

El estigma de la comunidad asociado al VIH y SIDA es una barrera común para obtener atención a la salud

En un estudio sobre mujeres que reciben servicios de VIH, realizado en 27 países, la barrera para la atención a la salud más comúnmente reportada fue el estigma de la comunidad relacionado con el VIH y el SIDA.¹ Más de tres cuartas partes de las mujeres dijeron que ese estigma fue una barrera para obtener atención, y más de la mitad de las mujeres en América Latina y China dijeron que fue un gran impedimento. Otras barreras importantes incluyeron un deficiente conocimiento en la comunidad acerca del VIH, un ambiente laboral poco solidario, la falta de oportunidades de empleo y un nivel inadecuado de recursos financieros personales, cada uno de los cuales fue reportado por 65% a 72% de las personas entrevistadas. En promedio, las mujeres en la muestra global habían experimentado 6.2 de las 12 barreras analizadas en el estudio, aunque las mujeres en China habían experimentado 10.9.

Aunque varios estudios han identificado barreras para la atención del VIH, estos estudios han sido relativamente pequeños y limitados geográficamente. Para obtener una imagen más amplia de la prevalencia y severidad de estas barreras, Johnson y colegas condujeron un estudio epidemiológico transversal en 27 países en 2012–2013. Las mujeres fueron reclutadas de manera secuencial durante visitas de rutina a 114 sitios en donde se prestaban servicios de atención al VIH, que incluyen 17 sitios en seis países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Venezuela) y tres sitios en China; el resto de los sitios se ubican en Europa y Canadá. Las mujeres eran elegibles para participar si tenían 18 años o más y habían recibido un diagnóstico positivo de VIH al menos tres meses antes. Las participantes llenaron cuatro cuestionarios, incluido el de Escala de Barreras a la Atención, que pide a las personas entrevistadas que califiquen la severidad de 12 barreras potenciales en cuatro categorías: geografía y distancia; servicios médicos y psicológicos; estigma de la comunidad y recursos personales. Usando una escala de 1 (sin problema alguno) a 4 (problema importante), las personas entrevistadas indicaron el grado en que cada barrera les dificultó obtener atención o servicios. Además de calcular estadísticas descriptivas sobre la prevalencia y severidad de las barreras, los investigadores condujeron

un análisis multivariado para identificar las características de las mujeres asociadas con la severidad de las barreras.

En general, más de tres cuartas partes de las mujeres elegibles aceptaron participar, lo que resultó en una muestra de 1,931 mujeres, que incluyen 519 de América Latina y 120 de China. En promedio, las mujeres en la muestra global tenían 40 años de edad; 58% habían recibido su diagnóstico de VIH al menos cinco años antes y 40% estaban casadas. Poco más de la mitad de las participantes estaban viviendo con una pareja, 46% de los cuales eran VIH-positivos. La gran mayoría de las mujeres (92%) estaban recibiendo terapia antirretroviral. Sin embargo, fue aparente una variación regional importante para algunas características: por ejemplo, 81% de las mujeres chinas estaban casadas, comparadas con solamente el 33% de mujeres en América Latina; y 76% de las mujeres chinas habían sido infectadas dentro de los cinco años previos a la entrevista, en comparación con 40% de sus contrapartes latinoamericanas.

La barrera para la atención más comúnmente reportada fue el estigma de la comunidad contra el VIH y el SIDA, citada por 78% de las mujeres globalmente; más de la mitad de las mujeres en América Latina y China dijeron que ese estigma era severo, comparado con poco más de un tercio de las mujeres en Europa Central y Oriental. Otras barreras reportadas frecuentemente por la muestra global fueron un conocimiento deficiente del VIH en la comunidad (72%), falta de oportunidades de empleo (70%), falta de un ambiente laboral solidario (69%) y un nivel inadecuado de recursos financieros personales (65%). Para todas estas barreras, así como para el resto de ellas en la encuesta, la más alta prevalencia se observó en China.

En promedio, las mujeres en China reportaron que 10.9 de las 12 barreras habían sido problemáticas en cierto grado, comparadas con 6.2 en la muestra global y 6.1 en América Latina. La más alta severidad de las barreras también se observó en China: La calificación promedio de severidad fue 2.8 en la escala de 1 a 4, comparada con 2.1 globalmente y 2.2 en América Latina. Las calificaciones promedio de severidad fueron particularmente altas para las barreras relacionadas con el estigma de la comunidad, tanto en la muestra comple-

ta (2.8) como en China y América Latina (3.1 cada una). En América Latina, las calificaciones de severidad para barreras relacionadas con la distancia y geografía y con los servicios médicos y psicológicos fueron similares a las de Europa y Canadá (<2.0); nuevamente, las más altas calificaciones de severidad se observaron en China (2.4–2.9). En general, las calificaciones promedio de severidad fueron 3.0 o más altas para seis barreras en China y dos barreras en América Latina, pero para ninguna de las barreras en los países desarrollados.

En análisis multivariados, los factores de predicción más sólidos de los puntajes de severidad de las barreras fueron residencia en China (vs. Europa Oriental o Canadá), tener tres o más comorbilidades (vs. ninguna), tener que pagar con recursos personales el costo total de los servicios de VIH (en oposición a tener los gastos completamente cubiertos por seguro público o privado) y haber cambiado de institución proveedora del tratamiento en el pasado año. La severidad también se elevó en mujeres que eran menores de 50 años, desempleadas o fumadoras, o que habían perdido sus citas programadas, carecían de acceso a anticonceptivos o tenían acceso a pruebas de rutina de VPH.

Los autores señalan varias limitaciones del estudio, incluida la omisión de mujeres que no estaban recibiendo servicios (para quienes es probable que las barreras sean especialmente severas), la muestra relativamente pequeña de China y la falta de datos de África (en donde la prevalencia del VIH es la más alta). No obstante, los resultados sugieren que las barreras de la comunidad, especialmente el estigma, son barreras particularmente importantes y pueden conducir a “pérdida de citas o renuencia al acceso... a servicios necesarios de atención a la salud” distintos a la atención primaria. En general, los autores concluyen que sus hallazgos “refuerzan la necesidad de esfuerzos continuados para educar a la comunidad y a los proveedores de atención a la salud en VIH para reducir el estigma, aumentar la revelación de la condición de VIH y disminuir la incidencia del VIH a nivel mundial.”—P. Dосkoch

REFERENCIA

1. Johnson M et al., Barriers to access to care reported by women living with HIV across 27 countries, *AIDS Care*, 2015, 27(10):1220–1230.