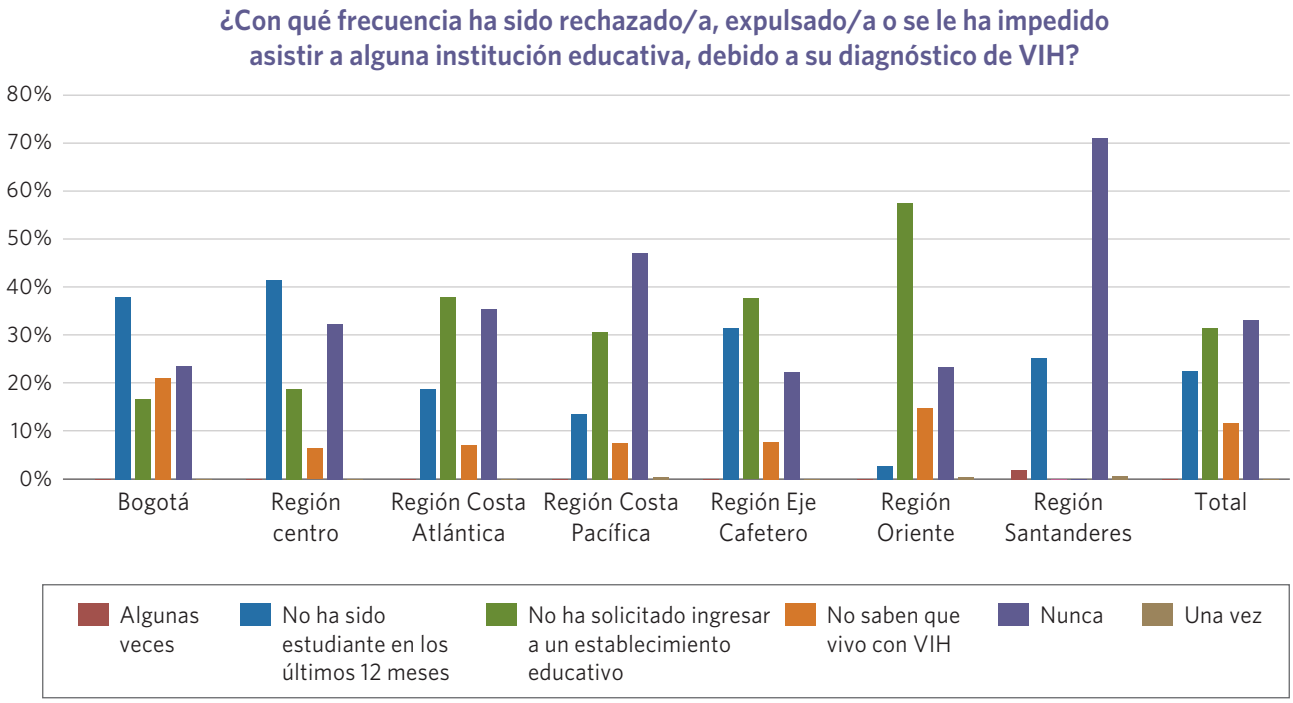
Fuente: desarrollo propio

Respecto de la posible negación de un empleo u oportunidad de trabajo por el diagnóstico de VIH durante los últimos 12 meses, 39.3% de las personas respondieron que no sucedió, y 5.7% respondió que sí. Sin embargo, es importante tener presente que 25% de la población refirió que no había buscado empleo durante los últimos 12 meses y 28.4% manifestó que el posible empleador no conoce el diagnóstico.

Acceso a la educación propia o de los hijos

Con relación al ámbito educativo, del total de la población encuestada, la mayoría no ha sido estudiante en los últimos 12 meses o no ha solicitado ingresar a un establecimiento educativo (54.3%). De la población restante, el 33.3% refiere nunca haber sido rechazado o expulsado de una institución educativa por su diagnóstico de VIH. El 11.9% informa que en la institución no conocen su diagnóstico de VIH.

Gráfica 18. Rechazo en una institución educativa debido al diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

Al indagar la posibilidad de rechazo, expulsión o impedimento para asistir a una institución educativa de los hijos a causa de ser un padre o madre con diagnóstico de VIH, de la población total encuestada, el 32.6% de las personas que tienen hijos mencionan que en la institución no saben que tienen diagnóstico de VIH. El 66.7% de informan que nunca se ha presentado esta situación con sus hijos y el 0.7% de la población refiere que sucedió en una oportunidad. Tan solo en la Región Oriente se evidenció una proporción de 2.6% personas con presencia de esta exclusión en una oportunidad.

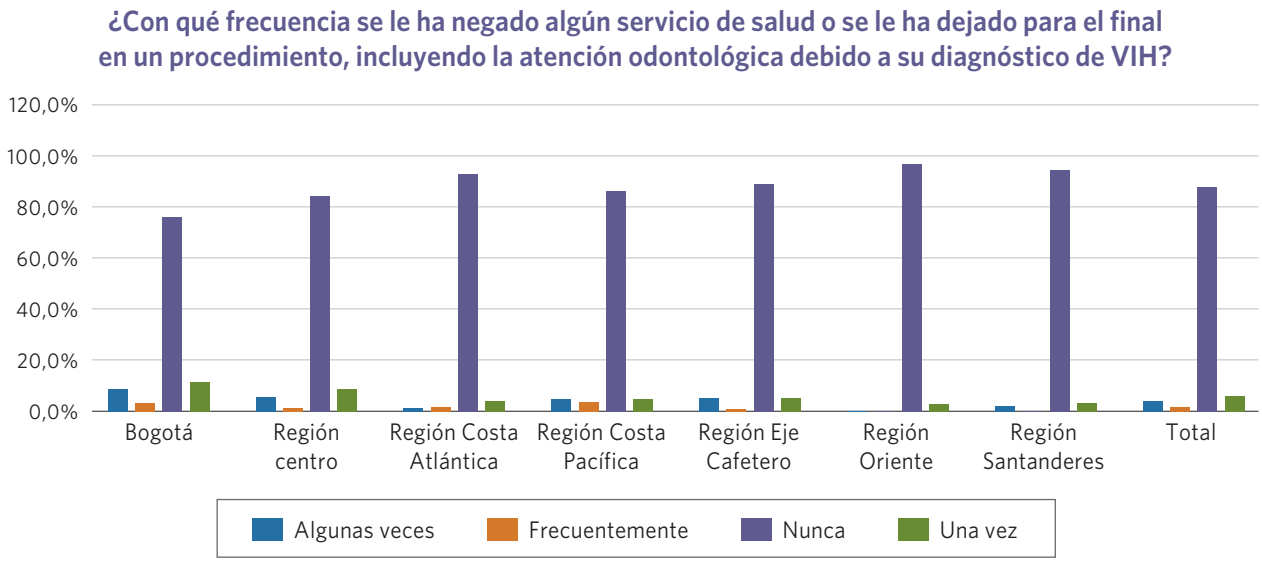
Acceso a los servicios de salud

En cuanto a los servicios de salud, al preguntar si en los últimos 12 meses se les ha negado algún servicio de salud o se ha dejado para el final la atención debido al diagnóstico de VIH, se encontró que 87.6% de las personas respondieron que nunca habían tenido esta situación; 6.2%, que les sucedió en una oportunidad; 4.2% que les había sucedido algunas veces, y el 2% que les había sucedido frecuentemente (Gráfica 19).

En el contexto de la atención brindada por profesionales de la salud que están fuera del programa de VIH, se indagó si durante los últimos 12 meses se presentaron cambios en la manera de atender una vez conocieron el diagnóstico. El 20.3% de las personas

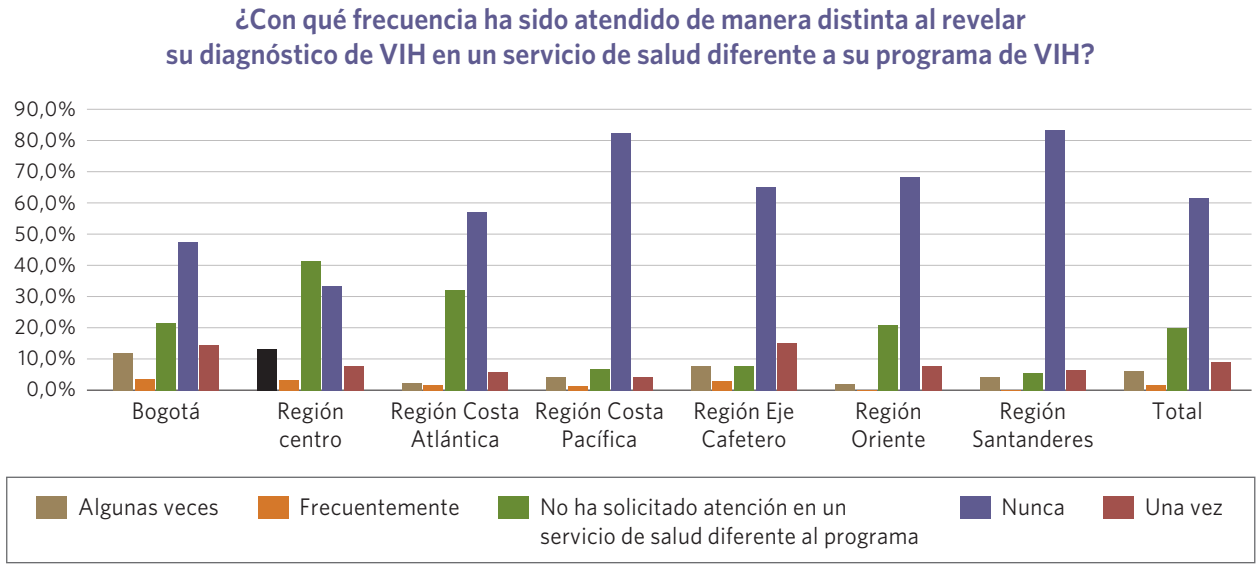
refirieron no haber solicitado atención en salud diferente a la del programa de VIH; el 62% señala que la atención no ha sido diferente al revelar el diagnóstico. El 9.3% de las personas expresó que esta situación se presentó en una oportunidad; el 6.4% indicó que se presentó algunas veces, y el 2% de manera frecuente.

Gráfica 19. Frecuencia de negación de servicios de salud por causa del diagnóstico de VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

Gráfica 20. Variación en la atención en salud, derivada de revelar el diagnóstico en los últimos 12 meses. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

En cuanto al acceso a servicios de planificación y la posibilidad de estos sean negados debido al diagnóstico de VIH, se evidenció que, de manera general, las personas no han solicitado estos servicios en los últimos 12 meses. El 66.3% no lo hizo. Al 32.4% que los solicitó, no le fueron negados los servicios a causa de su diagnóstico. Solo un 1.3% refirió que el acceso fue negado. Esta proporción de negación de acceso a los servicios de planificación a causa del diagnóstico de VIH fue superior en las regiones del Eje Cafetero, Bogotá y Región Centro (3.1%, 2.6% y 2.2%, respectivamente).

3.6 Conocimiento de derechos, leyes y políticas

El conocimiento de los derechos y la legislación en torno a la protección de las personas que viven con VIH es un factor que incide favorablemente en la exigibilidad de garantías. Por ello, indagar acerca del conocimiento que se tiene sobre los derechos es fundamental para definir las necesidades que deben ser resueltas en las personas que viven con VIH, considerando la protección a la que deben y pueden acceder.

Conocimiento de los derechos de las personas que viven con VIH

En este marco, se indagó sobre el conocimiento de las leyes que protegen los derechos de las personas que viven con VIH. 74% de las personas informó no haber oído hablar de ninguna ley relacionada.

Sobre el Decreto 1543 de 1997, el cual aborda específicamente el manejo de la infección por VIH, el 84% de la población refirió no tener conocimiento de esta reglamentación.

Es muy relevante conocer el comportamiento y las respuestas de las PVVS, cuando alguien expresa una actitud de estigmatización o discriminación hacia ellas. Este comportamiento sugiere un nivel de consciencia frente a los señalamientos y la segregación, pero también indica la intención de cambio que se desea.

Cuando se exploró por situaciones específicas que, durante los últimos 12 meses, han podido provocar la vulneración de los derechos de las personas que viven con VIH, se evidenció lo relacionado en la Tabla 10.

Tabla 10. Situaciones relacionadas con vulneración de derechos durante los últimos 12 meses por vivir con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

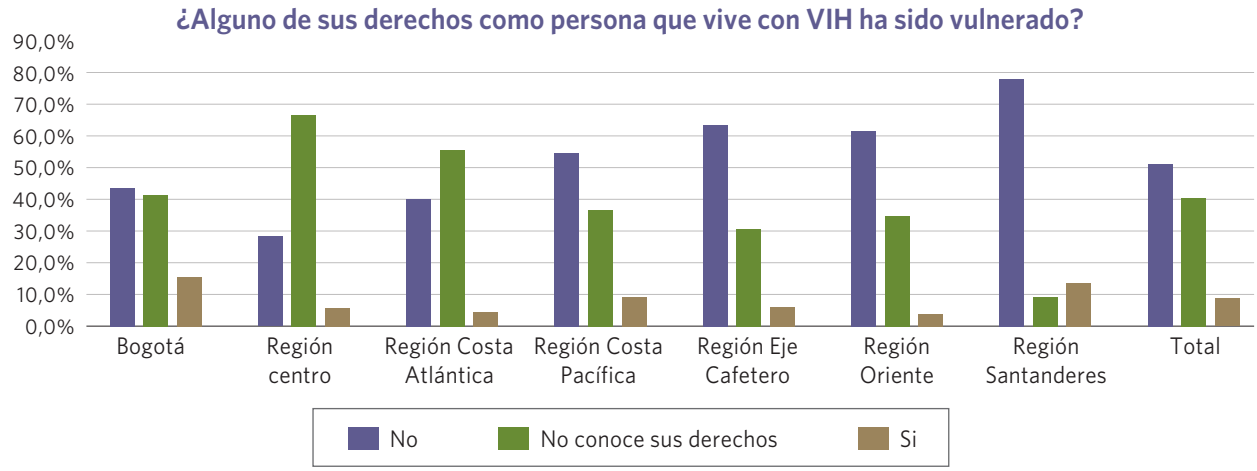
Situación	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
Fue forzado a someterse a un procedimiento médico (incluye pruebas de VIH)	5.4%	1.1%	7.1%	2%	2.2%	2%	6.7%	10.6%
Le negaron un seguro de salud o de vida	5.5%	1.1%	2.4%	11.2%	6%	2.6%	5.6%	9%
Le negaron un préstamo bancario	2.2%	10%	0%	4.1%	0.5%	2%	2.2%	2.1%
Le negaron o dificultaron su afiliación o traslado a una EPS del régimen contributivo	3%	3.3%	0.8%	1%	1.1%	1.3%	4.5%	7.4%
Fue arrestado(a) por cargos relacionados a su diagnóstico de VIH	0.1%	0%	0%	0%	0%	0%	1.1%	0%
Tuvo que revelar su diagnóstico de VIH para poder ingresar a otro país	1.8%	3.3%	0%	3.1%	0.5%	1.3%	0%	3.7%
Tuvo que revelar su diagnóstico de VIH para solicitar la residencia o la nacionalidad	1.1%	0%	0%	3.1%	1.1%	1.3%	0%	1.6%
Fue detenido/a, puesto en cuarentena, aislado/a o segregado/a	1.2%	4.4%	0%	1%	0%	0%	5.6%	2.1%
Fue forzado a revelar su diagnóstico de VIH para aplicar a un trabajo	4.2%	4.4%	3.9%	3.1%	1.1%	0.7%	3.4%	9.5%

RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá.

Fuente: elaboración propia

Al indagar si durante los últimos 12 meses alguno de los derechos como persona que vive con VIH han sido vulnerados, el 51% del total de la población respondió que no. El 8.8% respondió que sí y el 40.2% dijo que no conoce sus derechos. La región que responde mayoritariamente que no conocen sus derechos es la Región Centro con un 66.3% (Gráfica 21).

Gráfica 21. Vulneración de derechos como persona que vive con VIH, durante los doce meses previos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

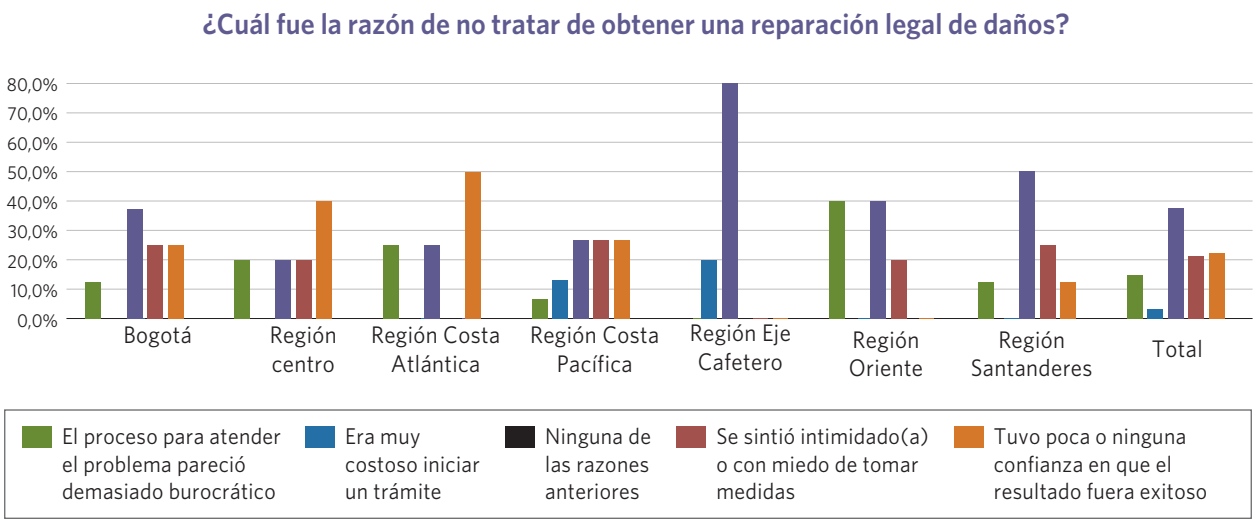


Fuente: elaboración propia

Reparación legal de daños por vulneración de los derechos

Sobre la búsqueda de reparación legal de daños por la vulneración de derechos como personas que vive con VIH, el 18.8% de la población respondió que sí y, de ellos, el 47.7% comenzó el proceso durante los últimos 12 meses. En estos casos, la mayor proporción de las personas responde que el asunto está en proceso o no fue resuelto. Las personas que no intentaron obtener una reparación legal de daños por la vulneración de los derechos presentaron las siguientes razones:

Gráfica 22. Razones para no obtener una reparación legal de daños ante la vulneración de derechos. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.



Fuente: elaboración propia

Llama la atención la comprensión que tienen las personas que viven con VIH sobre los procesos legales, en particular en lo relacionado con la burocracia institucional, la intimidación y la poca confianza en los resultados.

Cuando se indaga sobre el apoyo que han buscado, específicamente con empleados del Estado, para resolver la vulneración de los derechos como personas que viven con VIH, 24.2% de los encuestados ha recurrido a estos funcionarios. La región con una mayor proporción reportada fue Centro, con un 40%. Respecto al resultado obtenido en la búsqueda de ese apoyo, un 16.9% señaló que el asunto está todavía en proceso de ser resuelto, 13.8% indicó que fue resuelto y el 69.3% refirió que el asunto no fue resuelto o no sucedió nada.

Llama la atención la comprensión que tienen las personas que viven con VIH sobre los procesos legales, en particular en lo relacionado con la burocracia institucional, la intimidación y la poca confianza en los resultados.

3.7 Gestión del cambio

Es muy relevante conocer el comportamiento y las respuestas de las PVVS, cuando alguien expresa una actitud de estigmatización o discriminación hacia ellas. Este comportamiento sugiere un nivel de consciencia frente a los señalamientos y la segregación, pero también indica la intención de cambio que se desea.

Del total de la población encuestada, 44.7% informó que al identificar a una persona que discrimina o estigmatiza a quienes viven con VIH la ha confrontado, cuestionario o educado. Esta proporción es mayor en la Región de Bogotá, seguida de la Región Centro: 58.2% y 53.9% respectivamente.

Conocimiento de organizaciones de apoyo

Al indagar por el conocimiento de organizaciones o grupos a los cuales se puede recurrir para obtener ayuda sin experimentar estigma o discriminación, 84.5% refirió que no conocía ninguna. Esta proporción es superior en la Región Oriente (97.6%), seguido de la región Santanderes (91.1%) y la Región Costa Atlántica (88.8%).

Cuando se pregunta si han buscado ayuda en las organizaciones o grupos que conocen para resolver algún asunto relacionado con el estigma y la discriminación, 35.2% respondió afirmativamente. Se evidencia un mayor valor en la Región Oriente (66.7%), a pesar de ser la región en donde menos se conocen organizaciones o grupos de este tipo.

Problemas asociados al estigma

Respecto de si alguna vez las personas han tenido un problema relacionado con el estigma y la discriminación, 26.2% de las personas responden que sí; la región en la cual se evidencia una proporción mayor es Bogotá (41.3%) y la región con la menor proporción afirmativa es Costa Pacífica (17%).

Del total de las personas encuestadas, solo 3.1% refiere que asiste a reuniones con grupos o redes de apoyo de personas que viven con VIH. 37% dice que no asiste y 59.9% no conoce ningún grupo o no le han invitado (Tabla 11).

Tabla 11. Conocimiento y reconocimiento de grupos de apoyo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Aspectos	Región							
	Total	RS	RO	REC	RCP	RCA	RC	RB
¿Conoce alguna organización o grupo al que pueda recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación?								
NO	84.5%	91.1%	97.6%	74.5%	85.2%	88.8%	82%	73%
SI	15.5%	8.9%	2.4%	25.5%	14.8%	11.2%	18%	27%
¿Alguna vez ha tenido algún asunto o problema relacionado con estigma o discriminación?								
NO	73.8%	77.8%	76.4%	71.4%	83%	84.2%	71.9%	58.7%
SI	26.2%	22.2%	23.6%	28.6%	17%	15.8%	28.1%	41.3%
¿En la actualidad asiste a las reuniones de algún grupo de apoyo o red de personas que viven con VIH?								
NO	37%	85.6%	51.2%	43.9%	11.5%	34.9%	24.7%	30.2%
SI	3.1%	2.2%	0%	7.1%	2.2%	3.9%	6.7%	3.7%
No conozco ningún grupo o no me han invitado	59.9%	12.2%	48.8%	19%	86.3%	61.2%	68.5%	66.1%

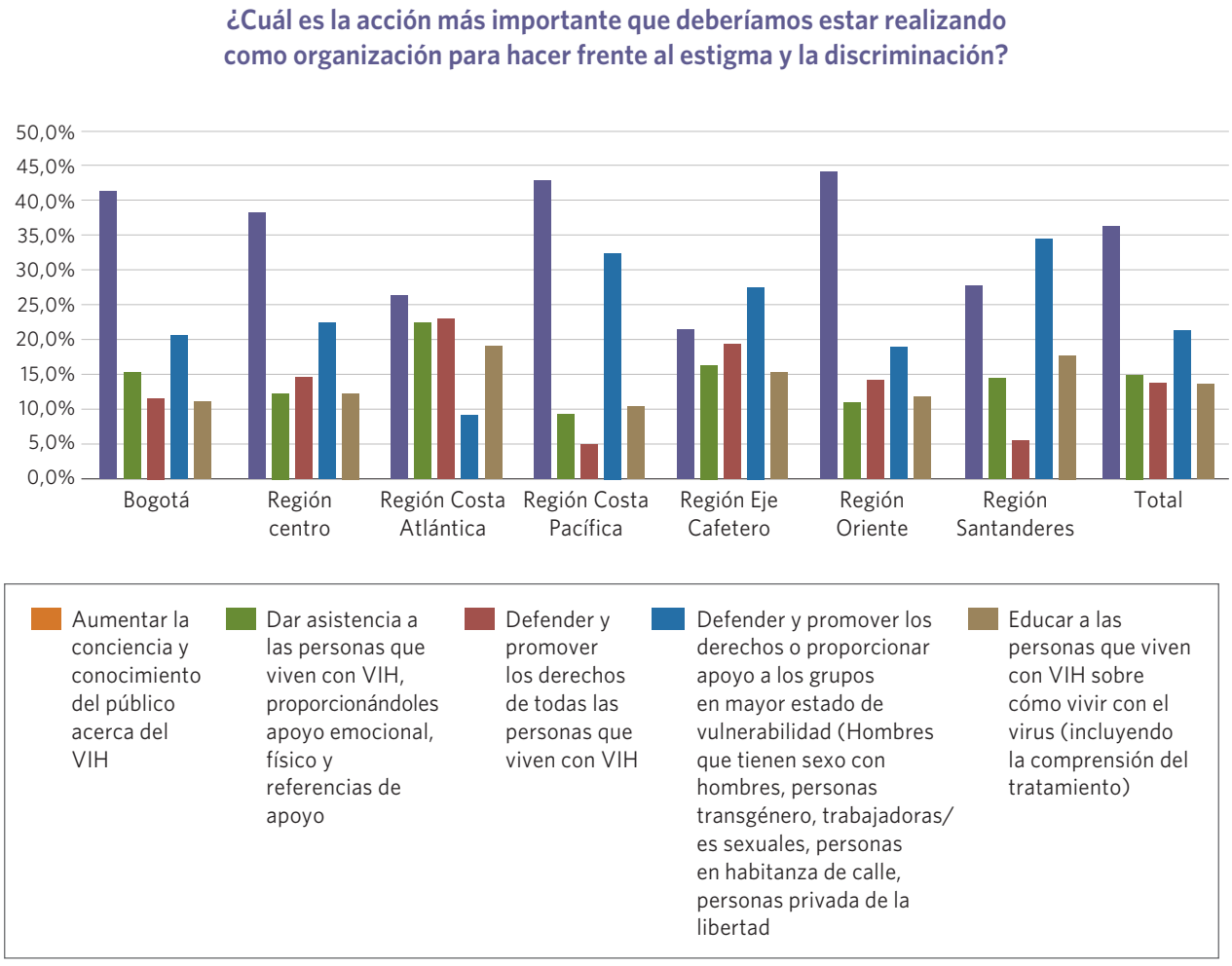
RS Región Santanderes, RO Región Oriente, REC Región Eje Cafetero, RCP Región Costa Pacífica, RCA Región Costa Atlántica, RC Región Centro, RB Región Bogotá.

Fuente: elaboración propia

Recomendaciones para las organizaciones de apoyo

El papel de las organizaciones de personas que viven con VIH y que trabajan contra el estigma y la discriminación, resulta ser fundamental para adelantar acciones que hagan frente al estigma y la discriminación. Las personas consideran que las actividades en las cuales pueden trabajar son las señaladas en la Gráfica 23.

Gráfica 23. Recomendaciones para las organizaciones y redes de apoyo en torno al estigma y la discriminación. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

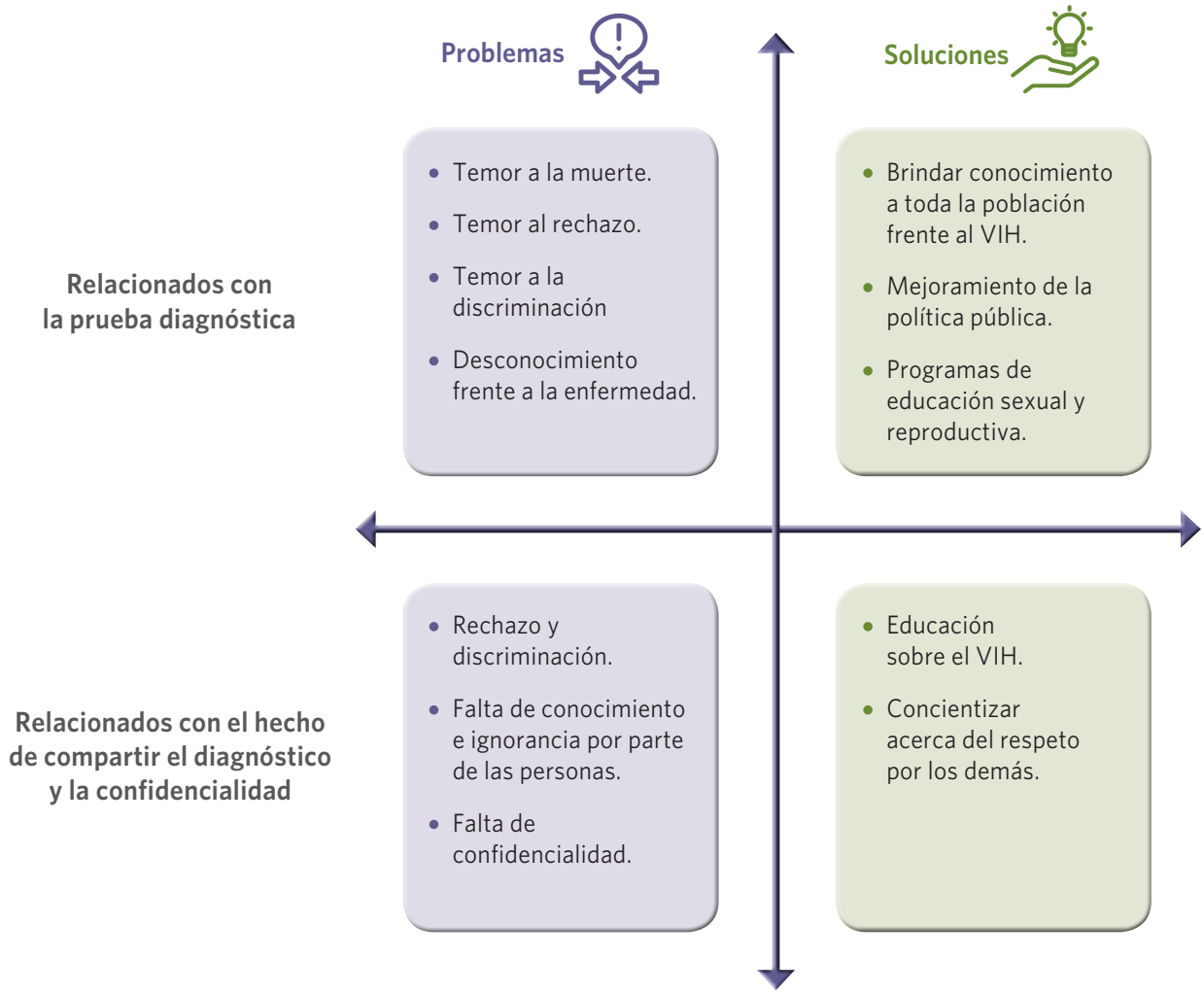


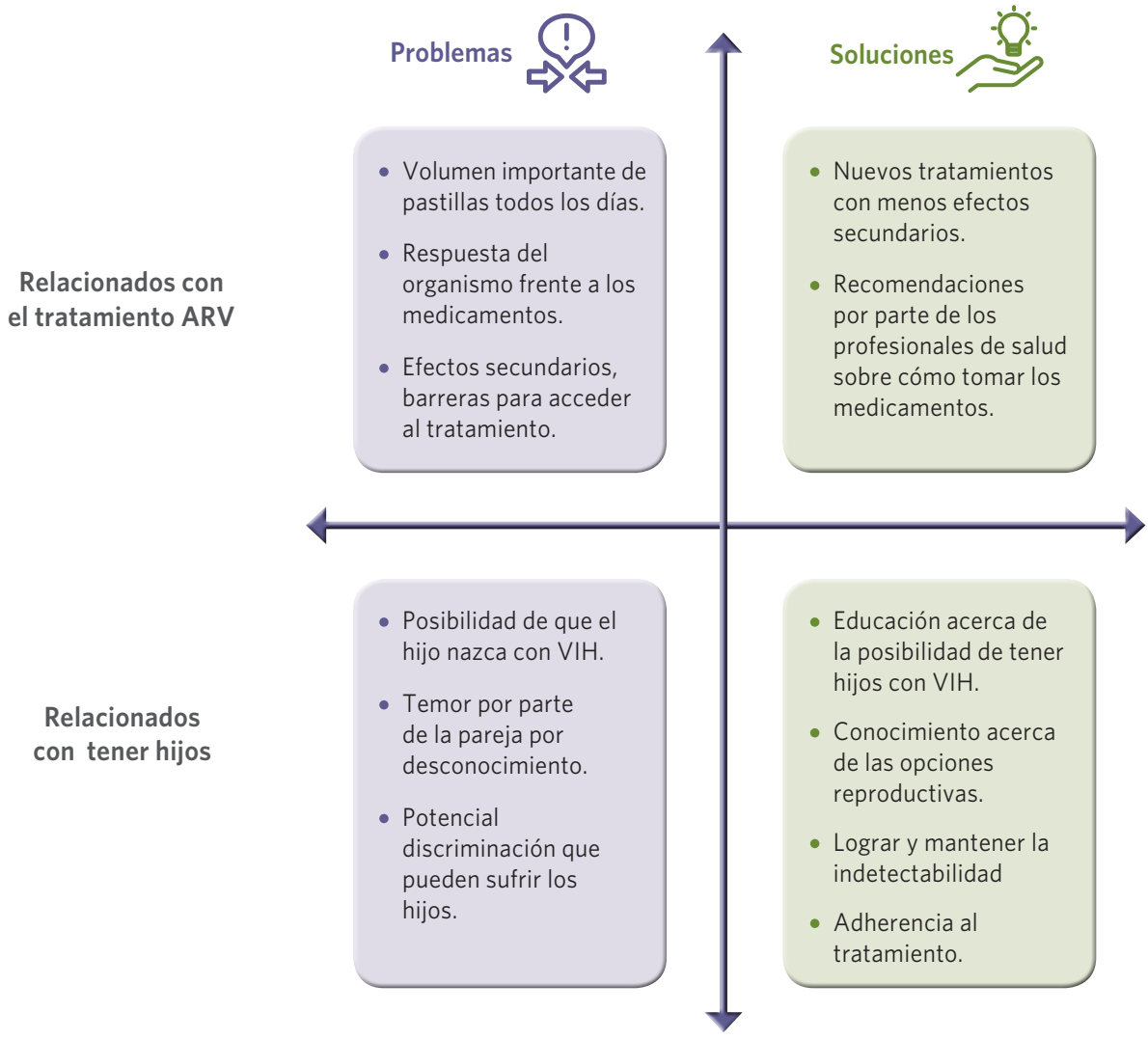
Fuente: elaboración propia

3.8 Problemas y retos

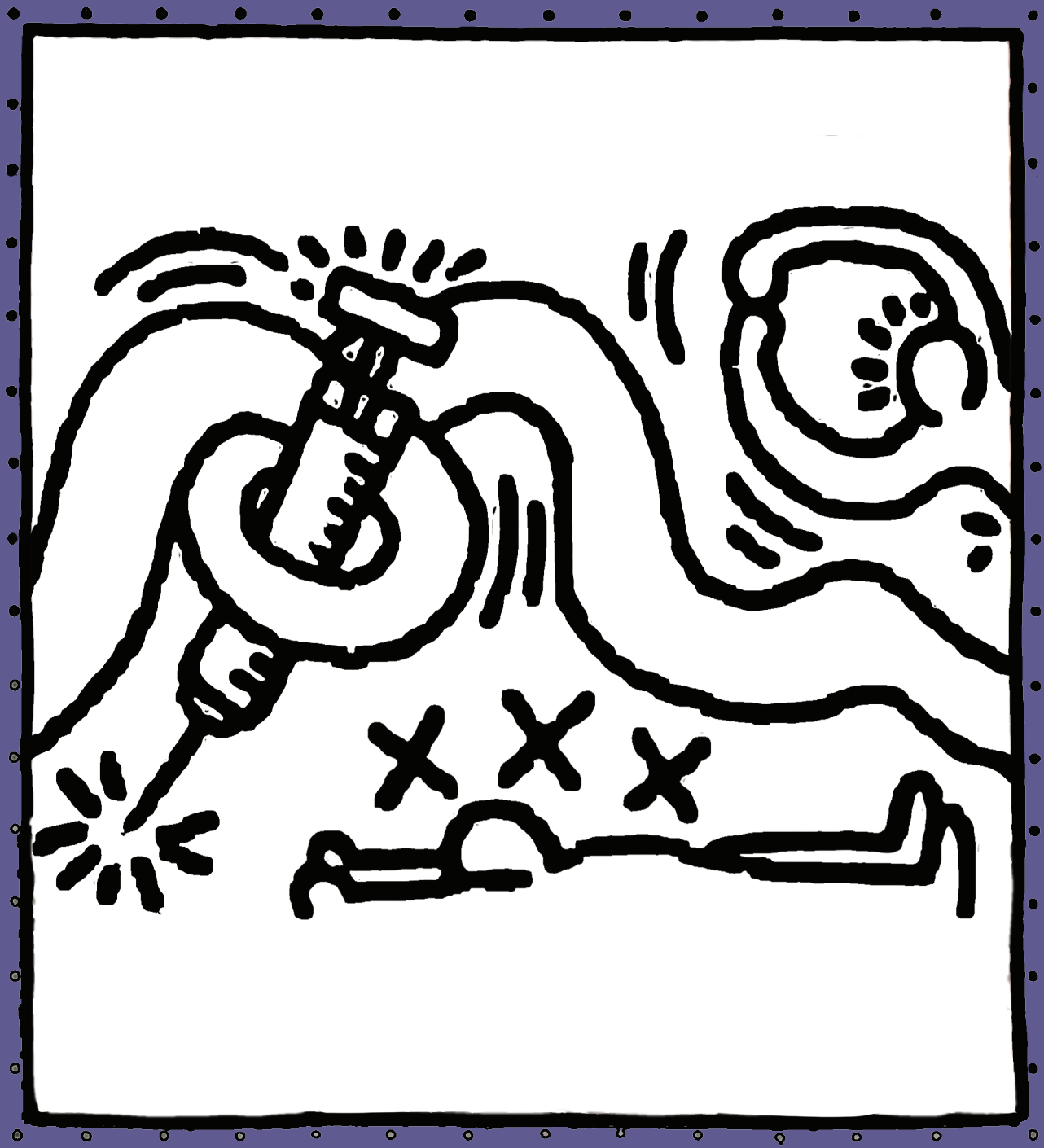
Para entender a fondo el estigma y la discriminación hacia las PVVS es necesario conocer las percepciones y la valoración de situaciones que se consideran problemáticas, así como las posibles soluciones. A continuación, se presentan los hallazgos obtenidos al indagar por problemas y soluciones respecto de la condición de salud, su diagnóstico y tratamiento.

Gráfica 24. Problemas y soluciones percibidos con respecto a vivir con VIH. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.





Fuente: elaboración propia



4

Resultados del análisis cualitativo

Los avances científicos permiten que las personas que viven con VIH se desenvuelvan naturalmente. La diferencia está en el rechazo que distintos entornos generan, abriendo así, puertas para la exclusión y el pesimismo.

De acuerdo con los lineamientos del Protocolo, este componente busca dar a conocer las experiencias y percepciones que tienen las PVVS, que hacen parte de las poblaciones clave (ONUSIDA, 2015a), sobre el estigma y la discriminación en sus diferentes ámbitos de interacción personal, familiar, laboral, institucional y comunitaria.
La recolección de información se desarrolló mediante entrevistas en profundidad y grupos focales, en una muestra de 31 personas mayores de 18 años con las siguientes características:

La recolección de información se desarrolló mediante entrevistas en profundidad y grupos focales, en una muestra de 31 personas mayores de 18 años.

Tabla 12. Conocimiento y reconocimiento de grupos de apoyo. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH/SIDA en Colombia, 2022.

Entrevistas	Edad	Sexo al nacer	Orientación sexual	Identidad de género	Formación Académica	Ciudad	Otros
E1	52	Hombre	Heterosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Neiva	
E2	29	Hombre	Heterosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Neiva	Casado
E3	34	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Neiva	Vive con otra enfermedad crónica no transmisible
E4	54	Mujer	Heterosexual	Mujer cisgénero	Primaria	Neiva	Trabajo informal
E5	42	Hombre	Hombre HSH	Hombre cisgénero	Secundaria completa	Neiva	
E6	28	Mujer	Heterosexual	Mujer cisgénero	Universitaria incompleta	Villavicencio	Separada y migrante venezolana
E7	49	Mujer	Heterosexual	Mujer cisgénero	Primaria	Villavicencio	Casada
E8	28	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Postgrado en curso	Bogotá	Consumidor social de drogas
E9	45	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Formación técnica	Bogotá	
E10	33	Hombre	Homosexual	Mujer transgénero	Secundaria completa	Bogotá	Casada Ejerció trabajo sexual
E11	23	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Bogotá	
E12	36	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Secundaria completa	Bogotá	
E13	37	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Formación técnica	Bogotá	
E14	39	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Bogotá	
E15	40	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Secundaria incompleta	Bogotá	Fue persona en habitanza de calle Ejerció trabajo sexual Consumidor de drogas Fue privada de la libertad
E16	35	Hombre	Homosexual	Hombre cisgénero	Universitaria	Bogotá	
E17	36	Hombre	Homosexual	Mujer transgénero	Formación técnica	Bogotá	Ejerció trabajo sexual

Entrevistas	Edad	Sexo al nacer	Orientación sexual	Identidad de género	Formación Académica	Ciudad	Otros
E18	32	Hombre	Homosexual	Mujer transgénero	Formación técnica	Bogotá	
E19	54	Hombre	Homosexual	Mujer transgénero	Universitaria	Bogotá	Migrante Lideresa trans
E20	38	Mujer	Heterosexual	Mujer cisgénero	Secundaria incompleta	Pereira	Persona que se inyecta Drogas Trabajadora sexual Persona en habitanza de calle
E21	33	Hombre	Heterosexual	Hombre cisgénero	Secundaria completa	Pereira	Persona que se inyecta Drogas Persona en habitanza de calle Vive con otra enfermedad crónica transmisible

Fuente: elaboración propia

Tabla 13. Caracterización y relación de participantes en los grupos focales. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia, 2022.

Grupos Focales	Ubicación	Características de los participantes	Número de participantes
1	Neiva	Hombres que tienen sexo con hombres	2
2	Pereira	Personas en habitanza de calle Mujeres trabajadoras sexuales Personas que se inyectan drogas Hombre transgénero	6
3	Bogotá	Mujeres cisgénero	2

Tras el análisis de las narraciones de las personas entrevistadas, se establecieron ocho categorías y una categoría emergente, con sus respectivos códigos asociados, que dan respuesta a los objetivos de la investigación. Se suprimió la categoría "discriminación en el sistema educativo", ya que las personas entrevistadas no aportaron información al respecto.

A continuación, se describen los principales hallazgos, organizados en función de las categorías analíticas.

4.1 Estigma

En esta categoría se evidenció lo que Pescosolido & Martin (Pescosolido & Martin, 2015) llamaron "estigma anticipado" y "estigma percibido". Los entrevistados coinciden en que *"Hay mucha gente que relaciona el VIH de inmediato con muerte, o yo no le puedo prestar mi cuchara a ella, porque entonces me va a contagiar..." (GF2).*

Las ideas preconcebidas del VIH respecto de quienes son más vulnerables al virus se mantienen, incluso en las personas que viven con VIH. Una mujer manifestó *"la gente relaciona VIH con muerte, con homosexualismo, con prostitución. A mí me pasó personalmente cuando me diagnosticaron. Pensé: me voy a morir. Hace ya 8 años que me diagnosticaron y aquí estoy todavía" (GF2).*

Dentro del sistema de salud urge abordar la discriminación para poner fin a la epidemia. Los profesionales de la salud tienen el deber de trabajar para una atención de calidad, libre de prejuicios y centrada en la persona que se atiende. Cualquier forma de discriminación afecta la calidad de vida, la salud y el bienestar.

De la misma forma se encuentra lo que Link & Phelan llamaron "separar el nosotros de ellos" (Link & Phelan, 2001). Esto ocurre, por ejemplo, cuando una mujer cisgénero se refiere a las personas que ha visto en el grupo de atención integral: *"Usted ve a personas que jamás creería que tienen VIH: una señora con un bastón, caminando y contando, la hija a la que por una transfusión de sangre le infectaron a la mamá de VIH. Eso es algo increíble. Mujeres con plata, señoras de casa" (GF2).* Las personas que viven con VIH se ubican en un lugar diferente al otro o a quien creen que no podría tener un diagnóstico de VIH, *"siendo una mujer ama de casa, de pareja estable... Entonces se pensaba que solamente les daba a los otros, a nosotros no. Solamente a hombres que tienen sexo con otros hombres, a trabajadoras sexuales, pero que a nosotras las amas de casa nunca nos podía ocurrir" (GF3).*

4.2 Estigma interno

Ante la pregunta a una mujer transgénero acerca de lo que la motivó a participar en la entrevista, manifestó *"me motiva el silencio. Algunas mujeres trans ocultan su diagnóstico. He perdido dos amigas recientemente, una el 21 de agosto y otra que murió hace un par de años, precisamente porque nunca contaron su diagnóstico por temor y siempre lo tuvieron oculto. Yo creo que eso también fue un detonante para el desenlace fatal de ella" (E19).* En este caso el estigma interno o la internalización del estigma, tal como lo planteó Deacon (Deacon, 2006) reduce el acceso de las personas que viven con VIH a los servicios de salud. El temor al señalamiento y a la pérdida de reconocimiento entre sus pares genera que las mujeres transgénero que hacen parte de las poblaciones clave, teman a la exposición, al señalamiento y a la pérdida de estatus social en su entorno.

De hecho, para el componente cualitativo de esta investigación se realizó la convocatoria a mujeres transgénero que viven con el virus. Al llegar por separado a la organización comunitaria de base, manifestaron temer encontrarse con otras mujeres transgénero que pudieran conocerlas. *"Yo creo que hay que hablar del tema y empezar a transformar cosas. Hay que generar también escenarios para que las chicas puedan asumir ese diagnóstico de una manera digna, que lo puedan enfrentar, inclusive para evitar desenlaces fatales" (E19).*

En el caso de las mujeres transgénero y de las mujeres cisgénero, es necesario señalar que existe una brecha de conocimiento considerable sobre el estigma interseccional estructural (Bowleg, 2022). Las mujeres transgénero pueden internalizar el estigma y discriminar a sus pares por la orientación sexual, la identidad de género, la educación, el acceso a tratamientos estéticos, la etnia, la capacidad económica, el diagnóstico de VIH, entre otros factores.

En el caso de hombres (heterosexuales y homosexuales) y mujeres cisgénero, se identificaron situaciones comunes, como *"uno se sentía sucio, se sentía lo peor. Yo decía: mejor que se abra la tierra y me trague" (GF3)* o, *"cuando a mí me diagnosticaron, realmente mi condición y mi vida sexual quedaron como la Coca Cola...Cero" (GF2).* Las personas cisgénero manifestaron culpa y la idea repetida de fin de la vida y de los planes.

Evadiendo la discriminación

Esta subcategoría corresponde a aquellas decisiones que toman las PVVS para evitar ser discriminadas. *"Salí del closet del gay. Todavía estoy en el closet del VIH porque esa es otra situación" (GF2).*

En general, las personas que participaron en la investigación coincidieron en que no informar su diagnóstico era la mejor manera de evitar situaciones de discriminación: *" Yo tomé la decisión de no hacerlo, porque de pronto me discriminaran o me hicieran sentir mal" (E8).* Al respecto, un hombre cisgénero adulto, refirió *"yo me pongo a pensar: si yo salgo y digo que tengo VIH, quién sabe cómo me traten. O me voy a la panadería y si saben, quién sabe si me atiendan o si me subo al bus y saben si tengo VIH, entonces quién sabe si me dejen subir al bus" (E1).*

En algunos casos la decisión de compartir el diagnóstico se limita a la familia nuclear, que puede resultar, según las experiencias de las personas entrevistadas, en algo positivo o negativo: *"Nunca he sido como esas personas que me pongo a divulgar qué tengo o no tengo. Siempre he sido como mi mamá, mi papá, mi hermana, mi sobrino, mi esposo. Obviamente, ellos saben que yo tengo y ya" (E10).* La entrevistada más adelante manifiesta *"Un tío se murió por VIH,*

por lo mismo, por contarle a la familia porque él habla, habla y habla. Lo llevaron a sentirse como discriminado; se sintió solo, no se tomaba su medicamento y se murió" (E10).

Así mismo, la determinación que toman las personas de no hablar de su diagnóstico también se relaciona con el manejo en medios de comunicación: *"El tema del estigma, las campañas: es algo malo, el tener VIH es tenaz, es una enfermedad de los gays. Es una enfermedad muy castigada, porque si una persona tiene cáncer u otra enfermedad catastrófica, como se les denomina ahora: ¡ay! Pobrecito. Pero si la persona tiene VIH..." (E14).*

4.3 Discriminación en la familia por VIH

Las personas entrevistadas manifestaron experiencias distintas con respecto a la discriminación o no por parte de sus familias. Para los casos en los que se ha presentado discriminación por parte de la familia, varias personas refirieron cómo sus madres representaron la figura maltratadora y discriminadora. Un hombre adulto joven homosexual declaró *"Ella procedió a separar los platos donde comía. Yo sé que no se transmite así, pero quizás ella no lo sepa, y aun siendo ella auxiliar de enfermería" (GF1).* Al respecto, una mujer cisgénero describió que cuando le dijeron que no se le puede servir en el mismo plato, interpeló *"¿pero por qué no?" (GF3).*

Respecto al acompañamiento al grupo de atención manifestó *"mi mamá no me acompañó al médico" (GF1).* Las personas entrevistadas señalaron la importancia e impacto del rechazo o no por parte de sus madres: *"que me discriminen los demás a mí me tiene sin cuidado, pero ya la mamá de uno, que antes debería apoyarlo a uno, lo hace a uno a un lado" (E20), "ya no le vuelven a hablar a uno, que lo miran a uno como un bicho raro, que hasta la familia lo hace a un lado" (E20).*

Frente al rechazo, discriminación o maltrato de la madre (la más cercana, la más íntima), en su estudio "¿Por qué se maltrata al más íntimo?", López Díaz busca demostrar cómo ocurre el rechazo a los más próximos. Lo íntimo tiene el sentido de lo entrañable. Como metáfora nombra lo que en cada sujeto está unido a sí mismo. Lo íntimo remite al ser y tiene, por ello, la calidad de esencial cuando de explicar los actos dirigidos a los más amados se trata. Lo íntimo aparece como el objeto representado, investido desde los imaginarios, de atributos, deseos, aspiraciones, constituidas en la dialéctica especular originaria, en la que cada sujeto ineludiblemente construye a través del otro su identidad, y con ello su propia imagen y la del semejante (López Díaz, 2002).

Este estudio busca demostrar cómo el maltrato al más íntimo ocurre por la construcción de la imagen del hijo/a. En muchos casos las madres de hijos homosexuales manifestaron aceptar que sean homosexuales, pero manifiestan

rechazo y vergüenza porque vivan con VIH. De la misma forma, genera impacto para ellos y ellas la discriminación por parte de su familia. Un hombre cisgénero que se inyecta drogas describió *"En este momento no tengo moral de nada, hace como 2 ó 3 años que no vivo con mi familia. Entonces a mí me da lo mismo si me muero o sigo viviendo. Hay días que yo quisiera morirme, simplemente que me diera algo y morirme"*. Y luego señaló "*A veces me dicen que hasta mejor que me muera para que ellos descansen" (E21).* Una mujer cisgénero narró: *"le contamos a un excuñado que se supone que era el confidente de mi pareja, y su respuesta nunca se me va a olvidar, dijo: Ay, pues si se van a morir, pues muéranse de una vez". (GF3).*

Para los casos en los que se ha presentado discriminación por parte de la familia, varias personas refirieron cómo sus madres representaron la figura maltratadora y discriminadora.

Por otro lado, para los casos en los que no se presentó discriminación por parte de la familia, otras personas entrevistadas manifestaron el acompañamiento y aceptación por parte de sus padres/madres y familias *"Yo le conté a mi papá (...) el viejo siempre ha estado ahí apoyándome y firme (padre que vive con VIH)" (GF2).*

Y con respecto a cuando se enteraron, una persona dijo que su familia tenía *"como más voluntad de quererme ayudar y de que yo esté bien en la casa haciéndome el tratamiento" (GF2).*

4.4 Discriminación en el trabajo por el VIH

Otra categoría en la comprensión tiene que ver con la discriminación en los entornos laborales de las personas que viven con VIH. A pesar de ser uno de los tipos de discriminación que ocurren con menor frecuencia, entre las personas entrevistadas sí es posible encontrar manifestaciones. La discriminación puede darse en distintos momentos de la relación laboral. Un punto en el que suelen aparecer comportamientos discriminatorios es en la selección del personal. Al respecto una de las personas entrevistadas dijo: *"Una vez en Bogotá en una bolsa de empleo. En esas bolsas de empleo te hacen firmar un poco de papeles. Entre esos datos, la autorización a acceder los datos sensibles y, además tienen el descaro de preguntarme 'qué patologías tiene ' , y te enumeran todas las patologías, las habidas y por haber, y entonces yo, que ya tenía el diagnóstico me dije ¿por qué hacen eso?" (GF1).*

Por otro lado, y luego de estar vinculados con las empresas empleadoras, las personas que viven con VIH evitan informar acerca de su diagnóstico. Esto coincide con lo ya descrito en la categoría "Evadiendo la discriminación" y genera resultados positivos para evitar los comportamientos discriminatorios. *"No he tenido esa dificultad en cuanto a mi trabajo. Uno, porque no saben, dos, porque obviamente yo tampoco se los he dicho" (E9).*

Adicionalmente, manifestó que *"no sé hasta qué punto es decirle a la de recursos humanos, que es la que maneja estos temas que, yo tengo una patología y después, tengo que estar en constante control, entonces me imagino que ella me pedirá la epicrisis en donde va a estar reflejado el diagnóstico" (GF1).*

De manera consecuente, este comportamiento de evasión puede repercutir en el acceso y continuidad del tratamiento. En este sentido, los entrevistados manifiestan que *"la parte laboral está involucrada en el tema por los permisos. Ustedes saben que en Bogotá todo queda en la puta mierda. Entonces, pues tienen que darles por lo menos el día libre a estas personas para que puedan asistir a la EPS y llevar el tratamiento como tal ahí" (GF1).* Como consecuencia, las personas que viven con VIH se enfrentan al dilema de mantener sus trabajos y su ritmo laboral y, al mismo tiempo, tener espacios para acceder al tratamiento.

Otro riesgo que corren las personas al informar sobre su tratamiento es la pérdida del trabajo; *"no me iban a dar continuidad. En ese momento yo estaba como contratista y eso me llevó a que tuve que demandar a la entidad también por múltiples cosas y que eso llegara, inclusive, a ser revisado por la Corte y que la entidad me tuviera que vincular por estabilidad laboral reforzada" (E19).*

4.5 Discriminación de las personas que viven con VIH, durante la atención integral en VIH, en servicios de salud sexual y reproductiva y otros servicios de salud

Esta es una categoría relevante que aporta información sobre el estigma y la discriminación que pueden experimentar las personas que viven con VIH, en los diferentes escenarios del sistema de salud, que es el espacio en donde se le otorga socialmente el cumplimiento de los derechos humanos.

Las diferentes situaciones de exposición del diagnóstico pueden generar vínculos débiles con la institución especializada en la atención, pérdida de confianza y, además, que las personas que viven con VIH se abstengan de utilizar los servicios de salud.

En las entrevistas varias personas manifestaron que se había violado la confidencialidad de su historia clínica y diagnóstico *"los profesionales, en su ejercicio profesional, no respetan a veces el secreto, es el derecho a la confidencialidad" (GF3). "Entonces cuando ya en mi historia clínica leyeron lamivudina, zidovudina, los medicamentos que eran retrovirales... ¡Ay VIH! así... ¡usted tiene VIH! delante de toda la gente del laboratorio, para que ellos se dieran cuenta otra vez que yo tenía VIH [se refiere a otra vez por el cambio de Institución prestadora del servicio de salud](E9). "Entonces el camillero, dijo, ' y usted hace cuanto que tiene VIH ' entonces mi amiga se me quedó mirándome así, dijo amiga '¿qué es lo que usted tiene? ' , yo no le dije nada y me quedé callada" (E4). "En la parte de bacteriología, trabaja una familiar, la hija de un primo mío, y sé que fue esa persona, porque nadie más pudo haber sido. Empezó a regar el cuento. Hasta el momento de que me vine de Chaparral, cuando me he visto con mi familia, sé que ya como unos 10 ó 20 personas de mi familia tienen el conocimiento" (E12).*

Las diferentes situaciones de exposición del diagnóstico pueden generar vínculos débiles con la institución especializada en la atención, pérdida de confianza y, además, que las personas que viven con VIH se abstengan de utilizar los servicios de salud. Al respecto, la legislación colombiana indica "La historia clínica, según la ley 23 de 1981 en su artículo 34 del Congreso de la República de Colombia (1981), es un documento privado, y como privado que es, es un documento confidencial". Y la Corte constitucional en la sentencia T-158 A de 2008 reconoce "el carácter reservado de la historia clínica, entonces, se funda en la necesidad de proteger el derecho a la intimidad del individuo sobre una información que, en principio, únicamente le concierne a él y que, por tanto, debe ser excluida del ámbito de conocimiento público".

Por otra parte, se evidenciaron situaciones estigmatizantes asociadas a ser mujer cisgénero, en el acceso a las pruebas o a un diagnóstico temprano *"Independientemente que no tengamos el diagnóstico, cualquier mujer que vaya al sistema de salud y le diga a su médico general: 'Por favor yo quiero realizarme la prueba de VIH', ya la mira cómo 'y, luego, ¿en qué trabajas?' " (G3).*

También hay situaciones estigmatizantes que pueden retrasar el diagnóstico en personas que se identifican como heterosexuales. *"Hay heterosexuales, precisamente por esa discriminación, que presentan síntomas diferentes. Síntomas sin síndrome, presentando SIDA. Entonces, ¿qué pasa? No lo asocian, porque como es hetero entonces 'no creo que sea VIH'. Personas que han llegado a condiciones totalmente deplorables, dejan deteriorar el organismo, porque no les hacen las pruebas, porque creen que por ser heterosexual no está propenso o no puede tener esta condición, creen que solamente VIH es para los maricas o los gays (...). Entonces está muy incrustada la discriminación por parte de los profesionales de la salud y los auxiliares de la salud" (GF1).*

Una mujer informó *"Entonces estaba el doctor Enrique, es un dermatólogo, me mandaron para donde él y me dijo: 'pero ¿para qué meten a esa señora, si yo no atiendo pacientes con VIH? A mí no me toca. Sáquenla de aquí'. Por último, habló con alguien allá afuera, entonces me dijo que me daba el tapabocas y me dijo: '¡pero no me hable, no me hable!'" (E3).*

En esta categoría se identificó un infortunado caso de violación de los derechos sexuales y reproductivos de una mujer migrante: *"Las enfermeras, cuando tuve a mi bebé, empezaron a preguntar. Yo creo que ellas estaban pensando que yo era como prepago, o qué sé yo '¿ay, pero tú no sabes quién te pegó eso?'". Luego manifestó que después del parto de su segundo hijo "ya aquí en el hospital me ligaron, pero una doctora [que la atiende actualmente] me dijo que no era necesario que me operaran porque como era indetectable. Igual yo voy a poder tener hijos, pero entonces estos doctores aquí me dijeron, algunos, que tocaba ligarme para que después no fuera a tener otro niño y ese sí naciera con VIH. Me hicieron firmar un papel que decía que me iban a hacer la Pomeroy, que era mejor, para que no fuera que trajera y ese niño sí saliera positivo. En el momento, yo tenía miedo de que la que fuera a nacer, naciera así, entonces yo firmé, pero ya después me arrepentí" (E6).*

Dentro del sistema de salud urge abordar la discriminación para poner fin a la epidemia. Los profesionales de la salud tienen el deber de trabajar para una atención de calidad, libre de prejuicios y centrada en la persona que se atiende. Cualquier forma de discriminación afecta la calidad de vida, la salud y el bienestar, y dificulta el acceso de estas personas a la atención en salud (Font Canals, 2022). El estigma y la discriminación llevan a que algunas PVVS decidan no revelar información personal muy importante, por ejemplo: consumo de drogas, prácticas sexuales, interrupción del medicamento, lo que puede resultar en una atención o un tratamiento inadecuados.

Diagnóstico de VIH

Un criterio de inclusión para participar en el estudio es haber sido diagnosticado/a hace un año o más. Todas las personas entrevistadas tenían, para el momento de la entrevista, experiencia en los diferentes ámbitos en los que podían o no haber vivido discriminación. En esta categoría se indagó sobre el proceso al momento del diagnóstico. *"Hace como 12 años sentí rechazo fue cuando me la entregaron, o sea, no me dijeron: 'mira, toma'. Me dijeron: 'tome, léalo', y hasta ahí. No tuve psicología, no tuve nada como ahorita se puede hacer" (E10).* Otra persona informó: *"Fui hace año y medio a hacerme la prueba y, pues efectivamente también salí infectado, digamos que durante ese mes que estuve como a la espera de los resultados me puse a investigar para saber más del tema" (E11). "Allá en el laboratorio en Venezuela, cuando me entregaron el resultado, yo no creía. '¡sí mira!*

¡dio positivo!, tienen que ir acá'. Le mostré al doctor, el doctor dijo: 'no, es que en el embarazo ocurren muchos cambios' (...) 'es negativo', dijo. Y yo me quedé con esa. Entonces por eso fue cuando ya dio positivo tras otra vez, fue el mismo infierno" (E6). "Le dije: hace cinco 5 años me la habían hecho, pero nunca recibí apoyo, nunca me llamaron del laboratorio, nada. Seguí mi vida normalmente, entonces no tuve conocimiento de eso. Ahí en el San Ignacio, venía con plaquetas bajas, a mí me pusieron 'el milagroso', que vivía de milagro" (E12).

Los profesionales de la salud tienen el deber de trabajar para una atención de calidad, libre de prejuicios y centrada en la persona que se atiende.

Y acerca de la asesoría *"Te los entregan y... ¡defiéndete tú! Yo soy un poco fuerte, pero otras personas no tienen el nivel de resistencia para una noticia de esas, son más susceptibles. ¿Qué decisión pueden tomar? Esa parte no me gustó. Como quien dice: 'mira, toma tu sobre y vete para la casa'" (E2).* El momento del diagnóstico resulta decisivo para el inicio del tratamiento, para la adherencia y para la comprensión de todos los aspectos relacionados con el virus, así como también para disminuir la vulnerabilidad al estigma y discriminación.

Acceso al tratamiento

En esta subcategoría se refuerza lo identificado en otras categorías del estudio cualitativo y es la relevancia de la educación en el acceso al tratamiento y la necesidad de erradicar el estigma y la discriminación en el sistema de salud. Sus experiencias reforzaron la necesidad de mejorar o mantener algunos espacios *"Tengo un hijo que nunca pensé que podría tener, tengo un hijo que es sano, que no tiene el virus, gracias a Dios... Cosas que nunca pensé que iban a ser, por tener un diagnóstico de VIH ... Después de que usted mantenga su tratamiento y usted tenga una carga viral indetectable, usted puede vivir muchos años, muchísimos. Algo que yo no creía posible" (GF2).*

Una mujer transgénero manifestó *"Yo creo que sí, algunas terapias antirretrovirales afectan lo que tiene que ver con el proceso hormonal, sobre todo hay algunas hormonas que hacen interferencia con el valerato de estradiol. Entonces por eso muchas de nosotras cuando vamos a iniciar el tránsito, si vivimos con VIH, tenemos que seguir organizándonos para mantener" (E19).* Con testimonios como este, se destaca la necesidad de que las mujeres transgénero reciban educación integral que incluya el proceso de hormonización en su tránsito personal.

Algunas personas que viven con VIH resaltan la atención que han recibido en los grupos especializados. *"La IPS me ha parecido maravillosa. Pienso que es un tema que no es de todo mundo. Han sabido aceptar el manejo de personas con diagnóstico positivo. Las han tratado súper bien; en el caso mío, excelente. Ha*

sido el trato como cualquier otra persona" (E3). "Usted puede salir adelante, no necesita de nadie más para salir adelante. Uno ve que los médicos, las mismas enfermeras hasta el celador le dicen a uno ¡vamos para arriba!" (E1).

En esta categoría se evidenció de manera recurrente la necesidad de crear espacios para que las personas que viven con VIH interactúen entre ellas en trabajo de pares y grupos de apoyo. *"Me gustaría socializar con personas de mi misma condición" (E14). "Yo a veces vengo aquí, miro y digo ¿será que ella tiene lo mismo que yo?, será que debería integrarme más. Y yo los miro, los veo bien, bueno y ellos ¿por qué están bien?, yo los miro como contentos y quisiera integrarme con ellos" (E7).* Este tipo de llamados coincide con la evidencia empírica que existe sobre el significativo aporte que tienen las intervenciones realizadas por pares en el tratamiento de VIH (Simoni et al., 2011).

4.6 Discriminación en la comunidad, amigos u otras personas que viven con VIH, asociado al VIH

Cuando se indagó sobre posibles comportamientos discriminatorios generados por la comunidad, amigos u otras personas que viven con VIH, se pudo identificar que existe una fuerte diferencia en la frecuencia e intensidad de este tipo de comportamientos para y en la comunidad transgénero.

Las personas consultadas que pertenecen a esta comunidad afirmaron que se suele usar el diagnóstico como un elemento de presión y violencia social. Esta violencia no se manifiesta siempre de manera física. Se manifiesta en medidas de

Además de ser objeto de discriminación asociada al VIH, las personas que viven con el virus han experimentado discriminación por otras razones. En la información recolectada se identificaron dos motivos recurrentes: la orientación sexual y la apariencia física.

exclusión, chantaje y cierre de posibilidades. Según las participantes en el estudio *"las chicas o mujeres trans, mayoritariamente generamos ingresos que tienen que ver con el ejercicio de la prostitución o que tienen que ver con el estilismo, que tienen que ver con el arte y la cultura trans" (E19).* Esta comunidad crea fuertes lazos de confianza, sin embargo *"cuando una chica trans se entera que otra vive con VIH, eso genera también exclusiones. Inclusive si la chica trabaja en estilismo o trabajos sexuales es muy complejo, porque las unas utilizan ese elemento para que la otra, por ejemplo, si está en contexto de ejercicio de la prostitución, hay extorsiones, chantajes de decírselo a otras personas o a los clientes. Lo mismo pasa también en el mundo del estilismo" (E19).* Estas presiones se manifiestan cuando el diagnóstico *"genera barreras, e inclusive barreras para la construcción de parejas, barreras para poder estar en el marco de los contextos" (E19)*

Ahora bien, al indagar sobre las actitudes de los amigos, se encuentran reacciones diversas. Inicialmente, y tal como se discutió en la sección "estigma interno", las personas que viven con VIH tienden a ocultar su diagnóstico. Esta actitud se justifica *"en el gremio de amigos porque nadie está preparado totalmente para que digan: ¿tú tienes VIH? ¡ay no! ¡qué pena!, ya no vamos a compartir el mismo saco, ni la misma copa, el mismo vaso, ni nos vamos a pasar el mismo cigarrillo" (GF1).*

Por esta razón, las personas consultadas que decidieron compartir su diagnóstico con su círculo de amigos tomaron dos caminos. Uno de ellos es optar por compartirlo solamente con *"muy pocos y es porque también tienen el diagnóstico" (E13). "Le dije: tengo VIH, me dijo: '¿usted se estresa por eso? ' Me puse a llorar y le pude contar. Me dijo: '¿hace cuánto? ' (...) 'estoy bien, estoy medicado, indetectable'. Me dijo: 'ah bueno, tranquilo, usted sabe que conmigo no hay lío, no le voy a decir a nadie, los dos mantenemos nuestro secreto'" (E13).*

Otros han optado por tomar un papel más activo en la formación y educación de su círculo cercano para evitar recibir actos discriminatorios. *"En realidad a quienes les he contado, siempre les digo de antemano es: 'mírame, o sea mira con quién estás hablando. Llevo tanto tiempo con esto y pues tú te has dado cuenta de que no me he enfermado, no se ha reducido el bienestar de mi salud, entonces no tienes nada de qué preocuparte'" (E3). "Siempre que yo vengo a citas médicas trato de pasarle información a casi todas las personas que saben de mi diagnóstico. A mi pareja, mis hermanos, mis amigos" (E9).*

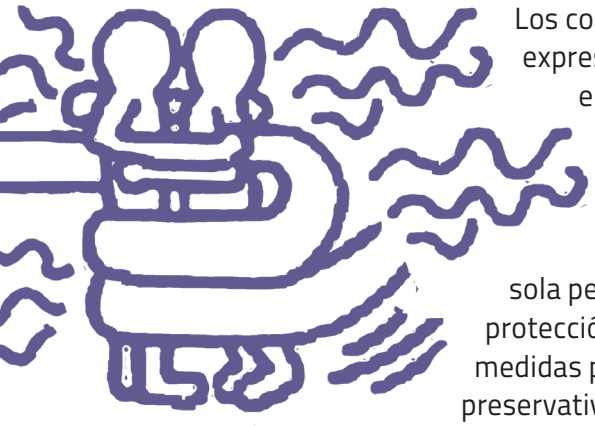
4.7 Discriminación por otras razones

Como se pudo inferir anteriormente, además de ser objeto de discriminación asociada al VIH, las personas que viven con el virus han experimentado discriminación por otras razones. En la información recolectada de las personas

entrevistadas se identificaron dos motivos recurrentes: la orientación sexual y la apariencia física. Este hallazgo coincide con lo encontrado por Wintemute (Wintemute, 1997).

En primera instancia, se evidenció que las personas consultadas han sufrido discriminación por su orientación sexual y desde distintos actores. Uno de los actores que más impacto tiene sobre las personas que viven con VIH es la familia: *"para mi mamá, si es muy fuerte saber que el único varón que tiene es gay, pero pues ella también es gay, pero para ella es duro saber que el único varón que tuvo es gay" (E15); "Mi hermana no fue tanto, nunca se ha metido, mi mamá sí fue a un comienzo, inclusive cuando salí del closet yo se lo dije y le dio muy duro" (E12).* Esta discriminación puede manifestarse de diferentes maneras. Algunos grupos familiares tienden a aislar a la persona *"yo sé que de alguna manera mi familia me alejaría, ellos me discriminarían. Por ejemplo, cuando yo les conté, apenas en 2017 yo venía a salir del clóset con ellos" (E13).* Estos comportamientos discriminatorios se basan en creencias, preconcepciones y desinformación de las familias sobre lo que significa tener una orientación sexual diversa y sobre la vida sexual de una persona con orientación social diversa.

Otros grupos familiares parecen aceptar la orientación sexual de la persona *"Alguna vez en mi vida, mi mamá y mi papá se separaron, entonces, digamos que esa orientación como que salió más a flote, porque yo me quedé con mi madre, tuve como esa figura femenina, de mi mamá" (E11).* Sin embargo, a pesar de esta aceptación reciben actitudes de rechazo desde el estigma y la discriminación: *"Sí, y cuando le dije a mi mamá, lo primero que me dijo fue: listo, no hay lío, solamente te pido tres cosas: que seas muy respetuoso con la gente, respetes a los niños y nunca me traigas a nadie de tu gente aquí a la casa y ni me hagas como escándalos por ahí por fuera. Algo así como, por ejemplo, si yo fuera un travesti, no te vas a vestir de mujer en la calle; no externalizar mis gustos o que no me muestre afeminada en la calle. Entonces con cosas como esas menos que lo voy a decir" (E13). "Estuve con psicólogo un año. Yo pienso que un psicólogo no lo cambia a uno, no porque me dijo que estaba sano, que yo era ya 'normal' [con 'normal' se refirió a 'heterosexual'], según mi mamá" (E11).*



Los comportamientos descritos coinciden con lo expresado por Deacon (Deacon, 2006), quien afirma que el proceso de estigmatización se perpetúa gracias a la existencia de una recompensa psicológica para el estigmatizador. Sin embargo, el autor también afirma que el estigma se convierte en un factor de riesgo ya que el estigmatizador asume que la sola pertenencia a una comunidad específica sirve como protección ante las enfermedades y tienden a no practicar medidas preventivas adecuadas (por ejemplo, el uso de preservativos en el caso del VIH).

Se encontró que la población en general cree que tener orientación sexual diversa es un factor de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual. *"La gente cree que las mujeres trans son portadoras de todas las ITS" (E18).* Esta asociación también la hacen las familias, *"Me salió el resultado, me dijo: yo sí me la sospeché desde un comienzo, desde que usted me dijo que le gustaban los hombres, por tantas enfermedades que hay, pero le voy a seguir apoyando. No fue más lo que me dijo" (E12).*

Como consecuencia de los comportamientos discriminatorios, las personas discriminadas pueden responder con agresión, lo que puede radicalizar la percepción de la comunidad general.

La asociación entre orientación sexual diversa y la enfermedad se profundiza cuando la población, además, ejerce actividades sexuales pagas. Existe estigma en la comunidad en general acerca de que *"la mayoría de las personas trans hacen actividades sexuales pagadas, entonces creen que a través de ahí es que se están propagando las ITS" (E18).* Dichos comportamientos hacen que las personas que viven con VIH sean excluidas de la comunidad de prestadoras de servicios sexuales.

Ahora bien, se encontró que la apariencia física es el segundo motivo de discriminación. Este factor se encontró sobre todo en los consultados que viven en situación de calle y que se inyectan drogas. Esta comunidad se siente discriminada *"por la droga, por cómo está de sucia, flaca, fea, claro sí" (E20). "Lo que pasa es que yo manejo muchos miedos, y es mejor callarlos porque siento que me van a discriminar y, pues, para mí lo más delicado es que me discriminen, o sea yo no tolero que me discriminen" (E15).*

Como consecuencia de los comportamientos discriminatorios, las personas discriminadas pueden responder con agresión, lo que puede radicalizar la percepción de la comunidad general. *"Si a mí me hacen el feo por loca, yo trato mal a la persona. Si me miran feo por marica. Grosero, hago lo que sea, hago lo que sea con tal de hacer valer mi posición como gay, como homosexual, pero pues a nadie le oculto mi sexualidad, eso sí, ya lo tengo claro" (E15).*

Finalmente, se encontró que en la comunidad en general hay una diferencia en la percepción que se tiene del VIH, dependiendo de las características de la persona que vive con el virus. Como ya se mencionó, se percibe que una orientación sexual diversa es un factor de riesgo asociado con adquirir VIH, lo que confirma lo planteado por Green & Platt (Green & Platt, 1997). Sin embargo, cuando se trata de personas que se inyectan drogas, la probabilidad de adquirir VIH, a pesar de ser una posible consecuencia de situaciones riesgosas que se incrementan con el consumo (compartir jeringas, agujas, realizar actividad sexual pagada, situaciones de abuso y violencia sexuales), no es vista como un castigo sino como una consecuencia poco afortunada. Las personas consultadas señalan ser más discriminadas por ser consumidores de drogas inyectables y por la apariencia que tienen actualmente.

4.8 Expectativas frente al sistema de salud y organizaciones sociales

En esta categoría se agruparon las sugerencias que las personas entrevistadas tienen para el sistema de salud y las organizaciones sociales que trabajan con personas que viven con VIH. Inicialmente, se analizarán los hallazgos relacionados con el sistema de salud.

Frente al sistema de salud

De manera recurrente, los entrevistados manifestaron que *"este sistema de salud no es lo mejor y hay que mejorar bastante en la educación, en la prevención, en las políticas públicas y demás" (E4)* y solicitan que se afinen los procesos de formación tanto para las personas que ya viven con el virus, como para la comunidad en general.

Educación a la comunidad

En relación con la educación y la información para la comunidad, las personas entrevistadas proponen crear procesos, tanto para prevenir la transmisión como para disminuir el estigma hacia las personas que viven con el virus. Inicialmente, se encontró que se considera importante *"sensibilizar a los jóvenes de hoy en día para que digan: es cierto, no es la película, dicen que no pasa nada porque está indetectable" (GF1).* Adicionalmente, es importante no solamente informar *"lo del VIH, sino también los métodos de protección para no adquirirlo y, si lo tienes, todo va a estar bien, siempre y cuando tengas una adherencia al medicamento" (GF1).* Sin embargo, reconocen que *"Es complejo, porque digamos como yo no vivía con VIH, el tema no me importaba mucho" (E11).*

No es el paciente el único que necesita estar acompañado por el sistema de salud. Como se visibilizó en otras categorías, la participación de la familia ayuda en los procesos que llevan las personas que viven con VIH.

Recomendaciones en atención

Del análisis, se desprenden las recomendaciones hechas para el proceso de atención. Las personas consultadas consideran que los *"procesos del momento del diagnóstico, deberían* [ser llevados por] *un profesional psicosocial" (GF1).* Esto ayudaría a orientar de mejor manera a las personas en las primeras etapas del proceso y que les *"hablen y les digan a los enfermos que no tienen que morir, ni ser una víctima de esta vaina. Eso no es de morirme" (E1).*

La atención especializada podría garantizar la confidencialidad de la historia clínica. Algunas personas han manifestado que el sistema tiene fallas en *"la calidad, la calidez, la confidencialidad. Ellos hablan del paciente, pregonan a los cuatro vientos cuando le van a entregar el pinche resultado, cuando uno está bien diagnosticado con VIH"* (E13).

Luego del diagnóstico, las personas entrevistadas manifestaron que existen marcadas diferencias en el sistema de salud dependiendo de la ubicación del paciente. *"Toca disminuir esas barreras de acceso a una atención en los sitios remotos, porque eso no solo se presenta a nivel urbano; a nivel rural hay muchos pacientes que no conocen del tema y cursan toda una vida. Cuando ya presentan un deterioro marcado y un avanzado proceso de su enfermedad es que asisten a un servicio médico"* (GF1).

Las personas identificaron que el tratamiento debe ir más allá del acceso al medicamento. Es importante que las instituciones de salud apoyen *"capacitando al paciente. El paciente necesita mucho, no es que salga el paciente medio bien, le entreguen y ya. ¡No!, (...) acá vamos a capacitarlo: qué es el VIH, sepa qué puede hacer, qué no puede hacer y todo lo que tiene que ver con VIH" (E1).*

Sin embargo, no es el paciente el único que necesita estar acompañado por el sistema de salud. Como se visibilizó en otras categorías, la participación de la familia ayuda en los procesos que llevan las personas que viven con VIH. *"Tú no sabes la cruz a cuestas que lleva tu mamá dentro o que llevarás tú por esta condición" (E1). "Además de evitar la discriminación dentro de la familia, esta formación puede ayudar al núcleo familiar a entender que no se va a transmitir así" (E1)* y así evitar que la familia se vea afectada *"emocionalmente, entonces tú vas a decir: verdad, como me estoy volviendo una carga... me estoy muriendo, mi mamá me rechaza, no tengo apoyo. Realmente es bastante complejo" (E1).*

Se reconoce la participación de las organizaciones sociales que trabajan con VIH. Es reconocido el *"apoyo que nos dan, digamos cuando uno se congrega en la charla, los talleres. Eso, lo levanta mucho, lo fortalece mucho" (E4).* Mencionan que este tipo de organizaciones suplen algunas de las debilidades del sistema de salud en temas relacionados con el diagnóstico rápido ya que *"muchas personas no se lo hacen* [hablando de las pruebas de VIH] *porque cuestan, pero créame que no hay muchas fundaciones que lo hacen gratis sin que lo tengan que pagar" (E11).*

Infortunadamente, la mayoría de las personas entrevistadas refirieron no conocer organizaciones de base comunitaria en las que puedan apoyarse. Muchas de las personas asisten solo a sus citas de control con los grupos especializados de atención para personas que viven con VIH. *"Yo solo vengo aquí a las citas" (E7).* Esto debido a la poca integración que existe entre los dos tipos de instituciones. Pareciera que cada institución *"se está como tan centrando en su vaina" (E1).*

En relación con la educación y la información para la comunidad, las personas entrevistadas proponen crear procesos, tanto para prevenir la transmisión como para disminuir el estigma hacia las personas que viven con el virus.

4.9 Categoría emergente: prácticas sexuales

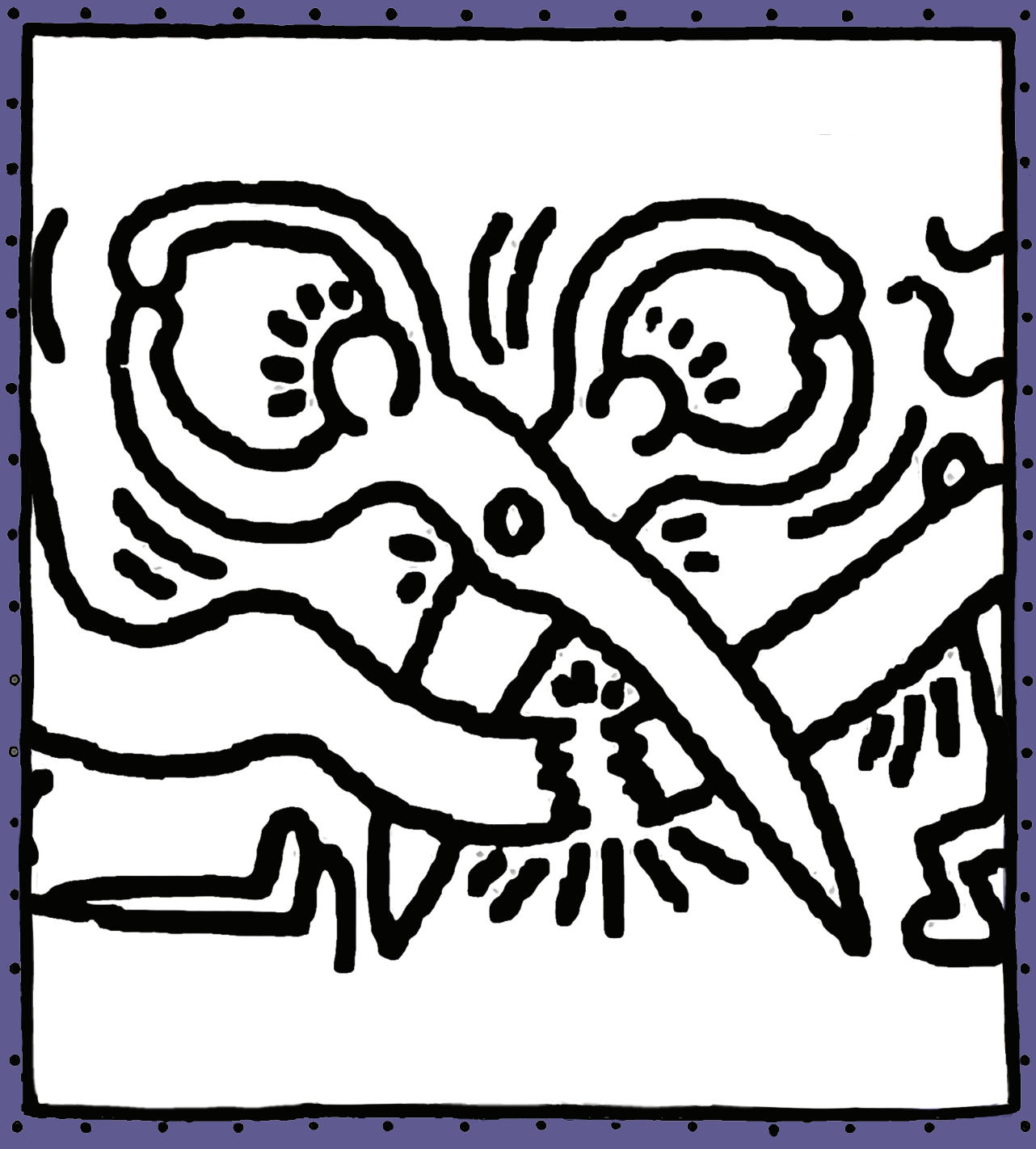
Finalmente se identificaron como una categoría emergente las prácticas sexuales. Entre ellas, el "bareback", que corresponde a una serie de prácticas sexuales entre hombres, implica sexo penetrativo sin utilizar condón o preservativo, ya sea de forma intencionada o no intencionada (Betancourt Rodríguez, 2017). Al respecto se encontró *"Honestamente me encanta el sexo a pelo, como por la libertad y una cierta transgresión. Pero es de compartir como el mismo morbo con las personas que también están diagnosticados. Más no comparto el hecho de que una persona que esté sana yo la contagie. No estoy de acuerdo con eso, cada uno se busca su vaina, pero en ese sentido no" (GF1).* En los escenarios de relacionamiento que describen las personas entrevistadas, refieren que los contactos se realizan de manera online y por aplicaciones para "a peleros"; en estos espacios se establecen códigos de comunicación o señales para seguir adelante: *"Y ¿hace cuánto estás diagnosticado? Otra es ¿haces leche vitaminada? Cuando preguntas en el sexo gay ¿qué es?, ¿es leche o gusano con VIH? Cuando te dicen que sí, no necesitas preguntarle el resto, te contestan todo ahí" (E13).*

Entre las explicaciones sobre el no uso del preservativo, se resalta la prioridad del placer y el hecho de ser gay *"Los homosexuales somos tan calenturientos y muchas veces ponemos un pene antes de la seguridad" (GF1).* Entre algunos entrevistados, el hecho de experimentar riesgos en diferentes ámbitos de la vida, incluido el sexual, provoca más excitación.

En el curso de la entrevista, una persona establece la diferencia entre "bareback" y "bugchaser" manifestando además una postura de juicio al respecto: *"gente que le encanta estar pescando a gente con enfermedades venéreas y compartirlas. Pero te pones a mirar y tienen una autoestima tenaz" (E13)*. Otra persona refiere hablando de las prácticas sexuales: *"sin importar si es hetero, bisexual, transexual, gay, lesbiana porque estamos en una población realmente medio heavy, loca, crazy, que tienen relaciones sexuales o tenemos relaciones sexuales como si no hubiera un mañana" (GF1)*. También se plantea autocuidado relacionado con la discriminación y con la posible violencia o exposición *"Yo le digo si la otra persona ya me dice de*

entrada 'estoy diagnosticada ', porque también me da cosa. A pesar de que sea una App. Aparte de eso, no se sabe quién está detrás de esa pantalla. De pronto sea un cazador de personas de VIH y te mate. Es el manejo que le doy y no es tan fácil" (GF1).

Por consiguiente Betancourt Rodríguez (Betancourt Rodríguez, 2017) señala en su investigación "Bareback, prácticas sexuales de resistencia entre hombres. Aportes desde la genealogía a la prevención del VIH". cómo cobra vigencia la idea de reducción de daño, teniendo en cuenta que se direcciona el análisis al temor para hablar sobre lo que es seguro en relación con el sexo y lo que pone en riesgo a la población. De esta manera, se estigmatizan conductas y prácticas sexuales como el bareback o el tener múltiples compañeros sexuales. Es importante tener en cuenta, como en todo el análisis, la necesidad de educar a las personas que viven con VIH, manifiesten o no consumo de drogas o estas prácticas sexuales, debido a que por el temor a la discriminación en ocasiones las personas no hablan de lo que no se les pregunta o de los temas que no se toquen.



5

Análisis multivariado

El estigma y la discriminación están atravesados por prejuicios y creencias que bien podrían transformarse para contribuir a que las personas que viven con VIH puedan transitar mejor en los distintos momentos y contextos de la vida cotidiana.

De acuerdo con hallazgos reportados en la evidencia respecto de factores que pueden estar asociados a la presencia de estigma y discriminación a causa del VIH, se consideraron las siguientes variables: tiempo de vivir con VIH, nivel educativo más alto, última carga viral (detectable versus indetectable) y edad. Dado lo anterior, se desarrollaron modelos de regresión logística que permitieron constatar las siguientes situaciones.

5.1 Factores que aumentan o disminuyen la posibilidad de sufrir estigma

De acuerdo con los modelos de regresión, se evidenció que tener una carga viral detectable, ser transgénero, homosexual y víctima del conflicto armado, se comportan como factores que aumentan la posibilidad de sufrir estigma y discriminación en las PVVS. Por otro lado, ser de mayor edad y tener mayor nivel de escolaridad se presentan como factores que pueden reducir la posibilidad de estigma y discriminación relacionado con VIH.

Tabla 14. Resultados modelos multivariados. Romper el círculo. Índice de estigma y discriminación en las personas que viven con VIH en Colombia, 2022.

Modelo	Variable dependiente (A)	Variables independientes (B)	Resultados[6]
1	Exclusión de actividades familiares	Última carga viral Nivel educativo más alto	Tener una carga viral detectable aumenta las posibilidades de sufrir exclusión de las actividades familiares a causa del VIH 3 veces (OR 3.35; IC 1.60 – 7.00; p 0.001). Sin embargo, los años de escolaridad no son explicativos del fenómeno (OR 0.78007; IC 0.5453 – 1,11; p 0.177).
2	Murmuraciones debido al diagnóstico de VIH	Edad Nivel educativo más alto	Tener mayor edad y la posibilidad de sufrir murmuraciones a causa del VIH tiene 0.98 menos posibilidades (OR 0.982, IC 0.967-0.997; p 0.026). De manera semejante, tener más años de escolaridad reduce la posibilidad de sufrir murmuraciones a causa del VIH 0.73 veces (OR 0.7323; IC 0.607 – 0.882; p 0.001).
3	Insulto, acoso o amenaza a causa del VIH	Última carga viral	Tener una carga viral detectable aumenta las posibilidades de sufrir insultos, acoso o amenazas a causa del VIH 2.84 veces (OR 2.84; IC 1.36 – 5.91; p 0.005)
4	Alguna respuesta afirmativa en las variables consideradas dependientes (30, 32, 34, 36, 38, 40, 42, 45, 89)	Edad, género, orientación sexual, pertenencia a alguno de los actores sociales	En este modelo, al tener mayor edad la posibilidad de tener algún desenlace relacionado con estigma y discriminación tiene 0.985 menos posibilidades (OR 0.985, IC 0.974-0.997, p 0.015); respecto al género con el cual se identifica (categoría de referencia masculino), ser transgénero se asocia con mayores posibilidades de presentar el desenlace evaluado (OR 5.37, IC 1.103 – 26.18; p 0.037); respecto a la orientación sexual (categoría de referencia homosexual), ser heterosexual se asociada con menores posibilidades de sufrir el desenlace (OR 0.55, IC 0.37 – 0.82; p 0.003); y respecto a la pertenencia de un sector social, se evidencia que ser víctima del conflicto armado se asocia con mayores posibilidades de presentar estigma y discriminación (OR 2.14, IC1.22 – 3.73, p 0.007).
	Asunto o problema relacionado con estigma y discriminación	Género y Orientación sexual	En este modelo, la variable que resulta ser significativa es la orientación sexual, la cual muestra que la orientación sexual Heterosexual, teniendo como categoría de referencia Homosexual, se asocia con una reducción de las posibilidades de presencia del desenlace (OR -0.94, IC -1.34 - -0.544; p 0.00).

Fuente: Desarrollo propio

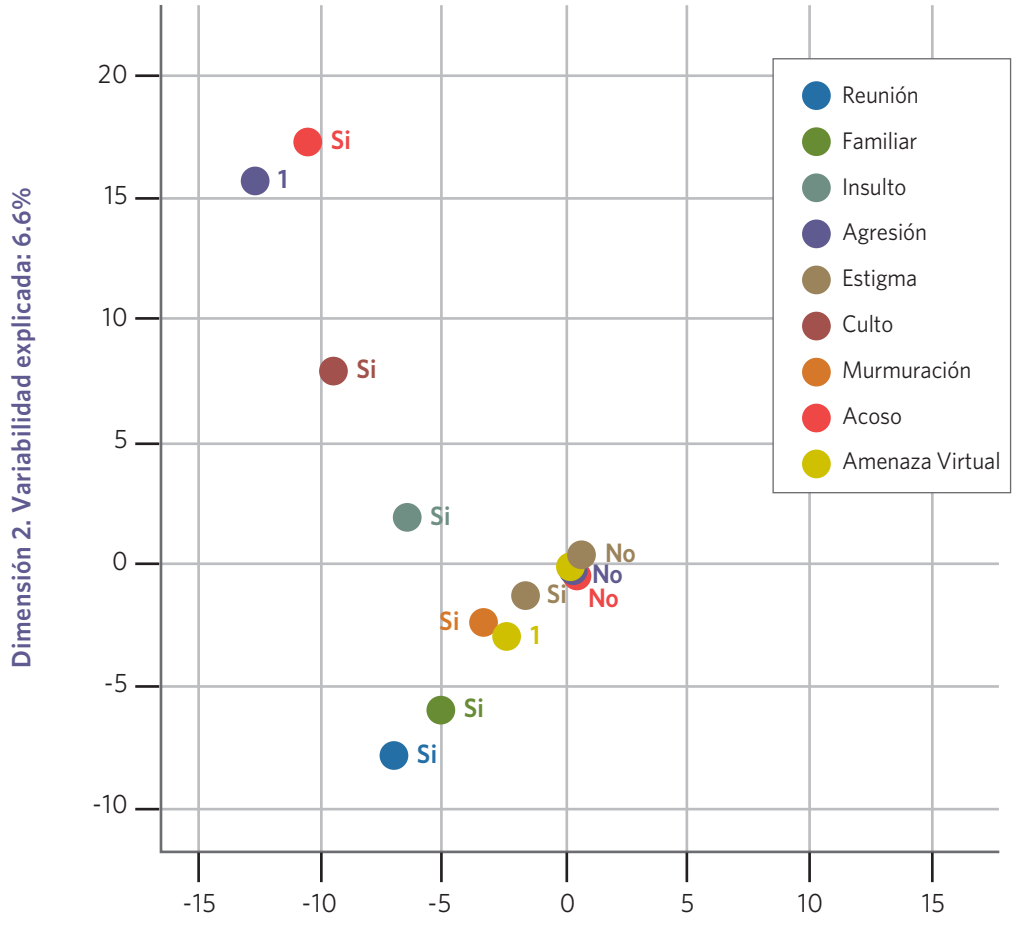
(A) Es el resultado que se está evaluando.
(B) Son las variables que pueden explicar la presencia o ausencia del resultado evaluado.

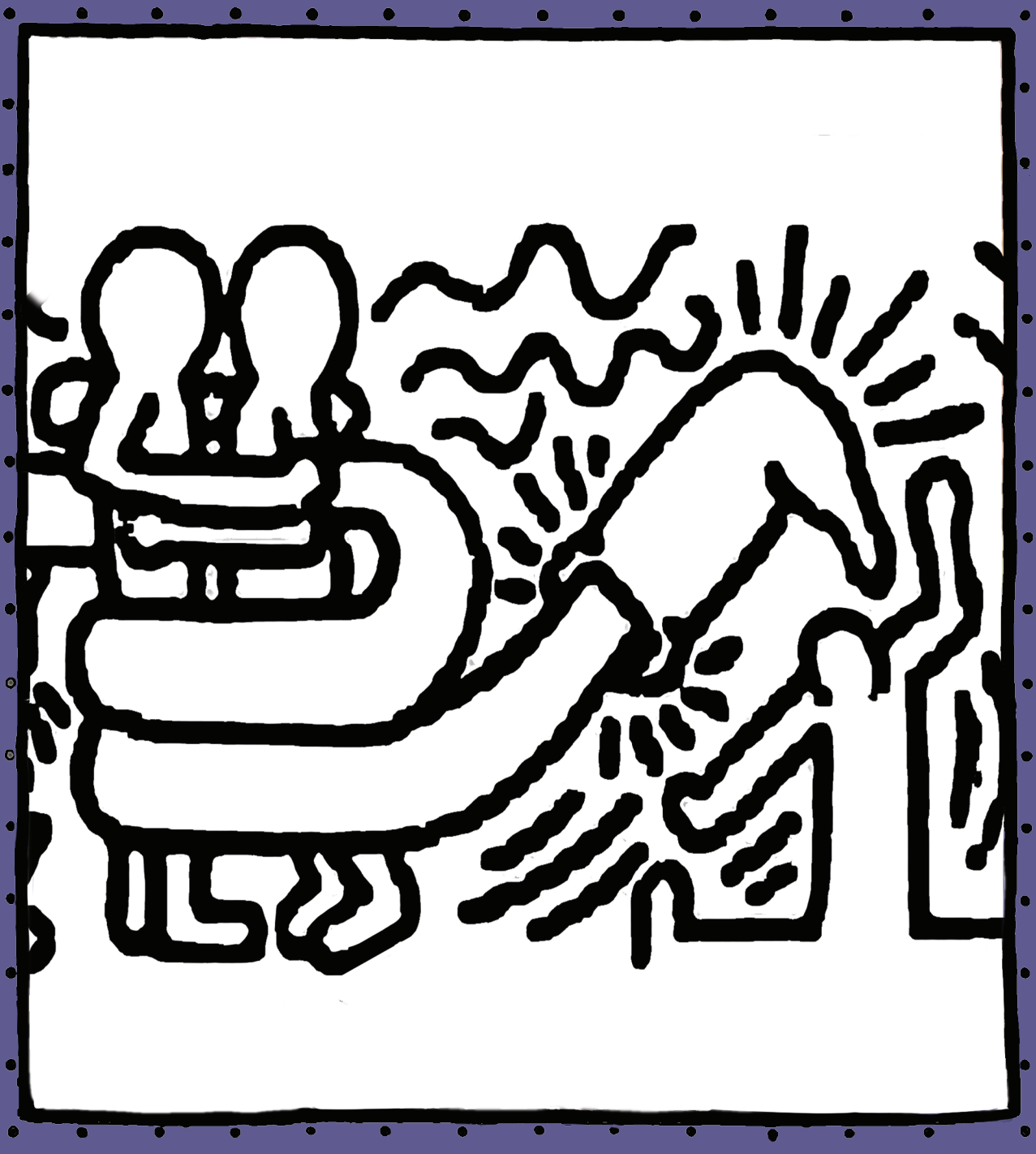
6 OR Odds Ratio; IC Intervalos de confianza, p nivel de significancia

De igual manera, este estudio avanzó en el análisis cuantitativo multivariado. Se desarrolló un análisis de correspondencias múltiples que sugiere que las personas que no responden afirmativamente a eventos de exclusión y agresión debido al diagnóstico de VIH se comportan de manera homogénea. Sin embargo, aquellas que respondieron afirmativamente a alguna de las preguntas relacionadas con exclusión, acoso, amenaza o agresión son heterogéneas.

Tener una carga viral detectable, ser transgénero, homosexual y víctima del conflicto armado, se comportan como factores que aumentan la posibilidad de sufrir estigma y discriminación en las PVVS.

Gráfica 25. Plano factorial de correspondencias múltiples. Romper el círculo.
Índice de estigma y discriminación en las personas que viven con VIH en Colombia, 2022.





6

Colombia frente a otros países

El estudio comparó algunos de los datos más relevantes con lo reportado por otros países de la región y del mundo.

6.1 Prevalencia del estigma interno y decisión de no comunicar a otros el diagnóstico

Los fenómenos de estigma y discriminación en PVVS resultan ser más frecuentes al considerarse como percepción interna, comparativamente con el estigma y la discriminación por parte de otros. Esto puede deberse a que una parte importante de la población decide no comunicar su diagnóstico a otras personas, incluyendo pareja/esposo(a), familiares y amigos.

Al indagar las razones que motivan esta situación, las más frecuentemente mencionadas son el temor al rechazo, el estigma y la discriminación, así como la falta de conocimiento por parte de las otras personas de la realidad del VIH. Por otro lado, un número importante de personas considera que vivir con VIH hace parte de su privacidad y no estiman que sea necesario comunicarlo.

Esta situación debe ser analizada en profundidad. Al investigar por el estigma interno, es evidente que las PVVS, en su mayoría, tienen sentimientos de

vergüenza, culpa, impotencia y soledad, entre otros, lo que se relaciona con la presencia de actitudes como evitar tener una relación afectiva, evitar tener relaciones sexuales, no tener hijos, el aislamiento de la familia o amigos y la terminación de las relaciones afectivas. Estas situaciones y actitudes pueden profundizar los sentimientos de estigma interno, lo que deriva en la falta de búsqueda de apoyo a través de grupos y redes, por el temor a ser rechazado, discriminado y estigmatizado.

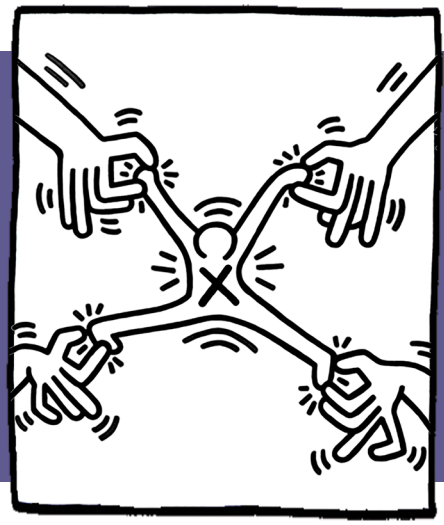
El panorama nacional es semejante al que se recoge en países como Alemania y México. En el primero se reporta que tres de cada cuatro personas no comparten su diagnóstico de VIH (E.V., 2021). En el segundo, se reporta que, respecto al estigma interno, la vergüenza, la culpa, la baja autoestima y la ideación suicida fueron los temas más recurrentes en las personas que viven con VIH (MEXFAM; Red Mexicana de personas que Viven con VIH/SIDA, 2015).

En lo que tiene que ver con actitudes como aislamiento, evitar las relaciones sentimentales y sexuales, los datos de Colombia muestran un comportamiento semejante a los de la encuesta de estigma y discriminación de Guatemala (Morales Miranda, 2017).

6.2 Acceso a trabajo y educación

A propósito de las dificultades o problemas en el acceso a trabajo y educación, es baja la proporción de personas que atribuyen las causas a vivir con VIH. Predominan otras razones. La que se menciona de manera más frecuente es la orientación sexual. No obstante, se hace relevante tener presente que el conocimiento del diagnóstico en contextos de educación y trabajo es reducido, lo que puede explicar la baja frecuencia de rechazo por causa de vivir con VIH. Esta es también una situación semejante a la reportada en México, Guatemala y Alemania.

Los fenómenos de estigma y discriminación en PVVS resultan ser más frecuentes al considerarse como percepción interna, comparativamente con el estigma y la discriminación por parte de otros. Esto puede deberse a que una parte importante de la población decide no comunicar su diagnóstico a otras personas, incluyendo pareja/esposo(a), familiares y amigos.



Detalle tomado de Sin titulo, 1988

6.3 Acceso y negación de servicios de salud

Los datos de Colombia muestran que frente al acceso a los servicios de salud, 17% de las personas señaló que durante los últimos 12 meses, por lo menos en una oportunidad hubo cambios en la forma como fueron atendidas en el servicio de salud, luego de revelarse el diagnóstico de VIH. Al comparar con los datos de Alemania, la categoría haber tenido, al menos, una experiencia negativa en los servicios de salud, presenta un 56% (E.V., 2021). La frecuencia reportada en Colombia es inferior.

Respecto de la negación de servicios de salud sexual y reproductiva, en particular, lo relacionado con planificación familiar, en Colombia se evidenció que solo un 1.3% indicó que el acceso fue negado a causa de vivir con VIH. Este porcentaje es inferior al reportado en Guatemala, que fue del 3.1% (Morales Miranda, 2017).

6.4 La carga viral detectable produce mayor discriminación

Al evaluar variables asociadas con mayores posibilidades de sufrir estigma y discriminación, se encontró que las personas con cargas virales detectables tienen mayor riesgo de ser objeto de situaciones de exclusión, insultos, amenazas, acoso verbal y físico. Es importante mencionar, también, que el tener un mayor nivel educativo se traduce en un factor protector para contener este tipo de situaciones. Esos hallazgos son compatibles con los reportados en el Perú (Consorcio de Organizaciones de Personas con VIH en el Perú, 2018) .

6.5 Conocimiento de la ley

En relación con el conocimiento de derechos, leyes y políticas, es importante mencionar que la mayoría de las personas consultadas en Colombia no tienen este conocimiento, de tal manera que esto puede limitar la exigibilidad de sus derechos. Este aspecto difiere respecto a la situación de México y Guatemala, en donde existe un amplio conocimiento sobre las políticas y el marco normativo del VIH. Sin embargo, en el caso mexicano, los datos ponen en evidencia una falta de coherencia entre el mayor conocimiento de la normatividad y la baja proporción de personas que conocen sus derechos como persona que vive con VIH.

6.6 Redes de apoyo

En lo que se refiere a redes y organizaciones de personas que viven con VIH y que brindan apoyo, se evidenció un bajo conocimiento de estas en la población colombiana (15%), en tanto que en México y Guatemala se reportan proporciones de 50% y 65%, respectivamente.

7

Conclusiones y recomendaciones

El reto está en lograr que todas las personas que viven con el virus reciban apoyo emocional de su familia, su círculo de amigos, de la comunidad y el Estado. Solo así será posible hablar de equidad.

Al realizar un análisis comparativo descriptivo de los resultados obtenidos en el estudio de 2010 y en el de 2022 que se presenta en este documento, se identifica que continúan siendo preocupantes la exclusión en ambientes y entornos familiares; el estigma interno y los sentimientos de culpa y vergüenza; y el acceso y sostenibilidad en el trabajo por causa del diagnóstico de VIH.

Las diferentes aproximaciones metodológicas de las dos mediciones impiden que los hallazgos sean comparables. Sin embargo, es fundamental considerar de manera descriptiva las divergencias y persistencias en los resultados obtenidos de las dos mediciones, con miras a construir un insumo de la política pública y fortalecer las iniciativas y estrategias planteadas a nivel nacional y territorial.

Los resultados muestran que el estigma y la discriminación, además de ser un fenómeno social altamente complejo, son interseccionales con otras condiciones, entre ellas, orientación sexual, género y población víctima del conflicto armado.

Los resultados del estudio 2022 muestran que existe una alta proporción de personas que viven con VIH que deciden mantener oculto el diagnóstico frente a la pareja/esposo(a),

El comportamiento del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH es, en general, semejante en todas las regiones de Colombia analizadas. Sin embargo, estos resultados se ven modulados y modificados por razones sociales y culturales propias de cada región.

familia, trabajo y amigos, lo que, de acuerdo con el análisis cualitativo, se debe prioritariamente al temor al rechazo, al estigma y la discriminación. Sin embargo, esta situación profundiza los sentimientos de estigma interno y las actitudes relacionadas con el aislamiento y la pérdida de relaciones sociales, tanto sentimentales como sexuales. Por ello, resulta importante analizar qué percepciones y valoraciones dentro del estigma interno de las personas, corresponden a evaluaciones realizadas por la misma persona, en relación a cómo percibe su entorno y los efectos que esto puede tener en el hecho de compartir su diagnóstico, en contraste con la percepción que hay en el entorno del VIH.

Los resultados muestran que el estigma y la discriminación, además de ser un fenómeno social altamente complejo, son interseccionales con otras condiciones, entre ellas, orientación sexual, género y población víctima del conflicto armado.

El comportamiento del estigma y la discriminación hacia personas que viven con VIH es, en general, semejante en todas las regiones de Colombia analizadas. Sin embargo, estos resultados se ven modulados y modificados por razones sociales y culturales propias de cada región. Por ejemplo, la pertenencia y asistencia a cultos y religiones, el apego familiar, entre otros. El comportamiento de la Región Oriente, pese a que fue la única que no alcanzó el tamaño de muestra definido a priori, frente a los fenómenos de estigma y discriminación es semejante (estadísticamente) al de las demás regiones. Sin embargo, el rechazo a participar en el estudio podría deberse a factores relacionados con la comprensión y atención de las personas que viven con VIH en esta región, asociado a factores socio culturales que subyacen y modulan los comportamientos y respuestas sociales.

Recomendaciones de política pública

Generales

1. **Continuar fortaleciendo la respuesta del gobierno y el sistema de salud para alcanzar las metas propuestas por ONUSIDA para el 2030: 95-95-95.** Las personas con carga viral detectable, es decir, menor control de la condición, tienen mayor posibilidad de sufrir estigma y discriminación a causa de vivir con VIH.

2. **Realizar estudios en profundidad en las poblaciones clave.** Frente a las características sociodemográficas se identificó un bajo número de personas perteneciente a otras poblaciones clave, diferentes a hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Esto sugiere la necesidad de realizar estudios en profundidad en este tipo de poblaciones para poder comprender de mejor manera los fenómenos de estigma y discriminación derivados de vivir con VIH.

Atención en salud y protección social

1. **Garantizar el acceso efectivo a la atención en salud y fortalecer los programas de atención integral a las personas con VIH**, y dar continuidad a los mismos, procurando mayores intervenciones psicosociales, tanto con la persona que vive con VIH, como con la red de apoyo. En lo relativo a la atención en salud específica, se evidencia que la mayoría de la población recibe tratamiento antirretroviral y se encuentra indetectable. Sin embargo, se hace explícito que las personas prefieren no revelar el diagnóstico en servicios de salud ajenos a los programas de atención, por temor a la divulgación del diagnóstico, el estigma y la discriminación. Derivado de esta situación, y entendiendo que el control de la condición y el logro de la indetectabilidad son factores protectores, así como la educación y fortalecimiento de la autoestima, se considera indispensable fortalecer los programas de atención integral a las personas con VIH.

2. **Garantizar la confidencialidad respecto al diagnóstico y tratamiento** de las personas que viven con VIH, en todas las etapas del proceso de atención en el sistema de salud. Se requiere intensificar acciones que generen confianza y seguridad en las PVVS frente a información de diagnóstico, que garanticen confidencialidad, privacidad e intimidad desde los servicios de salud.

3. **Abordar la salud mental como componente de la atención**, así mismo intervenir las condiciones de contexto para generar ambientes amigables, libres de prejuicios y prácticas discriminatorias y con redes de apoyo y afecto.

4. **Consolidar en los programas de atención el rol de paciente par**, de tal manera que se convierta en una intervención adherida al plano social del paciente. Su adopción como una práctica sistemática en todos los programas, implica el desarrollo de una estrategia de capacitación y seguimiento al Paciente Par liderada por el programa de atención.

Los resultados muestran que el estigma y la discriminación, además de ser un fenómeno social altamente complejo, son interseccionales con otras condiciones, entre ellas, orientación sexual, género y población víctima del conflicto armado.

5. **Promover la articulación con sistemas de protección social** que redundan en el mejoramiento de la calidad de vida. En este sentido, se debe promover el avance en la escolarización para lograr mayores niveles educativos y acceso a otros programas de protección social como son el seguro de desempleo, esto con miras a superar factores que puedan incrementar su vulnerabilidad.

Educación y redes de apoyo

1. **Promover espacios de formación dirigidos a profesionales de la salud**, en torno al VIH y, específicamente, a la atención de la salud sexual y reproductiva en personas que viven con VIH

2. **Priorizar las acciones educativas dirigidas a las personas que viven con VIH, respecto a su autoestima y autopercepción, así como las acciones educativas y de sensibilización a la población general frente al VIH,** de tal manera que se ponga fin al rechazo, temor, discriminación y estigma, secundarios al desconocimiento de esta condición.

3. **Fortalecer los espacios de conocimiento y reconocimiento de derechos, las formas de exigibilidad,** dado que otro aspecto importante es el insuficiente conocimiento de las leyes y la normatividad relacionada con la protección de los derechos de las personas que viven con VIH, a lo que se suma la falta de reconocimiento de redes y organizaciones que las apoyan.

4. **Fortalecer y dar a conocer las organizaciones y redes de personas que viven con VIH**, de tal manera que ejerzan abogacía en torno a la eliminación de la estigmatización y discriminación en todos los ámbitos de la vida cotidiana y den mayor vínculo en sus acciones al trabajo directo con las PVVS.

5. **Acentuar la vinculación de Organizaciones de Base Comunitarias, redes, ONG, como parte de los sistemas de enrutamiento de las PVVS a grupos de apoyo, actividades y formación.** Lo anterior, brinda información valiosa sobre el conocimiento e interés de participación de las personas que viven con VIH en las redes, grupos y organizaciones de base comunitaria, así como múltiples posibilidades de intervención desde estas redes, en torno a los fenómenos de estigma y discriminación.

Referencias

Belmar, J., & Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista Chilena de Infectología, 34*(4), 352–358.

Betancourt Rodríguez, C. F. (2017). *Bareback , Prácticas sexuales de resistencia entre hombres. Aportes desde la genealogía a la prevención del VIH.* http://repository.udistrital.edu.co/bitstream/11349/6394/1/BetancourtRodríguezCarlosFabian2017.pdf

Bowleg, L. (2022). The Problem With Intersectional Stigma and HIV Equity Research. *American Journal of Public Health, 112*(S4), 344–346.

Brigitte Roux; Henry Rouanet. (2004). Multiple Correspondence Analysis (MCA). In *Geometric Data Analysis. From Correspondence Analysis to Structured Data Analysis* (pp. 180–250).

Consorcio de Organizaciones de Personas con VIH en el Perú. (2018). *Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH en Perú.*

Cuenta de Alto Costo. (2021). *Día mundial del VIH 2021.* https://cuentadealtocosto.org/site/vih/dia-mundial-del-vih-2021/#:~:text=Bogotá%2C D.C. 29 de noviembre de 2021. Según el reporte más reciente, 25 a los 34 años.

Deacon, H. (2006). Towards a sustainable theory of health-related stigma: Lessons from the HIV/AIDS literature. *Journal of Community and Applied Social Psychology, 16*(6), 418–425. https://doi.org/10.1002/casp.900

Denzin, N. K. (2012). Triangulation 2.0. *Journal of Mixed Methods Research, 6*(2), 80–88.

E.V., D. A. (2021). *Positive stimmen 2.0. Living with HIV, breaking down discrimination*.

Font Canals, R. (2022). Un reto colectivo: eliminar la discriminación y el estigma en el ámbito de la salud. *Revista Multidisciplinar Del SIDA, 10*, 3–5.

García-Jaime, R. (2022). Investigación de la sexualidad en mujeres migrantes latinoamericanas en el periodo 2011-2021. *Analéctica, 8*(51). https://doi.org/https://doi.org/10.5281/zenodo.6712851

Goffman, E. (2006). *Estigma. La identidad deteriorada* (Amorrortu editores SA, Ed.; 1a Edición).

Grande-López, V. (2019). Una mayor empatía al VIH/SIDA a través de la educomunicación. *Revista Española de Comunicación en Salud, 10*(1), 102–108.

Green, G., & Platt, S. (1997). Fear and loathing in health care settings reported by people with HIV. In *Sociology of Health and Illness* (Vol. 19, Issue 1, pp. 70–92). https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00016.x

Hocking, R. R. (1976). The Analysis and Selection of Variables in Linear Regression. Biometrics, 32, 1–49.

Jacques Aviñó, C., García de Olalla, P., Díez, E., Martín, S., & Caylà, J. A. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria, 29*(4), 252–257. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002

Kappes Ojeda G, C., & Mella Moraga, R. (2014). El ejercicio del poder y su relación con el rol profesional de un grupo de enfermeras en la gestión de los cuidados. *Cuidados de Enfermería y Educación En Salud, 1*, 52–68.

Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology, 27*(2001), 363–385. https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363

López Díaz, Y. (2002). *¿Por qué se maltrata al más íntimo?: una perspectiva psicoanalítica del maltrato infantil* (U. N. de Colombia, Ed.).

MEXFAM; Red Mexicana de Personas que Viven con VIH/SIDA, A. C. (2015). Índice de estigma en personas que viven con VIH en México. Informe final de resultados. In *Paper Knowledge. Toward a Media History of Documents.*

Morales Miranda, S. (2017). Índice de estigma y discriminación en personas con VIH. *Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre VIH/SIDA–ONUSIDA-, PNUD e HIVOS,* Guatemala, 124.

ONUSIDA. (2015a). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA.*

ONUSIDA, P. C. de las N. U. sobre el V. (2015b). *Claves para entender el enfoque de Acción Acelerada. Poner fin a la epidemia de Sida Para 2030.* 1–12.

Pescosolido, B. A., & Martin, J. K. (2015). The Stigma Complex. *Annual Review of Sociology, 41*, 87–116. https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145702

Saint-Pierre-Contreras, G. (2019). *Diagnóstico tardío de VIH / Sida en pacientes rurales dado por baja sospecha diagnóstica en la comunidad médica . Reportes de caso. 67*(3), 349–353.

Simbaqueba Vargas, J., Pantoja, C. P., & Castiblanco Torres, B. (2011). Resultados del índice de estigma en personas que viven con VIH en Colombia. En *Voces Positivas* (Vol. 1, Issue 1).

Simoni, J. M., Nelson, K. M., Franks, J. C., Yard, S. S., & Lehavot, K. (2011). Are peer interventions for HIV efficacious? A systematic review. *AIDS and Behavior, 15*(8), 1589–1595. https://doi.org/10.1007/s10461-011-9963-5

Wintemute, R. (1997). Recognising New Kinds of Direct Sex Discrimination: Transsexualism, Sexual Orientation and Dress Codes. *The Modern Law Review, 334.*

PODEMOS
SIDA
K HARING 89

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado

UT Red Somos – Processum

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introducción
Usted ha sido invitado(a) a participar en esta investigación para estimar el índice de estigma y discriminación en personas que viven con VIH y Sida en Colombia. El objetivo de este documento es brindarle información sobre el estudio, las actividades que se van a realizar y ofrecer un espacio para que pregunte lo que considere necesario, con el fin que todo sea claro y de esta manera pueda decidir si desea o no participar.

Nombre del estudio:
Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia.

Propósito del Estudio
El propósito del estudio es estimar el índice de discriminación en razón de vivir con VIH en personas con 18 años de edad o más en Colombia en el año 2022, como herramienta para la generación de acciones frente a la respuesta al VIH y Sida en el país

Entidad que realiza la investigación
La Unión Temporal Red Somos - Processum es la entidad responsable del desarrollo del proceso. Para el desarrollo del presente protocolo, el Ministerio de salud Y Protección Social desarrolló un convenio con ENTerritorio, y es este último quien realiza la contratación del proyecto con la UT. Los recursos provienen del Fondo Mundial. El rol del Ministerio de Salud y Protección Social es de acompañamiento técnico y relacionamiento – invitación a las IPS.

Información de los investigadores
Investigador Principal: Ángela Viviana Pérez Gómez
Email. angelaperez@processum.org
Celular: 3195257317
Co investigador: Claudia Liliana Martínez Quesada
Email. claudiamartinez@processum.org

Acta 021-2021 del 09 de Noviembre de 2021

Nadia Yadira Castaneda G.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Comité Institucional de Ética en Investigación

UT Red Somos – Processum

Fuentes de financiamiento
Este proyecto es financiado a por ENTerritorio en el marco del Contrato de Servicios de Consultoría No.2210566.

Número de participantes
El número de participantes que se espera incluir durante el desarrollo del estudio es:

1. Encuestas individuales: 989 participantes
2. Grupos focales: 5 grupos focales, y en cada uno de ellos participarán 5 personas, en total se espera la participación de 25 personas en los grupos focales
3. Entrevistas individuales: 25 participantes.

No obstante, el número de participantes en los grupos focales y entrevistas individuales podrá variar de acuerdo con el análisis y los resultados obtenidos.

Cobertura geográfica del proceso
Este proceso contempla la realización de encuestas, entrevistas y grupos focales, que representen el territorio nacional, por lo tanto, se buscará contar con participantes en las siguientes regiones:

- Región centro: Boyacá, Cundinamarca, Huila y Tolima
- Región Costa Atlántica: San Andrés, Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Magdalena y Sucre
- Región Costa Pacífica: Chocó, Cauca, Valle del Cauca y Nariño
- Región Eje Cafetero: Antioquia, Caldas, Risaralda y Quindío
- Región Oriente: Amazonas, Arauca, Caquetá, Casanare, Guainía, Guaviare, Meta, Putumayo, Vaupés y Vichada.
- Región Santanderes: Santander y Norte de Santander.
- Bogotá: esta ciudad, por sus dinámicas diferenciales respecto al resto del país, así como por su tamaño poblacional, será considerada en sí misma un estrato.

Obtención de la información de los participantes y acuerdo con la IPS
a identificación de los participantes se realizó a través del desarrollo de un proceso estadístico, a través de registros nacionales que están anónimos, y permiten identificar las IPS a nivel nacional en las cuales se realiza atención en salud a las personas con VIH y Sida. Posteriormente se realizó una presentación a las IPS y se concertó con ellas su participación, siempre resguardando y asegurando la confidencialidad de los participantes.

Criterios de inclusión y exclusión
Una vez se realiza el proceso estadístico se aplican unos criterios que determinan que personas pueden o no participar en el proceso. Estos criterios son:

Criterios de inclusión
- Persona con diagnóstico confirmado de VIH hace un año o más.
- Persona con 18 años o más.

UNION TEMPORAL RED SOMOS-PROCESSUM
Avda. Cra. 19 No 114 – 09 Oficina 403
Teléfono 601 6296779
Bogotá – Colombia

- Persona que se encuentre atendidas en IPS que informan a la Cuenta de Alto Costo.

Criterios de exclusión

- Persona que haya participado en alguna etapa de esta investigación: validación de la encuesta o prueba piloto.
- Persona que haga parte del equipo de investigación o del equipo de recolección de información.
- Persona que por limitaciones físicas, cognitivas o derivadas del uso de sustancias psicoactivas que no esté en capacidad de responder de manera autónoma la encuesta
- Mujeres en estado de embarazo

Custodia y confidencialidad de la información brindada por los participantes
Durante todo el proceso de investigación el equipo de investigación garantizará la confidencialidad de la información y su custodia. No obstante, el Investigador principal será el responsable de garantizar la confidencialidad y custodia de toda la información y datos recolectados durante el proceso. Sin afectación de lo anterior, cada uno de los integrantes del equipo (Coinvestigador, supervisores, estadístico, encuestadores, digitadores, asistente administrativo) tendrán en el marco de sus responsabilidades la custodia y confidencialidad de los datos recolectados.

Toda la información que usted brinde se mantendrá completamente confidencial. Su nombre no aparecerá en el cuestionario, ni en los resultados finales de la investigación, los cuales se desagregarán por región y algunas variables demográficas de interés.

Procedimientos
Un encuestador(a) previamente capacitado le realizará una entrevista estructurada, es decir le solicitará responder unas preguntas sobre las experiencias de estigma y discriminación que ha percibido.
Solo será necesaria su presencia durante la entrevista que esperamos conteste completamente, pero estará en la libertad de abandonar el estudio en cualquier momento si así lo estima conveniente.
En el caso en el cual usted decida abandonar el estudio, la información que haya brindado, ya sea a través de la participación como respondiente de la encuesta, a través de entrevista semiestructurada o de grupos focales, será eliminada y destruida y no será parte del proceso de análisis. La entrevista tendrá lugar en un consultorio de la IPS, el cual cumple con lo necesario para garantizar la confidencialidad.

Riesgos e Incomodidades
No existe riesgo para usted en este estudio, pues no se le realizarán intervenciones o administrarán medicamentos. Sólo se le pedirá que responda las preguntas. Es posible que se sienta incómodo(a) con algunas preguntas de naturaleza privada, sobre su sexualidad y su historia de vida, sin embargo, éstas se realizarán en un lugar discreto y bajo total confidencialidad. En caso de que, al final de la encuesta se considere necesario, será remitido al servicio de psicología de la IPS en la cual es atendido.

Beneficios
Los beneficios por participar en esta investigación son a nivel general y para toda la población con VIH en Colombia puesto que, al identificar los principales rasgos de estigma y discriminación, se podrán diseñar y poner en marcha acciones de política pública como parte de la respuesta frente al VIH y Sida tanto en su territorio como en el resto del país, que tengan como objetivo la protección y promoción de sus derechos.

¿A quién acudir en caso de dudas?
Usted puede preguntar al encuestador cualquier duda que tenga, él atenderá sus inquietudes o sugerencias. Si tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio, presenta alguna dificultad o si decide dejar el estudio, puede comunicarse con la investigadora principal
Investigador Principal: Ángela Viviana Pérez Gómez
Email. angelaperez@processum.org
Celular: 3195257317
Si usted tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación, puede comunicarse con El Comité Institucional de Ética en Investigación, cuyo teléfono es 6489000 Ext. 1520, la dirección es Calle 132 No. 7A- 63. Piso 2 y 3 Bogotá D.C.; y el correo electrónico es: comiteetica@unbosque.edu.co.

Medidas de bioseguridad
Derivado de la situación por la pandemia, es relevante mencionar que, durante el diligenciamiento de la encuesta, tanto usted como participante y yo como encuestador, debemos hacer uso permanente del tapabocas y se debe mantener una distancia mínima de 1 metro. En el consultorio en el cual se realiza la encuesta se dispondrá de gel antibacterial, y antes de iniciar la encuesta se realizarán preguntas acerca de síntomas que sugieran enfermedad respiratoria.
Es importante mencionar que estas preguntas también son realizadas de manera periódica y sistemática a las personas que realizamos las encuestas, cumpliendo con los protocolos de bioseguridad que se han dispuesto.
Las medidas de bioseguridad en el momento de la entrevista semiestructurada, serán: uso permanente del tapabocas por parte del entrevistador y del entrevistado, distanciamiento mínimo de 1 metro. En el consultorio en el cual se realiza la encuesta se dispondrá de gel antibacterial, y antes de iniciar la entrevista se realizarán preguntas acerca de síntomas que sugieran enfermedad respiratoria. Es importante mencionar que estas preguntas también son realizadas de manera periódica y sistemática al entrevistador cumpliendo con los protocolos de bioseguridad que se han dispuesto.
Para el caso de los grupos focales, estos se realizarán en un lugar con adecuada ventilación, en el cual se mantenga el distanciamiento mínimo de 1 metro, el aforo máximo por grupo focal será de 7 personas, incluyendo el entrevistador. El uso de tapabocas por parte de todos los participantes será obligatorio durante toda la sesión. Se dispondrá de gel antibacterial en el lugar. No se permitirá el consumo de alimentos al interior del salón. A todos los participantes del grupo focal se les realizarán las preguntas acerca de síntomas que sugieren enfermedad respiratoria de manera previa.

Aceptación del participante
Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera la forma en cómo le tratan en los servicios de salud, en las organizaciones comunitarias y en su trabajo. Usted recibirá una copia de este consentimiento diligenciado a su solicitud. La participación en este proceso no tiene ningún costo para usted. El proceso contempla brindar un incentivo a los participantes, el cual corresponde a 10.000 pesos como reconocimiento del transporte, así como la entrega de un pastillero. Dado que este estudio contempla la realización de la encuesta, así como el desarrollo de grupos focales y entrevistas a profundidad, el reconocimiento del valor de 10.000 pesos se realizará para cada una de estas actividades, en caso de que sea seleccionado y si acepta participar en ellas. Antes de firmar si acepta o no, debe sentirse libre de dudas y sin presiones.

Si usted está de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio, y toda la información que se le ha proporcionado ha sido leída y ha quedado clara, por favor marque la casilla correspondiente con su decisión y firme a continuación:

	Marque con una X	Firma
Si acepto participar en la encuesta:		
No acepto participar en la encuesta:		

Por último, como parte del estudio se realizarán grupos focales y entrevistas a profundidad ¿usted aceptaría participar en el desarrollo de un grupo focal en caso de que esta investigación así lo requiera?
Antes de responder permítame indicarle que es el grupo focal, su objetivo y como se lleva a cabo. El grupo focal es un encuentro con otras personas, aproximadamente 5, en el cual se conversa en torno a unas preguntas orientadoras, que permitan profundizar en las experiencias, emociones y significados que construyen como grupo sobre el estigma y la discriminación relacionada con el vivir con VIH.

	Marque con una X	Firma
Si acepto participar en el grupo focal:		
No acepto participar en el grupo focal:		

¿Usted permitiría que se le realizara una entrevista a profundidad en caso de que esta investigación así lo requiera?, por favor marque su decisión a continuación.

	Marque con una X	Firma
Si acepto participar en una entrevista a profundidad:		
No acepto participar en una entrevista a profundidad:		

De haber elegido participar en el grupo focal o en la entrevista a profundidad le pido el favor me indique el número de celular y / o correo electrónico en donde posteriormente lo pueda contactar.
Los grupos focales y las entrevistas a profundidad serán realizadas en un espacio cómodo que puede ser en la IPS, si se cuenta con la infraestructura, o podrá ser un salón independiente. La localización será informada en caso de que usted resulte elegido para participar en esas actividades.

Firma de participante	
Nombre del participante:	
Documento de Identidad:	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Firma del encuestador	
Nombre del encuestador:	
Documento de Identidad:	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Firma del testigo	
Nombre del testigo:	
Documento de Identidad:	
Teléfono de contacto	
Correo electrónico	

Fecha_____
Lugar _____.
Hora_____

Anexo 2. Aprobación del comité de ética.

Vigilada Mineducación

COMUNICACIÓN INTERNA

Comité Institucional de Ética en Investigación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

MIEMBROS

NADIA YADIRA CASTAÑEDA G.
Lic. Biología y Química
MSc. en Bioquímica
CPhD. Biotecnología
Experto en Metodología de la Investigación
Presidente

EDGAR ORLANDO BELTRAN Z.
Odontólogo
MSc en Ciencias Básicas Biomédicas
Experto en Metodología de la Investigación
Secretario Ejecutivo

DIANA MARCELA BUITRAGO R.
Bacterióloga
PhD Ciencias Farmacéuticas
Investigador

MIGUEL ANTONIO SÁNCHEZ C.
Enfermero
MSc en Administración en Salud
PhD Bioética
Experto en Bioética

FELIPE RAMÍREZ GIL.
Diseñador Industrial
Especialista en docencia Universitaria
PhD Bioética
Experto en Bioética

MARIA DEL PILAR OLAYA O.
Química Farmacéutica.
MSc en Toxicología
PhD Ciencias Farmacéuticas
Farmacóloga

LINA ROCIO GUTIERREZ T.
Abogada
Especialista en Derecho Administrativo, Derecho Procesal y Derecho Probatorio
MSc en Docencia de la Educación Superior
Abogada

Bogotá, D.C., 09 de noviembre de 2021

Doctora
Ángela Viviana Pérez Gómez
Directora General e Investigadora Principal
UT Red Somos- Processum
Bogotá

Referencia
Proyecto: "Protocolo de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia, 2021"
UT Red Somos- Processum

Investigadora Principal: Ángela Viviana Pérez Gómez

Coinvestigadora: Claudia Liliana Martínez Quesada.

Respetada Doctora Ángela Pérez,

Estamos informando que el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad El Bosque en sesión ordinaria del 09 de noviembre de 2021, según Acta No.021-2021, con los miembros citados a la izquierda, quienes cumplían con el quórum revisó y aprobó el proyecto de la referencia.

Investigación con Riesgo Mínimo

PBX: (57-1) 633 13 68 Ext. 1520 Fax: (57-1) 6 48 90 06
Calle 132 No. 7ª – 63 Pisos 2 y 3
comiteetica@unbosque.edu.co
Bogotá D.C, Colombia

Vigilada Mineducación

COMUNICACIÓN INTERNA

Comité Institucional de Ética en Investigación

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Por una cultura de la vida, su calidad y su sentido

MARIA CRISTINA MEJÍA G.
Psicóloga
Representante de la Comunidad.

HERNÁN CAMILO MEDINA B.
Filósofo
MSc en Filosofía
PhD en Filosofía
Experto en Investigación en Ciencias Sociales

Número de Miembros Total: 9

Número de Miembros que participaron en la evaluación y aprobación de documentos: 9

Número de miembros que se requiere para que haya quórum: 5

El formato de Consentimiento Informado aprobado por el comité se encuentra sellado y firmado por la Presidente del comité para ser aplicado en este estudio.

Reiteramos que cualquier modificación al proyecto y a los formatos aprobados, debe ser sometida a aprobación por parte del comité. El comité considera cualquier cambio sin notificar como una falta al cumplimiento del aval ético.

El Investigador Principal deberá entregar el informe de seguimiento y el informe final en los formatos y fechas establecidos y comunicados por el comité.

Se emitirá el Acta de Cierre del Comité Institucional de Ética, cuando el Investigador Principal cumpla en la fecha estipulada del informe final.

NOTA: Este documento en archivo digital es una copia idéntica del documento en físico original sellado y firmado por la Presidente del comité.

Atentamente,

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
Comité Institucional de Ética en Investigación

Nadia Yadira Castaneda G.

NADIA YADIRA CASTANEDA GARCIA
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación

PBX: (57-1) 633 13 68 Ext. 1520 Fax: (57-1) 6 48 90 06
Calle 132 No. 7ª – 63 Pisos 2 y 3
comiteetica@unbosque.edu.co
Bogotá D.C, Colombia

Anexo 3. Encuesta de investigación para identificar el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH en Colombia.

Fecha:	Supervisión:	Revisión de la encuesta:

Código muestral: BG-103-25- 1706-000

Sección 1. Información social y demográfica	
Nº	**Pregunta**
1	¿Cuál es su sexo al nacer? ☐ 1. Varón ☐ 2. Mujer ☐ 3. Intersexual
2	¿Con cuál género se identifica? (Esperar respuesta, marque solo una opción) ☐ 1. Masculino ☐ 2. Femenino ☐ 3. Transgénero ☐ 4. No binario
3	¿Cuál es su fecha de nacimiento? (DD-MM-AAAA)
4	¿Cuál es su orientación sexual? (Leer categorías y marcar una sola opción)
	☐ 1. Homosexual ☐ 2. Heterosexual ☐ 3. Bisexual ☐ 4. No sabe
5	¿Cuántos años lleva viviendo con VIH?:
6	Actualmente, ¿cuál es su estado civil? (Esperar respuesta, marque solo una opción) ☐ 1. Soltero(a) ☐ 2. Casado(a) ☐ 3. Unión libre ☐ 4. Separado(a) / Divorciado(a) ☐ 5. Viudo(a)
7	¿Tiene pareja? ☐ 1. Si ☐ 2. No (salto pregunta 10)
8	¿Vive con su actual pareja?
9	¿Cuánto tiempo lleva con su actual pareja? (Marque solo meses o solo años según corresponda)
	☐ 1. Meses ☐ 2. Años
10	¿Tiene hijos? ☐ 1. Si ☐ 2. No (salto a la pregunta 14)
11	¿Cuántos hijos tiene?
12	¿Alguno de sus hijos vive con VIH? ☐ 1. Si ☐ 2. No (salto a la pregunta 14)
13	¿Cuántos hijos viven con VIH?
14	¿Tiene relaciones sexuales actualmente (último mes) (las relaciones sexuales incluyen sexo oral, anal, vaginal)? ☐ 1. Si ☐ 2. No
15	¿Pertenece o ha pertenecido a alguno de los siguientes sectores sociales...? (Lea las opciones, puede marcar más de una opción). Observación: Las respuestas seleccionadas deben marcarse con 1
	☐ a. Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (gay, bisexual, otros)
	☐ b. Persona trans (transgénero, transexual, travesti, transformista) ☐ c. Persona que se inyecta drogas
	☐ d. Trabajadores(as) sexuales ☐ e. Persona en habitanza de calle
	☐ f. Persona privada de la libertad ☐ g. Víctima del conflicto armado
	☐ h. Grupo étnico (indígena, rom, raizal, palenquero, negro, afrodescendiente)
	☐ i. Migrante o solicitante de asilo ☐ j. Trabajador migrante
	☐ k. Lesbiana ☐ l. Heterosexual ☐ m. Ninguna

Sección 1. Información social y demográfica	
Nº	**Pregunta**
16	¿Tiene alguna discapacidad? (Encuestador(a): aclare que no se está preguntando por mala salud en general relacionada con el VIH. El término "discapacidad" significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social). ☐ 1. Si ☐ 2. No (salto a la pregunta 18)
17	¿Cuál es la discapacidad?
18	¿Cuál es el nivel educativo más alto alcanzado y cuál es el último año aprobado en ese nivel? (Esperar respuesta, completar y marcar solo el nivel educativo más alto alcanzado)? ☐ 1. Preescolar ☐ 2. Primaria ☐ 3. Secundaria ☐ 4. Técnico ☐ 5. Tecnológico ☐ 6. Universitario ☐ 7. Postgrado ☐ 8. Ninguno
18.1	El último año aprobado en ese nivel
19	En los últimos siete (7) días, ¿a qué se dedicó?: (Leer opciones, marque una sola opción) ☐ 1. Trabajó como empleado/a ☐ 2. Trabajó como independiente ☐ 3. No trabajó, pero tenía trabajo ☐ 4. Buscó trabajo ☐ 5. No trabajó, ni buscó trabajo ☐ 6. A Estudiar ☐ 7. A estudiar y trabajar ☐ 8. No trabajó porque es pensionado, jubilado, rentista ☐ 9. A actividades del hogar ☐ 10. Está incapacitado para trabajar ☐ 11. Otro ¿cuál?
19.1	Descripción de Otro ¿cuál?
20	¿Tiene alguna fuente de ingresos? ☐ 1. Si ☐ 2. No
21	¿Vive solo/a? ☐ 1. Si (Salto a pregunta 25) ☐ 2. No
22	¿Cuántas personas viven con usted y en qué grupos de edad se encuentran? (Esperar respuesta) ☐ a. Niños(as) de 0 a 14 años ☐ b. Jóvenes de 15 a 19 años ☐ c. Adultos entre 20 y 24 años ☐ d. Adultos entre 25 y 29 años ☐ e. Adultos entre 30 y 39 años ☐ f. Adultos entre 40 y 49 años ☐ g. Adultos de 50 años y más ☐ Total
23	¿De las personas que viven con usted, ¿alguna vive con VIH? ☐ 1. Si ☐ 2. No (Salto a pregunta 25)
24	¿De las personas que viven con usted y viven con VIH, ¿cuántos son niños o jóvenes? según el Ministerio de Salud y Protección Social, la etapa de juventud comprende desde los 14 a los 26 años
25	¿Cuál es su ciudad o municipio de residencia?:
26	¿La vivienda queda en área...? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ Urbana ☐ 2. Rural
27	En promedio, ¿cuál fue el ingreso mensual suyo o de su familia (en caso de que no viva solo) en los últimos 12 meses? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Menos de 1.000.000 ☐ 2. Entre 1.000.000 y 2.000.000 ☐ 3. Entre 2.000.000 y 4.000.000 ☐ 4. Entre 4.000.000 y 6.000.000 ☐ 5. Entre 6.000.000 y 8.000.000 ☐ 6. Más de 8.000.000
28	¿Cuál es su régimen de seguridad social en salud? (Esperar respuesta, marque una sola opción.) ☐ 1. Contributivo ☐ 2. Subsidiado ☐ 3. Vinculado ☐ 4. Régimen especial (Fuerzas militares, Policía, magisterio, Ecopetrol, universidades públicas) ☐ 5. Carta de resguardo indígena

Sección 2 A. Experiencia de estigma y discriminación a manos de otros	
Nº	**Pregunta**
29	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido excluido(a) de reuniones o actividades sociales (ej. Bodas, funerales, fiestas, clubes)? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No asiste a reuniones o actividades sociales (Salto a pregunta 31) **Observación:** la opción 5 se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después sí se realiza el salto.
29.1	¿Asiste a reuniones o actividades? (Salto a pregunta 31)
30	Cuando fue excluido(a) de alguna reunión o actividad social, fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
31	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido excluido(a) de actividades religiosas o de lugares de culto? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No asiste a actividades religiosas o lugares de culto (Salto a pregunta 33) **Observación:** la opción 5, se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después sí se realiza el salto.
31.1	¿Asiste a actividades religiosas o lugares de culto? (Salto a pregunta 33)
32	Cuándo fue excluido(a) de alguna actividad religiosa o un lugar de culto fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
33	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido excluido(a) de actividades familiares; ej. cocinar, comer juntos, dormir en la misma habitación? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No asiste a actividades familiares (Salto a pregunta 35) **Observación:** La opción 5, se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después si se realiza el salto.
33.1	¿Asiste a actividades familiares? (Salto a pregunta 35)
34	Cuando fue excluido(a) de alguna actividad familiar fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
35	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se ha dado cuenta de que algunas personas han murmurado sobre usted? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 37)

Sección 2 A. Experiencia de estigma y discriminación a manos de otros	
Nº	**Pregunta**
36	Cuando han murmurado de usted ha sido por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
37	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia lo/a han insultado verbalmente, acosado o amenazado? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 39)
38	Cuando fue insultado/a verbalmente, acosado/a o amenazado/a fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
39	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia lo/a han acosado o amenazado físicamente? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 41)
40	Cuando fue acosado(a) o amenazado(a) físicamente fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
41	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido agredido(a) físicamente? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 44)
42	Cuando fue agredido(a) físicamente fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
43	¿Quién le agredió? (Esperar respuesta y marque las opciones que considere) ☐ 1. La pareja ☐ 2. Otro miembro del grupo familiar ☐ 3. Conocidos, que no son de la familia ☐ 4. Desconocidos ☐ 5. Expareja Las respuestas seleccionadas deben marcarse con 1
44	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha sido agredido(a) virtualmente? (Redes sociales, chats, páginas de internet o aplicaciones para citas) (Leer las opciones y marcar una sola opción). ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 46) ☐ 5. No usa redes sociales, chats, páginas de internet o aplicaciones para citas (Salto a pregunta 46) La opción 5, se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después sí se realiza el salto.
44.1	¿Usa redes sociales, chats, páginas de internet o aplicaciones para citas? (Salto a pregunta 46)
45	Cuando fue agredido virtualmente, fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
Encuestador(a), en caso de que el participante haya indicado en alguna pregunta: Otras razones, preguntas de la 30 hasta la 45, realice la pregunta 46, de lo contrario pase a la pregunta 48	

Sección 2 A. Experiencia de estigma y discriminación a manos de otros		
Nº	**Pregunta**	
46	Por favor indique cuál de las siguientes categorías explican mejor por qué usted considera que fue discriminado/a. (Leer opciones y marcar varias opciones si así lo considera)	
	Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (gay, bisexual, otros)	Miembro de grupo étnico (indígena, rom, raizal, palenquero, negro, afrodescendiente)
	Persona trans (transgénero, transexual, travesti, transformista)	Migrante o solicitante de asilo
	Persona que se inyecta drogas	Trabajador migrante
	Trabajadores(as) sexuales	Lesbiana
	Persona en habitanza de calle	Discapacitado(a)
	Persona privada de la libertad	Ninguna de las anteriores, fue debido a otras razones
	Persona desplazada	
Encuestador(a), en caso de que el participante le indique: (13) ninguna de las anteriores… en la pregunta 46, realice la pregunta 47, de lo contrario continúe en la pregunta 48		
47	Por favor describa la(s) otra(s) razón(es) que considera fueron la causa de la discriminación en cada una de las situaciones mencionadas:	
48	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia su pareja sexual ha ejercido presión psicológica o manipulación hacia usted por vivir con VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No tiene pareja sexual	
49	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha experimentado rechazo sexual como resultado de su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No tiene pareja sexual ☐ 5. No tiene relaciones sexuales	
50	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido discriminado(a) por otras personas que viven con VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No conozco personas que vivan con VIH	
51	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su pareja sexual o alguno de los miembros de su familia han experimentado discriminación debido a su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No tiene pareja sexual o familia ☐ 6. Mi pareja sexual o familia no saben que vivo con VIH	
52	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido excluido(a) o rechazado(a) en las redes sociales de internet como resultado de su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No usa redes sociales de internet	
Encuestador(a), en caso de que el participante haya manifestado alguna forma de estigma o discriminación relacionada con el VIH en los últimos 12 meses, preguntas de la 29 a la 52 (sección 2A), realice la pregunta 53, de lo contrario continué en la sección 2B.		
53	¿Por qué piensa que ha experimentado alguna forma de estigma o discriminación relacionada con el VIH en los últimos 12 meses? (Por favor registre toda la información suministrada por el participante)	

Sección 2 B. Acceso al trabajo, servicios de salud y educación	
Nº	**Pregunta**
54	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia se ha visto forzado(a) a cambiar su lugar de residencia o no le han arrendado una casa, apartamento o habitación por su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No he tenido necesidad de cambiar de lugar de residencia (Salto a pregunta 56) **Observación:** la opción 5, se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después si se realiza el salto.
54.1	¿Ha tenido necesidad de cambiar de lugar de residencia? (Salto a pregunta 56)
55	Cuando se vio forzado(a) a cambiar de residencia o le fue imposible arrendar una casa, apartamento o habitación fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
56	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha perdido su empleo u otra fuente de ingresos? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca (Salto a pregunta 59)
57	Cuando perdió su empleo o fuente de ingreso fue por... (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Debido a que vive con VIH ☐ 2. Por otras razones ☐ 3. Tanto por vivir con VIH como por otras razones ☐ 4. No está seguro(a) porqué
Encuestador(a), en caso de que la razón por la cual el/la participante perdió el empleo o la fuente de ingresos haya sido por su diagnóstico de VIH (categoría 1 ó 3) continúe con la pregunta 58, de lo contrario pase a la pregunta 59.	
58	Como perdió su trabajo o fuente de ingreso debido (fundamentalmente o en parte) a su diagnóstico de VIH, ¿esto fue por...? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Discriminación del empleador o compañeros de trabajo ☐ 2. La mala salud le impidió hacer ciertas actividades ☐ 3. Una combinación de discriminación y mala salud ☐ 4. Otra razón
59	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha cambiado de trabajo, o se le ha negado un ascenso laboral como resultado de su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No saben que vivo con VIH (Salto a pregunta 61) La opción 5, se valida con la opción 4, solo al responder " Nunca" se realiza la siguiente pregunta y después si se realiza el salto.
59.1	¿Saben que vive con VIH? (Salto a pregunta 61)
60	Como cambió de trabajo o se le negó un ascenso laboral por su diagnóstico de VIH, ¿esto fue debido a...? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Discriminación del empleador o compañeros de trabajo ☐ 2. La mala salud le impidió hacer ciertas actividades ☐ 3. Una combinación de discriminación y mala salud ☐ 4. Otra razón
61	En los últimos 12 meses, ¿se le ha negado un empleo o una oportunidad de trabajo, debido a su diagnóstico de VIH? ☐ 1. Si ☐ 2. No ☐ 3. No ha buscado trabajo ☐ 4. No saben que vivo con VIH ☐ 5. No sé

Sección 2 B. Acceso al trabajo, servicios de salud y educación	
Nº	**Pregunta**
62	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido rechazado/a, expulsado/a o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción)
	☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca
	☐ 5. No ha sido estudiante en los últimos 12 meses
	☐ 6. No ha solicitado ingresar a un establecimiento educativo ☐ 7. No saben que vivo con VIH
Encuestador(a), por favor verifique la pregunta 10 de la sección 1, en caso de tener hijos realice la pregunta 63, de lo contrario pase a la pregunta 64. Pregunte al encuestado: recuérdeme si tiene hijos	
63	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia su(s) hijo(s) han sido rechazado(s), expulsado(s) o se le ha impedido asistir a alguna institución educativa, debido a su diagnóstico de VIH?(Leer opciones y marcar una sola opción)
	☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca
	☐ 5. No saben que vivo con VIH
64	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia se le ha negado algún servicio de salud o se le ha dejado para el final en un procedimiento, incluyendo la atención odontológica debido a su diagnóstico de VIH? (Verifique que no se deba a barreras del sistema) (Leer opciones y marcar una sola opción)
	☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca
65	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha notado que el personal de salud emplea medidas exageradas de bioseguridad debido a su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción)
	☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca
66	En los últimos 12 meses, ¿Con qué frecuencia ha sido atendido de manera distinta al revelar su diagnóstico de VIH en un servicio de salud diferente a su programa de VIH?
	☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca
	☐ 5. No ha solicitado atención en un servicio de salud diferente al programa
67	En los últimos 12 meses, ¿se le han negado servicios de planificación familiar, debido a su diagnóstico de VIH? (Se refiere al acceso sin barreras a todos los métodos anticonceptivos, financiados por el sistema de salud)
	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No ha solicitado estos servicios
68	En los últimos 12 meses, ¿se le han negado derechos de salud sexual y reproductiva, debido a su diagnóstico de VIH?
	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No ha solicitado estos servicios

Sección 2 C. Estigma interno		
Nº	**Pregunta**	
69	En los últimos 12 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes sentimientos debido a su diagnóstico de VIH ...? Con base en la respuesta del participante marque sí o no para cada una de las opciones. 1. Sí - 2. No	
	Vergüenza	Baja autoestima
	Culpa	Que debería ser castigado/a
	Impotencia (la incapacidad de resolver una situación)	Ideas suicidas o de muerte
	Soledad	Depresión
	Resentimiento (culpar a otros por el diagnóstico)	

Sección 2 C. Estigma interno		
N°	Pregunta	
70	En los últimos 12 meses, ¿ha asumido alguna de las siguientes actitudes debido a su diagnóstico de VIH …? (Con base en la respuesta del participante marque sí o no para cada una de las opciones). 1. Sí - 2. No	
	Ha dejado de asistir a reuniones sociales	Ha dejado de tener relaciones sexuales
	Se ha aislado de su familia o amistades	Ha dejado de tener hijos
	Ha dejado de trabajar	Evitó tener relaciones afectivas
	Ha dejado de solicitar un empleo o un ascenso laboral	Acabó la relación afectiva que tenía
	Abandonó o rechazó la educación o capacitación	Evitó ir a un servicio de salud cuando lo necesitaba
	Ha dejado de contraer matrimonio	
71	En los últimos 12 meses, ¿ha sentido temor frente alguna de las siguientes situaciones, por su diagnóstico de VIH? le hayan o no sucedido realmente. (Con base en la respuesta del participante marque sí o no para cada una de las opciones). 1. Sí - 2. No	
	De ser blanco de murmuraciones	De ser agredido/a físicamente
	De ser insultado/a, acosado/a o amenazado/a verbalmente	De que alguien no quiera entablar una relación sexual íntima
	De ser acosado/a o amenazado/a físicamente	

Sección 2 D. Derechos, leyes y políticas		
N°	Pregunta	
72	¿Ha oído hablar de alguna ley colombiana que proteja los derechos de las personas que viven con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
73	¿Ha oído hablar del Decreto 1543 de 1997 por el cual se reglamenta el manejo de la infección por VIH en Colombia? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la pregunta 75).	
74	¿Ha leído o discutido alguna vez el contenido del Decreto 1543 de 1997? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
75	En los últimos 12 meses, ¿le ha sucedido alguna de las siguientes situaciones debido a su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar todas las que mencione). 1. Sí - 2. No	
	Fue forzado/a a someterse a un procedimiento médico (se incluyen pruebas de VIH)	Tuvo que revelar su diagnóstico de VIH para poder ingresar a otro país
	Le negaron un seguro de salud o de vida (prepagada o póliza)	Tuvo que revelar su diagnóstico de VIH para solicitar la residencia o la nacionalidad
	Le negaron un préstamo bancario	Fue detenido/a, puesto en cuarentena, aislado/a o segregado/a
	Le negaron o dificultaron su afiliación o traslado a una EPS de régimen contributivo	Fue forzado a revelar su diagnóstico de VIH para aplicar a un trabajo
	Fue arrestado/a o judicializado/a por cargos relacionados a su diagnóstico de VIH	
75.1	¿Ha dejado de realizar algunas de las acciones mencionadas en la pregunta 75 por temor a que se enteren de que vive con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
76	En los últimos 12 meses, ¿ha negado su diagnóstico de VIH para adquirir un seguro de vida, un plan de medicina prepagada, una póliza o un crédito hipotecario? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
	☐ 3. No ha solicitado los servicios mencionados	☐ 4. No ha solicitado por temor a ser rechazado

Sección 2 D. Derechos, leyes y políticas	
Nº	**Pregunta**
77	En los últimos 12 meses, ¿alguno de sus derechos como persona que vive con VIH ha sido vulnerado? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la sección 2E) ☐ 3. No conoce sus derechos (Salto a la sección 2E)
78	¿Ha tratado de obtener una reparación legal de daños por la vulneración de sus derechos como persona que vive con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la pregunta 81)
79	¿Ha comenzado ese proceso en los últimos 12 meses? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
80	¿Cuál fue el resultado?
	☐ 1. El asunto ha sido resuelto (Salto a la pregunta 82)
	☐ 2. El asunto está todavía en proceso de ser resuelto (Salto a la pregunta 82)
	☐ 3. El asunto no fue resuelto o nada sucedió (Salto a la pregunta 82)
81	¿Cuál fue la razón de no tratar de obtener una reparación legal de daños? (Leer opciones y marcar solo una opción)
	☐ 1. Era muy costoso iniciar un trámite
	☐ 2. El proceso para atender el problema le pareció demasiado burocrático
	☐ 3. Se sintió intimidado(a) o con miedo de tomar medidas
	☐ 4. Alguien le aconsejó no tomar medidas
	☐ 5. Tuvo poca o ninguna confianza en que el resultado fuera exitoso
	☐ 6. Ninguna de las razones anteriores
82	¿Ha tratado de que algún o algunos empleados del gobierno tomen medidas en contra de la vulneración de sus derechos como persona que vive con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la sección 2E)
83	¿El tratar de que algún o algunos empleados del gobierno tomaran medidas en contra de la vulneración de sus derechos como persona que vive con VIH ocurrió en los últimos 12 meses? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
84	¿Cuál fue el resultado? ☐ 1. El asunto ha sido resuelto ☐ 2. El asunto está todavía en proceso de ser resuelto
	☐ 3. El asunto no fue resuelto o nada sucedió

Sección 2 E. Gestión del cambio	
Nº	**Pregunta**
85	¿En los últimos 12 meses, ¿ha confrontado, cuestionado o educado a alguien que estuviera estigmatizando o discriminando a las personas con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
86	¿Conoce alguna organización o grupo al que pueda recurrir para obtener ayuda si experimenta estigma o discriminación? (el encuestador debe explicar) ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la pregunta 89)
87	Por favor me indica el(los) nombre(s) de la(s) organización(es) o grupo(s) que conoce

Sección 2 E. Gestión del cambio	
Nº	**Pregunta**
88	¿Ha buscado ayuda de alguna de las organizaciones o grupos citados anteriormente, para resolver algún asunto relacionado con el estigma o la discriminación? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
89	¿Alguna vez ha tenido algún asunto o problema relacionado con estigma o discriminación? ☐ 1. Si ☐ 2. No (Salto a la pregunta 93)
90	Por favor, describa brevemente de qué se trató el asunto relacionado con el estigma y la discriminación que trató de resolver:
91	¿Quién le ayudo a resolver el asunto descrito anteriormente? ☐ 1. Nadie (Salto a la pregunta 93) ☐ 2. Si me ayudaron ¿Quién?
91.1	Descripción de ¿Quién?
92	Específicamente ¿qué fue lo que usted u otras personas hicieron? (Por favor escriba en primera persona)
93	En los últimos 12 meses, ¿ha apoyado a otras personas que viven con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la pregunta 95)
94	¿Qué tipos de apoyo proporcionó? (Leer y marcar todas las opciones que mencione)
	☐ a. Apoyo emocional (consejería, compartiendo historias y experiencias personales)
	☐ b. Apoyo físico (proporcionando dinero o alimentos, medicamentos antirretrovirales o ayudándole con algún encargo)
	☐ c. Referencia a otros servicios ☐ d. ¿Otro? Cuál
94.1	Descripción de ¿Otro? Cuál
95	¿En la actualidad asiste a las reuniones de algún grupo de apoyo o red de personas que viven con VIH?
	☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No conozco ningún grupo o no me han invitado
96	En los últimos 12 meses, ¿ha estado involucrado(a), ya sea como voluntario(a) o como empleado(a), en algún programa o proyecto (de gobierno o de una organización no gubernamental nacional o internacional) que proporcione asistencia a personas que viven con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
97	En los últimos 12 meses, ¿ha participado en algún esfuerzo para desarrollar leyes, políticas o pautas relacionadas con el VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
98	¿Usted podría influir en las decisiones de política pública que beneficien a las personas que viven con VIH en su ciudad? ☐ 1. Sí ☐ 2. No
99	Hay numerosas organizaciones de personas que viven con VIH que trabajan contra el estigma y la discriminación, si alguna de ellas le preguntara "¿Cuál es la acción más importante que deberíamos estar realizando como organización para hacer frente al estigma y la discriminación?",¿cuál recomendaría usted de las siguientes opciones? (Leer opciones y marcar solo una opción)
	☐ 1. Defender y promover los derechos de todas las personas que viven con VIH
	☐ 2. Dar asistencia a las personas que viven con VIH, proporcionándoles apoyo emocional, físico y referencias de apoyo.
	☐ 3. Defender y promover los derechos o proporcionar apoyo a los grupos en mayor estado de vulnerabilidad (Hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, trabajadoras/es sexuales, persona en habitanza de calle, personas privadas de la libertad, desplazados/as, personas que se inyectan drogas)
	☐ 4. Educar a las personas que viven con VIH sobre cómo vivir con el virus (incluyendo la comprensión del tratamiento)
	☐ 5. Aumentar la conciencia y conocimiento del público acerca del VIH

Sección 3 A. Pruebas / Diagnóstico		
Nº	Pregunta	
100	¿Por qué decidió hacerse la prueba de VIH cuando lo/a diagnosticaron? (Leer opciones y marcar solo una opción)	
	☐ 1. Por razones de empleo	☐ 6. Esposo(a)/pareja o un miembro de la familia resultó positivo
	☐ 2. Fue referido(a) debido a síntomas sospechosos relacionados con el VIH	☐ 7. Enfermedad o muerte de la esposo(a)/pareja/ miembro de mi familia
	☐ 3. En preparación para matrimonio/relación sexual	☐ 8. Simplemente quería saber
	☐ 4. Fue referido(a) por un servicio amigable/ONG/servicio comunitario	☐ 9. Otro ¿Cuál?
	☐ 5. Por embarazo	
100.1	Descripción de Otro ¿Cuál?	
101	¿Cómo fue la decisión de hacerse la prueba de VIH? (Leer opciones y marcar solo una opción)	
	☐ 1. Yo mismo/a tomé la decisión de hacerme la prueba (fue voluntaria)	
	☐ 2. Tomé la decisión de hacerme la prueba, pero fue bajo presión de otras personas	
	☐ 3. Se me forzó a hacerme la prueba de VIH (coerción)	
	☐ 4. Se me hizo la prueba sin mi conocimiento – Me di cuenta después de que la prueba había sido hecha	
	☐ 5. Otro ¿Cuál?	
101.1	Descripción de Otro ¿Cuál?	
102	¿Recibió asesoría cuando se hizo la prueba de VIH? (Leer opciones y marcar solo una opción)	
	☐ 1. Recibí asesoría tanto pre y post prueba de VIH	☐ 2. Solamente recibí asesoría preprueba de VIH
	☐ 3. Solamente recibí asesoría post prueba de VIH	☐ 4. No recibí asesoría cuando me hice la prueba de VIH

Sección 3 B. Compartir el estado de VIH y confidencialidad		
Nº	Pregunta	
103	Para cada una de las siguientes personas o grupos de personas, en general, por favor describa cómo fue que se enteraron de su diagnóstico de VIH, si es que se han enterado	Opciones: 1. Yo les dije 2. Alguien le dijo con mi consentimiento 3. Alguien le dijo sin mi consentimiento 4. No conoce mi diagnóstico de VIH 5. No aplica
	Esposo(a) / pareja	Clientela
	Otros familiares adultos	Compañero/a de drogas inyectables
	Niñas(os) en su familia	Líderes religiosos (guía espiritual, sacerdote, pastor/a)
	Amistades	Líderes de la comunidad
	Vecinos	Trabajadoras/es de la salud diferentes a los del programa de VIH
	Otras personas que viven con VIH	Maestras y maestros
	Personas con quienes trabaja	Funcionarias/os gubernamentales
	Empleador(es)/jefe(s)	Los medios de comunicación
Encuestador(a), si en alguna de las categorías de la pregunta 103 fue seleccionada la opción 4: "No conoce mi diagnóstico de VIH", por favor realice la pregunta 104, de lo contrario continúe con la pregunta 105.		

Sección 3 B. Compartir el estado de VIH y confidencialidad		
Nº	Pregunta	
104	En los casos en que dijo que no conocen su diagnóstico ¿por qué no ha contado que vive con VIH? Encuestador(a): Por favor registre toda la información suministrada, en caso de manifestar un solo motivo, indague si hay otra razón, recuerde que se requiere la información más completa posible.	
105	¿Con qué frecuencia sintió presión de personas que viven con VIH o de grupos que viven con VIH para contarles a otros/a que usted vive con VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca ☐ 5. No conoce a personas que vivan con VIH	
106	¿Con qué frecuencia sintió presión de otras personas que no viven con VIH (ej. familiares, trabajadores sociales, empleados de organizaciones no gubernamentales) para decir a otros que usted vive con VIH? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Una vez ☐ 2. Algunas veces ☐ 3. Frecuentemente ☐ 4. Nunca	
107	Algún profesional de la salud (ej. médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, auxiliar de laboratorio) ¿alguna vez ha dicho a otras personas que usted vive con VIH, sin su consentimiento? (Leer opciones y marcar una sola opción) ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No estoy seguro(a)	
108	¿Qué tan confidencial considera que es la historia clínica relacionada con su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar solo una opción) ☐ 1. Estoy seguro/a que mi historia clínica se mantendrá completamente confidencial ☐ 2. No sé si mi historia clínica es confidencial ☐ 3. Estoy convencido/a de que mi historia clínica no se mantiene en forma confidencial	
109	¿Cómo describiría las reacciones de estas personas, en general, cuando se enteraron sobre su diagnóstico de VIH? (Leer opciones y marcar solo una opción en cada categoría)	Opciones: 1. Muy negativa 2. Negativa 3. Neutral 4. Solidaria 5. Muy solidaria 6. No aplica
	Esposo(a) / pareja	Clientela
	Otros familiares adultos	Compañero/a de drogas inyectables
	Niñas(os) en su familia	Líderes religiosos (guía espiritual, sacerdote, pastor/a)
	Amistades	Líderes de la comunidad
	Vecinos	Trabajadoras/es de la salud diferentes a los del programa de VIH
	Otras personas que viven con VIH	Maestras y maestros
	Personas con quienes trabaja	Funcionarias/os gubernamentales
	Empleador(es)/jefe(s)	Los medios de comunicación
110	¿Ha sido útil para usted compartir con otras personas su diagnóstico de VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No le ha contado a nadie	

Sección 3 C. Tratamiento					
Nº	Pregunta				
111	En términos generales ¿cómo describiría su salud en este momento? (Leer opciones y marcar solo una opción)				
	☐ 1. Excelente	☐ 2. Muy buena	☐ 3. Buena	☐ 4. Regular	☐ 5. Mala
112	Actualmente, ¿está tomando medicamentos antirretrovirales?			☐ 1. Si	☐ 2. No
113	¿Su última carga viral fue indetectable?			☐ 1. Si	☐ 2. No
Encuestador(a), por favor indique que la palabra acceso* para las siguientes preguntas en este contexto significa: que los medicamentos están disponibles y son gratuitos o que el participante tiene forma de pagar por ellos.					
114	¿Tiene acceso* a medicamentos antirretrovirales para su tratamiento por VIH, aún si actualmente no los está tomando?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 3. No sabe		
115	¿Tiene acceso* a medicamentos para tratar o prevenir las infecciones oportunistas, aún si actualmente no los está tomando?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No	☐ 3. No sabe		
116	¿Alguna vez ha interrumpido o suspendido el tratamiento antirretroviral?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No (Salto a la pregunta 118)			
117	Si alguna vez dejó de tomar antirretrovirales, ¿fue por alguna de las razones siguientes relacionadas con el estigma? (Leer opciones y marcar solo una opción)				
	☐ 1. Me preocupaba que alguien descubriera que vivo con VIH				
	☐ 2. No estaba listo/a para hacer frente a mi diagnóstico de VIH				
	☐ 3. Me preocupaba que los trabajadores de salud me trataran mal o divulgaran mi diagnóstico sin mi consentimiento				
	☐ 4. Me negaron el tratamiento por estar consumiendo sustancias psicoactivas				
	☐ 5. Estaba desafiliado/a del sistema de salud				
	☐ 6. Por el cambio de IPS				
	☐ 7. Otra razón (por favor especifique):				
118	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un dialogo constructivo con algún(os) profesional(es) de la salud sobre el esquema de tratamiento de VIH que está recibiendo?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No			
119	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido un diálogo constructivo con algún(os) profesional(es) de la salud sobre salud sexual y reproductiva, relación(es) sexual(es), bienestar emocional, uso de drogas, etc.?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No			

Sección 3 C. Tratamiento					
Nº	Pregunta				
120	¿Ha recibido asesoría sobre opciones reproductivas como inseminación artificial o lavado de esperma, después del diagnóstico de VIH?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No			
121	¿Alguna vez un(a) profesional de la salud le ha aconsejado no tener hijos, después del diagnóstico?				
	☐ 1. Sí	☐ 2. No			

Sección 3 C. Tratamiento		
Nº	Pregunta	
122	¿Alguna vez un(a) profesional de la salud le ha presionado para esterilizarse (hacerse el pomeroy o la vasectomía) por vivir con VIH? ☐ 1. Sí ☐ 2. No	
Encuestador(a), las preguntas 123, 124, 125, 126 y 127 son solo para las mujeres cisgénero.		
123	¿Para darle antirretrovirales, le han dicho que debe estar planificando? ☐ 1. Sí ☐ 2. No ☐ 3. No aplica ☐ 4. No sabe	
124	En los últimos 12 meses, ¿ha estado embarazada? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Salto a la pregunta 126)	
125	En los últimos 12 meses, ¿ha sido forzada por una/un profesional de la salud en relación con alguna de las siguientes prácticas debido a su diagnóstico de VIH?	Opciones: 1. Sí 2. No
	Interrupción del embarazo (aborto)	Método de dar a luz
	Tratamiento durante el embarazo	Prácticas para alimentar recién nacidos
126	¿Se le ha administrado alguna vez tratamiento antirretroviral para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo durante el embarazo? (Esperar respuesta y marcar una sola opción)	
	☐ 1. Sí – ha recibido tratamiento	☐ 4. No – no tuvo acceso a ese tipo de tratamiento
	☐ 2. No – no sabía que ese tratamiento existiera	☐ 5. No – no tenía VIH cuando estuvo embarazad
	☐ 3. No – se le negó ese tratamiento	☐ 6. No – no ha estado embarazada
127	¿Se le dio también información sobre embarazo y maternidad saludable como parte del programa para prevenir la transmisión del VIH de madre a hijo? (Esperar respuesta y marcar una sola opción) ☐ 1. Sí ☐ 2. No	

Sección 3 E. Problemas y retos	
Nº	Pregunta
128	¿Qué percibe como PRINCIPAL PROBLEMA y SOLUCIÓN en relación con hacerse la prueba para VIH y el diagnóstico de VIH?
128 a	Problema
128 b	Solución
129	¿Qué percibe como PRINCIPAL PROBLEMA y SOLUCIÓN en relación con compartir el diagnostico de VIH y la confidencialidad respecto al hecho de ser una persona que vive con VIH?
129 a	Problema
129 b	Solución
130	¿Qué percibe como PRINCIPAL PROBLEMA y SOLUCIÓN en relación con el tratamiento antirretroviral?
130 a	Problema
130 b	Solución

Sección 3 E. Problemas y retos	
Nº	**Pregunta**
131	¿Qué percibe como PRINCIPAL PROBLEMA y SOLUCIÓN en relación con tener hijos cuando se es una persona que vive con VIH?
131 a	Problema
131 b	Solución

Encuestador(a), al terminar la encuesta y con base en las instrucciones recibidas en la capacitación, es importante que brinde el apoyo y las referencias necesarias a el/la participante. Recuerde que la investigación siempre debe tener un beneficio y no generar un mal, por lo tanto si la persona requiere que usted lo remita a algún servicio indíquele a dondé, cuándo, cómo y con quién puede comunicarse para acompañarlo en el proceso, use el mapeo social suministrado por el/la supervisor/a y recuerde que el principal apoyo son los profesionales del programa de la IPS a la que pertenece el paciente. Recuerde que si en la sección 2C el participante manifestó tener ideas suicidas o de muerte, depresión o baja autoestima debe ser atendido por el/la psicólogo(a) del programa, indíquele la importancia de hablar con un experto. Para terminar la encuesta por favor complete:

Referencias y seguimiento	
Nº	**Pregunta**
132	¿El/la participante fue remitido a algún servicio, grupo de apoyo u organización no gubernamental? ☐ 1. Sí ☐ 2. No (Agradezca y termine)
133	¿A qué servicio fue referido/a? ☐ a. Jurídica / Legal ☐ b. Psicología : EPS o IPS ☐ c. Grupo de apoyo ☐ d. ONG ☐ e. Otro ¿cuál?
133.1	Descripción Otro ¿cuál?
133.2	Nombre del servicio (institución u ONG):
134	¿Qué tipo de seguimiento requiere el/la participante?
	☐ 1. Se le ha brindado la información suficiente (Agradezca y termine)
	☐ 2. Se debe enviar información adicional (Salto pregunta 135)
	☐ 3. Es importante hacer seguimiento con la IPS, fue remitido a psicología (Agradezca y termine)
135	¿Qué información adicional requiere enviar al participante? ¿cuándo y cómo se entregará esta información?

Lograr la cero discriminación hacia las personas que viven con VIH y Sida (PVVS) en el país, exige hacer un monitoreo de la situación actual en torno a las características del estigma y la discriminación de la que son víctimas. Por lo anterior, se llevó a cabo esta segunda investigación sobre la discriminación hacia las personas que viven con VIH y que fueron atendidas en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) en Colombia en el año 2021.

Esta investigación se desarrolló con base en una aproximación metodológica mixta, con un componente cuantitativo y cualitativo. El primero, orientado por un proceso de muestreo probabilístico multietápico, y el segundo, a partir de un muestreo por conveniencia hasta alcanzar saturación. Como aspecto relevante se evidenció que las personas que viven con VIH presentan altos niveles de estigma interno, lo que puede estar relacionado con el hecho de que una proporción baja de ellas comparten y comunican su diagnóstico a otras personas (pareja/esposo(a), familiares, amigos, entre otros). Dado lo anterior, el impacto del estigma y la discriminación por parte de otros, derivada del diagnóstico de VIH, aparentemente tiene una baja prevalencia. Lo anterior puede ser resultado de la no revelación del diagnóstico a otros.