

UNIVERSIDAD  
**NACIONAL**  
DE COLOMBIA

# **Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia**

**Duvan Felipe Mesa Ariza**

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia  
Bogotá D.C., Colombia

2022

# **Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia**

**Duvan Felipe Mesa Ariza**

Tesis o trabajo de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título  
de:

**Magister en Ciencias Farmacología**

Directora: PhD., MSc., Q.F., Claudia Marcela Vargas Peláez

Línea de Investigación: Farmacoepidemiología

Grupo de Investigación: Fundación Ifarma (Código Minciencias: COL0104475, categoría  
B)

Universidad Nacional de Colombia  
Facultad de Ciencias, Departamento de Farmacia  
Bogotá D.C., Colombia

2022

*Vivir en el mundo sin percatarse del significado del mismo es como deambular por una gran biblioteca sin tocar sus libros.*

*Manly Palmer Hall*

# Declaración de obra original

Yo declaro lo siguiente:

He leído el Acuerdo 035 de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional. «Reglamento sobre propiedad intelectual» y la Normatividad Nacional relacionada al respeto de los derechos de autor. Esta disertación representa mi trabajo original, excepto donde he reconocido las ideas, las palabras, o materiales de otros autores.

Cuando se han presentado ideas o palabras de otros autores en esta disertación, he realizado su respectivo reconocimiento aplicando correctamente los esquemas de citas y referencias bibliográficas en el estilo requerido.

He obtenido el permiso del autor o editor para incluir cualquier material con derechos de autor (por ejemplo, tablas, figuras, instrumentos de encuesta o grandes porciones de texto).

Por último, he sometido esta disertación a la herramienta de integridad académica, definida por la universidad.



Duvan Felipe Mesa Ariza

Fecha 07/10/2022

# Agradecimientos

En primer lugar, a la Universidad Nacional de Colombia, que me ha acogido y ha sido mi segundo hogar durante buena parte de mi vida.

A la Fundación Ifarma y Coalition PLUS por su apoyo en la coordinación y ejecución de esta investigación.

A las organizaciones de base comunitaria que apoyaron la recolección de datos: Corporación Temeride, Asociación Cimientos de Luz, Red Colombiana de Personas viviendo con VIH o con SIDA (Recolvih), Fundación amigos por la vida FUDAVIDA, Fundación hogar de paso Prodihogar, Fundación Organización Acción Humanista y Corporación el Faro.

A cada una de las personas que participaron y dedicaron parte de su tiempo para esta investigación.

A la profesora Claudia Marcela Vargas Peláez por su orientación y acompañamiento durante este proceso.

Al Ministerio de Ciencia Tecnología e Innovación por el apoyo económico para el desarrollo de esta investigación.

A mi familia, a mis amigos, especialmente a Sofia por aguantar mis quejas todo el tiempo, a los que por diferentes razones ya no están y a cada una de las personas que nunca han dejado de creer en mí.

## Resumen

### **Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia**

**Antecedentes:** Desde que la COVID-19 fue declarada una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020, han sido necesarias una serie de medidas de prevención para frenar el contagio causado por la misma. Estas medidas han llevado a una disrupción de servicios sin precedentes en la sociedad, con consecuencias a nivel económico, social y en salud, exacerbando las disparidades existentes en la materia y profundizando las inequidades entre grupos marginalizados, tales disparidades e inequidades pueden tener consecuencias severas a mediano y largo plazo, especialmente en enfermedades transmisibles y patologías crónicas como el VIH y VHC. **Objetivo:** Analizar las barreras de acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia. **Metodología:** Se aplicaron encuestas en línea o en papel a personas mayores de edad y que se identificaron como pertenecientes a un grupo considerado vulnerable al VIH y/o VHC o que ya vivan con VIH y/o VHC en 7 ciudades siguiendo un muestreo no probabilístico. **Resultados:** Se recolectaron 462 cuestionarios, de los cuales 436 fueron incluidos en el análisis. Se encontró una disminución en la percepción de acceso a las herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico en el 20% de los participantes (n=89), para el caso de los tratamientos dicha reducción se presentó en el 14% de los participantes (n=59) y para las herramientas y/o servicios de reducción de daños esta reducción correspondió al 6% de los participantes (n=24); vivir con VIH, haber experimentado una peor calidad de vida con respecto al periodo anterior a la pandemia y haber estado en confinamiento durante uno o más periodos fueron asociados significativamente con una menor percepción de acceso a los servicios de salud, de manera contraria, tener estudios superiores fue asociado de manera significativa con una mayor percepción de acceso a estos servicios; la principal barrera identificada correspondió al cierre de los servicios de salud. **Conclusiones:** Esta investigación muestra el impacto causado por la pandemia de COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud a la vez que identifica las barreras presentadas y resalta la necesidad de desarrollar políticas públicas que además de responder a la crisis actual y las venideras, tenga en cuenta las necesidades de estas poblaciones vulnerables, de tal manera que dichas

políticas promuevan la reducción de las inequidades y disparidades existentes en el acceso a los servicios de salud.

**Palabras clave:**

Acceso a servicios de salud, COVID-19, poblaciones vulnerables, VIH, hepatitis C, Colombia.

## **Abstract**

### **Barriers in access to health care perceived by populations vulnerable to HIV and/or HCV in the framework of the COVID-19 pandemic in Colombia**

**Background:** Since COVID-19 was declared a pandemic by the World Health Organization (WHO) in March 2020, a series of preventive measures have been necessary to reduce the spread caused by it. These measures have led to an unprecedented disruption of services in society, with economic, social and health consequences, exacerbating existing disparities in this area and deepening inequities among marginalized groups. These disparities and inequities may have serious consequences in medium and long term, especially in communicable diseases and chronic pathologies such as HIV and HCV.

**Objective:** Analyse the barriers to access to health care perceived by populations vulnerable to HIV and/or HCV in the framework of the COVID-19 pandemic in Colombia.

**Methods:** Online or paper surveys were applied to people of legal age who identify themselves as belonging to a group considered vulnerable to HIV and/or HCV or who already live with HIV and/or HCV in seven cities following a non-probabilistic sampling.

**Results:** 462 questionnaires were collected, of which 436 were included in the analysis. A decrease in the perception of access to prevention and diagnostic tools and/or services was found in 20% of the participants (n=89), in the case of treatments, this reduction occurred in 14% of the participants (n=59) and for harm reduction tools and/or services this reduction corresponded to 6% of the participants (n=24); living with HIV, having

experienced a worse quality of life compared to the period before the pandemic and having been in confinement for one or more periods were significantly associated with a lower perception of access to health services, on the contrary, having studies superiors was significantly associated with a higher perception of access to these services; the main barrier identified corresponded to the closure of health services. **Conclusions:** This research shows the impact caused by the COVID-19 pandemic on health care access while identifying the barriers presented and highlights the need to develop public policies that, in addition to responding to the current and future crises, consider the needs of these vulnerable populations, so such policies promote the reduction of existing inequities and disparities in access to health services.

**Keywords:** Health Services Accessibility, COVID-19, Vulnerable Populations, HIV, Hepatitis C, Colombia.



# Contenido

	Pág.
<b>Resumen.....</b>	<b>IX</b>
<b>Lista de figuras .....</b>	<b>XV</b>
<b>Lista de tablas.....</b>	<b>XVI</b>
<b>Lista de Símbolos y abreviaturas .....</b>	<b>XVII</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>Aspectos teóricos.....</b>	<b>3</b>
<b>Justificación y planteamiento del problema .....</b>	<b>8</b>
<b>Hipótesis.....</b>	<b>9</b>
<b>Objetivos .....</b>	<b>10</b>
○ Objetivo General .....	10
○ Objetivos Específicos .....	10
<b>Pregunta de investigación.....</b>	<b>10</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>11</b>
<b>Aspectos éticos, legales y ambientales .....</b>	<b>14</b>
<b>Fuentes de financiación .....</b>	<b>15</b>
<b>Resultados y discusión .....</b>	<b>16</b>
○ Recolección de datos .....	16
○ Características de la población.....	17
○ Vivencia de la pandemia .....	19
○ Percepción de acceso a la atención en salud.....	23
○ Prevención y diagnóstico .....	25
○ Tratamiento.....	29
○ Reducción de daños relacionados con el consumo de drogas.....	32
○ Barreras percibidas en el acceso.....	36
○ Adaptaciones tomadas .....	37
○ Limitaciones .....	38

<b>Conclusiones.....</b>	<b>39</b>
<b>Anexo 1: Nota informativa .....</b>	<b>41</b>
<b>Anexo 2: Encuesta aplicada .....</b>	<b>44</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>69</b>

## Lista de figuras

	<b>Pág.</b>
Figura 1. Herramientas y/o servicios de atención en salud evaluados .....	13
Figura 2. Distribución de los cuestionarios recolectados. ....	16
Figura 3. Disminución en la percepción de acceso a las herramientas y/o servicios de atención en salud.....	24
Figura 4. Disminución en la percepción de acceso a servicios de atención en salud según grupo poblacional.....	25
Figura 5. Acceso percibido a las herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19 .....	26
Figura 6. Casos de hepatitis C notificados al Instituto Nacional de Salud (INS) .....	27
Figura 7. Acceso percibido a los tratamientos con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19.....	31
Figura 8. Intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificadas al Instituto Nacional de Salud. ....	34
Figura 9. Acceso percibido a las herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19. ....	34

# Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
Tabla 1. Características sociodemográficas de los participantes.....	18
Tabla 2. Vivencia de la pandemia en los participantes .....	20
Tabla 3. Situación económica de los participantes según grupo poblacional.....	21
Tabla 4. Calidad de vida con respecto al periodo anterior a la crisis según grupo poblacional.....	22
Tabla 5. Confinamiento según grupo poblacional.....	23
Tabla 6. Disminución en la percepción de acceso a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico .....	28
Tabla 7. Disminución en la percepción de acceso a tratamientos.....	31
Tabla 8. Disminución en la percepción de acceso a herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas.....	35
Tabla 9. ¿Razones por las que tuvo dificultades para acceder a los servicios?.....	37
Tabla 10. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de prevención y diagnóstico .....	37
Tabla 11. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios de tratamiento ....	38
Tabla 12. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas.....	38

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

#### Abreviatura Término

---

*EAPB* Entidades administradoras de planes de beneficio

*EPS* Empresa promotora de salud

*HSH* Hombres que tienen sexo con hombres

*INS* Instituto Nacional de Salud

*ITS* Infección de transmisión sexual

*MSPS* Ministerio de Salud y Protección Social

*OMS* Organización Mundial de la Salud

*PrEP* Profilaxis preexposición

*PUD* Personas que usan drogas

*PV VHC* Personas que viven con VHC

*PV VIH* Personas que viven con VIH

*SIDA* Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

*TS* Trabajadores/as sexuales

*VHC* Virus de la hepatitis C

*VIH* Virus de inmunodeficiencia humana

# Introducción

El SARS-CoV-2 o también denominado 2019-nCoV, fue descrito por primera vez a finales de 2019 en la ciudad de Wuhan, China, como el agente causal de un grupo de casos de neumonía y la enfermedad causada por el mismo fue denominada COVID-19 (1) (2). Inicialmente, la COVID-19 fue considerada una epidemia, sin embargo, el 11 de marzo de 2020 fue declarada una pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2). Debido a su alto potencial de transmisión y la severidad de las consecuencias causadas por la infección, han sido necesarias una serie de medidas de prevención para frenar el contagio causado por el mismo (2).

En Colombia, el primer caso de la enfermedad fue detectado en marzo de 2020 (3), con lo cual se avanzó en la implementación de medidas encaminadas hacia la contención del virus. En este sentido, fue declarada la emergencia sanitaria en el mismo mes por parte del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) (4) y a la vez se implementaron una serie de restricciones como el aislamiento obligatorio, la restricción a la movilidad, suspensión de servicios no esenciales, entre otras (5).

Las medidas adoptadas para contener la transmisión del virus han llevado a una disrupción de servicios sin precedentes en la sociedad, con consecuencias a nivel económico, social y en salud. A la vez, estas medidas han causado la exacerbación de las disparidades existentes en salud y han profundizado las inequidades entre grupos marginalizados, incluyendo la comunidad LGBTIQ, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que viven con VIH (PVVIH), personas que viven con hepatitis C (PVVHC), personas que usan drogas (PUD), minorías étnicas, migrantes y otros grupos vulnerables (6) (7). Por otro lado, también se ha documentado que estas medidas tienen efecto sobre la salud mental de la población, aumentando el riesgo de sentimientos de ansiedad y tensión emocional (4).

Estudios previos han mostrado la percepción del impacto causado por la pandemia en diferentes poblaciones con respecto al acceso a los servicios de salud, incluyendo herramientas y/o servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento (8) (9) (10) (11) (12) (13), dicho impacto puede tener consecuencias severas a mediano y largo plazo, especialmente en enfermedades transmisibles y patologías crónicas. Por ejemplo, reducir el acceso a herramientas efectivas de prevención de VIH tales como preservativos, pruebas de tamizaje, profilaxis preexposición (PrEP) y profilaxis post exposición (PEP) entre las poblaciones vulnerables a dicho virus podría aumentar la seroconversión, causando de esta manera consecuencias irreversibles a largo plazo (6), de manera similar

las implicaciones de interrumpir el acceso a tratamientos resultan preocupantes tanto en materia de salud como a nivel económico, por ejemplo, para el caso del VIH el tratamiento antirretroviral evitó 9,5 millones de muertes a nivel mundial entre 1995 y 2015 y tuvo beneficios económicos que ascienden a los 1,05 billones de dólares (14), caso similar al que se presenta con el VHC, donde los antivirales de acción directa han mostrado efectividades superiores al 95% (15).

Para el caso de la atención en salud en Colombia, se ha presentado una disminución en la oportunidad de atención ambulatoria, lo cual aumenta el riesgo de deterioro de patologías crónicas y pérdida de continuidad e integralidad en los servicios de salud (4).

La interrupción de los servicios asistenciales considerados no esenciales también ha causado una adaptación de los mismos, la cual corresponde principalmente al uso de canales virtuales para la atención de los pacientes, sin embargo, estas adaptaciones no son adecuadas para la totalidad de la población, ya que existen barreras relacionadas con el acceso a recursos tecnológicos, falta de entrenamiento en la operación de los mismos y acceso a herramientas de comunicación, que restringen el acceso a estos servicios, situación que se presenta principalmente en poblaciones en condición de vulnerabilidad (16) (17).

Previo a la aparición de la pandemia causada por el SARS-CoV-2, las barreras de acceso a los servicios de salud ya habían sido ampliamente documentadas (18), sin embargo, debido a las medidas tomadas para evitar la transmisión del virus y a las consecuencias mismas de la pandemia, dichas barreras de acceso pueden acentuarse, especialmente en poblaciones marginales, lo cual puede ser analizado desde una perspectiva de determinantes sociales en salud (19).

De acuerdo con *Cash et al* (20), varios académicos han hecho un llamado para realizar investigaciones profundas y críticas respecto a COVID-19 e inequidades en salud, con el fin de producir una fuerte evidencia empírica en estos aspectos, no obstante, existe una capacidad limitada para llevar a cabo este tipo de investigaciones en algunos países, principalmente en aquellos de ingresos bajos y medios. La conducción de este tipo de investigaciones puede ayudar a identificar retos y barreras al respecto, a la vez, estas pueden servir como base para la formulación de políticas públicas que respondan a las necesidades particulares de cada una de las poblaciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, surge la necesidad de identificar las barreras de acceso a la atención en salud percibidas por parte de las poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia causada por el SARS-CoV-2 en Colombia, en lo cual se enfoca este trabajo, siendo parte de un proyecto multipaís y comunitario cuyo fin consiste en recolectar información vital sobre el impacto de la crisis sanitaria Covid-19 en las poblaciones vulnerables o que viven con el VIH y/o el VHC.

## Aspectos teóricos

El SARS-CoV-2 es un virus perteneciente a la familia *Coronaviridae*, posee una forma esférica, con un diámetro aproximado de 50 - 200 nm y tiene un genoma de aproximadamente 29.9 kb de longitud, cuenta con 4 proteínas estructurales denominadas proteína S (spike), proteína E (envelope), proteína M (membrane) y proteína N (nucleocápside); la proteína S facilita la interacción con el receptor de la enzima convertidora de angiotensina 2 (ECA2) y la fusión con la célula huésped. Este virus se caracteriza por tener una baja patogenicidad y alta transmisibilidad entre humanos (21). La enfermedad causada por este fue denominada COVID-19, sus síntomas son similares a aquellos manifestados en un resfriado común, incluyendo fiebre, tos y dificultad para respirar, sin embargo, la infección también puede causar neumonía, falla multiorgánica, síndrome respiratorio agudo severo e incluso la muerte en casos severos (22). Entre los factores de riesgo para el desarrollo de las formas graves y severas de la enfermedad se encuentran las comorbilidades cardíacas y pulmonares, diabetes, inmunosupresión y la edad, especialmente en aquellos mayores de 60 años. Su principal vía de transmisión se da a través de aerosoles y el tiempo promedio para el inicio de los síntomas es de 5 días.

Los casos iniciales de la enfermedad fueron reportados en la ciudad de Wuhan, China, a finales de 2019, posteriormente, su expansión fue acelerada alrededor del mundo llegando a ser declarada una pandemia por la OMS en marzo de 2020 (2). Debido a su alto potencial de transmisión han sido necesarias una serie de medidas restrictivas a nivel global para frenar su contagio, dichas medidas han causado interrupción de los servicios de salud y han profundizado las inequidades existentes (6), incluyendo las barreras de acceso a estos servicios.

El VIH es un retrovirus típico, con un genoma pequeño de RNA, compuesto por 9300 pares de bases, con tropismo por células del sistema inmune, principalmente linfocitos CD4 (23); su transmisión se da a través de relaciones sexuales, exposición a sangre infectada o transmisión perinatal. Los factores de riesgo para la transmisión incluyen ciertos comportamientos sexuales, presencia de infecciones de transmisión sexual ulcerativas, falta de circuncisión, así como ciertos factores genéticos del huésped (24). Inicialmente, se estima que la infección aguda es asintomática entre el 10 y 60% de las personas; en aquellos pacientes que presentan infección aguda sintomática, el tiempo usual entre la exposición y el desarrollo de los síntomas se da entre 2 y 4 semanas y cursa con fiebre, linfadenopatía, dolor de garganta, rash, mialgia, artralgia, diarrea y dolor de cabeza. La infección crónica se caracteriza por una estabilidad relativa en la carga viral y una



#### 4 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

disminución progresiva en el conteo de linfocitos CD4 hasta causar una inmunosupresión severa. El SIDA es el resultado de la infección crónica por VIH y la consecuente disminución de las células CD4, este se configura cuando el conteo de CD4 es inferior a 200 células/ $\mu$ L. Actualmente, en Colombia se han identificado 134636 personas que viven con VIH lo que corresponde a una prevalencia de 0,27 por cada 100000 habitantes (25).

El VHC fue identificado en el año 1989, está compuesto por un genoma de ARN en sentido positivo de aproximadamente 9500 nucleótidos y se han definido 6 genotipos mayores con más de 50 subtipos descritos, siendo 1a, 1b, 2a y 2b los más comunes (26). La mayoría de los pacientes infectados con el VHC adquirieron la enfermedad a través del uso de drogas por vía intravenosa o transfusiones sanguíneas, aunque esta última ha tenido una disminución progresiva debido a las pruebas serológicas para la detección del virus que se empezaron a implementar a nivel global desde el año 1990; para el caso de Colombia, mediante el artículo 42 del decreto 1571 de 1993 se adoptó como obligatoria la detección del antígeno del virus de la hepatitis C en todas y cada una de las unidades recolectadas en los bancos de sangre (27), sin embargo, para ese mismo año la cobertura de esta detección para el virus apenas fue del 24,7% del total de donantes sanguíneos (28) y no fue sino hasta 1997 cuando se alcanzó una cobertura del 100% (29). La mayoría de las infecciones agudas son asintomáticas, sin embargo, entre quienes son sintomáticos se presenta una elevación de las aminotransferasas entre 6 y 8 semanas posteriores a la exposición, síntomas como pérdida del apetito, pérdida de peso, o fatiga ocurren en menos del 30% de los pacientes y la ictericia se presenta en menos de un tercio de los pacientes. Entre el 60 y 70% de los casos progresa a hepatitis crónica, de los cuales una parte desarrolla cirrosis e incluso carcinoma hepatocelular en un periodo de 20 a 30 años (30). Se estima que el costo de la enfermedad crónica en los Estados Unidos será de 9100 millones de dólares para el año 2024 (31). En Colombia, desde el año 2011 han sido notificados 5000 casos de infección por el VHC al Instituto Nacional de Salud y para el año 2020 existían 626 casos prevalentes de infección crónica, correspondientes a una prevalencia de 1,36 casos por cada 100000 habitantes (15).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a las poblaciones vulnerables como aquellos grupos definidos que, por sus comportamientos específicos de alto riesgo, se encuentran en un mayor riesgo de contraer VIH, hepatitis virales o infecciones de transmisión sexual independientemente del tipo de epidemia o contexto local. También, de vez en cuando estos grupos tienen aspectos sociales y legales relacionados a sus comportamientos que aumentan su vulnerabilidad al VIH; Estos grupos son importantes para las dinámicas del VIH, hepatitis virales e infecciones de transmisión sexual, a la par que tienen un papel esencial en una respuesta efectiva a la epidemia (32). Para Colombia, las poblaciones vulnerables se encuentran definidas en la resolución 3280 de 2018, e incluyen hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, mujeres transgénero, personas en situación de prostitución, usuarios de drogas inyectables y habitantes de calle (33).

El diagnóstico y la atención del VIH en Colombia inicialmente fue reglamentada mediante el decreto 1543 de 1997, cuyo artículo 14 establece que “la promoción y prevención de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) serán impulsadas por todos los sectores y organismos nacionales, y por las entidades de carácter privado que presten protección integral en salud”, del mismo modo, en su artículo 19 se establecen las obligaciones de las EPS en cuanto a las acciones de promoción, prevención y asistencia (34); posteriormente, en el año 2005, mediante la ley 972 se declaró de interés y prioridad nacional para el país, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH y el SIDA, además se estableció que el Estado y el sistema general de seguridad social en salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, entre las que se encuentra el VIH; también fue establecido que los pacientes afiliados serán atendidos por las respectivas EPS, mientras que aquellos no afiliados sin capacidad de pago serán atendidos por la respectiva entidad territorial (35).

En el año 2013, se establecieron directrices para facilitar el acceso al diagnóstico de la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual y para el entrenamiento en pruebas rápidas de VIH, sífilis y otras ITS mediante la resolución 2338 (36), la cual fue derogada posteriormente por la resolución 1314 de 2020, por la cual se adoptaron los lineamientos para la realización de pruebas rápidas fuera del laboratorio clínico para el diagnóstico temprano de la infección por VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C (37). Actualmente, todas las tecnologías necesarias para el tamizaje y confirmación diagnóstica del VIH, sífilis, hepatitis B y hepatitis C se encuentran contempladas en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación y adicionalmente en la resolución 3280 de 2018 fue establecido que las pruebas rápidas para hepatitis C deben ser ofrecidas a todas las personas iguales o mayores a 50 años por una vez en la vida y direccionarlas de acuerdo con los resultados (33).

Recientemente, mediante la resolución 2292 de 2021, fue incluida la PrEP en el Plan de Beneficios en Salud, lo que quiere decir, que las EPS deben garantizar el acceso a estos medicamentos a personas que se encuentren en riesgo de contraer VIH (38).

El tratamiento para la hepatitis C en Colombia actualmente no se encuentra cubierto en el Plan de Beneficios en salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC), por lo cual, desde el 2017 el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los lineamientos para la compra centralizada de estos medicamentos mediante la resolución 1692 de 2017, en la cual se establece que la compra se realizará con recursos de la subcuenta de compensación del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) o la entidad que haga sus veces; para la distribución se establece que en el caso del régimen contributivo se hará entrega a las EPS en función de los casos notificados a través de SIVIGILA y confirmados por estas, para el régimen subsidiado, los departamentos y distritos, que para efectos de beneficiarse de la reducción de precios y/o costos de medicamentos podrán realizar convenios con el Ministerio de Salud y Protección Social (39), sin embargo, debido al bajo acceso logrado en pacientes del régimen subsidiado (2% de los casos diagnosticados recibieron tratamiento entre 2017 y 2019) se definió un mecanismo para que los afiliados

## 6 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

a este régimen también pudieran tener acceso a estos medicamentos mediante la compra centralizada y desde el año 2020, estos pacientes acceden a los medicamentos a través de este mecanismo tal como ha sucedido con el régimen contributivo (40). En todos los casos, la dispensación debe realizarse garantizando la entrega e ingesta diaria supervisada por parte del personal de salud responsable de la atención y puede optarse por una entrega intramural o extramural (41).

Hasta el año 2021 el diagnóstico, la atención integral, los mecanismos de promoción de la salud y gestión del riesgo para el VIH y VHC se encontraban descritos en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, cuyo objetivo consistía en fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la reducción de la morbilidad y mortalidad por VIH, ITS, hepatitis B y C y coinfección TB/VIH, a través de acciones de promoción de la salud, gestión Integral del riesgo y gestión en salud pública. Este plan incluía tres ejes: promoción de salud, gestión integral del riesgo en salud y gestión en salud pública, cada uno de estos con sus líneas operativas, objetivos específicos, resultados esperados, metas, indicadores y actividades propuestas (42).

Actualmente en el país, la hoja de ruta para la gestión integral e integrada del riesgo poblacional tanto del VIH como del VHC se encuentra descrita en el Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB-VIH y las hepatitis B y C 2022-2025, cuyo objetivo consiste en fortalecer las capacidades institucionales y comunitarias para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, gestión integral del riesgo, atención integral e integrada y gestión en salud pública frente a las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, con participación comunitaria. Este plan incluye 3 ejes: promoción de la salud, gestión del riesgo en salud y gestión de la salud pública; así como 5 líneas operativas, que incluyen promoción y prevención, atención integral en salud, fortalecimiento de la autoridad sanitaria y sostenibilidad de la respuesta, participación social y gestión del conocimiento, monitoreo y evaluación (43).

Las organizaciones de base comunitaria son organizaciones sin fines de lucro que representan a una comunidad o un segmento de esta y que trabajan para satisfacer las necesidades de dicha comunidad, estas organizaciones han tenido un rol fundamental desde el comienzo de la epidemia del VIH/SIDA, desarrollando enfoques innovativos para la educación (44), aceptación y prestación de los servicios, así como en el empoderamiento y acceso de las poblaciones marginalizadas que han sido afectadas por tal epidemia (45); una de las estrategias desarrolladas corresponde a la iniciación del tratamiento antirretroviral en la comunidad, lo cual puede potencialmente reducir las barreras psicológicas y estructurales que enfrentan las personas recientemente diagnosticadas para acceder a estos servicios, se ha demostrado que esta estrategia conlleva a un incremento en la aceptación del tratamiento antirretroviral, una mejor retención y un aumento en la supresión viral cuando se compara con el modelo tradicional de iniciación de la terapia (46); un comportamiento similar se observa para el caso del VHC, donde modelos comunitarios para el tratamiento de esta infección han mostrado una mayor

proporción de pacientes que logran una respuesta viral sostenida al finalizar el tratamiento, una menor probabilidad de presentar eventos adversos serios y mejor adherencia al tratamiento, al mismo tiempo que los pacientes reportan confianza y seguridad en los proveedores de atención (47). La familiaridad y proximidad de las organizaciones de base comunitaria con las comunidades las posiciona para implementar efectivamente estrategias necesarias para direccionar los determinantes de salud a través de servicios médicos y sociales tanto formales como informales (48).

No existe un consenso sobre la definición para el acceso a los servicios de salud, sin embargo, una concepción ampliamente aceptada define este concepto como la capacidad que desarrolla una persona o un grupo de personas para buscar y obtener atención en salud; del mismo modo, derivado de las diferentes definiciones se puede concluir que, para la existencia del acceso se debe contar con la capacidad para emprender la búsqueda de los servicios y para resolver la necesidad o los deseos individuales (49); adicionalmente, Penchansky y Thomas postularon que el acceso tiene cinco dimensiones (50), las cuales incluyen:

- Disponibilidad: relación del volumen y el tipo de servicios y recursos existentes con el volumen y el tipo de necesidades de los usuarios.
- Accesibilidad: relación entre la localización de los servicios y la localización de los usuarios, teniendo en cuenta los recursos de transporte del usuario, el tiempo de viaje, la distancia y el costo.
- Acomodación: relación entre la manera en la que están organizados los recursos del servicio para aceptar a los usuarios y la capacidad de los usuarios para acomodarse a estos factores junto con la percepción de su pertinencia.
- Asequibilidad: relación de los precios de los servicios y requisitos de proveedores de aseguramiento o depósitos con los ingresos de los usuarios, la capacidad de pago y el aseguramiento de salud existente.
- Aceptabilidad: relación de las actitudes del usuario sobre características personales y prácticas de los proveedores con las características reales de los proveedores existentes, así como las actitudes del proveedor sobre las características aceptables de los usuarios.

Recientemente, se ha introducido una sexta dimensión, denominada conocimiento o conciencia, la cual está relacionada con conocer la existencia de un servicio, entenderlo y usar ese conocimiento, lo que incluye identificar que el servicio es necesario, conocer a quienes está destinado, qué hace, cuando está disponible, como y cuando usarlo, por qué sería usado el servicio y preservar ese conocimiento (51).

Cuando no es posible emprender la búsqueda de esta atención o resolver la necesidad se configuran las barreras para el acceso, las cuales afectan en mayor medida a personas en

condiciones de vulnerabilidad. Se han realizado estudios previos tanto a nivel internacional(18) como local (49), donde se ha evidenciado la existencia de múltiples barreras asociadas con el acceso a los servicios de salud, sin embargo, hasta la fecha no se han realizado investigaciones que evalúen las barreras de acceso a los servicios de salud en el marco de la pandemia COVID-19 con poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC.

El análisis de las barreras en el acceso a los servicios de salud permite identificar alternativas que pueden servir como insumo para la formulación de políticas públicas en salud enfocadas en la obtención de los mejores resultados posibles, teniendo en cuenta las particularidades de cada una de las poblaciones. Se ha resaltado la importancia del relacionamiento entre la academia y los tomadores de decisiones de tal manera que permita brindar la mejor información para orientar las políticas y realizar una evaluación continua de estas (49).

## **Justificación y planteamiento del problema**

Las medidas de prevención tomadas para enfrentar la pandemia causada por el SARS-CoV-2 han llevado a una interrupción de servicios de salud sin precedentes en la humanidad; a la vez, han acentuado las disparidades en la materia junto con las inequidades entre grupos marginalizados incluyendo aquellos considerados vulnerables al VIH y/o VHC (6) (7). Estas interrupciones pueden tener consecuencias severas a mediano y largo plazo, especialmente en enfermedades transmisibles y patologías crónicas (4) (6) como aquellas en las que se enfoca esta investigación. Los resultados de esta investigación permiten conocer y analizar aquellas barreras de acceso que han enfrentado las poblaciones bajo estudio, así como los factores asociados con las mismas.

## **Hipótesis**

Las barreras de acceso a los servicios de atención en salud percibidas por parte de las poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en Colombia se han acentuado debido a las restricciones tomadas como medida de prevención de la pandemia COVID-19.

# Objetivos

## ○ **Objetivo General**

Analizar las barreras de acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia.

## ○ **Objetivos Específicos**

- Estimar la frecuencia de las barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC.
- Determinar las condiciones sociodemográficas y económicas relacionadas con las barreras de acceso percibidas en la población bajo estudio.
- Apoyar el fortalecimiento de las capacidades investigativas de las organizaciones de base comunitaria que desarrollan sus actividades misionales con la población bajo estudio.

# Pregunta de investigación

¿Cuáles son las barreras y factores asociados a las mismas respecto al acceso a la atención en salud percibidas por parte de las poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el contexto de la pandemia COVID-19 en Colombia?

## Metodología

Este trabajo hace parte del programa de investigación comunitaria multipaís EPIC, coordinado por Coalition PLUS, cuyo fin consiste en recolectar información vital sobre el impacto de la crisis sanitaria Covid-19 en las poblaciones vulnerables o que viven con el VIH y/o el VHC. Inicialmente se elaboraron cuestionarios con diferentes módulos a elegir para ser distribuidos entre los países participantes en el estudio. Posteriormente, se realizó una traducción de los cuestionarios y se seleccionaron las preguntas que fueron consideradas relevantes para la investigación a desarrollar, se realizó una validación de dichos cuestionarios con ayuda de trabajadores de organizaciones de base comunitaria quienes trabajan de cerca con el tipo de población en la cual se realizó la investigación en Colombia.

Se incluyeron personas mayores de edad, que se identificaban como pertenecientes a un grupo considerado vulnerable al VIH y/o VHC (PUD, TS, HSH, Trans, Migrantes) o que ya vivían con VIH y/o VHC, residentes en Colombia y que expresaron su consentimiento informado para participar en la investigación.

La recolección de los datos se realizó mediante un instrumento tipo cuestionario que se encontraba disponible en dos formatos, uno en línea mediante el uso de Voxco Survey Platform y otro en papel. Los cuestionarios incluyeron información sociodemográfica de los participantes, vivencia de la pandemia COVID-19, percepción de acceso a la atención en salud, identificación de barreras percibidas en la atención en salud y adaptaciones tomadas en respuesta a la disminución en la percepción de acceso (ver Anexo 2: Encuesta aplicada).

La aplicación de los cuestionarios a la población bajo estudio se realizó con el apoyo de organizaciones de base comunitaria ubicadas en las ciudades de Bogotá, Pereira, Ibagué, Sincelejo, Arjona, Barranquilla y Manizales; para la selección de estas organizaciones inicialmente se realizó una invitación a todas las pertenecientes a la Campaña Regálate un Minuto<sup>a</sup> y/o la Mesa Nacional de Organizaciones que trabajan en VIH-Sida. Con

---

<sup>a</sup> La campaña regálate un minuto es una iniciativa liderada por la Fundación IFARMA en el marco del proyecto demanda social para el tratamiento de la hepatitis C en Colombia (A Social Demand For Hepatitis C Treatment in Colombia), el cual se ejecuta en asocio con la organización francesa



## 12 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

aquellas que aceptaron la invitación se discutieron los objetivos de la investigación y el contenido de los cuestionarios, posteriormente fueron capacitados para el uso de los instrumentos de recolección de datos.

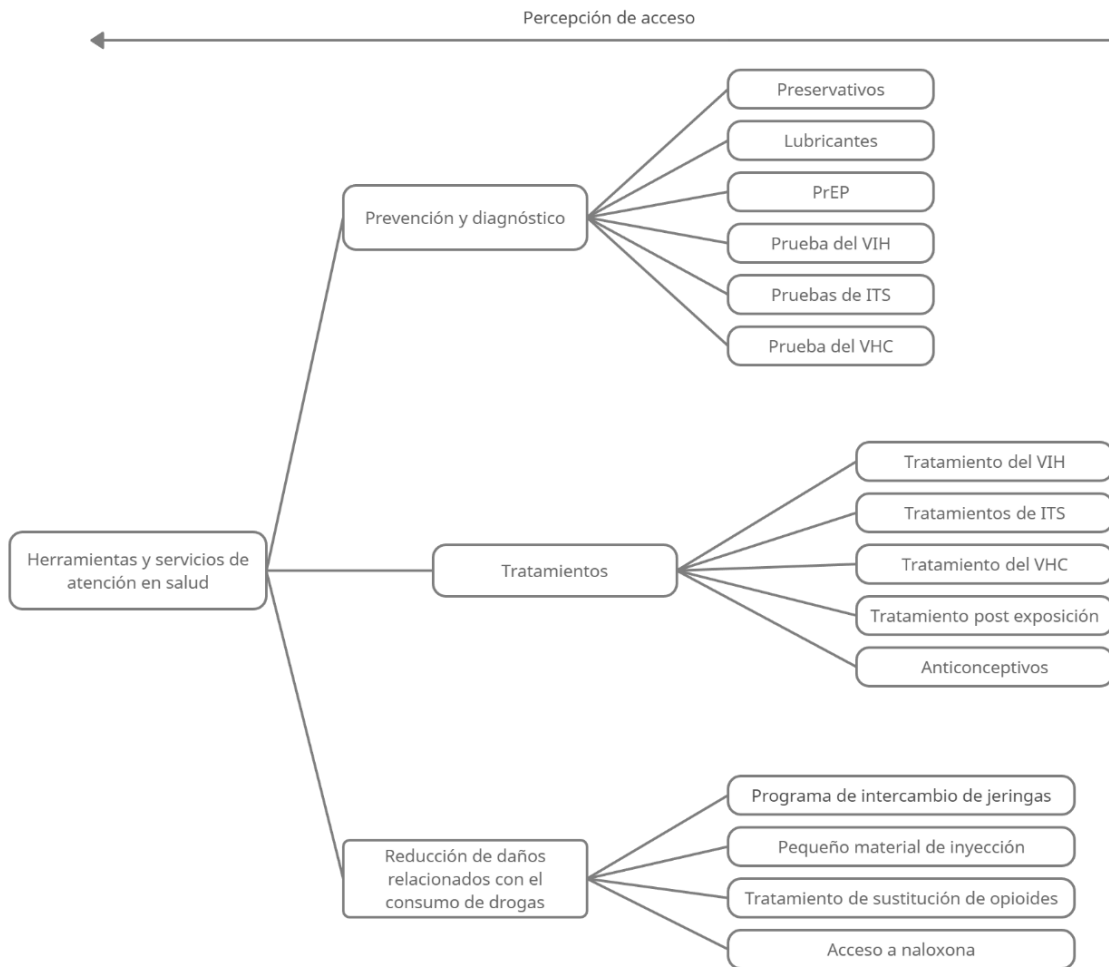
La evaluación de la percepción de acceso a los servicios de salud fue evaluada de manera general y en 3 agrupaciones, a saber: acceso a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico, acceso a tratamientos y acceso a herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas, para esto se hizo uso de preguntas con opciones de respuesta en una escala tipo Likert, (ej: ¿Para las siguientes herramientas y/o servicios cómo evaluaría su acceso durante la crisis sanitaria COVID-19?, con opciones de respuesta: “más fácil que antes”, “igual que antes”, “más difícil que antes” y “nunca he usado esta herramienta/servicio”. En la Figura 1 se muestran las herramientas y/o servicios evaluados junto con su agrupación correspondiente. La opción de respuesta “más difícil que antes” fue entendida como una disminución en la percepción del acceso y con esto se dicotomizaron los resultados en disminución y no disminución de la percepción de acceso a cada una de las herramientas y/o servicios evaluados; para la percepción de acceso a cada una de las agrupaciones se entendió como una disminución en la misma cuando se encontró una disminución en la percepción de acceso a al menos una herramienta y/o servicio perteneciente a cada una de estas (ej: una disminución en la percepción de acceso a preservativos conlleva a una disminución en la percepción de acceso a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico), del mismo modo, una disminución en la percepción de acceso a los servicios de atención en salud a nivel general fue entendida como una disminución en la percepción de acceso de al menos una de las agrupaciones evaluadas.

La selección del formato del instrumento de recolección de datos a aplicar se realizó teniendo en cuenta las características de las poblaciones en las cuales fue realizada la investigación, las condiciones de seguridad y la disponibilidad de conexión a internet en las zonas donde se llevó a cabo dicha recolección. Los cuestionarios recolectados en papel fueron ingresados posteriormente a Voxco Survey Platform para consolidar la información y realizar los análisis correspondientes; estos cuestionarios recolectados en papel se encuentran almacenados en físico en una ubicación segura y protegida hasta su destrucción dos años posteriores a la conducción de la presente investigación.

---

Coalition Plus. La campaña regálate un minuto orienta el desarrollo de sus contenidos por los tres ejes temáticos que hacen parte del proyecto: acceso a la información sobre la hepatitis C, acceso al diagnóstico oportuno y acceso oportuno al tratamiento con medicamentos a precios asequibles.

Figura 1. Herramientas y/o servicios de atención en salud evaluados



Al tratarse de un estudio descriptivo de corte transversal, el tamaño muestral mínimo se calculó de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 p(1-p)}{D^2}$$

Donde:

$n$  = tamaño muestral mínimo para la investigación.

$Z_{1-\alpha/2}$  = Valor del estadístico Z al nivel de significancia seleccionado.

$p$  = prevalencia esperada.

$D$  = incertidumbre de la medición.

## 14 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

En este caso, se utilizó un valor de significancia de 0,05, una prevalencia esperada del 50%, esto para asegurar el mayor tamaño muestral posible, ya que no existen investigaciones previas en el país sobre el tema que pudieran orientar la selección de la prevalencia esperada y finalmente, una incertidumbre del 5%, dando como resultado un tamaño muestral mínimo de 385 participantes. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia dadas las características de la investigación.

Los resultados son presentados con medidas de tendencia central y su correspondiente medida de dispersión para las variables cuantitativas, también se utilizaron medidas de frecuencia en los casos que fue necesario.

El análisis estadístico de la información se realizó usando el Software estadístico R (52), se utilizó una regresión logística binomial para conocer las variables asociadas con la disminución en la percepción de acceso por parte de la población bajo estudio en cada una de las etapas de la atención en salud, se utilizó un nivel de significancia ( $p \leq 0,10$ ) para las pruebas correspondientes a esta regresión debido al tamaño muestral alcanzado, siguiendo las recomendaciones de la asociación de estadística americana, ya que si el tamaño de muestra es pequeño efectos grandes pueden producir valores  $p$  imprecisos (53).

## Aspectos éticos, legales y ambientales

Dadas las características de las poblaciones bajo estudio, estas pueden ser criminalizadas y/o altamente estigmatizadas, por lo cual no se solicitó consentimiento informado escrito, sin embargo, todos los participantes recibieron información sobre su participación en el estudio mediante una nota informativa previa al inicio del cuestionario, la cual incluyó los promotores y objetivos del estudio, la forma en que se llevó a cabo, quién lo realizó, sus derechos y a quién contactar para hacerlos valer, se dejó claro el carácter voluntario de su participación en la investigación y la posibilidad de abandonar el cuestionario en cualquier momento (ver Anexo 1: Nota informativa).

Los datos del estudio sólo son accesibles con credenciales específicas al personal autorizado para fines de gestión, verificación y análisis, los cuestionarios en papel se encuentran almacenados en una ubicación segura y protegida hasta su destrucción dos años posteriores a la conducción de la presente investigación; los cuestionarios en línea están almacenados en el servidor del proveedor de servicios (Voxco Survey Platform), con acceso exclusivo mediante credenciales al personal autorizado.

Este proyecto fue presentado y avalado por el comité de ética de FEDESALUD en sesión del 16 de abril de 2021, fue considerado como de riesgo mínimo dado que no establece intervenciones en la salud de las personas, ni tiene manipulación de tejidos o fluidos biológicos, además cumple con los requisitos éticos estipulados en la resolución No. 008430 de 1993, 2378 de 2008 y todas aquellas que las modifiquen o sustituyan.

## **Fuentes de financiación**

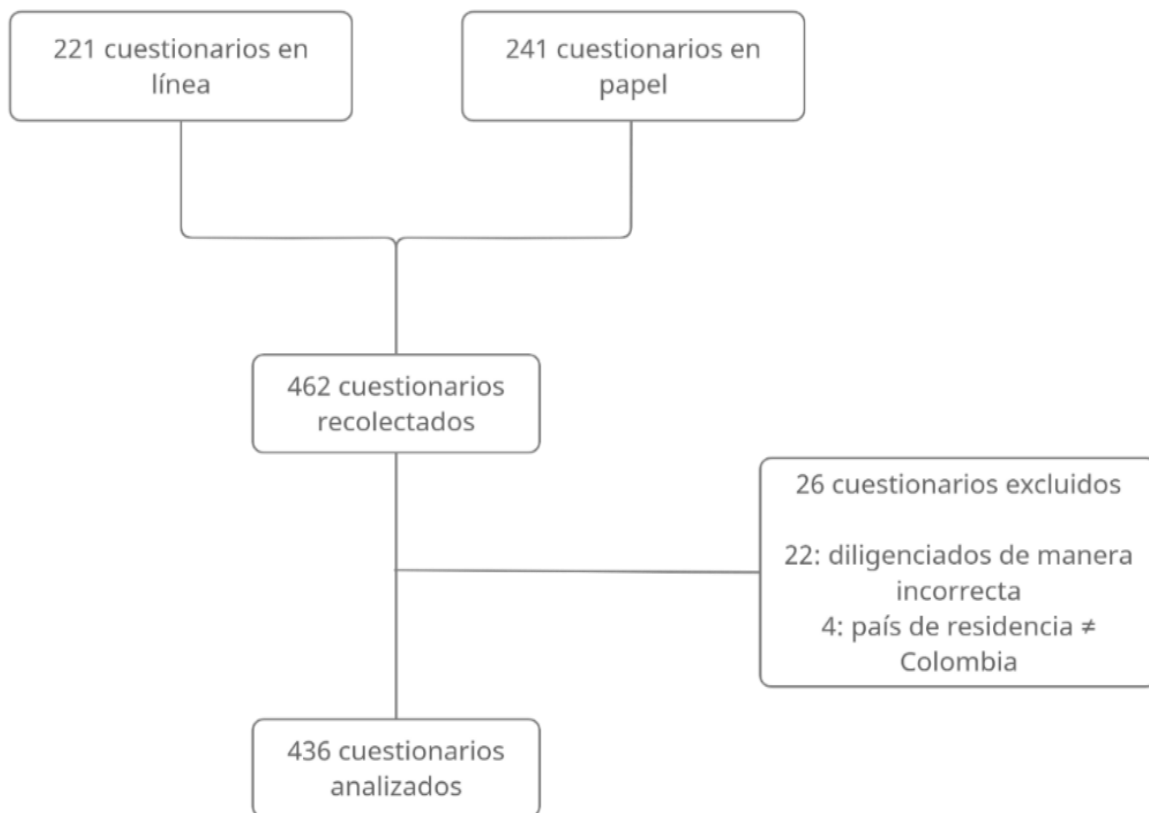
Esta investigación fue financiada en el marco de la convocatoria 874-2020: convocatoria para el fortalecimiento de proyectos en ejecución de CTel en ciencias de la salud con talento joven e impacto regional, del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación de Colombia.

## Resultados y discusión

### ○ Recolección de datos

Se recolectaron un total de 462 cuestionarios entre el 29 de noviembre de 2021 y el 14 de marzo de 2022, de los cuales 221 fueron recolectados en línea y 241 en papel, de estos últimos fueron excluidos 22, ya que no fueron diligenciados de manera correcta, por lo cual no fueron ingresados a la plataforma Voxco Survey Platform, dando como resultado un total de 440 cuestionarios ingresados a la plataforma, para el análisis fueron excluidos 4 ya que su país de residencia no correspondía a Colombia, dando como resultado un total de 436 cuestionarios que fueron incluidos para el análisis de los datos (ver Figura 2).

Figura 2. Distribución de los cuestionarios recolectados.



El mayor número de cuestionarios fue recolectado en la ciudad de Barranquilla (n= 121), mientras que el menor corresponde a la ciudad de Ibagué (n= 9), en la Tabla 1, se muestra el número de cuestionarios recolectados en cada una de las ciudades en las que se realizó la investigación.

## ○ **Características de la población**

La mediana de la edad de los participantes con su respectivo rango intercuartílico fue de 30 ( $\pm 12$ ) años, 94% se identificaron como cisgénero (n= 408), siendo predominantemente hombres, mientras que 3% se identificaron como transgénero (n= 13), siendo en su mayoría mujeres trans; 47% cursó estudios secundarios (n= 204), 28% estudios primarios (n= 122) y 16% estudios superiores (n= 68); más de la mitad de los participantes (60%; n= 262) residía en un entorno urbano/ciudad grande, seguido por aquellos que se encontraban en un entorno urbano/ciudad mediana o pequeña (n= 101) y entorno rural/pueblo (n= 70) con 23% y 16% respectivamente; aproximadamente 1 de cada 3 participantes (31%; n= 133), se identificó como migrante, 23% se identificaron como hombres que tienen sexo con hombres (n= 101) y aproximadamente 1 de cada 4 como personas que viven con VIH (n= 94).

Entre los participantes que se identificaron como personas que viven con VIH, alrededor de 2 por cada 3 se identificó como hombre (n= 61), 16% se identificó como mujer (n= 15), 6% se identificaron como transgénero (n= 5) y 14% como pertenecientes a otro género (n= 13), estos resultados son congruentes con los reportados para el país, ya que de acuerdo con datos de la Cuenta de Alto Costo para el año 2021, el 77,41% de las personas viviendo con VIH correspondían a hombres (25).

Para el caso de quienes se identificaron como personas que viven con VHC, el tamaño de la muestra alcanzada fue mínimo, con apenas 3 participantes, lo cual representa menos del 1% de los cuestionarios analizados, esto puede deberse en primer lugar al tipo de muestreo utilizado y en segundo lugar, al bajo diagnóstico que existe para esta enfermedad en el país. Como muestra de esto último, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Salud de Colombia, durante el 2021 apenas fueron notificados 897 casos de la infección en todo el territorio nacional, lo cual corresponde a una incidencia de 1,8 casos por cada 100.000 habitantes (54).

Llama la atención las diferencias encontradas en cuanto a los grupos con los cuales se identifican los participantes en comparación con los diagnósticos declarados por los mismos, ya que fue superior el número de personas que manifestaron tener VIH como diagnóstico, con respecto a quienes se identificaron como personas que viven con VIH, de hecho, 18% (n= 78) de los participantes manifestaron tener diagnóstico de VIH y a la vez identificarse como personas que viven con VIH; de manera contraria, fue inferior el número de personas que declararon tener VHC como diagnóstico con respecto al número de participantes que se identificaron como personas que viven con VHC. Estos comportamientos pueden tener relación con los participantes que decidieron no responder

una u otra pregunta, lo cual para el caso del grupo poblacional con el que se identificaron los participantes corresponde al 2% (n= 9), mientras que para el caso del diagnóstico corresponde al 11% (n= 48), también puede contribuir a este comportamiento las preferencias por revelar en determinado momento de la encuesta su información, ya que las preguntas referentes a estos ítems se encontraban en diferentes secciones de los instrumentos de recolección de datos. Teniendo en cuenta esto, los análisis se presentarán disgregados tanto por diagnóstico declarado, como por grupo poblacional con el que se identifica el participante. En la Tabla 1, se muestran la totalidad de las características sociodemográficas de los participantes en la investigación.

<b>Edad (años)</b>	
Mediana $\pm$ RI	30 $\pm$ 12
<b>Género*</b>	
	n/N
Mujer	135/436
Hombre	273/436
Mujer Trans	10/436
Hombre Trans	3/436
Otro	15/436
No informado	1/436
<b>Nivel escolar</b>	
	n/N
Nunca fui a la escuela	27/436
Estudios primarios	122/436
Estudios secundarios	204/436
Estudios superiores	68/436
Otro	13/436
No informado	2/436
<b>Entorno</b>	
	n/N
Entorno urbano/ciudad grande	262/436
Entorno urbano/ciudad mediana o pequeña	101/436
Entorno rural/pueblo	70/436
No informado	3/436
<b>Ciudad de recolección</b>	
Barranquilla	121/436
Pereira	100/436
Bogotá	82/436
Arjona	57/436
Manizales	37/436
Sincelejo	30/436
Ibagué	9/436
<b>Grupo poblacional*</b>	
	n/N
Hombres que tienen sexo con hombres	101/436
Homosexuales o lesbianas	50/436

Tabla 1. (Continuación)	
<b>Grupo poblacional*</b>	n/N
Personas trans	17/436
Trabajadores/as sexuales	42/436
Usuarios/as de drogas inyectables	89/436
Usuarios/as de drogas no inyectables	9/436
Personas que viven con VIH	94/436
Personas que viven con VHC	3/436
Personas que viven con otra enfermedad crónica	1/436
Migrantes	133/436
Ninguno de los descritos	6/436
No informado	9/436
<b>Diagnóstico*</b>	n/N
VIH	103/436
ITS	5/436
Tuberculosis	4/436
Virus de la hepatitis C (VHC)	1/436
Virus de la hepatitis B (VHB)	2/436
Cáncer	3/436
Diabetes	6/436
Problemas cardiacos	11/436
Otro	33/436
No informado	48/436
Ninguna patología que esté bajo seguimiento	241/436

\*Más de una respuesta posible para un mismo participante, RI= Rango intercuartílico

## ○ Vivencia de la pandemia

Alrededor de 3 por cada 4 participantes (72%, n= 313) percibieron un deterioro de su situación económica en cualquier grado, a la vez, 43% de los participantes percibió un empeoramiento en su calidad de vida con respecto al periodo anterior a la pandemia (n= 188); y 31% de los participantes manifestaron haber estado en confinamiento durante uno o varios periodos en el transcurso de la pandemia (n= 135). Estos impactos negativos asociados con la pandemia no han sido estudiados a profundidad a nivel global, sin embargo, la evidencia disponible hasta el momento muestra resultados contradictorios, con diferentes niveles de percepción de la calidad de vida que varía de acuerdo con el género, grupo etario de los participantes, ciudad de residencia y presencia de enfermedades crónicas (55) (56); a nivel local, un estudio similar ha mostrado una reducción de los ingresos en el 48% de las personas y un empeoramiento de la situación económica comparada con el último año correspondiente al 35% (57); en este caso los efectos percibidos en estos ítems fueron superiores a los estudios previos, lo cual puede estar explicado por las ciudades en las cuales fueron recolectados los datos para las investigaciones, en la presente investigación las ciudades de recolección fueron tanto ciudades grandes como intermedias y pequeñas, mientras que la investigación previa fue



conducida en 4 ciudades principales del país (57). En la Tabla 2 se muestra la totalidad de los resultados respecto a la vivencia de la pandemia en la población bajo estudio.

Tabla 2. Vivencia de la pandemia en los participantes

<b>Situación económica con respecto al periodo anterior a la pandemia</b>	<b>(n/N)</b>
Estoy más cómodo económicamente	21/436
Mi situación económica no ha cambiado	98/436
Mi situación económica se ha deteriorado un poco	168/436
Mi situación económica se ha deteriorado bastante	145/436
No informado	4/436
<b>Calidad de vida actual con respecto al periodo anterior a la pandemia</b>	
Mucho mejor	25/436
Un poco mejor	49/436
Casi igual	162/436
Un poco peor	111/436
Mucho peor	77/436
No informado	12/436
<b>Confinamiento durante uno o varios periodos</b>	
Sí	135/436
No	266/436
No informado	35/436

Como fue mencionado previamente, el impacto de la pandemia en estos aspectos ha mostrado un comportamiento que puede ser diferencial de acuerdo con ciertas características sociodemográficas de la población (57) (58), por lo cual resulta conveniente realizar análisis diferenciales teniendo en cuenta algunas de estas características.

En primer lugar, al realizar el análisis de la situación económica con respecto al periodo anterior a la crisis sanitaria en cada uno de los grupos poblacionales incluidos en este estudio, se encuentra que la persona que manifestó vivir con otra enfermedad crónica (n= 1), percibió un empeoramiento de su situación económica en algún grado, sin embargo, este resultado particular debe ser analizado teniendo en cuenta las limitaciones en cuanto al tamaño muestral logrado en dicho grupo; a la vez, en aquellos grupos con un mayor tamaño muestral las principales dificultades en este aspecto se presentaron entre quienes se identificaron como homosexuales o lesbianas (92%, n= 46), trabajadores/as sexuales (86%, n= 36) y personas trans (82%, n= 14); en la Tabla 3, se muestra la totalidad del análisis por subgrupos para este ítem.

Esta percepción de empeoramiento generalizada en la situación económica puede tener relación con las restricciones en la actividad económica, ya que estas últimas tienen un efecto importante sobre el empleo, salarios, ingresos de capital, inversiones y producción, siendo esto aún mayor en periodos de cuarentena (59), de hecho, la pérdida de actividad laboral durante el periodo de crisis sanitaria puede evidenciarse fácilmente con las tasas de desempleo en el país las cuales pasaron de 9,3% en noviembre de 2019 (60) a 13,3 (61) y 10,8 (62) en el mismo periodo para los años de 2020 y 2021 respectivamente. Otro factor por considerar se relaciona con la informalidad laboral, la cual es mayor entre

poblaciones vulnerables acentuando de esta manera las consecuencias negativas en este aspecto. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Santos *et al*, quienes encontraron en una muestra global de HSH una reducción de ingresos superior al 30% en 4 de cada 10 personas (6).

Respecto a la percepción de la calidad de vida comparada con el periodo anterior a la crisis sanitaria, se encuentra que los grupos poblacionales incluidos en la investigación con mayor afectación en este aspecto corresponden a la persona que vive con otra enfermedad crónica (100%, n= 1), usuarios/as de drogas no inyectables (78%, n= 7), trabajadores/as sexuales (66%, n= 28), personas trans (64%, n= 11) y personas que viven con el VIH (58%, n= 55). Sin embargo, en concordancia con lo descrito previamente el resultado obtenido para la persona que vive con otra enfermedad crónica y usuarios de drogas no inyectables debe ser analizado con cautela debido al tamaño muestral logrado en dichos grupos.

Otro aspecto para tener en cuenta corresponde a la metodología utilizada para esta medición, ya que no se hizo uso de un instrumento estandarizado para esta como el EQ-5D, por lo cual no es posible establecer comparaciones directas con otros estudios de este tipo, los cuales han mostrado una disminución significativa en la calidad de vida asociada con las cuarentenas (59). En la Tabla 4, se muestra la totalidad de la percepción de la calidad de vida en cada uno de los grupos poblacionales estudiados.

Tabla 3. Situación económica de los participantes según grupo poblacional

<b>Grupo poblacional</b>	Estoy más cómodo económicamente	Mi situación económica no ha cambiado	Mi situación económica se ha deteriorado un poco	Mi situación económica se ha deteriorado bastante	No informado
HSH (n= 101)	7 (7%)	27 (27%)	41 (40%)	24 (24%)	2 (2%)
Homosexuales o lesbianas (n= 50)	0 (0%)	4 (8%)	29 (58%)	17 (34%)	0 (0%)
Personas trans (n= 17)	0 (0%)	2 (12%)	7 (41%)	7 (41%)	1 (6%)
Trabajadores/as sexuales (n= 42)	1 (2%)	4 (10%)	15 (36%)	21 (50%)	1 (2%)
UDI (n= 89)	5 (6%)	25 (28%)	21 (24%)	38 (43%)	0 (0%)
UDNI (n= 9)	0 (0%)	4 (44%)	1 (11%)	4 (44%)	0 (0%)
PVVIH (n= 94)	2 (2%)	18 (19%)	31 (33%)	41 (44%)	2 (2%)
PVVHC (n= 3)	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica (n= 1)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Migrantes (n=133)	7 (5%)	37 (28%)	49 (37%)	39 (29%)	1 (1%)

22 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

Tabla 3. Continuación

<b>Grupo poblacional</b>	Estoy más cómodo económicamente	Mi situación económica no ha cambiado	Mi situación económica se ha deteriorado un poco	Mi situación económica se ha deteriorado bastante	No informado
No me identifico con ninguno de esos grupos (n=6)	1 (17%)	0 (0%)	4 (67%)	1 (17%)	0 (0%)
No informado (n=9)	0 (0%)	3 (33%)	2 (22%)	3 (33%)	1 (11%)

HSH= Hombres que tienen sexo con hombres; UDI= Usuarios de drogas inyectables, UDNI= Usuarios de drogas no inyectables; PVVIH: Personas que viven con el VIH; PVVHC: Personas que viven con el VHC.

Tabla 4. Calidad de vida con respecto al periodo anterior a la crisis según grupo poblacional

<b>Grupo poblacional</b>	Mucho mejor	Un poco mejor	Casi igual	Un poco peor	Mucho peor	No informado
HSH (n= 101)	7 (7%)	12 (12%)	42 (42%)	26 (26%)	12 (12%)	2 (2%)
Homosexuales o lesbianas (n= 50)	1 (2%)	7 (14%)	20 (40%)	16 (32%)	6 (12%)	0 (0%)
Personas trans (n= 17)	0 (0%)	1 (6%)	5 (29%)	6 (35%)	5 (29%)	0 (0%)
Trabajadores/as sexuales (n= 42)	2 (5%)	4 (10%)	7 (17%)	15 (36%)	13 (31%)	1 (2%)
UDI (n= 89)	9 (10%)	6 (7%)	43 (48%)	9 (10%)	16 (18%)	6 (7%)
UDNI (n =9)	0 (0%)	0 (0%)	2 (22%)	2 (22%)	5 (56%)	0 (0%)
PVVIH (n= 94)	3 (3%)	7 (7%)	28 (30%)	33 (35%)	22 (23%)	1 (1%)
PVVHC (n =3)	0 (0%)	0 (0%)	2 (67%)	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica (n= 1)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Migrantes (n=133)	7 (5%)	18 (14%)	40 (30%)	47 (35%)	19 (14%)	2 (2%)
No me identifico con ninguno de esos grupos (n=6)	0 (0%)	1 (17%)	2 (33%)	2 (33%)	1 (17%)	0 (0%)
No informado (n=9)	1 (11%)	1 (11%)	4 (44%)	1 (11%)	0	2 (22%)

HSH= Hombres que tienen sexo con hombres; UDI= Usuarios de drogas inyectables, UDNI= Usuarios de drogas no inyectables; PVVIH: Personas que viven con el VIH; PVVHC: Personas que viven con el VHC.

En cuanto al confinamiento, llama la atención que ninguna de las personas encuestadas y que se identificaron como usuarios de drogas inyectables o no inyectables manifestaron haber estado en confinamiento durante uno o más periodos en el curso de la crisis sanitaria, lo cual puede deberse principalmente a la situación de calle de las personas que fueron incluidas para aplicar el instrumento de recolección de datos en este grupo poblacional. En los demás grupos se observó que máximo el 50% de los participantes declararon haber estado en confinamiento durante uno o más periodos, a excepción de la persona que vive con otra enfermedad crónica; estos datos son presentados en la Tabla 5.

Tabla 5. Confinamiento según grupo poblacional

<b>Grupo poblacional</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No informado</b>
HSH (n= 101)	30 (30%)	60 (59%)	11 (11%)
Homosexuales o lesbianas (n= 50)	21 (42%)	27 (54%)	2 (4%)
Personas trans (n= 17)	3 (18%)	12 (71%)	2 (12%)
Trabajadores/as sexuales (n= 42)	24 (50%)	14 (33%)	4 (10%)
UDI (n= 89)	0 (0%)	86 (97%)	3 (3%)
UDNI (n =9)	0 (0%)	7 (78%)	2 (22%)
PVVIH (n= 94)	35 (37%)	48 (51%)	11 (12%)
PVVHC (n =3)	1 (33%)	1 (33%)	1 (33%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica (n= 1)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Migrantes (n=133)	54 (41%)	66 (50%)	13 (10%)
No me identifico con ninguno de esos grupos (n=6)	2 (33%)	2 (33%)	2 (33%)
No informado (n=9)	1 (11%)	6 (67%)	2 (22%)

HSH= Hombres que tienen sexo con hombres; UDI= Usuarios de drogas inyectables, UDNI= Usuarios de drogas no inyectables; PVVIH: Personas que viven con el VIH; PVVHC: Personas que viven con el VHC.

## ○ **Percepción de acceso a la atención en salud**

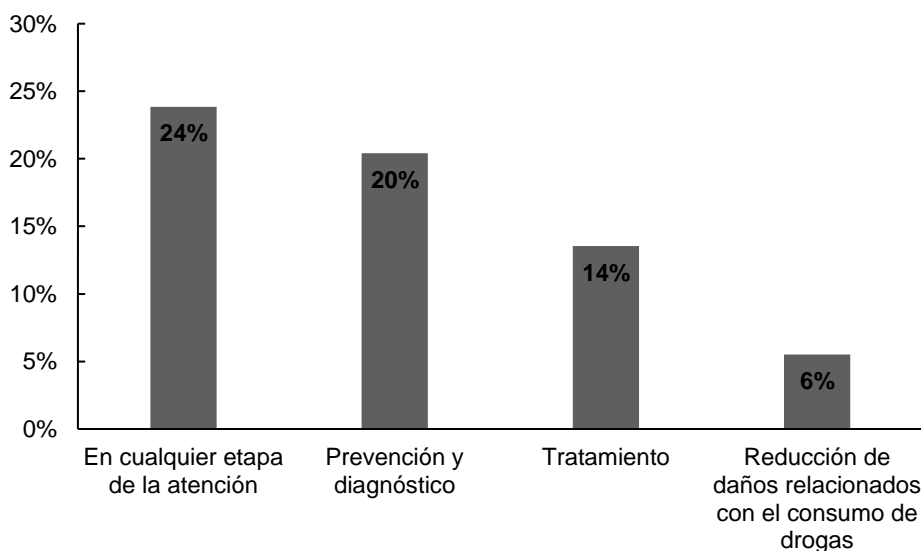
En general, cerca de 1 por cada 4 personas encuestadas (24%, n= 104) percibieron una disminución en el acceso, bien sea a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico, tratamientos y/o reducción de daños relacionados con el consumo de drogas, esto cuando se compara con el periodo anterior a la pandemia COVID-19. Al realizar el

## 24 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

análisis teniendo en cuenta la etapa de la atención en salud en la cual se presentó dicha disminución, se encontró que en la prevención y diagnóstico ocurrió en el 20% de los participantes (n= 89), para el caso de los tratamientos esta disminución fue percibida por el 14% (n= 59) y finalmente, para las herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas se presentó en el 6% (n= 24) de las personas encuestadas (Ver Figura 3).

Las disminuciones en el acceso a servicios de salud en el periodo de la pandemia COVID-19 han sido documentadas en el país para otras patologías, por ejemplo, un estudio realizado por la Cuenta de Alto Costo encontró una disminución en el diagnóstico temprano para cáncer de mama, próstata, estómago, colon y recto en el año 2020, así como un aumento en el tiempo para el inicio de tratamiento en cáncer de mama, próstata y estómago (63).

Figura 3. Disminución en la percepción de acceso a las herramientas y/o servicios de atención en salud.

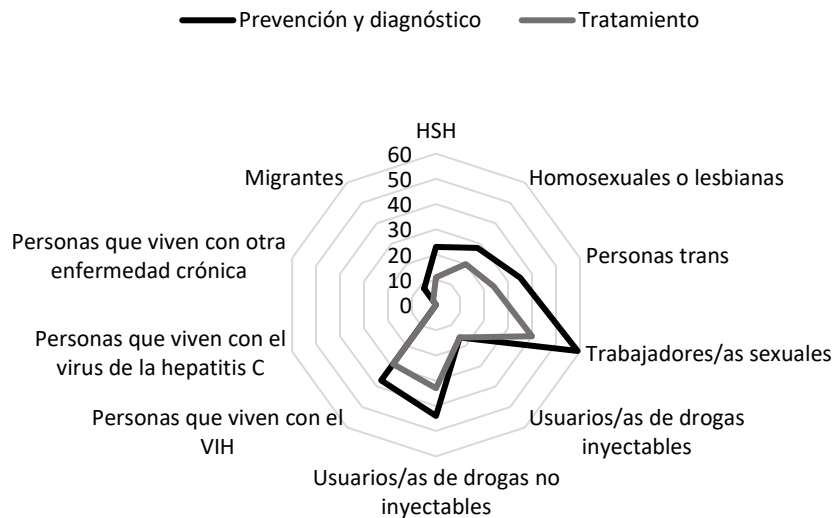


Nota: Un mismo participante puede percibir mayores dificultades en el acceso a herramientas y/o servicios en cualquiera de las 3 etapas: diagnóstico y prevención, tratamiento y reducción de daños relacionados con el consumo de drogas.

Al realizar el análisis teniendo en cuenta los grupos con los cuales se identifican los participantes, se observan disparidades entre tales grupos, en primer lugar, quienes se identificaron como trabajadores/as sexuales, usuarios/as de drogas no inyectables y personas que viven con VIH fueron quienes percibieron una mayor reducción en el acceso tanto a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico como a tratamientos (Ver Figura 4). Estos resultados apoyan los reportados por Santos *et al*, quienes encontraron diferencias significativas a nivel global en el acceso percibido a servicios de prevención y diagnóstico en personas que se identificaron como pertenecientes a una minoría étnica,

migrantes o que hayan ejercido trabajo sexual, a la vez en dicha investigación también se encontró una reducción en el acceso a tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH del 18% (6), lo cual también es congruente con lo encontrado en la presente investigación y será discutido más adelante.

Figura 4. Disminución en la percepción de acceso a servicios de atención en salud según grupo poblacional



## Prevención y diagnóstico

En prevención y diagnóstico se evaluó la percepción de acceso a preservativos, lubricantes, profilaxis preexposición, prueba del VIH, pruebas de ITS y prueba del VHC, cuyos resultados son mostrados en la Figura 5; en estos se observa que la mayor disminución en la percepción de acceso correspondió a preservativos, en la cual cerca de 1 por cada 6 participantes ( $n=60$ ) manifestó tener mayores dificultades para acceder a dicha herramienta de prevención, en segundo lugar se encuentra el acceso a lubricantes con el 13% ( $n=47$ ) y en tercer lugar el acceso a prueba del VIH, donde el 11% de los participantes ( $n=39$ ) manifestó tener mayores dificultades para acceder a este servicio de diagnóstico. Esta disminución en la percepción de acceso a los servicios de diagnóstico puede estar relacionada con la disminución de los casos reportados de VIH, de acuerdo con datos de la Cuenta de Alto Costo, se presentó una reducción del 26,48% en el reporte de casos nuevos de VIH entre los años 2020 y 2021 (25).

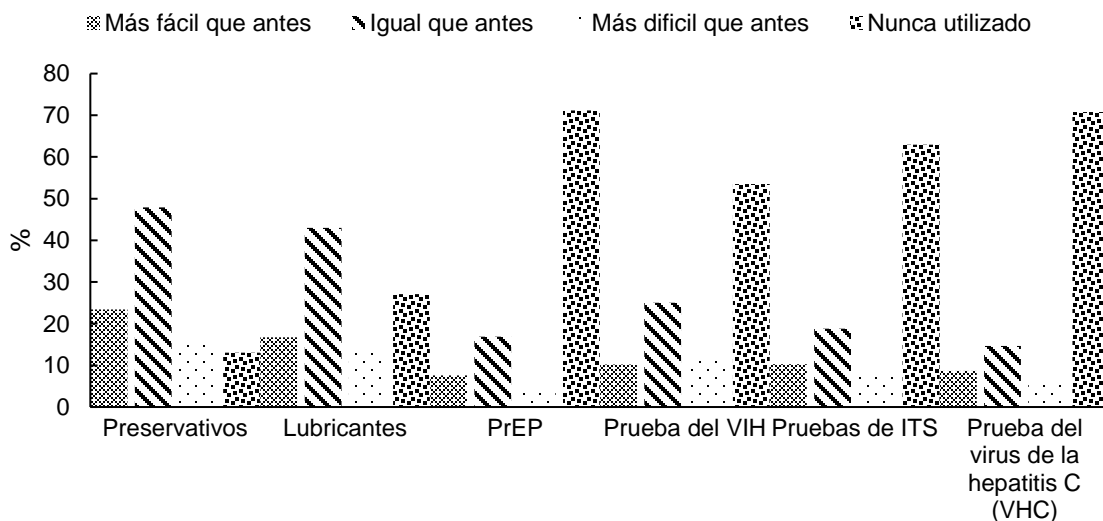
Estos resultados son concordantes con aquellos encontrados en Brasil por *Rick et al*, quienes encontraron dificultades para obtener pruebas de VIH y pruebas para otras infecciones de transmisión sexual en el 5 y 6% de los participantes en el estudio respectivamente, a la vez, encontraron una disminución en el uso de profilaxis preexposición en el 7% de las personas que participaron en la investigación, bien sea por

falta de exposición sexual o por otras razones (64), del mismo modo, otro estudio realizado por *Hung et al*, en la región de Asia encontró una disminución en el testeo de VIH del 47,3% entre poblaciones clave (65).

Las consecuencias de las interrupciones en los servicios de atención en salud fueron modeladas por *Jewell et al* en la región de África Subsahariana, en dicho modelo se encontró que una disminución del 20% durante un periodo de 6 meses en el testeo de VIH no tendría cambios significativos sobre la incidencia del VIH o la mortalidad a un año, sin embargo, una disrupción en el suministro de preservativos en el 50% de la población podría llevar a 1,19 veces las nuevas infecciones esperadas (13).

A pesar de lo mencionado anteriormente, el resultado más relevante está relacionado con las personas que nunca han hecho uso de una herramienta y/o servicio de prevención y diagnóstico, se encontró que cerca de 3 por cada 4 participantes nunca se ha practicado una prueba del VHC (n= 237) o ha utilizado la profilaxis preexposición (n=244), del mismo modo, cerca de 1 por cada 2 participantes mencionó nunca haber hecho uso de una prueba para VIH (n= 184). Estos resultados son alarmantes, puesto que, para el caso del VIH, se estima que aproximadamente 40% de las nuevas infecciones son transmitidas por personas que no conocían su estado como portadores del virus (66) (67), de igual modo, estos resultados pueden ser prueba del subdiagnóstico que existe en el país para estas infecciones, de hecho, de acuerdo con datos de ONU SIDA, para el año 2020 apenas el 68% de las personas que viven con VIH conocían su diagnóstico (68). Para el caso de la hepatitis C, se estima que en el país existen entre 272000 y 436000 casos de la infección (69), sin embargo, acorde con datos del INS apenas han sido diagnosticados 5000 casos desde que comenzó la notificación obligatoria en el año 2011 (ver Figura 6).

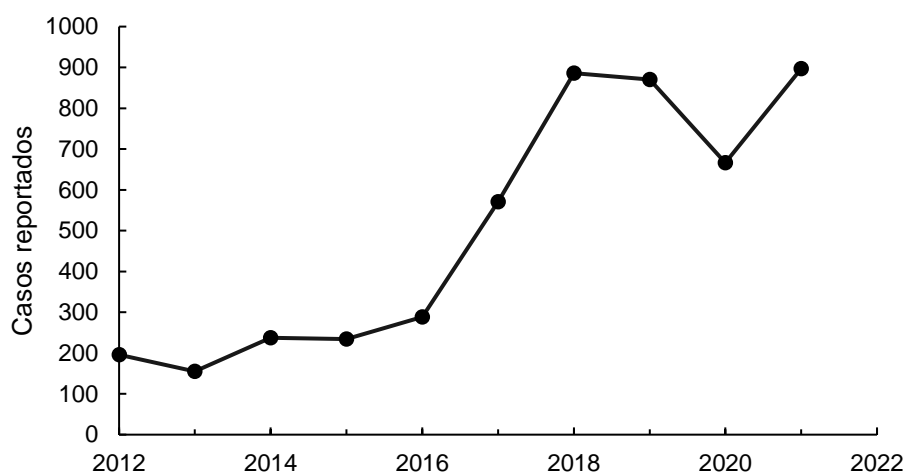
Figura 5. Acceso percibido a las herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19



Los datos anteriores si bien no pueden ser comparados de manera directa debido a las diferencias en las poblaciones, contrastan con la prevalencia de anticuerpos contra hepatitis C reportada en un estudio reciente realizado entre personas que se inyectan drogas en 4 regiones del país, donde se encontró una prevalencia promedio del 50,9%, con valores que alcanzan hasta el 80% en función de la ciudad (70), siendo esto una prueba más del subdiagnóstico de la infección existente en el país.

De la mano del subdiagnóstico se encuentra también la oportunidad en el acceso, de los casos de hepatitis C diagnosticados en el país durante el año 2017 y 2018, 45,4% ya presentaban fibrosis hepática, para el año 2019 este valor fue del 33,3% (71), por esto resulta fundamental garantizar el diagnóstico universal, oportuno y que se encuentre de la mano con el tratamiento, con lo cual se evitarán complicaciones futuras de la infección.

Figura 6. Casos de hepatitis C notificados al Instituto Nacional de Salud (INS)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Salud (INS)

Estos resultados también son muestra de la incapacidad para la búsqueda activa de casos que existe por parte de las EAPB, ya que a pesar de que todas las pruebas de tamizaje y diagnósticas se encuentran incluidas en el Plan de Beneficios en Salud y estas entidades tienen la obligación de realizar las actividades de promoción, prevención y diagnóstico necesarias para disminuir el contagio, la percepción de acceso es muy baja.

La baja percepción de acceso a la PrEP puede estar relacionada con su reciente inclusión en el Plan de Beneficios en Salud, ya que apenas se está comenzando con la implementación y previamente esto se constituía en una barrera para el acceso, se requerirá de una investigación posterior para evaluar el impacto de la inclusión de estos medicamentos en el Plan de Beneficios sobre la percepción de acceso.

Al realizar la regresión logística para evaluar los factores asociados con la disminución en la percepción de acceso a los servicios de prevención y diagnóstico, se encuentra que esta fue significativa entre quienes se identificaron como personas que viven con VIH [OR=



14,73 (IC 90%: 2,27 - 95,56);  $p=0,02$ ], quienes experimentaron una peor calidad de vida con respecto al periodo anterior a la pandemia [OR=7,71 (IC 90%: 1,69 – 35,03);  $p=0,03$ ] y quienes manifestaron haber estado en confinamiento durante uno o más periodos [OR=4,72 (IC 90%: 1,00 – 22,20);  $p=0,10$ ]. Por el contrario, entre quienes mencionaron tener estudios superiores se encontró un aumento significativo en la percepción de acceso [OR=0,05 (IC 90% 0,01 – 0,33);  $p=0,01$ ], lo que quiere decir que las personas que cuentan con estudios superiores experimentaron menores dificultades para acceder a los servicios de prevención y diagnóstico. En la Tabla 6, se encuentran los resultados de la disminución en la percepción de acceso a prevención y diagnóstico disgregada por cada una de las variables de interés.

Tabla 6. Disminución en la percepción de acceso a herramientas y/o servicios de prevención y diagnóstico	
Género	Disminución en percepción de acceso (n/N)
Mujer	31/135 (23%)
Hombre	43/273 (16%)
Mujer Trans	5/10 (50%)
Hombre Trans	0/3 (0%)
Otro	10/15 (67%)
Nivel escolar	
Nunca fui a la escuela	5/27 (19%)
Estudios primarios	29/122 (24%)
Estudios secundarios	45/204 (22%)
Estudios superiores	9/68 (13%) **
Otro	1/13 (8%)
Entorno	
Entorno urbano/ciudad grande	41/262 (16%)
Entorno urbano/ciudad mediana o pequeña	37/101 (37%)
Entorno rural/pueblo	10/70 (14%)
Grupo poblacional	
Hombres que tienen sexo con hombres	23/101 (23%)
Homosexuales o lesbianas	14/50 (28%)
Personas trans	6/17 (35%)
Trabajadores/as sexuales	25/42 (59%)
Usuarios/as de drogas inyectables	14/89 (16%)
Usuarios/as de drogas no inyectables	4/9 (44%)
Personas que viven con VIH	35/94 (37%) **
Personas que viven con VHC	0/3 (0%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica	0/1 (0%)
Migrantes	10/133 (8%)
Ninguno de los descritos	0/6 (0%)

Tabla 6. (Continuación)

<b>Situación económica</b>	Disminución en percepción de acceso n/N
Estoy más cómodo económicamente	3/21 (14%)
Mi situación económica no ha cambiado	14/98 (14%)
Mi situación económica se ha deteriorado un poco	29/168 (17%)
Mi situación económica se ha deteriorado bastante	43/145 (30%)
<b>Calidad de vida</b>	
Mucho mejor	2/25 (8%)
Un poco mejor	9/49 (18%)
Casi igual	24/162 (15%)
Un poco peor	23/111 (21%)
Mucho peor	29/77 (38%) **
<b>Confinamiento</b>	
Sí	35/135 (26%) *
No	48/266 (18%)

\*p<=0.10; \*\*p<0,05

## Tratamiento

Para el caso de los tratamientos, se tuvo en cuenta la percepción de acceso a tratamiento del VIH, tratamientos de ITS, tratamiento del VHC, tratamiento post exposición y anticonceptivos, resultados que se encuentran en la Figura 7. Se encontró que la mayor disminución en la percepción de acceso se presentó en el tratamiento del VIH, donde 28% de las personas que viven con VIH (n=25), manifestaron tener mayores dificultades para acceder a dicho tratamiento, de manera similar, el 20% de las personas que expresaron tener diagnóstico de ITS (n=1) experimentaron mayores dificultades para acceder a este servicio, sin embargo, este último resultado cuenta con limitaciones por el tamaño de la muestra logrado en este grupo particular.

Las interrupciones en el suministro del tratamiento antirretroviral han sido documentadas a nivel global, una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud mostró interrupciones en este suministro en 34 de 127 países en los que se aplicó la misma durante abril y junio de 2020 (72), para el periodo de noviembre del mismo año, 9 países reportaron mantener la interrupción entre un total de 152 en los que se aplicó la encuesta (73). Del mismo modo, estas interrupciones en el suministro de tratamientos han sido analizadas previamente por varios autores, *Hung et al* encontraron una interrupción del tratamiento antirretroviral del 22,3% en la región de Asia (65), del mismo modo, *Sun et al* mostraron un riesgo de interrupción del tratamiento antirretroviral en 35,1% de las personas viviendo con VIH en China (74) y *Santos et al* en una muestra global de hombres que tienen sexo como hombres encontraron inhabilidad o dificultades para acceder al tratamiento antirretroviral en el 18% de las personas que lo necesitaban, siendo esto aún

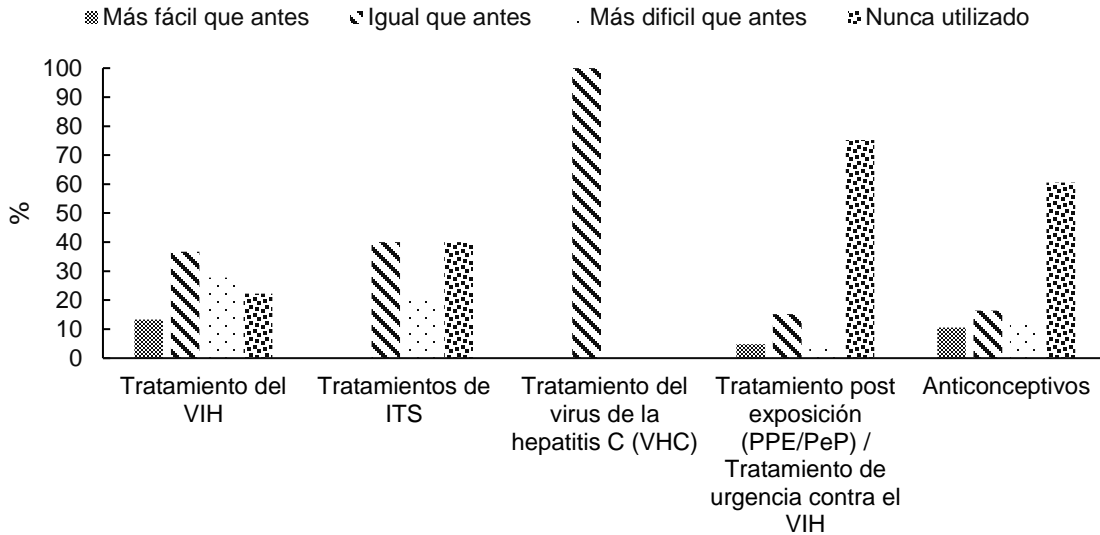
mayor entre quienes se identificaron como pertenecientes a una minoría étnica o racial, en quienes dicha inhabilidad o dificultad correspondió al 25% (6).

De acuerdo con las modelaciones realizadas por *Jewell et al*, las consecuencias de interrumpir la terapia antirretroviral durante 6 meses en el 20% de las personas que viven con VIH causaría en promedio 1,24 veces las muertes esperadas y 1,14 veces la incidencia esperada, a la vez, una interrupción del 50% llevaría a 1,63 veces el número de muertes y 1,33 veces el número de nuevas infecciones (13). Si se toma como case base el valor de interrupción del 20%, el cual es cercano al encontrado en el presente estudio, teniendo en cuenta los datos del país (25) se esperarían 507 muertes y 1289 nuevas infecciones adicionales a las esperadas como consecuencia de la disminución en el acceso a tratamientos.

De manera similar a lo encontrado para prevención y diagnóstico, llama la atención la alta proporción de participantes que manifestaron nunca haber utilizado el tratamiento post exposición (75%, n= 252), así como la alta proporción de mujeres que expresaron nunca haber utilizado anticonceptivos (61%, n= 63), de igual modo, el 22% de las personas que viven con VIH, manifestaron nunca haber recibido tratamiento (n= 20), siendo esto último congruente con las estimaciones reportadas por ONU SIDA, donde apenas el 64% de las personas que viven con VIH en el país reciben tratamiento antirretroviral (68). A la vez, este valor puede tener variaciones significativas de acuerdo con la ciudad, siendo muestra de las brechas existentes por región, por ejemplo, un estudio reciente, encontró un promedio de cobertura de tratamiento antirretroviral entre personas que viven con VIH del 52,8%, con valores que van desde 29,2% hasta el 80% en función de la ciudad (70). Para el caso del tratamiento de la hepatitis C, a pesar de no alcanzar un tamaño muestral significativo en el presente estudio, se espera que el comportamiento respecto al acceso a tratamientos siga esta misma tendencia, al comparar los datos reportados por el Instituto Nacional de Salud y la Cuenta de Alto Costo, se encuentra que de los 2993 casos de infección confirmada por hepatitis C entre los años 2017 y 2020, han recibido tratamiento 2064 personas, correspondientes al 69%, siendo aquellos pacientes del régimen subsidiado aún más afectados por esta situación, de los 434 pacientes reportados al INS durante 2017 y 2019, apenas 9 recibieron tratamiento (40), lo que corresponde al 2% y es una muestra de la inequidad existente entre regímenes de afiliación.

Las implicaciones de no tener acceso a este tipo de tratamientos resultan preocupantes, tanto en materia de salud como a nivel económico, para el caso del VIH, el tratamiento antirretroviral evitó 9,5 millones de muertes a nivel mundial entre 1995 y 2015, con beneficios económicos de 1,05 billones de dólares, de hecho, por cada dólar invertido en tratamiento antirretroviral se obtienen 3,50 dólares en beneficios a nivel global (14), lo mismo pasa para el caso de la hepatitis C, donde los antivirales de acción directa han mostrado una efectividad según datos del país superiores al 95% (15), evitando de esta manera complicaciones futuras como la cirrosis, el carcinoma hepático e incluso el trasplante de hígado.

Figura 7. Acceso percibido a los tratamientos con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19



Cuando se realiza el análisis estadístico de los datos, se encuentra que la disminución en la percepción de acceso a tratamientos sólo fue significativa entre quienes manifestaron haber estado en confinamiento durante uno o varios periodos [OR=15,24 (IC 90%: 1,04-222,63);  $p=0,09$ ], lo cual quiere decir que quienes estuvieron en confinamiento experimentaron mayores dificultades para acceder a tratamientos; el hecho de sólo haber encontrado significancia estadística en este grupo puede estar relacionado con el tamaño muestral; en la Tabla 7, se encuentran los resultados de la disminución en la percepción de acceso a tratamientos disgregada por cada una de las variables de interés.

Tabla 7. Disminución en la percepción de acceso a tratamientos	
Género	Disminución en percepción de acceso (n/N)
Mujer	24/135 (18%)
Hombre	24/273 (9%)
Mujer Trans	2/10 (20%)
Hombre Trans	0/3 (0%)
Otro	9/15 (60%)
Nivel escolar	
Nunca fui a la escuela	4/27 (15%)
Estudios primarios	18/122 (15%)
Estudios secundarios	30/204 (15%)
Estudios superiores	7/68 (10%)
Otro	0/13 (0%)
Entorno	
Entorno urbano/ciudad grande	34/262 (13%)
Entorno urbano/ciudad mediana o pequeña	23/101 (23%)
Entorno rural/pueblo	2/70 (3%)

Tabla 7. (Continuación)	
Grupo poblacional	Disminución en percepción de acceso n/N
Hombres que tienen sexo con hombres	11/101 (11%)
Homosexuales o lesbianas	10/50 (20%)
Personas trans	4/17 (24%)
Trabajadores/as sexuales	17/42 (40%)
Usuarios/as de drogas inyectables	14/89 (16%)
Usuarios/as de drogas no inyectables	3/9 (33%)
Personas que viven con VIH	27/94 (29%)
Personas que viven con VHC	0/3 (0%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica	0/1 (0%)
Migrantes	3/133 (2%)
Ninguno de los descritos	1/6 (17%)
<b>Situación económica</b>	
Estoy más cómodo económicamente	2/21 (10%)
Mi situación económica no ha cambiado	10/98 (10%)
Mi situación económica se ha deteriorado un poco	18/168 (11%)
Mi situación económica se ha deteriorado bastante	29/145 (20%)
<b>Calidad de vida</b>	
Mucho mejor	1/25 (4%)
Un poco mejor	7/49 (14%)
Casi igual	16/162 (10%)
Un poco peor	14/111 (13%)
Mucho peor	21/77 (27%)
<b>Confinamiento</b>	
Sí	21/135 (16%)*
No	36/266 (14%)

\*p<0.10

## Reducción de daños relacionados con el consumo de drogas

Respecto a las herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas, se evaluó la percepción de acceso a programas de intercambio de jeringas, kit de inyección, tratamiento de sustitución de opioides y naloxona, cuyos resultados se presentan en la Figura 9. La mayor reducción en la percepción de acceso se presentó en el programa de intercambio de jeringas, donde 19% de las personas que se inyectan drogas (n= 17) manifestaron tener menos acceso a dicho servicio, en segundo lugar, alrededor de 1 por cada 5 usuarios/as de drogas inyectables (18%; n= 16) percibieron tener un menor acceso a kit de inyección con respecto al periodo anterior a la

pandemia, para el caso del tratamiento de sustitución de opioides y la naloxona, esta reducción en la percepción de acceso se presentó en 12% (n= 11) y 10% (n= 9) de las personas que se inyectan drogas respectivamente.

La percepción de acceso a estas herramientas y/o servicios ha sido analizada en algunos países, sin embargo, para el caso de Colombia es muy limitada la información al respecto; El estudio realizado en Canadá por *Seaman et al*, encontró en general un menor reuso de jeringas entre usuarios/as de drogas inyectables durante la pandemia COVID-19, aunque, en algunos casos fue percibido un menor acceso a programas de intercambio de estas debido a preocupaciones o barreras de acceso (8), del mismo modo, *Minoyan et al*, encontraron que 1 por cada 5 personas que se encontraban recibiendo tratamiento con agonistas de opioides había omitido al menos una dosis debido a disrupciones relacionadas con la COVID-19 y 7% de las personas que buscaron acceder a servicios de intercambio de jeringas no pudieron hacerlo (75). *Saloner et al*, no encontraron diferencias significativas en el suministro del tratamiento de sustitución de opioides en Estados Unidos cuando se comparó con el periodo anterior a la pandemia (86,1% pre COVID vs 87,1%; p=0,71) (76), de manera contraria, un estudio realizado en Nueva York encontró un cambio en la percepción de acceso a programas de intercambio de jeringas entre el 41 y 84% de las personas que se encontraban en dichos programas dependiendo del periodo de tiempo, siendo la principal razón para estos cambios la limitación del servicio a unos determinados horarios o días (77). Un estudio realizado en Colombia previo a la pandemia COVID-19 encontró que las principales barreras para acceder a tratamientos de sustitución de opioides estaban relacionadas con dificultades en la admisión, incluyendo tener que atravesar muchos pasos para acceder al tratamiento y tener que estar en una lista de espera para obtener el tratamiento (78).

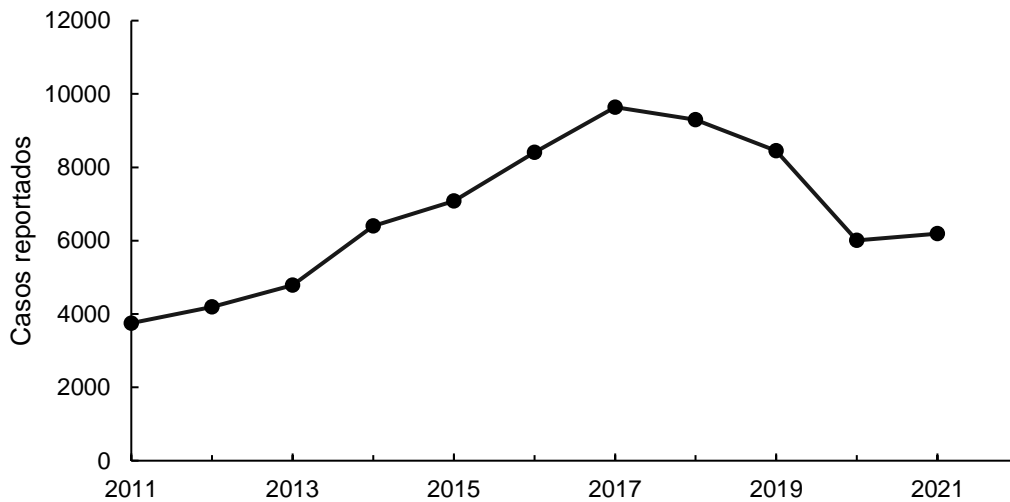
Las consecuencias de las interrupciones en el suministro de estas herramientas y/o la prestación de estos servicios, puede llevar en primer lugar a un aumento en la incidencia del VIH, VHC e infecciones en los sitios de inyección debidas a la reutilización de agujas y jeringas, así como a compartir el material de inyección; en segundo lugar, la interrupción del tratamiento de sustitución de opioides y el suministro de naloxona, puede llevar a un incremento en los casos de sobredosis, llegando a causar desenlaces fatales en algunos casos.

Contrario a lo observado para prevención, diagnóstico y tratamiento, en este caso se encontró una alta proporción de usuarios/as de drogas inyectables (>60%) que percibieron tener un mayor acceso a cualquiera de las herramientas y/o servicios de reducción de daños comparado con el periodo anterior a la pandemia COVID-19, mostrando incluso un comportamiento muy similar entre cada uno de estos ítems (Figura 9), lo cual puede estar relacionado con las adaptaciones de este tipo de servicios, las cuales incluyen pero no se limitan a migración a servicios de telemedicina, aumento en el suministro de los tratamientos de sustitución de opioides, cambios a formas farmacéuticas de liberación prolongada, disminución de los controles necesarios para la dispensación del tratamiento de sustitución de opioides, entre otros (79), de hecho, cuando se analizan los casos de intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificados en el país (Figura 8) se encuentra

34 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

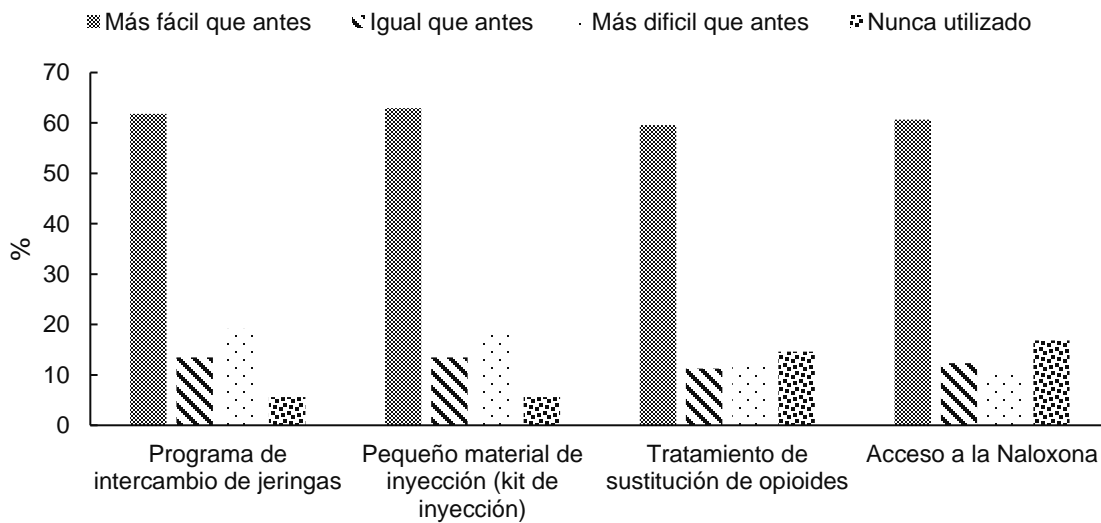
una tendencia a la disminución en los últimos 3 años que puede estar relacionada con un mayor acceso bien sea al tratamiento de sustitución de opioides y/o a naloxona, sin embargo, también se deben tener en cuenta las limitaciones del presente estudio, ya que la recolección de los datos correspondientes a usuarios/as de drogas inyectables se realizó exclusivamente en la ciudad de Pereira siguiendo un muestreo no probabilístico, que puede llevar a un sesgo de selección.

Figura 8. Intoxicaciones por sustancias psicoactivas notificadas al Instituto Nacional de Salud.



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Salud (INS).

Figura 9. Acceso percibido a las herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19.



Debido al bajo número de usuarios/as de drogas inyectables que percibieron una reducción en el acceso a las herramientas y/o servicios de reducción de daños no fue posible realizar la regresión logística para este desenlace, sin embargo, se observa que un mayor nivel escolar está relacionado con una menor disminución en la percepción de acceso, en las demás variables sociodemográficas y relacionadas con la vivencia de la pandemia no se encuentra ninguna tendencia y de hecho, los resultados son similares entre los grupos evaluados (ver Tabla 8).

Tabla 8. Disminución en la percepción de acceso a herramientas y/o servicios de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas

<b>Género</b>	Disminución en percepción de acceso (n/N)
Mujer	7/135 (5%)
Hombre	16/273 (6%)
Mujer Trans	1/10 (10%)
Hombre Trans	0/3 (0%)
Otro	0/15 (0%)
<b>Nivel escolar</b>	
Nunca fui a la escuela	3/27 (11%)
Estudios primarios	8/122 (7%)
Estudios secundarios	11/204 (5%)
Estudios superiores	2/68 (3%)
Otro	0/13 (0%)
<b>Entorno</b>	
Entorno urbano/ciudad grande	14/262 (5%)
Entorno urbano/ciudad mediana o pequeña	8/101 (8%)
Entorno rural/pueblo	1/70 (1%)
<b>Grupo poblacional</b>	
Hombres que tienen sexo con hombres	1/101 (1%)
Homosexuales o lesbianas	0/50 (0%)
Personas trans	2/17 (12%)
Trabajadores/as sexuales	2/42 (5%)
Usuarios/as de drogas inyectables	17/89 (19%)
Usuarios/as de drogas no inyectables	1/9 (11%)
Personas que viven con VIH	3/94 (3%)
Personas que viven con VHC	0/3 (0%)
Personas que viven con otra enfermedad crónica	0/1 (0%)
Migrantes	0/133 (0%)
Ninguno de los descritos	1/6 (17%)
<b>Situación económica</b>	
Estoy más cómodo económicamente	1/21 (5%)
Mi situación económica no ha cambiado	6/98 (6%)



Tabla 8. (Continuación)	
Situación económica	Disminución en percepción de acceso (n/N)
Mi situación económica se ha deteriorado un poco	10/168 (6%)
Mi situación económica se ha deteriorado bastante	7/145 (5%)
Calidad de vida	
Mucho mejor	0/25 (0%)
Un poco mejor	2/49 (4%)
Casi igual	13/162 (8%)
Un poco peor	3/111 (3%)
Mucho peor	6/77 (8%)
Confinamiento	
Sí	3/135 (2%)
No	21/266 (8%)

### ○ Barreras percibidas en el acceso

La principal barrera de acceso tanto a prevención y diagnóstico como a tratamientos correspondió al cierre de los servicios de atención en salud, la cual se presentó en el 49% (n=44) y 58% (n=34) de las personas que percibieron una disminución en el acceso a cada una de estas herramientas y/o servicios respectivamente, para el caso de los servicios de reducción de daños la principal barrera estuvo relacionada con la apatía (38%; n=9); el agotamiento de las existencias, la falta de recursos económicos y el miedo de exponerse a la COVID-19 también fueron barreras importantes en los tres puntos de la atención evaluados (ver Tabla 9).

*Hung et al* y *Suen et al* identificaron en la región de Asia las principales dificultades para acceder a los servicios de salud en poblaciones clave durante la pandemia COVID-19, entre las que se encuentran las restricciones de viaje, aspectos financieros y preocupaciones de una posible infección por COVID-19, siendo congruentes con lo encontrado en la presente investigación (65) (80).

El cierre de estos servicios es una consecuencia de la transformación de la que fueron objeto con el fin de controlar la propagación del SARS-CoV-2, con lo cual también se disminuyó la oportunidad de la atención ambulatoria (4) (63); si bien las medidas adoptadas para enfrentar la COVID-19 fueron efectivas para este fin, se dejaron desatendidas las demás necesidades en materia de salud pública, cuyas consecuencias son alarmantes como fue discutido previamente, por esto se requiere la formulación de políticas públicas que cuenten con la participación de todos los actores del sistema y garanticen la atención de las necesidades emergentes sin dejar de lado aquellas históricas.

Tabla 9. ¿Razones por las que tuvo dificultades para acceder a los servicios?

	Prevención y diagnóstico (n/N)	Tratamiento (n/N)	Reducción de daños relacionados con el consumo de drogas (n/N)
Agotamiento de las existencias	13/89 (15%)	9/59 (15%)	8/24 (33%)
Cierre de los servicios	44/89 (49%)	34/59 (58%)	7/24 (29%)
No podía desplazarme hasta los servicios	16/89 (18%)	12/59 (20%)	1/24 (4%)
Miedo de exponerme a la covid-19	21/89 (24%)	14/59 (24%)	0/24 (0%)
Falta de recursos económicos	19/89 (21%)	15/59 (25%)	2/24 (8%)
Miedo de ser detenido/a por la policía	9/89 (10%)	2/59 (3%)	0/24 (0%)
No tenía a nadie que pudiera cuidar a mis hijos/as	1/89 (1%)	2/59 (3%)	1/24 (4%)
Apatía	12/89 (13%)	9/59 (15%)	9/24 (38%)
Otro	2/89 (2%)	3/59 (5%)	3/24 (13%)

Nota: Un mismo participante puede haber presentado más de una dificultad para acceder a los diferentes servicios.

## ○ Adaptaciones tomadas

Respecto a las adaptaciones tomadas para enfrentar la disminución en el acceso a los servicios de salud, para el caso de prevención, diagnóstico y reducción de daños se observa que la mayor parte no adoptó ninguna solución (37% y 71%, respectivamente), (Ver Tabla 10 y Tabla 12) para el caso de tratamientos, cerca de 1 por cada 3 personas (n= 21) adoptó el servicio de telemedicina, sin embargo, 36% (n= 21) también manifestaron no haber adoptado ninguna medida (Ver Tabla 11).

Tabla 10. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de prevención y diagnóstico

Envío de autotests a domicilio	4/89 (4%)
Acceso a preservativos gracias a las acciones de outreach / en espacios abiertos	4/89 (4%)
Acceso a preservativos en las instalaciones asociativas respetando las medidas de prevención	6/89 (7%)
Disminución de mi seguimiento PrEP	4/89 (4%)
Otro	0/89 (0%)
No, ninguna solución	33/89 (37%)
No informado	3/89 (3%)

Nota: Un mismo participante puede haber usado más de una solución para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de prevención y diagnóstico.

Las adaptaciones de los servicios de salud han sido documentadas en el país y en su mayoría corresponden al uso de servicios de telemedicina, atención domiciliaria, dispensación de medicamentos a domicilio y dispensación anticipada de tratamientos (4), de manera similar, a nivel global los servicios de reducción de daños han hecho uso de las

38 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

herramientas tecnológicas para brindar atención y se ha migrado al uso de opioides de liberación prolongada como tratamiento de sustitución (79).

Tabla 11. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios de tratamiento

Consulta por telemedicina	21/59 (36%)
Consulta con un/a trabajador/a comunitario/a respetando las medidas de prevención	8/59 (14%)
Distribución de ARV por trabajadores/as comunitarios/as	2/59 (3%)
Suministro de ARV para un mayor número de meses	1/59 (2%)
Acceso temprano a los ARV en el hospital	1/59 (2%)
Acceso temprano al tratamiento de la hepatitis C	0/59 (0%)
Disminución de mi seguimiento del VIH	10/59 (17%)
Disminución de mi seguimiento de la hepatitis C	1/59 (2%)
Otro, especifique:	0/59 (0%)
No, ninguna solución	21/59 (36%)
No informado	1/59 (2%)

Nota: Un mismo participante puede haber usado más de una solución para adaptar el acceso a los servicios de tratamiento.

Tabla 12. Soluciones tomadas para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas

Distribución del tratamiento de sustitución de opioides a domicilio	2/24 (8%)
Distribución del tratamiento de sustitución de opioides por trabajadores/as comunitarios/as	1/24 (4%)
Programa de intercambio de jeringas mantenido en outreach/en espacios abiertos (por ejemplo, en la calle, en una okupa, etc.)	3/24 (13%)
Programa de intercambio de jeringas en las instalaciones asociativas respetando las medidas de prevención	1/24 (4%)
Facilidad de acceso a la Naloxona	0/24 (0%)
Naloxona a domicilio (“take home naloxone”)	0/24 (0%)
Otro, especifique:	0/24 (0%)
No, ninguna solución	17/24 (71%)
No aplica	2/24 (8%)

Nota: Un mismo participante puede haber usado más de una solución para adaptar el acceso a los servicios y/o herramientas de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas.

Este tipo de adaptaciones contribuyen a contrarrestar las consecuencias de la disminución en el acceso a los servicios de salud, sin embargo, como fue observado su adopción fue baja entre los participantes, por lo cual se requiere fortalecer este tipo de iniciativas, de manera que se puedan lograr los mejores desenlaces en materia de salud.

## Limitaciones

La presente investigación tiene algunas limitaciones, al haber utilizado un muestreo no probabilístico los resultados pueden no ser representativos de la totalidad de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC, a la vez, se puede haber incurrido en un sesgo de selección, adicionalmente, debido a la naturaleza del estudio de corte transversal no es posible establecer comparaciones en el tiempo.

## Conclusiones

- Esta investigación muestra el impacto causado por el COVID-19 sobre el acceso a los servicios de salud a la vez que identifica las barreras presentadas y resalta la necesidad de desarrollar políticas públicas que además de responder a la crisis actual y las venideras, tenga en cuenta las necesidades de estas poblaciones vulnerables, de tal manera que dichas políticas promuevan la reducción de las inequidades y disparidades existentes en el acceso a los servicios de salud.
- Alrededor de 1 por cada 4 participantes percibieron una disminución en el acceso a los servicios de atención en salud con respecto al periodo anterior a la pandemia COVID-19, siendo la prevención y el diagnóstico el punto donde mayores dificultades fueron encontradas.
- Vivir con VIH, haber experimentado una peor calidad de vida con respecto al periodo anterior a la pandemia y haber estado en confinamiento durante uno o más periodos fueron asociados significativamente con una menor percepción de acceso a los servicios de salud, de manera contraria, tener estudios superiores fue asociado significativamente con un mayor acceso a estos servicios.
- La principal barrera de acceso a los servicios de atención en salud correspondió al cierre de estos, la apatía, el agotamiento de existencias, las dificultades económicas y el miedo de exponerse al COVID-19 también fueron identificadas como barreras importantes para el acceso.
- Resulta alarmante la proporción de participantes que manifestaron nunca haber utilizado una prueba diagnóstica para VIH y/o VHC, así como la proporción de personas viviendo con VIH que no se encuentra bajo tratamiento.



# Anexo 1: Nota informativa

Esta encuesta hace parte del proyecto EPIC: ***estudio multi-país destinado a evaluar el impacto de la crisis sanitaria Covid-19 en las poblaciones vulnerables o que viven con VIH y VHC, y en las personas que trabajan con estas poblaciones en entornos comunitarios.***

Su participación es completamente voluntaria y toda la información recogida en esta encuesta será tratada de forma confidencial. Los datos recogidos no permitirán que se le identifique.

Completar este cuestionario le tomará aproximadamente 45 minutos. Usted es libre de abandonar la encuesta en cualquier momento.

## **¿A quién está dirigido este estudio?**

Este estudio busca evaluar el impacto de la crisis sanitaria Covid-19 en las poblaciones vulnerables al VIH y/o al VHC (PUD, TS, HSH, Trans, Migrantes) así como en las personas que viven con el VIH y las personas que viven con el VHC. Para participar en este estudio usted debe:

- ser mayor de edad en su país;
- ser parte de una población vulnerable al VIH y/o al VHC (PUD, TS, HSH, Trans, Migrantes), ser una persona viviendo con el VIH o el VHC.

## **¿Cuál es el objetivo del estudio y cuáles son los temas tratados?**

Este estudio tiene como objetivo identificar las necesidades de las poblaciones vulnerables o que viven con VIH y/o VHC (PUD, TS, HSH, Trans, Migrantes) desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19. Los resultados permitirán identificar necesidades y guiar la puesta en marcha de intervenciones adaptadas a las poblaciones objetivo en las estructuras miembros o aliadas de Coalition PLUS, en el contexto de la crisis sanitaria Covid-19 y post-

Covid. Estos resultados también permitirán evaluar las consecuencias de la crisis sanitaria Covid-19 en los/as usuarios/as de las asociaciones miembros de Coalition PLUS, en las personas que trabajan con estas poblaciones y en las actividades de dichas asociaciones. También ayudarán a hacer llegar estas necesidades a la esfera de las políticas nacionales de salud. Este cuestionario en línea tratará, entre otras cosas, de la vivencia y la aplicación de las medidas de confinamiento y/o las medidas (personales) de prevención, las necesidades socioeconómicas y las respuestas durante la crisis sanitaria Covid-19, el conocimiento y la percepción de los riesgos asociados a la Covid-19, el bienestar psicológico y la resiliencia y el acceso a la atención médica.

Las respuestas a este cuestionario son estrictamente confidenciales y anónimas.

### **¿Quién propone este estudio?**

Coalition PLUS (una red de asociaciones comunitarias para la lucha contra el sida) pone este estudio a disposición de sus asociaciones miembros y aliadas. Cada asociación podrá hacer uso de estas herramientas de recolección de datos y del protocolo de investigación en su país.

En colaboración con SESSTIM (Sciences Economiques & Sociales de la Santé & Traitement de l'Information Médicale, Marseille, France); GRePS (Groupe de Recherche en Psychologie Sociale); Santa Casa de São Paulo School of Medical Sciences; Santé Publique France ; Public Health England. Investigadores coordinadores: Daniela Rojas Castro (Directora de la investigación comunitaria en Coalition PLUS), Maria Amelia de Sousa Mascena Veras (Santa Casa de São Paulo School of Medical Sciences), Bruno Spire (SESSTIM), Annie Velter (Santé Publique France), Valérie Delpech (Public Health England), Claudia Marcela Vargas (Fundación Ifarma), Francisco Rossi (Fundación Ifarma), Duvan Felipe Mesa (Fundación Ifarma), Stefania Moreno (Fundación Ifarma), Harold Silva (Fundación Ifarma), David Morales (Fundación Ifarma), Juan Sebastian Cespedes (Fundación Ifarma).

Dependiendo de los países participantes, la encuesta estará disponible en línea durante varias semanas o meses del 2021.

### **¿Cuánto tiempo necesito para completar el cuestionario? ¿Estoy obligado/a a participar en este estudio?**

La participación en este proyecto implica responder a un cuestionario en línea de una duración aproximada de 45 minutos.

Usted es totalmente libre de participar o no en este estudio, y de abandonarlo en todo momento. Su decisión no tendrá ninguna repercusión en los servicios que recibe de las asociaciones locales. Es muy importante completar el cuestionario hasta el final para que este sea validado y que sus respuestas puedan ser utilizadas por los equipos investigativos.

**¿Existen riesgos asociados a la participación en este estudio? ¿Cómo serán tratados los datos recolectados?**

Como esta encuesta es anónima, los riesgos para su salud y seguridad se consideran nulos. No se ha establecido ningún seguro de responsabilidad civil adicional.

Los datos recolectados serán utilizados únicamente con fines de investigación y de desarrollo o mejora de los servicios. Estos datos, anónimos, podrán ser compartidos con otros/as investigadores/as. Se conservarán hasta dos años después de la última publicación. Después de este período todos los datos serán destruidos definitivamente. Al final del cuestionario, usted podrá ser redirigido hacia la página de la asociación de lucha contra el sida de su país.

Si desea conocer los resultados del estudio, puede hacerlo por medio de alguna de estas opciones:

- Visitar las páginas web de las asociaciones que participaron en el estudio (se publicarán los primeros resultados en el transcurso del 2021);
- Contactar la coordinación general del estudio al siguiente correo electrónico: [directionrecherche@coalitionplus.org](mailto:directionrecherche@coalitionplus.org). La dirección de correo electrónico utilizada no estará vinculada a sus respuestas al cuestionario y se tratará en conformidad con las leyes de protección de datos vigentes. Sólo se utilizará para darle los principales resultados del estudio y no se comunicará a un tercero;
- Los resultados también se comunicarán mediante presentaciones y artículos científicos. En estas comunicaciones, ningún/a participante podrá ser identificado de ninguna manera.

Este estudio ha sido aceptado por los comités éticos respectivos de los países participantes:

Para el caso de Colombia el protocolo de investigación ha sido presentado y avalado por el Comité de ética de FEDESALUD en sesión del 16 de abril de 2021, cumpliendo de esta



manera con lo estipulado en la resolución No. 008430 de 1993, 2378 de 2008 y todas aquellas que la modifiquen o sustituyan, así como los Estatutos y Reglamentos de FEDESALUD.

Si tiene algún reclamo sobre la ética de este estudio, póngase en contacto con el representante del comité de ética de su país.

Para cualquier pregunta o información sobre el estudio, puede ponerse en contacto en cualquier momento con los coordinadores del estudio (en francés, inglés o español) en el siguiente correo electrónico: [directionrecherche@coalitionplus.org](mailto:directionrecherche@coalitionplus.org).

También puede contactar a la persona responsable del estudio en su país: Claudia Marcela Vargas Peláez, [cvargas@ifarma.org](mailto:cvargas@ifarma.org)

Al hacer clic en SIGUIENTE, **usted confirma que los términos de su participación en esta investigación son claros para usted y que acepta participar en este estudio de forma voluntaria.**

## **Anexo 2: Encuesta aplicada**



**Esta sección incluye alguna información general que nos van a permitir conocerle mejor.**

**1. ¿Qué edad tiene?**

\_\_\_\_\_ Años

**2. Actualmente, usted se define como:**  
(Varias respuestas posibles)

- Una mujer  
 Un hombre  
 Una mujer trans  
 Un hombre trans  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**3. ¿Cuál es su último nivel de estudios validado?**

- Nunca fui a la escuela  
 Estudios primarios  
 Estudios secundarios  
 Estudios superiores  
 Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuál es su país de residencia?**

\_\_\_\_\_

**5. ¿Cuál es su país de nacimiento?**

\_\_\_\_\_

**6. Si su país de nacimiento es diferente a su país de residencia,**

**¿Cuál es su situación en el país donde vive actualmente?**

- En situación regular (visa, permiso de residencia, etc.)  
 En situación irregular (sin papeles, visa/permiso de residencia vencidos)  
 En espera de una visa o de papeles que le permitan estar en una situación regular  
 No deseo responder





**7. Actualmente, usted vive:**

- En un entorno urbano/ en una ciudad grande
- En un entorno semiurbano/ en una ciudad mediana o pequeña
- En un entorno rural/ en un pueblo

**7.2. Actualmente, usted vive:**

- En una vivienda propia
- En una vivienda en alquiler
- En una vivienda donde me hospedan gratuitamente
- En una invasión
- En la calle / no tengo hogar fijo
- No deseo responder

**8. Entre los grupos siguientes, marque aquellos con los cuales se identifica:**  
(Marque al menos una casilla. Puede marcar más de una casilla si es necesario)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres              | <input type="radio"/> Personas que viven con el VIH                  |
| <input type="radio"/> Homosexuales o lesbianas  | <input type="radio"/> Personas que viven con el VHC                  |
| <input type="radio"/> Personas trans  | <input type="radio"/> Personas que viven con otra enfermedad crónica |
| <input type="radio"/> Trabajadores/as sexuales  | <input type="radio"/> Migrantes                                      |
| <input type="radio"/> Usuarios/as de drogas inyectables                               | <input type="radio"/> No me identifico con ninguno de esos grupos    |
| <input type="radio"/> Usuarios/as de drogas no inyectables (fumadas, inhaladas, etc.) | <input type="radio"/> No deseo responder                             |

**Dificultades financieras y personales**

**9. Desde que inició esta crisis sanitaria Covid-19, ¿su situación económica ha cambiado respecto al periodo anterior a la pandemia?**

- Sí, estoy más cómodo económicamente
- No, mi situación económica no ha cambiado
- Sí, mi situación económica se ha deteriorado un poco
- Sí, mi situación económica se ha deteriorado bastante





**10. ¿Ya había acudido a la organización de base comunitaria?**

- No, nunca
- No, pero me gustaría hacerlo
- Sí, antes de la crisis sanitaria Covid-19
- Sí, antes y durante la crisis sanitaria Covid-19
- Sí, después de la crisis sanitaria Covid-19

**11. En comparación a antes de crisis Covid-19, ¿cómo evalúa usted...?**

	Mucho mejor	Un poco mejor	Casi igual	Un poco peor	Mucho peor	No deseo responder
<b>Su calidad de vida actual</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Su calidad de vida sexual actual (con su(s) pareja(s))</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19, en lo que respecta a su vida sexual con su(s) pareja(s)...**

**(Varias respuestas posibles)**

- He tenido relaciones sexuales
- He sufrido falta de actividad sexual
- He tomado citas para << después >>
- He disminuido los encuentros sexuales con nuevas personas
- He aumentado los encuentros sexuales con nuevas personas
- He tenido más sexo con la persona que vive conmigo
- He disminuido las relaciones sexuales con la persona que vive conmigo
- He tenido más actividades/conversaciones /vídeos sexuales por chat
- Durante las relaciones sexuales, he disminuido el uso de métodos de prevención (preservativos, PrEP, etc.)
- Ninguna de las anteriores





**13. Cómo evalúa usted el impacto de esta crisis sanitaria Covid-19 sobre:**

	Es muy negativo	Es más negativo que positivo	En realidad no cambia gran cosa respecto a antes	Es más positivo que negativo	Es muy positivo	No deseo responder
Su vida personal en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Su vida profesional en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**14. ¿Tiene la intención de vacunarse cuando una vacuna eficaz y recomendada por las autoridades sanitarias de su país esté disponible?**

(Si la respuesta es "Ya estoy vacunado/a", pase a la pregunta 17)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Ya estoy vacunado/a | <input type="radio"/> Quizás           |
| <input type="radio"/> Sí, seguro          | <input type="radio"/> Probablemente no |
| <input type="radio"/> Sí, probablemente   | <input type="radio"/> No en absoluto   |

**15. En caso de NO tener la intención de vacunarse Entre las siguientes barreras frente a la vacunación, ¿cuáles son las más importantes para usted? Varias respuestas posibles, máximo 3)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Pienso que no tendré suficiente dinero para vacunarme    | <input type="radio"/> Estoy preocupado/a en cuanto a los riesgos y efectos adversos de la vacuna Covid-19 |
| <input type="radio"/> Me será difícil acceder a los lugares de vacunación      | <input type="radio"/> Considero que el riesgo de contraer la Covid-19 es bajo                             |
| <input type="radio"/> Tengo miedo de sufrir discriminaciones yendo a vacunarme | <input type="radio"/> Tengo un problema de salud preexistente   |
| <input type="radio"/> No confío en la vacuna Covid-19                          | <input type="radio"/> Prefiero contraer la Covid-19 antes que vacunarme                                   |
| <input type="radio"/> No confío en la vacunación en general                    | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____  |
| <input type="radio"/> Ya tuve o pienso que he tenido la Covid-19               |   |





**16. En caso de tener la intención de vacunarse  
¿En cuál o cuáles de estos lugares preferiría vacunarse?  
(Varias respuestas posibles, máximo 3)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> Donde mi médico de familia                            | <input type="radio"/> En mi trabajo/escuela                         |
| <input type="radio"/> En el hospital/centro de salud                        | <input type="radio"/> En una asociación/centro de salud comunitaria |
| <input type="radio"/> En la farmacia  | <input type="radio"/> Durante actividades de acercamiento           |
| <input type="radio"/> En un lugar público (campañas de vacunación públicas) | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____                      |
| <input type="radio"/> En casa   | <input type="radio"/> No lo sé                                      |

**Vivencia y aplicación de las medidas del confinamiento y/o de las medidas (personales) de prevención**

Esta sección trata de su vivencia de la crisis sanitaria, la aplicación o no de las medidas de prevención y las condiciones en las que ha vivido la cuarentena

**17. En los últimos siete días, dentro de las siguientes medidas de protección, ¿cuáles ha adoptado en su vida personal? (Varias respuestas posibles)  
Entre las medidas aplicadas, seleccione en los paréntesis aquellas tres que le parezcan más difíciles**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Utilizar un tapabocas en público ( )   | <input type="radio"/> Trabajar desde casa y no ir a su lugar de trabajo ( )  |
| <input type="radio"/> Utilizar gel hidroalcohólico ( )   | <input type="radio"/> Limitar todas las formas de interacción social ( )   |
| <input type="radio"/> Abastecerse de alimentos por miedo a la escasez ( )                          | <input type="radio"/> Mantener una distancia de al menos un metro con las otras personas en los almacenes, los mercador o lugares públicos ( ) |
| <input type="radio"/> Abastecerse de alimentos para limitar las salidas ( )                        | <input type="radio"/> Toser o estornudar en el codo ( )  |
| <input type="radio"/> Lavarse las manos muy frecuentemente ( )                                     | <input type="radio"/> utilizar un pañuelo desechable y botarlo luego de utilizarlo ( )   |
| <input type="radio"/> Evitar el transporte público ( )   | <input type="radio"/> Saludar sin dar la mano y dejar de saludar de beso a la personas que no viven conmigo ( )                                |
| <input type="radio"/> Mantener a los/las niños/as confinados/as en casa tanto como sea posible ( ) |  |
| <input type="radio"/> Quedarse confinado/a en casa tanto como sea posible ( )                      |  |





**18. ¿Se encuentra actualmente en confinamiento (voluntario o impuesto)?**

(En caso de responder "NO" avance a la pregunta 20)

- Sí  
 No

**19. En caso de encontrarse actualmente en confinamiento**

¿Desde cuándo está en confinamiento?

\_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa

**20. En caso de NO encontrarse actualmente en confinamiento**

¿Estuvo en confinamiento debido a la crisis sanitaria Covid-19 durante alguno o varios periodos?

En caso de responder "NO" avance a la siguiente sección, pregunta 34

- Sí y el último confinamiento acabó el

\_\_\_\_\_ dd/mm/aaaa

- No

**21. Durante el último confinamiento, usted está/estuvo alojado/a en:**

- Una casa  
 Un apartamento  
 Un alojamiento colectivo (albergue, residencia, otros)  
 Un hábitat precario (una casa móvil, una invasión, un carro, una carpa, etc.)

**22. En el lugar en que está/estuvo confinado la última vez, tiene o tuvo acceso a los siguientes bienes/servicios**

(Varias respuestas posibles)

- Servicios básicos (agua potable, electricidad, alcantarillado, gas)  
 Conexión de internet  
 Computador o tableta  
 Smartphone  
 Luz natural (ventanas)  
 Ninguno

**23. ¿Cómo evaluaría usted sus condiciones de alojamiento durante el último confinamiento?**

- Muy satisfactorias  
 Bastante satisfactorias  
 Ni satisfactorias, ni insatisfactorias  
 Poco satisfactorias  
 Para nada satisfactorias  
 Ninguno

**24. ¿Está/estuvo confinado/a con otras personas ?**

En caso de responder "NO" avance a la pregunta 26

- Sí, con otra persona  
 Sí, con 2-4 personas más  
 Sí, con más de 4 personas  
 No, solo/a





**25. En caso de estar o haber estado confinado/a con otras personas**

**Usted está/estuvo confinado/a con:**

- Uno/a o más niños/as
- Una o más personas mayores de 65 años
- Una o más personas con patologías crónicas riesgosas para la Covid-19 (ej. diabetes, hipertensión, obesidad)
- Ninguna de las anteriores

**27. En caso de NO haber adoptado todas las medidas gubernamentales ¿Cuáles fueron los motivos? (Varias respuestas posibles)**

- Necesitaba ganarme la vida
- Necesita ir a buscar mis productos psicoactivos (TSO, drogas, etc.)
- Necesitaba tener relaciones sexuales con otras personas fuera de mi casa
- Necesitaba ver a mis seres queridos
- Ya no soportaba NO estar solo/a

**28. En caso de haber estado confinado con otras personas ¿Ha percibido un impacto del confinamiento en la frecuencia de las discusiones o tensiones familiares en su casa? En caso de responder "No" avance a la pregunta 32**

- Sí
- No

**26. Durante el último periodo de confinamiento, ¿usted adoptó todas las medidas gubernamentales?**

**En caso de responder "Sí", avance a la pregunta 28**

- Sí, completamente
- Sí, la mayor parte
- A veces sí, a veces no
- No, no realmente
- No, para nada
- No deseo responder

- Ya no soportaba estar solo/a
- No tengo un alojamiento estable
- Pienso que el confinamiento no es útil
- Pienso que el confinamiento es una violación de las libertades
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**29. En caso de haber contestado "Sí" a la pregunta anterior ¿Ha visto discusiones más graves o un ambiente de violencia en su hogar? En caso de responder "No", avance a la pregunta 32**

- Sí, mucho más seguido
- Sí, más seguido
- Sí, a veces
- No, no realmente
- No, nunca







**30. ¿Alguna persona dentro de su hogar ha sido golpeada o herida físicamente?**

- Sí
- No
- No deseo responder

**31. ¿Ha tenido relaciones sexuales contra su voluntad debido a presiones verbales, físicas o de cualquier otro tipo en su hogar?**

- Sí
- No
- No deseo responder

**32. En general, ¿cómo evalúa el impacto del confinamiento en su vida personal?**

- Es muy negativo
- Es más negativo que positivo
- En realidad, no cambia mucho respecto a mi vida de antes
- Es más positivo que negativo
- Es muy positivo

**33. En general, ¿cómo evalúa el impacto del confinamiento en su trabajo?**

- Es muy negativo
- Es más negativo que positivo
- En realidad, no cambia mucho respecto a mi vida de antes
- Es más positivo que negativo
- Es muy positivo

### Necesidades socioeconómicas y respuestas a la crisis sanitaria Covid-19

En esta sección se abordan las necesidades socioeconómicas que padeció y la respuesta que obtuvo frente a esas necesidades

**34. Antes de la crisis sanitaria Covid-19, ¿necesitaba las siguientes ayudas?**

	Sí, pero no recibía	Sí y recibía	No, no necesitaba
<b>Ayuda alimentaria</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ayuda económica</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Otra ayuda material o ayudas puntuales</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Apoyo informativo: asesoramiento, conversaciones, información</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Apoyo moral, afectivo o psicológico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





### 35. Desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19, ¿ha necesitado las siguientes ayudas?

Varias respuestas posibles

	Sí, pero no la he recibido	Sí, la he recibido de alguien cercano a mí	Sí, la he recibido de una asociación	Sí, la he recibido por otro medio	No, no la he necesitado
Ayuda alimentaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ayuda económica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otra ayuda material o ayudas puntuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo informativo: asesoramiento, conversaciones, información	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Apoyo moral, afectivo o psicológico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 36. Desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19, en su vida diaria, encuentra dificultades respecto a:

	Más seguido que antes	Igual que antes	Menos seguido que antes	Nunca he tenido esta dificultad
La comida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El alojamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los recursos económicos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El cuidado de los/las niños/as	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La seguridad física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
La salud en general	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El apoyo social (amigos/as, familia)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El acceso a la atención médica de la hepatitis C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El acceso a la atención médica del VIH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otras enfermedades crónicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
El lavado de las manos/ el acceso a los servicios de higiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**37. Para usted , el impacto económico de la crisis sanitaria Covid-19 en su país es...**

- Para nada preocupante
- Poco preocupante
- Ni preocupante, ni no preocupante
- Bastante preocupante
- Muy preocupante

**38. En las próximas semanas, ¿en qué medida cree que necesitará de las siguientes ayudas?**

	Muy probable	Bastante probable	Ni probable, ni improbable	Poco probable	Para nada probable
<b>Ayuda económica</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Ayuda alimentaria</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Otra ayuda material o ayudas puntuales</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Apoyo informativo: asesoramiento, conversaciones, información</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Apoyo moral, afectivo o psicológico</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Representaciones y percepción del riesgo Covid-19

Esta sección busca evaluar su percepción ante el riesgo de infección por el virus responsable de la Covid-19, y en qué medida usted está en la capacidad de protegerse y enfrentar una posible infección.

**39. A continuación algunas afirmaciones sobre el virus responsable de la Covid-19. Por favor indique para cada una de ellas, si cree que son verdaderas o falsas.**

	Verdadero	Falso	No lo sé
<b>El virus puede ser transmitido únicamente por personas que tienen síntomas como fiebre o tos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>El virus puede ser transmitido por personas que no presentan síntomas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**40. ¿Cómo evalúa la gravedad de la Covid-19 en su salud si usted la contrajera?**

- Muy grave**
- Bastante grave**
- Ni grave, ni no grave**
- Poco grave**
- Para nada grave**

**41. ¿Personalmente, usted se siente capaz de adoptar las medidas de protección para evitar contraer el virus responsable de la Covid-19?**

- Sí, completamente**
- Sí, bastante**
- Ni capaz, ni incapaz**
- No, realmente**
- No, para nada**

**42. Desde el inicio de la emergencia sanitaria, ¿ha tenido algún síntoma o signo de enfermedad que le haya hecho pensar que tenía la Covid-19?**

**En caso de responder "NO" avance a la pregunta 44**

- Sí, pero no me he hecho la prueba**
- Sí, me hice una prueba y el resultado fue positivo**
- Sí, me hice una prueba y el resultado fue negativo**
- No**
- No lo sé**
- No deseo responder**

**43. En caso de haber presentado síntomas o signos de la enfermedad**

**¿Qué hizo al tener estos síntomas o signos de la enfermedad (Varias respuestas posibles)**

- Llamé a un médico**
- Fui a donde un médico para una consulta**
- Llamé a urgencias**
- Fui a urgencias**
- Fui hospitalizado/a**
- Me auto-confiné**
- No hice nada de eso**

**44. ¿Cómo evalúa usted el riesgo de contraer la Covid-19 en los próximos meses?**

- Muy alto**
- Alto**
- Ni alto, ni bajo**
- Bajo**
- Muy bajo**
- No lo sé**

**45. En comparación con otras personas de su país, del mismo sexo, de la misma edad y que tienen el mismo estado de salud que usted, ¿cómo evalúa su riesgo de infectarse con este nuevo virus?**

- Mucho más alto**
- Un poco más alto**
- Más o menos igual**
- Un poco más bajo**
- Mucho más bajo**





**46. Entre los siguientes riesgos infecciosos, por favor marque aquellos que más le preocupan (Varias respuestas posibles, máximo 3 respuestas)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> VIH                           | <input type="radio"/> Covid-19                 |
| <input type="radio"/> Virus de la hepatitis C (VHC) | <input type="radio"/> Ebola                    |
| <input type="radio"/> Virus de la hepatitis B (VHB) | <input type="radio"/> Dengue                   |
| <input type="radio"/> Tuberculosis                  | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____ |
| <input type="radio"/> Paludismo                     | <input type="radio"/> Ninguno                  |

**47. En las próximas semanas y meses (Varias respuestas posibles, máximo 3 respuestas)**

- Temo un nuevo brote de la epidemia
- Estaría contento/a de volver a una vida "normal"
- Temo una sociabilidad que no me convenga
- Temo una crisis económica grave para la sociedad
- Temo las consecuencias económicas para mi y las personas que me rodean
- No confío en la capacidad del gobierno para gestionar esta crisis
- Tengo confianza en nuestra capacidad de actuar como sociedad
- No confío en que las otras personas respeten las medidas (personales) de prevención
- Temo la discriminación y la desconfianza hacia las personas con la Covid-19 (bien sea real o una suposición)
- Pienso que la epidemia será controlada
- Temo la pérdida de libertades individuales debido al rastreo (acceso a mis datos personales)
- Temo cambios negativos en las condiciones de trabajo
- Estaría contento/a de volver a ver a mis colegas de trabajo
- Pienso que van a haber cambios positivos en las condiciones de trabajo
- Confío en que las otras personas respeten las medidas (personales) de prevención
- Estaría contento/a de reunirme con mis seres queridos
- Ninguna de las anteriores





### Bienestar psicológico y resiliencia

Esta sección busca evaluar el impacto de la crisis sanitaria Covid-19 en su bienestar psicológico, así como su capacidad para sobrellevar la crisis (resiliencia)

**48. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas?**

Indique si estas molestias actualmente son más frecuentes que antes de la crisis Covid-19

	Nunca	Varios días	Más de la mitad del tiempo	Casi todos los días	Actualmente es más frecuente que antes de la crisis Covid-19
Poco interés o placer en hacer las cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas para dormir o mantenerse dormido/a, o dormir demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse cansado/a con poca energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poco apetito o comer en exceso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentirse mal acerca de sí mismo/a - o sentir que es un/una fracasado/a o que se ha fallado a sí mismo/a o a su familia.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para concentrarse en las cosas, tales como leer el periódico o ver televisión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo pueden haber notado. O lo contrario - estar tan inquieto/a que se ha estado moviendo mucho más de lo normal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o que quisiera lastimarse de alguna forma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**49. En caso de haber presentado alguna de estas molestias**

**¿En qué medida los problemas anteriores han hecho que sea difícil realizar su trabajo, encargarse de las cosas en la casa, o llevarse bien con otras personas?**

- Para nada difícil
- Algo difícil
- Ni difícil, ni fácil
- Muy difícil
- Extremadamente difícil
- No aplica

**50. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestia por cualquiera de los siguientes problemas?**

**Indique si estas molestias actualmente son más frecuentes que antes de la crisis Covid-19**

	Nunca	Varios días	Más de la mitad del tiempo	Casi todos los días	Actualmente es más frecuente que antes de la crisis Covid-19
Sentirse nervioso/a, ansioso/a, o con los nervios de punta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No poder dejar de preocuparse o no poder controlar la preocupación.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preocuparse demasiado por diferentes cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dificultad para relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estar tan inquieto/a que es difícil permanecer sentado/a tranquilamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Molestarse o ponerse irritable fácilmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sentir miedo como si algo terrible pudiera pasar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**51. Desde que inició la crisis sanitaria Covid-19, usted duerme:**

- Mucho mejor que antes
- Mejor que antes
- Igual que antes
- Peor que antes
- Mucho peor que antes

**52. Durante la crisis sanitaria Covid-19, ¿ha podido desarrollar nuevas habilidades (profesionales o no)?**

**En caso de responder "NO" avance a la pregunta 54**

- Sí
- No

**53. En caso de haber podido desarrollar nuevas habilidades ¿Qué tan satisfecho/a está con estas nuevas habilidades?**

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Ni satisfecho/a, ni insatisfecho/a
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

**54. Durante la crisis sanitaria Covid-19, ¿ha podido brindar apoyo (moral, material, etc.) a una o varias personas?**

**En caso de responder "NO" avance a la pregunta 56**

- Sí
- No

**55. En caso de haber podido brindar algún apoyo**

**¿Está satisfecho con el apoyo proporcionado?**

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Ni satisfecho/a, ni insatisfecho/a
- Insatisfecho
- Muy insatisfecho

**56. Desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19, ¿ha podido aprovechar el tiempo para realizar la siguientes actividades?**

**(Varias respuestas posibles)**

- Tener tiempo para usted, descansar
- Hacer arreglos, pintar, ordenar
- Cocinar y aprender nuevas recetas
- Acercarse a la familia, conversar y reunirse
- Hacer deporte / actividad física
- Leer, ver películas o series
- Otro
- No, no he podido realizar estas actividades







**57. Indique en qué medida está de acuerdo o no con cada una de las siguientes afirmaciones**

	<b>No estoy para nada de acuerdo</b>	<b>No estoy de acuerdo</b>	<b>Ni en desacuerdo ni de acuerdo</b>	<b>Estoy de acuerdo</b>	<b>Estoy completamente de acuerdo</b>
<b>Tiendo a recuperarme rápidamente después de haber vivido situaciones difíciles</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tengo dificultad para superar eventos estresantes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>No me toma mucho recuperarme de un evento estresante</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Es difícil para mi recuperarme cuando algo malo sucede</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Usualmente supero situaciones difíciles con poca dificultad</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Me tardo mucho tiempo para recuperarme de las adversidades en mi vida</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





### Acceso a la atención médica

Esta sección busca evaluar su acceso a los servicios de salud y herramientas de prevención durante la crisis sanitaria Covid-19

**58. Actualmente, ¿está usted bajo seguimiento médico para alguna de las siguientes patologías? (Varias respuestas posibles)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> VIH                           | <input type="radio"/> Cáncer   |
| <input type="radio"/> ITS                           | <input type="radio"/> Diabetes   |
| <input type="radio"/> Tuberculosis                  | <input type="radio"/> Problemas cardiacos (hipertensión, etc.)           |
| <input type="radio"/> Virus de la hepatitis C (VHC) | <input type="radio"/> Otro   |
| <input type="radio"/> Virus de la hepatitis B (VHB) | <input type="radio"/> Ninguna patología que esté bajo seguimiento médico |

**59. ¿Ha necesitado consultar a un/a profesional de salud por una enfermedad crónica (que no sea sospecha de Covid-19) desde el inicio de la epidemia de Covid-19? En caso de responder "NO" avance a la pregunta 63**

- No, porque no tengo una enfermedad crónica
- No, no lo he necesitado
- Sí, lo he necesitado y consulté
- Sí, lo he necesitado pero no consulté

**60. En caso de haber consultado ¿Cómo tuvo la consulta?**

- Por medio de la telemedicina
- A través de una cita presencial
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**61. En caso de haber necesitado una consulta, pero no haber consultado ¿De qué tipo de atención se trataba? (Varias respuestas posibles)**

- Atención hospitalaria
- Atención médica privada o con mi médico/a de cabecera en la ciudad
- Atención domiciliaria
- Atención proporcionada por organizaciones comunitarias
- Otro tipo de atención, especifique: \_\_\_\_\_





**62. En caso de haber necesitado una consulta, pero NO haber consultado**  
**¿Cuáles fueron las razones por las que NO consultó cuando lo necesitaba?**  
**(Varias respuestas posibles)**

- Para protegerme del Covid -19 (evitar contaminarme)
- Porque tenía dificultades para desplazarme (transporte escaso o no disponible)
- Porque no tenía los elementos para protegerme del Covid-19 (tapabocas, guantes, etc.)
- Porque el servicio de atención domiciliaria fue reducido o interrumpido
- Porque los/as profesionales que me tratan redujeron o interrumpieron sus consultas
- Porque los servicios en cuestión habían interrumpido su actividad
- Se me negó la atención
- Porque no pedí ayuda/yo decidí no consultar
- Otra razón, especifique: \_\_\_\_\_

**63. ¿Ha necesitado consultar a un/a profesional de la salud porque sospechaba que tenía la Covid-19?**

**En caso de responder "NO" avance a la pregunta 65**

- No, porque no creo haber tenido la Covid-19
- No, no lo necesité
- Sí, lo necesité y consulté
- Sí, lo necesité pero no consulté

**64. En caso de haber necesitado una consulta, pero NO haber consultado**  
**¿Cuáles fueron las razones por las que NO consultó cuando lo necesitaba?**  
**(Varias respuestas posibles)**

- Para protegerme/ proteger a los demás
- Porque tenía dificultades para desplazarme
- Porque no tenía los elementos para protegerme (tapabocas, guantes, etc.)
- Porque el servicio de atención médica domiciliaria fueron reducidos o interrumpidos
- Porque los/as profesionales que me tratan redujeron o interrumpieron sus consultas
- Porque los servicios en cuestión habían interrumpido su actividad
- Se me negó la atención
- Porque no pedí ayuda/yo decidí no consultar
- Otra razón, especifique: \_\_\_\_\_





**65. ¿Ha necesitado hacer uso de un servicio de reducción de daños relacionados con el consumo de drogas y/o suministro de TSO (tratamiento de sustitución de opioides)?**  
**En caso de responder "NO" o "No aplica" avance a la pregunta 67**

- No aplica
- No, no lo he necesitado
- Sí, lo he necesitado y he podido acceder al servicio
- Sí, lo he necesitado pero no he podido acceder al servicio

**66. En caso de haber necesitado el servicio de reducción de daños y/o suministro de TSO, pero no haber podido acceder al mismo**

**¿Cuáles fueron las razones por las que NO accedió al servicio cuando lo necesitaba?**  
**(Varias respuestas posibles)**

- Para protegerme del Covid-19 (evitar contaminarme)
- Porque tenía dificultades para desplazarme (transporte escaso o no disponible)
- Porque no tenía los elementos para protegerme (tapabocas, guantes, etc.)
- Porque el servicio de atención domiciliaria fue reducido o interrumpido
- Porque los/as profesionales que me tratan redujeron o interrumpieron sus consultas
- Porque los servicios en cuestión habían interrumpido su actividad
- Miedo de ser detenido/a por la policía
- Porque no pedí ayuda
- Otra razón, especifique: \_\_\_\_\_

**67. ¿Ha tenido algún problema de salud grave o preocupante (diferente de la Covid-19) que NO haya podido ser diagnosticado, tratado u operado durante la crisis sanitaria Covid-19?**

- Sí
- No



64 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia



**68. Para las siguientes herramientas o servicios, ¿cómo evaluaría su acceso durante la crisis sanitaria Covid-19? (Marque todo lo que corresponda)**

	Más fácil que antes	Igual que antes	Más difícil que antes	Nunca he usado esta herramienta/servicio
<b>Preservativos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Lubricantes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>PrEP</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prueba del VIH</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento del VIH</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Pruebas de ITS</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento de ITS</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Prueba del virus de la hepatitis C (VHC)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento del virus de la hepatitis C</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento post exposición (PPE/PeP)/ Tratamiento de urgencia contra el VIH</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Anticonceptivos</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Programa de intercambio de jeringas</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Pequeño material de inyección (kit de inyección)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Tratamiento de sustitución de opioides</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Acceso a la naloxona</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>





**69. En caso de haber tenido mayor dificultad para el acceso a las pruebas y otras herramientas de prevención**  
**¿Por qué razones tuvo dificultad para acceder a las pruebas y a otras herramientas de prevención? (Varias respuestas posibles)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Agotamiento de las existencias  | <input type="radio"/> Falta de recursos económicos                     |
| <input type="radio"/> Cierre de los servicios   | <input type="radio"/> Miedo de ser detenido/a por la policia           |
| <input type="radio"/> No podía desplazarme hasta los servicios (transporte, horarios de circulación, distancia) | <input type="radio"/> No tenía nadie que pudiera cuidar a mis hijos/as |
| <input type="radio"/> Miedo de exponerme a la Covid-19  | <input type="radio"/> Apatía (incapacidad de reaccionar)               |
|   | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____                         |

**70. En caso de haber tenido mayor dificultad para el acceso al (los) tratamiento(s)**  
**¿Por qué razones tuvo dificultad para acceder al (los) tratamiento(s)? (Varias respuestas posibles)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Agotamiento de las existencias  | <input type="radio"/> Falta de recursos económicos                     |
| <input type="radio"/> Cierre de los servicios   | <input type="radio"/> Miedo de ser detenido/a por la policia           |
| <input type="radio"/> No podía desplazarme hasta los servicios (transporte, horarios de circulación, distancia) | <input type="radio"/> No tenía nadie que pudiera cuidar a mis hijos/as |
| <input type="radio"/> Miedo de exponerme a la Covid-19  | <input type="radio"/> Apatía (incapacidad de reaccionar)               |
|   | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____                         |

**71. En caso de haber tenido mayor dificultad para el acceso al tratamiento de sustitución de opiáceos, al programa de intercambio de jeringas, al pequeño material o a la naloxona**  
**¿Por qué razones tuvo dificultad para acceder a estas herramientas/servicios? (Varias respuestas posibles)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Agotado   | <input type="radio"/> Falta de recursos económicos                     |
| <input type="radio"/> Cierre de los servicios   | <input type="radio"/> Miedo de ser detenido/a por la policia           |
| <input type="radio"/> No podía desplazarme hasta los servicios (transporte, horarios de circulación, distancia) | <input type="radio"/> No tenía nadie que pudiera cuidar a mis hijos/as |
| <input type="radio"/> Miedo de exponerme a la Covid-19  | <input type="radio"/> Apatía (incapacidad de reaccionar)               |
|   | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____                         |





**72. Desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19, ¿ha tenido alguna consulta en telemedicina (consulta médica en línea)?**

**En caso de responder "NO" avance a la pregunta 75**

- Sí
- No

**73. En caso de haber tenido alguna consulta de telemedicina ¿Está satisfecho/a con la(s) consultas en telemedicina?**

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Ni satisfecho/a, ni insatisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a

**74. En caso de haber tenido alguna consulta de telemedicina ¿Le gustaría continuar con las consultas de telemedicina después de la crisis sanitaria Covid-19?**

- Sí, totalmente
- Bastante
- No lo sé
- No realmente
- No, para nada

**75. ¿Ha utilizado alguna de las siguientes soluciones desde el inicio de la crisis sanitaria Covid-19 para mantenerse informado/a y conectado/a? (Varias respuestas posibles)**

- Nuevos sitios web específicos sobre la Covid-19
- Grupos Facebook
- Grupos Whatsapp
- Chatbot (discusión con un agente conversacional robotizado)
- Contacto telefónico/mail con mi equipo médico
- Contacto telefónico/mail con una estructura comunitaria
- Grupos de apoyo a distancia (Zoom, Skype, Meet, etc.)
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- No, ninguna solución
- No aplica





**76. ¿Ha utilizado alguna de las siguientes soluciones desde el inicio de la crisis sanitaria covid-19 para adaptar su acceso a la atención médica/tratamientos?**  
(Varias respuestas posibles)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="radio"/> Consulta por telemedicina   | <input type="radio"/> Acceso temprano al tratamiento de la hepatitis C |
| <input type="radio"/> Consulta con un/a trabajador/a comunitario/a respetando las medidas de prevención | <input type="radio"/> Disminución de mi seguimiento del VIH            |
| <input type="radio"/> Distribución de antirretrovirales (ARV) por trabajadores/as comunitarios/as       | <input type="radio"/> Disminución de mi seguimiento de la hepatitis C  |
| <input type="radio"/> Suministro de ARV para un mayor número de meses                                   | <input type="radio"/> Otro, especifique: _____                         |
| <input type="radio"/> Acceso temprano a los ARV en el hospital  | <input type="radio"/> No, ninguna solución                             |
|   | <input type="radio"/> No aplica  |

**77. ¿Ha utilizado alguna de las siguientes soluciones desde el inicio de la crisis sanitaria covid-19 para adaptar su acceso a los servicios de reducción de daños?**  
(Varias respuestas posibles)

- Distribución del tratamiento de sustitución de opioides a domicilio
- Distribución del tratamiento de sustitución de opioides por trabajadores/as comunitarios/as
- Programa de intercambio de jeringas mantenido en outreach/ en espacios abiertos (por ejemplo, en la calle, en una invasión, etc.)
- Programa de intercambio de jeringas en las instalaciones asociativas respetando las medidas de prevención
- Facilidad de acceso a la Naloxona
- Naloxona a domicilio ("take home naloxone")
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- No, ninguna solución
- No aplica







**78. ¿Ha utilizado alguna de las siguientes soluciones desde el inicio de la crisis sanitaria covid-19 para adaptar su acceso a las herramientas y dispositivos de prevención del VIH/ Hepatitis/ITS**

**(Varias respuestas posibles)**

- Envío de autotests a domicilio
- Acceso a preservativos gracias a las acciones de outreach/ en espacios abiertos (por ejemplo, en la calle, en una invasión, etc.)
- Acceso a preservativos en las instalaciones asociativas respetando las medidas de prevención
- Continuidad de los ensayos clínicos
- Disminución de mi seguimiento PrEP
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- No, ninguna solución
- No aplica

---

**Fin del cuestionario**

**Ha llegado al final del cuestionario, ¡enhorabuena y muchas gracias!**

**Ha contestado el cuestionario:**

- Solo/a
- Con la ayuda de alguien

**¿Tiene algún comentario o sugerencia sobre la encuesta? Gracias por expresarse aquí (facultativo)**

---

---

---



## Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19) [Internet]. [citado el 15 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. Dhama K, Khan S, Tiwari R, Sircar S, Bhat S, Malik YS, et al. Coronavirus Disease 2019-COVID-19. *Clin Microbiol Rev.* 2020;33(4).
3. Trejos-Herrera AM, Vinaccia S, Bahamón MJ. Coronavirus in Colombia: Stigma and quarantine. *J Glob Health.* 2020;10(2):1–5.
4. Hernández Rincón EH, Pimentel González JP, Aramendiz Narváez MF, Araujo Tabares RA, Roa González JM. Description and analysis of primary care-based COVID-19 interventions in Colombia. *Medwave.* 2021;21(03):e8147–e8147.
5. Ministerio del Interior. Decreto Número 457 de 2020 [Internet]. [citado el 19 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://coronaviruscolumbia.gov.co/Covid19/docs/decretos/presidencia/82-decreto-457.pdf>
6. Santos GM, Ackerman B, Rao A, Wallach S, Ayala G, Lamontage E, et al. Economic, Mental Health, HIV Prevention and HIV Treatment Impacts of COVID-19 and the COVID-19 Response on a Global Sample of Cisgender Gay Men and Other Men Who Have Sex with Men. *AIDS Behav.* 2021;25(2):311–21.
7. Matlin SA, Karadag O, Brando CR, Góis P, Karabey S, Khan MMH, et al. COVID-19: Marking the gaps in migrant and refugee health in some massive migration areas. Vol. 18, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2021.
8. Seaman A, Leichtling G, Stack E, Gray M, Pope J, Larsen JE, et al. Harm Reduction and Adaptations Among PWUD in Rural Oregon During COVID-19. *AIDS Behav.* 2021;25(5):1331–9.
9. Ismail H, Marshall VD, Patel M, Tariq M, Mohammad RA. The impact of the COVID-19 pandemic on medical conditions and medication adherence in people with chronic diseases. *Journal of the American Pharmacists Association.* 2021.

10. van Hees S, Siewe Fodjo JN, Wijnvliet V, van den Bergh R, Faria de Moura Villela E, da Silva CF, et al. Access to healthcare and prevalence of anxiety and depression in persons with epilepsy during the COVID-19 pandemic: A multicountry online survey. *Epilepsy & Behavior*. 2020;112:107350.
11. Núñez A, Sreeganga SD, Ramaprasad A. Access to Healthcare during COVID-19. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(6):1–12.
12. Rao A, Rucinski K, Jarrett BA, Ackerman B, Wallach S, Marcus J, et al. Perceived Interruptions to HIV Prevention and Treatment Services Associated With COVID-19 for Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in 20 Countries. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2021;87(1):644–51.
13. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips AN, Smith JA, et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. *Lancet HIV*. 2020;7(9):e629–40.
14. Forsythe SS, McGreevey W, Whiteside A, Shah M, Cohen J, Hecht R, et al. Twenty years of antiretroviral therapy for people living with hiv: Global costs, health achievements, economic benefits. *Health Aff*. 2019;38(7):1163–72.
15. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo (CAC). Situación de la hepatitis C crónica en los regímenes subsidiado y contributivo de Colombia 2020. Bogotá D.C; 2021.
16. Mauricio Figueroa L. Telehealth in Colombia, challenges associated with COVID-19. *Biomédica*. 2020;40(2):77–86.
17. Nomah DK, Reyes-Urueña J, Llibre JM, Ambrosioni J, Ganem FS, Miró JM, et al. HIV and SARS-CoV-2 Co-infection: Epidemiological, Clinical Features, and Future Implications for Clinical Care and Public Health for People Living with HIV (PLWH) and HIV Most-at-Risk Groups. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021;18(6):518–26.
18. Aday H, Angulo P, Sepúlveda J, Sanhuesa A, Becerra D, Morales V, et al. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Vol. 33, *Rev Panam Salud Publica*. 2013.
19. Molina-Betancur JC, Martínez-Herrera E, Pericàs JM, Benach J. Coronavirus disease 2019 and slums in the Global South: lessons from Medellín (Colombia). Vol. 28, *Global Health Promotion*. 2021. p. 65–9.
20. Cash-Gibson L, Pericàs JM, Martínez-Herrera E, Benach J. Health Inequalities in the Time of COVID-19: The Globally Reinforcing Need to Strengthen Health Inequalities Research Capacities. *Int J Health Serv*. 2021;51(3):300–4.
21. Fadaka AO, Sibuyi NRS, Adewale OB, Bakare OO, Akanbi MO, Klein A, et al. Understanding the epidemiology, pathophysiology, diagnosis and management of

- SARS-CoV-2. *Journal of International Medical Research*. 2020;48(8):030006052094907.
22. Kumar M, al Khodor S. Pathophysiology and treatment strategies for COVID-19. *J Transl Med*. 2020;18(1):353.
  23. Laurence L. Brunton, John S. Lazo, Keith L. Parker. *Goodman & Gilman Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Undécima edición. McGRAW-HILL INTERAMERICANA; 2007. 1273–1275 p.
  24. Brian R Wood. The natural history and clinical features of HIV infection in adults and adolescents. [Internet]. [Citado el 30 de septiembre de 2022]. UpToDate.
  25. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo (CAC). *Situación del VIH y sida en Colombia 2021*. Bogotá D.C; 2021.
  26. Major ME, Feinstone SM. The molecular virology of hepatitis C. *Hepatology*. 1997;25(6):1527–38.
  27. Ministerio de Salud y Protección Social. Decreto 1571 de 1993 [Internet]. 1993 [citado el 19 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/DECRETO%20%201571%20D E%201993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/DECRETO%20%201571%20D E%201993.pdf)
  28. Schmunis GA, Zicker F, Pinheiro F, Brandling-Bennett D. Risk for transfusion-transmitted infectious diseases in Central and South America. *Emerg Infect Dis*. 1998;4(1):5–11.
  29. Schmunis GA, Zicker F, Cruz JR, Cuchi P. Safety of blood supply for infectious diseases in Latin American countries, 1994-1997. *Am J Trop Med Hyg*. 2001;65(6):924–30.
  30. Dickson RC. CLINICAL MANIFESTATIONS OF HEPATITIS C. *Clin Liver Dis*. 1997;1(3):569–85.
  31. Razavi H, ElKhoury AC, Elbasha E, Estes C, Pasini K, Poynard T, et al. Chronic hepatitis C virus (HCV) disease burden and cost in the United States. *Hepatology*. 2013;57(6):2164–70.
  32. World Health Organization. *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*. Geneva; 2022.
  33. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018 [Internet]. 2018 [citado el 10 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucio n-3280-de-2018.pdf>

72 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

34. Ministerio de la Protección Social. Decreto número 1543 de 1997 [Internet]. Bogotá D.C; 1997 [citado el 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Decreto-1543-de-1997.pdf>
35. Congreso de Colombia. Ley 972 de 2005 [Internet]. Bogotá D.C; 2005 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://oig.cepal.org/sites/default/files/2005\\_ley972\\_col.pdf](https://oig.cepal.org/sites/default/files/2005_ley972_col.pdf)
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2338 de 2013 [Internet]. Bogotá D.C; 2013 [citado el 29 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2338-de-2013.pdf>
37. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1314 de 2020 [Internet]. Bogotá D.C; 2020 [citado el 9 de agosto de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%201314%20de%202020.pdf)
38. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2292 de 2021 [Internet]. Bogotá D.C; 2021 [citado el 17 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202292%20de%202021.pdf)
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1692 de 2017 [Internet]. Bogotá D.C; 2017 [citado el 21 de septiembre de 2022]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2001692%20de%202017.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%2001692%20de%202017.pdf)
40. Ministerio de Salud y Protección Social. Estudios previos Orden de compra No. 068 de 2021 de la compra centralizada de medicamentos para el tratamiento del virus de la hepatitis C [Internet]. Bogotá D.C; 2021 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/MET/estudios-previos-dmt.pdf>
41. Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Vía clínica para el tratamiento de hepatitis C. Bogotá D.C; 2017.
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia 2018-2021. Bogotá D.C; 2018.
43. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB-VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2022-2025. Bogotá D.C; 2022.

44. Bailey ME. Community-based organizations and CDC as partners in HIV education and prevention. *Public Health Rep.* 1991;106(6):702–8.
45. Rodríguez-García R, Wilson D, York N, Low C, N’Jie N, Bonnel R. Evaluation of the community response to HIV and AIDS: Learning from a portfolio approach. *AIDS Care.* 2013;25(sup1):S7–19.
46. Eshun-Wilson I, Awotiwon AA, Germann A, Amankwaa SA, Ford N, Schwartz S, et al. Effects of community-based antiretroviral therapy initiation models on HIV treatment outcomes: A systematic review and meta-analysis. Rosen S, editor. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003646.
47. Pourmarzi D, Hall L, Hepworth J, Smirnov A, Rahman T, FitzGerald G. Clinical effectiveness, cost effectiveness and acceptability of community-based treatment of hepatitis C virus infection: A mixed method systematic review. *J Viral Hepat.* 2019;26(4):432–53.
48. Robillard AG, Julious CH, Smallwood SW, Douglas M, Gaddist BW, Singleton T. Structural Inequities, HIV Community-Based Organizations, and the End of the HIV Epidemic. *Am J Public Health.* 2022;112(3):417–25.
49. VH-Dover R, Restrepo-Zea JH, Silva-Maya C, Andrade-Rivas F. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud.* 2014;13(27):242–65.
50. Penchansky R, Thomas JW. The Concept of Access. *Med Care.* 1981;19(2):127–40.
51. Saurman E. Improving access: modifying Penchansky and Thomas’s Theory of Access. *J Health Serv Res Policy.* 2016;21(1):36–9.
52. R Core Team. *R: A Language and Environment for Statistical Computing.* Vienna, Austria; 2022.
53. Wasserstein RL, Lazar NA. The ASA Statement on p-Values: Context, Process, and Purpose. *Am Stat.* 2016;70(2):129–33.
54. Instituto Nacional de Salud. Informe de evento HEPATITIS B, C y B-DELTA Código 340 2021. 2022.
55. Bidzan-Bluma I, Bidzan M, Jurek P, Bidzan L, Knietzsch J, Stueck M, et al. A Polish and German Population Study of Quality of Life, Well-Being, and Life Satisfaction in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Front Psychiatry.* 2020;11:1188.

74 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

56. Ferreira LN, Pereira LN, da Fé Brás M, Ilchuk K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*. 2021;30(5):1389–405.
57. Martínez L, Valencia I, Trofimoff V, Vidal N, Robles E, Duque JC, et al. Quality of life, health, and government perception during COVID-19 times: Data from Colombia. *Data Brief*. 2021;37.
58. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Los impactos sociodemográficos de la pandemia COVID-19 en América Latina y el Caribe (LC/CRPD.4/3). Santiago; 2022.
59. Hevia C, Macera M, Neumeyer PA. Covid-19 in unequal societies. *J Econ Dyn Control*. 2022;
60. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) Noviembre 2019. Bogotá D.C; 2019.
61. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) Noviembre 2020. Bogotá D.C; 2020.
62. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE). Boletín Técnico Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH) Noviembre 2021. Bogotá D.C; 2021.
63. Hernández Vargas JA, Ramírez Barbosa PX, Valbuena-García AM, Acuña-Merchán LA, González-Díaz JA, Lopes G. National Cancer Information System Within the Framework of Health Insurance in Colombia: A Real-World Data Approach to Evaluate Access to Cancer Care. *JCO Glob Oncol*. 2021;(7):1329–40.
64. Rick F, Ishigami BI, Figueiroa FJ, Cahete LR de C, Humar RCH, Jesus R de, et al. Impact of COVID-19 on income, prevention attitudes, and access to healthcare among male clients in a Sexually Transmitted Infections clinic. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*. 2021;25(5):101617.
65. Hung CC, Banerjee S, Gilada I, Green K, Inoue Y, Kamarulzaman A, et al. Impact of COVID-19 on the HIV care continuum in Asia: Insights from people living with HIV, key populations, and HIV healthcare providers. Jibrán F, editor. *PLoS One*. 2022;17(7):e0270831.
66. Huynh K, Kahwaji CI. HIV Testing. *Emerg Med Clin North Am*. 2022;13(1):43–59.
67. Centers for Disease Control and Prevention. HIV Testing [Internet]. [citado el 18 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/hiv/testing/index.html#:~:text=Importance%20of%20HIV%20Testing%20for%20Prevention%20of%20HIV%20Infection&text=Studies%20show%20that%20the%20sooner,and%20prevents%20transmission%20to%20others>

68. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS DATA 2021. Geneva; 2021.
69. Blach S, Zeuzem S, Manns M, Altraif I, Duberg AS, Muljono DH, et al. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(3):161–76.
70. Fundación Salutia - Centro de estudios innovación e investigación en salud. Estudio de prevalencia de VIH, hepatitis virales, sífilis y comportamientos en asociados en las personas que se inyectan drogas Bogotá, Medellín, Santiago de Cali y el área Conurbada de Pereira y Dos quebradas, 2021. 2022.
71. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo Cuenta de Alto Costo. Magnitud, tendencia y acceso a servicios como resultado de las intervenciones en las enfermedades de alto costo 2019. 2020.
72. World Health Organization (WHO). Countries reporting on ARV disruptions due to COVID-19, June 2020 [Internet]. [citado el 9 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/images/default-source/departments/hiv/countries-reporting-on-arv-disruptions-due-to-covid-19-june-2020.png?sfvrsn=7f94766e\\_3](https://www.who.int/images/default-source/departments/hiv/countries-reporting-on-arv-disruptions-due-to-covid-19-june-2020.png?sfvrsn=7f94766e_3)
73. World Health Organization (WHO). Countries reporting on ARV disruptions due to COVID-19, March 2021 [Internet]. [citado el 9 de julio de 2022]. Disponible en: [https://www.who.int/images/default-source/departments/hiv/countries-reporting-on-arv-disruptions-due-to-covid-19-november-2020.png?sfvrsn=d45dbe01\\_15](https://www.who.int/images/default-source/departments/hiv/countries-reporting-on-arv-disruptions-due-to-covid-19-november-2020.png?sfvrsn=d45dbe01_15)
74. Sun Y, Li H, Luo G, Meng X, Guo W, Fitzpatrick T, et al. Antiretroviral treatment interruption among people living with HIV during COVID-19 outbreak in China: a nationwide cross-sectional study. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(11).
75. Minoyan N, Høj SB, Zolopa C, Vlad D, Bruneau J, Larney S. Self-reported impacts of the COVID-19 pandemic among people who use drugs: a rapid assessment study in Montreal, Canada. *Harm Reduct J*. 2022;19(1):38.
76. Saloner B, Krawczyk N, Solomon K, Allen ST, Morris M, Haney K, et al. Experiences with substance use disorder treatment during the COVID-19 pandemic: Findings from a multistate survey. *International Journal of Drug Policy*. 2022;101:103537.
77. Bennett AS, Townsend T, Elliott L. The COVID-19 Pandemic and the Health of People Who Use Illicit Opioids in New York City, the First 12 Months. *International Journal of Drug Policy*. 2021;103554.
78. Borda JP, Friedman H, Buitrago J, Isaza M, Herrera P, Krawczyk N, et al. Barriers to treatment for opioid use disorder in Colombia. *J Subst Use*. 2021;26(6):632–8.



76 Barreras en el acceso a la atención en salud percibidas por parte de poblaciones vulnerables al VIH y/o VHC en el marco de la pandemia COVID-19 en Colombia

---

79. Krawczyk N, Fawole A, Yang J, Tofighi B. Early innovations in opioid use disorder treatment and harm reduction during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Addiction Science & Clinical Practice*. 2021;16(1):68.
80. Suen YT, Chan RCH, Wong EMY. An exploratory study of factors associated with difficulties in accessing HIV services during the COVID-19 pandemic among Chinese gay and bisexual men in Hong Kong. *International Journal of Infectious Diseases*. 2021;106:358–62.