

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

RED BIBLIOTECARIA MATÍAS

DERECHOS DE PUBLICACIÓN

DEL REGLAMENTO DE GRADUACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Capítulo VI, Art. 46

“Los documentos finales de investigación serán propiedad de la Universidad para fines de divulgación”

PUBLICADO BAJO LA LICENCIA CREATIVE COMMONS

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>



“No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original.”

Para cualquier otro uso se debe solicitar el permiso a la Universidad

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DR. LUIS EDMUNDO VÁSQUEZ
ESCUELA DE MEDICINA



**VIH Y POBREZA:
CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS POSTERIORES
AL DIAGNÓSTICO**

TESIS PRESENTADA PARA OPTAR AL TÍTULO DE DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR
Br. ERICK JOSUÉ MELÉNDEZ AGUILAR

ASESORA
Dra. ANA RODRÍGUEZ DE VIANA

FEBRERO 2014
ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD



AUTORIDADES

DR. DAVID ESCOBAR GALINDO
RECTOR

DR. JOSÉ ENRIQUE SORTO CAMPBELL
VICERRECTOR

DR. JOSÉ NICOLÁS ASTACIO SORIA
DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

COMITÉ EVALUADOR

DR. JOSÉ REYNALDO FLORES
PRESIDENTE DE EL COMITÉ EVALUADOR

DRA. ZAYRA GARCÍA MELÉNDEZ
PRIMER VOCAL

DR. WILFREDO RAMÍREZ PEÑATE
SEGUNDO VOCAL

DRA. ANA ELIZABETH RODRÍGUEZ DE VIANA
ASESORA

ANTIGUO CUSCATLÁN, LA LIBERTAD, FEBRERO 2014

ACTA DE EVALUACION DE TESIS POR EL JURADO N°

En la ESCUELA DE MEDICINA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO,
a las 11 horas con 0 minutos del día 15 del mes de FEBRERO de 2014
reunidos los suscritos miembros del jurado examinador de la Tesis de Grado titulada:

TEMA:
VIH Y POBREZA EN EL SALVADOR: CAMBIOS SOCIOECONOMICOS POSTERIORES AL DIAGNOSTICO

Presentada por el (los) la (s) egresados(as):

1. Erick Josue Melendez A.
2. -----
3. -----

Para optar al Grado de:

DOCTORADO EN MEDICINA

Respectivamente

HACE CONSTAR QUE: Habiendo revisado y evaluado en forma individual su contenido escrito, de conformidad al Art. 41, 42 y 43 del Reglamento de Graduación ACORDARON DECLARARLA:

- APROBADA SIN OBSERVACIONES
 APROBADA CON OBSERVACIONES
 REPROBADA

No habiendo más que hacer constar, damos por terminada la presente acta que firmamos, entregando el original a la Secretaría de esta Unidad Académica.

Dr. Reynaldo Flores

Presidente

Dr. Wilfredo Ramirez Peñate

Primer Vocal

Dra. Zayri Garcia

Segundo Vocal

AGRADECIMIENTOS

“Si se siente gratitud y no se la expresa es como envolver un regalo y no darlo”.

William Arthur Ward

A Dios, por estar siempre a mi lado y apoyarme en todo momento, demostrándome que en Él todo lo puedo.

A mis padres y hermanos, por su amor y sostén incondicional, mi lucha continua es por ellos.

A la Dra. Ana Rodríguez de Viana, por dedicarme un año de paciencia, consejos y ayuda; y por trabajar junto a mí durante todo el proceso.

A la Universidad Dr. José Matías Delgado, por permitirme estudiar toda mi carrera a través de la beca que me otorgaron generosamente y confiando plenamente en mis capacidades.

A Gracia Viana, Melissa Mejía y Giordano Sosa, por su amistad y asistencia en la investigación.

A todos mis maestros, por enseñarme todo lo que saben y formarme en la carrera.

A todas las personas que colaboraron en el desarrollo del estudio en los hospitales participantes; coordinadores del programa, trabajadores sociales, educadores en salud y, especialmente, las personas que gentilmente brindaron su tiempo para que podamos conocer parte de su vida e intentar mejorarla como debemos hacerlo.

CONTENIDO

Capítulo I: Definición del problema

Planteamiento del problema y justificación de la investigación	9
Objetivos de la investigación	11

Capítulo II: Marco teórico

Epidemiología del VIH/SIDA a nivel mundial y nacional	13
Pobreza a nivel mundial y nacional	14
<i>Índice de pobreza multidimensional</i>	16
VIH y pobreza	19
<i>Pobreza como factor de riesgo en pacientes VIH positivos</i>	19
<i>Infección por VIH como factor de riesgo para pobreza</i>	22
<i>Círculo vicioso entre la infección por VIH y la pobreza</i>	25

Capítulo III: Metodología de la investigación

Tipo de estudio	28
Población	28
Selección de la muestra	28
Criterios de inclusión y exclusión	29
Definición de variables	30
Recolección de la información	31
Procesamiento de los datos	33
Consideraciones éticas y legales	34

Capítulo IV: Resultados

Datos sociodemográficos	36
Impacto a la familia	39
Situación de empleo	41
Situación económica actual	43
Experiencia previa y posterior a la infección	46

<i>Alimentación</i>	46
<i>Vestido</i>	46
<i>Educación</i>	47
<i>Vivienda</i>	47
<i>Salud</i>	48
<i>Entretenimiento</i>	48
<i>Otros gastos</i>	48
<i>Gasto total mensual</i>	49
<i>Deudas</i>	50
Gasto mensual en salud	51
Índice Multidimensional de Pobreza	53
<i>Educación</i>	55
<i>Salud</i>	56
<i>Nivel de vida</i>	56
Discusión	59
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones	58
Bibliografía	
Anexos	

RESUMEN

Objetivo: Identificar si existen cambios socioeconómicos posteriores al diagnóstico de VIH en los pacientes infectados que acuden a consulta en los Hospitales Nacionales San Rafael, Maternidad y 1° de mayo y Médico – Quirúrgico del ISSS de El Salvador.

Metodología: El estudio fue de tipo exploratorio, transversal. Se encuestaron pacientes diagnosticados en el año 2011 que asisten activamente a controles en los centros de salud establecidos. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de los datos, uno describe los cambios producidos en el estado socioeconómico de los pacientes posterior al diagnóstico de infección por VIH y el otro el Índice Multidimensional de Pobreza de los encuestados.

Resultados: 26 sujetos fueron encuestados, 92.3% se encuentran dentro del rango de edad para ser considerado económicamente activo. 50% de los pacientes se encontraban desempleados. El promedio de ingreso mensual fue de \$232.54, pero el 65.1% de los encuestados reportan vivir con ingresos menores al salario mínimo, siendo las mujeres en su mayoría. No se detectaron cambios socioeconómicos de relevancia en los pacientes ni sus familias posterior al diagnóstico. 23.1% de pacientes con VIH viven en pobreza multidimensional, pero 49.9% de los sujetos viven con al menos una privación en su vida, sin ser considerados pobres multidimensionales.

Conclusiones: La mayoría de pacientes encuestados viven con privaciones que afectan su capacidad de desarrollo social y económico. No se detectaron cambios socioeconómicos posteriores al diagnóstico; las principales diferencias se observan al comparar los datos según sexo, nivel de educación e institución de reclutamiento. Las mayores privaciones en las personas encuestadas se encuentran en el nivel de vida.

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de infección por VIH en una persona no afecta solamente a la salud de esta. Varios estudios relacionan la presencia de esta enfermedad como una causa de pobreza, desempleo y cambios en el estatus socioeconómico de los infectados y sus familias.

Las investigaciones sobre cómo la infección por el VIH afecta a la pobreza de los pacientes y cómo la pobreza predispone a las personas a adquirir la infección por el virus son abundantes.

A pesar de eso, son pocos los estudios que evalúan los cambios socioeconómicos en las personas que se producen posterior a su diagnóstico, y muchos menos los que se han realizado a nivel latinoamericano.

El presente estudio pretende dar un acercamiento a la realidad nacional de los pacientes infectados por VIH, medir el nivel de pobreza en el que viven y conocer los cambios socioeconómicos a los que se han enfrentado.

Es uno de los primeros estudios a nivel latinoamericano que contribuye al abordaje de la temática y de brinda nuevos datos sobre la población viviendo con VIH en El Salvador, con el fin de ayudar a mejorar las políticas de atención que se tienen actualmente.

CAPÍTULO I
DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

El diagnóstico de infección por VIH en una persona no afecta solamente a la salud física y mental de esta; varios estudios relacionan la presencia de esta enfermedad como una causa de pobreza, desempleo y cambios en el estadio socioeconómico de los infectados y sus familias^{1,2,3,4,5}. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) reconoce que el VIH/SIDA tiene un “serio impacto en la sociedad y sus economías; y en los trabajadores, sus familias y dependientes”. Esto se vuelve aún más importante cuando la mayoría de los infectados se encuentran entre los 20 y 39 años, edad en la que se consideran económicamente productivos para la sociedad². En El Salvador, del total de casos registrados como VIH y SIDA para el año 2010, el 92% se concentra en la población económicamente activa⁶.

En sus “Recomendaciones sobre el VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo”, la OIT considera que la pobreza, la desigualdad económica y el desempleo disminuyen el acceso a la prevención, tratamientos, cuidados y soporte de los pacientes infectados y por lo tanto afecta recíprocamente su capacidad de desarrollarse económicamente⁷.

El bajo nivel socioeconómico se ha relacionado con mayores tasas de mortalidad en pacientes infectados, especialmente en mujeres, minorías étnicas y usuarios de drogas inyectables¹⁰. Esto se cree debido a que al vivir en pobreza los pacientes se enfocan en asegurar necesidades básicas como comida y refugio⁹, a expensas de su salud.

Los debilitados sistemas familiares y sociales de apoyo a las personas VIH positivas, aunado a la disminución en la participación en la educación, ingreso monetario y el pobre manejo de la enfermedad debido a la dificultad para el acceso al sistema de salud, los vuelve más vulnerables económicamente⁸, creando así un

círculo vicioso del cual resulta muy difícil liberarse, impidiendo el desarrollo integral de estos y sus familias.

Aunque la importancia que tiene la infección por VIH en el estatus socioeconómico de las personas es reconocida, son escasos los estudios que se han realizado en los que se relacionen ambos factores. La mayoría se enfocan en la sobrevivencia de los pacientes^{9,10,11,12} y la relación con el tratamiento antirretroviral^{13,14,15} son muy pocos los que describen los cambios que se producen en el nivel socioeconómico de las personas una vez se da el diagnóstico^{1,2}. Además, los estudios que existen al momento se llevaron a cabo en países desarrollados, son muy viejos o tienen una población de estudio diferente a la población salvadoreña, por lo que es posible que no representen la situación actual de las personas viviendo con el virus en nuestro país.

En Latinoamérica y El Salvador, actualmente se encuentran muy pocos estudios sobre la relación entre el diagnóstico de VIH/SIDA y la situación económica de los pacientes y sus familias; y las investigaciones que pueden aplicarse a nuestro contexto cultural y económico son igualmente escasos; por lo que el propósito de esta investigación es conocer la realidad socioeconómica actual de las personas viviendo con VIH en El Salvador y los cambios que la enfermedad produce en esta área de vida de los pacientes.

Esta investigación fue una de las primeras en el país que describió un componente importante en la salud de los pacientes infectados, ampliando el conocimiento que se tiene sobre la realidad nacional de la enfermedad y ayudando a las entidades responsables a tomar decisiones o realizar cambios enfocados en el mejoramiento de la atención hacia las personas viviendo con el VIH.

En base a todo lo descrito anteriormente, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los cambios económicos en las personas de El Salvador posterior al diagnóstico de infección por VIH?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Identificar si existen cambios socioeconómicos posteriores al diagnóstico de VIH en los pacientes infectados que acuden a consulta en los Hospitales Nacionales San Rafael, Maternidad y 1° de mayo y Médico – Quirúrgico del ISSS de El Salvador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer el índice de pobreza multidimensional de los pacientes infectados con VIH que acuden a consulta en los Hospitales Nacionales San Rafael, Maternidad, 1° de mayo y Médico – Quirúrgico del ISSS de El Salvador.
- Enumerar los cambios socioeconómicos que se producen posterior al diagnóstico de VIH en los pacientes infectados que acuden a consulta en los Hospitales Nacionales San Rafael, Maternidad, 1° de mayo y Médico – Quirúrgico del ISSS de El Salvador.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Epidemiología del VIH/SIDA a nivel mundial y nacional

Se estima que había alrededor de 34 millones de personas viviendo con VIH al final del año 2011, de ellas, 2.5 millones se consideran nuevas infecciones solo en ese año¹⁶. En América Central y Sur, se considera que la cifra es aproximadamente 1.4 millones de personas (0.5% de la población entre 15 y 49 años), un aumento comparando con los 1.1 millones estimados en 2001, debido más que todo a la mayor disponibilidad de la terapia antirretroviral¹⁷.

En El Salvador se contabilizan 27,697 casos de VIH hasta el 31 de diciembre de 2011; de ellos, 62.5% corresponden a casos de VIH y 37.5% a casos de VIH Avanzado (Sida). La prevalencia es mayor en hombres (63%) que en mujeres (37%), con una relación Hombre-Mujer de 1.66:1¹⁸. De 1984 a 2010, el número anual de casos nuevos identificados de VIH y VIH Avanzado (Sida) ha ido ascendiendo año con año, con un promedio de 1,822 casos por año⁶.

Del total de casos registrados como VIH y VIH Avanzado para 2010, el 92% se concentra en la población económicamente activa y 76% en la población en edad fértil. Las tasas de prevalencia son mucho más altas en estos grupos poblacionales que en otros, siendo la mayor (0.9 por 10,000 habitantes) entre las edades de 30 a 34 años, seguido por el grupo entre 35 y 39 años (0.6 por 10,000 habitantes)¹⁹.

La Encuesta Centroamericana de Vigilancia del Comportamiento sexual de 2009, reporta que los grupos que concentran las prevalencias más altas en el país son las poblaciones vulnerables tales como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadores sexuales y población transexual, con prevalencias del 10.8, 5.7 y 25.8% respectivamente, por lo que el comportamiento del VIH en El Salvador es el de una epidemia concentrada, en la que el mayor número de personas con VIH se

encuentra en la población general, pero que al interior de cada una de las poblaciones de riesgo (HSH, transexuales y trabajadores sexuales) existe mayor probabilidad de adquirir el VIH.

Según datos de la misma encuesta, el 87.1% de los participantes sabía leer y escribir, con mayor proporción de hombres (92.2%) que de mujeres (81.6%). De estos, el 45.3% de los pacientes tenía estudios de primaria o inferiores y el 47.7% alcanzó el nivel educativo secundario. Cerca del 60% de la muestra de mujeres no asistió a la escuela o sus estudios no fueron más allá que el nivel de primaria⁴⁸.

En cuanto a la frecuencia de casos por ocupación, uno de los grupos más afectados es el de los trabajadores inmersos en el empleo informal (17%), quienes son mucho más vulnerables a la infección por el VIH por tener menos posibilidades de acceder a información y educación sexual⁶.

Es interesante observar que las personas que han sido hospitalizadas en mayor frecuencia se encuentran entre las edades de 20 a 49 años de edad. Las personas fallecidas en el año 2010 en su mayoría corresponden a los grupos de edades entre 20 a más de 60 años de edad.

Pobreza a nivel mundial y nacional

Según el Informe sobre Desarrollo Humano para el 2013²⁰, desarrollado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la proporción de personas que viven en situación de extrema pobreza se redujo del 43,1% en 1990 al 22,4% en 2008. En El Salvador, para el 2006 la pobreza total se habría reducido del 65% al 38% y la pobreza absoluta o extrema, del 31.5% al 12.6%²¹.

En El Salvador, el parámetro para medir la pobreza es el valor de la canasta básica alimentaria (CBA)²¹. En base a esto, en pobreza extrema se ubican aquellos hogares que con su ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo per cápita de la CBA y en pobreza relativa los hogares que con sus ingreso per cápita no alcanzan a cubrir el costo de la CBA ampliada (dos veces el valor de la CBA)²³.

Según datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC), el promedio de la CBA para el año 2013 fue de \$174.47 dólares americanos para el área urbana y de \$125.22 para el área rural²², un promedio de \$149.98.

La Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples realizada en 2011 reporta que a nivel nacional un 40.6% de los hogares se encuentran en pobreza; de estos el 12.2% se encuentra en pobreza extrema; mientras que el 28.3% están en pobreza relativa²³. En el área urbana el 35.4% de los hogares viven en pobreza; el 8.9% están en pobreza extrema y el 26.5% en pobreza relativa. En el área rural un 50.2% de hogares se encuentran en pobreza, de los cuales el 18.4% están en pobreza extrema y el 31.7% en pobreza relativa²³.

En el informe de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS, por sus siglas en inglés) para el 2012, se reporta que el 43.5% de los hogares en El Salvador viven en pobreza total, y el 15% se encuentran en situación de pobreza extrema¹⁸.

Son pocos los datos que existen sobre el contexto económico de los pacientes viviendo con VIH en El Salvador, pero algunos estudios realizan un acercamiento a la situación financiera de estos pacientes. Según datos de la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables, el 80% de la población encuestada vive con menos del salario mínimo⁴⁸.

Aguiluz y García, en su estudio realizado en mujeres en control en el Hospital Nacional de Maternidad, encontraron que el 35.5% de los encuestados reportaban

vivir con menos a 200 dólares americanos mensuales, mientras que solo el 25% de la población presentaba ingresos mayores a 300 dólares americanos²⁴. El PNUD reporta que en el año 2013 el 35% de las familias de pacientes con VIH tienen un ingreso mensual promedio del \$100 dólares americanos²⁵.

En cuanto a la situación de empleo en el país, del total de la Población Económicamente Activa del país, el 93.4% se encuentran ocupadas, lo que indica una tasa de desempleo de 6.6%²³. La tasa de desempleo específica por sexo revela que el desempleo es mayor entre los hombres, con una tasa de 8.2%; en tanto la tasa de desempleo entre las mujeres es de 4.4%²³. Sin embargo, en estudios realizados en pacientes con VIH en el país, las tasas de desempleo variaba entre el 29.4%⁴⁸ en hombres y mujeres viviendo con el virus hasta el 48.4%²⁴ en mujeres embarazadas que están infectadas. En el mismo estudio²⁵ realizado por el PNUD, se reporta que solamente el 62% de los pacientes con VIH tenían ingresos remunerados.

Índice de Pobreza Multidimensional

La pobreza es mejor entendida como un fenómeno multidimensional²⁶. En el Informe sobre Desarrollo Humano para el 2013, creado por el PNUD, se calcula que alrededor de 1,57 mil millones de personas, o más del 30% de la población de los 104 países analizados, viven en condiciones de pobreza multidimensional²⁰. No existe un dato oficial sobre El Salvador, pero un estudio realizado por Battiston en 2006, se encontró que el país tenía los más altos niveles de privaciones en todas las dimensiones²⁶. Estos hallazgos no solo eran relativos a los otros países estudiados (Argentina, México, Uruguay, Chile y Brasil), si no desde un punto de vista absoluto: en cinco de los seis indicadores medidos, el área rural presentaba tasas del 50% o más en las privaciones²⁶.

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) es un índice de pobreza multidimensional aguda²⁷. A través de tres dimensiones (salud, educación y calidad vida) y diez indicadores, revela la combinación de privaciones que afectan a un hogar en un momento determinado²⁷.

A cada persona se le asigna un puntaje según las privaciones que experimenta su hogar en cada uno de los 10 indicadores del componente. El puntaje máximo es 100% y cada dimensión recibe la misma ponderación. Las dimensiones de educación y salud tienen dos indicadores cada una, y la dimensión de condiciones de vida tiene seis indicadores²⁸.

Para identificar a los pobres multidimensionales se suman los puntajes de privación de cada hogar y así obtener la privación total del hogar. A fin de distinguir entre pobres y no pobres, se utiliza como punto de corte el valor 33,3%, equivalente a un tercio de los indicadores ponderados. Si el valor es mayor o igual a 33,3%, ese hogar (y todos sus miembros) son pobres multidimensionales. Los hogares con un puntaje de privaciones igual o superior a 20% pero inferior a 33,3% son vulnerables o están en riesgo de caer en la pobreza multidimensional. Los hogares con un puntaje de 50% o más sufren una pobreza multidimensional extrema²⁸.

Los creadores de este índice, Alkire y Foster, demuestran en su estudio que es una medida fácil de calcular e interpretar, además de ser intuitiva y robusta²⁷. A diferencia de la pobreza medida según el ingreso económico, este índice permite un mejor entendimiento de diferentes factores que influyen en la pobreza de las personas y las interrelaciones entre estos factores²⁷.

La unidad de medición es el hogar, en base a que el padecimiento de un miembro afecta a los otros y viceversa, las habilidades de un miembro también son de beneficio para los otros que conforman el hogar²⁷.

En otras palabras, una persona tendría menores probabilidades de ser pobre en la medida en que esta y su familia sean más educadas, tengan acceso a mejores servicios de salud y gocen de una mejor inserción laboral, entre otras¹⁸; y no solo debido a que tienen un mayor ingreso económico.

Según el PNUD²¹, adoptar el enfoque multidimensional de pobreza trae ventajas al momento de diseñar políticas públicas, entre las que destacan las siguientes:

- Contribuye a hacer más visible el tipo de políticas (económicas, sociales, focalizadas y universales) que debe llevar a cabo el Estado para disminuir los niveles de pobreza y vulnerabilidad.
- Permite clasificar a la población en relación con su condición de pobreza y de su vulnerabilidad a caer en ella. La política pública que sigue estos dos caminos paralelos, el de la lucha contra la pobreza y el de su prevención, es más completa y sistémica, y con mayores posibilidades de éxito en términos de aumentar el desarrollo humano de la población.
- Hace posible realizar evaluaciones sistemáticas del impacto de las políticas públicas llevadas a cabo por el Estado, así como de los programas apoyados por la cooperación internacional.

Por lo tanto, el uso de este índice en las diferentes poblaciones, incluyendo a las personas viviendo con VIH, ayudaría a implementar cambios en las políticas de atención actuales, produciendo mejoras en la calidad de vida de los pacientes y su salud en general.

VIH y pobreza

El VIH/SIDA no es una enfermedad exclusiva de los pobres²⁹. Aun así, existe evidencia de una relación positiva entre la prevalencia del VIH y la pobreza, medida ya sea por el ingreso per cápita, desigualdad de ingreso o pobreza absoluta³⁰.

La infección por VIH y el SIDA puede agravar el estado de pobreza de los individuos y sus familias, y la pobreza puede aumentar el riesgo y la severidad del SIDA en pacientes infectados por el virus^{31,32}. Existen varios estudios en los que se intenta explicar esta relación bidireccional entre la infección por VIH y la pobreza, sobre los cuales se detalla a continuación.

Pobreza como factor de riesgo en pacientes VIH positivos

Es conocido que el VIH afecta a todos los estratos económicos y que existen diferencias en las consecuencias para las personas dependiendo del estrato socioeconómico al que pertenecen³⁷.

De Irala, investigador de la facultad de medicina de la Universidad de Navarra, señala que vivir en un menor estrato económico predispone a las personas a mayores riesgos para la infección por el virus, ya que la pobreza se asocia a una menor educación, una menor capacidad de autonomía y un menor acceso a los centros sanitarios y a los cuidados de la salud³³.

La pobreza también se relaciona con aumento en comportamientos de riesgo en las personas, tales como intercambio de sexo por dinero o bienes materiales, múltiples parejas sexuales, menores niveles de abstinencia, inicio de relaciones sexuales más temprano, menor uso de preservativos o poca comunicación con la pareja sobre temas sensibles³⁴.

Recientemente algunos estudios han descubierto que ciertos comportamientos de riesgo que aumentan la vulnerabilidad para infectarse con VIH, como tener mayor número de parejas sexuales o múltiples parejas ocasionales, se dan también en poblaciones de mayores ingresos económicos³⁵.

Mishraa y colaboradores describen en su estudio que la prevalencia de VIH era mucho mayor en los adultos que pertenecían al 20% más rico de la población³⁵; sin embargo, los resultados perdían significancia estadística al ser ajustados a diferentes factores. Sin embargo, estas personas tienen mayor educación, mejor estado nutricional, mayor acceso a los servicios de salud y mayor uso de medicamentos antirretrovirales³⁶, factores importantes que afectan su calidad de vida y supervivencia, contrario a lo que se da en grupos que viven en pobreza³⁷.

Son varios los estudios en los que se comparan como la infección afecta a diferentes grupos socioeconómicos^{30,32,39,55} y la mayoría de estos se enfocan principalmente en la sobrevida de los pacientes infectados^{9,10,11, 13,14}. Estos indican que el riesgo de muerte es mayor en personas que viven en comunidades con recursos económicos bajos³⁸.

Una investigación en Sudáfrica, realizada por Bachmanna y Booyesen en 2006, encontró que los hogares en pobreza tienen 74% más riesgo de sufrir una muerte relacionada al SIDA y 94% más riesgo de padecer una enfermedad relacionada al SIDA³⁹, que aquellos en mejores condiciones financieras. En un estudio realizado en San Francisco, el estado socioeconómico fue un predictor significativo en la sobrevida de las personas, menos del 70% en comunidades pobres comparado con más del 85% en comunidades con mejor nivel económico¹¹.

Katz y colaboradores¹⁰ describen en su estudio que las personas viviendo en pobreza tienen diagnósticos más tardíos o inician complicaciones más tempranamente en el curso de la enfermedad, afectando la mortalidad de estos pacientes.

Se cree que estas diferencias en la mortalidad se deben a que el nivel socioeconómico es un marcador para el uso del tratamiento antirretroviral, ya que se ha demostrado que la sobrevida es igual entre las personas tratadas con TAR sin importar el nivel económico en el que viven³⁸. En un estudio realizado por Wood,

Montaner y Chan se observó que las personas con nivel más bajo tenían menos probabilidad de ser manejadas con triple terapia antirretroviral¹⁴, a pesar de que la capacidad de acceso hacia el tratamiento era igual para todos los pacientes, sin importar su nivel socioeconómico.

Otros estudios exploran las diferencias que existen según la edad, sexo y origen racial entre los grupos más afectados económicamente, generalmente las mujeres, los jóvenes y los pacientes no blancos que viven en pobreza. Estos grupos, al mismo tiempo, son más propensos a vivir en comunidades caracterizadas por un bajo nivel socioeconómico¹⁰.

Las mujeres viviendo con VIH/SIDA tienen a ser afectadas desproporcionalmente por la pobreza y a pertenecer a un estrato socioeconómico más bajo⁴⁰. En su reporte para el año 2005, el Fondo de Desarrollo para las Mujeres de las Naciones Unidas (UNIFEM, por sus siglas en inglés) señala que las mujeres habitualmente tienen menores tasas de educación, ganan menos que los hombres al realizar el mismo trabajo o laboran en el sector informal, caracterizado por inseguridad de ingreso y pobres condiciones de trabajo⁴¹.

Las mujeres que viven en pobreza son en su mayoría dependientes de otros para cubrir sus necesidades básicas como alimentación, comida y transporte⁹, lo que aumenta su riesgo de adquirir la infección por el virus, al limitar su habilidad para rechazar el tener una relación sexual, negociar el uso de preservativos, discutir la fidelidad con su pareja o abandonar relaciones riesgosas⁴².

Ser mujer y pobre no solo aumenta el riesgo de infección, si no que afecta la salud de las ya infectadas por el VIH. Wood y colaboradores, encontraron que las mujeres eran más propensas a no recibir triple terapia antirretroviral¹⁴ y Harrison y colaboradores, demostraron que el riesgo relativo de muerte cinco años posterior al diagnóstico de VIH era mayor en las mujeres que viven con niveles económicos más bajos⁹.

El estado socioeconómico de la comunidad también se ha relacionado con una mayor afectación hacia las personas viviendo con VIH. Un estudio realizado en Kenia mostró que hay diferencias entre las comunidades pobres urbanas y rurales, siendo las personas pobres del área urbana las que se encontraban en mayor riesgo de adquirir la infección por VIH⁴³.

McDavid y colaboradores demostraron en su estudio que la supervivencia de las personas disminuía a medida que en la comunidad donde residían se reducía la proporción de empleo y el ingreso promedio de los habitantes, y aumentaba la proporción de residentes con menor educación⁹. Otra investigación observó que las personas que residen en comunidades con menores recursos económicos tienen 40% de probabilidades de no recibir tratamiento y de una mayor mortalidad¹².

Sin embargo, la mayoría de los estudios antes mencionados se realizaron en países africanos o países desarrollados, por lo que los resultados obtenidos podrían ser diferentes si se realizaran en una población más acorde a la realidad de nuestro país.

Infección por VIH como factor de riesgo para pobreza

El impacto económico y social hacia las personas viviendo con VIH es generalmente desastroso², especialmente cuando la infección se da en los años que se consideran económicamente productivos en las personas¹, afectando también a la sociedad en general⁴⁴. El crecimiento de la pobreza en los países en desarrollo se ha visto exacerbado por el aumento de las enfermedades relacionadas al VIH en la población joven y de mediana edad, quienes son los que generalmente cubren las necesidades de sus familias⁴⁴.

El efecto económico primario de la enfermedad se manifiesta principalmente a nivel individual y familiar⁴⁵. Katz observó que los hogares afectados por el VIH son más pobres que aquellos no afectados, tienen mayor dependencia económica, están más sujetos a morbilidad y mortalidad y enfrentan mayores niveles de desempleo⁴⁵.

El empleo es un fuerte componente que afecta el estado socioeconómico de las personas, a pesar de esto, el desempleo es una experiencia común en individuos VIH positivos⁴⁶, a veces llegando a niveles del 50% o más altos en algunas poblaciones⁴⁷. En un estudio realizado en India se observó que la razón más común para la pérdida del empleo en pacientes viviendo con VIH eran las enfermedades relacionadas al VIH¹. En otra investigación, Mishraa encontró que en Sudáfrica el 70% de los respondientes empleados al momento del diagnóstico reportaron que la infección jugó un papel importante en la pérdida subsecuente del trabajo⁴⁰.

En El Salvador, la Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables⁴⁸, encontró que el 29.4% de la población con VIH se encontraba sin trabajo en el momento del estudio; y el 3.7% de los pacientes reportó que había perdido su trabajo debido a su status seropositivo.

Conveys y Datts, describen que el 90% de los participantes en su investigación tuvieron dificultades o no pudieron cubrir los gastos en los que incurrían para subsistir⁴⁰; Mientras que Arns et al.⁴⁹, demostró que los pacientes VIH positivos en su estudio experimentaron una disminución del 60% en el ingreso económico desde el momento del diagnóstico, notando severas repercusiones económicas en la habilidad para poder suplir las necesidades básicas. Taraphdar¹ reporta un hallazgo similar, el promedio en disminución del ingreso monetario fue del 53.8% en los participantes de su investigación.

Ezzy y colaboradores, encontraron que en Australia era seis veces más probable que las personas VIH positivas que no se encontraban trabajando reportaran ingresos inferiores a la línea de pobreza que aquellos que estaban empleados⁵.

La falta de un ingreso monetario estable, característico de las personas que viven en pobreza, no solo lleva a problemas económicos para las personas infectadas y sus familias, también afecta la calidad de educación y el acceso a la salud que reciben⁵⁰, ambos elementos considerados importantes para el desarrollo humano.

En un estudio realizado en India, se reportó que en el 20% de las familias afectadas hubo deserción escolar de los hijos, principalmente debido a problemas financieros (sin especificar cuáles) y seguido por la necesidad de cuidar de los pacientes infectados². Un bajo nivel educativo los lleva a su vez a un mayor riesgo de inseguridad económica, discriminación, dificultad para encontrar empleo y mejorar su calidad de vida.

La desigualdad económica también afecta el acceso y la adherencia a los tratamientos disponibles^{51,52}, impidiendo que el estado de salud de las personas mejore a pesar de que la terapia antiretroviral ha demostrado ser muy efectiva en la reducción de síntomas y ayudando a que estas lleven un estilo de vida relativamente normal⁵³.

Irónicamente, las personas VIH positivas llegan a gastar hasta el doble de recursos en salud que las personas no infectadas⁵⁴ y el aumento en el nivel del gasto es mucho mayor posterior al diagnóstico². En Colombia, la inversión individual en salud de los pacientes infectados representa el 13% de los ingresos promedios de este y, aunque los pacientes con menor ingreso gastan menos, el porcentaje de gasto representa una mayor proporción de su ingreso (hasta 16% del ingreso mensual)⁵⁵.

La redistribución del presupuesto familiar no solo es enfocada hacia la salud. Un estudio en Sudáfrica reporta que los hogares afectados por el VIH/SIDA gastan menos en comida que aquellos no afectados por el virus⁴⁵.

También encontró que a pesar de eso, estos hogares ocupaban más recursos económicos para la compra de comida, gastos en salud y renta y menos en educación, vestido y artículos personales⁴⁵. No existen estudios en El Salvador que describan los gastos o los cambios en el presupuesto económico de los pacientes infectados con VIH.

Círculo vicioso entre la infección por VIH y la pobreza

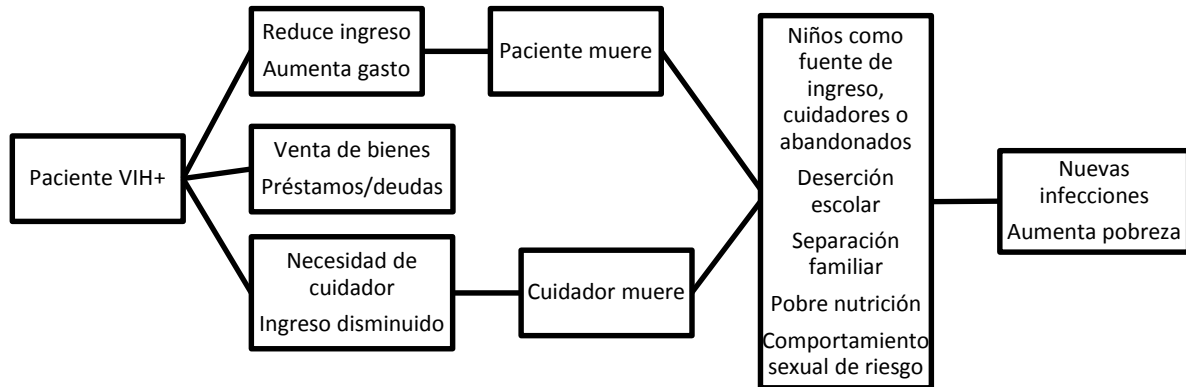
Los estudios que existen sobre los efectos económicos producidos por el VIH a nivel individual son escasos, sin embargo, los hallazgos que reportan revelan una situación importante que afectan la vida de los pacientes infectados y conforma un círculo vicioso del cual resulta muy difícil salir.

Smith⁴⁴, en 2002, describe como la relación entre la pobreza y la infección por VIH llega a formar este círculo vicioso para las familias afectadas (Figura 1).

La falta de ingreso monetario producido por la incapacidad para trabajar debido a la infección, ya sea por pérdida del empleo o por el deterioro del estado de salud del paciente, limita el acceso de este a los servicios de salud adecuados⁴⁴ y a otros servicios básicos⁵⁵. Debido a esto, la familia de la persona debe recurrir a recursos extremos que lo que los empobrece aún más⁴⁴ a corto o largo plazo.

Las estrategias utilizadas para cubrir o compensar los gastos realizados debido a las consecuencias de la enfermedad incluyen desde la venta de propiedades o bienes materiales, préstamos monetarios o utilización de ahorros⁴⁵, hasta la deserción escolar, comportamientos de riesgo, como el intercambio de sexo por

dinero o recursos⁴⁴, y cambios en la estructura familiar y sus roles⁵⁵, incluyendo la separación de sus miembros⁵⁵ y el trabajo infantil⁵⁶.



(Fig. 1. Impacto en el hogar cuando un paciente está infectado (Adaptación). Mohga Kamal Smith. Gender, poverty, and intergenerational vulnerability to HIV/AIDS⁴⁴.)

Estas estrategias son consideradas “erosivas” ya que proveen un alivio económico a corto plazo pero terminan empobreciendo aún más a los pacientes y sus familias⁵⁷, y por lo tanto, aumentando el riesgo de los individuos de infectarse con el virus.

CAPÍTULO III
**METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN**

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio

El estudio realizado fue de tipo exploratorio, transversal.

Población

La población de la investigación está constituida por los pacientes infectados por VIH diagnosticados en el año 2011, que se encuentran en controles actualmente en los Hospitales Nacional de Maternidad y Nacional San Rafael de la red pública y en los Hospitales 1° de mayo y Médico-Quirúrgico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, ubicados en los departamentos de San Salvador y La Libertad.

El total de pacientes en los centros de salud seleccionados para el año 2011 lo constituyen 117 pacientes, de los cuales 76 son hombres y 41 son mujeres.

Tamaño de la muestra

En base a cálculos realizados en Epi Info 7, una muestra de 26 pacientes representaba a la población con el 95% de confianza, mientras que 39 pacientes aseguraban el 99% de representatividad de la población, por lo que se trabajó con esos rangos como los números mínimos y máximos de pacientes involucrados en el estudio. El error alfa escogido es del 0.05.

Se obtuvo el listado de los pacientes con diagnóstico realizado en el año 2011 en los diferentes hospitales seleccionados, a través de los registros del Sistema de

Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE) y los registros hospitalarios.

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	13	13
90%	20	20
95%	26	26
97%	31	31
99%	39	39
99.9%	53	53
99.99%	62	62

Population size:	<input type="text" value="117"/>
Expected frequency:	<input type="text" value="2.26"/> %
Confidence limits:	<input type="text" value="5"/> %
Design effect:	<input type="text" value="1.0"/>
Clusters:	<input type="text" value="1"/>

Los pacientes se seleccionaron de manera aleatoria simple y luego se verificó que cumplieran con los criterios de inclusión, exclusión y no inclusión.

Criterios de inclusión

- Pacientes VIH positivos con diagnóstico realizado en 2011.
- Asisten activamente a control por infección por VIH.
- Pacientes con datos de identificación completos en los registros del hospital de reclutamiento (dirección o número de teléfono).
- Pacientes que acepten participar en el estudio y completen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con discapacidad mental.
- Pacientes que no puedan asistir a entrevista.
- Pacientes menores de 18 años.
- Pacientes con comorbilidades que le hayan impedido trabajar por más de 6 meses al momento de la entrevista.
- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio o no completen el consentimiento informado.

Definición de variables^{2,27}

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSION	MEDICIÓN
Características sociodemográficas	Conjunto de cualidades de un individuo, que le dan identidad propia dentro de la sociedad	Institución de reclutamiento Sexo Edad Educación Área geográfica Área residencial Estado civil Estado ocupacional	Datos recolectados en el Instrumento A
Impacto a la familia	Cambios socio-económicos que se han dado en la familia posterior al diagnóstico	Necesidad de cuidador Persona encargada del cuidado Pérdida de ingreso monetario del cuidador Cantidad de pérdida del ingreso Estrategias de subsistencia familiar	Datos recolectados en el Instrumento A
Situación de empleo	Características laborales del paciente en el último año	Conocimiento del empleador Apoyo del empleador Forma de apoyo Estrategia de manutención del paciente Cambio de empleo Número de empleos Razón de cambio de empleo Días de ausencia Pérdida de ingreso monetario del paciente	Datos recolectados en el Instrumento A
Situación económica actual	Características económicas al momento de la entrevista	Ingreso mensual individual Ingreso mensual familia Trabajo familiar extra Suficiencia de ingreso monetario extra	Datos recolectados en el Instrumento A
Gasto previo a la infección	Cantidad de dinero invertido mensualmente en la manutención del paciente y su familia, previo a la infección por VIH	Gasto mensual en comida Gasto mensual en vestido Gasto mensual en educación Gasto mensual en vivienda Gasto mensual en servicios de salud Gasto mensual en entretenimiento Otros gastos Total de gastos	Datos recolectados en el Instrumento A

Gasto posterior a la infección	Cantidad de dinero invertido mensualmente en la manutención del paciente y su familia, posterior a la infección por VIH	Gasto mensual en comida Gasto mensual en vestido Gasto mensual en educación Gasto mensual en vivienda Gasto mensual en servicios de salud Gasto mensual en entretenimiento Otros gastos Total de gastos Deudas	Datos recolectados en el Instrumento A
Gasto en salud	Cantidad actual de dinero invertido en el cuidado de la salud del paciente	Gasto en infecciones Gasto en chequeo médico Gasto en tratamiento Otros gastos médicos	Datos recolectados en el Instrumento A
Situación de pobreza actual (Índice Multidimensional de Pobreza)	Nivel de pobreza multidimensional al momento de la entrevista, evaluado a través del índice Multidimensional de Pobreza	Escolaridad Asistencia a la escuela Desnutrición Mortalidad infantil Electricidad Agua potable Saneamiento Vivienda Combustible Transporte	Datos recolectados en el Instrumento B

Recolección de la información

Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de los datos. El instrumento “A” (Anexo 1) describe los cambios producidos en el estado socioeconómico de los pacientes posterior al diagnóstico de infección por VIH. El instrumento original se obtuvo de un estudio realizado por la OIT en India² y se seleccionaron solamente los puntos de relevancia para el estudio planteado, sin alterar el contenido ni las variables que se miden.

El instrumento “B” (Anexo 2), midió el nivel de pobreza multidimensional de los pacientes en el estudio.

Se realizó una reunión previa con los directores de las clínicas de terapia antirretroviral (TAR), consejeros y trabajadores sociales de los grupos de apoyo en los diferentes hospitales para dar a conocer el proyecto y capacitar a los voluntarios en la obtención de los datos y el llenado correcto de cada instrumento de aplicación.

Los datos fueron obtenidos a través de encuestas personalizadas hacia los pacientes seleccionados en la muestra y que cumplían los criterios para ser partícipes del estudio. Estas se llevaron a cabo por parte del investigador y tres encuestadores capacitados previamente para asegurar que los datos obtenidos sean confiables.

Procesamiento de los datos

Se utilizaron Microsoft Excel 2010/2013 y SPSS versión 15.0 como programas de análisis estadístico. Al ser un estudio descriptivo, se analizaron los datos con medidas de frecuencia, tendencia central, dispersión y tablas de contingencia.

Consideraciones éticas y legales

Se garantizó un proceso ético y confidencial, tanto con los Hospitales participantes en el estudio, como con los sujetos que participaron en este, todo esto a partir de las normas establecidas por Nüremberg (1946), Helsinki (2008), Tokio (1975) de la Asociación Mundial de Médicos y buenas prácticas clínicas BPC. Además, se obtuvo el permiso del Comité Nacional de Ética en la Investigación Clínica y del Programa Nacional de ITS y VIH/SIDA.

Se aseguró a los participantes que de colaborar o no en la investigación no habría beneficio directo o repercusiones en su tratamiento actual o estado económico.

Las encuestas fueron realizadas únicamente por personal capacitado, en un espacio libre de distractores y en suma confidencialidad con los pacientes.

Para mantener el anonimato durante la entrevista se le asignó códigos a cada uno de los participantes, que constituyen su única forma de identificación y están distribuidos de acuerdo al centro de salud al que asisten y el orden de participación.

Los nombres de los sujetos seleccionados se entregaron a los trabajadores sociales de las clínicas y grupos de apoyo de cada centro de salud, con el fin de obtener la información de contacto de estos. Los datos recolectados fueron manejados únicamente por el equipo de investigación, y los coordinadores y trabajadores sociales de las clínicas TAR. Los pacientes participantes tienen acceso únicamente a sus datos y no a la información de otros participantes.

Los resultados del estudio se entregarán a los coordinadores de los programas de VIH en cada centro de salud participante y otras autoridades pertinentes; además, estarán disponibles para quien quiera conocerlos.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

De los 117 pacientes que constituían la población, se seleccionaron de manera aleatoria simple 40 pacientes de los diferentes hospitales participantes en el estudio; luego se procedió a buscar los registros de estos para poder contactarlos vía telefónica. Se logró entrevistar a 26 pacientes, quienes constituyen el 65% de la población y con los cuales se obtiene el 95% de representatividad de la población (error alfa 5%). No se pudieron obtener datos de los 14 pacientes restantes debido a datos incorrectos o ausentes en el SUMEVE y registros hospitalarios.

Del total de pacientes encuestados, el 53.8% (14/26) asisten a sus controles en el Hospital Nacional San Rafael, el 19.2% (5/26) al Hospital Médico-Quirúrgico del ISSS, el 15.4% (4/26) al Hospital de Maternidad y el 11.5% (3/26) al Hospital 1° de mayo del ISSS.

La distribución por sexos en la población general fue similar, 50% (13/26) participantes fueron mujeres y 50% fueron hombres. Las edades varían entre los 20 y 74 años de edad, con un promedio de 38 años (SD 12.39). El 92.3% (24/26) de los pacientes se encuentra en edad económicamente activa.

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y RANGO DE EDAD

Rangos de edad	Hombres	Mujeres	Total	
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	\bar{X} edad \pm SD
20 - 29 años	3 (11.5%)	3 (11.5%)	6 (23%)	26.1 \pm 3.55
30 - 39 años	3 (11.5%)	7 (26.7%)	10 (38.2%)	33.5 \pm 2.64
40 - 49 años	5 (19%)	2 (7.7%)	7 (26.7%)	42.4 \pm 2.07
50 - 59 años	0 (0%)	1 (3.8%)	1 (3.8%)	55
Mayores de 60 años	2 (7.7%)	0 (0%)	2 (7.7%)	71 \pm 4.24

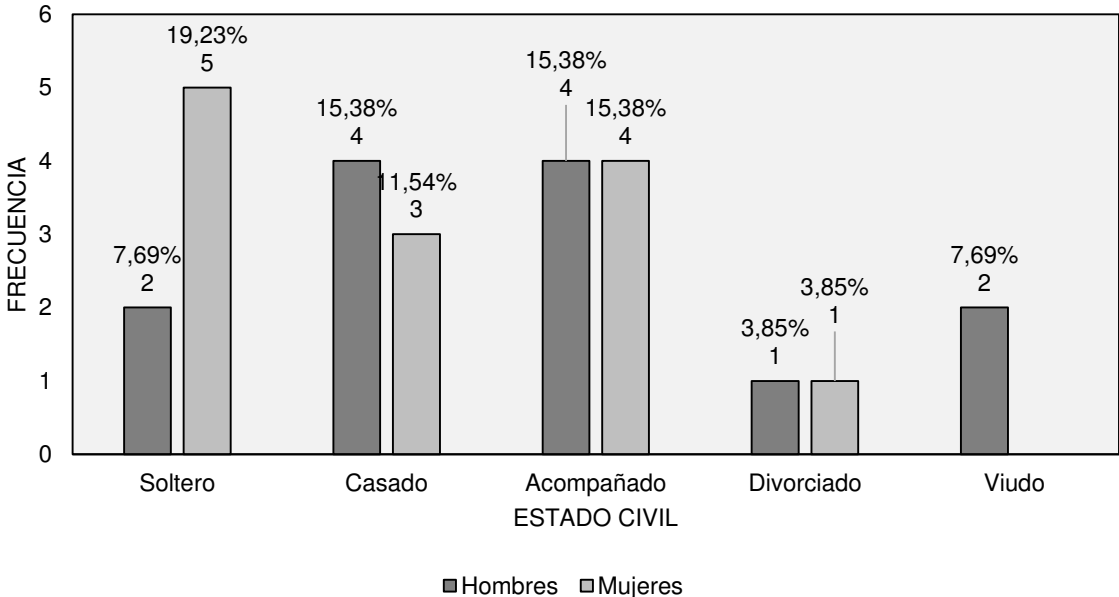
FUENTE: Resultados de investigación.

En cuanto al nivel educativo, el nivel básico es el más común, con 26.9% (7/26) de los pacientes en este nivel, seguido por el bachillerato completo con 23.1% (6/27) encuestados. Los respondientes con educación secundaria son el 19.2% (5/26) y con nivel universitario el 19.2% (5/26) por igual; mientras que los encuestados sin educación alguna lo constituyen el 11.5% (3/26).

Por región geográfica el mayor número de pacientes residen en los departamentos de San Salvador y La Libertad, con el 42.3% (11/26) y el 30.8% (8/26) respectivamente. A estos le sigue Sonsonate con el 15.4% (4/26), La Paz con el 7.7% (2/26) y Ahuachapán con el 3.8% (1/26). Al igual que con el sexo, la distribución entre área rural y urbana es equitativa, con el 50% para cada una.

De los encuestados, el 30.8% (8/26) se encuentran acompañados, mientras que el 26.9% (7/26) están solteros y 26.9% (7/26) están casados. Los divorciados y los viudos, representan el 7.7% respectivamente. En el Gráfico 1 se muestra la distribución del estado civil de los pacientes participantes según su sexo.

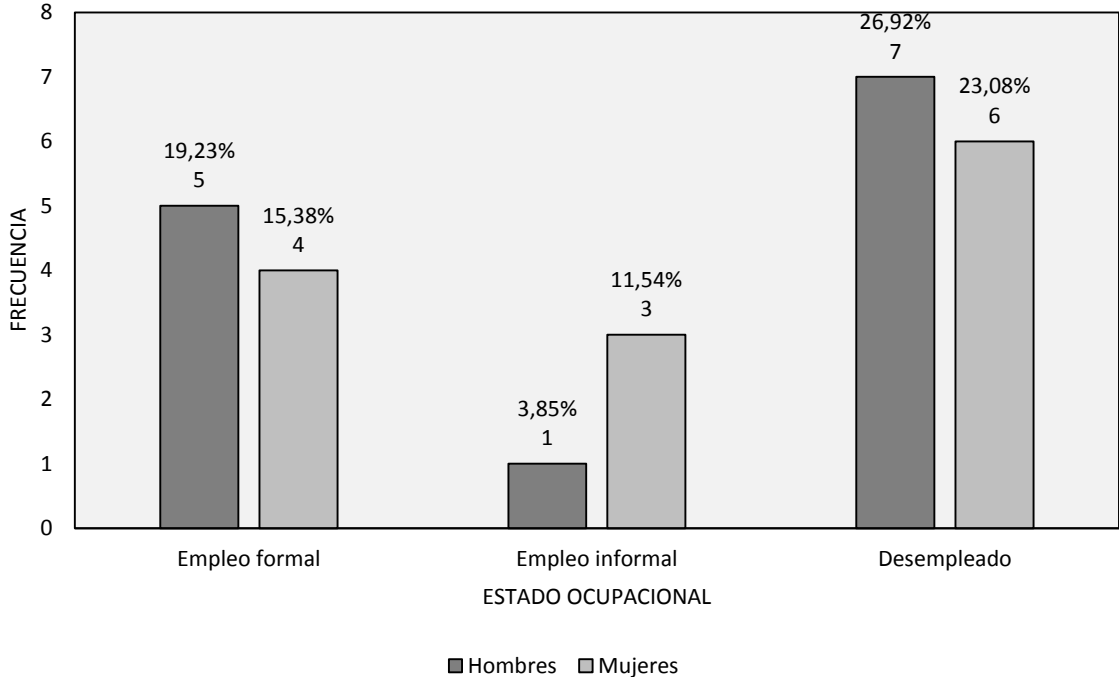
GRÁFICO 1: ESTADO CIVIL SEGÚN SEXO (n=26)



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

En el área laboral, 50% (13/26) de los pacientes están desempleados. Solo el 34.6% (9/26) de la muestra posee un empleo formal, mientras que el 15.4% (4/26) restante se encuentra trabajando informalmente.

GRÁFICO 2: ESTADO OCUPACIONAL SEGÚN SEXO (n=26)



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

De los hombres encuestados, el 53.8% (7/13) se encontraba desempleado, a diferencia de las mujeres que participaron del estudio, de quienes el 46.2% (6/13) no trabajan al momento de la entrevista.

Aun así, son más hombres los que trabajan en el sector formal (38.5%, 5/13) que las mujeres (30.8%, 4/13), quienes se ubican principalmente en el sector informal, con el 23.1% (3/13) de ellas contra el 7.7% (1/13) de los hombres, tal como se muestra en el Gráfico 2.

En el Cuadro 1 se muestra un resumen descriptivo de la población según cada institución de reclutamiento.

CUADRO 1: RESUMEN DESCRIPTIVO DE LA POBLACIÓN SEGÚN CENTRO DE SALUD				
	Hospital de Maternidad n=4	Hospital San Rafael n=14	Hospital 1° de Mayo n=3	Hospital Médico- Quirúrgico n=5
<i>Edad promedio</i>	35.5 años	36 años	39.3 años	34.8 años
<i>Nivel educativo</i>	Secundaria / Bachillerato (50% / 50%)	Básico (42.8%)	Bachillerato (66.6%)	Universitario (60%)
<i>Área residencial</i>	Urbana / Rural (50% / 50%)	Rural (64.2%)	Urbana (66.6%)	Urbana (80%)
<i>Estado civil</i>	Acompañado (75%)	Acompañado (35.7%)	Soltero (66.6%)	Casado (60%)
<i>Estado ocupacional</i>	Empleo informal / Desempleado (50% / 50%)	Desempleado (57.1%)	Empleo formal (66.6%)	Empleo formal (60%)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

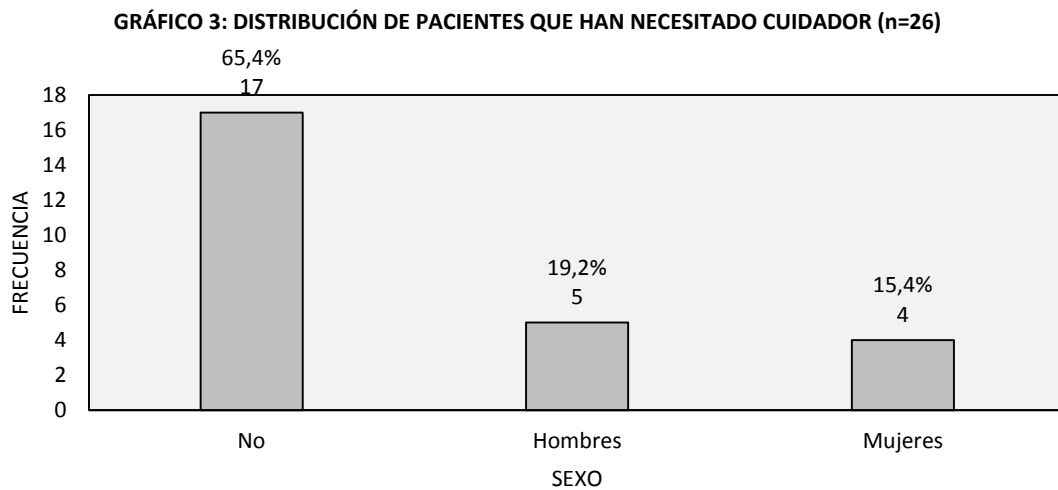
Impacto a la familia

El 65.4% (17/26) de la población encuestada reporta no haber necesitado de un cuidador durante el transcurso de su enfermedad hasta la fecha. Es decir que el 34.6% de los pacientes (9/26) de la población se ha visto insuficientes de poder mantenerse por sí mismos, requiriendo el apoyo económico de otra persona en la familia.

En el Gráfico 3 se comparan los pacientes que han necesitado de cuidados según su sexo. Podemos observar que el 19.2% (5/26) de estos son hombres, contra el 15.4% (4/26) de las mujeres que participaron del estudio.

De los pacientes que necesitaron cuidador, son los hijos de estos los que han tomado la responsabilidad en el 33.3% (3/9) de los casos; las otras personas que toman esta responsabilidad son la pareja del paciente en el 22.2% (2/9) de los

casos, los padres con el 22.2% (2/9) y otros familiares no especificados con el 22.2% (2/9).



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

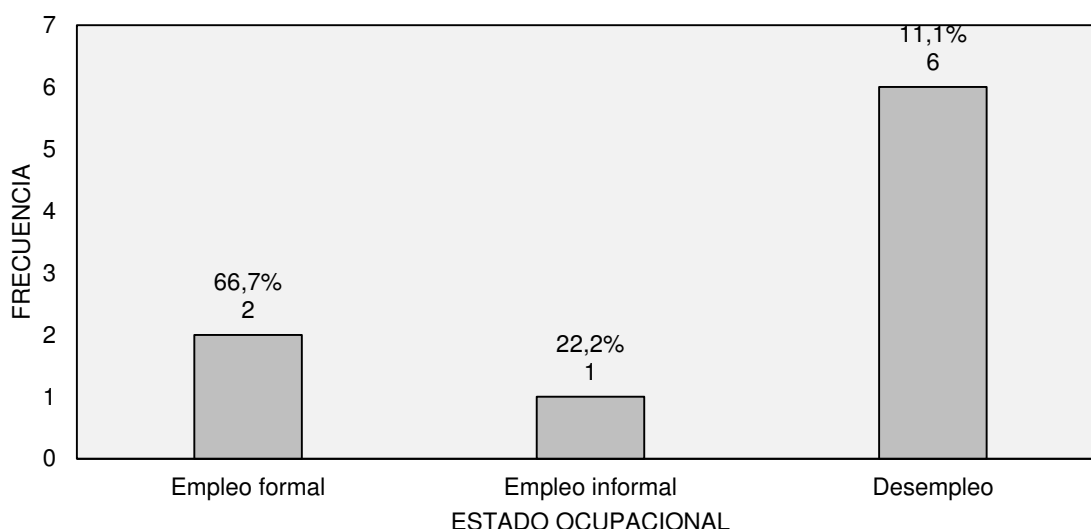
La pérdida monetaria por parte del cuidador fue reportada por el 17.2% (5/26) de los pacientes; con cantidades que van desde \$8 hasta \$4,000 dólares americanos, con un promedio de \$1030.75 dólares americanos.

Para poder seguir subsistiendo el 13.8% (4/26) de los pacientes necesitaron mudarse con un familiar. Las otras formas de apoyo familiar, como la visita domiciliar, compra de medicamentos y víveres son señalados por 17.2% (5/26) de la población. El 69% (17/26) de la población encuestada no cuentan o no necesitan del apoyo familiar.

Ninguno de los familiares de los pacientes se vio en la necesidad de renunciar a sus trabajos, conseguir empleos nuevos o adicionales.

En el Gráfico 4 se comparan los pacientes que han necesitado de un cuidador según su estado laboral. De los pacientes que reportaron necesitar de un cuidador en algún momento, 66.7% (6/9) se encontraban desempleados, mientras que el 22.2% (2/9) tienen un empleo formal y 11.1% (1/9) trabaja en el sector informal.

GRÁFICO 4: NECESIDAD DE CUIDADOR SEGÚN ESTADO OCUPACIONAL (n=9)



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Situación de empleo

De los 26 pacientes, el 50% (13/26) se encontraban empleados. De ellos, el 46.2% (6/13) reportan que su empleador conoce el diagnóstico de infección por VIH. A pesar de mantener oculto el diagnóstico, el 72.7% (8/13) señalan que reciben apoyo de sus jefes en el manejo de la enfermedad. En la Tabla 2 se describen las principales formas de apoyo señaladas por los pacientes.

TABLA 2: FORMAS DE APOYO POR PARTE DEL EMPLEADOR (n=8)

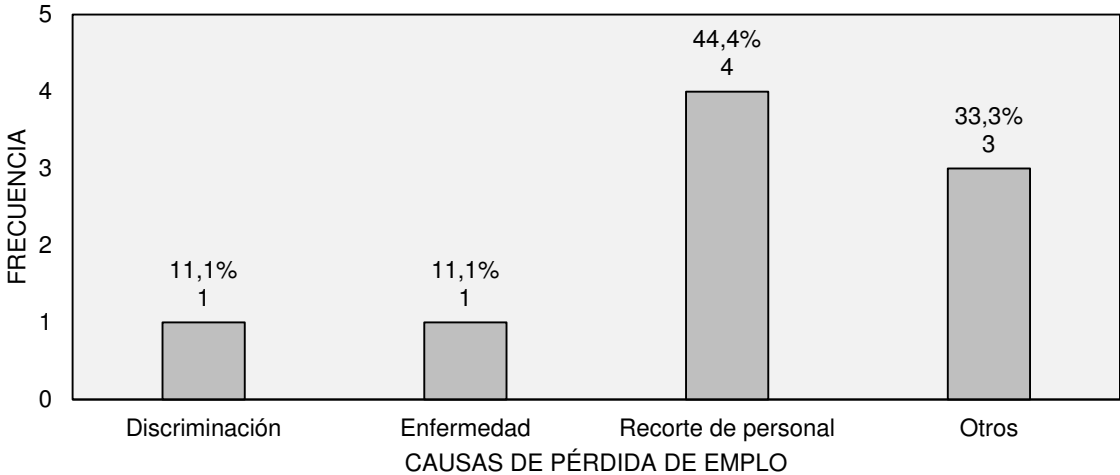
Formas de apoyo	Frecuencia (%)
<i>Ausencia laboral pagada</i>	4 (50%)
<i>Gasto médico</i>	1 (12.5%)
<i>Compra de víveres/especies</i>	1 (12.5%)
<i>Otras formas de apoyo</i>	2 (25%)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

De los 13 pacientes desempleados, el 76.9% (10/13) se mantiene económicamente a través del apoyo familiar. Los préstamos, el apoyo de parte de organizaciones no

gubernamentales y otras formas de apoyo representan el 7.7% cada uno (1 caso de 13 en cada opción). No se reportaron estrategias como el uso de ahorros, hipotecas, empeños o venta de bienes.

GRÁFICO 5: CAUSAS DE PÉRDIDA DE EMPLEO EN ÚLTIMO AÑO (n=9)



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

En el Gráfico 5 se muestran la descripción completa de los motivos de pérdida de empleo. De la población en general, 31% (9/26) de los encuestados reporta haber cambiado de empleo en el último año; esto debido en su mayoría a recortes de personal en los lugares de trabajo en el 44% de los casos (4/9) y otras causas en el 33.3% (3/9). 11.1% de los pacientes (1/9) reportaron dejar de trabajar debido a discriminación laboral y el otro 11.1% (1/9) debido a su enfermedad.

De los 9 pacientes que cambiaron de empleo, solamente el 33.3% (3/9) volvieron a encontrar trabajo en el transcurso de un año.

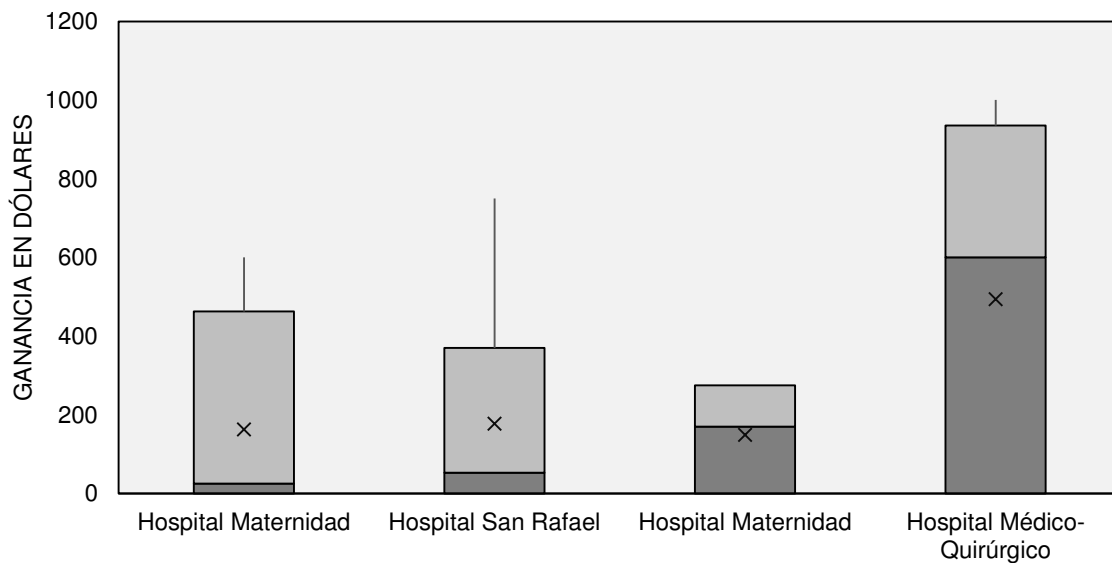
Los días de ausencia laboral producidos por la enfermedad desde el momento del diagnóstico varían entre 1 y 25 días, con un promedio de 6.8 días perdidos. La pérdida monetaria debido a estas ausencias se encuentra entre los \$10 y \$150 dólares americanos por episodio, con promedio de \$49.25 dólares de pérdida.

Situación económica actual

De los 26 encuestados, el 57.7% (15/26) reportan ingresos individuales mensuales que varían entre los \$30 y \$1,000 dólares americanos, con un promedio de \$232.54 dólares americanos, o \$7.75 dólares americanos al día. El 42.3% (11/26) de los pacientes no reportaron ingresos individuales de manera mensual, es decir, que dependen de otras personas para su subsistencia; mientras que el 65.1% (17/26) de la población reporta ingresos menores a los \$224.29 dólares americanos establecidos como salario mínimo en el país.

Los ingresos individuales mensuales máximos, mínimos y promedio según institución de reclutamiento se pueden observar en el Gráfico 6.

GRÁFICO 6: INGRESO MENSUAL INDIVIDUAL SEGÚN CENTRO DE SALUD



	Hospital Maternidad	Hospital San Rafael	Hospital Maternidad	Hospital Médico-Quirúrgico
Mínimo	\$0	\$0	\$0	\$0
Q1	\$0	\$0	\$0	\$0
Mediana	\$25	\$53	\$170	\$600
Q3	\$462,5	\$370	\$275	\$935
Máximo	\$600	\$750	\$275	\$1.000
Media	\$163	\$177	\$148	\$494

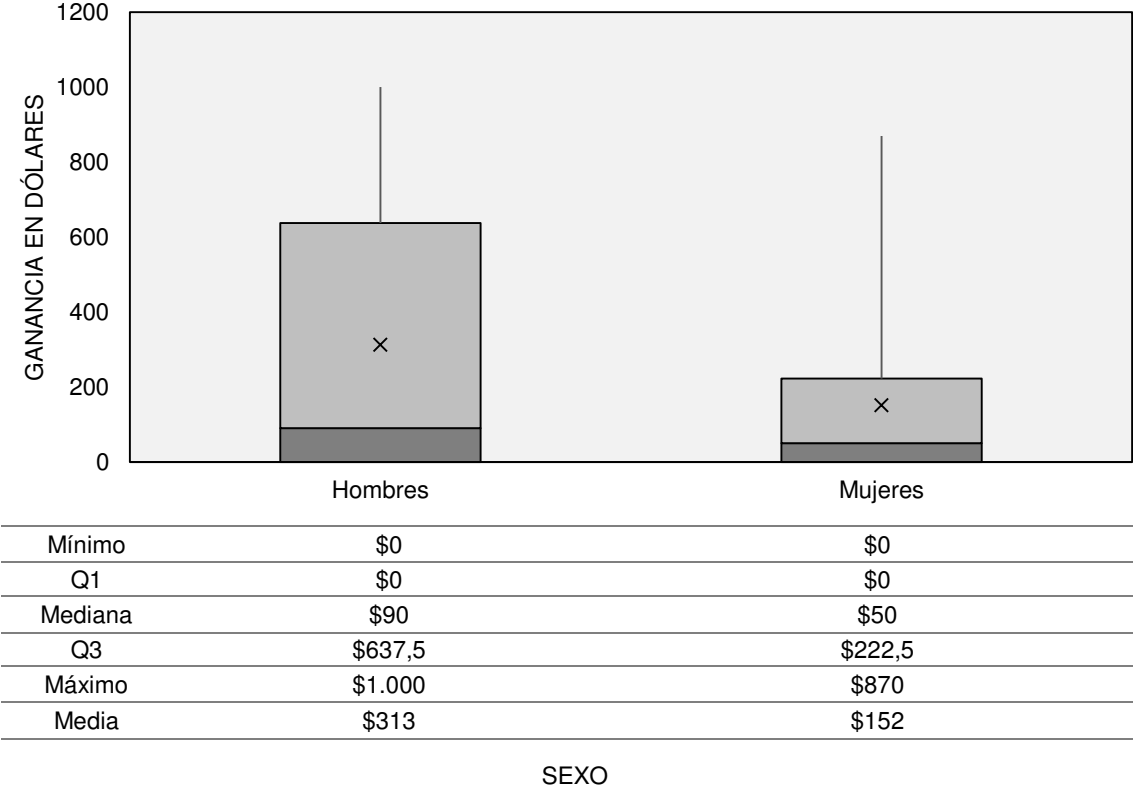
CENTRO DE SALUD

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

El ingreso mensual individual promedio de los pacientes en controles en el Hospital Nacional de Maternidad es de \$162.5 dólares americanos (\$5.4 al día), en el Hospital San Rafael es de \$177.2 dólares americanos (\$5.9 al día), en el Hospital 1° de Mayo es de \$148.3 dólares americanos (\$4.9 al día) y en el Hospital Médico-Quirúrgico del ISSS, \$494 dólares americanos (\$16.4 al día).

Al comparar los ingresos mensuales individuales según sexo, se observa que en promedio los hombres ganan \$115.7 o 43.2% más que las mujeres, quienes perciben en promedio \$151.6 dólares americanos al mes (\$5.0 al día), mientras que los hombres \$267.3 dólares americanos (\$8.91 al día), tal como se describe en el Gráfico 7.

GRÁFICO 7: GANANCIA MENSUAL INDIVIDUAL SEGÚN SEXO



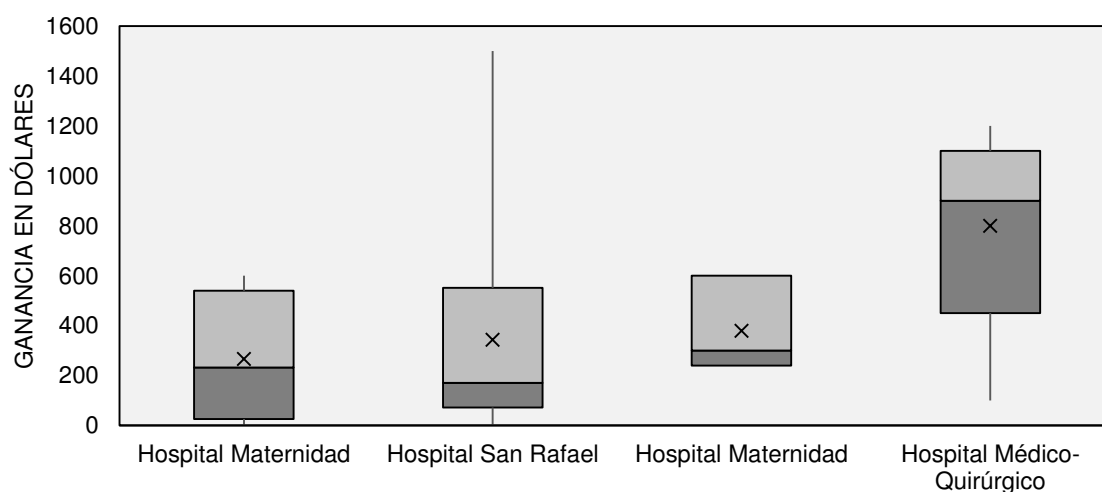
FUENTE: Hoja de recolección de datos.

El 51.7% (4/7) de las mujeres que se encuentran trabajando tienen ingresos mensuales menores al mínimo establecido en el país, caso contrario a los hombres, quienes el 100% de los trabajadores tienen ingresos superiores al sueldo mínimo, con valores que van desde los \$360 y \$1000 dólares americanos.

A pesar de eso, el 46.2% (7/13) de los hombres reportaron no percibir ingresos mensuales contra el 38.5% (6/13) de las mujeres.

Los ingresos familiares mensuales se encuentran por igual entre los \$30 y \$1,500 dólares americanos, siendo el promedio de \$424.07 dólares mensuales (\$14.1 al día). Sólo el 7.7% de los pacientes (2/26) no reportó ingresos económico familiares.

GRÁFICO 8: GANANCIA FAMILIAR MENSUAL SEGÚN CENTRO DE SALUD



Mínimo	\$0	\$0	\$240	\$100
Q1	\$26,25	\$72	\$240	\$450
Mediana	\$233	\$170	\$300	\$900
Q3	\$540	\$551,25	\$600	\$1100
Máximo	\$600	\$1.500	\$600	\$1.200
Media	\$266	\$344	\$380	\$800

CENTRO DE SALUD

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

El ingreso mensual familiar promedio de los pacientes en controles en el Hospital Nacional de Maternidad es de \$266.25 dólares americanos (\$8.87 al día), en el

Hospital San Rafael es de \$344.35 dólares americanos (\$11.4 al día), \$380 dólares americanos (\$12.66 al día) en los pacientes del Hospital 1° de mayo del ISSS y \$800 dólares americanos (\$26.66 al día) para los encuestados pertenecientes al Hospital Médico-Quirúrgico del ISSS.

Los ingresos familiares mensuales máximos, mínimos y promedio según institución de reclutamiento se pueden observar en el Gráfico 8.

Solo el 30.8% (8/26) de la población encuestada indica que algún familiar ha tenido que conseguir un trabajo extra para poder compensar los gastos, sin embargo, estos pacientes señalan que este trabajo extra solo cubre parcialmente la cantidad necesaria.

Gasto previo y posterior a la infección

No se encontraron mayores diferencias al comparar los promedios de gasto en diferentes rubros previo y posterior a la infección (Tabla 3), pero si se observaron cambios en las modas y la distribución del gasto mensual familiar.

TABLA 3: PROMEDIO DE GASTO PREVIO Y POSTERIOR A LA INFECCIÓN			
	Previo (\bar{X})	Posterior (\bar{X})	Diferencia
<i>Alimentación</i>	\$135.19	\$131.15	\$4.04
<i>Vestido</i>	\$33.46	\$39.04	\$5.58
<i>Educación</i>	\$46.62	\$41.35	\$5.27
<i>Vivienda</i>	\$44.24	\$59.67	\$15.43
<i>Salud</i>	\$14.19	\$16.75	\$2.56
<i>Entretenimiento</i>	\$46.92	\$33.69	\$13.23

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Alimentación

Los participantes del estudio reportan gastos mensuales en comida que van desde los \$0 hasta los \$500 dólares americanos. Un promedio de \$135.19 dólares americanos mensuales antes de la infección, y \$131.15 dólares americanos posterior a esta, una diferencia de \$4.04 dólares americanos.

Sin embargo, se observan diferencias en las modas para ambos tiempos. Previo a la infección se reporta una moda de \$300 dólares americanos y de \$40 posterior a esta, una disminución de \$260 dólares americanos.

Vestido

Los promedios de gasto en ropa previo y posterior a la infección son de \$33.46 dólares americanos y \$39.04 dólares americanos, respectivamente, un aumento de \$5.58 dólares americanos.

Aunque los valores máximos de gasto reportados llegan hasta los \$200 dólares americanos, el 42.3% (11/26) de los pacientes reporta no comprar vestuario previo a la infección, porcentaje que aumenta hasta el 57.7% (15/26) de la población posterior a la infección. Ambas modas son de \$0 dólares americanos.

Educación

El gasto en educación ha disminuido en \$5.27 dólares americanos posterior a la infección. Se reporta un promedio de \$46.62 dólares americanos previo a la infección y \$41.35 dólares americanos posterior a esta. Los valores mínimos y máximos son desde los \$0 hasta los \$300.

Al igual que con el vestido, el 46.2% (12/26) de la población reporta no invertir en educación previo al diagnóstico, valor que aumenta al 50% (13/26) posterior a este. La moda se mantiene en \$0.

Vivienda

El promedio mensual de gasto en el mantenimiento de la vivienda, incluyendo renta, energía eléctrica, agua y teléfono; se ha visto aumentado con el paso del tiempo. Los pacientes reportan un promedio de \$44.24 dólares americanos previo a la infección y \$59.67 dólares americanos posterior al diagnóstico, una diferencia de \$15.43 dólares americanos.

Sin embargo, el 34.6% (9/26) de los pacientes reportan no ocupar su dinero en este aspecto previo al diagnóstico; porcentaje que disminuye al 26.9% (7/26) posterior a este. Ambas modas son de \$0. El valor máximo de gasto en vivienda asciende hasta los \$280 dólares americanos, sin diferencia en el tiempo.

Salud

Los pacientes reportan gastos mensuales promedios de \$14.19 y \$16.75 dólares americanos previo y posterior a la enfermedad respectivamente, un aumento de \$2.56 dólares americanos.

El valor mínimo de gasto fue de \$0, mientras que los valores máximos son de hasta \$125 y \$150 dólares americanos mensuales, antes y después del diagnóstico.

De los 26 pacientes, el 61.5% (16/26) reporta no invertir en su salud previo a la infección, porcentaje que disminuye al 53.8% (14/26) de la población en el momento de la investigación. La moda para ambos tiempos es de \$0 dólares americanos.

Entretenimiento

La población estudiada reporta disminuir los gastos en este rubro hasta en un 30% luego de adquirir la enfermedad, con un promedio de gasto de \$46.92 dólares americanos antes de la infección y de \$33.69 dólares americanos después de enfermar, \$13.23 dólares americanos de diferencia. Los gastos mínimos y máximos van desde los \$0 hasta los \$300 dólares americanos mensuales para ambos tiempos, con moda de \$0.

El 42.3% (11/26) de los encuestados indica no utilizar su dinero en entretenimiento antes de su diagnóstico, cifra que aumenta a 61.5% (16/26) al momento del estudio.

Otros gastos

Solo el 3.8% de los pacientes (1/26) reportaron gastar \$5 dólares americanos mensuales en otros rubros no cubiertos previamente. En el cuadro 4 se resumen los promedios de gasto familiar en los diferentes rubros y la respectiva diferencia para ambos tiempos.

Gasto total mensual

Al sumar el total de gastos se obtuvieron valores promedios de \$322.93 dólares americanos mensuales previo a la infección y de \$314.17 dólares americanos posterior a esta; una diferencia de \$8.76 dólares americanos.

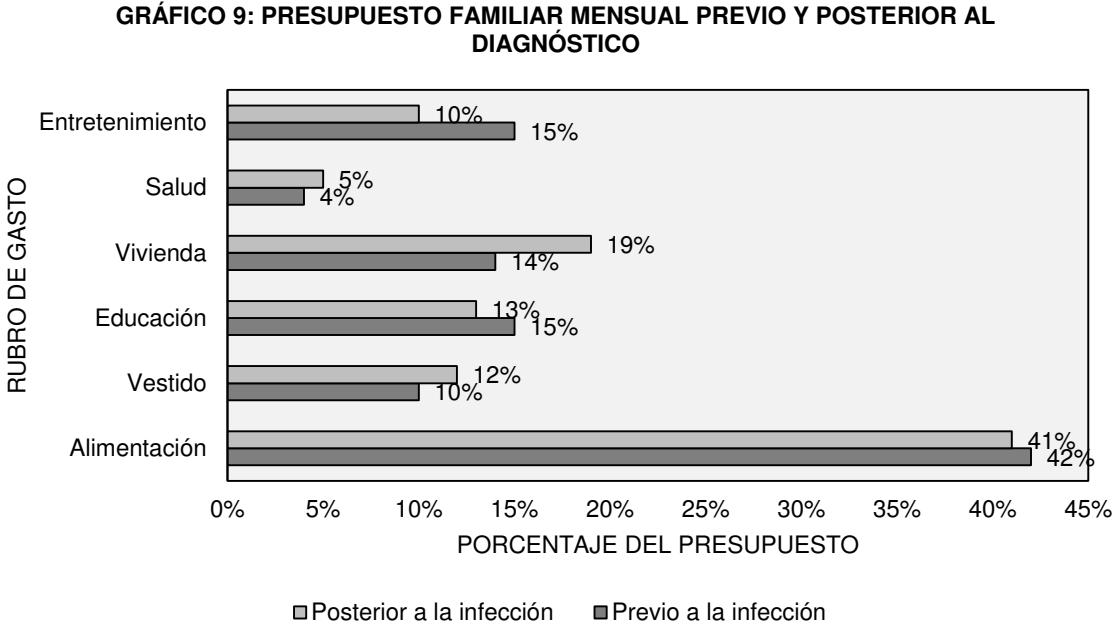
TABLA 4: VALORES PROMEDIO, MÍNIMO Y MÁXIMO DEL GASTO MENSUAL TOTAL

	Media	SD	Mínimo	Máximo
<i>Previo al diagnóstico</i>	\$322.93	\$271.11	\$10	\$980
<i>Posterior al diagnóstico</i>	\$314.17	\$312.12	\$5	\$1000

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

El valor mínimo de gasto previo a la infección fue de \$10 dólares americanos y el valor máximo de \$980 dólares americanos. Posterior a la infección el valor mínimo se reduce a \$5 dólares americanos y el máximo aumenta a \$1,000 dólares americanos.

En el Gráfico 9 se describen la distribución del presupuesto familiar mensual previo y posterior a la enfermedad del paciente.



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Al sumar todos los gastos mensuales, el rubro predominante en el que se realiza una mayor inversión es la alimentación, tanto previa (42% del gasto) como posteriormente (41% del gasto) al diagnóstico. Se observan diferencias en las otras áreas según el tiempo de evaluación.

En la experiencia previa a la infección hay mayor gasto en los rubros de educación y entretenimiento, con 15% del presupuesto mensual cada una, seguido por vivienda con el 14%, vestido con el 10% y salud con 4% del gasto mensual por familia.

El orden de prioridad de gasto en las diferentes áreas cambia posterior al diagnóstico, siendo la vivienda el segundo rubro que abarca el mayor porcentaje del presupuesto (19%), seguido por la educación (13%), vestido (12%), entretenimiento (10%) y salud (5%).

Deudas

El 65.4% (17/26) de los pacientes refieren no tener ningún tipo de deuda al momento del estudio. El 34.6% restante posee deudas que varían desde los \$20 hasta los \$3000 dólares americanos, con un promedio de \$179.46 dólares americanos de deuda.

Gasto mensual en salud

El 84.6% (22/26) de los encuestados responde que nunca ha gastado en el tratamiento de infecciones oportunistas. El 13.6% (4/26) restante reporta gastos que van desde los \$20 hasta los \$150 dólares americanos por episodio, con un promedio de gasto de \$8.85 dólares americanos.

El gasto incurrido en asistir a chequeos médicos y citas es el más común en los pacientes, el 76.9% (20/26) de ellos reportan gastar entre \$0.50 hasta \$20 dólares americanos por cita, siendo el promedio \$5.01 dólares americanos y una moda de \$10.

El promedio de gasto en asistir a controles varía según el centro médico del paciente. Los encuestados del Hospital Nacional de Maternidad gastan en promedio \$3 dólares americanos por cita, en el Hospital San Rafael la cifra asciende a \$6.10 dólares americanos, similar a los \$6.30 que ocupan los pacientes del hospital 1° de

mayo del ISSS. La cifra más baja es en el Hospital Médico-Quirúrgico; en este, los pacientes gastan \$2.20 dólares americanos por cita.

El 100% de los pacientes indicaron que no realizan ningún gasto en el tratamiento antirretroviral; y el 76.9% (20/26) de los encuestados no incurren en ningún otro gasto médico, mientras que el 23.1% señala que gasta entre \$5 y \$50 dólares americanos mensualmente en este rubro, con un promedio de \$3.58 dólares americanos.

TABLA 5: GASTO PROMEDIO EN SALUD SEGÚN INSTITUCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Centro de salud	Infecciones±SD	Consultas±SD	Otros±SD	Total±SD
Hospital Maternidad	\$7.5 ± \$15	\$3.7 ± \$4.5	\$13.7 ± \$24.2	\$25 ± \$15.6
Hospital San Rafael	\$14.2 ± \$40.1	\$6.0 ± \$5.7	\$2.7 ± \$4.8	\$22.9 ± \$23.5
Hospital 1° de mayo	-	\$6.3 ± \$3.5	-	\$6.3 ± \$3.5
Hospital Médico-Quirúrgico	-	\$2.2 ± \$4.3	-	\$2.2 ± \$4.3

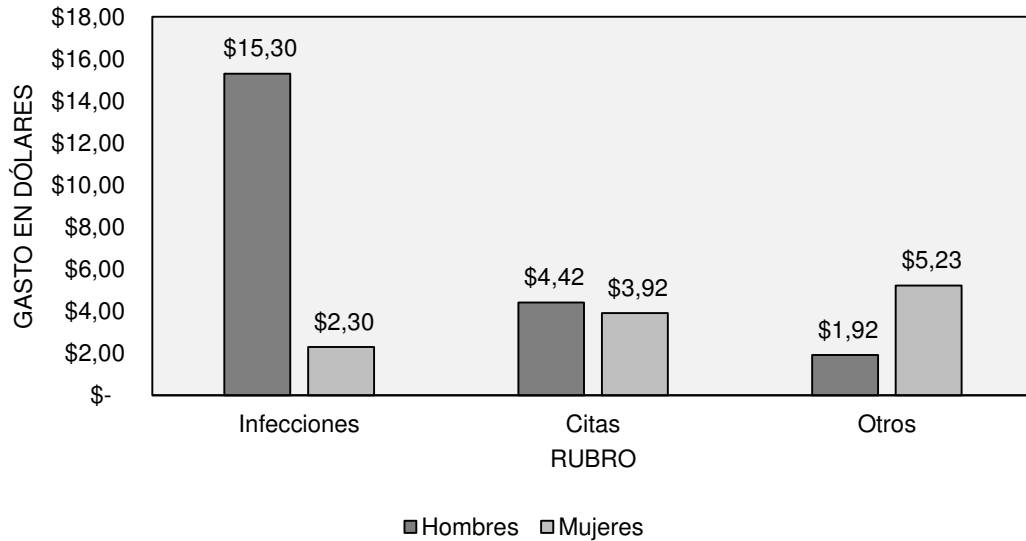
FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Al comparar el gasto total en salud según institución de reclutamiento (Tabla 5) se observa que son los encuestados de la red pública quienes realizan mayores gastos en su salud, con promedios de \$25 dólares americanos para los pacientes del Hospital de Maternidad y de \$22.92 para los del Hospital San Rafael.

En cambio, el único gasto que realizan los pacientes de los hospitales pertenecientes al ISSS es el de asistir a sus citas.

Al comparar según el sexo de los pacientes, se observa que los hombres gastan más que las mujeres en el tratamiento de infecciones y asistencia a citas; mientras que las mujeres realizan mayores gastos en otros rubros (Gráfico 10).

GRÁFICO 10: GASTO EN SALUD SEGÚN SEXO



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

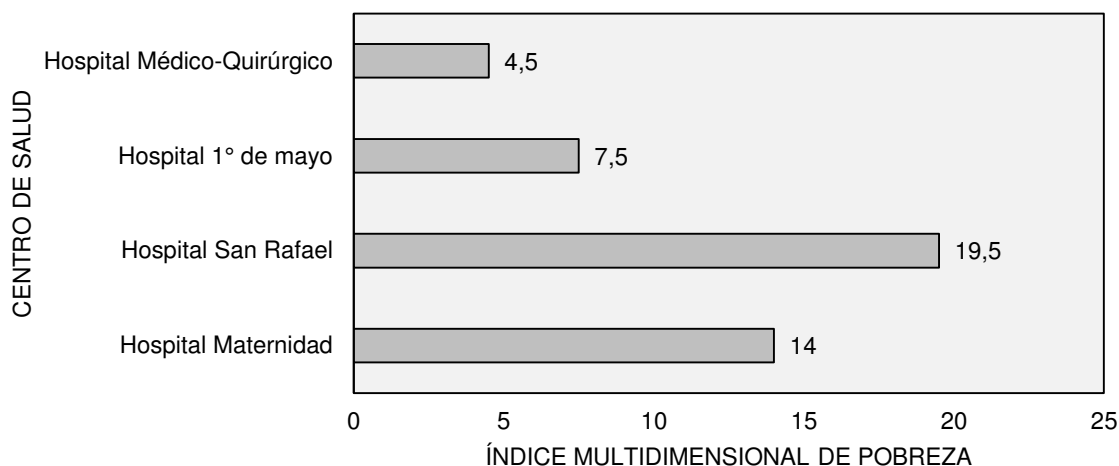
Índice Multidimensional de Pobreza

De la población estudiada, el 23.1% (6/26) obtuvieron un IMP arriba del 33.3%, lo que los coloca en pobreza multidimensional.

Sin embargo, 49.9% (13/26) de los pacientes muestran puntajes menores del 33.3% pero mayores al 5.6%, lo que indica al menos una privación en su vida diaria. 7.6% (2/26 pacientes) se encuentra tienen un IMP entre el 20% y 33.3%, situándolos en riesgo de ser pobres multidimensionales. Solo 26.9% (7/26) no padecen privaciones en su vida diaria para un desarrollo integral y adecuado.

El valor promedio del IMP para los pacientes encuestados es de 14.3%, que no los sitúa en riesgo de pobreza multidimensional. Aun así, al comparar los resultados según institución de reclutamiento se observan diferencias entre cada uno.

GRÁFICO 11: ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE POBREZA SEGÚN CENTRO DE SALUD



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

El Hospital Nacional San Rafael posee una población con un puntaje promedio de 19.55%, la más alta de todos los centros. Le sigue el Hospital Nacional de Maternidad con 13.9%, el Hospital 1° de Mayo del ISSS con 7.4% y el Hospital Médico-Quirúrgico del ISSS por último con un IMP promedio de 4.48%; tal como se muestra en el Gráfico 11.

En la Tabla 6 se comparan los valores del IMP según el sexo de los encuestados, en la Tabla 7 se observa la distribución de los puntajes del IMP según sexo.

TABLA 6: VALORES PROMEDIO, MODA, MÍNIMO Y MÁXIMO DEL IMP SEGÚN SEXO

	Media	Moda	Mínimo	Máximo
<i>Hombres</i>	11.6	11.2	0	39.1
<i>Mujeres</i>	17.19	33.5	0	39.1

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Al comparar los valores del IMP según el sexo de los encuestados se puede observar que los hombres tienen puntajes menores con mayor frecuencia que las mujeres, aunque en ambos sexos se obtuvieron valores mínimos y máximos similares.

TABLA 7: ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE POBREZA SEGÚN SEXO

IMP	Hombres (%)	Mujeres (%)
0	4 (15.4%)	3 (11.5%)
5.6	1 (3.8%)	2 (7.7%)
11.2	5 (19.2%)	3 (11.5%)
22.3	1 (3.8%)	0
27.9	1 (3.8%)	0
33.5	0	3 (11.5%)
39.1	1 (3.8%)	2 (7.7%)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

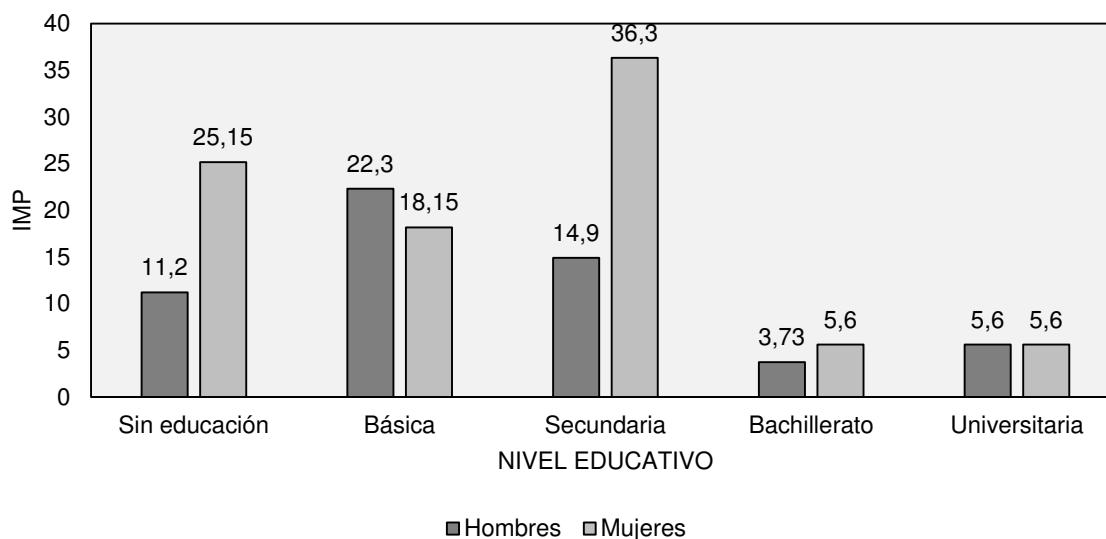
Educación

De los encuestados el 92.3% (24/26) señala que en su familia existe al menos un miembro que ha completado 5 años de estudio. Sin embargo, el 15.4% (4/26) reporta que actualmente no todos los menores en edad escolar que conviven con el paciente asisten a centros educativos.

A mayor nivel educativo el puntaje del IMP obtenido es menor. El promedio para pacientes sin educación fue de 20.1%, 14.5% para pacientes en educación básica, 23.4% en los que se encuentran en el nivel secundario, 4.6% en los que han completado el bachillerato y 5.6% en los que tienen nivel universitario.

Al comparar el IMP según el sexo y el nivel educativo se observa que en general, las mujeres tienen puntajes mayores que los hombres; principalmente en las mujeres no educadas quienes obtuvieron como promedio 25.1%, caso contrario a los hombres que obtuvieron un puntaje de 11.2%. Otra diferencia marcada se ve en las mujeres con educación secundaria, quienes tuvieron un puntaje promedio de 36.3% en contra de los hombres que tuvieron un puntaje de 14.9% (Gráfico 13).

GRÁFICO 13: ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE POBREZA SEGÚN SEXO Y NIVEL EDUCATIVO



FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Salud

De los pacientes encuestados 23.1% (6/26) indican que hay personas desnutridas en su familia. Aun así, no se reportan muertes infantiles en ninguna de las familias, según los encuestados.

Nivel de vida

El 88.5% (23/26) de los encuestados cuentan con energía eléctrica en sus casas, mientras que el 11.5% (3/26) refieren que no cuentan con este servicio.

Al compararse según institución de reclutamiento, los pacientes del Hospital 1° de mayo del ISSS son los que más carecen de este bien material, ya que solo el 66.6% (2/3) de los casos lo posee; tal como se observa en la Tabla 8.

De los 26 pacientes, el 80.8% (21/26) reportaron poseer agua potable en sus hogares, contra el 19.2% (5/26) que no posee. Una vez más, los respondientes que pertenecen al Hospital 1° de mayo tienen el menor porcentaje de acceso a este servicio, con el 33.3% (1/3) de sus pacientes.

TABLA 8: NIVEL DE VIDA SEGÚN INSTITUCIÓN DE RECLUTAMIENTO

Indicador	Hospital Maternidad (N=4)	Hospital San Rafael (N=14)	Hospital 1° De Mayo (N=3)	Hospital Médico-Quirúrgico (N=5)
Electricidad	3 (75%)	13 (92.9%)	2 (66.7%)	5 (100%)
Agua potable	3 (75%)	11 (78.6%)	2 (66.7%)	5 (100%)
Saneamiento ambiental	1 (25%)	4 (30.8%)	2 (66.7%)	3 (75%)
Vivienda con piso de tierra	2 (50%)	5 (35.7%)	0	1 (20%)
Uso de combustible contaminante	0	6 (42.9%)	1 (33.3%)	2 (40%)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

Las principales privaciones en las familias de los encuestados están constituidos por la falta de saneamiento ambiental (aguas negras, aguas servidas y/o tren de aseo) en el 58.3% (15/26) de todos estos, seguido por el uso de combustible contaminante (leña o carbón) en el 34.6% (9/26) de los casos; y tener piso de tierra en el 30.8% (8/26) de los casos.

Al comparar los datos por centro de estudio se observan algunas diferencias. En el área de saneamiento, los pacientes de los hospitales públicos son los que se encuentran con mayor deficiencia. El 75% (3/4) en el Hospital de Maternidad y el 69.2% (10/14) de los encuestados en el Hospital San Rafael no poseen este servicio; en cambio, solo el 33.3% (1/3) y el 25% (1/5) de los pacientes en los Hospitales 1° de mayo y Médico-Quirúrgico de ISSS no cuentan con este.

Ninguno de los respondientes del Hospital 1° de mayo y solo el 20% (1/5) de los pacientes del Hospital Médico-Quirúrgico poseen piso de tierra, a comparación del

50% (2/4) de pacientes en el Hospital de Maternidad y el 35.7% (5/14) en el Hospital San Rafael.

En cambio, ningún paciente encuestado en el Hospital de Maternidad utiliza combustibles contaminantes; mientras que en el resto de centros de salud los valores ascienden a 33.3% (1/3) en el Hospital 1° de mayo, 40% en el Hospital Médico-Quirúrgico (2/5) y 42.9% en el Hospital San Rafael (6/14).

El 100% de los participantes refiere poseer al menos uno de los siguientes bienes: auto, camión o vehículo motorizado, bicicleta, radio, refrigerador, teléfono o televisor.

Cuando se comparan los datos según el sexo de los participantes se puede observar que, en general, los hombres tienen un mejor nivel de vida que las mujeres (Tabla 9).

TABLA 9: NIVEL DE VIDA SEGUN SEXO		
Indicador	Hombres (%) n=13	Mujeres (%) n=13
Electricidad	13 (100%)	10 (76.9%)
Agua potable	12 (92.3%)	9 (69.2%)
Saneamiento ambiental	6 (42.1%)	4 (30.7%)
Vivienda con piso de tierra	2 (15.3%)	6 (46.1%)
Uso de combustible contaminante	3 (23.0%)	6 (46.1%)
Bienes materiales	13 (100%)	13 (100%)

FUENTE: Hoja de recolección de datos.

De los 13 hombres el 100% tiene acceso a energía eléctrica, a comparación de las mujeres, de quienes solo el 76.9% (10/13) posee el servicio. Por igual el 92.3% (12/13) de los hombres tiene agua potable, en cambio solamente el 69.2% (9/13) de las mujeres cuenta con este bien. El 46.1% (6/13) de los hombres posee saneamiento ambiental, comparado con el 30.7% (4/13) de las mujeres.

Los porcentajes cambian al evaluar los otros dos rubros. Solo el 15.3% (2/13) de los hombres refiere vivir en una casa con piso de tierra, a diferencia del 46.1% (6/13) de las mujeres. Cifras similares se obtienen en el uso de combustibles contaminantes, solamente el 23% (3/13) de los hombres utiliza gas o leña como combustible principal en sus hogares, en comparación del 46.1% (6/13) de las mujeres.

DISCUSIÓN

El análisis de los datos nos permite conocer la situación actual de los pacientes con VIH al momento del estudio. A pesar que al comparar los datos con el paso del tiempo no se detectaron mayores cambios en los pacientes; si se observaron diferencias en el ámbito socioeconómico cuando los datos fueron analizados según sexo, educación o institución a la que pertenece el paciente.

Datos sociodemográficos, impacto a la familia y situación laboral

La mayoría de la población (92.3%) entrevistada se encuentra dentro del rango de edad para ser considerado económicamente activo, similar a los datos reportados a nivel nacional¹⁹. Afectaciones que alteren la capacidad productiva de este grupo poblacional pueden terminar dañando su vida y la de su familia, en áreas como son la salud, la educación y la vivienda.

Aunque la distribución fue equitativa, se observaron desigualdades importantes al analizar los datos según el sexo de los pacientes. Estas diferencias se han reportado a su vez en otros estudios internacionales en el que los hombres se encuentran en mejores situaciones de vida y ventaja sobre las mujeres^{42,44}.

En general, los hombres tienen mayores niveles de desempleo que las mujeres y refieren un mayor desarrollo de la enfermedad que les impide mantenerse por sí mismos. Sin embargo, los hombres que perciben ingresos económicos reportan valores máximos y promedios mucho más altos que las mujeres; por igual, obtienen puntajes más bajos en el Índice Multidimensional de Pobreza.

La familia es un fuerte componente de apoyo para los pacientes con VIH que se encuentran desempleados, aun así son pocos los que dependen totalmente de esta para su manutención; siendo los hijos de estos quienes se encuentran con la responsabilidad en el mayor porcentaje.

El porcentaje de empleo de los pacientes es semejante a lo encontrado en otros estudios nacionales^{22,24,25,48}, siendo el sector formal el más común en hombres y el informal en las mujeres. Esto nos indica que son los hombres quienes tienen una situación laboral más estable, con más prestaciones y con una mayor accesibilidad a recursos.

Sin embargo, el apoyo laboral para el manejo de la enfermedad se encuentra presente en buena parte de la población; la discriminación y renuncia debido a la infección no se marcan como problemas que hayan afectado a los pacientes, posiblemente debido a que son pocos los que han revelado su diagnóstico en sus trabajos.

Situación económica actual, experiencia previa y posterior a la infección

A pesar que el ingreso mensual promedio es superior al salario mínimo establecido para el país, más de la mitad de la población reporta ingresos menores a este. Al comparar los ingresos según centros de salud, se observa que el promedio está arriba del salario mínimo sólo en el Hospital Médico-Quirúrgico, mientras que en las

otras instituciones se encuentran con valores muy por debajo de lo establecido. En cuanto al ingreso familiar mensual, se observan datos similares en las ganancias.

Una vez más, se observan diferencias según el sexo de los pacientes. Los hombres ganan casi el doble de lo que ganan las mujeres en promedio; además ninguno de los hombres empleados reportó ingresos individuales inferiores al salario mínimo, a diferencia de las mujeres, quienes la mitad reportaron ingresos inferiores a este. Otro estudio realizado en el país encontró datos similares; la mayoría de los participantes tenían ingresos inferiores al salario mínimo (78.3%) con una proporción mayor en mujeres (85.1%), que en hombres (71.7%)⁴⁸.

El presupuesto familiar mensual si ha cambiado con el paso del tiempo, aunque no ha sido en gran medida. La alimentación se mantiene como la prioridad en la familia, seguido por la vivienda y educación. Los mayores cambios se dieron en el gasto en vivienda y entretenimiento.

El rubro en el que menos gastan las familias es salud, esto puede deberse a la gratuidad del sistema de salud nacional o a que algunos pacientes están afiliados al ISSS quien es el que cubre sus gastos relacionados, lo que explicaría que la mayor cantidad del gasto en salud se da principalmente en asistir a sus controles y citas médicas, y no en la compra de medicamentos o el tratamiento de infecciones oportunistas.

Nuevamente, se observan diferencias al comparar según el centro de salud al que asisten los encuestados, siendo los pacientes de los hospitales públicos quienes tienen que realizar más gastos en su salud, ya sea en compra de medicamentos o transporte.

Índice Multidimensional de Pobreza

Es interesante notar que los pacientes más pobres son aquellos que se encuentran en mayor riesgo de daños a su salud. Casi un tercio de la población entrevistada se encuentra en pobreza multidimensional o en riesgo de ser pobre; sin embargo, la mitad de los pacientes y sus familias tienen algún tipo de privación, principalmente en el nivel de vida. Sólo un cuarto de la población reporta las condiciones necesarias para el desarrollo personal y familiar.

No es sorpresa que sean los pacientes controlados en hospitales públicos quienes reportan puntajes más altos del IMP, con marcadas diferencias al compararlo con los hospitales pertenecientes al ISSS.

Por igual, al comparar según el sexo de los pacientes, se puede ver que son las mujeres quienes se encuentran más frecuentemente en niveles más altos del IMP en comparación con los hombres.

A mayor nivel educativo, el nivel de pobreza multidimensional es menor. Al analizar los datos según el sexo de los pacientes, se observa que una vez más son las mujeres quienes obtienen puntajes más altos del IMP a pesar de tener el mismo nivel educativo que los hombres.

Al analizar los componentes del IMP, se observa que las mayores privaciones se encuentran en el nivel de vida. Son muy pocos los pacientes que reportan deficiencias en los apartados de educación y salud. El piso de tierra, uso de leña para cocinar y la falta de saneamiento ambiental pueden predisponer a los pacientes a diferentes enfermedades y afectar su calidad de vida.

CAPÍTULO V
**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

CONCLUSIONES

- No se detectaron cambios socioeconómicos de relevancia en los pacientes entrevistados ni sus familias posterior al diagnóstico. Las principales diferencias se observan al comparar los datos según sexo, nivel de educación e institución de reclutamiento.
- El 23.1% de pacientes con VIH viven en pobreza multidimensional. Sin embargo, los datos reflejan al menos una privación importante en la mayoría de los encuestados.
- La educación juega un rol importante en la pobreza de las personas, se encontraron valores más altos de pobreza en aquellos con menor nivel educativo.
- Las mayores privaciones en las personas encuestadas se encuentran en el nivel de vida, siendo más frecuentes el uso de combustibles contaminantes, la falta de saneamiento ambiental y de una vivienda adecuada.

RECOMENDACIONES

- Es necesario fortalecer el apoyo a las instituciones encargadas del manejo de los pacientes, especialmente las públicas, en donde los pacientes presentan mayores privaciones.
- Es importante el abordaje de género en el manejo de los pacientes viviendo con VIH, dándole a las mujeres las herramientas necesarias para poder mejorar su situación socioeconómica.
- El abordaje integral de los pacientes, no solo en su salud, sino también en la intervención de sus viviendas, educación y economía, puede resultar crucial para el mejoramiento de la calidad de vida de estos.
- Es importante actualizar los registros hospitalarios y bases de datos del SUMEVE, para obtener mejores vías de contacto y acceso a la población con VIH. Una base de datos actualizada permitiría conocer de mejor manera el estado actual de los pacientes.
- Este estudio puede servir como base para realizar una investigación más amplia y a nivel nacional, que evidencie de mejor manera la situación actual de los pacientes y medir cambios con el paso del tiempo.

Limitantes del estudio

El tamaño de la muestra es muy pequeño como para generalizarlo a toda la población con VIH que vive en el país, aun así, el estudio nos brinda un acercamiento a la realidad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Taraphdar P, Guha Rray T, Haldar D, Chatterjee A, Dasgupta A, Saha B, Mallik S. Socioeconomic Consequences of HIV/AIDS in the Family System. *Nigerian Medical Journal*. Vol 52, issue 4. October-December 2011.
- ¹ Delhi Network of Positive People, Manipur Network of People Living With HIV/AIDS, Network of Maharashtra by People Living With HIV/AIDS and Positive Women's Network of South India. Socio-Economic impact of HIV/AIDS on people living with HIV/AIDS and their families. International Labour Office. 2003.
- ¹ P.G. Arns, D.J. Martin and R.A. Chernoff, Psychosocial needs of HIV-positive individuals seeking workforce re-entry, *AIDS Care* (2004), 377–386.
- ¹ R. Dray-Spira, A. Persoz, F. Boufassa, A. Gueguen, F. Lert, T. Allegre, C. Goujard and L.Meyer, Employment loss following HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapies [Electronic version], *European Journal of Public Health* 16 (2006), 89–95.
- ¹ D. Ezzy, R. De Visser and M. Bartos, Poverty, disease progression and employment among people living with HIV/AIDS in Australia, *AIDS Care* 11 (1999), 405–414.
- ¹ Medición del Gasto en SIDA (MEGAS), año 2010. Ministerio de Salud de El Salvador.
- ¹ Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200) International Labour Office, Geneva, 2010.
- ¹ Population, reproductive rights and reproductive health with special reference to HIV-AIDS. UN.
- ¹ McDavid Harrison et al. County-Level Socioeconomic Status and Survival After HIV Diagnosis, United States. *AEP* Vol. 18, No. 12 December 2008: 919–927
- ¹ Katz M, et al. Impact of Socioeconomic Status on Survival with AIDS. *American Journal of Epidemiology*. Vol. 148, No. 3.
- ¹ McFarland W, Chen S, Hsu L, Schwarcz S, Katz M. Low Socioeconomic Status is Associated with a higher rate of death in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco. *JAIDS*. 33:96-103. 2003.
- ¹ Arnolda M et al. Race, place and AIDS: The role of socioeconomic context on racial disparities in treatment and survival in San Francisco.. *Soc Sci Med*. 2009 July ; 69(1): 121–128. doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.019
- ¹ Rapiti E, Porta D, Forastiere F, et al. for the Lazio AIDS Surveillance Collaborative Group. Socioeconomic status and survival of persons with AIDS before and after the introduction of highly active antiretroviral therapy. *Epidemiology*. 2000;1:496-501.
- ¹ Wood E, Montaner JSG, Chan K, et al. Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996. *AIDS*, 2002; 16:2065-2072.
- ¹ Junghans C, Low N, Chan P, et al., for the Swiss HIV Cohort Study, Uniform risk of clinical progression despite differences in utilization of highly active antiretroviral therapy: Swiss HIV Cohort Study. *AIDS*. 1999;2547-2554.
- ¹ World Health Statistics 2013: A wealth of information on global public health. World Health Organization. 2013.
- ¹ Global Report. UNAIDS Report On The Global Aids Epidemic. 2010.
- ¹ informe nacional sobre los progresos realizados en el país en la lucha contra el sida, El Salvador 2012. UNGASS. 2012.

- ¹ Sistema de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA (SUMEVE), 2010.
- ¹ Informe sobre desarrollo humano 2013. PNUD.
- ¹ Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2010. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). El Salvador, 2010
- ¹ Índice de Precios al Consumidor: Canasta Básica Alimentaria Urbana-Rural 2013. Dirección General de Estadísticas y Censos. Visto en línea: <http://www.digestyc.gob.sv/index.php/servicios/en-linea/canasta-basica-alimentaria.html>
- ¹ Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples. 2011. Dirección General de Estadística y Censos, DIGESTYC, 2011.
- ¹ Aguiluz L, García A. Sobrevida Materna posterior a la prevención de la transmisión vertical VIH/SIDA. 2010
- ¹ Estudio para Explorar Niveles Socioeconómicos y Situación Laboral de Personas con VIH que participan en Grupos de Apoyo a Nivel de País. PNUD. Junio-Julio 2013.
- ¹ Battiston D, Cruces G, Lopez L, Lugo M, Santos M. Income and Beyond: Multidimensional Poverty in Six Latin American countries. Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI). Oxford Department of International Development Queen Elizabeth House (QEH), University of Oxford. September 2009.
- ¹ Alkire S, Santos M. Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries. United Nations Development Programme. Human Development Reports. Research Paper. July 2010
- ¹ Notas técnicas. Informe sobre Desarrollo Humano. PNUD 2011.
- ¹ UNACC/SCN. [Publicación en línea] «Nutrition and HIV/AIDS». 2001. <<http://www.unsystem.org>> [Consulta: 2/10/2007].
- ¹ Bloom DE, Sevilla J. Health, wealth, AIDS, and poverty. In: Report of the Asia-Pacific Ministerial Meeting. 9–10 October 2001. Melbourne, Australia: The Australian Government Overseas Aid Programme.
- ¹ Barnett T, Whiteside A. AIDS in the twenty-first century. 2nd ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.
- ¹ . Russell S. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis and the human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Trop Med Hyg* 2004; 21 (Suppl.):147–155.
- ¹ De Irala J. El sida como causa y consecuencia de la pobreza. Facultad de medicina, Universidad de Navarra. Cuad. Bioét. XIX, 2008/3a
- ¹ Kim J, Pronyk P, Barnett T, Watts C. Exploring the role of economic empowerment in HIV prevention. *AIDS* 2008, 22 (suppl 4):S57–S71
- ¹ Mishra V, Simona Bignami-Van Asscheb, Greener R, et al. HIV infection does not disproportionately affect the poorer in sub-Saharan Africa. *AIDS* 2007, 21 (suppl 7):S17–S28
- ¹ Shelton JD, Cassell MM, Adetunji J. Is poverty or wealth at the root of HIV? *Lancet* 2005; 366:1057–1058.
- ¹ Stuart Gillespiea, Suneetha Kadiyalab and Robert Greener. Is poverty or wealth driving HIV transmission? *AIDS* 2007, 21 (suppl 7):S5–S16
- ¹ McFarland W, Chen S, Hsu L, Schwarcz S, Katz M. Low Socioeconomic Status is Associated with a higher rate of death in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco. *JAIDS*. 33:96-103. 2003.
- ¹ Bachmann M, Booyesen F. Economic causes and effects of AIDS in South African households. *AIDS* 2006, 20:1861–1867

- ¹ Conyers L, Datti P. The unmet vocational rehabilitation needs of women with HIV/AIDS. *Work* 31 (2008) 277–290
- ¹ UNIFEM. *Progress of the world's women 2005: Women, work & poverty*. New York: UNIFEM; 2005.
- ¹ Rao Gupta G. How men's power over women fuels the HIV epidemic. *BMJ* 2002; 324:183–184.
- ¹ Nii-Amoo Dodoo F, Zulu EM, Ezech AC. Urban–rural differences in the socioeconomic deprivation – sexual behavior link in Kenya. *Soc Sci Med* 2007; 64:1019–1031.
- ¹ Mohga Kamal Smith (2002): Gender, poverty, and intergenerational vulnerability to HIV/AIDS, *Gender & Development*, 10:3, 63-70
- ¹ Booysen, F. le R. & Bachmann, M. HIV/AIDS, Poverty and Growth: Evidence from a Household Impact Study conducted in the Free State province, South Africa. Paper presented at the Annual Conference of the Centre for Study of African Economies (CSAE), St Catherine.s College, Oxford, 18-19 March 2002
- ¹ McGinna F, Gahagan J, Gibson E. Back to work: Vocational issues and strategies for Canadians living with HIV/AIDS. *Work* 25 (2005) 163–171.
- ¹ R. Dray-Spira, A. Persoz, F. Boufassa, A. Gueguen, F. Lert, T. Allegre, C. Goujard and L.Meyer, Employment loss following HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapies [Electronic version], *European Journal of Public Health* 16 (2006), 89–95.
- ¹ Encuesta Centroamericana de Vigilancia de Comportamiento Sexual y Prevalencia de VIH/ITS en Poblaciones Vulnerables. El Salvador. Ministerio de Salud (MS) Programa Nacional de ITS/VIH SIDA - El Salvador Colaboración Universidad del Valle de Guatemala Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC) Oficina Regional del Programa Global de SIDA para Centroamérica y Panamá (CDC-GAP/CAP. 2010.
- ¹ Arns P, Martin D, Chernoff R, Psychosocial needs of HIV-positive individuals seeking workforce re-entry, *AIDS Care* (2004), 377–386.
- ¹ Hotchkiss L, Borrow H. Sociological perspective on work and career development, in: *Career choice and development* (3rd ed., D. Brown and L. Brooks, eds, San Francisco: Jossey- Bass, 1996, pp. 281–336.
- ¹ Recommendation concerning HIV and AIDS and the world of work, 2010 (No. 200). International Labour Organization 2010.
- ¹ McFarland W, Chen S, Hsu L, Schwarcz S, Katz M. Low Socioeconomic Status is Associated with a higher rate of death in the era of highly active antiretroviral therapy, San Francisco. *JAIDS*. 33:96-103. 2003.
- ¹ Hogg S HK, Yip B CK. Improved survival among HIV-Infected individuals following initiation of antiretroviral therapy. *JAMA*. 1998 Feb 11;279(6):450–4.
- ¹ Lamptey P, Wigley M, Carr D, Colly MY. Facing the HIV/AIDS pandemic. *Popul Bull* 2002; 57:20-1.
- ¹ Lopera M, Einarson T, Bula J (2011): Out-of-pocket expenditures and coping strategies for people living with HIV: Bogotá, Colombia, 2009, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/ HIV*, 23:12, 1602-1608
- ¹ Jia G, Lib L, Linb C, Sun S. The impact of HIV/AIDS on families and children - a study in China. *AIDS* 2007, 21 (suppl 8):S157–S161
- ¹ Drimie, S., & Casale, M. (2008). Families' efforts to secure the future of their children in the context of multiple stresses, including HIV and AIDS. Joint learning initiative on children and HIV/AIDS JLICA, learning group one: Strengthening families. Pretoria, South Africa: Human Sciences Research Council.

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO A: ENCUESTA SOBRE ESTADO SOCIODEMOGRÁFICO DE PACIENTES VIVIENDO CON VIH

Encuestador: _____

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

ID	_____		
Centro de reclutamiento	1. Hospital Nacional de Maternidad 2. Hospital Nacional San Rafael 3. ISSS: _____		
Sexo	1. Hombre	2. Mujer	
Edad	_____		
Educación	1. Sin educación 2. Educación básica 3. Educación media	4. Bachillerato 5. Universitario	
Residencia	1. Sonsonate 2. Ahuachapán 3. Santa Ana 4. Chalatenango 5. La Libertad	6. San Salvador 7. Cuscatlán 8. Cabañas 9. La Paz 10. San Vicente	11. Usulután 12. San Miguel 13. Morazán 14. La Unión
Área residencial	1. Urbana	2. Rural	
Estado civil	1. Soltero 2. Casado	3. Acompañado 4. Divorciado	5. Viudo
Estado ocupacional	1. Empleo formal	2. Empleo informal	3. Desempleado

IMPACTO A LA FAMILIA

¿Alguna vez ha necesitado que alguien cuide de usted?	1. Si	2. No
¿Quién cuida de usted?	1. Pareja 2. Hijos 3. Padres	4. Hermanos 5. Otros
¿Su cuidador ha perdido dinero por hacerse cargo de usted?	1. Si	2. No
¿Cuánto dinero perdió?	\$ _____	
¿Cuáles otras responsabilidades tomó su familia para apoyarlo?	1. Renuncia a empleo 2. Empleo nuevo 3. Empleo adicional	4. Mudanza con familiares / amigos 5. Otros

SITUACIÓN DE EMPLEO

¿Conoce su empleador su condición como paciente?	1. Si	2. No
¿Recibe apoyo de su empleador?	1. Si	2. No
En caso de si, ¿Cómo lo apoya?	1. Gasto médico 2. Ausencia laboral pagada	3. Ayuda en especie 4. Otros
En caso de no/desempleado, ¿Cómo se mantiene económicamente?	1. Uso de ahorros 2. Préstamos	5. Apoyo familiar

	3. Hipotecas / Empeños 4. Venta de bienes	6. Apoyo de ONG / Gobierno 7. Otros
¿Ha cambiado de empleo en el último año?	1. Si	2. No
En caso de si, ¿Cuántas veces?	# _____	
¿Por qué cambió de empleo?	1. Despido 2. Discriminación 3. Culminación del contrato	4. Enfermedad 5. Recorte de personal 6. Otros
¿Cuántos días se ha ausentado de su trabajo debido a su enfermedad?	# _____	
¿Cuánto dinero perdió debido a su ausencia?	\$ _____	

SITUACIÓN ECONÓMICA ACTUAL

Ingreso mensual individual	\$ _____	
Ingreso mensual familiar	\$ _____	
¿Alguien en su familia realiza trabajo extra para compensar los gastos?	1. Si	2. No
En caso de si, ¿Cubre los gastos?	1. Cubre totalmente	2. Cubre parcialmente

EXPERIENCIA PREVIA Y POSTERIOR A LA INFECCIÓN

RUBRO	ANTES	DESPUÉS
¿Cuál es el gasto mensual en comida?	\$ _____	\$ _____
¿Cuál es el gasto mensual en vestido?	\$ _____	\$ _____
¿Cuál es el gasto mensual en educación?	\$ _____	\$ _____
¿Cuál es el gasto mensual en renta/alquiler?	\$ _____	\$ _____
¿Cuál es el gasto mensual en salud?	\$ _____	\$ _____
¿Cuál es el gasto mensual en entretenimiento?	\$ _____	\$ _____
Otros gastos	\$ _____	\$ _____
Total de gastos	\$ _____	\$ _____
Deudas	\$ _____	\$ _____

GASTO EN SALUD

¿Cuál es el gasto incurrido en el tratamiento de enfermedades oportunistas?	\$ _____
¿Cuál es el gasto incurrido en chequeos médicos y citas?	\$ _____
¿Cuál es el gasto incurrido en el tratamiento antirretroviral?	\$ _____
Otros gastos médicos	\$ _____

ANEXO 2

INSTRUMENTO B: ÍNDICE MULTIDIMENSIONAL DE POBREZA

Encuestador: _____

ID del paciente: _____

INDICADORES	RESPUESTA
Educación	
Al menos un miembro en la familia tiene cinco años de escolaridad completos	1. Si 2. No
¿Todos los menores en edad escolar asisten a la escuela?	1. Si 2. No
Salud	
¿Hay algún miembro en la familia con desnutrición?	1. Si 2. No
¿Ha muerto algún niño en la familia?	1. Si 2. No
Nivel de vida	
¿Posee electricidad?	1. Si 2. No
¿Posee agua potable?	1. Si 2. No
¿Poseen aguas negras, aguas servidas, drenaje de aseo?	1. Si 2. No
¿El piso de la vivienda es de tierra?	1. Si 2. No
¿Se usa leña o carbón para cocinar?	1. Si 2. No
¿Tiene auto, camión o vehículo motorizado? Posee solo uno de estos bienes: bicicleta, motocicleta, radio, refrigerador, teléfono o televisor	1. Si 2. No
PUNTAJE FINAL _____	

ANEXO 3

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Consentimiento informado para el estudio

**VIH Y POBREZA EN EL SALVADOR:
CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS EN LAS PERSONAS POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO**

Responsables: Br. Erick Josué Meléndez Aguilar, Dra. Ana Rodríguez de Viana

Trabajo de tesis para optar al Título de Doctorado en Medicina

Yo, _____
como paciente o responsable, acepto mi participación voluntaria en el estudio antes mencionado, la cual consistirá en proporcionar información para la investigación por medio del llenado de una encuesta que incluye información exclusivamente sobre mis datos sociodemográficos y estado socioeconómico, habiéndome explicado que toda la información recolectada será tratada de manera confidencial y que los resultados del estudio serán expuestos de manera anónima y solo con el fin de ampliar el conocimiento que se tiene sobre la enfermedad y mejorar las políticas de atención en salud actuales.

Entiendo que puedo retirarme de la entrevista en el momento que lo desee y por cualquier motivo, sin repercusiones en mi tratamiento actual; y que el estudio no trae beneficios directos, terapéuticos o económicos, hacia mi persona.

Si no es posible el contacto con los entrevistadores, acepto se me realice la entrevista por vía telefónica.

Nombre del Paciente o Responsable: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Para información o consultas sobre aspectos de ética contactar con:
Ángela Campos de Rivas, Asistente del Comité Nacional de Ética de Investigación en Salud.
Teléfono 2561-2559 (entre 2:00 y 4:00pm), correo electrónico: cneiselsalvador@gmail.com
Erick Josué Meléndez Aguilar, Investigador principal del estudio.
Teléfono: 2242-0678, correo electrónico: erick_melendez@live.com

ANEXO 4

UNIVERSIDAD DR. JOSÉ MATÍAS DELGADO

Hoja informativa del estudio

VIH Y POBREZA EN EL SALVADOR: CAMBIOS SOCIOECONÓMICOS EN LAS PERSONAS POSTERIOR AL DIAGNÓSTICO

Responsables: Br. Erick Josué Meléndez Aguilar, Dra. Ana Rodríguez de Viana

Es sabido que el diagnóstico de infección por VIH en una persona no afecta solamente a la salud de estas, se conoce también como una causa de pobreza, desempleo y cambios en el estadio socioeconómico de los infectados y sus familias. A pesar de eso, son pocas las investigaciones que evalúan los cambios socioeconómicos que se producen en las personas, posterior a su diagnóstico.

El presente estudio pretende dar un acercamiento a la realidad nacional de los pacientes infectados por VIH, medir el nivel de pobreza en el que viven y conocer los cambios socioeconómicos a los que se han enfrentado. Tiene como objetivo identificar si existen cambios socioeconómicos, posterior al diagnóstico de VIH, en los pacientes infectados que acuden a consulta en los Hospitales Nacionales San Rafael, Maternidad y 1° de mayo y Médico – Quirúrgico del ISSS de El Salvador.

Sus datos serán obtenidos en una entrevista llevada a cabo por parte de personal capacitado, en total confidencialidad. No se le solicitará ningún tipo de identificación y la información recolectada será manejada únicamente por el equipo investigador. Su participación no significa ningún cambio en su tratamiento actual o estado socioeconómico, al igual que no hay repercusiones en caso de no formar parte del estudio o retirarse en cualquier momento.

Los resultados del estudio estarán disponibles para toda persona que desee consultarlos.

ANEXO 5

DEFINICIÓN DE INDICADORES^{2,27}

Datos sociodemográficos

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Institución de reclutamiento	Centro de salud donde asiste a controles	Nominal	1. Hospital Nacional de Maternidad 2. Hospital Nacional San Rafael 3. Hospital 1° de mayo ISSS 4. Hospital Médico-Quirúrgico ISSS
Sexo		Nominal	1. Hombre 2. Mujer
Edad	Tiempo en años que ha transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa discreta	Número de años vividos
Educación	Nivel educativo superior alcanzado por el paciente	Ordinal	1. Sin educación 2. Básica 3. Media 4. Bachillerato 5. Universitario
Residencia	Departamento de El Salvador en donde vive el paciente	Nominal	1. Sonsonate 2. Ahuachapán 3. Santa Ana 4. Chalatenango 5. La Libertad 6. San Salvador 7. Cuscatlán 8. Cabañas 9. La Paz 10. San Vicente 11. Usulután 12. San Miguel 13. Morazán 14. La Unión
Área residencial	Lugar geográfico donde vive una persona	Nominal	1. Urbana 2. Rural
Estado civil	Condición de una persona en el orden social	Nominal	1. Soltero 2. Casado 3. Acompañado 4. Divorciado 5. Viudo
Estado ocupacional	Situación de empleo actual del paciente	Nominal	1. Empleado formal 2. Empleado informal 3. Desempleado

Impacto a la familia

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Necesidad de cuidador	El paciente ha necesitado que alguien se encargue de él en el último año debido a enfermedad	Nominal	1. Si 2. No
Cuidador	Persona encargada del cuidado del paciente	Nominal	1. Pareja 2. Hijos 3. Padres 4. Hermanos 5. Otros
Pérdida de ingreso monetario (Cuidador)	El cuidador ha visto disminución en su ingreso monetario en el último año debido al nuevo rol que desempeña	Nominal	1. Si 2. No
Cantidad de pérdida de ingreso monetario	Cantidad de dinero perdido por el cuidador al atender al paciente	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Estrategias de subsistencia familiar	Estrategias realizadas por los familiares para apoyar al paciente y su familia, en algún momento de la enfermedad	Nominal	1. Renuncia a empleo 2. Empleo nuevo 3. Empleo adicional 4. Mudanza con familiares/amigos 5. Otros

Situación de empleo

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Conocimiento del empleador	El empleador conoce o no el estado seropositivo del paciente	Nominal	1. Si 2. No
Apoyo del empleador	El empleador apoya o no al paciente	Nominal	1. Si 2. No
Forma de apoyo	Estrategia de apoyo del empleador hacia el paciente	Nominal	1. Gasto médico 2. Ausencia laboral pagada 3. Ayuda en especie 4. Otros
Estrategia de manutención (Paciente empleado y no empleado)	Estrategia del paciente para cubrir los gastos, en caso de no ser apoyado por el empleador	Nominal	1. Uso de ahorros 2. Préstamos 3. Hipotecas / Empeños 4. Venta de bienes 5. Apoyo familiar 6. Apoyo de ONG / Gobierno 7. Otros
Cambio de empleo	El paciente ha cambiado de trabajo en el último año	Nominal	1. Si 2. No
Número de empleos	Cantidad de empleos que el paciente ha tenido en el último año	Cuantitativa discreta	Número de empleos obtenidos
Razón de cambio de empleo	Motivo por el cual el paciente cambió de trabajo en el último año	Nominal	1. Despido 2. Discriminación 3. Culminación del contrato 4. Recorte de personal 5. Enfermedad 6. Otros
Días de ausencia	Cantidad de días laborales perdidos en el último año	Cuantitativa discreta	Número de días perdidos
Pérdida de ingreso monetario (Paciente)	Cantidad de dinero perdido por el paciente debido a la ausencia/falta de trabajo	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos

Situación económica actual

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Ingreso mensual individual	Cantidad de dinero que el paciente percibe mensualmente	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Ingreso mensual familiar	Cantidad de dinero que la familia del paciente percibe mensualmente (incluyendo el ingreso del paciente)	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Trabajo familiar extra	Algún miembro de la familia debe trabajar extra para compensar la pérdida de ingresos debido a la enfermedad	Nominal	1. Si 2. No
Suficiencia de ingreso monetario extra	El ingreso monetario extra cubre o no el total de los gastos	Nominal	1. Cubre totalmente 2. Cubre parcialmente

Experiencia previa a la infección

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Gasto mensual en comida	Cantidad aproximada de dinero destinada a la obtención de comida (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en vestido	Cantidad aproximada de dinero destinada a la obtención de vestido (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en educación	Cantidad aproximada de dinero destinada a la educación (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en renta/alquiler	Cantidad aproximada de dinero destinada a la vivienda (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en salud	Cantidad aproximada de dinero destinada a los servicios de salud (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en entretenimiento	Cantidad aproximada de dinero destinada al entretenimiento (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Otros gastos	Cantidad aproximada de dinero destinada a otros gastos (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Total de gastos	Suma total de los gastos (individuales o familiares) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos

Experiencia posterior a la infección

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Gasto mensual en comida	Cantidad aproximada de dinero destinada a la obtención de comida (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en vestido	Cantidad aproximada de dinero destinada a la obtención de vestido (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en educación	Cantidad aproximada de dinero destinada a la educación (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en renta/alquiler	Cantidad aproximada de dinero destinada a la vivienda (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en salud	Cantidad aproximada de dinero destinada a los servicios de salud (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto mensual en entretenimiento	Cantidad aproximada de dinero destinada al entretenimiento (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Otros gastos	Cantidad aproximada de dinero destinada a otros gastos (individual o familiar) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Total de gastos	Suma total de los gastos (individuales o familiares) previo a la infección	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Deudas	Cantidad aproximada de dinero que el paciente o su familia debe	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos

Gasto en salud

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Gasto en infecciones	Cantidad aproximada de dinero incurrido para el tratamiento de infecciones en el último año	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto en chequeo médico	Cantidad aproximada de dinero incurrido para chequeos médicos, realización de exámenes (conteo de CD4+, carga viral) en el último año	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Gasto en tratamiento	Cantidad aproximada de dinero incurrido para el tratamiento antirretroviral en el último año	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos
Otros gastos médicos	Cantidad aproximada de dinero incurrido para otros gastos relacionados a la salud en el último año	Cuantitativa continua	Cantidad en dólares americanos

Situación de pobreza actual / Índice de Pobreza Multidimensional

INDICADORES	DEFINICIÓN	TIPO	MEDICIÓN
Escolaridad	Al menos cinco años de escolaridad completos en un miembro de la familia	Nominal	1. Si 2. No
Asistencia a escuela	Al menos un menor en edad escolar (hasta octavo grado) no asiste a la escuela	Nominal	1. Si 2. No
Desnutrición	Al menos un miembro en el hogar está desnutrido	Nominal	1. Si 2. No
Mortalidad infantil	Uno o más niños en la familia han muerto	Nominal	1. Si 2. No
Electricidad	La familia cuenta con energía eléctrica	Nominal	1. Si 2. No
Agua potable	La familia cuenta con agua potable	Nominal	1. Si 2. No
Saneamiento	La familia cuenta con saneamiento ambiental	Nominal	1. Si 2. No
Vivienda	La familia cuenta con vivienda con piso de tierra	Nominal	1. Si 2. No
Combustible	La familia usa combustible contaminante para cocinar (leña, carbón)	Nominal	1. Si 2. No
Transporte	La familia no tiene auto, camión o vehículo motorizado similar y posee solo uno de estos bienes: bicicleta, motocicleta, radio, refrigerador, teléfono o televisor	Nominal	1. Si 2. No

Comité de Ética de Investigación en Salud

Oficio N°:34/2013

MAT.: Evaluación metodológica y ética de protocolo.

Fecha, 30 de julio del 2013

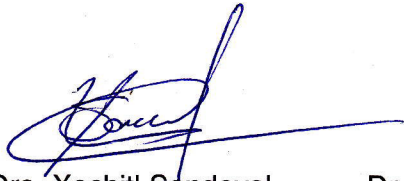
BR.Erick Josué Meléndez Aguilar

INVESTIGADOR PRINCIPAL

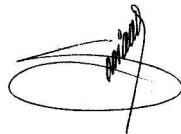
PRESENTE.

De nuestra consideración: ***“VIH y pobreza: cambios en el estado socioeconómico de las personas posterior al diagnóstico”***, se envía copia del Acta de evaluación, solicitando a ustedes seguir las indicaciones expuestas.

Saluda atentamente,



Dra. Xochitl Sandoval
Presidenta



Dr. Mario Soriano
Secretario



- Secretaría C.E.I.S.

ACTA N°:34/2013

ACTA DE EVALUACIÓN DE ESTUDIOS CLÍNICOS

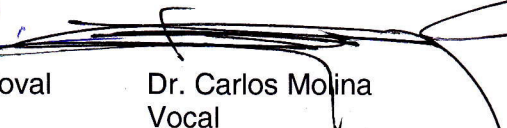
En la sala de reuniones del Consejo Superior de Salud Pública, a los 30 días del mes de julio del 2013, el Honorable Consejo del Comité Nacional de Ética de Investigación en Salud, con asistencia de sus miembros permanentes: Dra. Xochitl Sandoval, Presidente, Dr. Mario Soriano, Secretario, Dr. Carlos Molina, Dr. Rafael Cedillos, Dr. David Torres, Licda. Aydeé Rivera, Licda. Yeny Acosta, Licda. Fidelina Martínez, Licda. Julia Guadrón y Dr. Saúl Díaz, han realizado revisión de las enmiendas al protocolo denominado **“VIH y pobreza: cambios en el estado socioeconómico de las personas posterior al diagnóstico”**, expresando las siguientes observaciones:

- Observaciones incorporadas


Por lo anterior este Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud, **RESUELVE: Protocolo APROBADO.**

Por lo anterior se solicita enviar una copia impresa y copia electrónica con los cambios solicitados.



Dra. Xochitl Sandoval
Presidenta


Dr. Carlos Molina
Vocal



Dr. Saúl Díaz
Vice Presidente


Dr. Rafael Cedillos
Vocal

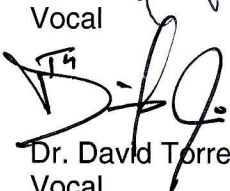

Licda. Fidelina Martínez
Vocal


Dr. Mario Soriano
Secretario


Licda. Aydeé Parada
Vocal


Licda. Yeny Acosta
vocal


Licda. Julia Guadrón
vocal


Dr. David Torres
Vocal



MEMORANDUM

2013-6010-0835

PARA: Dr. Yerles Ramírez
Director Hospital Nacional San Rafael.
Dr. Roberto Sánchez Ochoa
Director Hospital Nacional de Maternidad

DE: 
Dra. Ana Isabel Nieto
Coordinadora Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.



FECHA: 10 de octubre de 2013.

Por este medio solicitamos el apoyo para que la Dra. Ana Elizabeth de Viana y el Br. Erick Josué Menéndez, puedan efectuar en el establecimiento que usted dirige la investigación "VIH y pobreza en El Salvador: cambios socioeconómicos en las personas posterior al diagnóstico".

El protocolo de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética Nacional y por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, por lo que solicitamos el apoyo para que la Dra. Ana Elizabeth de Viana y el Br. Erick Josué Menéndez, puedan llevar a cabo la investigación.

Atentamente,



N° 2013-6010-0299
San Salvador, 10 de octubre de 2013.

Dr. Leonel Flores Sosa.
Director General.
Instituto Salvadoreño del Seguro Social.
Presente.

Estimado Dr. Flores Sosa:

De la manera más atenta me permito saludarlo, deseándole los mejores éxitos en su gestión.

Por este medio solicitamos el apoyo para que la Dra. Ana Elizabeth de Viana y el Br. Erick Josué Menéndez, puedan efectuar en el Hospital 1°. De mayo y Medico-Quirurgico, la investigación "VIH y pobreza en El Salvador: cambios socioeconómicos en las personas posterior al diagnóstico".

El protocolo de investigación ha sido aprobado por el Comité de Ética Nacional y por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, por lo que solicitamos el apoyo para que la Dra. Ana Elizabeth de Viana y el Br. Erick Josué Menendez, puedan llevar a cabo la investigación.

Atentamente,



Dra. Ana Isabel Nieto
Jefe de Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.