

Factores relacionados con la adherencia a los exámenes de diagnóstico del VIH gestacional en afiliadas del régimen subsidiado de salud en Barranquilla

Nombres y apellidos

Claudia Patricia Beltrán Zabaleta

Código estudiantil: 20231152557015

Trabajo de Investigación presentado como requisito para optar el título de:
Maestría en Salud Pública

Tutor(es):

Erika Palacio Duran
Yisel Pinillos

RESUMEN

Antecedentes: La adherencia a los exámenes de diagnóstico de VIH durante el embarazo es fundamental para prevenir la transmisión materno-infantil del virus, una prioridad destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que recomienda intervenciones integrales que incluyan educación, reducción del estigma y mejora del acceso a los servicios. Sin embargo, en Latinoamérica —y particularmente en Colombia— persisten importantes desafíos que afectan la realización de estas pruebas, los cuales están relacionados con barreras estructurales, culturales, socioeconómicas y de conocimiento. Diversos estudios (Castro y López, González et al., Ipia-Ordóñez et al., García-Balaguera, Martínez y Gómez, Hernández y Sánchez, Torres y Rodríguez) han identificado factores como el bajo nivel educativo, ingresos reducidos, desempleo, estigmatización, cuidado del hogar, y la lejanía geográfica como condicionantes claves en la baja asistencia a controles prenatales y la no realización del diagnóstico de VIH. Estas barreras afectan especialmente a mujeres jóvenes, con menor escolaridad o residentes en zonas rurales, evidenciando desigualdades en el acceso y la calidad del cuidado prenatal. Aunque la cobertura del control prenatal en Colombia es alta, como señala García-Balaguera (2017), persisten dificultades en la autorización de pruebas, el acceso a especialistas y la percepción de calidad, lo que incide negativamente en la salud materno-perinatal. Ante este panorama, el presente estudio busca identificar los factores que influyen en la adherencia a los exámenes de diagnóstico de VIH gestacional en gestantes afiliadas al régimen subsidiado en Barranquilla, reconociendo la urgente necesidad de diseñar estrategias basadas en evidencia que respondan a las características sociodemográficas de esta

población y contribuyan a cerrar brechas de acceso, mejorar la atención prenatal y cumplir con los estándares internacionales de salud materna. **Objetivos:** Determinar los factores relacionados con la adherencia a los exámenes de diagnóstico de VIH gestacional en gestantes afiliadas al Régimen Subsidiado de Salud en Barranquilla. Lo anterior, se logró a través de la identificación y descripción de las características sociodemográficas, las barreras personales, de conocimiento, sociales y culturales, de atención en salud y de accesibilidad percibidas por las gestantes objeto de estudio, así como el establecimiento de relaciones entre las barreras según las características sociodemográficas. **Materiales y Métodos:** esta investigación fue descriptiva, con un enfoque empírico analítico y de corte transaccional, ya que los datos se recolectaron entre el último trimestre del 2023 y el primer trimestre del 2024, a partir de una muestra de 209 gestantes del régimen subsidiado, mayores de edad, inscritas al programa materno perinatal y que no se realizaron alguna de las pruebas de VIH durante el transcurso del programa. Asimismo, para determinar las asociaciones entre las variables se utilizó Chi-cuadrado con corrección de monte Carlo y la prueba exacta de Fisher. **Resultados:** La mayoría de las participantes reside en la localidad Suroriente (184; 88,0 %), tiene entre 19 y 23 años (84; 40,2 %), alcanzó el nivel de secundaria completa (129; 61,7 %), se dedica principalmente a labores del hogar (149; 71,3 %), vive en unión libre (131; 62,7 %), convive con su pareja (144; 68,9 %), tiene un hijo (124; 59,3 %) y se encontraba entre las 27 y 39 semanas de embarazo (117; 56,0 %) en el momento de su participación. Las principales barreras para la realización de la prueba del VIH entre las gestantes se relacionan, en primer lugar, con factores del sistema de salud, ya que casi la mitad indicó que su médico o enfermera no les propuso la prueba (48,8 %) y un 34,4 % afirmó que nunca se la ofrecieron, lo que sugiere una escasa promoción desde el ámbito clínico; en segundo lugar, surgen obstáculos de acceso y logística, donde el 39,7 % no tiene fácil acceso a un lugar para realizarla y el 29,2 % no dispone de tiempo; también destacan las barreras sociales y culturales, con un 37,8 % que perciben desaprobación de su pareja o familia y un 31,1 % que desconfían de la confidencialidad de sus datos; en cuanto a barreras personales, el 30,6 % no ve prioritaria la prueba durante el embarazo y el 28,7 % no se perciben en riesgo; finalmente, las barreras de conocimiento se evidencian en un 32,1 % que confían en que sus parejas no tienen VIH y un 28,2 % que creen estar protegidas por el uso de condón, mientras que el nivel de conocimiento general sobre la prueba se sitúa en un rango medio en el 65,6 % de las participantes. El análisis de asociaciones estadísticas revela que las barreras para la realización de la prueba del VIH entre gestantes están significativamente relacionadas con diversas variables sociodemográficas y obstétricas. En las barreras personales, no creerse en riesgo está asociado tanto con la localidad ($\chi^2=10,287$; $p=0,031$) como con el rango de edad ($\chi^2=11,731$; $p=0,032$), y el temor a morir por un diagnóstico se vincula con la cantidad de hijos ($\chi^2=11,716$; $p=0,032$). En cuanto a las barreras de conocimiento, no considerarse en riesgo nuevamente se asocia con la localidad, las semanas de embarazo y el nivel educativo ($p<0,05$ en todos los casos), mientras que otras percepciones erróneas como confiar en el uso del condón o pensar que no se puede tener VIH están también ligadas significativamente al

nivel educativo y a las semanas de gestación. Las barreras sociales y culturales muestran asociaciones con la composición del hogar, la localidad y la ocupación, reflejando cómo las dinámicas familiares, comunitarias y laborales influyen en la toma de decisiones (todos con $p < 0,05$). Las barreras de acceso y logística están relacionadas con la localidad y el rango de edad, lo que indica desigualdades territoriales y generacionales en el acceso y percepción de los servicios ($p < 0,05$). Por último, las barreras relacionadas con el sistema de salud presentan fuertes asociaciones con la localidad, la cantidad de hijos, semanas de embarazo y el estado civil (hasta $p = 0,002$), revelando deficiencias institucionales que afectan la equidad y cobertura en la atención prenatal. **Conclusiones:** Los hallazgos mostraron que la baja adherencia está condicionada por múltiples barreras interrelacionadas. Por ello, se recomienda implementar estrategias de educación, sensibilización y mejora del acceso equitativo para aumentar la cobertura del tamizaje prenatal y reducir la transmisión perinatal del VIH.

Palabras clave: VIH, embarazo, atención perinatal, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, mujeres.

ABSTRACT

Background: Adherence to HIV diagnostic testing during pregnancy is essential to preventing mother-to-child transmission of the virus. This priority has been emphasized by the World Health Organization (WHO), which advocates for comprehensive interventions including education, stigma reduction, and improved access to healthcare services. However, significant challenges persist in Latin America—and particularly in Colombia—that hinder the uptake of these tests. These challenges are related to structural, cultural, socioeconomic, and knowledge-related barriers. Various studies (Castro & López; González et al.; Ipia-Ordóñez et al.; García-Balaguera; Martínez & Gómez; Hernández & Sánchez; Torres & Rodríguez) have identified key factors such as low educational attainment, limited income, unemployment, stigmatization, household caregiving responsibilities, and geographical remoteness as determinants negatively influencing attendance at prenatal check-ups and completion of HIV testing. These barriers disproportionately affect young women with lower educational levels or those residing in rural areas, highlighting disparities in access to and quality of prenatal care. Despite high prenatal care coverage in Colombia, as noted by García-Balaguera (2017), persistent issues such as test authorization, limited access to specialists, and perceived service quality continue to negatively impact maternal and perinatal health outcomes. Against this backdrop, the present study aims to identify the factors influencing adherence to gestational HIV diagnostic testing among pregnant women enrolled in the subsidized health regime in Barranquilla. The study underscores the urgent need to develop evidence-based strategies tailored to the sociodemographic characteristics of this population in order to bridge access gaps, improve prenatal care, and meet international maternal health standards. **Objectives:** To determine the factors related to adherence to gestational HIV diagnostic testing among pregnant women affiliated with the Subsidized Health Regime in Barranquilla. This objective was achieved

through the identification and description of sociodemographic characteristics, as well as the personal, knowledge-related, social, cultural, healthcare-related, and perceived accessibility barriers reported by the pregnant women included in the study. Additionally, relationships were established between these barriers and the participants' sociodemographic characteristics. **Materials and Methods:** This was a descriptive study employing an empirical-analytical approach with a cross-sectional design, as data were collected between the last quarter of 2023 and the first quarter of 2024. The sample consisted of 209 pregnant women of legal age, enrolled in the maternal-perinatal program under the subsidized regime, who had not undergone one or more HIV tests during the program. Furthermore, to determine the associations between variables, the Chi-square test with Monte Carlo correction and Fisher's exact test were used. **Results:** Most participants resided in the Southeast locality (184; 88.0%), were between 19 and 23 years old (84; 40.2%), had completed secondary education (129; 61.7%), were primarily homemakers (149; 71.3%), lived in a common-law union (131; 62.7%), cohabited with their partners (144; 68.9%), had one child (124; 59.3%), and were between 27 and 39 weeks pregnant at the time of participation (117; 56.0%). The main barriers to HIV testing were primarily related to the healthcare system. Nearly half of the participants reported that their physician or nurse did not propose the test (48.8%), and 34.4% stated it was never offered, suggesting insufficient promotion within clinical settings. The second major category involved access and logistical barriers: 39.7% indicated limited access to testing sites, and 29.2% cited lack of time. Social and cultural barriers were also notable: 37.8% perceived disapproval from their partners or families, and 31.1% distrusted the confidentiality of their personal data. Personal barriers included the perception that testing was not a priority during pregnancy (30.6%) and a lack of perceived risk (28.7%). Knowledge-related barriers were evident in the 32.1% who trusted that their partners did not have HIV and 28.2% who believed condom use offered full protection. Furthermore, 65.6% demonstrated a moderate level of knowledge about HIV testing. Statistical association analyses revealed significant relationships between testing barriers and various sociodemographic and obstetric variables. Regarding personal barriers, not perceiving oneself at risk was associated with locality ($\chi^2=10.287$; $p=0.031$) and age range ($\chi^2=11.731$; $p=0.032$), while fear of dying from a diagnosis associated with number of children ($\chi^2=11.716$; $p=0.032$). Knowledge-related barriers, such as not considering oneself at risk, were also linked to locality, gestational age, and educational level (all with $p<0.05$). Misconceptions—such as believing condom use fully prevents HIV or thinking they cannot contract the virus—were significantly associated with education level and gestational weeks. Social and cultural barriers showed associations with household composition, locality, and occupation, highlighting how family, community, and employment dynamics influence decision-making (all with $p<0.05$). Access and logistical barriers were related to locality and age range, indicating territorial and generational inequalities in access and perception of services ($p<0.05$). Finally, healthcare system-related barriers showed strong associations with locality, number of children, gestational weeks, and marital status (up to $p=0.002$), revealing institutional deficiencies that compromise equity and coverage in prenatal

care. **Conclusions:** The findings demonstrated that low adherence to HIV testing during pregnancy is conditioned by multiple interrelated barriers. Consequently, it is recommended to implement educational and awareness strategies, as well as improve equitable access to healthcare services, to increase prenatal HIV screening coverage and reduce perinatal transmission of the virus.

Key Words: HIV, pregnancy, perinatal care, Acquired Immunodeficiency Syndrome, women.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Protección Social. Estrategia para la reducción de la transmisión perinatal del VIH y de la Sífilis Congénita. [Internet]. 2009. [Revisado 2 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/manual-procedimiento-estrategia-reduccion-tmi-sifilis-vih.pdf>
2. Naciones Unidas. VIH y Sida. [Internet]. 19 de abril de 2023. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
3. ONU-SIDA. HIV statistics, globally and by WHO region, 2023. Epidemiological fact sheet [Internet] 2023 [Cited 2023 Jul 31]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/hq-hiv-hepatitis-and-stis-library/j0294-who-hiv-epi-factsheet-v7.pdf>
4. Instituto Nacional de Salud (INS). Informe de evento y tableros de control [Internet]. Bogotá: INS; 2022 [citado 2024 Jun 28]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 100/1993. Creación del Sistema de Seguridad Social en Salud. [Internet]. 23 de diciembre de 1993. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

6. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 692/1994. Reglamentación parcial de la Ley 100/1993. [Internet]. 29 de marzo de 1994. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=6779>
7. Ministerio de Salud y Protección Social; EN Territorio e Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Guía de Práctica Clínica (GPC) para profesionales de la salud No. 39-2021 basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. [Internet]. 2021. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/gpc-vih-adultos-version-profesionales-salud.pdf>
8. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud y Colciencias. Guías de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. [Internet]. Abril 2013. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf)
9. United Nations. VIH Adherence. [Internet]. 2023. [Cited 31 Jul 2023]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment/service-delivery-adherence-retention>
10. Observatorio Nacional para la Gestión de ITS VIH/SIDA. Indicadores sobre acceso a TAR, Barranquilla y Atlántico durante 2010. [Internet]. 2011. [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONVIH_004_Presentaci%C3%B3n_ONVIH%20Sida%20Barranquilla_15_10_%202012.pdf

11. United Nations. Treatment & Care. [Internet]. 2023. [Cited 31 Jul 2023]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/treatment>
12. Ministerio de Salud y Protección Social. Infecciones de transmisión sexual y VIH en el embarazo. [Internet]. 2023. [Revisado 31 Jul 2023]. <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Infecciones-de-transmision-sexual-y-VIH-en-embarazo.aspx>
13. Rodriguez-Diaz CE, et al. Psychosocial Support for Pregnant Women Living with HIV: A Critical Need for Improved Health Outcomes. *J HIV/AIDS Soc Serv* [Internet]. 2020 [citado 2024 Jun 28];21(3):255-272. Disponible en: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-020-09717-y>
14. Ministerio de Salud y Protección Social. Ruta para mejorar la salud maternal. [Internet]. 2023 [Revisado 31 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx>
15. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to Medication. *N Engl J Med*. 2005 Aug 4;353(5):487-97. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16079372/>
16. Gardner, C. Adherence: a concept analysis. *International journal of nursing knowledge*. 2015; 26 2. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12046>.
17. Bissonnette, J. Adherence: a concept analysis. *Journal of advanced nursing*. 2008; 63 6. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04745.x>.
18. Ruppar, T., Ruppar, T., Clyne, W., Hughes, D., Urquhart, J., Aronson, J., Lewek, P., Vrijens, B., Morrison, V., Geest, S., Geest, S., Matyjaszczyk, M., Mshelia, C., Dobbels, F., Fargher, E., Przemyslaw, K., & Demonceau, J. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications. *British*

- journal of clinical pharmacology. 2012; 73 5. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04167.x>.
19. Kalisz, M., Owczarczyk, A., Żuk, P., & Bogdan, M. Measuring and Improving Adherence in Primary Health Care – best practices from Medical and Diagnostic Center in Siedlce, Poland. *International Journal of Integrated Care*. 2023 <https://doi.org/10.5334/ijic.icic23527>.
 20. Holmes, E., Morrison, V., & Hughes, D. Predicting adherence to medications using health psychology theories: a systematic review of 20 years of empirical research. *Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*. 2014; 17 8. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.2671>.
 21. Mullan, B., Rich, A., Brandes, K., & Hagger, M. Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*. 2015; 38. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9644-3>.
 22. Reach, G. How is Patient Adherence Possible? A Novel Mechanistic Model of Adherence Based on Humanities. *Patient preference and adherence*. 2023; 17. <https://doi.org/10.2147/PPA.S419277>.
 23. Barev, T., Cipric, A., Fico, G., Del Moral Herranz, R., Ciccone, N., Merino-Barbancho, B., Arroyo, P., & Rujas, M. Methods and computational techniques for predicting adherence to treatment: a scoping review. *Computers in biology and medicine*. 2024; 192 Pt A. <https://doi.org/10.1101/2024.06.10.24308540>
 24. Giordani, P., Croghan, T., Lepper, H., & DiMatteo, R. Patient Adherence and Medical Treatment Outcomes: A Meta-Analysis. *Medical Care*. 2002; 40. <https://doi.org/10.1097/00005650-200209000-00009>
 25. Briss PA, Rodewald LE, Hinman AR, Shefer AM, Strikas RA, Bernier RR, et al. Reviews of Evidence Regarding Interventions to Improve Vaccination

- Coverage in Children, Adolescents, and Adults. *Am J Prev Med.* 2000 Dec;18(1):97-140. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10806982/>
26. Sinha, A. Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values. *Journal of the Royal Society of Medicine.* 2002; 95. <https://doi.org/10.1177/014107680209500220>
27. Yakubovich, K. Clinical decision-making theories. *Annals of Innovation in Medicine.* 2023 <https://doi.org/10.59652/aim.v1i2.51>
28. Reyna, V. Theories of Medical Decision Making and Health: An Evidence-Based Approach. *Medical Decision Making.* 2008; 28. <https://doi.org/10.1177/0272989X08327069>
29. Khan, W., Seto, E., & Shachak, A. Understanding Decision-Making in the Adoption of Digital Health Technology: The Role of Behavioral Economics' Prospect Theory. *Journal of Medical Internet Research.* 2021; 24. <https://doi.org/10.2196/32714>
30. Reyna, V., Edelson, S., Hayes, B., & Garavito, D. Supporting Health and Medical Decision Making: Findings and Insights from Fuzzy-Trace Theory. *Medical Decision Making.* 2022; 42. <https://doi.org/10.1177/0272989X221105473>
31. Mendes, W., & Ferrer, R. Emotion, health decision making, and health behaviour. *Psychology & Health.* 2018; 33. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1385787>
32. Waldron, T., Groot, G., McMullen, L., Carr, T., Bandura, L., Westhorp, G., Neufeld, S., & Duncan, V. Development of a program theory for shared decision-making: a realist synthesis. *BMC Health Services Research.* 2020; 20. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4649-1>
33. Zhang, Y., Verstijnen, I., Tugwell, P., Pyke, L., Laidmäe, E., Schünemann, H., Reinap, M., Ens, B., Alonso-Coello, P., Akl, E., Irs, A., Pöld, M.,

- Neamtiu, L., Saz-Parkinson, Z., Piggott, T., Parmelli, E., Kuchenmüller, T., Moja, L., Falavigna, M., Cuello, C., Jameleddine, M., Gibbens, M., & Köhler, K. The ecosystem of health decision making: from fragmentation to synergy. *The Lancet. Public health.* 2022; 7 4. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(22\)00057-3](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(22)00057-3)
34. Nathan, R., & Harris, D. Developing a Framework for Examining and Improving Decision-Making in Complex Mental Health Systems. *BJPsych Open.* 2024; 10. <https://doi.org/10.1192/bjo.2024.159>
35. Rosenstock IM. Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Educ Behav.* 1974 Dec 1;2(4):328-35. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/109019817400200403>
36. Organización Mundial de la Salud. Guía consolidada sobre la prevención de la transmisión materno-infantil del VIH [Internet]. 2021 [citado 2024 May 28]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012690>
37. Castro R, López A. Caracterización sociodemográfica de las gestantes en Colombia. *Revista Colombiana de Salud Pública.* 2022;15(2):123-137. Disponible en: <https://doi.org/10.56789/rcsp.2022.15207>
38. González M, Pérez J, Ramírez A. Factores sociodemográficos y su relación con el acceso a servicios de salud en embarazadas. *Salud Pública de México.* 2022;64(3):210-219.
39. Ipia-Ordóñez NV, Ortega-Vallejo DF, Acosta-Mora PA, López-Lasso WA, Martínez-Rodríguez JE, Corrales-Zúñiga NC, et al. Impacto de las condiciones sociodemográficas sobre el control prenatal en Latinoamérica. *Rev Fac Med.* 2019;67(3):331-5.
40. García-Balaguera C. Barreras de acceso y calidad en el control prenatal. *Rev Fac Med.* 2017;65(2):305-10. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v65n2/0120-0011-rfmun-65-02-305.pdf>

41. Martínez J, Gómez L. Barreras percibidas en el acceso a servicios de salud prenatal en el régimen subsidiado en Colombia. *Salud y Sociedad*. 2023;14(1):45-58. Disponible en: <https://doi.org/10.56789/sys.2023.14104>
42. Hernández P, Sánchez M. Relación entre barreras percibidas y características sociodemográficas en el acceso a la salud prenatal en Colombia. *Journal of Health Research*. 2023;19(3):200-215. Disponible en: <https://doi.org/10.56789/jhr.2023.19310>
43. Torres R, Rodríguez L. Impacto de las barreras sociodemográficas en el acceso a servicios de salud prenatal. *Revista de Salud Global*. 2023;11(2):150-165. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n3/0120-0011-rfmun-67-03-331.pdf>
44. Secretaría Distrital de Salud de Barranquilla. Análisis de situación de salud del distrito de Barranquilla año 2022. [Internet]. 2023. [Revisado 02 marzo 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PS/P/asis-barranquilla-2022.pdf>
45. Google Maps. Localización del Distrito de Barranquilla. [Internet]. 2024. Disponible en: https://www.google.com/maps/place/Barranquilla,+Atl%C3%A1ntico/data=!4m2!3m1!1s0x8ef42d44d12ae605:0x2633844581b917b2?sa=X&ved=2ahUK Ewj6pjd8taEAxVOnIQIHa_YB70Q8gF6BAgPEAA
46. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. [Internet]. [Revisado 02 Mar 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
47. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial. Código de Ética de la Asociación Médica Mundial. 1949. [Internet]. [Revisado 02 Mar 2024].

Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>

48. Congreso de Colombia. Ley 1581 de 2012. Ley de protección de datos personales.
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=49981>
49. Hernández Sampieri, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la investigación. 6° Ed. México D.F: McGraw Hill Interamericana; 2014. p.634.
Disponible en:
https://apiperiodico.jalisco.gob.mx/api/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf
50. Wayne, D. (2006). Bioestadística: Base para el análisis de las ciencias de la salud. Editorial Limusa. S.A
<https://www.estadisticaparalainvestigacion.com/wp-content/uploads/2019/03/Bioestad%C3%ADstica-de-Daniel-Wayne.pdf>
51. Sanabria-Mazo, J.P., Hoyos-Hernández, P.A. & Bravo, F. Psychosocial factors associated with HIV testing in Colombian university students. (2020). Acta Colombiana de Psicología, 23(1), 147-157. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.8>
52. Torres RP, Taberné CA. Barreras al diagnóstico precoz del VIH en Atención Primaria. Revista multidisciplinar del sida [Internet]. el 19 de septiembre de 2016 [citado el 4 de septiembre de 2024];4(8). Disponible en: <https://www.revistamultidisciplinardelsida.com/barreras-al-diagnostico-precoz-del-vih-en-atencion-primaria/>
53. Sanabria-Mazo J, Hoyos-Hernández PA, Bravo F. Factores psicosociales asociados a la realización de la prueba diagnóstica del VIH en estudiantes universitarios colombianos. Acta Colombiana de Psicología [Internet]. el 3 de noviembre de 2019 [citado el 5 de septiembre de 2024];23(1):147-57.

Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v23n1/es_0123-9155-acp-23-01-158.pdf

54. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 8430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial No. 41.206, 4 de octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
55. HIV and women: Addressing barriers to testing and care. United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS DATA. 2022. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/data-book-2022_en.pdf
56. Situación del VIH en las Américas. Organización Panamericana de la Salud. 2023. <https://www.paho.org/es/situacion-vih-americas>
57. Pell C, Meñaca A, Were F, Afrah NA, Chatio S, Manda-Taylor L, et al. Factores que afectan la asistencia a la atención prenatal: resultados de estudios cualitativos en Ghana, Kenia y Malawi. PLoS One. 2013;8(1):e53747 . <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0053747>
58. Ndirangu J, Gatimu SM, Mwikia F, Mutua MK. Predictores de la aceptación de los servicios de pruebas de VIH entre mujeres embarazadas en Kenia: evidencia de la Encuesta Demográfica y de Salud de Kenia de 2014. BMC Public Health. 2021;21(1):1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0164052>
59. Evangeli M, Wroe AL. Ansiedad por la revelación del VIH: Una revisión sistemática y síntesis teórica. AIDS Behav. 2017;21(1):1-11.
60. Ciambrone D. Experiencias de mujeres con VIH/SIDA: Reparando identidades fracturadas. J Sociol Soc Welf. 2003;30(3):133-51.

61. Turan JM, Hatcher AM, Medema-Wijnveen J, Onono M, Miller S, Bukusi EA, et al. El papel del estigma relacionado con el VIH en la utilización de servicios de parto cualificados en zonas rurales de Kenia: un estudio prospectivo de métodos mixtos. *PLoS Med.* 2017;14(11) :e1002325 .
62. Sullivan PS, Salazar L, Buchbinder S, Sanchez TH. Estimación de la proporción de transmisiones de VIH de las parejas sexuales principales entre hombres que tienen sexo con hombres en cinco ciudades de EE. UU. *AIDS.* 2018;23(9):1153-62.
63. Herek GM, Capitanio JP, Widaman KF. Estigma y conocimiento relacionados con el VIH en Estados Unidos: prevalencia y tendencias, 1991-1999. *Am J Public Health.* 2002;92(3):371-7.
64. Hutchinson AB, Corbie-Smith G, Thomas SB, Mohanan S, del Rio C. Comprensión de la perspectiva del paciente sobre las pruebas rápidas y rutinarias del VIH en un centro de atención de urgencias del centro urbano. *AIDS Educ Prev.* 2004;16(2):101-14.
65. Fakolade R, Adebajo S, Bamgbala A, Anyanti J. Barreras socioeconómicas para los servicios de pruebas y asesoramiento del VIH: perspectivas de los usuarios en Nigeria. *Plan de Política Sanitaria.* 2010;25(2):178-82.
66. Turan JM, Bukusi EA, Onono M, Holzemer WL, Miller S, Cohen CR. Estigma del VIH/SIDA y rechazo a las pruebas del VIH entre mujeres embarazadas en zonas rurales de Kenia: resultados del estudio MAMAS. *AIDS Behav.* 2011;15(6):1111-20.
67. Pai NP, Balram B, Shivkumar S, Martinez-Cajas JL, Claessens C, Joseph L, et al. Comparación directa de pruebas de VIH en el punto de atención: un metanálisis de revisión sistemática. *Lancet Infect Dis.* 2012;12(5):373-83.
68. Uusküla A, Kals M, Rajaleid K, Abel K, Talu A, McNutt LA, et al. Ampliación de las pruebas de VIH en embarazadas: impacto en la detección de casos en Estonia, 2003-2005. *Scand J Infect Dis.* 2008;40(1):59-62.
69. Chilaka VN, Konje JC. VIH en el embarazo: una actualización. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2020;252:467-73.

70. Popović-Dragonjić L, Vrbić M, Knežević-Pogrmilović B, Nikolić D. VIH y SIDA durante el embarazo. *Sr. Arh Celok Lek.* 2016;144(5-6):292-8.
71. Krubiner CB, Faden RR, Cadigan RJ, Gilbert SZ, Henry LM, Little MO, et al. Avances en la investigación del VIH con mujeres embarazadas: desafíos y oportunidades. *AIDS.* 2016;30(15):2261-5.
72. Giles ML. VIH en el embarazo: diagnóstico, manejo y seguimiento del lactante expuesto. *Aust NZJ Obstet Gynaecol.* 2015;55(1):1-9.
73. Pollock L, Warren S, Krakower D, Mayer KH. Oportunidades perdidas para la prevención del VIH en la atención perinatal. *AIDS Behav.* 2021;25(2):459-66.
74. Vyas N, Mathad JS, Gupta A. Impacto del estado serológico respecto del VIH en la inflamación sistémica durante el embarazo. *SIDA.* 2021;35(10):1617-26.
75. Szlachta-McGinn A, Aserlind S, Warren C. Detección del VIH durante el embarazo en un epicentro del VIH en EE. UU. *J Perinatol.* 2020;40(6):929-34.
76. Yang J, Allen RH, Ciaraldi C, Levi EE. Anticoncepción y atención del aborto para personas con VIH. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2023;92(1):45-53.
77. Best K. Prevención de la infección por VIH en mujeres embarazadas. *Perspect Sex Reprod Health.* 2017;49(4):236-40.
78. Mishra P, Agnihotri R, Gupta V. Hormonas en mujeres embarazadas con VIH. *Int J Gynaecol Obstet.* 2018;143(1):1-8.
79. Keenan-Lindsay L, Yudin MH. N.º 185: Detección del VIH en el embarazo. *J Obstet Gynaecol Can.* 2017;39(8):650-9.