



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

EL IMPACTO ECONÓMICO SOBRE LA FAMILIA EN LA
ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA EN CIENCIAS
CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD
CAMPO DE ESTUDIO PRINCIPAL EN EPIDEMIOLOGÍA

PRESENTA:
MARÍA TERESA TIRO SÁNCHEZ

TUTOR:
DR. JUAN GARDUÑO ESPINOSA
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

MÉXICO, D.F. AGOSTO 2015



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

	Página
Acrónimos	5
Resumen	6
Introducción	10
Antecedentes	
I. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana	11
II. La Epidemia del VIH/SIDA en el Ámbito Mundial	16
III. La Epidemia del VIH/SIDA en México	24
IV. La Familia y el VIH/SIDA	31
V. La Familia, los Ingresos y Gastos de Bolsillo en Salud en la Atención del Paciente con VIH/SIDA	38
Marco Conceptual	
I. Gasto, Ingreso, Ahorro, Deuda e Inversión	49
II. Familia y Hogares	52
III. Funcionalidad Familiar	55
IV. Apoyo Social	57
V. IMSS	58
Planteamiento del Problema	59
Justificación	60
Preguntas de Investigación	61
Hipótesis	62
Objetivos	63
Material y Métodos	
1. Tipo de Diseño	64
2. Diseño de la Muestra	64
3. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	64
4. Procedimiento de Selección de la Muestra	65
5. Tamaño de la Muestra	65
6. Variables de Estudio	65
7. Descripción del Estudio	77
8. Análisis de Datos.....	80

Resultados	
1. Pacientes	82
2. Hogares	83
3. Trabajo	85
4. Vivienda	89
5. Equipamiento de la vivienda	92
6. Enfermedad	96
7. Funcionalidad Familiar y Apoyo Social	99
8. Gastos	
8.1 Gasto en artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación	100
8.2 Gasto en comunicaciones	102
8.3 Gasto en transporte	103
8.4 Gasto en vivienda, energía eléctrica, gas y agua	104
8.5 Gasto en reparación y conservación de la vivienda	105
8.6 Gasto en artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la vivienda	106
8.7 Gasto en enseres y utensilios domésticos, muebles, cristalería y blancos	107
8.8 Gasto en artículos y servicios para el cuidado personal	108
8.9 Gastos diversos	109
8.10 Gasto en ropa, calzado y accesorios	110
8.11 Gasto en tabaco y alcohol	111
8.12 Gasto en bebidas y alimentos	112
8.13 Gasto en educación	113
8.14 Gasto de bolsillo en salud	114
8.15 Gasto total de los hogares	118
9. Ingresos	120
10. Ahorro	128
11. Deuda	130
12. Pérdidas	131
13. Inversión	131
14. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos	131
15. Medidas de desigualdad para datos no agrupados	134
16. Análisis bivariado	138
Conclusiones	153
Bibliografía	158

Anexos	
Anexo A	165
Anexo B	170
Anexo C	176
Anexo D	182
Anexo E	188
Cuestionario de Funcionalidad Familiar (FACES II)	194
Cuestionario de Función Familiar (Apgar-Familiar)	197
Cuestionario de Apoyo Social (Duke UNC-11)	197
Cuestionario de Gastos e Ingresos del Hogar	199

ACRÓNIMOS

CVRS	Calidad de Vida Relacionada con la Salud
CDC	Centro para el Control y Prevención de Enfermedades
CONASIDA	Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay
EU	Estados Unidos
FRCs	Formas Recombinantes Circulantes
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
HR	Hospital Regional
HGZ	Hospital General de Zona
LTR	Long Terminal Repeats
Mdn	Mediana
N	Naira (moneda de Nigeria)
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCR	Reacción en Cadena de Polimerasa.
PEMEX	Petróleos Mexicanos
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SS	Secretaría de Salud
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TARAA	Terapia Antirretroviral Altamente Activa
TSh	Chelín de Tanzania
UDI	Usuarios de Drogas Intravenosas
UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
VLTH-III/VAL	Virus tipo III Linfotrópico-T Humano/Virus Asociado a Linfadenopatía

RESUMEN

Introducción

La epidemia de VIH/SIDA -a más de 30 años de su inicio- ha tenido un impacto deletéreo sobre los pacientes, las familias, la sociedad, los sistemas de salud y la economía de las naciones. A nivel mundial es la cuarta causa de mortalidad después de las enfermedades del corazón, derrames cerebrales y enfermedades respiratorias. EL VIH/SIDA afecta principalmente a jóvenes y adultos en sus años más productivos, lo que ocasiona menos días de trabajo, vidas de trabajo más cortas y disminución en las oportunidades de obtener empleos mejor remunerados; así como el aumento en la demanda de atención médica y de tratamientos farmacológicos costos.

Objetivo

Evaluar el impacto económico sobre la familia en la atención del paciente con VIH/SIDA.

Diseño

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, retrolectivo/prolectivo y analítico.

Material y Métodos

Se realizó una muestra por conveniencia de los pacientes que acudían por primera vez a la consulta externa de la clínica de VIH/SIDA del HR No. 25 y del HGZ No. 24, del IMSS. La población derechohabiente de estos hospitales proviene del Distrito Federal y el Estado de México. Se incluyeron a pacientes adultos de cualquier sexo, con diagnóstico confirmado de infección por el VIH por medio de las pruebas de ELISA y Western Blot, y que aceptaron participar en el estudio. Todos los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado, para poder acudir a su domicilio a la realización de las entrevistas. El hogar se utilizó como la unidad de análisis. Se aplicaron dos encuestas en sus domicilios: la primera fue posterior a la fecha de su consulta de primera vez y una segunda entrevista tres meses después. Se utilizaron cuatro cuestionarios, el primero se elaboró en base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del año de 1996 del INEGI, dos cuestionarios de funcionalidad familiar (FACES II y Apgar-familiar) y un cuestionario de apoyo social funcional (Duke UNC-11). Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes en búsqueda de los diagnósticos y resultados de laboratorio (VIH -ELISA y Western blot- y linfocitos T CD4+) para estadificarlos.

Se realizó un análisis descriptivo de todas las variables y se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas. Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas (χ^2 y rangos señalados de

Wilcoxon) para evaluar diferencias entre las dos mediciones de los gastos, ingresos, deuda, ahorro y ayuda. Con el ingreso –se obtuvo una medición previa a las dos entrevistas realizadas– se calcularon las medidas de desigualdad para datos no agrupados: índice de Gini y medidas de dispersión (rango relativo, desviación media relativa, coeficiente normalizado de la varianza relativa, varianza de los logaritmos). El índice de Gini es un coeficiente que mide el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región; y toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica que todos los individuos tienen el mismo ingreso y 1 indica que sólo un individuo tiene todo el ingreso.

Debido a que los datos se obtuvieron a finales de los 90s se determinó la inflación de la variable gasto, a partir de la fecha de cada una de las entrevistas a julio de 2014, utilizando el calculador de inflación del INEGI. Se empleó la metodología elaborada por la OMS para definir los hogares en: pobres y no pobres, determinar el gasto catastrófico por motivo de salud y el empobrecimiento del hogar. Un hogar es considerado pobre cuando el gasto total del hogar es menor que su gasto de subsistencia; el gasto catastrófico por motivos de salud ocurre cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan el 40% o más de su capacidad de pago; y un hogar no pobre se empobrece cuando después de pagar por la atención a la salud se vuelve pobre.

Resultados

I. Descripción de los pacientes.

Se entrevistaron 31 pacientes, 19 del HGZ No. 24 y 12 del HR No. 25. La mediana de edad de los pacientes fue de 32 años (rango: 21 a 51 años); 26 del sexo masculino y 5 del sexo femenino; 14 eran solteros, 9 casados, 6 estaban en unión libre, una era viuda y uno separado. Escolaridad: 10 con nivel de licenciatura, 20 sin licenciatura y uno en escuela especial. Rol familiar: jefes de familia (14), hijos (11) y esposa/o (6). Tipo de hogar: 12 nucleares, 7 extensos, 5 de corresidentes, 4 compuestos y 3 unipersonales. En la primera entrevista 28 pacientes tenían trabajo, en la segunda entrevista dos pacientes renunciaron a su trabajo por su enfermedad y otra paciente que se dedicaba a las labores del hogar se integró al mercado laboral. De los que tenían trabajo, en la primera entrevista, 6 estaban con incapacidad médica para laborar; situación que aumento a 11 en la segunda entrevista. De los 3 pacientes que no tenían trabajo uno se dedicaba a los quehaceres del hogar y los otros dos tenían secuelas neurológicas que los incapacitaba para trabajar. La tenencia de la vivienda fue: casa propia (17), rentada (9), financiamiento bancario o del Infonavit (3) y prestada por algún familiar (2). La vía de transmisión del VIH era: sexual (30) y desconocida (1). La preferencia sexual: heterosexual (13), homosexual (15) y bisexual (3). El diagnóstico de los pacientes se realizó en: IMSS (18), SS (3), CONASIDA (2) y

médico particular (8). Diez pacientes eran VIH positivos y 21 tenían SIDA. El TAR: 26 pacientes lo tomaban, 4 no lo tomaban y 1 no se lo habían dado. La funcionalidad familiar, con el cuestionario de Apgar-familiar, 23 familias eran funcionales; con el cuestionario de FACES II: 5 familias extremas, 8 de rango medio y 18 equilibradas. El apoyo social era adecuado en 28 pacientes.

II. Impacto económico.

1. *Ahorro.* Tres pacientes gastaron todo su ahorro en: inversión en vivienda, atención médica y suplementos alimenticios, y gastos del hogar. Cinco pacientes disminuyeron su ahorro debido a: pago de vacaciones (2) y paquete de fiestas, inversión en compra de departamento y pago de tarjeta de crédito, en construcción de vivienda y gastos en el hogar. Se observó una disminución del ahorro del paciente ($p = 0.03$) y del ahorro hogar ($p = 0.02$) en ambas mediciones.

2. *Deuda.* Los miembros de los hogares se endeudan en artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación (2); comunicaciones; en adquisición de vivienda (2); en enseres domésticos (3); en artículos para el cuidado personal (1); ropa, calzado y accesorios (5); y en atención a la salud (2). No hubo diferencias de la deuda en ambas mediciones ($p = 0.26$).

3. *Ingreso.* Al comparar el salario de la medición previa y el de la primera entrevista –en la medición previa no tenía trabajo un paciente y en la primera medición se aumentó a tres pacientes que no tenían trabajo y disminución del ingreso en siete hogares– se observó una diferencia significativa ($p = 0.04$). Al evaluar el ingreso de la primera medición con la segunda medición, se aprecia disminución del ingreso en otros 10 hogares y uno que continuaba a disminuir su ingreso, sin embargo no se encontró una diferencia significativa ($p = 0.07$).

Al calcular las medidas de desigualdad de la distribución del ingreso de los pacientes se observó un aumento creciente de la desigualdad, siendo más aparente con el índice de Gini: medición previa 0.39; primera medición 0.43 y segunda medición 0.51.

4. *Gastos de bolsillo en salud.* Se apreciaron diferencias significativas en el gasto de bolsillo en salud del paciente y del hogar. En la primera medición 21 pacientes tuvieron gastos en salud y 11 pacientes en la segunda medición ($p = 0.03$). Y al evaluar este gasto en los pacientes y familiares, 29 hogares gastaron en este apartado en la primera medición y 16 en la segunda medición ($p = 0.05$).

En el gasto de bolsillo en salud del paciente, en la primera medición, se observan tres hogares pobres y tres hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, dos de estos ya eran pobres. Estos hogares pobres habían ya tenido disminución del ingreso debido a la enfermedad y un hogar no pobre se empobreció por el gasto de bolsillo en salud. En la segunda medición se observa un hogar pobre y dos hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, diferentes a los de la primera medición.

Conclusiones

Se considera que los pacientes derechohabientes del IMSS no tienen gastos de bolsillo, debido a que la institución les provee todos los aspectos relacionados con la salud, como servicios preventivos, consultas, medicamentos, estudios paraclínicos, hospitalización. Sin embargo, en esta muestra al 42% de los pacientes se les realizó el diagnóstico fuera de la institución y durante el seguimiento algunos pacientes tuvieron gasto de bolsillo en salud a pesar de tener seguridad social. En los hogares con gastos catastróficos en salud los pacientes tienen diagnóstico de SIDA. Aunque en los hogares extensos, compuestos o de corresidentes, donde algunos integrantes no tienen seguridad social, una enfermedad aguda o crónica puede ocasionar gastos catastróficos y tornar el empobrecimiento del hogar.

Sin importar su condición, VIH positivo o SIDA, los pacientes continúan invirtiendo en vivienda y bienes duraderos.

En esta muestra en 5 hogares las mujeres desconocían su estado de seropositividad hasta que sus esposos presentaron enfermedades relacionadas al VIH/SIDA. Siete hogares tenían hijos en edad infantil, ninguno era seropositivo al VIH. Debido a que no fue un objetivo del estudio y al corto período de evaluación se desconoce el efecto social y psicológico del VIH/SIDA en los hijos de los pacientes.

Tres hogares se desintegraron posterior al conocimiento del diagnóstico y en otro hogar el esposo con diagnóstico de SIDA abandonó a su esposa. El rol de proveedor se modificó en tres hogares. El apoyo social es mayormente procurado por madres y hermanas, y en menor proporción por amigos y compañeros de trabajo.

Otro punto importante es que el 32% de los pacientes son profesionistas y de éstos el 60% tienen diagnóstico de SIDA. Al compararlos con el grupo que no es profesionista no se apreció una diferencia significativa.

Es trascendental promover a nivel nacional campañas permanentes, informativas y educativas, sobre las acciones de prevención de la infección por el VIH/SIDA. Y que éstas tengan una amplia difusión a través de los diferentes medios electrónicos (radio, televisión, redes sociales, etc.) e impresos (periódicos, revistas, folletos, etc.) para que lleguen a todos los niveles sociales y económicos. Así como la evaluación periódica de estas campañas.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido importantes adelantos en el conocimiento científico a nivel genómico y molecular, que nos dan una comprensión de la complejidad de los organismos vivos; aunado a los avances en el desarrollo de la tecnología de laboratorio, de imagenología y de la informática. Todo esto nos provee de herramientas útiles para proporcionar una atención médica basada en las mejores evidencias médicas del conocimiento actual.

En este contexto, dada la rapidez con que ocurren tales progresos, al médico clínico se le demanda una preparación médica continua que pueden tornar abrumadora la realización de su práctica clínica diaria.

El médico clínico en el proceso de atención médica su principal objetivo es la resolución de la enfermedad, encauzándose en el diagnóstico y tratamiento; con la finalidad de curarla, prevenir su recaída o su empeoramiento. Pocas veces el médico clínico, en este proceso, se detiene a pensar en los aspectos psicológicos, culturales, sociales y familiares del paciente, y excepcionalmente en el aspecto económico.

Las enfermedades crónicas no sólo son alteraciones fisiopatológicas en el organismo de un individuo que traen consigo consecuencias físicas sino también psicológicas que repercuten deletéreamente en el entorno familiar, social y laboral del paciente. Y algunas enfermedades traen consigo el estigma y discriminación que hacen más difícil la vida cotidiana del paciente.

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se ha tornado una enfermedad crónica debido a la disponibilidad de fármacos antirretrovirales más eficaces; que exigen al paciente un apego estricto al manejo farmacológico, así como a una dieta y regímenes de dosificación específicos.

A pesar del progreso en el desarrollo de fármacos antirretrovirales más potentes, la simplicidad genética de los virus les permite evolucionar rápidamente –a través de la mutación y recombinación viral– y desarrollar la habilidad para eludirlos. Motivo por el cual se continúan desarrollando nuevos fármacos y prosiguen las líneas de investigación de una vacuna efectiva.

El impacto económico del VIH/SIDA es severo debido a que afecta a las personas en su años más productivos, trayendo como consecuencia efectos deletéreos sobre las familias (principalmente por la disminución o pérdida del ingreso monetario, debido a incapacidad o desempleo), a los sistemas de salud (por los elevados costos de su atención) y por ende a las naciones (pérdida del capital humano).

ANTECEDENTES

I. El Virus de la Inmunodeficiencia Humana

La enfermedad conocida ahora como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se notificó por primera vez en 1981, cuando el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos (EU) reportó en Los Ángeles y Nueva York casos de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* y sarcoma de Kaposi en hombres homosexuales previamente sanos. Posteriormente, se observó en usuarios de drogas intravenosas (UDI) y en personas que habían sido transfundidas así como en hemofílicos. En 1983 se aisló el VIH de un paciente con linfadenopatía y en 1984 se demostró que es el agente causal del SIDA.¹

El VIH antes de 1986 se llamó virus tipo III linfotrópico-T humano/virus asociado a linfadenopatía (VLTH-III/VAL). De 1986 a 1990 se le denominó oficialmente VIH, y desde 1991 se designó a las dos especies de VIH-1 y VIH-2.²

Desde 1985, se utiliza la prueba de ELISA (Enzyme Linked Immunosorbent Assay) para detectar anticuerpos para el VIH. La prueba es muy sensible pero reacciones falsas positivas han sido observadas. Debido a esto, las pruebas de ELISA positivas deben ser confirmadas con la prueba de inmuno-ensayo Western blot o inmunofluorescencia.

La familia de los retrovirus está compuesta de tres subfamilias la Oncovirinae (grupo de virus ARN tumor), la Spumavirinae (grupo de virus foamy), y la Lentivirinae (grupo de virus lentos). Los retrovirus pueden ser endógenos y son transmitidos verticalmente de generación en generación; y exógenos como el VIH, que es transmitido horizontalmente de personas infectadas a huéspedes susceptibles no infectados. El VIH pertenece a la familia de los retrovirus humanos y a la subfamilia de los lentivirus.³

El VIH está constituido por tres componentes básicos: la envoltura, el genoma de ARN y las proteínas estructurales. El virión está compuesto por una nucleoproteína central rodeada de una bicapa lipídica que contiene proteínas en la envoltura de superficie (*gp120*) y la envoltura transmembrana (*gp41*). El genoma consiste de un dímero idéntico de ARN de una sola cadena, y dispone de genes (*gag*, *pol* y *env*) que codifican sus proteínas estructurales.

El gen *gag* codifica para el conjunto de proteínas que forman el centro del virión (ej. antígeno 24), el gen *pol* para la maquinaria catalítica del retrovirus (transcripción de proteínas virales, transcripción inversa e integración), y *env* para las glicoproteínas de la envoltura. Cuando el genoma retroviral contiene solamente a estos tres genes se considera de estructura sencilla. Sin embargo, el VIH es un retrovirus complejo porque, además de los genes *gag*, *pol* y *env*, también posee

genes codificadores (*tat*, *rev*, *nef*, *vif*, *vpu* y *vpr*) que pueden aumentar o deprimir la expresión viral. La diferencia entre el VIH-1 y VIH-2 es que el gen *vpu* es exclusivo del primero y el gen *vpx* es exclusivo del segundo. Estos genes se encuentran flanqueados por las repeticiones terminales largas (long terminal repeats, LTR) que contienen elementos reguladores participantes en la expresión génica.^{4,5,6}

El VIH presenta una elevada variabilidad genética, que se debe al rápido recambio viral (se producen al día 10^{10} viriones en el huésped infectado), así como a su elevada tasa de mutación (en promedio 3×10^9 mutaciones al día en la población viral de un paciente), y a la recombinación viral (se calcula que en cada replicación viral ocurren de 7 a 30 eventos de recombinación).⁶

El VIH-1 es el más predominante a nivel mundial; y en 1986 el VIH-2 se encontró en el oeste de África, actualmente se han identificado algunos casos a través del mundo.⁴

El VIH 1 está compuesto por la gp120 en la membrana externa, la pg41 un componente transmembrana y la p18 en la membrana interna; ARN genómico, la enzima transcriptasa reversa y la proteína p24 del núcleo.⁴

Hay cuatro grupos del VIH-1: el grupo *M*, el cual es el responsable de la mayor parte de las infecciones en el mundo; el grupo *O* una forma viral relativamente rara, encontrada originalmente en Camerún, Gabón y Francia; el grupo *N* identificado en mujeres con SIDA en Camerún; y en el 2009 se identifica el grupo *P* en una mujer en Camerún. El grupo *M* contiene los subtipos *A*, *B*, *C*, *D*, *F*, *G*, *H*, *J* y *K*, y un número creciente de formas recombinantes circulantes (FRCs) mayores y menores. Las FRCs (ej.: CRF01_AE, CRF02_AG) son generadas por infección de un individuo con dos subtipos que entonces se recombinan y crean un virus con una ventaja selectiva. La clasificación se ha complicado debido a que algunos subtipos no son equidistantes uno de otros, mientras que otros contienen secuencias tan diversas que no pueden ser propiamente considerados del mismo subtipo. El resultado de estas recombinaciones es más variación viral y se ha asociado con la presencia de variantes virales con características específicas como la facilidad de transmisión o la mayor replicación.⁷

El subtipo viral *C* es la forma más común a escala mundial y a nivel global los subtipos *A*, *B*, *C*, *D*, *G* y los CRF01_AE and CRF02_AG. El subtipo viral *B* es predominante en Estados Unidos, Canadá, Sudamérica, Oeste de Europa y Australia. En África Subsahariana más del 50% son causadas por el subtipo *C*, con pequeñas proporción del subtipo *A*, *G*, CRF02_AG y otros subtipos y FRCs. En Asia predominan los subtipos *C*, *B* y el CRF01_AE, mientras que en la India prevalece el subtipo *C*. En Brasil y Argentina se han descrito los subtipos *B*, *F* y *C*; en México el *B*, *F* y *D*; y en Cuba básicamente el *B*. En la transmisión heterosexual

predomina los subtipos E y C, en la transmisión homosexual y por drogas intravenosas el subtipo B.^{4,5,8,9}

En estudios seroepidemiológicos del VIH-2 se ha documentado que tiene un periodo de incubación (entre la infección del virus y el desarrollo de SIDA) más largo que el de VIH-1 y que oscila entre 15 y 20 años.

El VIH-2 se divide en grupos denominados con la letra A a la letra G.⁴ Los dos tipos más comunes son el A y el B. El grupo A parece estar distribuido ampliamente en países de África Occidental, mientras que el grupo B parece estar restringido a Costa de Marfil, Europa, Francia y Portugal. Los grupos C y D han sido identificados en Liberia, mientras que hay informes de E y F en Sierra Leona. Por último, la existencia del grupo G se determinó por el análisis del genoma completo obtenido de una cepa de un donador de sangre asintomático de Costa de Marfil.⁶

El VIH es transmitido principalmente por vía de contacto sexual (homosexual y heterosexual); sanguíneo (UDI, transfusión de productos sanguíneos y trasplante de órganos); y de madre a hijo (perinatal, durante el parto y por lactancia materna). Se ha estimado que el 90% de individuos que fueron expuestos a sangre y productos sanguíneos contaminados con el VIH se infectaron. En UDI, subcutáneas e intramusculares, el riesgo de infección aumenta dependiendo del tiempo de duración de la inyección, la frecuencia con la que la aguja es compartida, el número de compañeros con los que se comparte el mismo instrumental, la presencia de comorbilidad psiquiátrica y las zonas geográficas con más alta prevalencia de infección por el VIH. En los trabajadores de la salud, el riesgo de transmisión del VIH seguido de una punción con aguja o material punzocortante contaminado con sangre de una persona con el VIH es del ~0.3% y después de la exposición de una membrana mucosa es de 0.09%. La probabilidad de transmisión del VIH de madre a hijo es del 15-25% en ciudades industrializadas y del 25-35% en ciudades en vías de desarrollo, debido a la falta de tratamiento antirretroviral profiláctico a la madre durante el embarazo, la labor y el parto, y al producto seguido de su nacimiento. La infección de madre a hijo es del 23 – 30% antes del nacimiento, del 50-65% durante el parto y de 12-20% por la alimentación al seno materno.⁴

La definición de caso de infección por el VIH se diagnóstica basándose en criterios de laboratorio. En niños a partir de 18 meses y adultos se diagnostica la infección por el VIH, a través de:^{10, 11}

- 1) Una prueba de anticuerpos contra el VIH positiva (ej. inmunoensayo enzimático rápido), confirmado con un resultado positivo de una prueba suplementaria de anticuerpos contra el VIH (ej. Western blot o prueba de inmunofluorescencia

indirecta) que se basa en diferentes antígenos o en distintas características operativas.

2) O una prueba virológica positiva del cualquiera de los siguientes componentes virológicos del VIH:

- Prueba de detección del ácido nucleico del VIH (ARN o ADN), ej.: reacción en cadena de polimerasa (PCR).
- Prueba de antígeno p24 del VIH, incluida la prueba de neutralización.
- Aislamiento del VIH (cultivo viral).

Los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el diagnóstico de infección avanzada por el VIH (incluido el SIDA) se basan en criterios clínicos e inmunológicos (CD4) en personas con infección confirmada por el VIH.

- Los criterios clínicos para el diagnóstico de la infección avanzada por el VIH en adultos y niños con infección por el VIH confirmada, con el diagnóstico presuntivo o definitivo de cualquier afección del estadio 3 o 4b. (Anexo A)
- Criterios inmunológicos para el diagnóstico de la infección avanzada por el VIH en adultos y niños a partir de 5 años de edad con infección por el VIH confirmada, es la cifra de linfocitos T CD4 <350 por mm^3 .¹⁰

Las manifestaciones de la enfermedad por VIH tienen una amplia gama, que van desde el estado asintomático, la infección primaria (con o sin síndrome agudo) hasta condiciones graves que amenazan la vida (debidas a una severa inmunodeficiencia), como las infecciones oportunistas y cánceres.

La clasificación del estado inmunitario del paciente es representado por la cifra de CD4 (porcentaje de CD4+ o valor absoluto). En los niños pequeños debe usarse el porcentaje de CD4+ y a partir de los cinco años se prefiere el valor absoluto. El recuento absoluto normal de CD4 en adolescentes y adultos oscila entre 500 y 1,500 células por mm^3 de sangre. La cifra de CD4 disminuye progresivamente a medida que avanza la enfermedad por el VIH (tabla 1 y 2).^{10, 11}

Tabla 1. Comparación de los estadios de la OMS y CDC para la infección del VIH, por conteo y porcentaje total de linfocitos T CD4+.¹¹

Estadio OMS	Conteo y porcentaje de linfocitos T CD4+, OMS.	Estadios CDC*	Conteo y porcentaje de linfocitos T CD4+, CDC
Estadio 1 (Infección por VIH)	≥500 células/μL	Estadio 1 (Infección por VIH)	≥500 células/μL o el porcentaje ≥29.
Estadio 2 (Infección por VIH)	499 – 350 células/μL	Estadio 2 (Infección por VIH)	499 a 200 células/μL o el porcentaje de 14 – 28.
Estadio 3 (Enfermedad avanzada por VIH [AHD])	349 – 200 células/μL	Estadio 2 (Infección por VIH)	499 a 200 células/μL o el porcentaje de 14 – 28.
Estadio 4 (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [SIDA])	<200 células/μL o el porcentaje de <15.	Estadio 3 (SIDA)	<200 células/μL o el porcentaje de <14.

*Entre adultos y adolescentes (≥13 años). La CDC también incluye un cuarto estadio.

Tabla 2. Vigilancia de definición de infección por el VIH entre adultos y adolescentes (edad ≥ 13 años) – Estados Unidos, 2008.¹¹

Estadio	Evidencia de laboratorio*	Evidencia clínica
Estadio 1	Confirmación de laboratorio de infección por el VIH y linfocitos T CD4+ de ≥500 células/μL o el porcentaje ≥29.	No se requiere ninguna (pero no condiciones definitorias de SIDA)
Estadio 2	Confirmación de laboratorio de infección por el VIH y linfocitos T CD4+ de 499 a 200 células/μL o el porcentaje de 14 – 28.	No se requiere ninguna (pero no condiciones definitorias de SIDA)
Estadio 3 (SIDA)	Confirmación de laboratorio de infección por el VIH y linfocitos T CD4+ de <200 células/μL o el porcentaje de <14.	O condiciones definitorias de SIDA (con confirmación de infección por el VIH) [†]
Estadio desconocido [‡]	Confirmación de laboratorio de infección por el VIH y sin información de conteo o porcentaje de linfocitos T CD4+.	Y no información sobre la presencia de condiciones definitorias de SIDA

*Si el porcentaje o el conteo no corresponden al mismo estadio de la infección por VIH, seleccionar el estadio más severo.

[†]Documentación de una condición definitoria de SIDA (anexo B) sustituye al conteo de linfocitos T CD4+ ≥200 células/μL o el porcentaje de ≥14.

[‡]Aunque estos casos sin información del conteo o porcentaje de linfocitos T CD4+, en la presencia de condiciones definitorias de SIDA pueden ser clasificadas como estadio desconocido, se debe de realizar un esfuerzo para reportar el conteo o porcentaje de linfocitos T CD4+.

Ver anexo A.

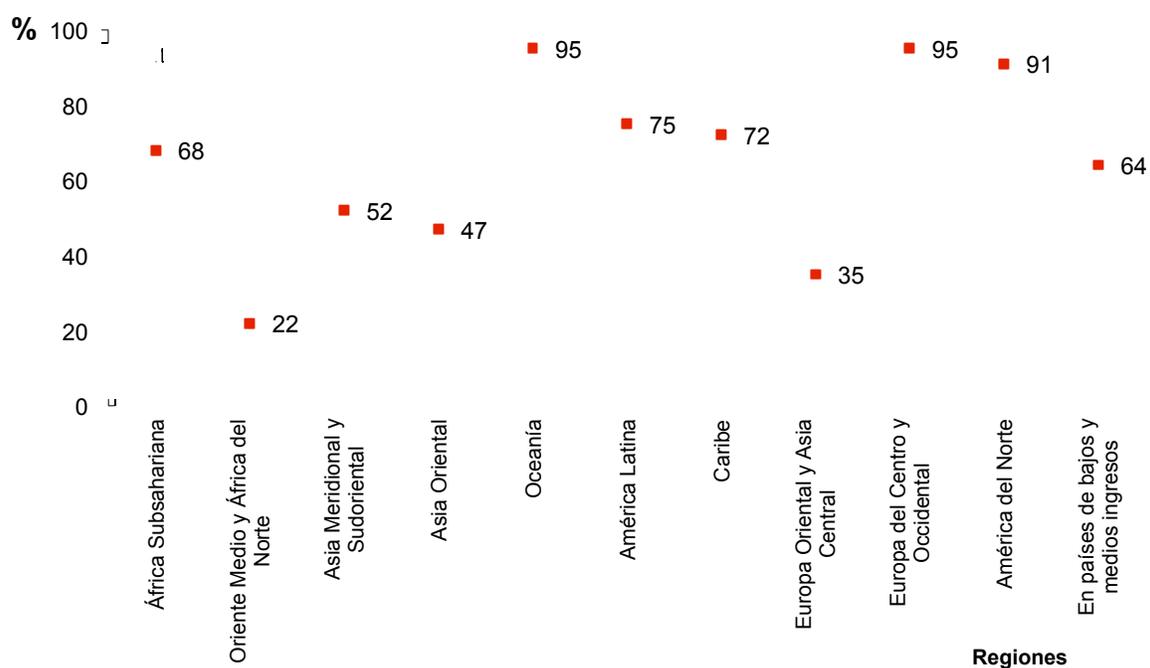
II. La Epidemia del VIH/SIDA en el Ámbito Mundial

En la primera década, después de la identificación del VIH, la infección se extendió afectando a 10 millones de personas a nivel mundial, siendo la mayoría en África Central. En la segunda década se apreció un marcado aumento de la epidemia en otras áreas del mundo, como el Sur de África, Asia y algunas ciudades de la entonces Unión Soviética. Hasta la tercera década de la epidemia las dependencias de salud públicas oficiales a nivel mundial, los líderes de la sociedad civil y los políticos se unieron para combatir el SIDA.¹²

Tratamiento antirretroviral

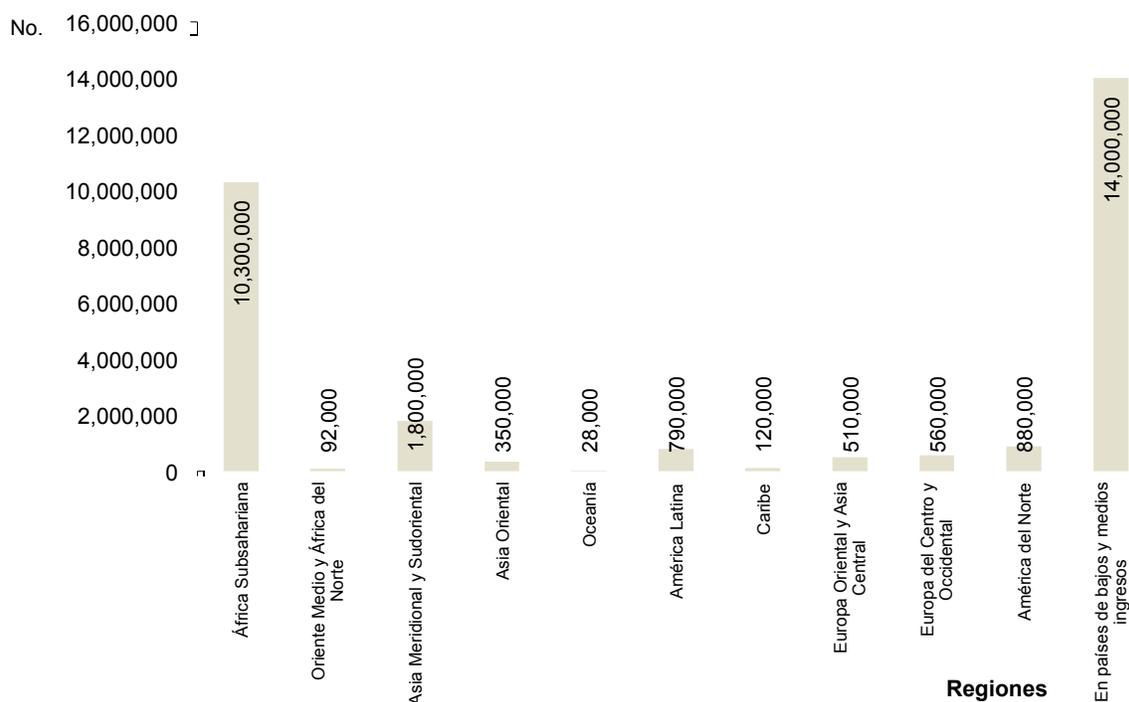
En la actualidad, el crecimiento total de la epidemia de SIDA a nivel mundial parece haberse estabilizado. En los Estados Unidos y Europa, el número anual de nuevas infecciones por VIH ha ido declinando gradualmente desde los finales de los 90s y se han reportado pocas muertes relacionadas al SIDA debido a un significativo crecimiento en la disponibilidad del Tratamiento Antirretroviral (TAR). Posteriormente, con la reducción en el costo del TAR, la disponibilidad de drogas antirretrovirales genéricas y el incremento en la ayuda financiera internacional, condujo a una mayor expansión en la disponibilidad de los medicamentos, particularmente en países con medios y bajos ingresos.^{12, 13}

Gráfico1. Cobertura estimada de tratamiento antirretroviral, basado en las guías de la OMS 2010*.¹⁵



* Basado en archivos espectro nacionales

Gráfico 2. Número estimado de adultos que necesitan tratamiento antirretroviral, basado en las guías de la OMS 2010.¹⁵



Basado en archivos espectro nacionales

Entre 2002 y 2012, el acceso al TAR es 40 veces mayor.¹⁵ Para 2012, en los países de medianos y bajos ingresos, el número estimado de personas que están recibiendo tratamiento antirretroviral es de 9.7 millones, comparado con 300 mil personas que estaban recibiendo el tratamiento antirretroviral en 2002. La región de África tiene el mayor número de personas que reciben tratamiento antirretroviral (7.5 millones);¹⁴ sin embargo, sólo es el 68% del número estimado de los adultos que necesitan tratamiento antirretroviral. Las regiones con mayor cobertura estimada de tratamiento antirretroviral, en el 2010, son Oceanía y Europa del Centro y Occidental (>95%), y América del Norte (91%).¹⁵ (Gráfico 1 y 2)

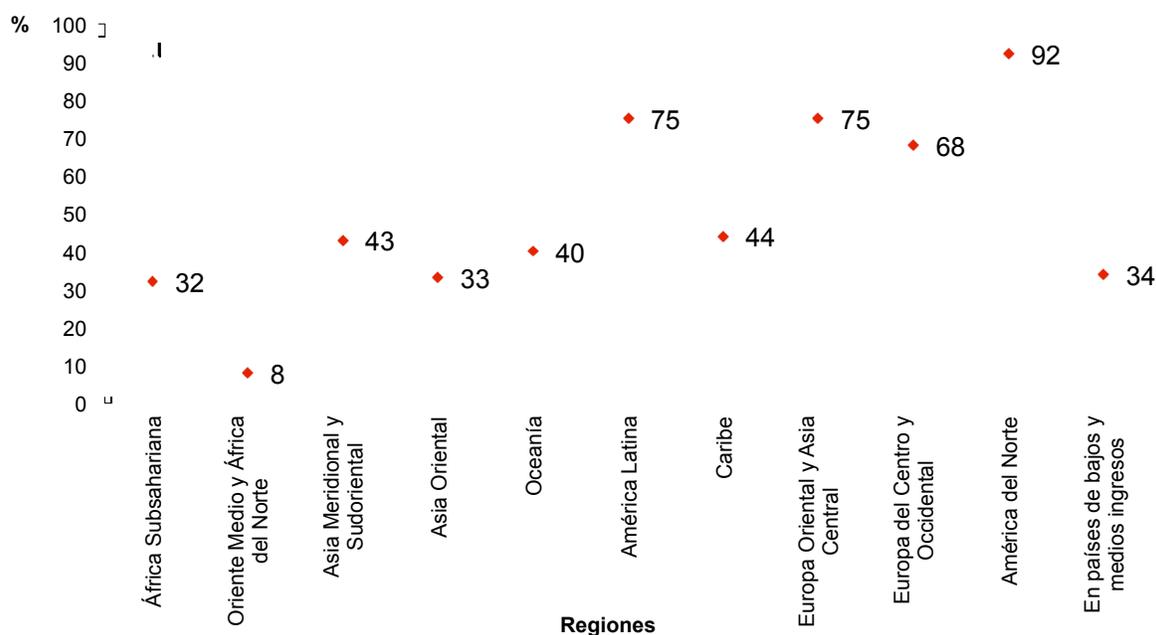
Casi 12.9 millones de personas reciben TAR en forma global en el 2013, de los cuales 5.6 millones fueron adicionados desde el 2010. El 33% del aumento fue en el Sur de África, seguida por la India (7%), Uganda (6%), y Zimbabue, Nigeria, Mozambique con el 5% cada uno. Tres de cuatro personas que reciben tratamiento para el VIH viven en el África Subsahariana.

Veintidós millones, o tres de cinco personas que viven con el VIH, aún no tienen acceso al TAR. La proporción de personas que no tienen acceso al tratamiento son el 58% en el Sur de África, 64% en la India, y 80% en Nigeria.¹⁶

El número de niños menores de 15 años que reciben el TAR es sustancialmente menor al de los adultos (630 mil en 2012),¹⁴ el África Subsahariana es la región con el mayor número de niños que reciben tratamiento; no obstante, la estimación de su cobertura es de sólo el 32% del número estimado de niños que ameritan tratamiento. Las regiones con mayor cobertura en este aspecto son América del Norte (92%), América Latina y Europa Oriental y Asia Central (75%), y Europa del Centro y Occidental (68%).¹⁵ (Gráfico 3)

Para el 2013, tres de cuatro niños viviendo con el VIH (76%) no están recibiendo el TAR.¹⁶

Gráfico 3. Estimación de la cobertura de tratamiento antirretroviral entre niños*. ¹⁵



* Basado en archivos espectro nacionales.

En 2012, más de 900 mil mujeres embarazadas infectadas con el VIH recibieron profilaxis antirretroviral o tratamiento para la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, siendo una tercera parte más que en 2009.¹⁴ Existe una amplia variación en la cobertura de los servicios de prevención para las mujeres embarazadas que tienen el VIH. Siendo las coberturas más altas (>90%) en las regiones de Europa del Centro y Occidental y el Caribe, mientras que las coberturas más bajas (<20%) son en las regiones de Asia, el Medio Oriente y el Norte de África.¹⁵

A las mujeres que tienen el VIH y que amamantan, se les aconseja el uso de

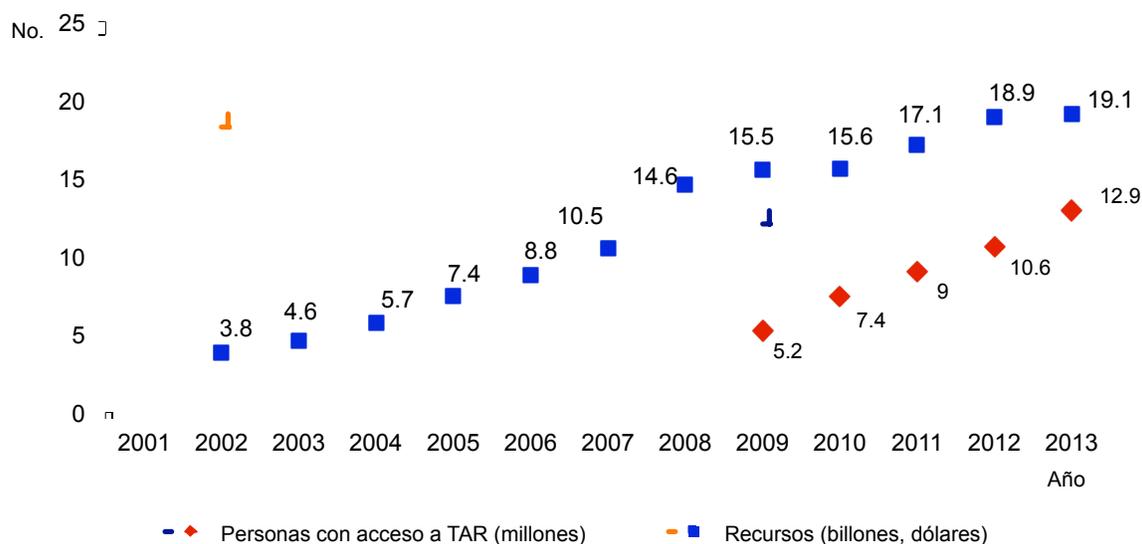
medicamentos antirretrovirales durante la lactancia de sus recién nacidos. En 2012, la cobertura antirretroviral fue sustancialmente menor durante el período de lactancia (49%) que durante el embarazo y el parto (62%). La mayoría de las mujeres en período de lactancia no están recibiendo la profilaxis necesaria para la prevención de la transmisión del VIH, por lo que se estima que la mitad de todos los nuevos episodios de la transmisión del VIH a niños ocurren durante el período de lactancia.¹⁵

El proporcionar el acceso al TAR a las mujeres embarazadas que viven con el VIH ha prevenido más de 900 mil nuevas infecciones entre niños desde el 2009.¹⁶

En años recientes, la evidencia ha demostrado que el tratamiento antirretroviral puede reducir el riesgo de la transmisión del VIH en aproximadamente el 96%, la circuncisión masculina en el 60%, la profilaxis antirretroviral pre-exposición en más del 40% entre hombres que tienen sexo con hombres y 49% entre UDI.¹⁵

Los recursos invertidos anualmente, en los países de bajos y medios ingresos para detener la epidemia del SIDA, han ido en un incremento paulatino de 3.8 billones de dólares en el año 2002 a 19.1 billones de dólares en el 2013; sin embargo, se observa un aplanamiento del 2011 a 2013. No obstante, la inversión doméstica e internacional continúa en aumento. La inversión doméstica, en países de bajos y medios ingresos, realizada en el 2013 fue de 9.65 billones de dólares. Estimaciones preliminares de UNAIDS (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) sugirió que el gasto de bolsillo disminuyó entre 2012 y 2013. En países de medios ingresos y en países como India, China y el Sur de África se están incrementando el uso de recursos domésticos.¹⁶ (Gráfico 4)

Gráfico 4. Recursos utilizados y personas con acceso a TAR.¹⁶



Evaluaciones preliminares, en el 2012, indican que alrededor de 6.6 billones se invirtieron en el África Subsahariana en respuesta al SIDA, 47% provino de los recursos domésticos y el remanente de recursos internacionales.

América Latina ha realizado un progreso significativo en la inversión y distribución de los recursos en la preparación de programas para el VIH, así como asumir la responsabilidad financiera para detener la epidemia del SIDA. En el 2013, el 94% de los gastos totales del VIH provienen de recursos domésticos. Sin embargo, en Bolivia, Guatemala, Honduras y Nicaragua cuentan con fondos internacionales para cubrir el 40% o más de su respuesta para el VIH.

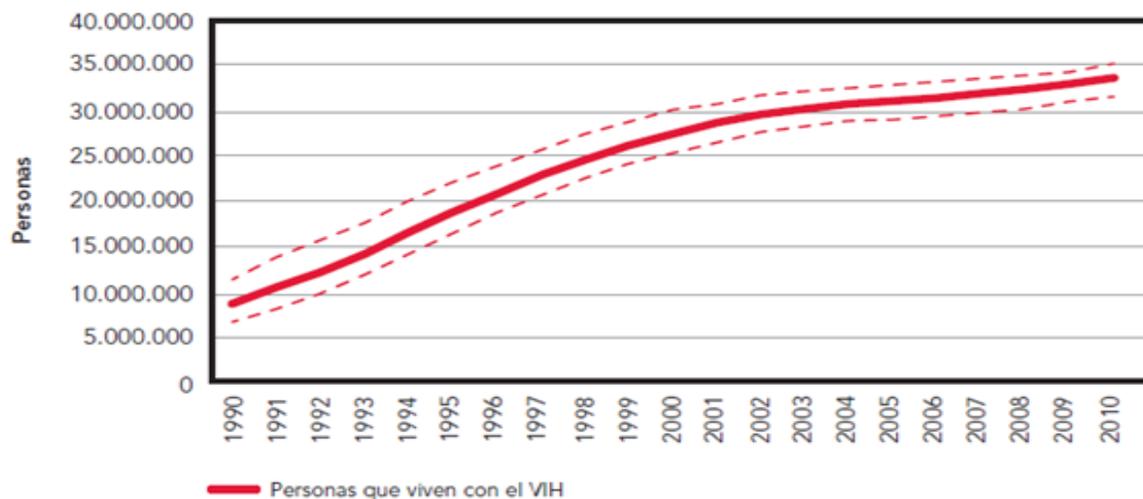
Estudios recientes muestran variaciones significativas en los precios de las medicinas antirretrovirales en los países de Latinoamérica. El estudio realizado (2012 – 2013) por el Horizontal Technical Cooperation Group on Antiretroviral Drug Prices, mostró variaciones en el costos de los principales regímenes de antirretrovirales, donde el precio más alto puede ser hasta 77 veces más alto que el precio del más bajo.

Muchos países en Europa Oriental y Asia Central permanecen con una alta dependencia de los fondos internacionales, aunque hay grandes diferencias entre los países.¹⁶

Estado actual de la epidemia

Hasta finales de 2010, la estimación mundial de personas que vivían con el VIH era de aproximadamente de 34 millones, un 17% más que en 2001 (Gráfico 5).^{17,18}

Gráfico 5. Personas que viven con el VIH.¹⁷



Fuente: Informe de ONU SIDA para el día mundial del SIDA, 2011

En el 2013, el total de personas que viven con VIH es de 35 millones (33.2 - 37.2 millones), de los cuales 31.8 millones son adultos (16 millones son mujeres) y 3.2 millones son menores de 15 años.

El África Subsahariana sigue siendo la región con el mayor número de personas afectadas por el VIH (70.6%), seguida de Asia y el Pacífico (13.7%); Europa del Centro y Occidental y América del Norte (6.6%), América Latina (4.6%), Europa Oriental y Asia Central (3.1%), Oriente Medio y África del Norte (0.7%), y el Caribe (0.7%).¹⁶ (Tabla 3)

Tabla 3. Estimaciones regionales de personas que viven con el VIH.¹⁶

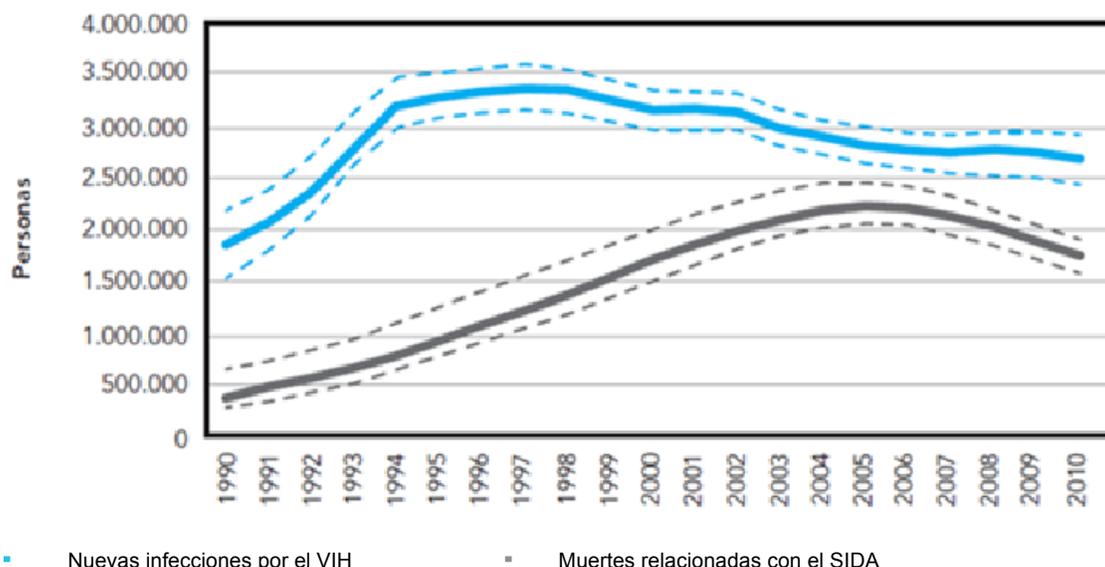
Región	Todas las edades	Edad > 15 años	Mujeres > 15 años
Asia y el Pacífico	4,800,000	4,600,000	1,700,000
Caribe	250,000	240,000	120,000
Europa Oriental y Asia Central	1,100,000	1,100,000	400,000
Latinoamérica	1,600,000	1,500,000	450,000
Oriente Medio y África del Norte	230,000	220,000	85,000
África Subsahariana	24,700,000	21,800,000	12,800,000
Europa del Centro y Occidental y América del Norte	2,300,000	2,300,000	510,000
Global	35,000,000	31,800,000	16,000,000

Un poco más de la mitad del total de personas que viven con VIH son mujeres y niñas y se ha mantenido estable alrededor del mundo; las poblaciones más afectadas son el África Subsahariana (59%) y el Caribe (53%), y las menos afectadas son Europa del Centro y Occidental y América del Norte (<30%). En el África Subsahariana son las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años las más afectadas y son ocho veces más probables a ser VIH positivas que los hombres.^{17,18}

A escala mundial, las nuevas infecciones por el VIH alcanzaron su máximo nivel en 1997 (gráfico 6), para ir declinando a 2.7 millones en el 2010.¹⁴ Para el año 2013, es de 2.1 millones (1.9 – 2.4 millones), siendo los adultos el mayor grupo afectado con 1.9 millones (1.7 – 2.1 millones) y en niños menores de 15 años de 240 mil (210 mil a 280 mil).¹⁶ (Tabla 4)

En quince ciudades acontecen más del 75% de los 2.1 millones de nuevas infecciones por el VIH. Siendo el Sur de África (16%), Nigeria (10%), Uganda (7%), India (6%); Mozambique y Kenia (5%); la Federación Rusa e Indonesia (4%); la República Unida de Tanzania, Zimbabue, China y Zambia (3%); los Estados Unidos, Camerún y Brasil (2%).¹⁶

Gráfico 6. Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el SIDA.¹⁷



Fuente: Informe de ONU SIDA para el día mundial del SIDA, 2011

Tabla 4. Estimaciones regionales de nuevas infecciones por el VIH.¹⁶

Región	Todas las edades	Edad > 15 años	0-14 años
Asia y el Pacífico	350,000	330,000	22,000
Caribe	12,000	11,000	<1000
Europa Oriental y Asia Central	110,000	110,000	<1000
Latinoamérica	94,000	92,000	1,800
Oriente Medio y África del Norte	25,000	22,000	2,300
África Subsahariana	1,500,000	1,200,000	210,000
Europa del Centro y Occidental y América del Norte	88,000	88,000	<500
Global	2,100,000	1,900,000	240,000

Generalmente, los hombres homosexuales y los hombres que tienen sexo con hombres son 19 veces más probables a estar viviendo con el VIH que la población general. Una revisión internacional, realizada en este grupo de población, concluyó que solo uno de 10 hombres recibió un paquete básico de intervenciones de prevención para el VIH.

La prevalencia de la infección entre trabajadores sexuales es 12 veces mayor que la de la población general.

Se estima que hay 12.7 millones (8.9 – 22.4 millones) de UDI y el 13% de estos viven con el VIH. En la Federación Rusa donde existe una política en contra de los servicios de tratamiento de sustitución opioide para los UDI, la prevalencia de la infección por el VIH en este grupo se estima a ser entre 18 y 31%. En los países donde existe este programa, Europa Occidental y Central, el número de nuevas infecciones es baja. En Grecia es una epidemia emergente en UDI.¹⁶

Mortalidad

A nivel mundial, en el 2013, las muertes relacionadas al SIDA es de 1.5 millones (1.4 – 1.7 millones), siendo los adultos los más afectados con 1.3 millones (1.2 – 1.5 millones) y en los niños menores de 15 años de 190 mil (170 mil – 220 mil). Siendo, a nivel global en orden descendente, la más afectada: Nigeria (14%), la región Subsahariana (19%), el Sur de África (13%); la India (8%, donde el 51% de las muertes que pasan en Asia son en este país), Mozambique y la República Unida de Tanzania (5% cada una); Zimbabue, Uganda y Kenia (4% cada una); Malawi, Camerún y Etiopía (3% cada una), China, la Federación Rusa y la República Democrática del Congo (2% cada una) y el 26% el resto de los países.

La tuberculosis es la principal causa de muerte en personas que viven con el VIH. De éstas, en el 2012, desarrollaron tuberculosis 1.1 millones.

De los 35 millones de personas que viven con VIH, se estima que de 2 – 4 millones tienen infección por el virus de la hepatitis B y de 4 – 5 millones con el virus de la hepatitis C.¹⁶

Estigma y Discriminación

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH persisten como principales obstáculos para un manejo eficaz del VIH en todas las partes del mundo. En las encuestas nacionales se ha encontrado que el trato discriminatorio de las personas que viven con el VIH sigue siendo común en las múltiples facetas de la vida, incluido el acceso a la atención médica. En 2012, el 61% de los países informaron de la existencia de leyes contra la discriminación que protegen a las personas que viven con el VIH.¹⁵

Una investigación realizada en 2010 en poblaciones clave, por organizaciones no gubernamentales de UNAIDS Programme Coordinating Board, mostró que las personas que viven con VIH tienen un alto riesgo de continuar a experimentar niveles elevados de estigma y discriminación relacionados con el VIH. Un poco menos de la mitad de los encuestados experimentaron actitudes negativas o de exclusión de los miembros de la familia. Otras experiencias, en menos de la tercera parte de la muestra, incluyeron pérdida del empleo, negación de la atención a la salud por los trabajadores de las unidades médicas, exclusión vocacional o social y/o revelación involuntaria.¹⁹

Existen reportes de muchas partes del mundo de violencia y asesinato de individuos basado sobre su percepción u orientación sexual. En el Centro y el Sur de América algunos reportes refieren que el personal de la atención a la salud posiblemente discriminen a las personas que viven con el VIH y nieguen los servicios a los grupos de población de alto riesgo como las trabajadoras sexuales y a los homosexuales; en México, los proveedores de estos servicios pueden tratar a los usuarios de drogas intravenosas como delincuentes.¹⁹

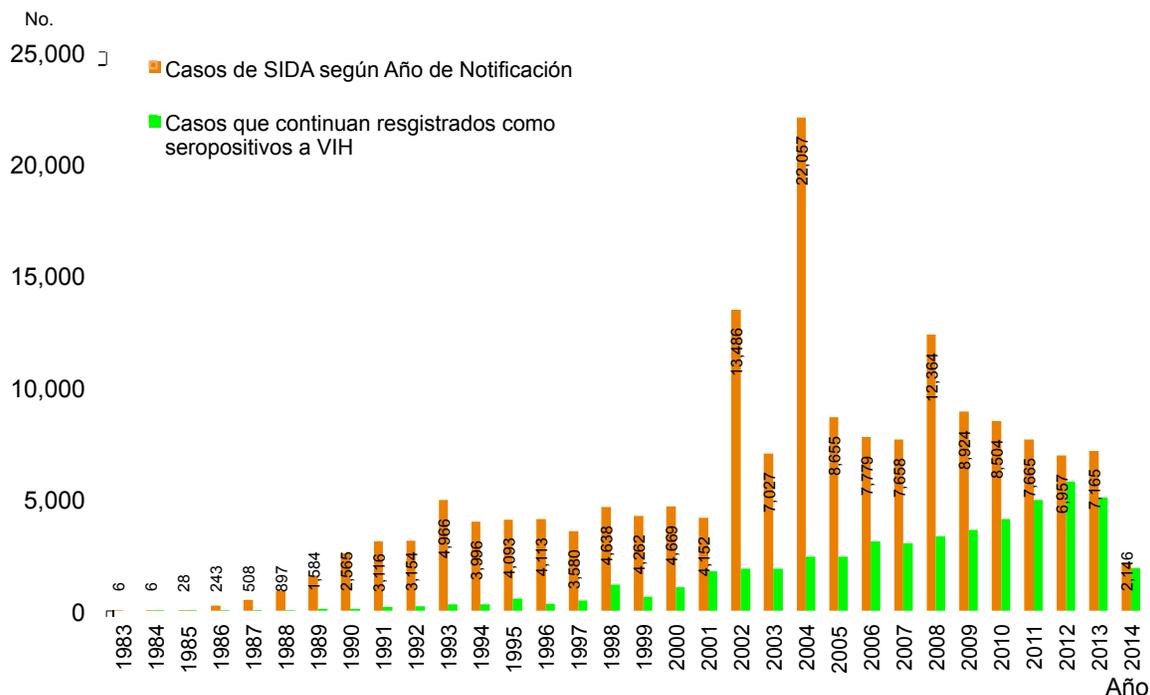
III. La Epidemia del VIH/SIDA en México

En 1986 se estableció un sistema de vigilancia formal para estudiar la epidemia del VIH/SIDA. Sin embargo, existen problemas en la obtención de los datos como: grado de incertidumbre del momento y la vía de contagio, estimación del tamaño de las poblaciones vulnerables (hombres que tienen sexo con hombres, usuarios de drogas inyectadas, hombres y mujeres trabajadores sexuales), en su registro y el retraso en la notificación de los casos de SIDA y de VIH; situaciones que repercuten en forma importante en la calidad de la información.²⁰

En nuestro país desde el inicio de la epidemia en 1983 y de acuerdo a la información preliminar disponible al 30 de junio de 2014, se han reportado 170 mil 963 casos de SIDA notificados, siendo 140 mil 276 en hombres (82%) y 30 mil 687 en mujeres (18%). Observándose en el año 2004, el mayor número de casos notificados.²¹ (Gráfico 7)

De 1984 al 30 de junio de 2014, se reportan 50 mil 866 casos que continúan siendo seropositivos, con un mayor porcentaje en hombres (74%) que en mujeres (26%).²¹ Como se aprecia en el gráfico 7 estos casos han aumentado en el transcurso del tiempo, posiblemente debido a la disponibilidad del tratamiento antirretroviral. (Tabla 5)

Gráfico 7. Casos de SIDA y casos registrados como seropositivos a VIH según año se notificación.²²



Información preliminar al 30 de junio de 2014.
Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida.

Tabla 5. Casos notificados de SIDA y personas que continúan como seropositivos a VIH según sexo, México.²¹

Sexo	Casos notificados con SIDA (1983 – 2014)	Casos registrados como seropositivos a VIH (1984 – 2014)
Hombre	140,276 (82.1%)	37,605 (73.9%)
Mujer	30,687 (17.9%)	13,261 (26.1%)
Total	170,963 (100%)	50,866 (100%)

Información preliminar al 30 de junio de 2014.
Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida.

Al 30 de junio de 2014, los casos de SIDA que están vivos son 65 mil 365 (38%), han muerto 94 mil 44 (55%), y se desconoce su evolución en 11 mil 554 casos (7%). Con respecto a los casos seropositivos están vivos 50 mil 497, han muerto 19, y se desconoce su evolución en 350 casos.²¹

La distribución de acuerdo a la vía de transmisión es primordialmente la sexual con 66.9%, la no especificada 29.0%, la sanguínea 1.7%, la perinatal 1.5% y los

UDI 1.0%. Es importante resaltar la desaparición de los casos de SIDA por transfusión sanguínea desde el año de 1999, notificándose sólo un caso en el año 2004. Los UDI y los casos de transmisión vertical representan un bajo porcentaje del total de los casos de SIDA en el país.²¹ En los primeros años los casos de SIDA en hombres homosexuales y bisexuales representan el 90% del total de casos, y en la década actual constituyen alrededor del 50%. En las mujeres la principal vía de transmisión es la heterosexual en casi el 98% de los casos registrados en el 2011, siendo el porcentaje restante la vía de transmisión perinatal y en UDI.²² (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de los casos notificados de SIDA según categoría de transmisión; México, 1983 – 2013.²¹

Categoría de Transmisión	Número	Porcentaje
Sexual	114,325	66.9
Sanguínea*	2,869	1.7
UDI	1,640	1.0
Perinatal	2,500	1.5
No especificado	49,629	29.0
Total	170,963	100

Información preliminar al 30 de junio de 2014.

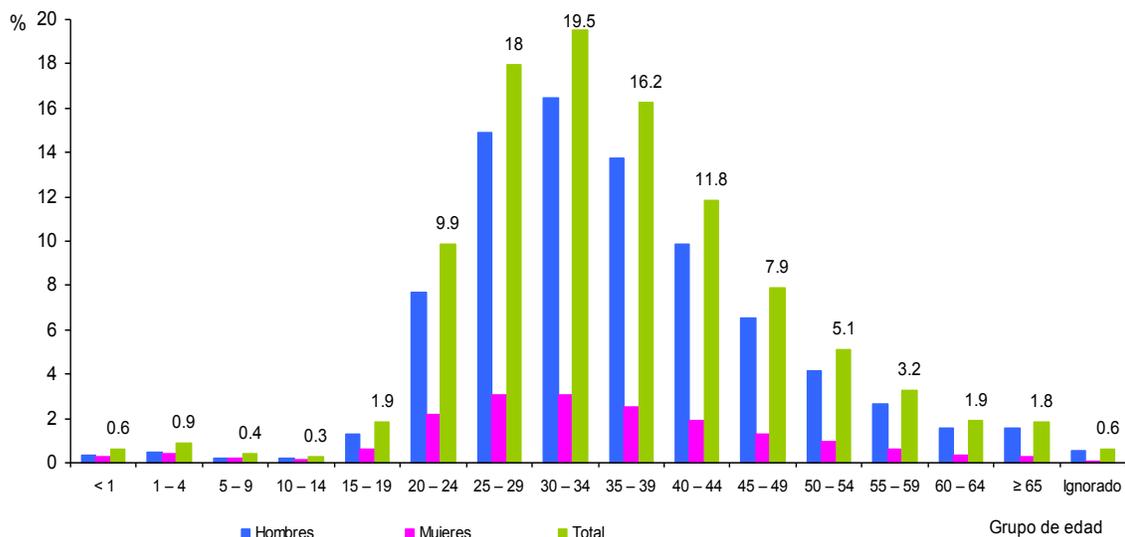
*Incluye casos pos transfusionales y exposición ocupacional.

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA. Procesó: Dirección General de Epidemiología/SS. UDI usuarios de drogas intravenosas.

En 2011, datos observables muestran la prevalencia del VIH en las poblaciones más expuestas infectadas por VIH son: los hombres que tienen sexo con hombres (16.99%), los hombres trabajadores sexuales (18.24%), los UDI (7.02%) y en mujeres trabajadoras sexuales (0.63%).²² Para el 2012, la prevalencia estimada del VIH en México, en población 15 – 49 años, era de 0.24%.²³

El 53.7% de los casos de SIDA se encuentra en el grupo de edad de 25 a 39 años, como se puede apreciar es en las etapas reproductivas y productivas de las personas; teniendo el porcentaje (19.5%) más alto en el grupo de 30 a 34 años de edad.²³ (Gráfico 8)

Gráfico 8. Distribución de los casos notificados de SIDA según grupo de edad y 1983 – 2013.²²



Información preliminar al 30 de septiembre de 2013. Fuente: SUIVE/DGE/SS.

La institución de salud que atiende la mayor cantidad de pacientes con VIH y SIDA es la Secretaría de Salud (SS), seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), siendo en un menor porcentaje en las otras instituciones de salud: el privado, el Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Petróleos Mexicanos (PEMEX), como se puede apreciar en la tabla 7.²⁴

Tabla 7. Porcentaje de casos de SIDA y seropositivos a VIH según institución notificante.²⁵

Institución de Salud	Porcentaje de casos de SIDA, 1983 – 2012*	Porcentaje de casos que continúan como seropositivos a VIH, 1984 – 2012*
SS	59.7	68.6
IMSS	27.6	21.3
ISSSTE	4.4	2.7
PRIVADO	0.8	0.9
SEDENA	0.4	1.2
IMSS-Op	0.3	0.7
PEMEX	0.2	0.3
SEMAR	0	0
DIF	0	0
OTROS	6.6	4.3

Información preliminar al 30 de junio de 2012. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA.

Tabla 8. Casos notificados de SIDA según lugar de residencia y sexo. 1983 – 2014.²¹

Estado	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje de casos con respecto al total	Relación H/M
Aguascalientes	868	165	1,033	0.6	5.3/1
Baja California	5,997	1,393	7,390	4.3	4.3/1
Baja California Sur	805	175	980	0.6	4.6/1
Campeche	1490	415	1,905	1.1	3.6/1
Coahuila	1618	281	1,899	1.1	5.8/1
Colima	877	192	1,069	0.6	4.6/1
Chiapas	6,077	2,236	8,313	4.9	2.7/1
Chihuahua	4056	731	4,787	2.8	5.5/1
<i>Distrito Federal</i>	<i>23,384</i>	<i>2,812</i>	<i>26,196</i>	<i>15.3</i>	<i>8.3/1</i>
Durango	1107	227	1,334	0.8	4.9/1
Guanajuato	2889	563	3,452	2.0	5.1/1
Guerrero	6,015	1,924	7,939	4.6	3.1/1
Hidalgo	1584	435	2,019	1.2	3.6/1
Jalisco	10,504	2,172	12,676	7.4	4.8/1
<i>México</i>	<i>14,738</i>	<i>3,123</i>	<i>17,861</i>	<i>10.4</i>	<i>4.7/1</i>
Michoacán	4,033	865	4,898	2.9	4.7/1
Morelos	2,845	805	3,650	2.1	3.5/1
Nayarit	1,780	395	2,175	1.3	4.5/1
Nuevo León	4,513	657	5,170	3.0	6.9/1
Oaxaca	4,636	1,270	5,906	3.5	3.7/1
Puebla	5,860	1,676	7,536	4.4	3.5/1
Querétaro	1,139	228	1,367	0.8	5.0/1
Quintana Roo	2,113	479	2,592	1.5	4.4/1
San Luis Potosí	1,788	411	2,199	1.3	4.4/1
Sinaloa	2,618	583	3,201	1.9	4.5/1
Sonora	2,900	534	3,434	2.0	5.4/1
Tabasco	2,931	715	3,646	2.1	4.1/1
Tamaulipas	3,274	751	4,025	2.4	4.4/1
Tlaxcala	1,112	340	1,452	0.8	3.3/1
Veracruz	12,172	3,318	15,490	9.1	3.7/1
Yucatán	3,417	625	4,042	2.4	5.5/1
Zacatecas	743	148	891	0.5	5.0/1
Extranjeros	327	37	364	0.2	8.8/1
No especificado	66	6	72	0.04	11.0/1
Total	140,276	30,687	170,963	100	4.6/1

Información preliminar al 30 de junio de 2014.

Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y sida.

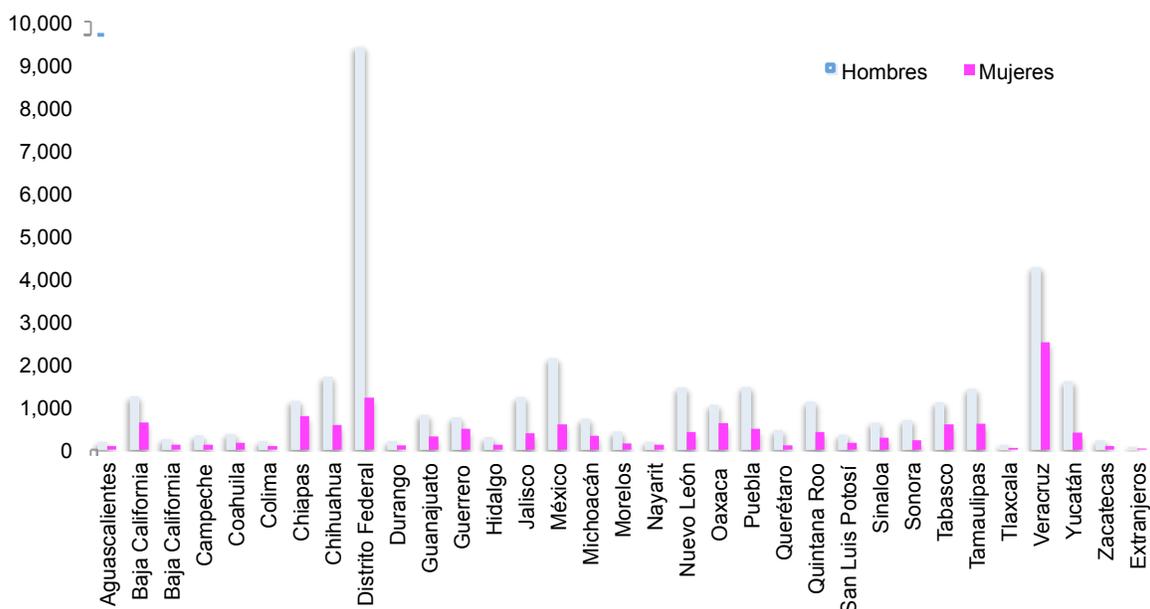
Los estados con el mayor número de casos notificados de SIDA son: Distrito Federal 26 mil 196 (15.3%), Estado de México 17 mil 861 (10.4%), Veracruz 15 mil 490 (9.1%), Jalisco 12 mil 676 (7.4%), Chiapas 8 mil 313 (4.9%), Guerrero 7 mil 939 (4.6%), Puebla 7 mil 536 (4.4%) y Baja California 7 mil 390 (4.3%); lo que representa el 60.5% del total de los casos.²¹

En 2012, los estados con una mayor tasa (100 mil habitantes) de casos nuevos diagnosticados de infección con el VIH son Quintana Roo (19.9), Distrito Federal (13.6), Yucatán (11.7), Campeche (11.4) y Veracruz (10.4); y con SIDA son Campeche (12.8), Guerrero (12.1), Chiapas (9.9), Distrito Federal (8.5) y Tabasco (7.1).²³

Al inicio de la epidemia esta razón hombre/mujer (H/M) era de 10.8 hombres con SIDA por una mujer con SIDA. En los últimos once años se ha mantenido alrededor de 4 hombres con SIDA por una mujer con SIDA.²² A nivel nacional, existe una razón H/M de 4.6 hombres con SIDA por una mujer con SIDA. Esta relación varía en los diferentes estados de la República Mexicana, siendo los más altos en el Distrito Federal con 8:1 y Nuevo León con 7:1, y el más bajo en Chiapas con 3:1 (tabla 8).²¹

Los estados con el mayor número de casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH son: Distrito Federal 10 mil 622 (21%), Veracruz 6 mil 762 (13%), Estado de México 2 mil 727 (5%), Chihuahua 2 mil 274 (4.5%) y Tamaulipas 2 mil 23 (4%); lo que representa el 48% del total de los casos. Siendo la más baja en Tlaxcala con 154 casos (0.3%).²¹ (Gráfico 9)

Gráfico 9. Casos notificados que continúan registrados como seropositivos a VIH según estado de residencia y sexo. 1983 – 2014.²¹



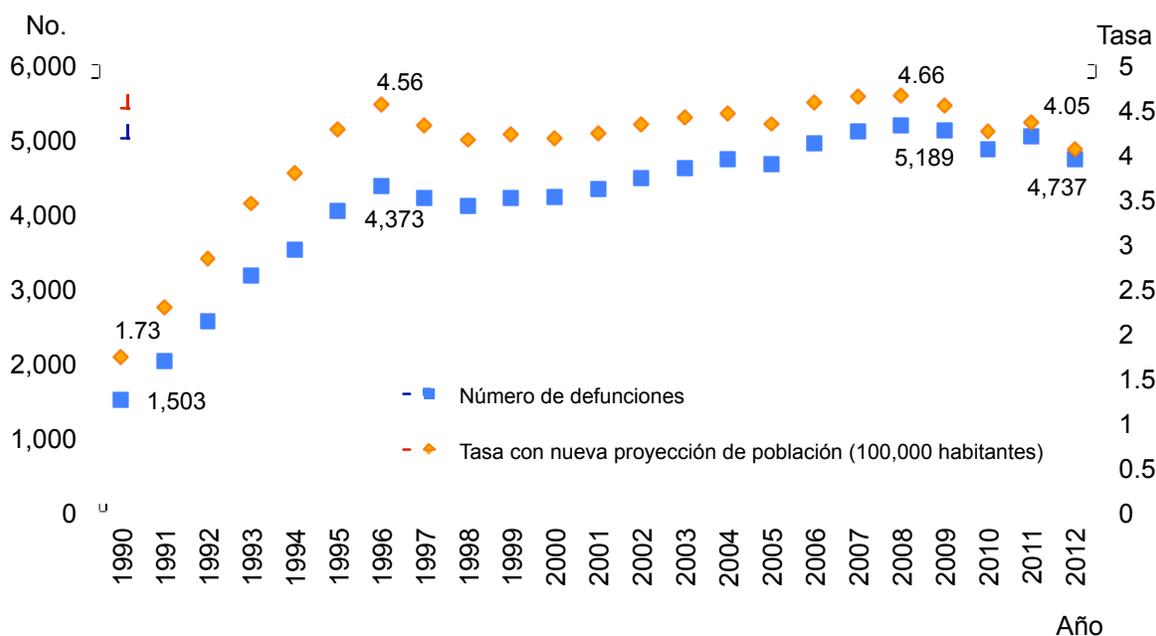
Información preliminar al 30 de junio de 2014. Fuente: SUIVE/DGE/SS. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH y SIDA.

La tasa de defunciones por SIDA se ha mantenido estable, desde finales del siglo pasado, debido a la atención integral de estos pacientes y el acceso al tratamiento antirretroviral (gráfico 10). Y a finales de 2003 se alcanzó el acceso universal al tratamiento antirretroviral gratuito a las personas sin seguridad social.^{22, 23}

La sobrevivencia de los pacientes es uno de los mejores indicadores de la calidad de la atención médica. El aumento en la sobrevivencia está relacionado con intervenciones múltiples en el manejo médico, especialmente en el diagnóstico temprano, la introducción de antirretrovirales y la profilaxis antimicrobiana para infecciones oportunistas.²⁵

En un estudio realizado en IMSS evaluando la mortalidad por el VIH/SIDA, se observó un incremento entre 1991-1995 y una disminución entre 1995-2009. El sexo masculino es el grupo más afectado, alcanzando tasas superiores a 10 por 100 mil derechohabientes antes de 1997, con un descenso progresivo a la mitad entre 1997 y 2009. La tendencia en la mujer es de menor proporción, oscilando en una mujer por 100 mil. El grupo de edad con más defunciones fue el de 25 - 44 años, con una mayor tasa en 1997 con 3.4 por 100 mil mujeres y en 1995 con 30 por 100 mil hombres.²⁶

Gráfico 10. Número de defunciones por SIDA y tasa por 100 mil habitantes, 1990 - 2012.



2000,- 2011 Información Oficial INEGI
2012 INFORMACIÓN preliminar SEED/DGE/DGIS/SS

En un análisis de sobrevida, realizado en México, usando una cohorte dinámica se observó que la probabilidad de sobrevida después del diagnóstico de infección por VIH sin tratamiento antirretroviral fue de aproximadamente de 0.73 después del primer año, de 0.36 a 5 años, 0.28 a los 10 años, 0.26 a los 15 años y de 0.22 en adelante. Y de las personas que inician y continúan con el tratamiento antirretroviral altamente efectivo tuvieron 7.1 más veces de sobrevivir que estos que no recibían tratamiento.²⁷

Los UDI y el sexo pagado sin protección es un componente importante en la diseminación del VIH, especialmente en México y en algunas partes de Europa del sur. En estudios realizados, en Ciudad Juárez y Tijuana, se ha encontrado una prevalencia del 12% entre mujeres sexoservidoras quienes usan drogas intravenosas, y en Tijuana en el 3% de UDI. En otro estudio, realizado en Tijuana, se encontró que la prevalencia de VIH en mujeres embarazadas fue del 1% y entre éstas quienes usaban drogas fue del 6%.¹⁹

IV. La Familia y el VIH/SIDA

La familia es probablemente el sistema social más importante para los individuos. En los latinos la familia, nuclear y extendida, sigue siendo la principal fuente de apoyo y unión de por vida; en cambio en la sociedad anglo las relaciones familiares están más estrechamente relacionados con la infancia. Los latinos tradicionales están orientados alocéntricamente hacia su familia y su comunidad. Una de las consecuencias de esta orientación es que tienden a ver sus acciones reflejadas en su familia y la familia extendida, en lugar de limitarse a sí mismos. Tanto para hombres y mujeres, esto puede manifestarse como un potente impedimento sobre la revelación de la actividad sexual o de la identidad que podría traer la vergüenza a la familia. Estos sentimientos pueden verse intensificados por la religión. Tradicionalmente, la mayoría de los latinos son católicos, una fe, con un alto grado de énfasis en la vida de familia y amigos, pero también se caracteriza por el paternalismo y la intolerancia hacia la homosexualidad y la promiscuidad femenina. Las religiones de más rápido crecimiento entre los latinos protestantes son religiones fundamentalistas y pentecostales, que también tienen estas actitudes.²⁸

A partir de que inicio la epidemia del VIH/SIDA se vio como un problema médico y social. Con respecto el aspecto médico se maneja como una enfermedad que afecta sólo a individuos; desde el aspecto social se relaciona al estigma y sus repercusiones como el aislamiento de éstos quienes están afectados, no solo por el hecho de tener una enfermedad infecciosa que se asocia con la muerte, sino que también son castigados como consecuencia de su estilo de vida (orientación

sexual, como la homosexualidad), de su conducta sexual (infidelidad) o del uso de drogas intravenosas.

En la primera década de la epidemia, en el occidente, los hombres homosexuales eran los más afectados por el VIH y se dio por hecho que estos no estaban conectados a una familia. Aunado a que en muchos países las relaciones entre parejas del mismo sexo no son legalmente definidas como una familia y por ende no son protegidas legalmente y no tienen obligaciones con la pareja; no obstante las actividades económicas, sociales y sexuales son similares a las de una pareja heterosexual.²⁹

El VIH/SIDA está impactando no sólo a los individuos infectados sino a familias enteras, a través de múltiples infecciones en los miembros de una familia. El hacer frente a esto ocasiona modificaciones: a nivel familiar (estructura y roles), en su economía, en aspectos sociales y emocionales, en patrones de migración y en los ciclos de vida. Las personas infectadas deben hacer frente a los cambios que ocasionan los síntomas en su estado físico, a los complejos regímenes de medicación, al estigma y al miedo de la muerte relacionada con el SIDA, y si son padres el rol en el cuidado de su familia.

Familias de origen y de elección son desintegradas cuando las funciones y roles de los miembros de la familia son afectados cuando los padres se tornan incapacitados debido a la enfermedad misma, a la presencia de trastornos psiquiátricos, al ser hospitalizados y por las múltiples pérdidas (la muerte de uno o de varios miembros de la familia). Debido a esto, otras personas necesariamente toman el rol de cuidado de los niños.^{30,31,32,33}

En EU, los niños y las familias de las personas con VIH, pueden depender de los recursos y de la caridad que cubren servicios como: 1) la administración de suplementos de ingreso: seguridad de ingreso suplementario, Seguro Social por incapacidad y la ayuda a familias con hijos dependientes; 2) atención médica: cobertura de Medicaid o de Medicare, seguro privado y los que no tienen seguro de salud; 3) cuidado infantil; 4) de vivienda; 5) apoyo para el duelo; 6) cuidado de la crianza; y 7) la adopción de los niños: las abuelas más a menudo llenan el hueco para estos niños, seguidos por otros familiares o padres adoptivos, quienes podrían necesitar apoyo extra. Los fondos del gobierno están disponibles para la crianza formal y cuidado adoptivo, pero los arreglos de cuidado informal que se producen cuando un familiar tiene un niño a menudo no califican para ayuda financiera. Estos servicios no siempre son disponibles y el estigma asociado con el VIH puede complicar el acceso a dichos servicios. La provisión y la gestión de la atención de calidad para la familia a menudo se hace difícil por la falta de recursos que experimentan las familias con ingresos limitados y la multiplicidad de los problemas asociados con la pobreza.^{31,32}

Debido a que los recursos económicos son limitados, el VIH/SIDA es una preocupación familiar, aunada a que existe separación en los servicios de atención médica de niños y adultos, lo que dificulta el acceso a las familias para una atención integral, no solo para los miembros de la familia infectados sino también para los no infectados.^{30,34}

Los desafíos y las consecuencias sociales que el VIH representa para los niños y las familias, incluyen: dificultad en compartir los diagnósticos de sus hijos con sus familiares, amigos, vecinos y patrones; aislamiento, segregación, estigma social, depresión, aflicción, desorientación, incapacidad para sostener una rutina normal, falta de servicios de apoyo y de tratamiento integral para la familia. En EU muchas de estas familias forman grupos minoritarios, quienes ya cargan con la pobreza, discriminación y sistemas de ayuda débiles. En China el estigma relacionado al VIH es asociado con vergüenza y afrenta para la familia, dañando las relaciones entre la familia y más ampliamente con las redes sociales familiares.^{35,36,37}

Muchas familias afectadas por el VIH/SIDA experimentan miedos como: la muerte del miembro de la familia infectado, de la carga del cuidado (físico y psicológico), el del tornarse infectado, el sentimiento de desamparo que pueden presentarse en los diferentes estadios del curso de la enfermedad. Algunos de los miembros de la familia pueden tornarse inmovilizados para ser capaces de identificar los desafíos y problemas que encaran para asignar prioridades en la negociación de éstos. Y otros pueden iniciar a debatir su capacidad para afrontar y manejar su estrés.²⁹

La pérdida trágica de varios miembros en la familia le coloca una carga aplastante al grupo más frágil y vulnerable, las mujeres. Abuelas y bisabuelas están siendo llamadas para cuidar infantes infectados con el VIH, los niños de sus propios hijos que están muriendo de SIDA. Los hermanos de niños enfermos, en forma aguda o crónica, son afectados emocionalmente y de una manera severa, debido a que la aflicción y el cuidado proporcionado por los padres es mayor para el hijo enfermo; y los sentimientos de dolor, miedo, confusión, celos y resentimientos de los otros hijos pueden ser ignorados, situación que aumenta cuando no se les comparte el diagnóstico de la infección por el VIH. En muchas familias cuando más de un hermano es infectado, el resto se preocupa en forma importante del momento en que ellos se enfermen y mueran. Los niños cuyos padres están infectados experimentan miedo de ser abandonados, de la pérdida de su hogar y seguridad, se preocupan de quién cuidará de ellos en el futuro si sus padres mueren.³⁶

La familia de origen es generalmente un componente importante de un sistema de apoyo de los individuos heterosexuales cuando experimentan una crisis de enfermedad física, en cambio los hombres homosexuales con VIH/SIDA son más probables a buscar y recibir el apoyo social de amigos y sus parejas que de sus familias de origen. Sin embargo, esta situación puede cambiar debido a diversos

factores. Hombres con diagnóstico de SIDA son más probables a buscar y recibir apoyo de sus familias de origen que los que tienen VIH. Lo cual sugiere que la posibilidad de la muerte puede motivar a las familias a resolver dificultades pasadas y relacionarse más positivamente. Para las personas con VIH/SIDA el buscar el apoyo de su familia de origen depende de si la familia conocía y aceptaba su orientación sexual o si la desconocían y lo rechazaban, del estigma asociado con el VIH/SIDA, del conflicto de que vean a la pareja como culpable de la enfermedad, del deseo de conservar su independencia; de padres ancianos que tienen problemas de salud y/o escasos recursos y de las distancias geográficas, situaciones que limitan su capacidad para poder proporcionar cuidados a sus hijos enfermos.³⁸

Kadushin evaluó el apoyo social y de la familia (EU) en hombres homosexuales con VIH/SIDA, encontrando que los entrevistados se sienten más cercanos a sus madres y hermanos que a sus padres antes y después del desarrollo de VIH/SIDA. Las madres y las hermanas, más frecuente que los hermanos, proporcionaron un mayor nivel de apoyo emocional e informal (compras, lavandería o preparación de alimentos) que los padres. Los pacientes con diagnóstico de SIDA tuvieron una mayor probabilidad de no estar trabajando que los que tenía VIH. Las barreras para obtener ayuda fue la falta de conocimiento de la familia acerca de tener VIH/SIDA, del deseo de mantener su independencia, a la presencia de valores religiosos o políticos relacionados a actitudes negativas hacia la homosexualidad y las relaciones tirantes entre la familia y la pareja del paciente.³⁸

También es fundamental reconocer que ciertas enfermedades crónicas, especialmente las que incapacitan a los pacientes, no pueden ser tratadas en una exclusiva relación médico-paciente sin involucrar la participación de los familiares. La participación de los miembros de la familia, en la asistencia a los familiares con una enfermedad crónica, incluye la ayuda para tener acceso a un tratamiento médico. Las experiencias de los cuidadores variaban dependiendo de la información que el personal de salud proporciona o no de que el VIH/SIDA es la causa probable de la enfermedad de sus familiares.³⁹

Smith y Rapkin entrevistaron a pacientes con SIDA residentes en Nueva York (EU), valorando el tamaño y composición de sus redes familiares y de las barreras de apoyo auto identificados. Todos los entrevistados tenían en promedio dos orígenes de apoyo; las mujeres más que los hombres confiaron en el apoyo de los hijos; los hombres UDI y los homosexuales confiaron en sus amigos y su familia tradicional, mientras que los hombres heterosexuales dependieron más del apoyo de sus familias tradicionales. Las barreras para el apoyo incluyeron: costos

interpersonales, falta de acceso, falta de aceptación, falta de intimidad, interacciones negativas y miedo a la divulgación.⁴⁰

Turner y colaboradores en su estudio realizado en San Francisco (EU) sobre el apoyo social en hombres homosexuales, encontraron que los miembros de la familia pueden ser un importante origen de apoyo para el hombre homosexual, particularmente cuando las relaciones familiares permiten una comunicación abierta. Sin embargo, cuando las familias que conocían la homosexualidad de su hijo/hermano e interactuaron cuando presentaban un mayor número de síntomas por el VIH les retiraron su apoyo social, y esto se acentuó cuando el hijo/hermano homosexual empezó a desarrollar síntomas de SIDA.⁴¹

Las familias son cuidadores importantes, debido a que proporcionan apoyo social para los miembros infectados con el VIH, siendo las madres y los amigos cercanos los cuidadores más frecuentes. El apoyo emocional que la familia proporciona al paciente con el VIH ocasiona beneficios como atenuar el estrés, mejorar la adherencia al tratamiento del VIH, disminución en los síntomas de depresión, también puede ayudar a que el paciente restaure su razón de ser y aumente su autoestima, con mejoría en la calidad de vida. El apoyo instrumental implica la ayuda práctica, como ir de compras, el cuidado de la casa y el transporte. Los familiares también pueden expresar la necesidad de apoyo social en un principio para aumentar su propia comprensión de la enfermedad y después si la condición de miembro de la familia infectado con el VIH empeora.⁴²

Murphy y colaboradores (EU) encontró que las madres de raza blanca tenían menos probabilidades de estar gravemente enfermas que los otros grupos raciales/étnicos. El nivel medio de la depresión fue elevado en esta muestra, y se asoció con una mala cohesión familiar y peor sociabilidad familiar. La depresión también se asoció con que las madres tienen menor capacidad de realizar tareas que normalmente hacían, lo que ocasiona que los niños realicen mayores tareas domésticas.⁴³

En el África Subsahariana, Uganda, el mayor apoyo proporcionado a los pacientes con SIDA es la familia, los amigos y las iglesias. Y la mayor carga en el cuidado de los pacientes recae en las mujeres ancianas y las jóvenes. En muchos países pobres, el cuidado familiar es el más común y a menudo la única atención que los pacientes con SIDA reciben, debido a que la atención médica formal no es accesible. La carga de los cuidadores abarca cuestiones médicas, sociales y económicas a nivel de hogares.⁴⁴

Heuveline revisó la evidencia empírica existente del impacto de la epidemia en la estructura de la población y la composición de los hogares, en los países de África oriental y meridional. Los hogares extensos, multifamiliares o multigeneracionales, donde la reasignación de trabajo –dentro y fuera de la casa– y de la

responsabilidad del cuidado de los niños pueden tener lugar sin un cambio visible en la estructura del hogar. La pérdida de un adulto sería más evidente en los hogares biparentales, dejando a los huérfanos a vivir con un solo padre, lo que puede llevar a otro adulto de la familia extendida a moverse dentro del hogar para ayudar con el cuidado de los niños y del cónyuge sobreviviente cuando está infectado y sintomático. Otra alternativa para aliviar la carga es la de enviar a los niños a otro hogar dentro de la red de la familia extendida. Las proporciones de los huérfanos y las viudas se han incrementado en los países más afectados. Se observan menos probabilidades de un nuevo matrimonio para las viudas, resultando el aumento en la proporción de hogares con jefatura femenina, que son sólo temporales, ya que la mortalidad femenina tiende a ser semejante a la mortalidad masculina. Y el número de huérfanos dobles está empezando a aumentar, pero en general, los huérfanos siguen viviendo predominantemente con un miembro de la familia, lo más a menudo los abuelos, si no con el padre sobreviviente.

En zonas rurales de Malawi, el 73% de los hogares se disolvió por completo después de la muerte del segundo padre, donde los abuelos es la alternativa más habitual de los padres para el cuidado de los niños, aunque frecuentemente las tías y los tíos también dan acogida a los hijos de padres seropositivos (37%). En zonas rurales de Sudáfrica se encontró que el 54% de todos los niños no viven con su padre, a un año de seguimiento se encontró una mayor frecuencia de niños que abandonan el hogar o incluso los hogares se disuelven por completo; sin embargo, el número de familias encabezadas por niños sigue siendo muy pequeño. En Botswana, Namibia y Sudáfrica una cuarta parte de los niños no viven con ninguno de los padres. En zonas rurales de Uganda la proporción de huérfanos que viven con el padre o la madre biológica se ha reducido a 35%. La mayoría de ellos siguen viviendo con un familiar, a menudo es uno de los abuelos.⁴⁵

El estudio efectuado en Kisesa (Tanzania, 1994 – 1998) para evaluar el impacto de la epidemia del SIDA en la movilidad de 4 mil 956 hogares después de la muerte de los miembros seropositivos a VIH. De los hogares estudiados el 19.6% experimentaron una muerte, 11.4% la muerte de un adulto y 4.4% más de una muerte. En 244 hogares murió el jefe de familia y en 12 hogares el jefe de familia y la esposa. En más de la quinta parte el jefe de familia era una mujer. En general, en el 7% de los hogares todos los miembros se mudaron después de la muerte de un hombre o de una mujer. Los hogares sólo se disuelven si el fallecido era el jefe de familia, y la disolución fue más frecuente si el jefe de familia era menor de 60 años de edad. De los 12 hogares en los que murieron el jefe de familia y su cónyuge, cinco se disolvieron. Los hogares que se disolvieron después de la muerte del jefe de familia eran más pequeños que los hogares que no se

disuelven después de la muerte del jefe de familia. El número promedio de personas en el hogar en el momento de la visita domiciliaria antes del fallecimiento fue de 7.1 en los hogares que no se disolvieron y 3.9 personas en las que se disolvieron.⁴⁶

Castro y colaboradores en su estudio realizado en ciudad Netzahualcóyotl (Estado de México, 1995) para identificar los puntos críticos en la trayectoria de las familias de personas con VIH/SIDA, donde se presupone que en una sociedad como la mexicana los pacientes con VIH/SIDA cuenta con una red de apoyo familiar. Y una estrategia de adaptación a la vida cotidiana se basa en la tendencia a normalizar las permanentes emergencias en las que se encuentran (económicas, sociales, físicas, etc.). La explicación que vincula la conducta de los afectados con la condición de seropositividad puede llegar a ser simultáneamente culpabilizadora y controversial. Dado el carácter estigmatizante del SIDA, la tendencia más común es mantener en secreto el tipo de enfermedad del miembro de la familia afectado. El dilema de informar o no informar de su condición obliga a las personas VIH positivas a recurrir a estrategias de manejo de la información y a reflexionar a través de un universo de supuestos sobre las posibles reacciones de sus familiares. Suele escogerse cuidadosamente a la persona idónea para enterarla en primera instancia, el trabajo del familiar enterado es preparar a los demás integrantes de la familia, para reducir los efectos adversos, llegado el momento en que los demás deban enterarse. Se encontró que los familiares exhibían actitudes ambiguas, que iban del rechazo al apoyo, y entre estos extremos existen un conjunto de conductas ambivalentes. Estos diversos patrones de conducta variaban de acuerdo con la historia y a las condiciones específicas de cada familia.⁴⁷

En México (1987 – 1988) se llevó a cabo una encuesta a médicos y enfermeras, en hospitales de seis ciudades del país, sobre conocimientos y actitudes sobre el SIDA. Se encontró que tenían actitudes de rechazo hacia el paciente infectado o las personas con comportamientos de riesgo. Las actitudes negativas frente a la homosexualidad masculina y la prostitución fueron frecuentes. El 75% de la población estudiada tenía miedo a infectarse, 51% prefería referir a otro médico la atención de un paciente infectado y el 8% manifestó que se negaría francamente a hacerse cargo de un paciente infectado. Posterior a las campañas informativas encontraron que el nivel de conocimientos era mayor, pero las actitudes no se habían modificado notablemente.⁴⁸

En México (2010) el índice de estigma de las personas que viven con el VIH mostró que frecuentemente fueron excluidos de sus actividades familiares, siendo en el 11.4% en las personas transgénero, del 1.7% en hombres y del 2.9% en mujeres.¹⁶

El estigma social que rodea al VIH puede tener consecuencias negativas no sólo para el individuo, sino también para su familia. En términos de estigma social y la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA existen diferencias entre las regiones europeas. En los Países Bajos la reacción del público a las personas con VIH/SIDA ha demostrado ser moderadamente positiva; el conocimiento acerca de la Terapia Antirretroviral Altamente Activa (TARAA) se asoció con una percepción de menor riesgo, con una actitud positiva hacia los homosexuales, menos miedo, y una mayor disposición a tener contacto personal con las personas con VIH/SIDA. El impacto del VIH en la familia depende de qué miembro de la familia está infectado (hombre heterosexual u homosexual, consumidor de drogas, mujeres o lactantes) debido a que se enfrentan a retos diferentes. Para algunas familias el conocimiento de la infección por el VIH de uno de sus miembros representa nueva información, tales como el comportamiento sexual o el consumo de drogas. Lo que ocasiona que los miembros de la familia y el paciente puedan ser estigmatizadas socialmente, por la conducta manifiesta o encubierta del rechazo de los amigos, o por medio de gestos sutiles como la reducción de las visitas de los vecinos y que los niños no estén invitados a las fiestas. El estigma asociado con el VIH/SIDA es probable que tenga un impacto menor en Europa Occidental y sea más intenso en los países de África y de Europa del Este, especialmente con los homosexuales.⁴²

V. La Familia, los Ingresos y Gastos de Bolsillo en Salud en la Atención del Paciente con VIH/SIDA

La enfermedad, particularmente las más graves y prolongadas, pueden ocasionar empobrecimiento del hogar a través de la inmediata pérdida del ingreso debido a la ausencia en el trabajo y a los elevados gastos de bolsillo para cubrir la atención médica necesaria. Esto conlleva a la disminución de los activos, endeudamiento y disminución en los gastos esenciales de los productos de consumo por debajo de las necesidades mínimas y el reemplazo del proveedor por otro miembro de la familia. No obstante, la enfermedad frecuentemente ocasiona grandes costos intangibles sobre los hogares como calidad de vida, la incomodidad y el dolor.^{29,49,50}

Después de que el SIDA se reconoció en 1981, la inquietud acerca de la magnitud de la nueva epidemia y su impacto sobre los sistemas del cuidado de la salud fue en aumento, iniciándose estudios sobre evaluaciones económicas de la reciente enfermedad. Con mayor frecuencia los estudios están dirigidos a evaluar los costos directos de la atención médica ambulatoria y hospitalaria, los medicamentos para el tratamiento del VIH y las diversas infecciones y neoplasias con las que se asocia, las pruebas de laboratorio y las medidas de prevención. El

VIH/SIDA supone una carga cada vez mayor para la salud de la población y causa más problemas socio-económicos no solo a los individuos, sino a las familias, las comunidades y los gobiernos de muchos países.⁵¹

Las estimaciones de los costos de la atención de por vida y de la calidad de vida de las personas infectadas por el VIH dependen del estadio de la enfermedad a la que se diagnostican estas personas, siendo mayores para los pacientes con SIDA que los que son sólo VIH positivos; de la enfermedad asociada al SIDA, siendo el manejo del citomegalovirus en la que más se gasta; del estadio de la enfermedad con respecto al nivel de linfocitos T CD4+, siendo mayores los costos a medida que éstos van disminuyendo; el tiempo de inicio de la atención médica y el comienzo del tratamiento antirretroviral, el cual también varía con el tiempo dado el desarrollo de nuevas drogas y su elevado costo.^{52,53,54,55}

La introducción de la triple terapia de drogas ha representado una nueva era en el manejo terapéutico del VIH/SIDA desde el punto de vista económico. Parece claro que la difusión de las nuevas terapias de drogas ha aumentado el costo en la atención en comparación de los inicios de la década de 1990, debido principalmente a un aumento de la esperanza de vida de las personas VIH positivas. Sin embargo, no está claro si la TARAA ha aumentado el costo anual de la atención de salud por paciente.⁵¹ Las finanzas también pueden verse afectados negativamente por el VIH. Incluso en la era post-TARAA, las personas VIH-positivas todavía les resulta difícil obtener un seguro de vida o una hipoteca. Debido a que la enfermedad a menudo conduce a la pérdida de productividad y de ingresos, la infección por el VIH también puede tener repercusiones económicas negativas en el individuo infectado y en su familia. Asimismo, la tasa de desempleo es más alta en las personas infectadas por el VIH. Aunque las personas infectadas con el VIH consideren regresar al trabajo, las barreras que les impiden hacerlo son el miedo a las consecuencias de la mala salud, la administración de los medicamentos y la revelación, el miedo a la discriminación y a los problemas relacionados con el desempleo de larga duración.⁴²

Los costos directos e indirectos serán influidos por el tipo y la severidad de la enfermedad y las características de los servicios de salud que influyen en el acceso y elección del proveedor. Los costos de la enfermedad que van más allá del presupuesto diario o mensual del hogar y pueden desencadenar estrategias de supervivencia tales como los préstamos o ventas de activos, incluyendo demanda de los recursos fuera del hogar tales como las redes sociales u organizaciones locales que ofrecen crédito.⁵⁶

Un estudio efectuado en Georgia (ex-Unión Soviética, 2000 a 2007) encontró que el alto nivel de los gastos catastróficos en salud está relacionado con el bajo porcentaje de prepago en el gasto nacional de salud, de la disponibilidad

adecuada de los servicios, del alto nivel de pobreza del país, de los miembros del hogar con enfermedades crónicas y de la hospitalización.⁵⁷

Ji y colaboradores en su estudio realizado en familias chinas con VIH/SIDA (2005), hallaron que estas familias no tienen un ingreso estable y frecuentemente no hay miembros de la familia que puedan trabajar para mantener a la familia. Muchos niños afectados por el VIH/SIDA no pueden seguir yendo a la escuela porque sus familias no pueden pagar la escuela, los necesitan en el hogar o tienen que trabajar para contribuir al ingreso de la familia; y los que pueden asistir a la escuela, su desempeño se ve afectado por su situación familiar. A causa de la pobreza estos niños no tienen suficientes alimentos nutritivos y sufren de desnutrición. El 84% de los cuidadores entrevistados eran los padres, el 80% eran VIH-positivos, 77.3% eran casados, 73% agricultores y el 58% eran mujeres. El 66.9% de las familias tenían de dos a tres niños y el 21.4% tenía un hijo. Casi el 40% de las familias participantes tenían un padre VIH-positivo y uno de los padres sin infección por VIH, mientras que en el 37.3% de las familias ambos padres eran VIH-positivos. En 15% de las familias, al menos uno padre había muerto. En el 2005 el ingreso neto anual medio por persona era 2,641 yuanes (\$330 dólares, EU), las familias en este estudio sólo tenían un ingreso anual promedio de 606 yuanes (\$75.8 dólares, EU).⁵⁸

Un estudio de comparación de casos en la India (2006) en más de 8 mil hogares, reportó que los gastos médicos de los hogares afectados por el VIH eran cuatro veces más altos que los de los hogares sin-VIH. Y que los niños de hogares afectados por el VIH tenían más probabilidades de abandonar la escuela. Alkenbrack y colaboradores al investigar los efectos del VIH/SIDA en la economía familiar y el bienestar social de los niños de Camboya, encontraron que los gastos totales en la atención médica no difirieron significativamente entre los hogares de los casos y los hogares de comparación (17.3% vs 8.4%); el ingreso familiar mensual reportado fue de 48% menor entre los hogares de los casos, y no fueron significativamente diferentes entre los hogares de casados y solteros; las familias afectadas por el VIH tuvieron tasas de empleos significativamente más bajos y de los que trabajan tasas más altas de ausentismo; los hogares de los casos informaron una disminución de los ingresos en relación con los hogares de comparación (77% vs 54%); los hogares afectados por el VIH eran más propensos a racionar sus gastos en salud, en alimentos, en los niños y en las actividades de ocio; vender los activos del hogar, reducir el ahorro, recibir donaciones de los miembros de la familia o sacar un préstamo; en los hogares de los casos, el 55% de los niños eran huérfanos de padre y el 5% de orfandad materna, el 2% eran huérfanos dobles y 38% tenía a ambos padres, pero al menos uno de los padres vivía con el VIH. Estos niños tenían más probabilidades de trabajar por dinero, y los de mayor edad eran más propensos a asumir un mayor nivel de

responsabilidad en el hogar como cocinar, cuidar a los niños más pequeños y el cuidado de los familiares enfermos.⁵⁹

Oluwagbemiga en su estudio (Nigeria, 2006) encontró que los abuelos están asumiendo la responsabilidad de la crianza de los huérfanos de sus hijos fallecidos por el VIH/SIDA. Sin embargo, no todas las familias responden de esta manera, los miembros afectados en algunos casos son estigmatizados y discriminados en su propio hogar y en algunos casos la esposa infectada es sacada del hogar. Algunas de las personas de edad no pueden cumplir con los requisitos para el cuidado de estos niños y a menudo se ven obligados a trabajar más de lo que pueden o pedir prestado para hacer frente a las necesidades de esas bocas adicionales. Algunas de las personas infectadas por el VIH han vendido sus propiedades para poder enfrentar los efectos económicos del virus, mientras que sus hijos han tenido que abandonar la escuela, ya que no podían pagar las colegiaturas escolares. Las personas que vieron afectados sus ingresos fue debido al aumento de los gastos médicos, el no poder ahorrar, el vender sus propiedades y el ser expulsados por sus caseros. La mayoría de los pacientes con tratamiento antirretroviral gastan por semana en promedio en medicamentos 4 mil Nairas (N 4,000 = \$38 dólares, rango de 22 – 40). El tratamiento y mantenimiento de la calidad de vida del paciente con VIH/SIDA es costoso, lo que implica que casi todo el ingreso de los entrevistados fue gastado en medicamentos cuando se compara con su ingreso anual (< 50 mil Naires = \$380 dólares). El impacto sobre las necesidades en el hogar fueron los de cuidados del paciente, en las mujeres infectadas apoyo de un refugio, de la ayuda en alimentos y ropa, en pagar la renta y las colegiaturas escolares. Los hijos de los padres enfermos que se vieron en la necesidad de abandonar la escuela fueron por no poder pagar las colegiaturas, para ayudar en el trabajo del padre enfermo, o tomar cuidado de los hermanos más pequeños.⁶⁰

En otro estudio realizado en Nigeria por Mahal y colaboradores (2004) reportaron que los individuos con VIH refirieron una mayor incidencia de morbilidad (enfermedades más graves), un mayor uso de los servicios de salud (más públicos que privados), un aumento en los gastos de bolsillo en salud y de la necesidad de más horas de cuidado, que las personas VIH negativas. Los gastos de bolsillo en atención en salud para las personas VIH positivas fueron 5 veces más que los controles, cerca del 40% del ingreso anual per cápita del hogar y los controles aproximadamente el 6%. Algunos de estos ingresos perdidos y los gastos en salud pueden ser recuperados por la incapacidad por enfermedad, seguro de salud y los reembolsos de gastos de salud por los empleadores, o el apoyo financiero de la familia ampliada o de la comunidad. Sin embargo, la cobertura de seguro de salud es poco frecuente y el apoyo de la comunidad es limitada en Nigeria, en particular para las personas con VIH. Por otra parte, los empleadores discriminan a los

empleados nigerianos con el VIH cuando se trata de los beneficios asociados con la enfermedad. La carga financiera tiene una mayor probabilidad de caer de lleno en los individuos con VIH y sus familias, el 13% los miembros del hogar venden activos para pagar los gastos relacionados con la enfermedad en comparación con el 2.5% para el grupo control.⁶¹

Las muertes por enfermedades relacionadas con el SIDA han afectado drásticamente la economía del hogar, reduciendo el capital humano, la productividad agrícola y la oferta de trabajo, y a su vez revertiendo el progreso hacia el cumplimiento de otros problemas de desarrollo. En África el VIH/SIDA ha ocasionado el deteriorado de la capacidad de los hogares rurales para producir alimentos y otros productos agrícolas, que generan ingresos para poder cuidar y alimentar a los integrantes de la familia. Esto es de suma importancia por el efecto perjudicial para la persona con SIDA, debido a la necesidad de mayor demanda de alimentos de alto valor nutritivo. La disminución del estado nutricional contribuye a la reducción del estado de salud del paciente seropositivo al VIH y de los demás miembros de la familia afectada. La enfermedad y la fatiga producen reducción de la productividad del trabajo adicional. Así el hogar afectado caerá en una espiral descendente del menoscabo de los medios de subsistencia. En el África Subsahariana rural la tierra es considerada como un importante activo que sostendrá el sustento de las generaciones futuras y a la vez es el principal generador de ingresos a través de los cultivos, el ganado y de su arrendamiento a terceros. Los derechos de herencia de la tierra en general siguen el linaje masculino; por lo tanto, las viudas y los huérfanos suelen perder los derechos a la tenencia de la tierra, con la familia extensa del difunto marido reclamando la tierra y otros activos. Las decisiones sobre el futuro de las viudas y los niños después de la muerte de un hombre jefe de familia a menudo son hechas por familiares varones, en algunos casos, en consulta con los líderes de las comunidades locales. Este método tradicional de toma de decisiones, al menos parcialmente, se está sustituyendo por los deseos del familiar fallecido.

El estigma relacionado al SIDA ocasiona que la familia tenga una menor participación en la vida comunitaria, acceso a la información, educación, asesoramiento agrícola, participación en debates sobre el desarrollo de la comunidad, oportunidad de comercialización de alimentos y de otros servicios de apoyo.

Los hogares pueden gastar recursos sustanciales en el cuidado del paciente con SIDA, ocasionando disminución en el capital disponible de los hogares. La carga de los costos directos de atención de salud, los costos de transporte, el tiempo y los salarios perdidos debido a la espera en los centros de salud, puede ocasionar reducción en la adherencia a los regímenes de fármacos antirretrovirales y contribuir a los resultados negativos del tratamiento. Las muertes se asocian

generalmente con gastos sustanciales en ceremonias de funerales, entierros, viajes y gastos de apoyo a los dolientes. Una muerte puede aumentar la demanda de dinero en efectivo y erosionar el ingreso restante de los hogares, induciendo a la venta de ganado, maquinaria agrícola y otros bienes. Sin embargo, los sobrevivientes tratan de proteger los activos valiosos como la tierra y los árboles para asegurar la supervivencia de la familia. Los niños pueden ser sacados de la escuela para complementar la fuerza de trabajo en el hogar y/o debido a la falta de fondos para los gastos de escolaridad, lo que conduce al deterioro del capital humano.⁶²

Rusell revisó estudios realizados (1999) en Tanzania, Costa de Marfil, Tailandia y Sudáfrica, donde los costos directos incurridos por los hogares con un miembro con SIDA terminal fueron de \$95 a \$2,672 dólares, que incluyeron gastos sustanciales en el funeral, y que representaron del 34% a más del 100% del ingreso anual de los hogares. Los costos indirectos en las fases tardías del VIH/SIDA es debida a la morbilidad y mortalidad de los niños o adultos, que llevan a la pérdida de un proveedor y las oportunidades de ingreso, y la desviación de una labor productiva a una de cuidado, particularmente en las fases tardías de la enfermedad donde el paciente amerita un constante cuidado. En Tanzania los hombres pierden 297 días de trabajo productivo en un período de 18 meses y las mujeres 429 días. Las mujeres tienen más horas de trabajo debido a sus actividades productivas y reproductivas, aunado a que son más probables a ser cuidadoras en el hogar. En Tailandia, el 35% de los hogares con una muerte por SIDA ocasiona un serio impacto sobre la producción agrícola, conduciendo al 48% en la reducción del ingreso de los hogares. En muchos países los servicios de salud débiles, con baja cobertura, cargos de uso y de mala calidad de la atención (sobredemanda y largos tiempos de espera), han contribuido a los altos costos directos e indirectos para los pacientes.⁵⁶

En el noroeste de Tanzania (1996 – 1998) se llevaron a cabo entrevistas con los familiares, con un miembro adulto fallecido, sobre el comportamiento de búsqueda y gastos en salud. Las personas con VIH/SIDA hacen un amplio uso de los servicios de salud, tradicionales y modernos, más que las personas que murieron por otras causas. La mediana de gasto en atención de la salud para el VIH/SIDA fue de 27,000 Chelín de Tanzania (TSh) y para las otras enfermedades de 15,000 TSh (1 dólar EU = en promedio TSh 550 durante el período del estudio) ($p = 0.002$). La mediana del gasto en el funeral fue de 17,000 TSh para las muertes por VIH/SIDA y de 12,000 TSh para las otras enfermedades. La persona fallecida o el cónyuge de la persona fallecida era la principal fuente de pago de los gastos médicos en el 37% de las muertes por VIH/SIDA vs el 48% de las muertes causadas por otras enfermedades. En el 82% de las muertes, la familia del paciente contribuyó a los gastos médicos, siendo los padres y hermanos la fuente

más común de asistencia para todas las muertes en la familia. En el 29% de las muertes por VIH/SIDA y el 10% de las muertes causadas por otras enfermedades, la propiedad tenía que ser vendida para pagar por los gastos médicos ($p = 0.002$).⁶³

Bachmann y Booyesen (2001 – 2004) compararon las cargas físicas, logísticas y económicas de la enfermedad entre los hogares afectados por el VIH y en hogares no afectados, en dos contextos urbanos y rurales pobres de África del Sur, las clínicas y hospitales del gobierno fueron las principales fuentes de asistencia sanitaria. Se encontró que las familias afectadas eran más pobres y tuvieron reducción en los gastos e ingresos en los primeros seis meses. Los miembros de las familias afectadas, con respecto a los miembros de familias no afectadas, tenían más probabilidades de estar continuamente enfermos durante el seguimiento (OR 2.1, IC 95% 1.3 – 3.4), y de morir debido principalmente a enfermedades infecciosas (OR 3.4, IC 95% 1.0 – 11). Las familias afectadas y rurales tienden a ser más grandes y más pobres, además de tener las tasas de empleo más bajas que los hogares no afectados y urbanos. Los ingresos de los hogares afectados eran aproximadamente la mitad y sus gastos por persona eran alrededor de un tercio más bajo que los hogares no afectados. Algunos de los efectos económicos del VIH tienden a tardar más de un año para que se produzcan.⁶⁴

Kikumbih y colaboradores (Tanzania, 1991) investigaron en trabajadores de una fábrica textil la utilización de los servicios médicos ambulatorios y los gastos médicos incurridos durante la atención del paciente VIH positivo. Hallaron que la utilización de estudios clínicos fue elevada, siendo mayor en los pacientes adultos infectados por el VIH; el promedio anual de número de visitas a la clínica para tratamiento fue de 5.4 para los infectados por el VIH y 4.2 para los controles; y el gasto promedio anual en medicamentos de 12.24 ± 5.83 dólares para los pacientes VIH positivos y de 10.64 ± 5.95 dólares para los pacientes VIH negativos, siendo mayor el gasto en antibióticos. En países en vías de desarrollo, los patrones de utilización de los servicios de salud y los gastos en salud para los adultos infectados por el VIH son probablemente diferentes, debido a que los patrones de morbilidad son heterogéneos y los tratamientos disponibles son limitados considerablemente a medicamentos esenciales.⁶⁵

La prevalencia de tuberculosis ha ido en aumento desde el advenimiento del VIH y SIDA, esto ha incrementado la carga económica y el cuidado proporcionado al paciente, alterando la calidad de vida de las familias afectadas y ocasionando escases de los recursos, que podrían ser destinados a otros propósitos en vez de ser gastados en tratamientos. Situación que se exagera cuando varios miembros de la familia son afectados y el panorama socio-económico se torna más sombrío

debido a la disminución en los ingresos familiares. Esto es importante, pues tan sólo en Nigeria se estima que el 70.2% de la población vive con menos de un dólar al día. Sadoh y Oviawe al evaluar los costos de la tuberculosis (Nigeria, 2005 – 2006), que no entran dentro de un programa de subsidio como el tratamiento antirretroviral para el VIH; estudiaron familias con VIH, familias con tuberculosis y familias con VIH/tuberculosis. Encontraron que el costo promedio del tratamiento por mes y la media del porcentaje de ingreso gastado en el tratamiento fueron significativamente mayores en la cohorte de VIH/TB en comparación con las otras cohortes ($p = 0.0001$).⁶⁶

Bowie y colaboradores estudiaron en Nueva Zelanda (1994) a 25 personas con diferentes rangos de enfermedad: 7 seropositivas asintomáticas, 10 seropositivas con síntomas y 8 con SIDA. Los costos privados se definieron como los costos incurridos por las personas con VIH/SIDA, y/o sus familias u hogares o cuidadores informales; e incluyeron los costos directos (gastos de bolsillo para recursos extra consumidos que incluyeron el cuidado personal, energía, alimentos/comidas, mantenimiento de la casa/jardín, transporte), costos indirectos (faltar al empleo/ingreso), y costos intangibles (el impacto de la enfermedad en las relaciones sociales y sexuales, elementos de estigma y discriminación y calidad de vida). Quince pacientes reportaron tener activos, valuados en más de 5 mil dólares (9) y en más de 100 mil dólares (6), solo dos participantes reportaron tener que vender algunos de sus activos para cubrir sus costos privados relacionados a su estado de VIH. Los ingresos mensuales reportados por los pacientes, previos al estudio, fue de <1000 (11), 1001 a 2 mil (8), 2001 a 3mil (4), 3001 a 4 mil (1) y 4001 a 5 mil (1). En 11 participantes el origen del ingreso fue un beneficio del Estado.

Sólo 3 participantes no incurrieron en costos directos; 8 incurrieron en gastos de artículos propios para su estado de VIH, de éstos 4 cubrieron el costos total y 4 recibieron apoyo (Departamento de Bienestar Social, Fundación de SIDA de Nueva Zelanda, ACC y familia); 2 tuvieron que reparar su casa, y en un caso un amigo lo financio; 8 reportaron que debido a su condición su alojamiento era insostenible. Las dificultades que reportaron los participantes fueron: ahorrar dinero (5), llevar a cabo reparaciones menores o de mantenimiento (4), cultivar y/o recoger frutas y vegetales (3), y comprar en el supermercado o tomar ventajas en comprar ofertas (3).

De los costos indirectos debido a su estado de VIH con síntomas y SIDA: 7 tenían un sueldo, 4 tuvieron tiempo fuera de su empleo debido a la enfermedad o para atender citas médicas o de laboratorio (tiempo promedio de 9 días, rango de 1 día a todo el mes); una persona con autoempleo tuvo que reducir sus ganancias, 7 renunciaron a su empleo o disminuyeron las horas de trabajo, y dos tuvieron que tomar un trabajo menos demandante. Siete pacientes tuvieron un cuidador

informal (sin pago) que les proporcionaba cuidado personal, cuidado de la casa y realizaba las compras.

Con respecto a los costos intangibles los participantes refirieron cambios en su relación con su pareja (11), siendo la más frecuentemente reportada la del deterioro; los cambios en relación con su familia biológica (16), con sus compañeros del trabajo (14) y con sus amigos (16).

Los costos directos privados del VIH/SIDA van de un promedio de alrededor de \$100 por mes por persona VIH asintomática, a través de alrededor de \$200 por mes para estos quienes son VIH con síntomas y de \$400 por mes para personas con SIDA. Siendo el transporte una tercera parte del total de los servicios relacionados a los costos directos.⁶⁷

El mayor cuidado de los pacientes con SIDA toma lugar en el hogar, donde los miembros de la familia y amigos proporcionan el apoyo y cuidado diario. Ward y Brown (1994, EU) calcularon los costos no pagados del cuidado y del tiempo invertido en la atención del paciente con SIDA, proporcionados por la pareja del paciente, los esposos, padres, hijos, hermanos y amigos. Los cuidadores proporcionan un promedio de 8.5 horas al día en la atención del paciente con SIDA, con un pago calculado de \$5.15 dólares por hora, el valor de la labor de la familia en el cuidado del paciente con SIDA fue de \$43.78 dólares al día, para un año de cuidado el valor podría ser de \$15,977.88 dólares. Cuando el cuidado no pagado de un paciente con SIDA incluyó labores del hogar, el valor calculado del cuidado fue de \$25,857 dólares anuales. El ingreso monetario del cuidador fue inversamente asociado con el tiempo de cuidado. Familias con ingreso menor de 20 mil dólares invertían más tiempo en cuidado que las familias con ingresos mayores.⁶⁸

Un estudio cualitativo realizado en India (2008 – 2010) se encontró que la mitad de los individuos seropositivos y sus cuidadores prefieren la atención en el hogar debido a la asequibilidad, la ausencia de estigma y de conveniencia. La mayoría de los cuidadores familiares son mujeres (75%), que prefieren el cuidado en el hogar, ya que fueron capaces de gestionar la generación de ingresos y las responsabilidades del hogar de manera eficiente con la ayuda de los vecinos. Las mujeres que viven con el VIH prefieren la atención hospitalaria para sí mismas, debido a que los servicios que recibirían en el hospital eran satisfactorios comparado con los de su casa. En comparación con las mujeres, los hombres VIH positivos proporcionaron apoyo limitado a sus esposas VIH positivas o negativas. El cuidado de los hombres que viven con el VIH fue percibida por las mujeres como de vital importancia porque necesitaban ganar salud y comenzar a tener ingresos de nuevo. De ahí que otros miembros de la familia les proporcionaron atención y apoyo, incluso cuando los recursos eran limitados. La esposa del hombre VIH positivo se espera que sea el cuidador familiar principal,

independientemente de su propia condición de VIH y las necesidades relacionadas, esto es seguido por otras mujeres en el hogar es decir, hermana, cuñada y la suegra. Las mujeres que viven con el VIH parecen recibir algún apoyo de las familias conyugales, en comparación con sus familias natales que invariablemente las abandonan.⁶⁹

Laurson y Larsen, en Dinamarca (1995), investigaron el empleo de las personas con VIH/SIDA y sus alternativas de origen de ingreso cuando debido a la infección son incapaces de trabajar. Al inicio del diagnóstico el 50% estaban trabajando, 15% estaba incapacitada por la enfermedad, 19% recibían una pensión, y el 16% estaban recibiendo beneficios del desempleo, de la asistencia pública, o fueron apoyados por familiares o amigos. Un mes después del diagnóstico solo el 22% estaba trabajando. A los 2 años solamente el 6% trabajaba y 22% tenía una pensión, y el 67% había muerto, con una mediana de sobrevivencia de 11 meses. El origen del ingreso durante los primeros dos años fue pensión debida a incapacidad permanente para trabajar. Al analizar una submuestra, se encontró que el 93% de todos los cambios económicos tomaron lugar en los primeros 2 años seguidos del diagnóstico. Durante los 2 primeros años después del diagnóstico, las cantidades totales promedio aproximados de los subsidios públicos para los 187 pacientes en este estudio fueron de \$16,150 dólares (EU) por paciente y de \$ 1,430 por mes. Solo 27 pacientes recibieron pensiones privadas por un total de 317 meses, sin referirse el valor monetario.⁷⁰

Tapia y colaboradores, en México en 1988, evaluaron 24 pacientes masculinos con diagnóstico de SIDA. El 48% eran el principal sostén económico de la familia. El promedio de gasto que destinó la familia al tratamiento por paciente fue de 2.5 millones de pesos (1,100 dólares, EU), que representaba el 52% del ingreso familiar anual, de éste el 42.3% fue debido a la disminución del ingreso mensual de la familia por incapacidades y desempleo, el 17.3% en dieta, 15.5% en medicamentos, 19% en estudios de diagnóstico y gastos de atención médica y el 4.2% en trasportación del paciente y familiares. Los gastos de consulta externa de los pacientes, las familias con seguridad social cubren el 23.8% del costo y las familias sin seguridad social pagan 92.8%. Las familias con seguridad social destinan al tratamiento del paciente con SIDA el 21% de sus ingresos anuales y las familias que no tienen seguridad social el 66% de su ingreso anual.⁵⁵

En Sudáfrica, 2003 – 2004, se evaluó el impacto socioeconómico de la muerte sobre los hogares pobres con VIH/SIDA. Los funerales en esta región cuestan más de 7 meses del ingreso, por lo que se prioriza el seguro funerario en las carteras de los hogares; sin embargo, esta cobertura funeral rara vez cubre el costo total de un funeral. Los fondos para el funeral provienen de las contribuciones de los miembros de la familia. Durante el año de estudio, el 81% de

los hogares de la muestra contribuyó, al menos una vez, al funeral de un familiar cercano fuera del hogar. Estas contribuciones a menudo cuestan hasta un 20% de los ingresos mensuales en algunos casos, por lo que los hogares solicitan un préstamo o recurren a sus ahorros. En una situación en la que la tasa de muerte va en aumento, los familiares pueden llegar a tener menor motivación o condiciones de poder contribuir a la misma forma que en el pasado. El impacto financiero de la muerte no termina con los costos del funeral. Un componente crucial son los ingresos no percibidos asociados con el cese de actividad de los ingresos como consecuencia de la muerte. Más de un tercio de estos hogares alcanzaría a perder hasta el 100% de su ingreso per cápita del hogar, si la persona que murió era el único proveedor de ingresos para el hogar. El 23% de los hogares podría perder entre el 75 y el 100% de su ingreso per cápita del hogar y otro 22% perdería entre el 50 y el 75% de su ingreso per cápita del hogar. Por lo tanto, el 80% de los hogares disminuiría a más de la mitad su ingreso per cápita con la muerte de la persona con mayor fuente de ingresos. Además de este impacto directo sobre los miembros del hogar, los datos diarios financieros muestran que muchas familias apoyan a los familiares que viven fuera de su hogar. Casi todos los asalariados de la muestra dan un promedio de 15% de sus ingresos mensuales a alguien fuera de la familia.⁷¹

MARCO CONCEPTUAL

I. Gasto, Ingreso, Ahorro, Deuda e Inversión.

Gasto

La palabra gasto se define como la acción por la que se entrega dinero a cambio de bienes o servicios. Siendo el gasto de consumo el pago total que hacen las familias en bienes y servicios. Los gastos de consumo tienen tres componentes principales: bienes duraderos (ej.: coches, lavadoras, etc.), bienes perecederos (alimentos, vestido) y servicios (médicos, arreglo personal).⁷²

Gasto corriente total se divide en:⁷³

- a. Gasto Monetario. Es el ingreso destinado, durante un periodo determinado, para la adquisición de productos y servicios de consumo final y privado, el gasto efectuado en dinero, o por la compra de productos y/o servicios que fue(ron) pagado(s), donado(s) y/o regalado(s) como una transferencia corriente a personas o instituciones ajenas al hogar. Como son la compra de alimentos y bebidas, tabaco y alcohol; vestido y calzado; en la vivienda, en los servicios de conservación de la vivienda, energía eléctrica y combustible; en artículos y servicios de limpieza y cuidados de la casa, enseres domésticos, muebles, cristalería, utensilios domésticos y blancos; atención médica; transporte y comunicaciones; educación; recreación y esparcimiento; artículos y servicios para el cuidado personal, accesorios y efectos personales; otros gastos diversos y transferencias.
- b. Gasto No Monetario. Se considera la estimación realizada con base en valor en el mercado, a precios de menudeo de los productos y servicios de consumo final y privado, tomados de su propio negocio (*autoconsumo*), de los recibidos a cambio de un trabajo realizado (*pago en especie*), de los recibidos como *regalo* de personas ajenas al mismo, o bien la *estimación del alquiler* que se hubiera tenido que pagar por aquéllos hogares que habitan viviendas propias, recibidas como prestación, prestadas o con una tenencia que no fuera la rentada o alquilada.

Gasto de Bolsillo en Salud

Los gastos de bolsillo en salud engloban todos los tipos de gasto sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Incluyen los honorarios médicos, compras de medicamentos, facturas de hospital, medicina alternativa y tradicional, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial.⁷⁴

El gasto de bolsillo es la forma más ineficiente e inequitativa de financiar la atención a la salud, ya que rompe con un principio básico de justicia financiera que indica que los individuos deben aportar al financiamiento de su salud de acuerdo con su capacidad de pago y recibir servicios en función de sus necesidades. El gasto de bolsillo invierte esta regla, ya que los que más pagan son los más enfermos, que con frecuencia son también los más pobres. El gasto de bolsillo, además, expone a las familias a gastos excesivos que pueden llegar a ser catastróficos y empobrecedores.⁷⁵

El análisis de los gastos catastróficos por motivos de salud es una herramienta indispensable para medir el nivel de protección financiera de los sistemas de salud. El concepto de gasto catastrófico en salud se ha definido como algo que ocurre una vez que el gasto de bolsillo cruza el umbral límite previsto de gasto de los hogares en los que la familia se ve obligada a sacrificar otras necesidades básicas, vender activos, endeudarse o empobrecerse.⁵⁷

El gasto en el cuidado de la salud como una proporción del ingreso del hogar (costo directo) refleja el interés acerca del costo de oportunidad de gastar en cuidado de la salud, o sus potenciales consecuencias de la capacidad de los miembros de la familia de satisfacer otras necesidades básicas. En algunos estudios se ha clasificado que el gasto en atención a la salud arriba del 10% del ingreso como catastrófico para los hogares, asumiendo que arriba de este umbral de pago es probable que causen reducción en el consumo de alimentos, endeudamiento y empobrecimiento. Otros suelen utilizar umbrales que varían entre 20 y 40 por ciento de la capacidad de pago del hogar, ya que para los hogares muy ricos el criterio de 30% no podría resultar suficientemente catastrófico, mientras que para los hogares muy pobres, criterios inferiores al 30% pueden resultar muy catastróficos.^{49,76}

La OMS define a los gastos catastróficos por motivos de salud aquellos que ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan el 40% o más de su capacidad de pago. El nivel del 40% puede ser modificado de acuerdo a la situación específica de cada país.

La capacidad de pago del hogar se define como los ingresos efectivos del hogar, el cual se mide descontando del gasto total de los hogares el gasto de subsistencia. El gasto de subsistencia es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico; y utiliza una línea de pobreza, que se define como el gasto promedio per cápita en alimentos de aquellos hogares cuya proporción de gasto en alimentos del gasto total se encuentra entre el percentil 45 y 55, ajustado al tamaño del hogar determinado.⁷⁵

Ingreso

Percepciones que las personas tienen después de haber pagado los impuestos. Se dedica a gastos de consumo, pago de intereses sobre las deudas del consumidor y ahorro.⁷⁴ Y se divide en:⁷³

- I. Ingreso Monetario. Percepciones en efectivo que recibieron los miembros del hogar durante el período de referencia a cambio de la venta de su fuerza de trabajo a una empresa, institución o patrón, así como el ingreso en efectivo y/o en especie de un negocio agropecuario o bien el ingreso en efectivo de un negocio no agropecuario o los rendimientos derivados de cooperativas de producción, propiedad de algún miembro del hogar, se incluyeron los alquileres, intereses, dividendos y regalías derivados de la posesión de activos físicos y no físicos, las transferencias recibidas que no constituyeron un pago por su trabajo y otros ingresos corrientes percibidos. Las principales fuentes de estas percepciones son:
 - a) Remuneraciones al trabajo. Sueldos, salarios, jornal y horas extras, comisiones, propinas, destajo, aguinaldos, gratificaciones premios, y recompensas adicionales, primas vacacionales y otras prestaciones en efectivos, reparto de utilidades.
 - b) Renta empresarial. Negocios industriales y maquila, comerciales, prestación de servicios, agropecuarios, agrícolas, pecuarios y sus derivados, forestales, por recolección de flora, productos forestales y caza, acuacultura y pesca.
 - c) Renta de propiedad. Alquiler: tierras, terrenos, casas, edificios, locales y otros inmuebles, marcas, patentes y derechos de autor. Intereses: inversiones a plazo fijo, cuentas de ahorro, préstamos a terceros, acciones, bonos y cédulas.
 - d) Transferencias. Percepciones en efectivo que recibieron los miembros del hogar y que no constituyeron un pago por trabajos realizados ni por la posesión de activos físicos y no físicos (jubilaciones, pensiones, indemnizaciones recibidas de seguros o por despida o accidentes, becas y donativos, ingresos provenientes de otros países).
 - e) Otros. Venta de vehículos, aparatos eléctricos de segunda mano, etc.
- II. Ingreso No Monetario. Estimación realizada por los miembros del hogar, con base al valor en el mercado a precio de menudeo de los productos y servicios de consumo final y privado, tomados de su propio negocio (*autoconsumo*), de los recibidos a cambio de un trabajo realizado (*pago en especie*), de los recibidos como *regalo* de personas que no eran miembros del hogar; o bien la *estimación del alquiler* que se hubiera tenido que pagar por aquellos hogares que habitaban viviendas propias, recibidas como prestación, prestadas o con

una tenencia que no fuera la de rentada o alquilada.

Ahorro

Imprecisamente pero común, el ingreso disponible menos los gastos de consumo. Más estricto, el ingreso disponible menos los gastos de consumo y menos el pago de interés sobre deudas del consumidor.⁷³

Inversión

Es la adquisición de nuevos *activos* físicos (cualquier cosa de valor) por parte de la familia. Los activos físicos son los edificios, la planta y el equipo, los inventarios y los bienes de consumo duraderos.⁷⁶

Deuda

Un *pasivo* es una deuda, algo que una familia debe.⁷⁷ Obligación que alguien tiene de pagar, satisfacer o reintegrar a otra persona algo, por lo común dinero.

II. Familia y Hogares

La familia es una institución que se encuentra en todas las sociedades humanas. Los vínculos principales que definen a una familia son por *afinidad* derivados del establecimiento de una relación reconocida socialmente (monogamia, poliginia, poliandria y matrimonio) y de *consanguinidad* o *vinculación biológica*. Aunque pueden desarrollarse relaciones sociales de familia y de parentesco con independencia de estos vínculos.

La familia humana se puede definir como un grupo bio-social institucionalizado, compuesto por adultos (al menos dos de los cuales, sin relación por la sangre y del sexo opuesto, están casados), y sus hijos, los hijos de los adultos maritalmente relacionados; las funciones mínimas de los cuales son la prestación de satisfacciones y de control de las necesidades afectivas, incluidas las relaciones sexuales y la provisión de una socialización de los hijos.

Los investigadores sociales tienen especial dificultad en el tratar de definir la familia, ya que combina rasgos intrincados y confusos arraigados en forma universal a la biología humana con otros rasgos que son culturales, algunos de los cuales son claramente variables y eventuales. Por lo tanto, cualquier definición adecuada de la familia debe tener en cuenta sus aspectos biológicos y culturales, más sus atributos personales e institucionales.

Al considerar los intentos por definir las diversas formas en que se representa a la familia de acuerdo a puntos de vista diferentes (biológicos, sociales, culturales y demográficos) podemos tener:^{77,78}

- a. La familia de origen u orientación es en la cual se ha nacido y la familia de procreación es la formada por el matrimonio en la que se participa en la procreación de nuevos individuos. Así la familia nuclear, la creada por matrimonio es la familia conyugal. La familia nuclear siempre contiene ambos elementos la conyugal y consanguínea. Y el niño es relacionado por la sangre a todos los demás miembros de su familia de origen, así desde esta perspectiva es una familia consanguínea.
- b. En cuanto a su desarrollo en: familia moderna donde la característica esencial, consiste en que la madre trabaja fuera del hogar, en iguales condiciones que el padre; familia tradicional el subsistema proveedor, casi siempre está constituido por el padre y excepcionalmente puede colaborar la madre o uno de los hijos; y la familia primitiva o arcaica se refiere en general a la familia campesina, donde el sostén se realiza a través de los productos obtenidos del trabajo de la tierra.
- c. Desde la perspectiva demográfica en: familia urbana si vive en las ciudades o la familia rural que viven en el campo y generalmente viven de la agricultura.
- d. Con respecto a la integración familiar: la familia integrada en la cual los cónyuges viven juntos y cumplen sus funciones; la familia semi-integrada donde los cónyuges viven juntos pero no cumplen sus funciones de manera satisfactoria; y la familia desintegrada en la cual la ausencia de uno de los cónyuges, bien sea por muerte, divorcio, separación abandono o el desmembramiento de la familia debido a graves causas internas o externas.
- e. En cuanto a su funcionalidad tomando en cuenta el modelo circunflejo que comprende las dimensiones de cohesión y adaptabilidad, y a partir de estas se pueden tener familias funcionales y no funcionales. O tomando los cinco componentes del Apgar familiar: adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución; para conocer la percepción que un integrante de la familia tiene de su funcionamiento familiar.
- f. Y en su composición o estructura: familia nuclear la constituida por el padre, madre e hijos; la familia extensa la formada por el padre, madre, hijos y otros miembros que comparten lazos consanguíneos, de adaptación o bien de afinidad; y familia compuesta además de los que incluyen a la familia extensa, se agregan miembros sin ningún nexo legal, como el caso de amigos y compadres.

Levine (1990) propone una definición más amplia de familia: “Los miembros de la familia son las personas quienes por nacimiento, adopción, matrimonio o por establecimiento de un compromiso; comparten conexiones personales profundas y recíprocamente, tienen derecho de recibir y están obligados a proporcionar apoyo de diversos tipos en la medida en que sea posible, especialmente en tiempos de necesidad”.²⁹

En las ciencias sociales las palabras hogar y familia tienen una variedad de significados. En forma general la familia se refiere a un grupo de personas relacionadas por sangre, matrimonio o adopción. Pero es algo reducido para referirse al grupo de los familiares con los que se reside, ya que a veces abarca a un círculo más amplio de parientes, independientemente de su residencia. Por lo que la familia se refiere sólo a los parientes con los que se reside en la misma unidad de vivienda. Y un hogar son las personas que viven en la misma unidad de vivienda y que están o no relacionados.

El Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) define al hogar como el conjunto de personas que residen habitualmente en una vivienda particular y se sostienen de un gasto común principalmente para alimentación. Y las divide en dos tipos:⁷⁹

1. Hogar familiar. El hogar en el que al menos uno de los integrantes tiene parentesco con el jefe(a). Y se clasifican en:
 - a. Nucleares: hogares conformados por el jefe y cónyuge con o sin hijos; jefe(a) e hijos(as).
 - b. Ampliados: hogares con jefes presentes con o sin cónyuges, con o sin hijos y con otros parientes consanguíneos o políticos (tíos, primos, hermanos, suegros, etc.).
 - c. Compuestos: hogares con jefes presentes con o sin cónyuges, con o sin hijos, con otros parientes y no parientes, es decir, hogar nuclear o ampliado más no parientes.
2. Hogar no familiar. El hogar en el que ninguno de los integrantes del hogar tiene parentesco con el jefe(a), e incluye:
 - a. Hogar unipersonal: con un solo miembro que invariablemente fue el jefe presente.
 - b. Hogar de Corresidentes: hogares cuyos miembros tuvieron lazos de unión, de costumbre o amistad con los jefes del hogar presentes y que compartieron la vivienda particular y los alimentos que se prepararon en el hogar con un presupuesto común. O sea, el formado por dos o más integrantes sin parentesco con el jefe(a) del hogar.

III. Funcionalidad Familiar

Modelo Circumplejo

La agregación conceptual de numerosos conceptos de la terapia de familia y otros campos de las ciencias sociales reveló dos significantes dimensiones de la conducta familiar: la cohesión y la adaptabilidad. Estas dos dimensiones son colocadas en un modelo circunflejo, que se usa para identificar 16 tipos de sistemas familiares. (Tabla 9)

Tabla 9. Tipos de familias: equilibradas, rango medio y extremas

		Cohesión			
		<i>Desligada</i>	<i>Separada</i>	<i>Unida</i>	<i>Aglutinada</i>
Adaptabilidad	<i>Caótica</i>	Caótica Desligada	Caótica Separada	Caótica Unida	Caótica Aglutinada
	<i>Flexible</i>	Flexible Desligada	Flexible Separada	Flexible Unida	Flexible Aglutinada
	<i>Estructurada</i>	Estructurada Desligada	Estructurada Separada	Estructurada Unida	Estructurada Aglutinada
	<i>Rígida</i>	Rígida Desligada	Rígida Separada	Rígida Unida	Rígida Aglutinada

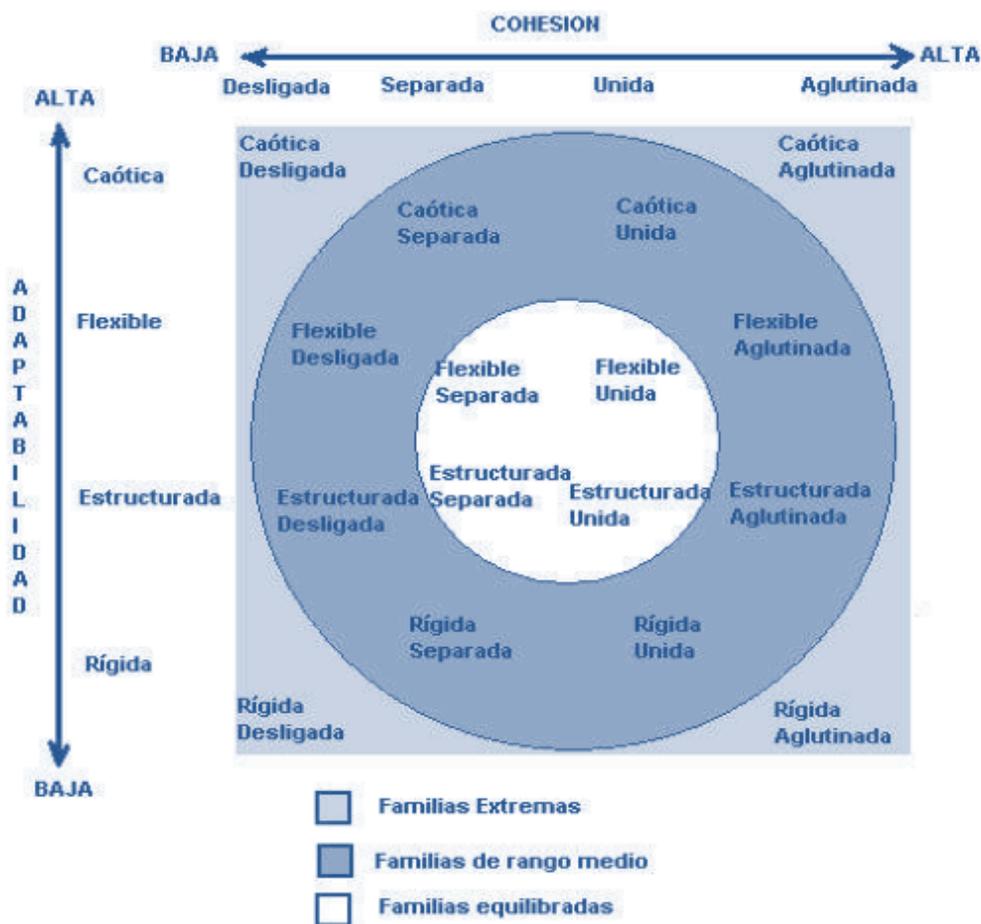
La definición de cohesión familiar tiene dos componentes: el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía individual que una persona experimenta en el sistema familiar. Una alta cohesión, apego, existe una sobre identificación con la familia que resulta en un vínculo extremo y limitada autonomía individual. Un extremo bajo, desapego, es caracterizado por un bajo desapego y un alta autonomía de la familia. Y un grado balanceado de cohesión familiar es el más conduce a un funcionamiento familiar efectivo y a un óptimo desarrollo individual. Algunas de las variables que son usada para valorar el grado de cohesión familiar son: vínculos emocionales, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación. Y estas variables son utilizadas para ordenar los cuatro niveles de cohesión familiar.

Adaptabilidad es la capacidad de un sistema familiar de cambiar su estructura de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo. La suposición de este sistema adaptativo requiere el balance entre la

morfogénesis (promoción del cambio, un proceso auto dirigido) y la morfostasis (socio-culturalmente un adecuado equilibrio entre los procesos de promoción de la estabilidad y auto-corrección). Las variables que son utilizadas en esta dimensión son: estructura de poder familiar (asertividad y control), disciplina, estilos de negociación, roles, reglas y retroalimentación (positiva y negativa).

El modelo circumplejo identifica cuatro tipos de familia en el área central y reflejan los niveles balanceados de la adaptabilidad y la cohesión, son vistos como los más funcionales para el desarrollo individual y familiar. Los cuatro tipos extremos reflejan muy altos o bajos niveles de adaptabilidad y cohesión, son vistos como los más disfuncionales para el desarrollo del individuo y la familia. El modelo es dinámico, se asume que los cambios pueden ocurrir en los tipos familiares sobre el tiempo. Las familias son libres de moverse en cualquier dirección que la situación, estado del ciclo de vida familiar o socialización de los miembros de la familia puedan requerir.⁸⁰ (Figura 1)

Figura 1. Modelo Circumplejo



Apgar Familiar

El acercamiento a la familia en salud siempre se produce a través de uno de sus miembros o caso índice. El instrumento de Apgar familiar se desarrolló para identificar a las familias con mayores necesidades o más vulnerables ante las crisis provocadas por un problema de salud, a causa de la precariedad de sus recursos internos y externos. Para obtener una visión sintética y gráfica de la estructura familiar se incorporó el genograma familiar o árbol genealógico, instrumento que permite al profesional de salud ubicar rápidamente al paciente en su entorno familiar. Este genograma debía reflejar las diversas fuentes de apoyo o de conflicto de un paciente, el funcionamiento interno, el ambiente emocional y la capacidad del grupo familiar para hacer frente a la crisis que representa la enfermedad de uno de sus integrantes.

El uso del Apgar familiar se remonta a 1978 cuando Smilkstein publicó la primera versión de este instrumento. Su propósito fue diseñar un instrumento breve de tamizaje para uso diario en el consultorio del médico de familia, para obtener una revisión rápida de los componentes del funcionamiento familiar. Las preguntas están dirigidas para medir cualitativamente la satisfacción de un miembro de una familia en cuanto a cinco elementos que constituyen la función familiar:^{81,82}

1. Adaptabilidad: capacidad de utilizar los recursos familiares y comunitarios para resolver situaciones de crisis.
2. Participación: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para explorar maneras de resolverlos.
3. Gradiente de crecimiento: capacidad de atravesar las distintas etapas del ciclo vital familiar en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
4. Afecto: capacidad para experimentar cariño y preocupación por cada miembro de la familia y de demostrar distintas emociones como afecto, amor, pena o rabia.
5. Resolución: capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo el tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.

IV. Apoyo Social

El apoyo social es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Es importante conocerlo debido a que su manejo posibilita la intervención preventiva, terapéutica y rehabilitadora de diferentes problemas de

salud (fortaleciendo las relaciones intrafamiliares o potenciando grupos de autoayuda) a nivel a la atención primaria.

El apoyo social tiene dos dimensiones que evalúan: el apoyo confidencial, por el cual las personas pueden recibir información, consejo o guía, o disponen de personas con las que pueden compartir sus inquietudes o problemas; y el apoyo afectivo, que puede concretarse en expresiones de amor, cariño, estima, simpatía y/o pertenencia a grupos.^{83,84}

V. IMSS

El IMSS es una Institución del gobierno federal, autónoma y tripartita (Estado, Patrones y Trabajadores), dedicada a brindar servicios de salud y seguridad social a la población que cuente con afiliación al propio instituto, llamada entonces asegurados y derechohabientes. Desde su fundación en 1943 es la institución con mayor presencia en la atención a la salud y en la protección social de los mexicanos. Hoy en día, más de la mitad de la población mexicana, tiene algo que ver con el Instituto, hasta ahora, la más grande en su género en América Latina.

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un mandato legal derivado del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional, con un sentido social. Por su parte, el Artículo 2 de la Ley del Seguro Social establece que la seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que, en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.⁸⁵

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La epidemia del VIH/SIDA es un problema de Salud Pública en el ámbito mundial. Sin embargo, esta enfermedad tiene también implicaciones transcendentales a nivel personal, familiar, social, psicológico y económico.

Impactan a las familias porque afectan principalmente a jóvenes y adultos en sus años más productivos, lo que ocasiona menos días de trabajo, vidas de trabajo más cortas y disminución en las oportunidades de obtener empleos mejor remunerados; así como el aumento en la demanda de atención médica y de tratamientos farmacológicos costos. Situaciones que ocasionan la disminución del ingreso familiar y aumento de los gastos en la atención médica que contribuyen al empobrecimiento de las familias, repercutiendo no sólo en el deterioro de la calidad de cuidado de los pacientes y en su pronóstico, sino también de la calidad de vida de la familia. Por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe un impacto económico sobre la familia en la atención del paciente, derechohabiente del IMSS, con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y/o el síndrome de inmunodeficiencia adquirida?

JUSTIFICACIÓN

A más de 30 años en que se describiera el primer caso del SIDA, el impacto de la epidemia en la sociedad, la economía y en los sistemas de salud es uno de los más deletéreos en la historia del mundo.⁸⁶

Es la cuarta causa de mortalidad en el mundo (después de las enfermedades del corazón, derrames cerebrales y enfermedades respiratorias) y se ha convertido en la principal causa de muerte en África. El VIH/SIDA convierte a los niños en huérfanos, a las mujeres en viudas y debilita el sostén de la familia. Además de estas terribles consecuencias humanas, debilita las sociedades, destruye las fuerzas productivas, reduce la esperanza de vida, y derriba las estructuras sociales. El VIH/SIDA no es sólo una enfermedad terrible, es también es un gran desafío para el desarrollo.⁶²

La familia es el ambiente social más importante en que ocurre y se resuelve la enfermedad. En el seno de cada familia se transmiten creencias y hábitos, así como percepciones de riesgo para la salud que condicionarán las actitudes y conductas de sus miembros frente a la enfermedad y a la utilización de servicios de atención médica. La salud familiar está determinada por variables sociodemográficas y culturales, y debe entenderse como un proceso dinámico susceptible de experimentar cambios a lo largo del ciclo vital.⁸¹

El VIH/SIDA es un problema de salud física individual que por sus características puede alterar el funcionamiento del grupo familiar, así como las consecuencias sociales como la dificultad en compartir el diagnóstico con familiares, amigos, vecinos y patrones; lo que ocasiona aislamiento, segregación y estigma.

En México hay insuficientes estudios relevante que refieran las características económicas de las familias cuando uno o más de sus integrantes tienen VIH o SIDA, por lo que es prioritario hacerlas explícitas para la generación de conocimiento a este respecto.

El conocer cómo se afecta el ingreso, gasto y ahorros de la familia en la atención del paciente con VIH/SIDA, nos permitiría proporcionar información a los tomadores de decisiones e inferir en dar mayor auge a los programas de prevención, a la organización de programas de apoyo social, así como de otros que favorezcan la adquisición de medicamentos, de atención médica integral y de apoyo de psicoterapia a las familias más desfavorecidas.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

1. ¿Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, después que se les diagnóstica VIH/SIDA, tienen un impacto económico en sus ingresos, gastos y ahorros?
2. ¿Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, cuándo se les diagnóstica VIH/SIDA tienen gasto de bolsillo en salud?
3. ¿Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, cuándo se les diagnóstica VIH/SIDA se empobrecen?
4. ¿Los pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de VIH/SIDA tienen familias disfuncionales?
5. ¿Los pacientes derechohabientes del IMSS cuando se les diagnóstica VIH/SIDA reciben apoyo social?

HIPÓTESIS

1. Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, después que se les diagnóstica VIH/SIDA, tienen un impacto económico en sus ingresos, gastos y ahorros.
2. Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, cuándo se les diagnóstica VIH/SIDA tienen gasto de bolsillo en salud.
3. Los hogares de los pacientes, derechohabientes del IMSS, cuándo se les diagnóstica VIH/SIDA se empobrecen.
4. Los pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de VIH/SIDA tienen familias disfuncionales.
5. Los pacientes derechohabientes del IMSS cuando se les diagnóstica VIH/SIDA reciben apoyo social.

OBJETIVOS

1. Describir y cuantificar los ingresos, gastos y ahorros del hogar de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de las clínicas de VIH/SIDA del IMSS y tres meses después.
2. Valorar el gasto de bolsillo en salud de los hogares de los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de las clínicas de VIH/SIDA del IMSS y tres meses después.
3. Evaluar el empobrecimiento de los hogares debido al gasto de bolsillo en salud por la atención del paciente con VIH/SIDA.
4. Cuantificar el grado de desigualdad (coeficiente de Gini) del ingreso del hogar y del paciente antes del diagnóstico de VIH/SIDA, cuando acuden por primera vez a la consulta externa de la Clínica de VIH/SIDA y a los 3 meses después.
5. Describir los tipos de hogares de acuerdo a su estructura (nuclear, compuesta, unipersonal, extensa), funcionalidad familiar y apoyo social.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Tipo de Diseño

Estudio observacional, longitudinal, prospectivo, retrolectivo/prolectivo y analítico.

2. Diseño de la Muestra

Hogares que cuenten con uno o más pacientes con diagnóstico establecido de VIH/SIDA.

Se incluyeron a las familias y pacientes del Hospital Regional No. 25 (HR) y del Hospital General de Zona No. 24 (HGZ), del Instituto Mexicano del Seguro Social. La población derechohabiente de estos hospitales proviene del Distrito Federal (D.F.) y del Estado de México.

Los pacientes del D.F. son de las delegaciones Gustavo A. Madero, Azcapotzalco, Iztapalapa, Iztacalco, Venustiano Carranza y Cuauhtémoc; y los del Estado de México de los municipios de Ixtapaluca, Chimalhuacán, Ciudad Netzahualcóyotl, Ejido San Agustín, Ecatepec y Tlalnepantla.

A los pacientes que aceptaron participar se les realizaron las encuestas en sus domicilios. La primera fue posterior a la fecha de su consulta de primera vez y una segunda entrevista tres meses después.

3. Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación.

a. Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes adultos que acudían por primera vez a la consulta externa de las clínicas de VIH/SIDA y que aceptaron participar en el estudio, de cualquier sexo, con diagnóstico confirmado de infección por el VIH por medio de las pruebas de ELISA y Western Blot. Todos los pacientes firmaron una carta de consentimiento informado, para poder acudir a su domicilio a la realización de las entrevistas. El hogar se utilizó como la unidad de análisis.

b. Criterios de exclusión

Pacientes sin diagnóstico confirmatorio por Western Blot y sin valoración de cuenta de CD4.

c. Criterios de eliminación

Se excluyeron los hogares donde no se podía obtener información adecuada por parte del paciente o familiares, y cuando los cuestionarios no se contestaban en forma completa.

Procedimiento de Selección de la Muestra

Se acudió a la consulta externa de la clínica de VIH/SIDA del HR No. 25 del IMSS, los días lunes que es cuando se atiende a los pacientes de primera vez. En la clínica de VIH/SIDA del HGZ No. 24 se asistió a la consulta externa los días martes, viernes y domingo, en este hospital la consulta inicia a partir de las 21 horas. Los pacientes de primera vez acuden a la consulta cualquier día de estos por lo que es variable su número.

Posterior al interrogatorio, exploración física y explicación del estudio y manejo de su enfermedad, se le informó del estudio y los pacientes que aceptaron se les solicitó una cita para acudir a sus domicilios a realizar la entrevista, a partir de la fecha de la primera entrevista, se les localizó en tres meses para la segunda entrevista.

Se tuvo que tomar parte en la consulta de valoración del paciente de primera vez para la aceptación por parte de los pacientes. Los que accedieron a participar en el estudio se les visitó en sus domicilios para el llenado de los cuestionarios.

5. Tamaño de la Muestra

Se realizó una muestra no probabilística por conveniencia de los pacientes que acudían por primera vez a la consulta externa de las clínicas de VIH/SIDA del HR No. 25 y del HGZ No. 24 del IMSS, del 1º. de Octubre de 1998 al 30 de abril de 1999.

6. Variables de Estudio

1. Independiente	Hogar
Definición operativa	Conjunto de personas unidas o no por lazos de parentesco que residen habitualmente en una vivienda y se sostienen de un gasto común principalmente para alimentación.
Nivel de medición	Cualitativa nominal
Categorías de la variable	1. Nuclear 2. Ampliado 3. Compuesto 4. Unipersonal 5. Corresidentes
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
2. Independiente	Miembros del hogar.
Definición operativa	Son todas las personas que residen habitualmente en la vivienda.

Nivel de medición	Cuantitativa discreta
Categorías de la variable	1 o más
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
3. Independiente	Relación de parentesco.
Definición operativa	Es el vínculo o lazo de unión que los miembros del hogar tienen con el jefe del hogar, los lazos pueden ser: consanguíneos, legales, por adopción y de afinidad o de costumbre.
Nivel de medición	Cualitativa nominal
Categorías de la variable	1. Jefe del hogar 2. Esposa (o), compañera (o) 3. Hijo(a) 4. Otro familiar, especificar 5. No familiares, especificar
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
4. Independiente	Sexo
Definición operativa	Distinción biológica que clasificó a los residentes habituales de la vivienda particular en hombres y mujeres.
Nivel de medición	Cualitativa nominal
Categorías de la variable	1. Hombre 2. Mujer
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
5. Independiente	Edad
Definición operativa	Período transcurrido entre la fecha de nacimiento de la persona y la fecha de la entrevista. Se consideraron sólo años cumplidos.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medida en años
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
6. Independiente	Estado Civil
Definición operativa	Condición de los miembros del hogar de 12 años y más en relación con los derechos y obligaciones legales y de

	4. Costurera 5. Carpintero 6. Auditor 7. Farmacéutico 8. Mesero 9. Intendencia 10. Supervisor de construcción	14. Programador 15. Repartidor de gas 16. Seguridad 17. Comerciante y promotor 18. Ventas e intendencia 19. Empleado de mostrador 20. Comerciante 21. Diseñador mecánico
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	
10. Independiente	Horas trabajadas	
Definición operativa	Número promedio de horas trabajadas habitualmente a la semana en el empleo principal y secundario durante el período de referencia.	
Nivel de medición	Cuantitativa continua	
Categorías de la variable	Medida en horas	
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	
11. Independiente	Días de pago	
Definición operativa	Diferentes períodos en los que los miembros del hogar ocupados pudieron haber recibido un pago, o bien percibido ingresos monetarios o en especie por su ocupación principal o secundaria.	
Nivel de medición	Cualitativa ordinal	
Categorías de la variable	1. Diario 2. Semanal 3. Quincenal	4. Mensual 5. Otro, especificar.....
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	
12. Independiente	Sitio de trabajo	
Definición operativa	Lugar donde los miembros del hogar realizaron su trabajo o tarea específica en su empleo principal y secundario.	
Nivel de medición	Cualitativa nominal	
Categorías de la variable	1. Empresa privada 2. Aeropuerto 3. Restaurante 4. Particular	7. Sector salud 8. Calle o tianguis 9. Taller de encuadernación 10. Tienda de abarrotes y

	5. Notaria 6. Taller de costura	APAC 11. Tintorería																														
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar																															
13. Independiente	Funcionalidad familiar (Apgar)																															
Definición operativa	Es la percepción de un integrante de la familia tiene de su funcionamiento familiar, a través de cinco componentes adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución.																															
Nivel de medición	Cualitativa nominal																															
Categorías de la variable	1. Funcional (≥ 8) 2. Disfuncional (≤ 6)																															
Instrumento de medición	Cuestionario de Apgar-familiar																															
14. Independiente	Funcionalidad familiar (FACES II)																															
Definición operativa	El modelo circunplejo consta de dos dimensiones: cohesión y adaptabilidad. La cohesión se define como los lazos emocionales que los miembros de la familia tienen unos con otros y el grado de autonomía personal que experimentan. La adaptabilidad es la habilidad del sistema familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de roles y reglas de relación en respuesta al estrés situacional y evolutivo.																															
Nivel de medición	Cualitativa nominal																															
Categorías de la variable	<table border="0"> <tr> <td>Cohesión</td> <td>Adaptabilidad</td> </tr> <tr> <td>- Desintegrada ≤ 56.9</td> <td>- Caótica ≥ 56.1</td> </tr> <tr> <td>- Separada 57 – 65</td> <td>- Flexible 50.1 – 56</td> </tr> <tr> <td>- Conectada 65.1 – 73</td> <td>- Estructurada 44 – 50</td> </tr> <tr> <td>- Amalgamada ≥ 73.1</td> <td>- Rígida ≤ 43.9</td> </tr> <tr> <td>Familias extremas</td> <td>Familias equilibradas</td> </tr> <tr> <td>- Caótica desintegrada</td> <td>- Flexible separada</td> </tr> <tr> <td>- Caótica amalgamada</td> <td>- Flexible conectada</td> </tr> <tr> <td>- Rígida desintegrada</td> <td>- Estructurada separada</td> </tr> <tr> <td>- Rígida amalgamada</td> <td>- Estructurada conectada</td> </tr> <tr> <td>Familias de rango medio</td> <td></td> </tr> <tr> <td>- Caótica separada</td> <td>- Caótica conectada</td> </tr> <tr> <td>- Flexible desintegrada</td> <td>- Flexible amalgamada</td> </tr> <tr> <td>- Estructurada desintegrada</td> <td>- Estructurada amalgamada</td> </tr> <tr> <td>- Rígida separada</td> <td>- Rígida conectada</td> </tr> </table>		Cohesión	Adaptabilidad	- Desintegrada ≤ 56.9	- Caótica ≥ 56.1	- Separada 57 – 65	- Flexible 50.1 – 56	- Conectada 65.1 – 73	- Estructurada 44 – 50	- Amalgamada ≥ 73.1	- Rígida ≤ 43.9	Familias extremas	Familias equilibradas	- Caótica desintegrada	- Flexible separada	- Caótica amalgamada	- Flexible conectada	- Rígida desintegrada	- Estructurada separada	- Rígida amalgamada	- Estructurada conectada	Familias de rango medio		- Caótica separada	- Caótica conectada	- Flexible desintegrada	- Flexible amalgamada	- Estructurada desintegrada	- Estructurada amalgamada	- Rígida separada	- Rígida conectada
Cohesión	Adaptabilidad																															
- Desintegrada ≤ 56.9	- Caótica ≥ 56.1																															
- Separada 57 – 65	- Flexible 50.1 – 56																															
- Conectada 65.1 – 73	- Estructurada 44 – 50																															
- Amalgamada ≥ 73.1	- Rígida ≤ 43.9																															
Familias extremas	Familias equilibradas																															
- Caótica desintegrada	- Flexible separada																															
- Caótica amalgamada	- Flexible conectada																															
- Rígida desintegrada	- Estructurada separada																															
- Rígida amalgamada	- Estructurada conectada																															
Familias de rango medio																																
- Caótica separada	- Caótica conectada																															
- Flexible desintegrada	- Flexible amalgamada																															
- Estructurada desintegrada	- Estructurada amalgamada																															
- Rígida separada	- Rígida conectada																															

Instrumento de medición	Cuestionario FACES II
15. Independiente	Apoyo social
Definición operativa	Es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. Evalúa el apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y empatía) y el apoyo confidencial (posibilidad de contar con personas para comunicarse).
Nivel de medición	Cualitativa nominal
Categorías de la variable	≤ 32 puntos = apoyo social bajo Subescalas: Apoyo social afectivo = ≥ 18 puntos (ítem: 1,4,6,7,8,10) Apoyo social confidencial = ≥ 15 puntos (ítem.: 2,3,5,9,11)
Instrumento de medición	Cuestionario de apoyo social funcional (Duke UNC–11)
16. Independiente	Estadio clínico de VIH/SIDA
Definición operativa	El sistema de clasificación actual del Centro de Control de Enfermedades (CDC) para adolescentes y adultos infectados con el VIH ubica a las personas con base en las enfermedades asociadas con la infección por dicho virus y los recuentos de linfocitos T CD4+. El sistema se basa en tres niveles de recuento de estos linfocitos y en tres categorías clínicas, representado por una matriz de nueve categorías mutuamente excluyentes.
Nivel de medición	Cualitativa ordinal
Categorías de la variable	A1, A2, A3, B1, B2, B3, C1, C2 y C3
Instrumento de medición	Anexo A
17. Independiente	Vivienda
Definición operativa	Espacio delimitado por paredes y techos de cualquier material de construcción donde viven, duermen, preparan alimentos, comen y se protegen de las inclemencias del tiempo una o más personas.
Nivel de medición	Cualitativa nominal
Categorías de la	1. Tenencia 5. Sanitario

variable	2. Material de construcción paredes, techo y piso 3. Distribución de la vivienda 4. Drenaje	6. Luz eléctrica 7. Combustible para cocinar 8. Teléfono 9. Celular o radiolocalizador
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	
18. Independiente	Equipamiento de la vivienda	
Definición operativa	Son los aparatos electrodomésticos con los que cuenta el hogar, incluye vehículos de transporte.	
Nivel de medición	Cualitativa nominal	
Categorías de la variable	Electrodomésticos 1. Radio 2. Grabadora 3. Tocabdiscos, consola o modular 4. Televisor 5. Videocasetera 6. Juegos de video 7. Computadora 8. Antena parabólica 9. Ventilador 10. Máquina de coser 11. Estufa de gas 12. Estufa de otro combustible	13. Refrigerador 14. Licuadora 15. Bomba de agua 16. Plancha 17. Lavadora 18. Secadora de ropa 19. Aspiradora 20. Calentador de gas 21. Calentador de otro combustible 22. Horno de microondas 23. Reproductor de discos compactos 24. Otros, especificar...
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	
19. Independiente	Ingreso total	
Definición operativa	Incluye el ingreso monetario y el ingreso no monetario	
Nivel de medición	Cuantitativa continua	
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)	
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar	

20. Independiente	Ingreso monetario
Definición operativa	Percepciones en efectivo que recibieron los miembros del hogar, durante el período de estudio, e incluye: 1) remuneración del trabajo (sueldos, salarios, jornal, horas extras), aguinaldos, premios, primas vacacionales, reparto de utilidades y otras prestaciones en efectivo; 2) renta empresarial, el ingreso en efectivo y/o en especie de un negocio agropecuario o no agropecuario; 3) rendimientos derivados de cooperativas de producción; 4) renta de la propiedad son los alquileres, intereses, dividendos y regalías derivados de la posesión de activos físicos o no físicos; 5) transferencias, como jubilaciones y pensiones, donativos y becas, ingresos provenientes de otros países, indemnizaciones; 6) otros, como ventas de vehículos, aparatos eléctricos, etc.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
21. Independiente	Ingreso no monetario
Definición operativa	Se consideró la estimación realizada por los miembros del hogar, con base al valor en el mercado, a precios de menudeo de los productos y servicios de consumo final y privado, e incluyó el pago en especie, regalos, el autoconsumo y la estimación del alquiler de la vivienda.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
22. Independiente	Gasto monetario
Definición operativa	Ingreso que los miembros del hogar destinaron durante el período de referencia, a la adquisición de productos y/o servicios de consumo final y privado, para el gasto efectuado en dinero, o por la compra de productos y/o servicios que fue(ron) pagado(s), donado(s) y/o regalado(s) como una transferencia corriente a personas o instituciones ajenas al hogar; estos gastos realizados por los miembros

	del hogar, ya sea en dinero, en productos y/o servicios.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	<p>Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos) y realizados en los siguientes rubros:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios y artículos de cultura, esparcimiento y recreación. 2. Servicios de comunicaciones y transporte. 3. Vivienda y servicios de conservación, energía eléctrica, gas y agua. 4. Artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la casa, enseres domésticos, muebles, cristalería, utensilios domésticos y blancos. 5. Artículos y servicios para el cuidado personal. 6. Ropa, calzado y accesorios 7. Bebidas y alimentos dentro y fuera del hogar. Tabaco y alcohol. 8. Cuidados médicos y conservación de la salud 9. Educación 10. Diversos
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
23. Independiente	Gasto de bolsillo en salud (oop_h)
Definición operativa	Engloba todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Incluye honorarios médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital, así como los gastos en medicina alternativa y tradicional. No incluye los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	<ol style="list-style-type: none"> 1. Honorarios médicos 2. Compras de medicamentos 3. Facturas de hospital 4. Medicina alternativa y tradicional
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
24. Independiente	Gasto de consumo de los hogares (exp_h)
Definición operativa	Se refiere a las compras en dinero y en especie de todos los bienes y servicios del hogar y el valor monetario del

	consumo de los productos elaborados por la familia.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	<ol style="list-style-type: none"> 1. Servicios y artículos cultura, esparcimiento y recreación. 2. Servicios de comunicaciones y transporte. 3. Vivienda y servicios de conservación, energía eléctrica, gas y agua. 4. Artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la casa, enseres domésticos, muebles, cristalería, utensilios domésticos y blancos. 5. Artículos y servicios para el cuidado personal. 6. Ropa, calzado y accesorios 7. Educación
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
25. Independiente	Gasto en alimentación ($food_h$)
Definición operativa	Es la cantidad gastada por el hogar en todos los productos alimenticios que se consumen en el hogar, más el valor de los alimentos elaborados por la propia familia. Se excluyen el tabaco, las bebidas alcohólicas y las comidas fuera del hogar (por ejemplo: hoteles y restaurantes).
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	<ol style="list-style-type: none"> 1. Azúcares y especias 2. Bebidas 3. Alimentos consumidos fuera del hogar 4. Leche y derivados 5. Verduras, leguminosas y fruta 6. Carne 7. Harinas
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
26. Independiente	Gasto de subsistencia del hogar (se_h)
Definición operativa	Es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar y metodología de la OMS

27. Independiente	Capacidad de pago de los hogares (ctp_h)
Definición operativa	Son los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	$ctp_h = exp_h - se_h$ si $se_h \leq food_h$ $ctp_h = exp_h - food_h$ si $se_h > food_h$
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar y metodología de la OMS
28. Independiente	Ahorro
Definición operativa	Es lo que queda del ingreso después de los gastos en bienes y servicios. Mayor ingreso – menor gasto = ahorro
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
29. Independiente	Inversión
Definición operativa	Es la adquisición de activos físicos por parte de la familia a través de la compra de vivienda, automóvil y bienes de consumo duraderos.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
30. Dependiente	Deuda
Definición operativa	Cuando se pide dinero prestado, necesario para pagar el exceso de los gastos sobre los ingresos. Y se puede solicitar el dinero prestado a familiares, particulares o institución bancaria. Menor ingreso – mayor gasto = deuda
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar

31. Dependiente	Impacto económico
Definición operativa	Se refiere a la disminución del ingreso y/o a la pérdida del ahorro y/o la venta de activos y/o a la adquisición de deudas por los hogares. Así como el gasto catastrófico por motivo de salud y el empobrecimiento del hogar.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Medidas en moneda nacional (pesos mexicanos)
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
32. Dependiente	Índice de Gini
Definición operativa	Es un coeficiente que mide el grado de desigualdad de la distribución del ingreso o la desigualdad de la riqueza de una región.
Nivel de medición	Cuantitativa continua
Categorías de la variable	Toma valores entre 0 y 1, donde 0 indica que todos los individuos tienen el mismo ingreso y 1 indica que sólo un individuo tiene todo el ingreso.
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar
33. Dependiente	Hogar pobre
Definición operativa	Un hogar es considerado pobre cuando el gasto total del hogar es menor que su gasto de subsistencia.
Nivel de medición	Cualitativa nominal dicotómica
Categorías de la variable	$1 = \text{pobre} \quad \text{si } exp_h < se_h$ $0 = \text{no pobre} \quad \text{si } exp_h \geq se_h$
Instrumento de medición	Metodología de la OMS
34. Dependiente	Gasto catastrófico por motivo de salud
Definición operativa	Los gastos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago.
Nivel de medición	Cualitativa nominal dicotómica
Categorías de la variable	$1 = \text{hogar con gasto catastrófico} \quad \text{si } oop_h / ctp_h \geq 0.4$ $0 = \text{hogar sin gasto catastrófico} \quad \text{si } oop_h / ctp_h < 0.4$

Instrumento de medición	Metodología de la OMS
35. Dependiente	Empobrecimiento ($impoor_h$)
Definición operativa	Un hogar no pobre se empobrece cuando después de pagar por la atención a la salud se vuelve pobre.
Nivel de medición	Cualitativa nominal dicotómica
Categorías de la variable	empobrecimiento = 1 si $exp_h \geq se_h$ y $exp_h - oop_h < se_h$ sin empobrecimiento = 0 en todos los otros casos
Instrumento de medición	Cuestionario de gastos del hogar y metodología de la OMS

7. Descripción del estudio

7.1. Instrumentos de medición

Se realizó un cuestionario con base a la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares del año de 1996 para obtener los datos de las características y servicios de la vivienda, las variables sociodemográficas y los diferentes rubros de ingresos y gastos de los integrantes del hogar. Dos cuestionarios de funcionalidad familiar: el Apgar-familiar y el FACES II. Y un cuestionario de apoyo social: Duke UNC-11.

7.2. Visitas domiciliarias

Una vez que aceptaron los pacientes participar en el estudio, se procedió a tomar los datos de su domicilio y agendar las citas para las entrevistas en un tiempo breve posterior a la primera consulta. Los cuestionarios fueron llenados en los hogares de los pacientes. La encuesta fue realizada por la misma persona y el tiempo de llenado fue en promedio de 2 horas. Al término de la primera entrevista se acordó con el paciente la fecha de la segunda entrevista (en tres meses) y se confirmó una semana antes a través de llamada telefónica. Sólo en un caso se buscó a un paciente en repetidas ocasiones y se le realizó la encuesta al año.

Se eliminaron 4 pacientes, dos de los cuales la información recabada no era confiable, uno contestó en forma incompleta el cuestionario y otro no se realizó la segunda medición ya que se marchó a su país y poco tiempo después falleció.

7.3 Expediente Clínico

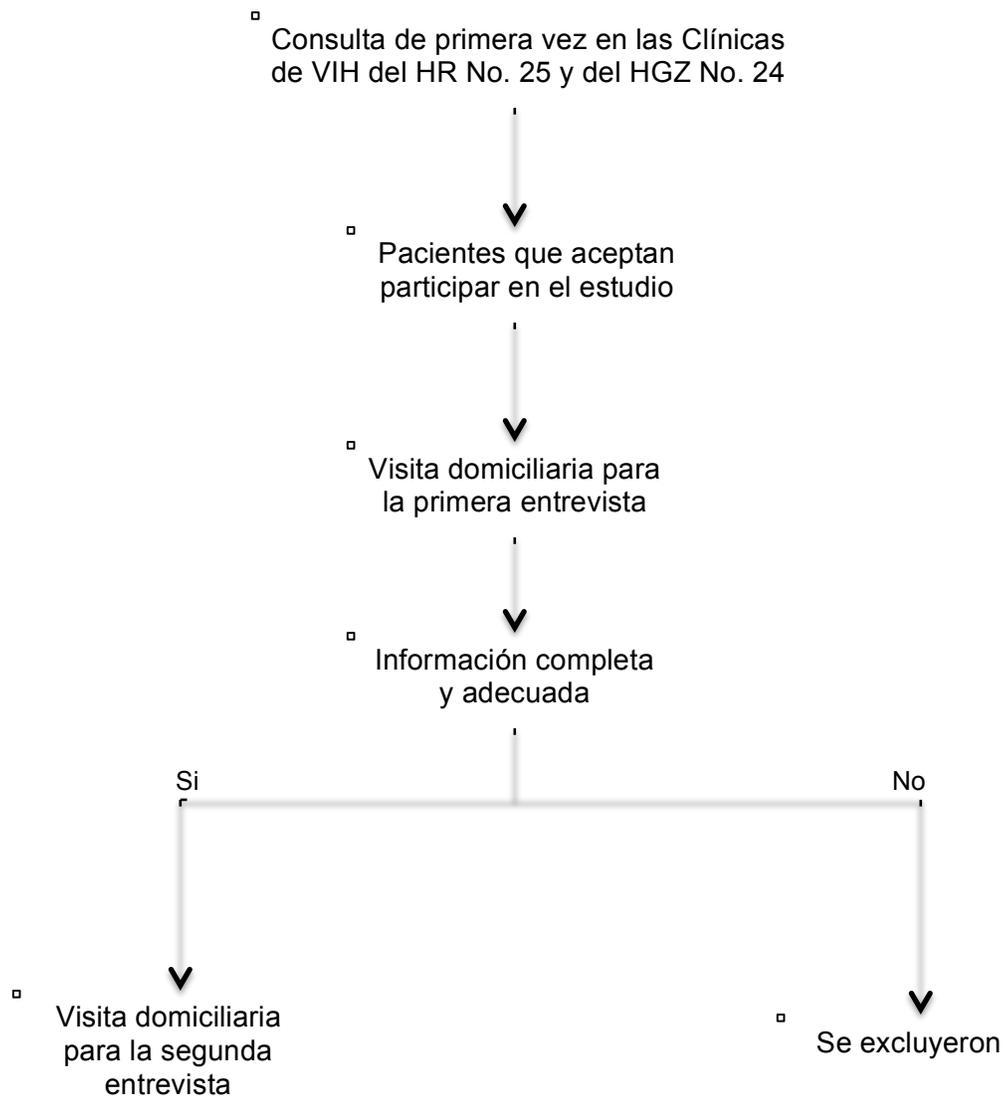
Se acudió a los hospitales donde se atendían los pacientes para solicitar en el archivo los expedientes clínicos y buscar la información de los resultados de

laboratorio (linfocitos T CD4+ y carga viral) y los diagnósticos de las comorbilidades, con la finalidad de estadificar a los pacientes.

7.4 Procesamiento de la Información

Una vez realizado el llenado de los cuestionarios se procedió a la codificación de las variables del estudio y posteriormente su captura en una base de datos del programa de Excel, donde se realizó el análisis estadístico de los datos.

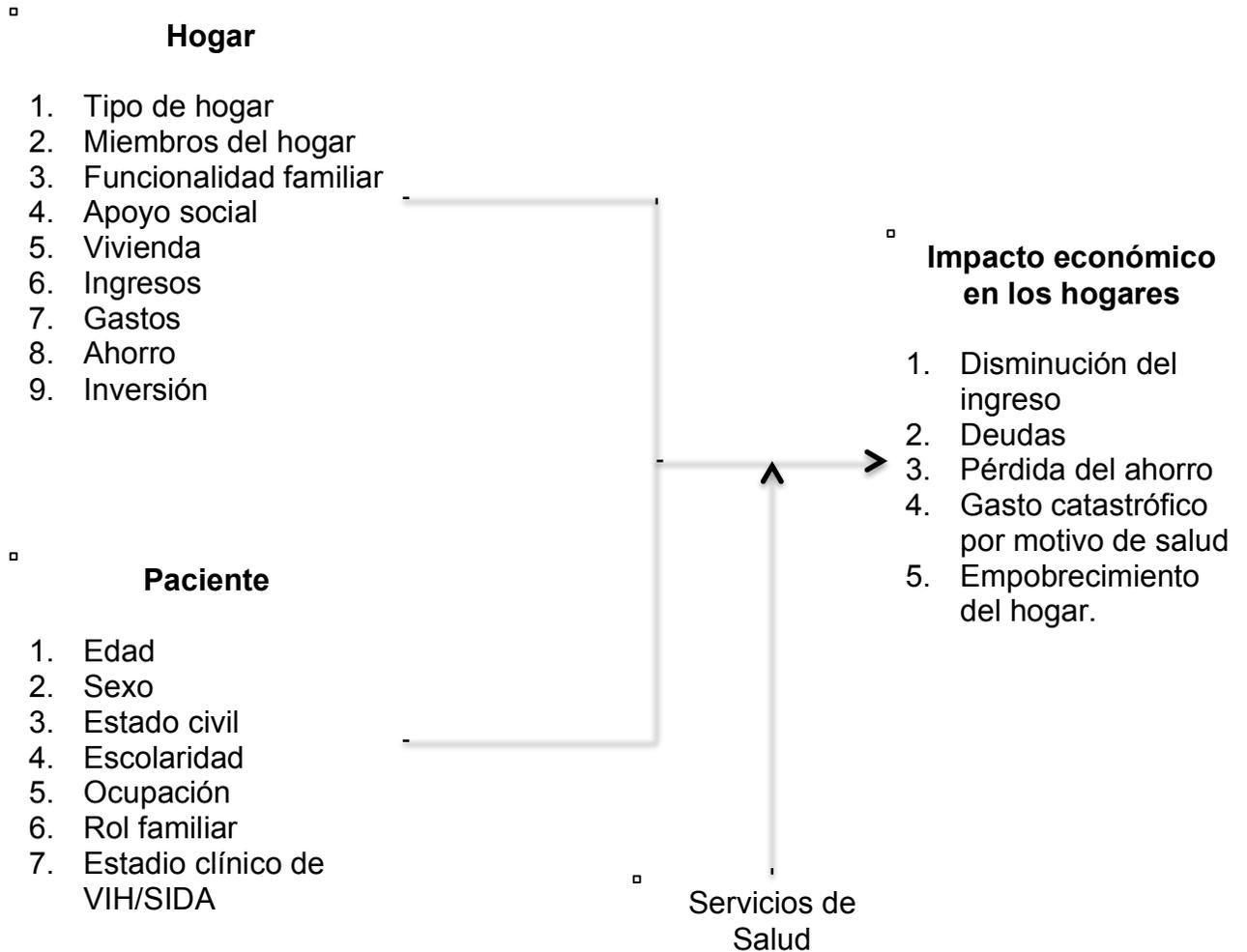
DIAGRAMA DE FLUJO



Modelo Conceptual

Variables independientes

Variable dependiente



8. Análisis de los datos

Se realizó el análisis descriptivo de las variables, presentándose en: 1) forma tabular con distribución de frecuencias simples y de intervalos; y 2) gráficos de barras y lineales. Se calcularon medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas.

Para el análisis bivariado se utilizaron pruebas no paramétricas como la prueba de χ^2 para evaluar diferencias entre las dos mediciones de los gastos, ingresos, deuda, ahorro y ayuda monetaria y en especie. Y éstas con las variables sociodemográficas, de funcionalidad familiar y apoyo social. También se utilizó la prueba de rangos señalados de Wilcoxon para evaluar los gastos, ingresos, deuda y ahorro. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p \leq 0.05$.

Con los datos de los ingresos de los hogares se calcularon las medidas de desigualdad para datos no agrupados (rango relativo, desviación media relativa, coeficiente normalizado de la varianza relativa, varianza de los logaritmos y el índice de Gini) y se realizaron diagramas de concentración, de acuerdo a las técnicas estadísticas para el estudio de la desigualdad social.⁸⁷

Debido a que los datos se obtuvieron a finales de los 90's, se calculó la inflación de las variables de gasto de bolsillo en salud, gasto del consumo de los hogares y el gasto en alimentación, a partir de la fecha de cada una de las entrevistas a julio de 2014. Se empleó el calculador de inflación del INEGI.⁸⁸

Posteriormente, se utilizó la metodología elaborada por la Organización Mundial de Salud para evaluar la distribución del gasto de bolsillo en salud, los gastos catastróficos y el empobrecimiento del hogar.⁷⁴

El gasto del hogar se analizó en tres grandes rubros:

- 1) El gasto de bolsillo en salud (oop_h) incluye los honorarios médicos, la compra de medicamentos, facturas de hospital y medicina alternativa; y excluye los gastos de transporte y nutrición especial.
- 2) El gasto de consumo de los hogares (exp_h) comprendió todas las compras en dinero y en especie de todos los bienes y servicios del hogar y el valor monetario del consumo de los productos elaborados por la familia.
- 3) El gasto en alimentación ($food_h$) se refiere a la cantidad gastada por el hogar en todos los productos alimenticios que se consumen en el hogar, más el valor de los alimentos elaborados por la propia familia. Excluye el tabaco, las bebidas alcohólicas y las comidas fuera del hogar (por ejemplo: hoteles y restaurantes).

El gasto de subsistencia (se_h) se definió como el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. Y se calculó utilizando una línea de pobreza

basada en la proporción del gasto en alimentos del hogar, el tamaño del hogar, el valor del parámetro β (0.56), y los percentiles 45 y 55.

Se consideró un hogar pobre ($poor_h$) cuando el gasto total del hogar es menor que su gasto de subsistencia ($exp_h < se_h$).

$$\begin{aligned} poor_h &= 1 & \text{si } exp_h < se_h & = \text{pobre} \\ poor_h &= 0 & \text{si } exp_h \geq se_h & = \text{no pobre} \end{aligned}$$

La capacidad de pago de los hogares (ctp_h) se define como los ingresos efectivos del hogar que están por arriba del nivel de subsistencia:

$$\begin{aligned} ctp_h &= exp_h - se_h & \text{si } se_h \leq food_h \\ ctp_h &= exp_h - food_h & \text{si } se_h > food_h \end{aligned}$$

El gasto catastrófico por motivos de salud se refiere a los gastos de bolsillo en salud de un hogar que representa el 40% o más de su capacidad de pago; o sea, es la proporción de entre el gasto de bolsillo en salud (oop_h) entre la capacidad de pago de los hogares (ctp_h):

$$\begin{aligned} cata_h &= 1 & \text{si } oop_h / ctp_h \geq 0.4 & = \text{con gasto catastrófico por motivo de salud} \\ cata_h &= 0 & \text{si } oop_h / ctp_h < 0.4 & = \text{sin gasto catastrófico por motivo de salud} \end{aligned}$$

El empobrecimiento ($impoor_h$) se definió como un hogar no pobre se empobrece cuando después de pagar por la atención a la salud se vuelve pobre, y es definida cuando el gasto del hogar es igual o mayor al gasto de subsistencia, pero es menor que el gasto de subsistencia excluyendo el gasto en salud.

$$\begin{aligned} impoor_h &= 1 & \text{si } exp_h \geq se_h & \text{ y } exp_h - oop_h < se_h & = \text{con empobrecimiento} \\ impoor_h &= 0 & \text{si } exp_h \geq se_h & \text{ y } exp_h - oop_h \geq se_h & = \text{sin empobrecimiento} \end{aligned}$$

RESULTADOS

De los 31 pacientes entrevistados, el 61% (19) eran del HGZ No. 24, quince radicaban en el D.F. y cuatro en el Estado de México; el 39% (12) eran del HR No.25, cuatro pacientes radicaban en el DF y ocho en el Estado de México (tabla 10).

Tabla 10. Número de pacientes por lugar de residencia y unidad médica.

Estado	Delegación	HGZ No. 24	HR No. 25	Total
Distrito Federal	Gustavo A. Madero	11	—	11
	Azcapotzalco	4	—	4
	Iztapalapa	—	1	1
	Venustiano Carranza	—	1	1
	Cuauhtémoc	—	1	1
	Iztacalco	—	1	1
Estado de México	Ciudad Nezahualcóyotl	—	7	7
	Ixtapaluca	1	—	1
	Chimalhuacán	1	—	1
	Ejido San Agustín	—	1	1
	Ecatepec	1	—	1
	Tlalnepantla	1	—	1
Total		19	12	31

1. Pacientes

La mediana de edad de los pacientes fue de 32 años, con un rango de 21 a 51 años. El 84% (26) eran del sexo masculino y el 16% (5) del sexo femenino. Del estado civil el 45% (14) era soltero, el 29% (9) casado, el 19% estaba en unión libre, una era viuda y uno separado; en la segunda entrevista uno de unión libre se separó y una casada su esposo la abandonó (χ^2 , $p = 0.99$). De la escolaridad el 13% (4) tenía primaria completa, el 29% (9) secundaria, el 12% (4) preparatoria, el 32% (10) con nivel de licenciatura, dos tenían una carrera técnica, uno había cursado la normal, y otro acudía a escuela especial (tabla 11).

Tabla 11. Características de los pacientes

Características	1ª. Medición	2ª. Medición*
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1. Edad (años)		
— 0 – 29	8 (26)	—
— 30 – 39	17 (55)	—
— 40 – 49	5(16)	—
— 50 – 59	1 (3)	—
2. Sexo		
— Masculino	26 (84)	—
— Femenino	5 (16)	—
3. Estado civil		
— Soltero	14 (45)	15 (48)
— Casado(a)	9 (29)	8 (26)
— Unión libre homosexual	5 (16)	4 (13)
— Separada	1 (3)	2 (6)
— Viuda	1 (3)	1 (3)
— Unión libre heterosexual	1 (3)	1 (3)
4. Escolaridad		
— Primaria	4 (13)	—
— Secundaria	9 (29)	—
— Preparatoria, vocacional o bachiller	4 (13)	—
— Carrera técnica o comercial	2 (6)	—
— Normal	1 (3)	—
— Profesional	10 (32)	—
— Escuela especial	1 (3)	—

* En esta medición solo se anotaron los que presentaron cambios. (χ^2 , $p = 0.99$)

2. Hogares

De acuerdo al tipo de hogar el 12 (39%) eran nucleares, 7(23%) extensos, 5 (16%) de corresidentes, 4 (13%) compuestos y 3 (10%) unipersonales. En la segunda medición solo se modificó la de corresidentes y unipersonal por que una persona que estaba en unión libre homosexual se separó (χ^2 , $p = 0.99$).

El rol del paciente, dentro del hogar, en el 45% (14) de la muestra eran jefes de familia, en el 35% (11) eran hijos y en el 20% (6) era la pareja heterosexual u homosexual (χ^2 , $p = 0.97$).

Tabla 12. Características de los hogares

Características	1ª. Medición	2ª. Medición	<i>p</i>
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
<i>1. Tipo de hogar</i>			
— Nuclear	12 (39)	12 (39)	0.99
— Extensa	7 (23)	7 (23)	
— Compuesta	4 (13)	4 (13)	
— Corresidentes	5 (16)	4 (13)	
— Unipersonal	3 (10)	4 (13)	
<i>2. Rol del paciente</i>			
— Jefe de familia	14 (45)	15 (48)	0.97
— Hijo	11 (35)	11 (35)	
— Esposa	3 (10)	2 (6)	
— Pareja	3 (10)	3 (10)	
<i>3. Número de personas que viven en los hogares</i>			
— 1	3 (10)	4 (13)	0.99
— 2	9 (29)	8 (26)	
— 3	4 (13)	4 (13)	
— 4	2 (6)	2 (6)	
— 5	6 (19)	8 (26)	
— 6	4 (13)	2 (6)	
— 7	2 (6)	2 (6)	
— 8	1 (3)	1 (3)	
<i>4. Número de familiares que tienen un trabajo por hogar</i>			
— 1	11 (35)	11 (35)	n.s.
— 2	16 (52)	16 (52)	
— 3	3 (10)	3 (10)	
— 5	1 (3)	1 (3)	
<i>5. Número de familiares mayores de edad por hogar</i>			
— 1	3 (10)	4 (13)	0.99
— 2	15 (48)	14 (45)	
— 3	5 (16)	4 (13)	
— 4	6 (19)	7 (23)	
— 5	2 (6)	2 (6)	

Con respecto al número de integrantes de los hogares el 10% (3) eran unipersonales, 29% de 2 personas, de 3 y 6 personas el 13% respectivamente, de 5 personas el 19% (6), de 4 y 7 integrantes el 6% respectivamente, y una de 8 integrantes. Los hogares nucleares tenían una mediana de 4 integrantes, los hogares extensos 6, los hogares compuestos 7 y los hogares de corresidentes de 2 personas. Situación que se modificó en la segunda entrevista debido a que un hogar de corresidentes se separó, en un hogar extenso un integrante se separó y en un hogar compuesto un integrante menor de edad se fue con el otro de sus progenitores. No hubo diferencias significativas en esta sección.

La mediana de las personas que tienen un trabajo por hogar son 2, con un rango de 1 a 5 personas que trabajan en cada hogar. Aparente no hubo modificaciones pero hubo hogares donde unos dejan de trabajar y otros entran a trabajar como: el del hogar donde la esposa fue abandonada por su esposo, que era el proveedor, y ella entra al mercado laboral; en un hogar donde la paciente deja de trabajar y entra a trabajar su hija; un hogar donde tres integrantes trabajan, deja de trabajar la hija de la paciente; en otro hogar donde dos integrantes trabajan entra a trabajar la hijastra del paciente; un hogar donde dos personas trabajaban deja de trabajar el paciente; y en otro hogar donde solo uno trabajaba empieza a trabajar la esposa del paciente (χ^2 , $p = n.s.$).

Con respecto a la cantidad de los integrantes mayores de edad por hogar se puede apreciar los cambios de los hogares unipersonales, en donde había 3 integrantes adultos y uno se fue, y en otros dos hogares donde las hijas cumplen la mayoría de edad, no hubo diferencias significativas (tabla 12).

3. Trabajo

En la primera entrevista el 90% de los pacientes tenían trabajo, esto se modificó en la segunda entrevista debido a que dos pacientes renunciaron a su trabajo por su enfermedad y otra paciente que se dedicaba a las labores del hogar se integró al mercado laboral (χ^2 , $p = 0.69$). De los que tenían trabajo el 21% (6) estaba incapacitado durante la primera entrevista, situación que aumentó al 41% (11) en la segunda entrevista, (χ^2 , $p = 0.12$). De los 3 pacientes que no trabajaban uno se dedicaba a los quehaceres del hogar y los otros dos estaban incapacitados para trabajar por secuelas neurológicas y los sostenían sus familiares (tabla 13).

Sólo dos pacientes tenían dos trabajos (6%), el 82% tenían un contrato por escrito, el 89% tenían un sueldo fijo, el 54% trabajaba 6 días a la semana (rango de 5 a 8 días), el 46% trabajaba 8 horas por día (rango de 7 a 14 horas), y al 64% le pagaban en forma quincenal. El 89% (25) tenían un salario fijo. No se apreciaron cambios significativos en estos rubros (Tabla 14).

En la tabla 15 se aprecian los tipos de trabajo que desempeñan los pacientes, predominado las ramas de actividades de servicios comerciales y sociales. Así como un paciente que renunció a su empleo por su enfermedad, y otro pasó de las ventas a comerciante.

Con respecto al sitio de trabajo el 46% labora en empresas privadas (tabla 16).

Tabla 13. Ocupación de los pacientes

Características	1ª. Medición	2ª. Medición	p
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
1. <i>¿El paciente tiene trabajo?</i>			
— Si	28 (90)	27 (87)	0.69
— No	3 (10)	4 (13)	
2. <i>¿El paciente trabajó últimamente?</i>			
— Si	22 (79)	16 (59)	0.12
— No	6 (21)	11 (41)	
3. <i>¿Por qué no trabaja el paciente?</i>			
— Se dedica al hogar	1 (11)	—	0.37
— Incapacitado para trabajar el resto de su vida	2 (22)	2 (13)	
— Incapacidad por enfermedad	6 (67)	11 (73)	
— Renunció	—	2 (13)	
4. <i>¿Quién mantiene al paciente?</i>			
— El(la) mismo(a)	20 (65)	15 (48)	0.45
— Dinero de la incapacidad	6 (19)	11 (35)	
— Lo sostiene un familiar u otra persona	3 (10)	4 (13)	
— El(la) mismo(a) y un familiar	2 (6)	1 (3)	

Tabla 14. Características del trabajo de los pacientes

Características	1ª. Medición	2ª. Medición	<i>p</i>
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)	
1. Número de trabajos			
— 1	26 (93)	25 (93)	0.97
— 2	2 (7)	2 (7)	
2. Tipo de contratación del paciente			
— Contrato estricto por tiempo indefinido	16 (57)	16 (59)	0.88
— Contrato escrito por tiempo determinado	6 (21)	5 (19)	
— Contrato verbal o de palabra	5 (18)	4 (15)	
— Contrato escrito por tiempo indefinido y otro	1 (4)	1 (4)	
— Otro	—	1 (4)	
3. Días de trabajo a la semana			
— 5	11 (39)	11 (41)	0.55
— 6	15 (54)	13 (48)	
— 7	1 (4)	3 (11)	
— 8	1 (4)	—	
4. Horas por día de trabajo			
— 7	2 (7)	2 (7)	n.s.
— 8	13 (46)	12 (44)	
— 9	1 (4)	1 (4)	
— 10	5 (18)	5 (18)	
— 11	3 (11)	2 (7)	
— 12	2 (7)	3 (11)	
— 13	1 (4)	1 (4)	
— 14	1 (4)	1 (4)	
5. Forma de pago del trabajo realizado			
— Sueldo fijo	23 (82)	22 (81)	0.95
— Destajo	1 (4)	2 (7)	
— Comisión o porcentaje	2 (7)	1 (4)	
— Sueldo fijo y ganancias	1 (4)	1 (4)	
— Sueldo fijo y comisión o porcentaje	1 (4)	1 (4)	
6. Frecuencia del pago del trabajo realizado			
— Mes	1 (4)	1 (4)	0.69
— Quincena	18 (64)	17 (63)	
— Semana	8 (29)	7 (26)	
— Quincenal y semanal	1 (4)	—	
— Quincenal y diario	—	1 (4)	
— Diario	—	1 (4)	

Tabla 15. Tipo de trabajo del paciente

Tipo	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Auxiliar de contabilidad	4 (14)	4 (15)
Ventas	2 (7)	1 (4)
Mesero	2 (7)	2 (7)
Intendencia	2 (7)	2 (7)
Supervisor de construcción	2 (7)	2 (7)
Chef/Cocinero	2 (7)	2 (7)
Auditor	1 (4)	1 (4)
Contador	1 (4)	1 (4)
Costurero(a)	1 (4)	1 (4)
Carpintero	1 (4)	1 (4)
Diseñador mecánico	1 (4)	1 (4)
Encuadernadora	1 (4)	1 (4)
Farmacéutico	1 (4)	1 (4)
Ingeniero de sistemas	1 (4)	1 (4)
Programador	1 (4)	1 (4)
Repartidor de gas	1 (4)	1 (4)
Seguridad	1 (4)	1 (4)
Comerciante y Promotor	1 (4)	1 (4)
Ventas e Intendencia	1 (4)	1 (4)
Empleado de mostrador	1 (4)	—
Comerciante	—	1 (4)
Total	28 (100%)	27 (100%)

Tabla 16. Sitio de trabajo del paciente

Sitio	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Empresa privada	8 (29)	8 (30)
Empresa privada comercial	4 (14)	4 (15)
Aeropuerto	3 (11)	2 (7)
Restaurante	3 (11)	3 (11)
Particular	2 (7)	2 (7)
Empresa privada financiera	1 (4)	1 (4)
Notaria	1 (4)	1 (4)
Taller de costura	1 (4)	1 (4)
Sector salud	1 (4)	1 (4)
Calle o tianguis	1 (4)	2 (7)
Taller de encuadernación	1 (4)	1 (4)
Tienda de abarrotes y APAC	1 (4)	1 (4)
Tintorería	1 (4)	—
Total	28 (100)	27 (100)

4. Vivienda

4.1. Tenencia, pertenencia y tipo

Concerniente a la tenencia de la vivienda el 55% vivía en casa propia, el 29% en casa rentada, el 9% propia pero con financiamiento bancario o del (Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores (Infonavit) y el 6% en casa prestada por algún familiar. En la segunda medición un paciente que rentaba, su papá le proporcionó una vivienda.

De los 22 hogares la pertenencia de la vivienda en el 46% era de los padres del paciente, el 18% al paciente y el 36% a algún otro familiar del paciente o de la pareja del paciente.

El 35% de las viviendas eran casas solas y el 65% departamentos, el 100% tenía pared de tabique, el 90% techo de losa de concreto, 6% lámina de asbesto y 3% lámina de cartón. En el 68% el piso era de mosaico y el 32% de cemento (tabla 17).

No hubo diferencias significativas en esta sección.

4.2. Características de la vivienda

El 32% tenía dos cuartos (excluyendo baño y cocina), con un rango de 1 a 6 cuartos por hogar. El 97% tenía cocina y el 87% baño para uso personal. El 39% tenía un dormitorio, con un rango de 1 a 4 dormitorios por hogar. Sólo dos hogares no tenían sala y/o comedor, y un hogar tenía estudio (tabla 18). No hubo diferencias significativas en este rubro.

4.3. Disponibilidad y/o abastecimiento de servicios

El 97% tenía agua entubada dentro de la vivienda y 3% fuera de la vivienda pero dentro del terreno. El 100% tenía disponibilidad de drenaje conectado a la red pública. Todos tenían energía eléctrica y utilizaban gas para cocinar. El 71% tenía teléfono en su domicilio y el 23% tenía teléfono celular (tabla 19).

Sólo el 23% de los hogares contaban con un automóvil y sólo uno tenía dos autos. Y en otro hogar el automóvil no funciona. En la segunda medición sólo un paciente vendió su automóvil debido a que ya no lo usaba por las secuelas neurológicas (χ^2 , p 0.76). (Tabla 20)

Tabla 17. Tenencia, pertenencia y tipo de vivienda

Características	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1. Tenencia		
— Propia	17 (55)	18 (58)
— Rentada	9 (29)	8 (26)
— Propia con financiamiento bancario	1 (3)	1 (3)
— Propia con financiamiento INFONAVIT	2 (6)	2 (6)
— Prestada	2 (6)	2 (6)
2. Pertenencia		
— Mamá del paciente	7 (32)	7 (30)
— Padre del paciente	—	1 (4)
— Padres del paciente	3 (14)	3 (13)
— Hermano(a) del paciente	2 (9)	2 (9)
— Esposo(a) del paciente	2 (9)	2 (9)
— Paciente	4 (18)	4 (17)
— Padre(s) de la pareja del paciente	3 (14)	3 (13)
— Pareja del paciente	1 (5)	1 (4)
3. Tipo		
— Casa sola	11 (35)	11 (35)
— Departamento en edificio o condominio	5 (16)	5 (16)
— Departamento en vecindad	10 (32)	10 (32)
— Departamento en casa	5 (16)	5 (16)
4. Pared		
— Tabique, ladrillo, piedra, cantera o cemento	31 (100)	—
5. Techo		
— Lámina de cartón	1 (3)	—
— Lámina de asbesto o metálica	2 (6)	—
— Tabique, ladrillo, losa de concreto	28 (90)	—
6. Piso		
— Cemento	10 (32)	—
— Mosaico u otro recubrimiento	21 (68)	—

* En esta medición solo se anotaron los que presentaron cambios.

Tabla 18. Características de la vivienda

Características	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1. Número de cuartos*		
— 1	2 (6)	2 (6)
— 2	10 (32)	9 (29)
— 3	7 (23)	8 (26)
— 4	7 (23)	7 (23)
— 5	3 (10)	3 (10)
— 6	2 (6)	2 (6)
2. Cocina 1		
— Si	30 (97)	—
— No	1 (3)	—
3. Baño 1		
— Si para su uso personal	27 (87)	—
— Lo comparten con otros	4 (13)	—
4. Recámaras**		
— 1	12 (39)	11 (35)
— 2	10 (32)	11 (35)
— 3	5 (16)	5 (16)
— 4	4 (13)	4 (13)
5. Sala y/o comedor		
— Sala	3 (10)	—
— Comedor	3 (10)	—
— Sala-comedor junto	18 (58)	—
— Sala-comedor separados	5 (16)	—
— No tienen	2 (6)	—
6. Estudio		
— Si	1 (3)	—
— No	30 (97)	—

En esta sección solo se anotaron los que presentaron cambios. * χ^2 , $p = 0.95$; ** $p = 0.99$

Tabla 19. Disponibilidad y/o abastecimiento de servicios

Servicios	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1. Agua		
— Entubada dentro de la vivienda	30 (97)	—
— Entubada fuera de la vivienda pero dentro del terreno	1 (3)	—
2. Drenaje		
— Conectado a la red pública	31 (100)	—
3. Luz		
— Si	31 (100)	—
4. Tipo de combustible		
— Gas	31 (100)	—
5. Teléfono		
— Si	22 (71)	—
— No	9 (29)	—
6. Celular		
— Si	7 (23)	—
— No	24 (77)	—

* En esta medición no hubo cambios en la segunda medición.

Tabla 20. Automóvil

Propiedad	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
3. Auto		
— Si	6 (19)	5 (16)
— Sí, pero no funciona	1 (3)	1 (3)
— No	24 (77)	25 (81)
2. Número de autos		
— 1	6 (86)	5 (83)
— 2	1 (14)	1 (17)

5. Equipamiento de la vivienda

El 16% de los hogares contaban con 10 aparatos electrodomésticos, con una mediana 11 y rango de 6 a 27 por hogar (tabla 21).

Tabla 21. Número de aparatos electrodomésticos

Número	Frecuencia %
6	1 (3)
7	2 (6)
8	4 (13)
9	3 (10)
10	5 (16)
11	3 (10)
12	1 (3)
13	2 (6)
14	1 (3)
15	2 (6)
16	2 (6)
17	2 (6)
20	2 (6)
27	1 (3)
Total	31 (100)

De los aparatos eléctricos para la recreación como los de video y sonido: el 26% de los hogares tenía radio, el 3% despertador, el 68% radiograbadora, el 65% un modular, el 100% televisión, el 65% tenía videocasetera, el 13% nintendo y 19% computadora. En la primera entrevista un hogar tenía una televisión descompuesta, en la segunda medición se agregaron cuatros hogares con electrodomésticos descompuestos (tabla 22).

En relación a los aparatos electrodomésticos utilizados para las labores del hogar: el 90% tenía estufa y el 10% no tenía, el 29% horno de microondas, 90% refrigerador, 96% licuadora, 100% plancha, 61% lavadora y 2% lavadora y secadora, 87% calentador de gas (uno descompuesto y otro no estaba conectado). En la segunda medición un hogar tenía el refrigerador descompuesto y otro una plancha (tabla 23).

El 32% de los hogares tenía una máquina de coser, el 55% bomba de agua, 23% un ventilador, 19% una aspiradora y solo 11 hogares tenían otro electrodoméstico (tabla 24).

Tabla 22. Electrodomésticos video y sonido

Tipo y número	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
1. Radio		
— Ninguno	23 (74)	—
— 1	5 (16)	—
— 2	1 (3)	—
— 3	2 (6)	—
2. Despertador		
— Ninguno	30 (97)	—
— 1	1 (3)	—
3. Radiograbadora		
— Ninguno	10 (32)	—
— 1	18 (58)	—
— 2	2 (6)	—
— 3	1 (3)	—
4. Modular		
— Ninguno	11 (35)	11 (35)
— 1	20 (65)	18 (58)
— Descompuesto	—	2 (6)
5. Televisión		
— 1	20 (65)	20 (65)
— 2	5 (16)	4 (13)
— 3	4 (13)	4 (13)
— 4	1 (3)	1 (3)
— 1 descompuesta	1 (3)	1 (3)
— 2 descompuestas	—	1 (3)
6. Videocasetera		
— Ninguno	11 (35)	11 (35)
— 1	19 (61)	18 (58)
— 2	1 (3)	1 (3)
— 1 descompuesta	—	1 (3)
7. Nintendo		
— Ninguno	27 (87)	—
— 1	2 (6)	—
— 2	2 (6)	—
8. Computadora		
— Ninguno	25 (81)	—
— 1	5 (16)	—
— 2	1 (3)	—

En este bloque solo se anotaron los que presentaron cambios en la segunda medición.

Tabla 23. Electrodomésticos para las labores del hogar

Tipo y número	1ª. Medición	2ª. Medición
	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
<i>1. Estufa</i>		
— Ninguna	3 (10)	—
— Estufa de gas	27 (87)	—
— Otro tipo de estufa	1 (3)	—
<i>2. Microondas</i>		
— Ninguno	22 (71)	—
— 1	9 (29)	—
<i>3. Refrigerador</i>		
— Ninguno	3 (10)	3 (10)
— 1	28 (90)	27 (87)
— 1 descompuesto	-	1 (3)
<i>4. Licuadora</i>		
— Ninguno	1 (3)	—
— 1	28 (90)	—
— 2	2 (6)	—
<i>5. Plancha</i>		
— 1	30 (97)	29 (94)
— 3	1 (3)	1 (3)
— 1 descompuesta	-	1 (3)
<i>6. Lavadora y secadora</i>		
— Ninguno	10 (32)	—
— Lavadora	19 (61)	—
— Lavadora y secadora	2 (6)	—
<i>7. Calentador de gas</i>		
— Ninguno	4 (13)	—
— 1	25 (81)	—
— 1 descompuesto	1 (3)	—
— 1 no conectado	1 (3)	—

En esta sección solo se anotaron los que presentaron cambios en la segunda medición.

Tabla 24. Electrodomésticos para las labores del hogar

Tipo y número	Frecuencia	%
<i>1. Máquina de coser</i>		
— Ninguna	21	(68)
— 1	10	(32)
<i>2. Bomba de agua</i>		
— Ninguna	14	(45)
— 1	17	(55)
<i>3. Ventilador</i>		
— Ninguno	24	(77)
— 1	7	(23)
<i>4. Aspiradora</i>		
— Ninguna	25	(81)
— 1	6	(19)
<i>5. Otro electrodoméstico</i>		
— 1	4	(36)
— 2	5	(45)
— 4	1	(9)
— 1 descompuesto	1	(9)

6. *Enfermedad*

La vía de transmisión del VIH en el 97% de los pacientes fue la sexual y en uno desconocida. La preferencia sexual referida por los pacientes fue la heterosexual en el 42%, homosexual el 48% y bisexual en el 10%.

El 19% de las parejas de los pacientes estaban infectadas, el 10% había fallecido por SIDA, el 26% no está infectada en el momento de la entrevista, el 39% lo desconoce debido a que no tienen una pareja fija, en el 3% la pareja actual es negativa pero la previa era positiva y en el 3% lo desconoce porque no quiere hacerse la prueba.

Con respecto al conocimiento por la familia del paciente de su estado de infección por el VIH: el 58% toda la familia lo sabe, en el 19% no lo saben y en el 23% solo unos familiares lo saben y otros no.

Al 58% de los pacientes se les realizó la prueba para el diagnóstico de infección por el VIH en el IMSS, el 10% en la Secretaría de Salud, el 26% con médicos particulares y el 6% en Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA). (Tabla 25).

Tabla 25. Enfermedad VIH/SIDA

Variable	Frecuencia	%
Vía de transmisión		
– Sexual	30	97
– Desconocida	1	3
Preferencia sexual		
– Heterosexual	13	42
– Homosexual	15	48
– Bisexual	3	10
Pareja del paciente infectada con el VIH		
– Si	6	19
– No	8	26
– Desconoce, no tiene una pareja fija	12	39
– Si y ya falleció	3	10
– La actual es negativa pero la previa era positiva	1	3
– No se ha hecho la prueba desconoce su estado	1	3
La familia del paciente sabe que está infectado por VIH		
– Todos	18	58
– Nadie	6	19
– Unos familiares si y otros no	7	23
Sitio donde se realizó el diagnóstico al paciente de la infección por el VIH		
– IMSS	18	58
– SS	3	10
– Particular	8	26
– CONASIDA	2	6

En relación a las enfermedades asociadas a la infección por el VIH y la cuenta de linfocitos T CD4+: el 13% está en la categoría A1, el 16% en A2, el 13% en A3, el 3% en B1, el 6% en B3, el 3% en C1, el 16% en C2 y el 29% en C3. Con base en lo anterior el 32% tienen infección por el VIH y el 68% tiene SIDA (tabla 26). La mediana de linfocitos T CD4+ es de 205 con un rango de 0 a 686, y la carga viral con una mediana de 150 mil con rango de 0 a un millón.

Tabla 26. Categorías de la infección por el VIH

Variable	Frecuencia	%
Categorías		
- A1	4	13
- A2	5	16
- A3	4	13
- B1	1	3
- B3	2	6
- C1	1	3
- C2	5	16
- C3	9	29
- VIH positivo	10	32
- SIDA	21	68

Al 97% de los pacientes se les otorgó el tratamiento en la clínica de VIH, de estos el 13% no lo tomaba, y sólo a un paciente no le dieron el tratamiento (tabla 27).

Tabla 27. Tratamiento antirretroviral para el VIH

Tratamiento	Frecuencia	%
Se lo dieron y lo toma	26	84
Se lo dieron y no lo toma	4	13
No se lo han dado	1	3
Total	31	100

De acuerdo a las enfermedades asociadas a la infección por VIH, tres pacientes cursaron con neuroinfección y tienen secuelas neurológicas, dos tienen citomegalovirus oftálmico, cuatro han cursado con neumonía, dos están en tratamiento por linfoma y dos por sarcoma de Kaposi, cinco ha cursado con cuadros de diarrea y disminución de peso, tres tienen comorbilidades (diabetes mellitus, epilepsia y gota); cuatro cursan con hepatitis B y uno con hepatitis C; y tres habían tenido candidiasis oral. Sólo ocho pacientes no tenían enfermedades asociadas al VIH ni comorbilidades (tabla 28).

Tabla 28. Complicaciones y comorbilidades de los pacientes

Enfermedades	Frecuencia	%
– Cerebritis por Criptococosis vs Tuberculosis, Diabetes mellitus tipo 2	1	3
– Cerebritis por Herpes zoster	1	3
– Citomegalovirus oftálmico	1	3
– Condilomas anales	1	3
– Dermatitis, hepatitis B	1	3
– Diarrea y disminución de peso	2	6
– Hepatitis B	1	3
– Hernia hiatal, gastritis	1	3
– Linfoma en boca, condilomas anales, retraso mental	1	3
– Linfoma no Hodgkin, epilepsia	1	3
– Neumonía	2	6
– Neumonía, herpes zoster cutáneo, absceso facial, hepatitis B	1	3
– Neumonía, tuberculosis ganglionar	1	3
– Neumonía, uveítis por citomegalovirus, hepatitis B, candidiasis oral, gota e insuficiencia suprarrenal	1	3
– Neuroinfección y secuelas, hepatitis C	1	3
– Sarcoma de Kaposi, herpes zoster cutáneo	1	3
– Sarcoma de Kaposi, linfadenopatía	1	3
– Sífilis, Diarrea y disminución de peso	1	3
– Síndrome de desgaste (diarrea, disminución de peso, anemia), candidiasis oral	1	3
– Síndrome diarreico, infección de vías respiratorias altas	1	3
– Tuberculosis ganglionar, VDRL positivo, candidiasis oral, diarrea y disminución de peso	1	3
– Ninguna	8	26
Total	31	100

7. *Funcionalidad Familiar y Apoyo Social*

Conforme al cuestionario de Apgar-familiar el 74% de las familias eran funcionales. Con el cuestionario de FACES II en la dimensión de: cohesión el 23% de las familias estaba desintegrada, el 29% separada, 45% conectada y 3% amalgamada; en la de adaptación el 29% de las familias era rígida, el 55%

estructurada, el 13% flexible y el 3% caótica. Al unir estas dimensiones encontramos 5 familias extremas, 8 de rango medio y 18 equilibradas.

En relación al cuestionario Duke UNC-11, solo el 10% de los pacientes tenía apoyo social bajo y el 90% adecuado; de estos últimos 3 pacientes refirieron no tener el apoyo en dimensión confidencial y 3 en la dimensión afectiva. (Tabla 29)

Tabla 29. Funcionalidad familiar y apoyo social

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Apgar-familiar</i>		
— Disfuncional	8	26
— Funcional	23	74
<i>FACES II</i>		
1. Cohesión		
— Desintegrada	7	23
— Separada	9	29
— Conectada	14	45
— Amalgamada	1	3
2. Adaptación		
— Rígida	9	29
— Estructurada	17	55
— Flexible	4	13
— Caótica	1	3
3. Tipo de familia		
— Extrema	5	16
— Rango medio	8	26
— Equilibrada	18	58
<i>Duke-UNC-11</i>		
— Apoyo social bajo	3	10
— Apoyo social adecuado	28	90

8. Gastos

8.1 Gasto en Artículos y Servicios de Cultura, Esparcimiento y Recreación

En la primera medición solo 27 hogares gastaron en este rubro (Mdn \$244 pesos, rango de \$5 – 1,548 pesos).

En la segunda medición 30 hogares gastaron en este rubro, con una mediana de \$452 pesos (rango: \$8 – 8,311 pesos). Seis pacientes realizaron un viaje, algunos

se endeudaron y otros lo pagaron de sus ahorros. Y en dos hogares se compraron una televisión.

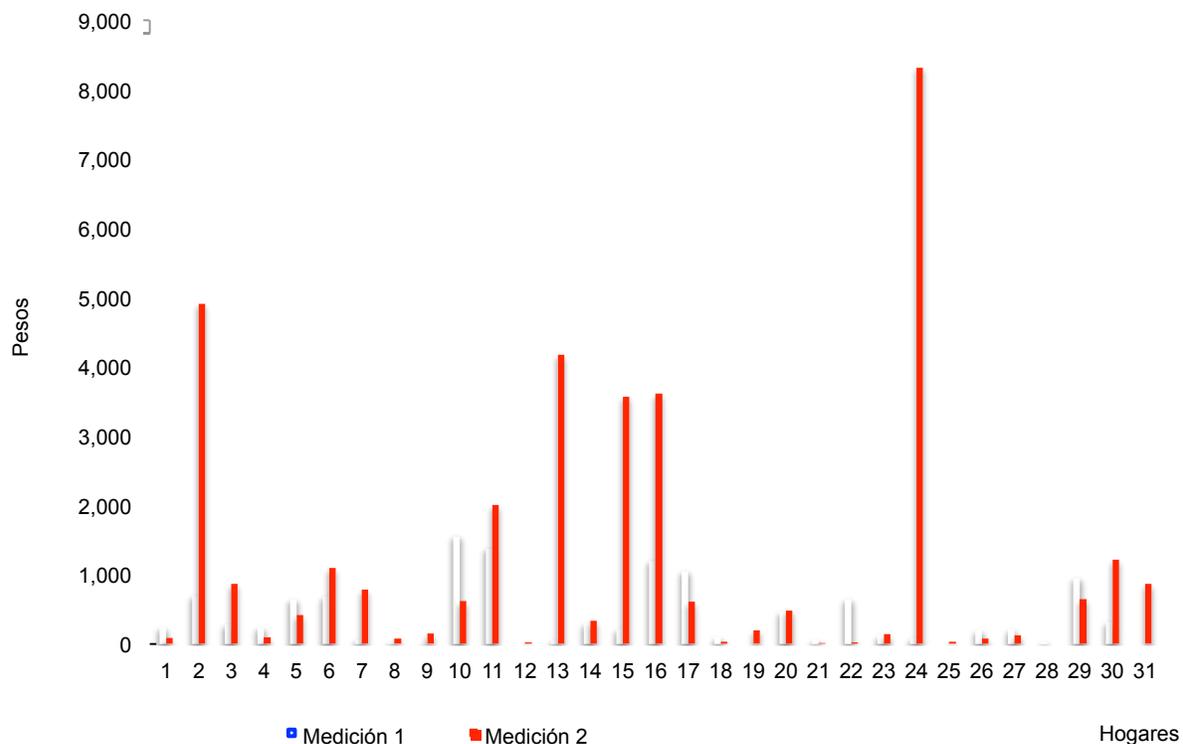
A pesar de que se realizó mayor gasto en la segunda medición no hubo diferencias significativas (Tabla 30 y gráfico 11)

Tabla 30. Gastos en servicios y artículos de cultura, esparcimiento y recreación

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	4	1
1 – 100	8	9
101 – 500	10	7
601 – 1,000	5	6
1,001 – 9,000	4	8
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.43$

Gráfico 11. Gastos en servicios y artículos de cultura, esparcimiento y recreación



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.06$.

8.2 Gasto en Comunicaciones

En ambas mediciones solo 27 hogares gastaron en este rubro. En la primera medición gastaron entre \$2 – 1,012 pesos (Mdn \$190 pesos), y en la segunda medición de \$10 – 886 pesos (Mdn: \$240 pesos).

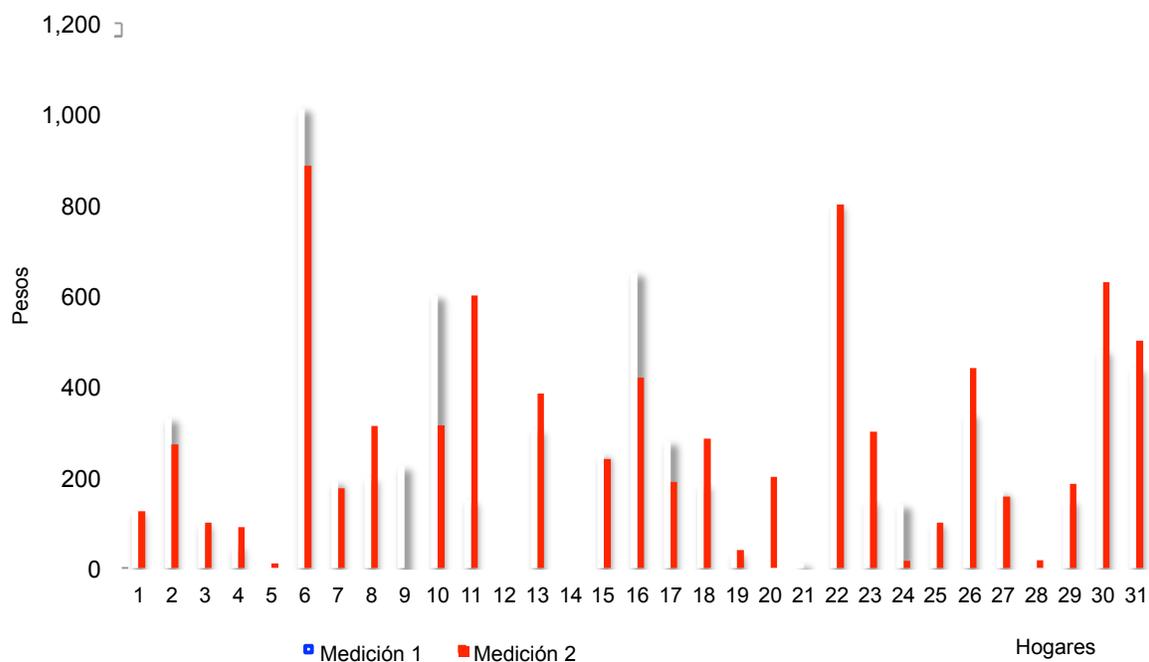
No hubo diferencias significativas entre ambas mediciones. (Tabla 31 y gráfico 12)

Tabla 31. Gastos en comunicaciones

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	4	4
1 – 100	6	7
101 – 200	9	6
201 – 400	6	7
401 – 1,100	6	7
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.93$

Gráfico 12. Gastos en comunicaciones



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.32$

8.3 Gasto en Transporte

Todos los hogares gastaron en transporte en ambas mediciones, la mediana en la primera medición fue de \$549 pesos (rango de \$74 – 2,842 pesos), y en la segunda medición de \$502 pesos (rango: \$79 – 4,899 pesos).

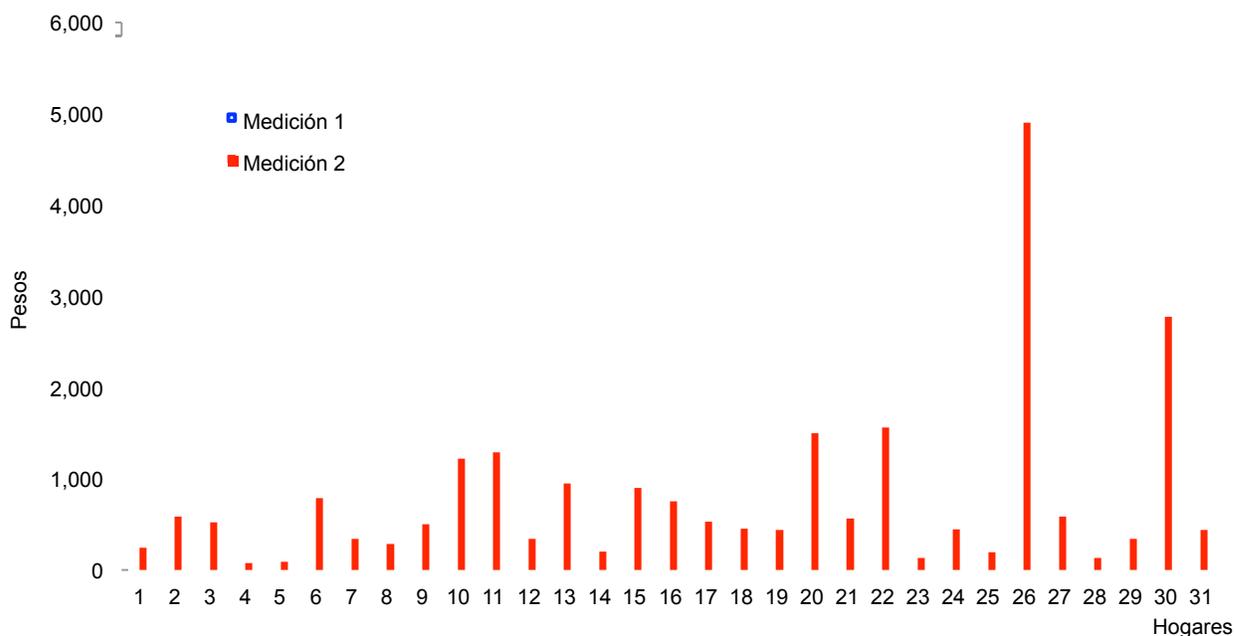
No existieron diferencias significativas al comparar ambas mediciones (Tabla 32 y gráfico 13)

Tabla 32. Gastos en transporte

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1 – 200	4	5
201 – 400	4	6
401 – 600	11	10
601 – 1,100	6	4
1,101 – 5,000	6	6
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.92$

Gráfico 13. Gastos en transporte



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.39$

8.4 Gasto en Vivienda, Energía Eléctrica, Gas y Agua

La mediana del gasto en este rubro, en la primera medición fue de \$404 pesos (rango: \$114 – 2,472 pesos) y en la segunda medición de \$365 pesos (rango: \$15 – 22,316 pesos).

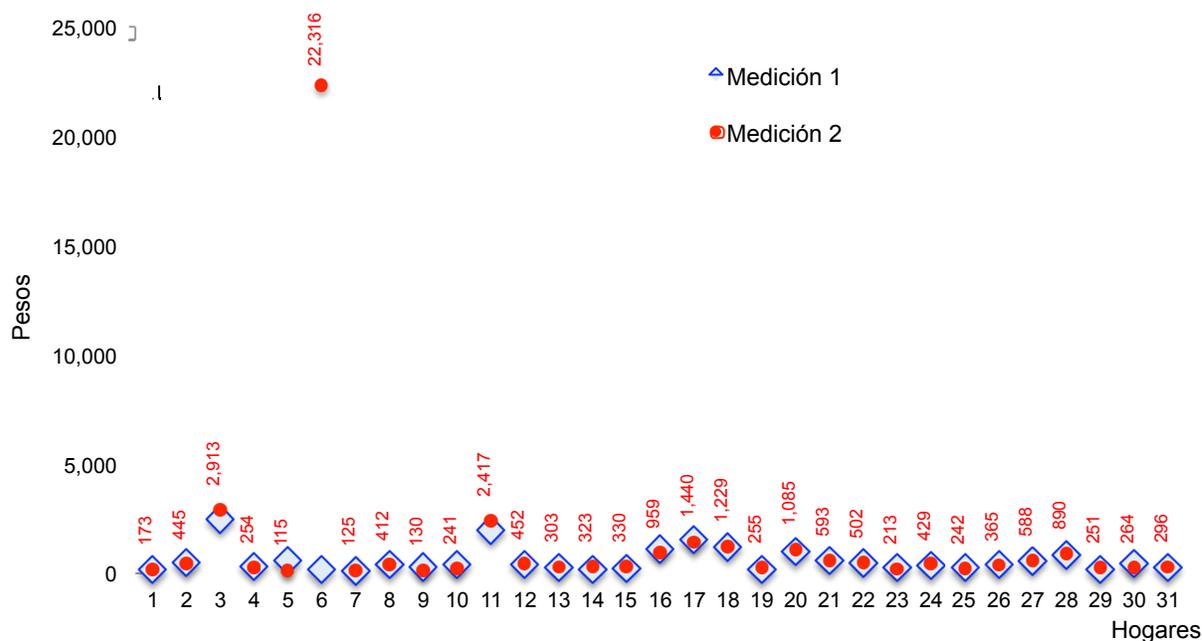
El valor máximo se debió a que un paciente se endeudo para dar el enganche de un departamento. En este apartado no existieron diferencias significativas en ambas mediciones. (Tabla 33 y gráfico 14)

Tabla 33. Gasto en vivienda, energía eléctrica, gas y agua

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1 – 200	6	5
201 – 400	9	11
401 – 600	9	7
601 – 1,000	2	2
1,001 – 22,400	5	6
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.96$

Gráfico 14. Gasto en vivienda, energía eléctrica, gas y agua



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.22$

8.5 Gasto en Reparación y Conservación de la Vivienda

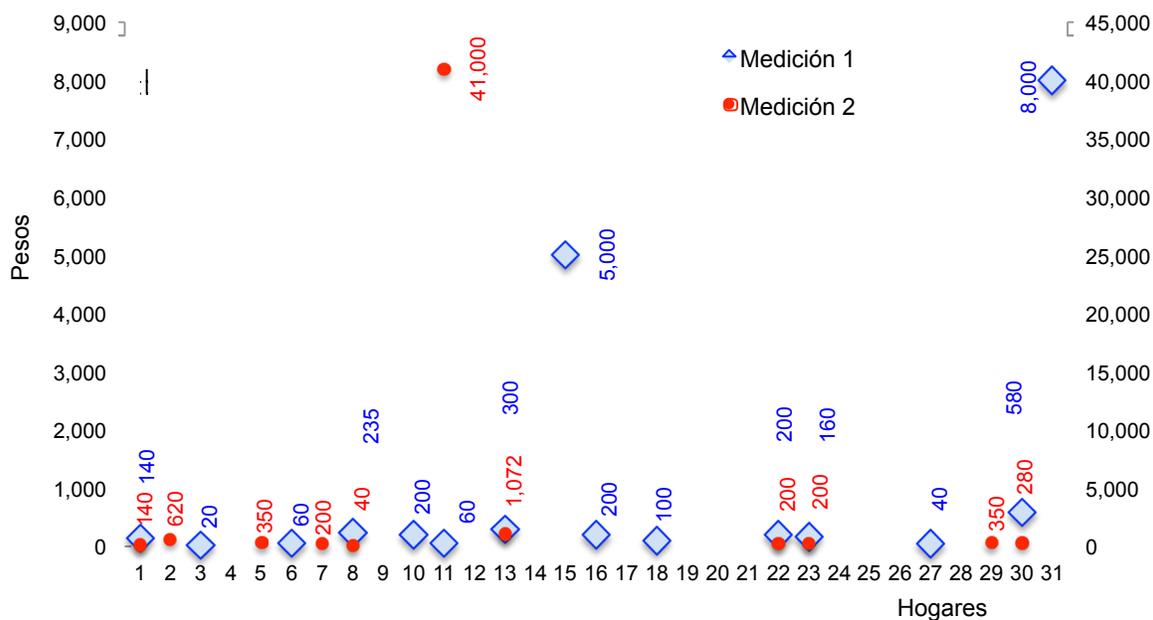
Solo 15 hogares gastaron en este rubro en la primera medición y 11 en la segunda medición. En la primera medición la mediana del gasto fue de \$200 pesos (rango de \$20 – 8,000 pesos) donde el valor máximo se debió a que en un hogar gastaron parte de sus ahorros en la reparación de la vivienda. En la segunda medición la mediana fue de \$280 pesos (rango de \$40 – 41,000 pesos), este valor máximo correspondió a un hogar que gasto parte de sus ahorros en la construcción de una vivienda. Al comparar ambas mediciones no hubo diferencias significativas. (Tabla 34 y gráfico 15)

Tabla 34. Gasto en reparación y conservación de la vivienda

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	16	20
1 – 500	12	8
501 – 40,000	3	3
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.54$

Gráfico 15. Gasto en reparación y conservación de la vivienda



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.48$

8.6 Gasto en Artículos y Servicios para la Limpieza y Cuidados de la Vivienda

Todos los hogares gastan en este rubro, en la primera medición la mediana del gasto fue de \$182 pesos, rango de \$49 – 476 pesos; en la segunda medición fue de \$167 pesos, rango de \$55 – 535 pesos.

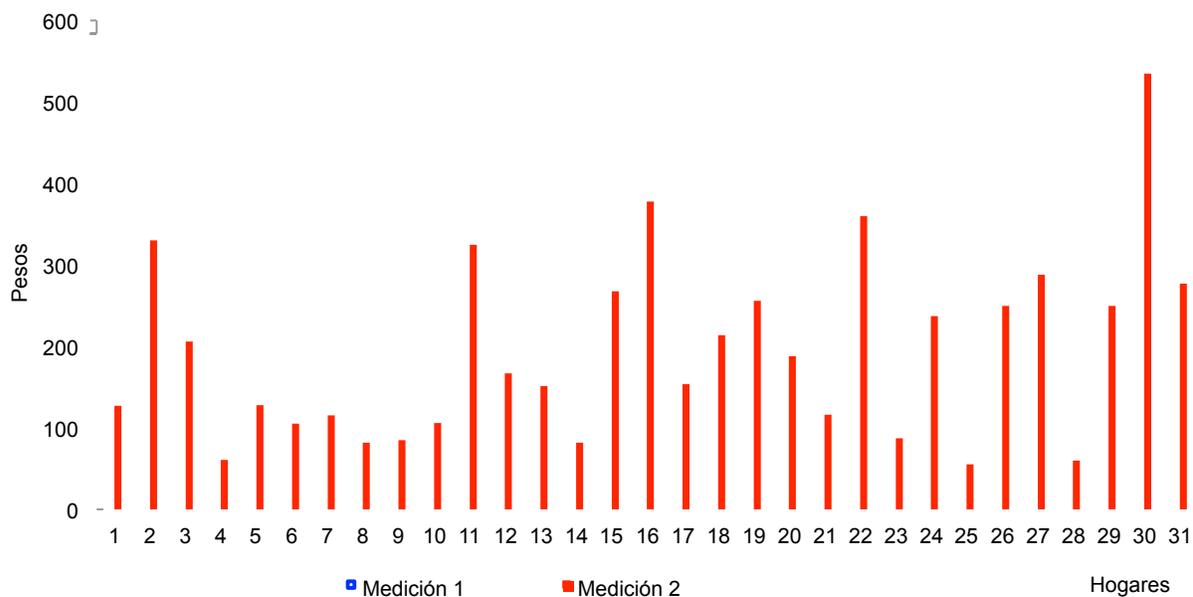
La mediana del porcentaje del gasto en este apartado, con respecto al gasto total, fue de 3% (rango de 1 – 10%) en la primera medición y segunda medición (rango de 0.4 – 9%). No existieron diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 35 y gráfico 16)

Tabla 35. Gasto en artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la vivienda

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1 – 100	5	7
101 – 200	12	10
201 – 300	10	9
301 – 600	4	5
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.88$

Gráfico 16. Gasto en artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la vivienda



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon $p = 0.28$

8.7 Gasto en Enseres y Utensilios Domésticos, Muebles, Cristalería y Blancos

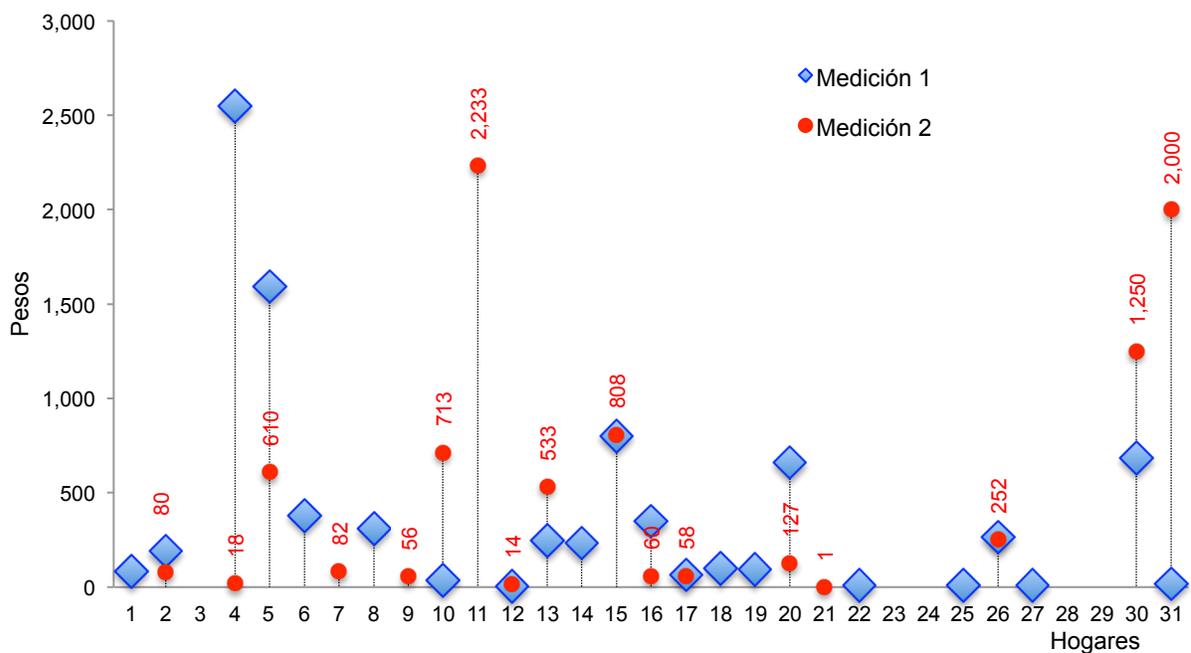
En la primera medición 22 hogares gastaron en este apartado una mediana de \$212 pesos, con un rango de \$5 – 2,547 pesos; en la segunda medición solo 17 hogares gastaron y la mediana fue de \$127 pesos, con un rango de \$1 – 2,233 pesos. Las más altas fueron en muebles. No hubo diferencia significativa entre estas dos mediciones. (Tabla 36, gráfico 17)

Tabla 36. Gasto en enseres y utensilios domésticos, muebles, cristalería y blancos

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	9	14
1 – 100	10	8
101 – 500	7	2
501 – 3,000	5	7
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.22$

Gráfico 17. Gasto en enseres y utensilios domésticos, muebles, cristalería y blancos



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.15$

8.8 Gasto en Artículos y Servicios para el Cuidado Personal

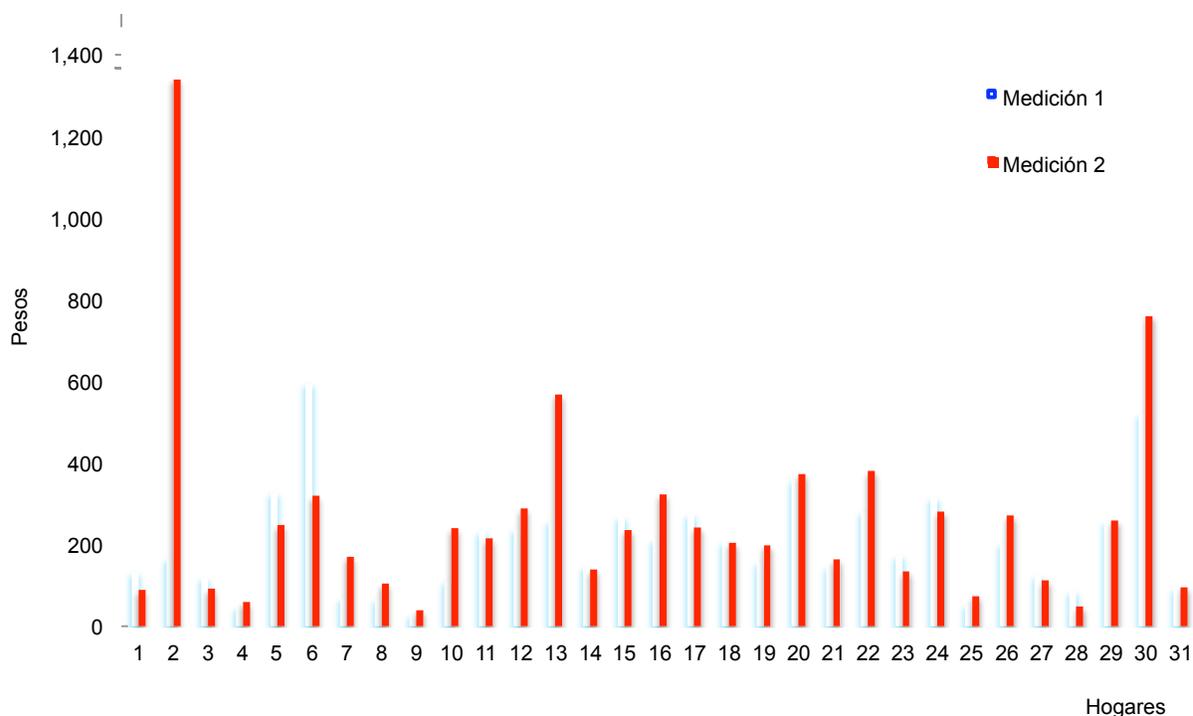
Los 31 hogares gastan en este rubro. La mediana del gasto fue \$174 pesos (rango: \$30 – 593 pesos), en la segunda medición de \$215 pesos (rango de \$40 – 1,340 pesos). Y la mayoría fue en artículos del cuidado personal. Al comparar ambas mediciones no hubo diferencias significativas. (Tabla 37, gráfico 18)

Tabla 37. Gasto en artículos y servicios para el cuidado personal

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1 – 100	7	7
101 – 200	9	7
201 – 300	10	10
301 – 1,400	5	7
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.9$

Gráfico 18. Gasto en artículos y servicios para el cuidado personal



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon tampoco hubo diferencias $p = 0.11$

8.9 Gastos Diversos

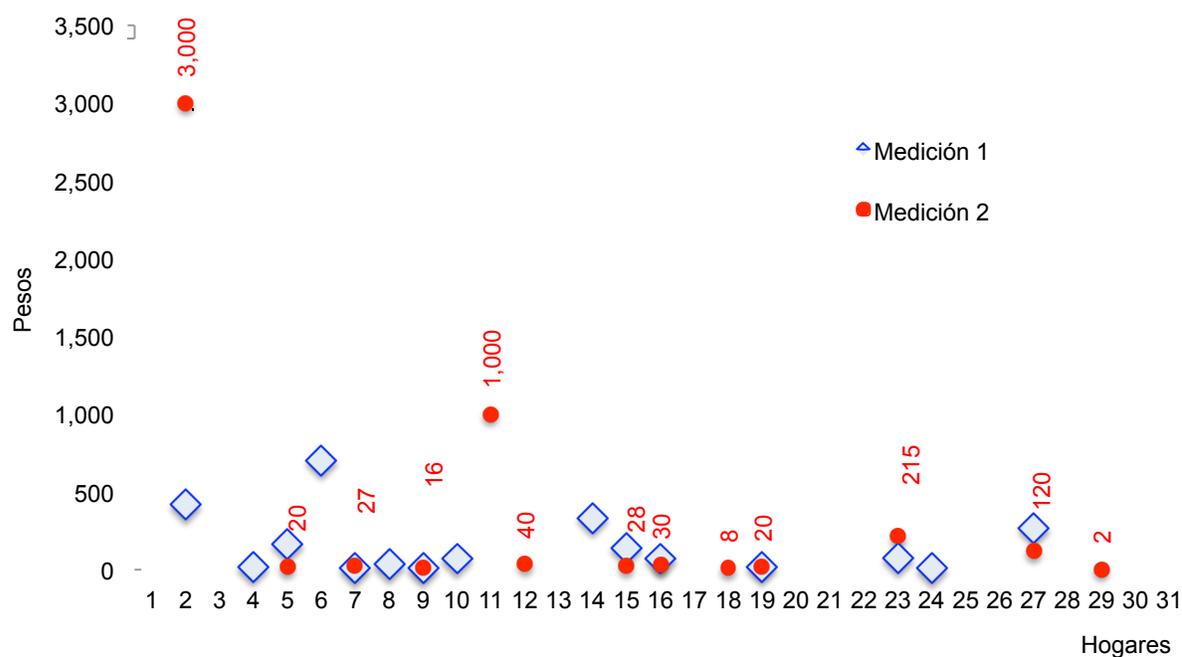
Quince hogares en la primera medición (Mdn \$28 pesos, rango \$2 – 3,000 pesos), y 13 hogares en la segunda medición (Mdn \$70 pesos, rango \$10 – 700 pesos) tuvieron gastos en este apartado. Los valores más altos fue la cooperación para fiestas; los otros fueron para limosnas, pago a profesionales, gimnasio y visita a un enfermo. No hubo diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 38, gráfico 19)

Tabla 38. Gastos diversos

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	16	18
1 – 100	9	9
101 – 3,000	6	4
	31	31

$\chi^2, p = 0.77$

Gráfico 19. Gastos diversos



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.21$

8.10 Gasto en Ropa, Calzado y Accesorios

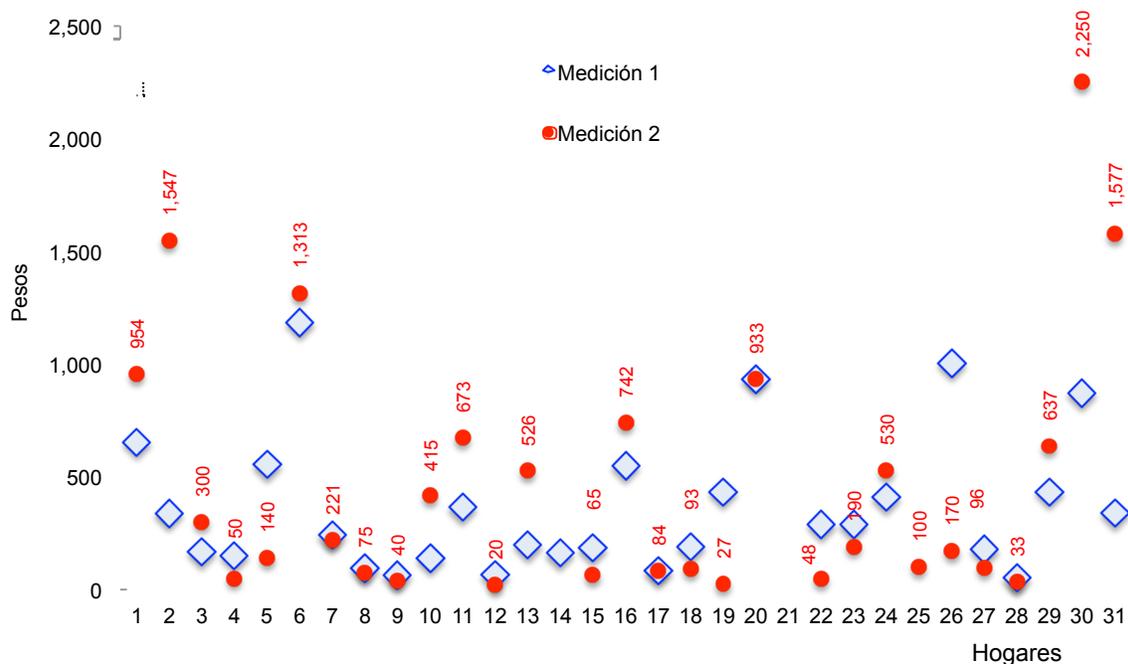
En ambas mediciones 29 hogares gastaron en este apartado. La mediana del gasto en la primera medición fue de \$290 pesos, con un rango de \$53 – 1,183 pesos; en la segunda medición la mediana fue de \$190 pesos, con un rango de \$20 – 2,250 pesos. En este apartado no hubo diferencias significativas entre ambas mediciones. (Tabla 39, gráfico 20)

Tabla 39. Gasto en ropa, calzado y accesorios

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	2	2
1 – 100	5	11
101 – 200	8	4
201 – 500	9	3
501 – 2,300	7	11
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.11$

Gráfico 20. Gasto en ropa, calzado y accesorios



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.19$

8.11 Gasto en Tabaco y Alcohol

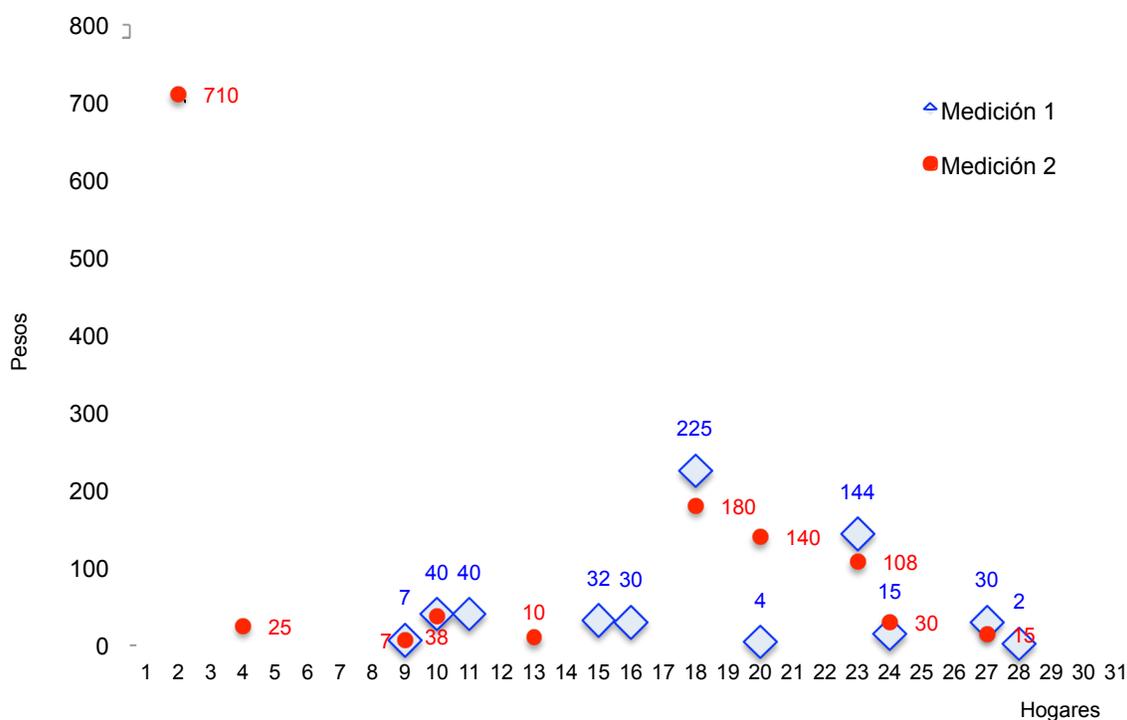
Una tercera parte de los hogares gasta en este apartado y la mayoría es en tabaco. En la primera medición la mediana del gasto en este rubro fue de \$30 pesos (rango: \$2 – 225 pesos), en la segunda medición fue de \$34 pesos (rango de \$7 – 710 pesos), el valor más alto fue en alcohol. Al comparar ambas mediciones no hubo diferencias significativas. (Tabla 40, gráfico 21)

Tabla 40. Gasto en tabaco y alcohol

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	20	21
1 – 800	11	10
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.79$

Gráfico 21. Gasto en tabaco y alcohol



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.32$

8.12 Gasto en Bebidas y Alimentos

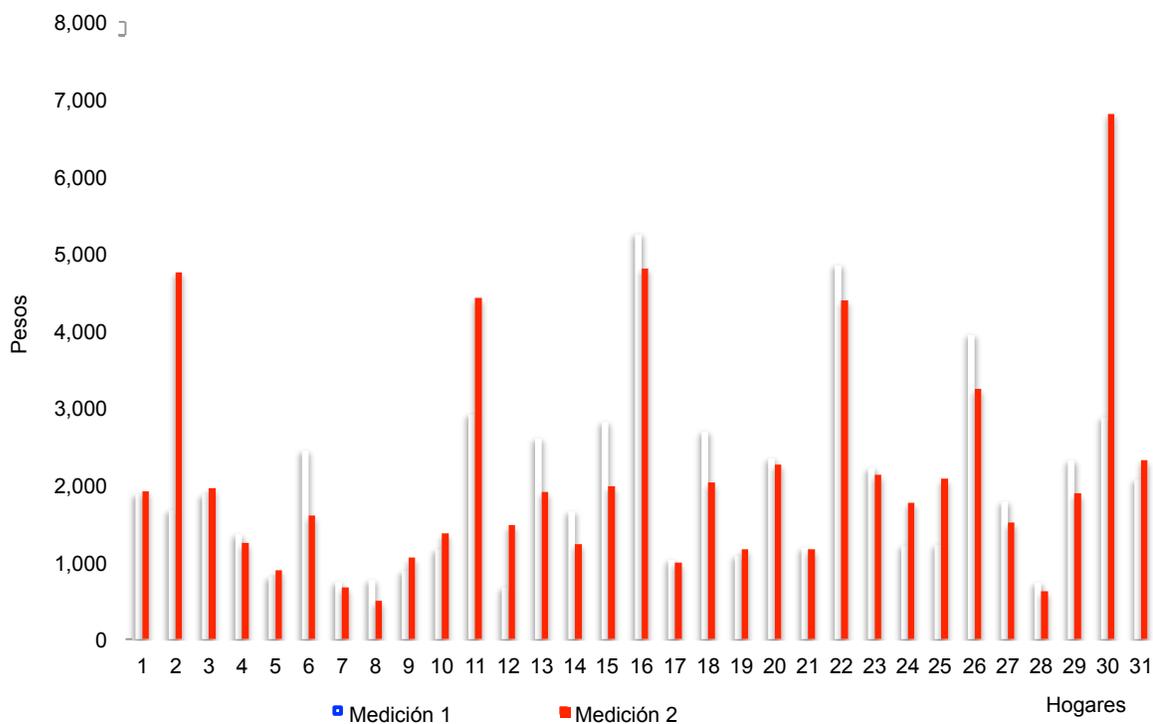
La mediana en la compra de alimentos es de \$1,783 pesos en la primera medición (rango de \$671 – 5,247 pesos) y de \$1,887 pesos en la segunda medición (rango de \$497 – 6,805 pesos). No hubo diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 41, gráfico 22)

Tabla 41. Gasto en bebidas y alimentos

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
400 – 1,000	6	5
1,001 – 2,000	12	15
2,001 – 3,000	10	5
3,001 – 7,000	3	6
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.38$

Gráfico 22. Gasto en bebidas y alimentos



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.34$

8.13 Gasto en Educación

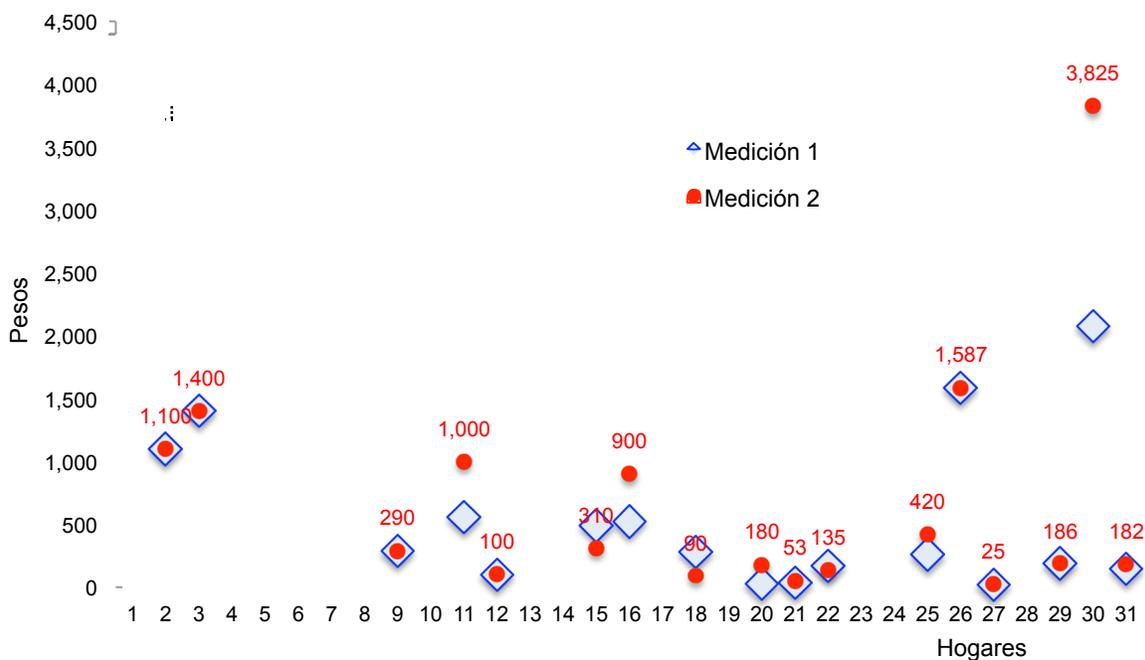
Diecisiete hogares gastaron en este apartado y fueron los que tenían niños y adolescentes, excepto un hogar unipersonal donde uno de los pacientes acudía a clases de inglés. En la primera medición la mediana del gasto fue de \$280 pesos (rango de \$23 – 2,075 pesos) y en la segunda medición de \$290 pesos (rango: \$25 – 3,825 pesos). El gasto realizado fue en uniformes y material educativo. No hubo diferencias significativas entre ambas mediciones. (Tabla 42, gráfico 23)

Tabla 42. Gasto en educación

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	14	14
1 – 200	7	7
201 – 1,000	6	6
1,001 – 4,000	4	4
Total	31	31

χ^2 , $p = n.s.$

Gráfico 23. Gasto en educación



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.10$

8.14 Gasto de Bolsillo en Salud

8.14.1 Gasto de Bolsillo en Salud en el Paciente

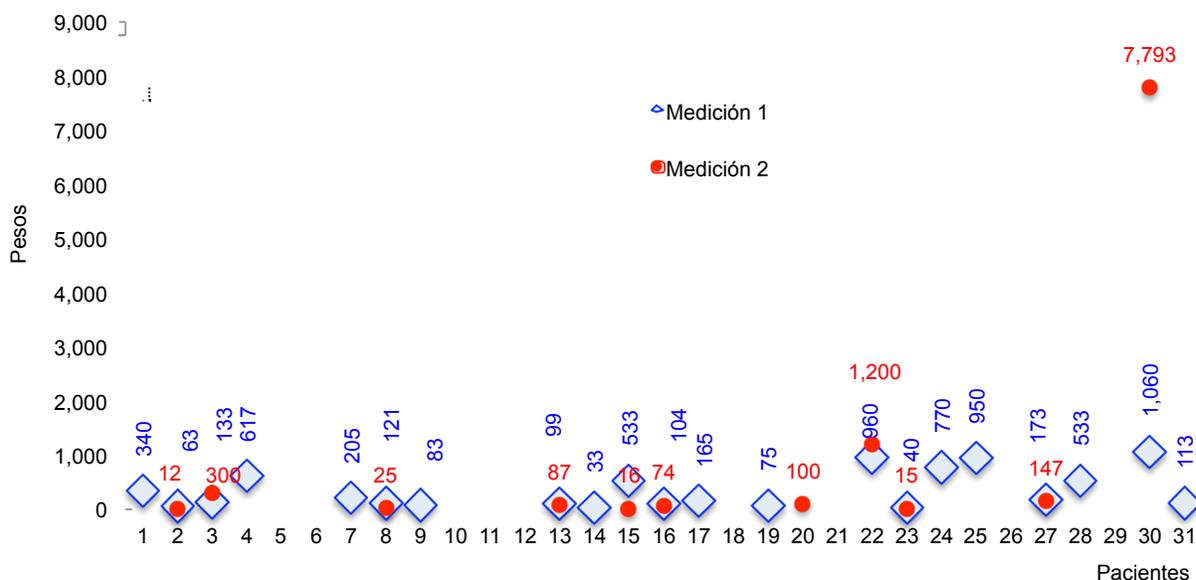
En la primera medición 21 pacientes tuvieron gastos en salud, con una mediana de \$165 pesos (rango de \$33 – 1,060 pesos). En la segunda medición solo 11 pacientes gastaron en este rubro, la mediana fue de \$100 pesos (rango de \$15 – 7,793 pesos). Los gastos en la primera medición fueron en honorarios médicos (18), medicamentos (16) y estudios de laboratorio (5); en la segunda medición en honorarios médicos (5), medicamentos (9) y estudios de laboratorio (3). Más pacientes gastaron en la primera medición, al comparar ambas mediciones se observaron diferencias significativas. (Tabla 43, gráfico 24)

Tabla 43. Gasto bolsillo en salud en el paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	10	20
1 – 500	14	9
501 – 8,000	7	2
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.03$

Gráfico 24. Gasto de bolsillo en salud en el paciente



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.03$

8.14.2 Gasto de Bolsillo en Salud de Familiares

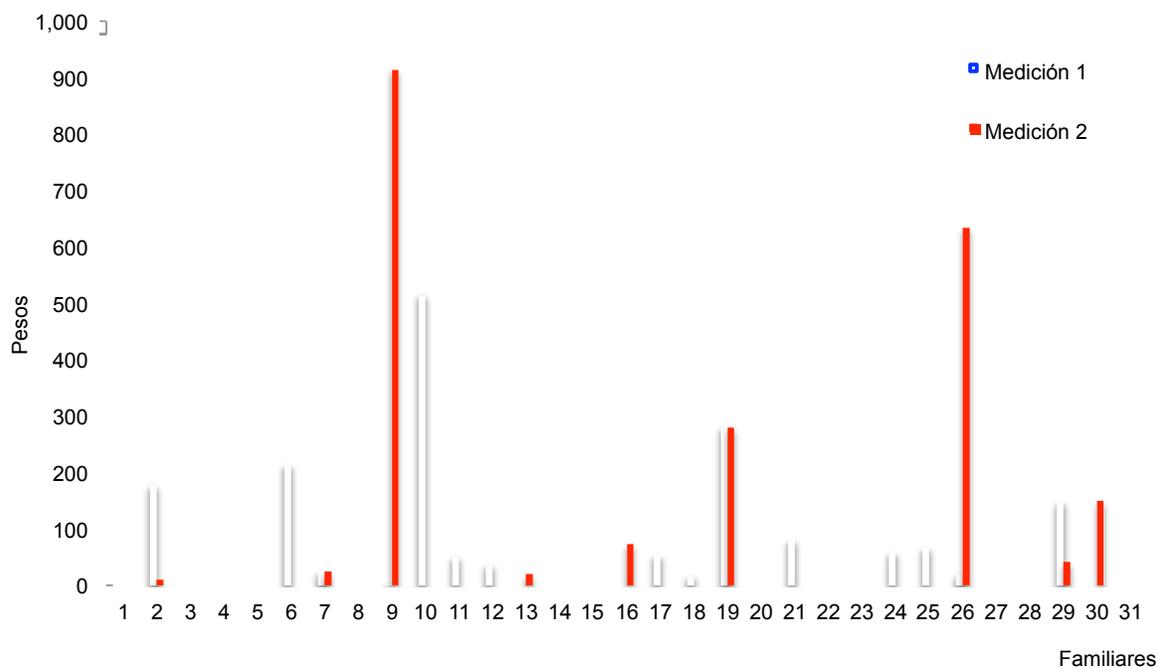
En la primera medición 15 hogares gastaron en salud y 9 hogares en la segunda medición. La mediana del gasto en este apartado fue de \$58 pesos (rango de \$2 – 513 pesos) y de \$73 pesos (rango de \$10 – 913 pesos) en la primera y segunda medición, respectivamente. El gasto se debió a honorarios médicos y medicamentos. No hubo diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 44, gráfico 25)

Tabla 44. Gasto de bolsillo en salud de familiares

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	16	22
1 – 100	10	5
101 – 1,000	5	4
Total	31	31

$\chi^2, p = 0.26$

Gráfico 25. Gasto de bolsillo en salud de familiares



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.43$

8.14.3 Gasto de Bolsillo en Salud del Hogar

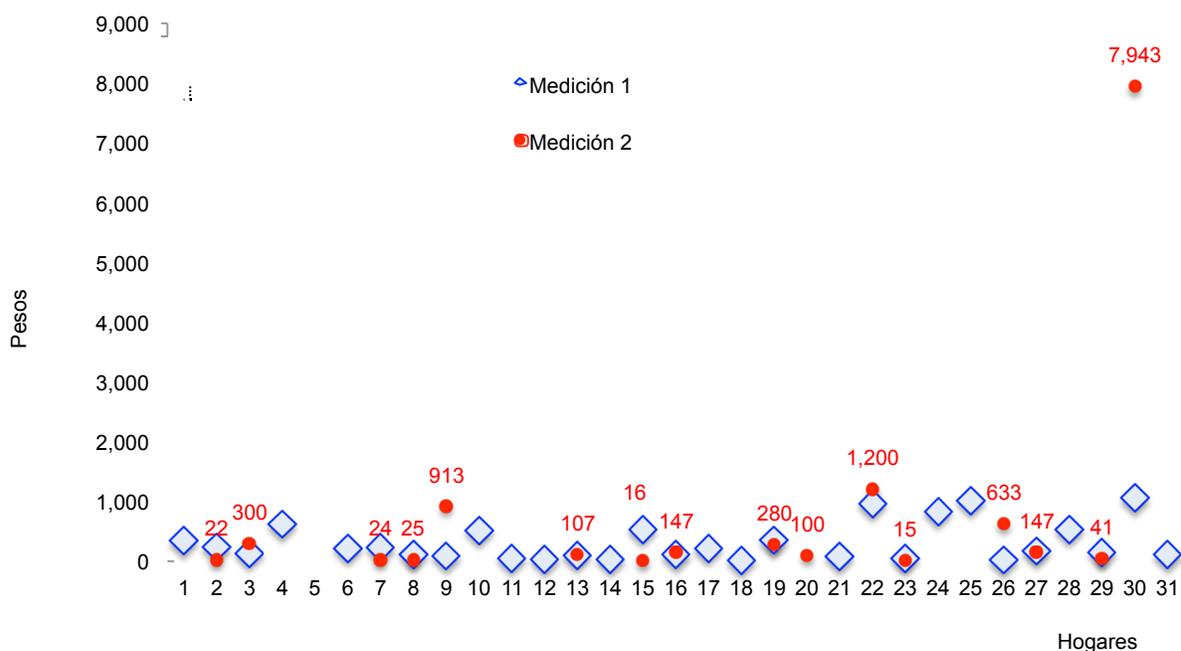
Al conjuntar ambos gastos del paciente y familiares. Veintinueve hogares en la primera medición gastaron en este apartado y 16 hogares en la segunda medición. La mediana del gasto en la primera medición fue de \$173 pesos (rango: \$17 – 1,060 pesos) y en la segunda medición de \$127 pesos (rango \$15 – 7,943 pesos). Se observaron diferencias significativas al comparar ambas mediciones. Sin embargo, esta diferencia se debió al gasto de bolsillo en salud en el paciente. (Tabla 45, gráfico 26)

Tabla 45. Gasto de bolsillo en salud del hogar

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin gasto	2	15
1 – 100	9	7
101 – 500	12	5
501 – 8,000	8	4
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.002$

Gráfico 26. Gasto de bolsillo en salud del hogar



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.05$

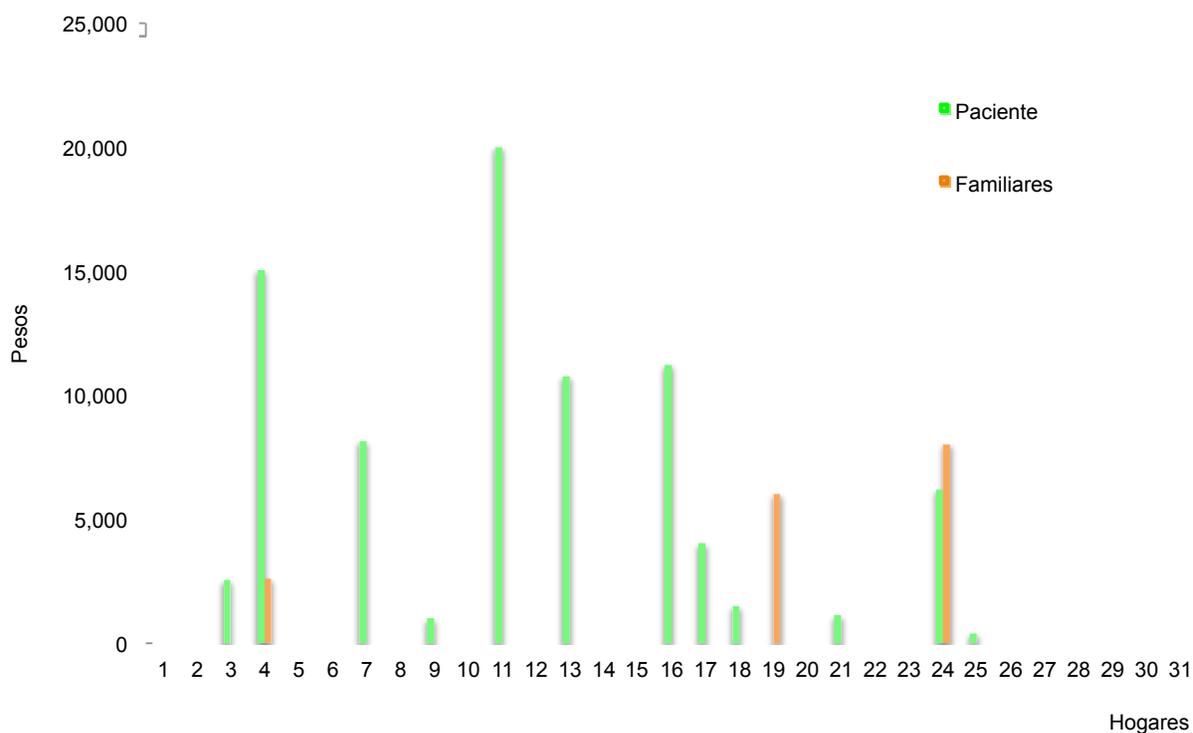
8.14.4 Gasto de Bolsillo en Salud, Previo a las Entrevistas

Antes de la primera entrevista trece hogares ya habían tenido gastos en salud. Con una mediana de \$6,000 pesos (rango de \$400 – 20,000 pesos). En 10 hogares el gasto fue en los pacientes, en 2 hogares el gasto fue en el paciente y familiares, y en un hogar solo en el familiar que es VIH positivo. (Tabla 46, gráfico 27)

Tabla 46. Gasto de bolsillo en salud, previo a la primera entrevista

Pesos	Medición Previa
Sin gasto	18
1 – 1,000	2
1,001 – 2,000	2
2,001 – 20,000	9
Total	31

Gráfico 27. Gasto de bolsillo en salud del hogar, previo a la primera entrevista



8.15 Gasto Total de los Hogares

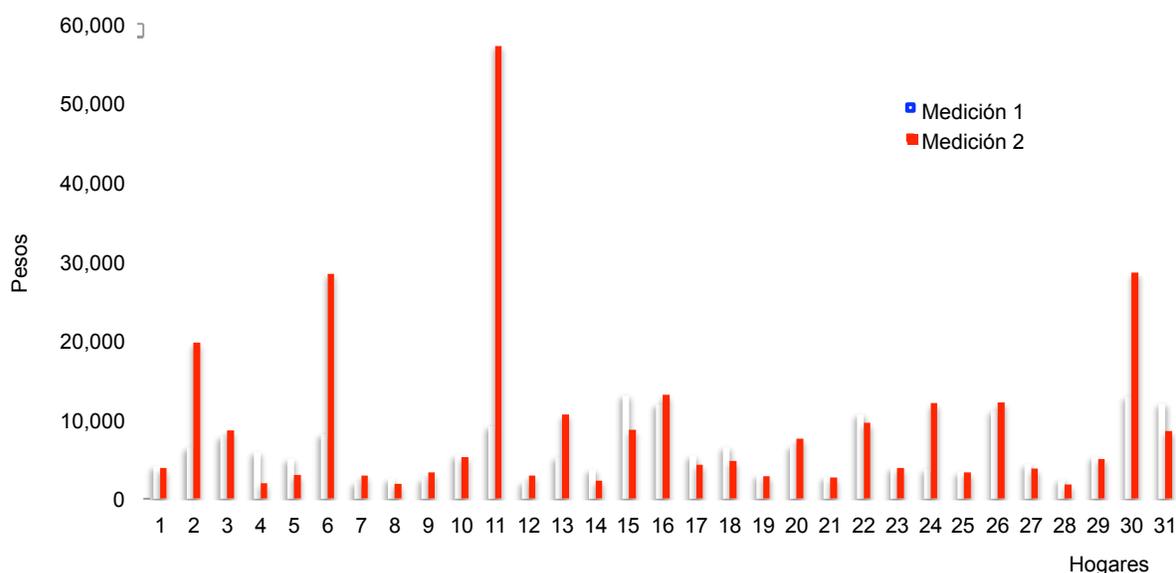
En la primera medición la mediana del gasto total de los hogares fue de \$5,293 pesos (rango: \$2,118 – 13,024 pesos) y de \$4,810 pesos (rango: \$1,805 – 57,175 pesos) en la segunda entrevista. Los valores altos en la segunda medición se debió a: en el hogar 2 se compraron regalos y cooperaron para una fiesta, se gastaron parte de sus ahorros; el hogar 6 gasto en el enganche de un departamento y se quedó con la deuda; el hogar 11 gasto en la construcción de una vivienda y pago con parte de sus ahorros; y el hogar 30 fue en la atención de la salud de la paciente y alimentos, la otra parte es transporte familiar y educación de sus hijos. Al comparar ambas mediciones no se apreció una diferencia significativa. (Tabla 47, gráfico 28)

Tabla 47. Gasto total de los hogares

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1,001 – 3,000	6	8
3,001 – 5,000	7	8
5,001 – 7,000	9	2
7,001 – 9,000	3	4
> 9,001	6	9
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.24$

Gráfico 28. Gasto total de los hogares



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.32$

Porcentaje del Gasto en los diferentes rubros con respecto al Gasto Total

Como se aprecia en la siguiente tabla, los mayores gastos los representan los rubros de: bebidas y alimentos, transporte; vivienda, energía eléctrica, gas y agua; educación; artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación; ropa, calzado y accesorios; y el gasto de bolsillo en salud de los integrantes del hogar.

Tabla 48. Porcentaje del gasto en los diferentes rubros con respecto al gasto total

Gasto	1ª. Medición		2ª. Medición	
	Mediana	Rango	Mediana	Rango
Servicios y artículos de cultura, esparcimiento y recreación	4.1	0.2 – 28	5.6	0.2 – 69
Comunicaciones	3.7	0.1 – 12.4	3.3	0.1 – 16.3
Transporte	12.2	2.9 – 26.8	8.9	2.3 – 40.2
Vivienda, energía eléctrica, gas y agua	7.49	1.7 – 34.7	5.5	0.9 – 78.5
Reparación y conservación de la vivienda	3.4	0.3 – 67	5.2	1 – 71.7
Artículos y servicios para la limpieza y cuidados de la vivienda	3.3	1.2 – 10.1	3.1	0.4 – 8.9
Enseres y utensilios domésticos, muebles, cristalería y blancos	2.9	0.1 – 43.2	2.1	0.03 – 23.4
Artículos y servicios para el cuidado personal	3.3	0.8 – 10.9	3.46	0.4 – 9.9
Diversos	1.3	0.3 – 9	0.7	0.04 – 15
Ropa, calzado y accesorios	4.1	1.4 – 16	3.9	0.5 – 24.8
Tabaco y alcohol	0.4	0.1 – 3.7	1	1 – 4
Bebidas y alimentos	35	16.1 – 56.5	30	6 – 63
Educación	4.4	0.4 – 17.8	3.5	0.7 – 16.2
Bolsillo en salud en el paciente	4	0.9 – 27.8	1.3	0.1 – 27.3
Bolsillo en salud en los familiares	1.7	0.1 – 9.3	0.8	0.1 – 27.8
Bolsillo en salud del hogar	3.9	0.2 – 29.8	1.3	0.1 – 27.8

9. Ingresos

Ingreso Monetario y No Monetario

Con respecto al ingreso se encontraron tres fuentes de ingreso monetario: por remuneración del trabajo, por renta de propiedad y transferencias. Y en el ingreso no monetario comprendió la ayuda en especie. Este apartado se dividió en el ingreso del paciente, el ingreso de los familiares –en este no se incluyó al paciente- y el ingreso del hogar.

9.1.1 Ingreso Monetario del Paciente

En este se apartado se tienen tres mediciones debido a que se preguntó del ingreso obtenido por remuneración en su trabajo previo a su enfermedad. Al comparar el salario previo y el de la primera entrevista se aprecia que en la medición previa no trabajaba un paciente y en la primera medición se aumentó a tres pacientes que no trabajaban y una disminución del ingreso en siete hogares (Mdn 74%; rango del 20 -100%). Se observó una diferencia significativa al comparar ambas mediciones con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.04$. (Tabla 49.1 y gráfico 29.1).

Tabla 49.1 Ingreso monetario del paciente

Pesos	Medición Previa	1ª. Medición
Sin ingreso	1	3
500 – 1,500	9	9
1,501 – 3,000	10	11
3,001 – 5,000	7	5
5,001 – 10,000	4	3
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.82$

Cuando se compararon ambas mediciones, se encontró una disminución del ingreso en otros 10 hogares y un hogar que continuaba a disminuir su ingreso (Mdn 50%; rango del 4 -100%). No se apreciaron diferencias significativas entre estas mediciones. (Tabla 49.2 y gráfico 29.2)

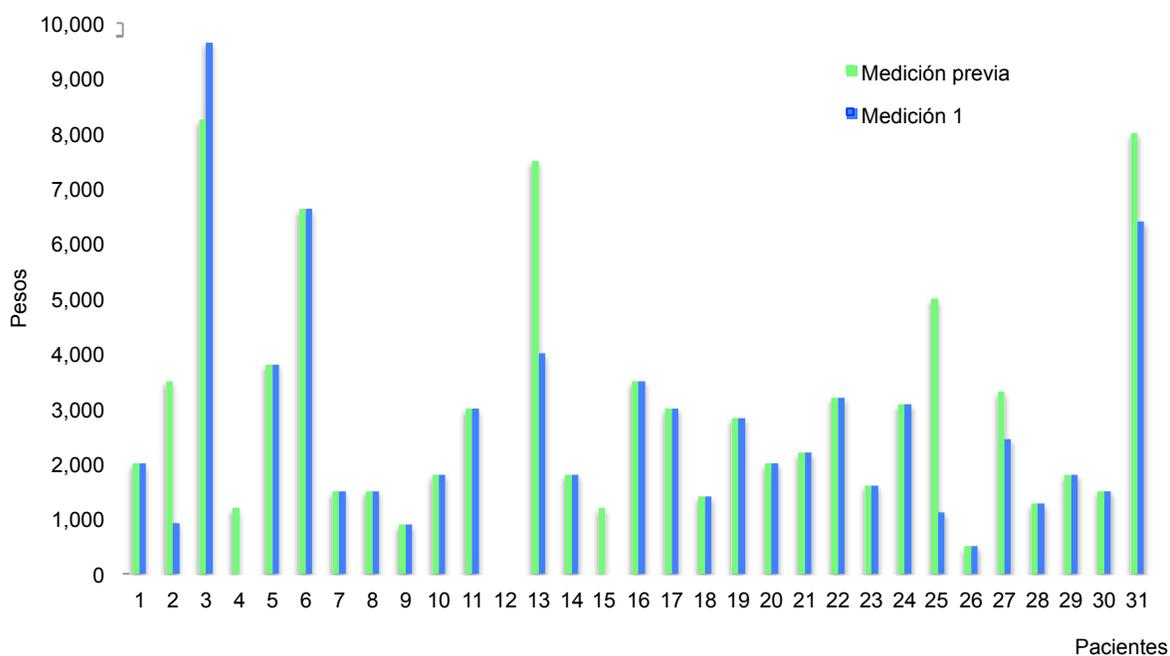
La mediana del ingreso previo fue de \$2,000 pesos (rango de \$0 – 8,240 pesos), de \$1,800 pesos en la primera medición (rango: \$0 – 9,640 pesos) y en la segunda medición (rango: \$0 – 9,740 pesos).

Tabla 49.2. Ingreso monetario del paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ingreso	3	4
500 – 1,500	9	11
1,501 – 3,000	11	9
3,001 – 5,000	5	4
5,001 – 10,000	3	3
Total	31	31

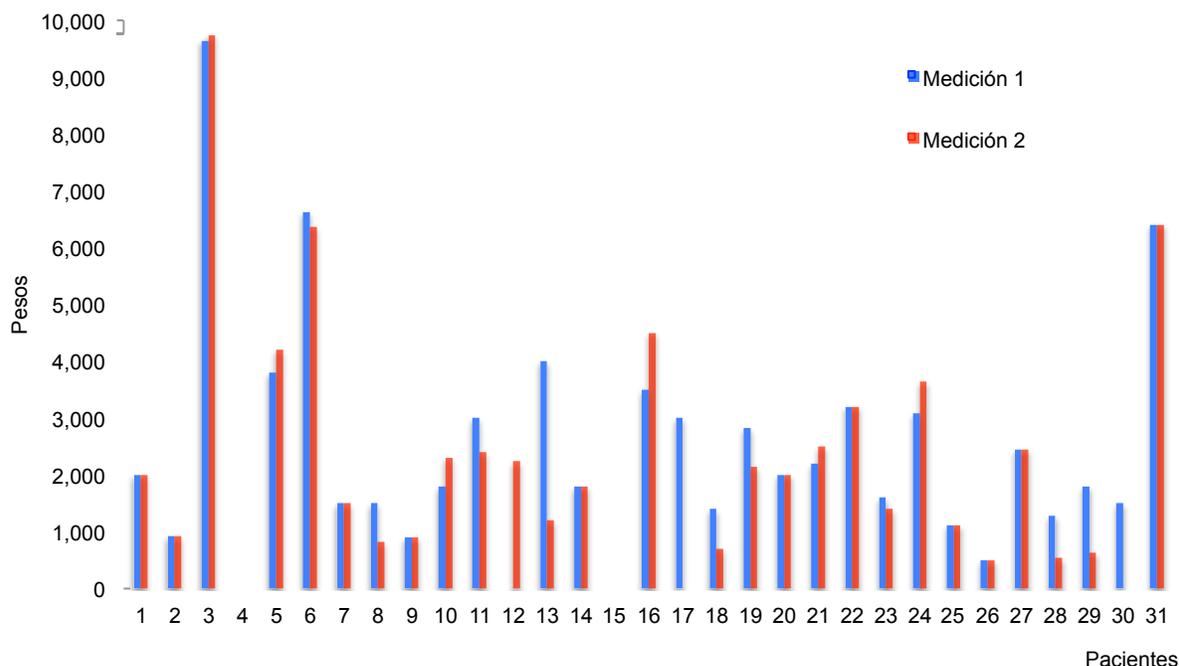
χ^2 , $p = 0.96$

Gráfico 29.1 Ingreso monetario del paciente



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.04$

Gráfico 29.2 Ingreso monetario del paciente



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.07$

9.1.2 Otro Ingreso Monetario del Paciente

Los pacientes tuvieron otro ingreso por renta de vivienda, venta de dulces, vales de despensa, prima vacacional, mandados, aguinaldo. Seis pacientes (19%) lo obtuvieron en la primera medición, con una mediana de \$575 pesos (rango: \$180 – 1,824 pesos). En la segunda medición nueve pacientes (29%) tuvieron otro ingreso monetario, con una mediana de \$750 pesos (rango: \$94 – 15,592 pesos). Con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon se apreció una diferencia significativa ($p = 0.045$). (Tabla 50)

Tabla 50. Otro ingreso monetario del paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin otro ingreso	25	22
Con otro ingreso	6	9
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.37$

9.1.3 Transferencias al Paciente

Este rubro se refiere a la ayuda monetaria que reciben los pacientes, y provienen principalmente de los familiares (madres y hermanas(os)), en algunos casos de compañeros de trabajo, amigos y vecinos. Sólo diez pacientes (32%) en la primera medición y nueve (29%) en la segunda medición recibieron ayuda monetaria. La más alta en la primera medición fue de un hijo, que vive en EU, que se endeudó para enviarle dinero a su papá. No se apreciaron diferencias significativas entre ambas mediciones. (Tabla 51)

Tabla 51. Transferencias al paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin transferencias	21	22
Con transferencias	10	9
Total	31	31

χ^2 , p = 0.78

De entre los pacientes que recibieron las transferencias en la primera medición la mediana fue de \$1,000 pesos (rango: \$80 – 7,800 pesos) y de \$600 pesos en la segunda medición (rango: 80 – 2,860 pesos).

9.1.4 Ingreso No Monetario del Paciente [Ayuda en Especie (Regalos)]

En este rubro comprendió la ayuda en especie (regalos), que les proporcionaron familiares o amistades, en los siguientes rubros: artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación; comunicaciones; vivienda y artículos para la vivienda; artículos y servicios para el cuidado personal; ropa para bebé; y el que con mayor frecuencia se proporcionó fue el de alimentos. Los integrantes de la familia calcularon el valor aproximado de lo que recibían.

En la primera medición 24 pacientes recibieron ayuda no monetaria, con una mediana de \$318 pesos (rango: \$12 – 2,144 pesos). En la segunda medición 27 pacientes recibieron ayuda no monetaria, con una mediana de \$477 pesos (rango: \$7 – 40,800 pesos); en esta última las mediciones más altas fue que un hermano pago las escrituras de la casa del hogar donde vive el paciente y en otra el papá de un paciente le dio una tienda. Al comparar ambas mediciones no hubo diferencias significativas. (Tabla 52)

Tabla 52. Ingreso no monetario del paciente

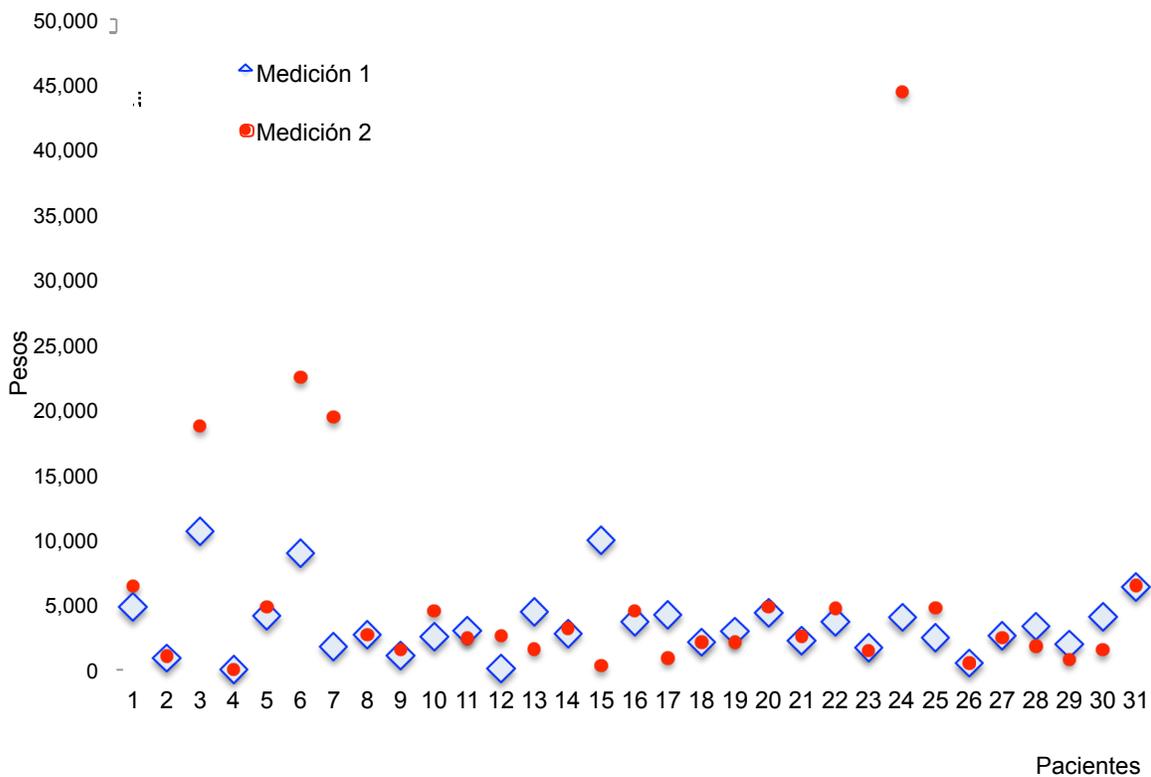
Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ayuda	7	4
Con ayuda	24	27
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.32$

9.1.5 Ingreso Total del Paciente

Al conjuntar los ingresos monetarios y no monetarios del paciente, solo uno en las dos mediciones no tuvo ingresos. En la primera medición la mediana fue de \$2,960 pesos (rango: \$0 – 10,640 pesos) y en la segunda medición de \$2,620 pesos (rango: \$0 – 44,440 pesos). Cuando se compararon ambas mediciones no se apreciaron cambios significativos. (Gráfico 30 y tabla 53)

Gráfico 30. Ingreso total del paciente



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.35$

Tabla 53. Ingreso total del paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ingreso	1	1
1 – 2,000	7	9
2,001 – 4,000	12	9
4,001 – 6,000	7	6
6,001 – 44,500	4	6
Total	31	31

χ^2 , p = 0.89

9.2.1 Ingreso Monetario de los Familiares

En ocho hogares (26%) los familiares no aportaban ingresos en ambas mediciones, debido a que unos eran unipersonales (3) y en otros el paciente era el único que tenía un trabajo (5). En la primera medición la mediana, de los familiares que tenían un ingreso, fue de \$2,080 pesos (rango: \$800 – 12,500 pesos) y de \$3,000 pesos (rango: \$350 – 12,500 pesos) en la segunda medición. No se apreciaron diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 54)

Tabla 54. Ingreso monetario de los familiares

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ingreso	8	8
300 – 1,000	5	2
1,001 – 3,000	9	12
3,001 – 6,000	5	3
7,000 – 12,500	4	6
Total	31	31

χ^2 , p = 0.62

9.2.2 Otro Ingreso Monetario de los Familiares

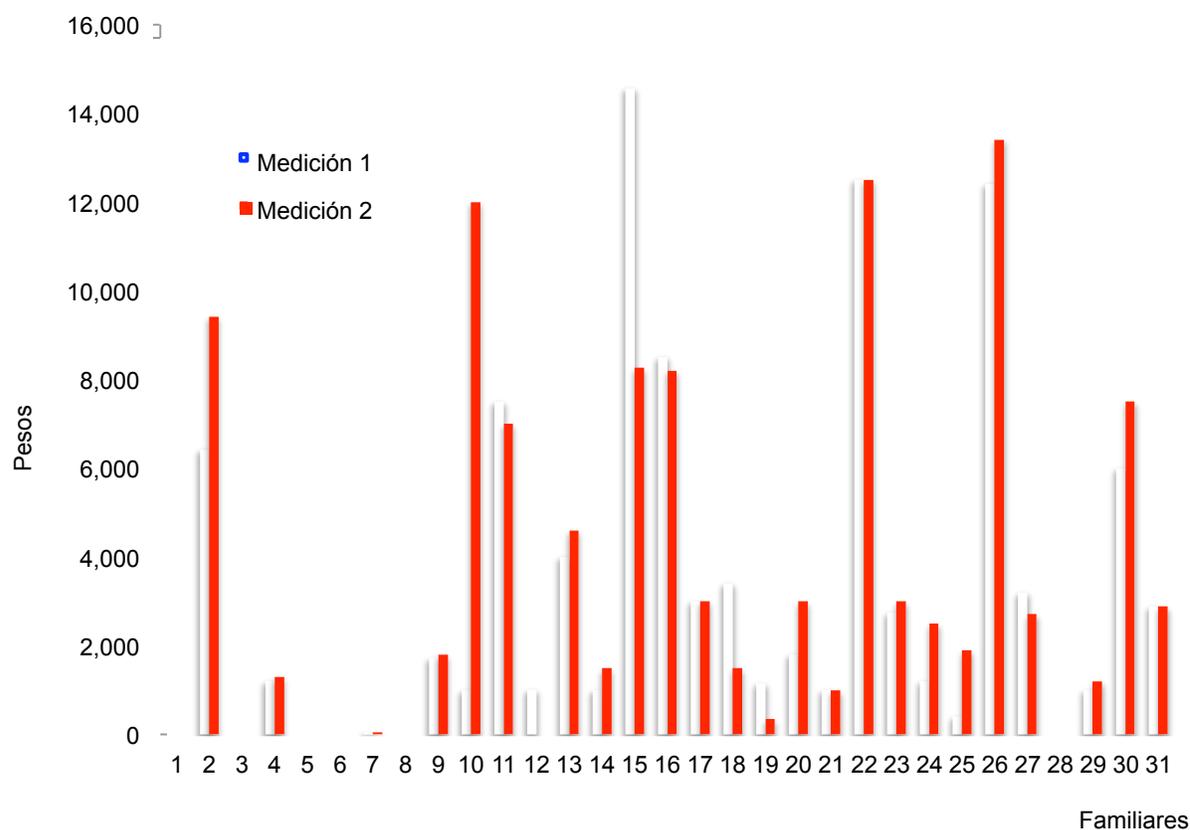
Sólo el 26% (8), en ambas mediciones, de los familiares perciben otros ingresos provenientes de la ayuda de otros familiares, de intereses bancarios, aguinaldo, vales de despensa, préstamos o venta de artículos varios. La mediana del ingreso fue de \$600 pesos (rango de \$40 – 9,560 pesos) en la primera medición y de \$800

pesos (rango de \$40 – 3,500 pesos) en la segunda medición. Al comparar ambas mediciones no se apreciaron diferencias significativas.

9.2.3 Ingreso Total de los Familiares

Integrando ambos ingresos se aprecia que en 6 hogares los familiares no aportaban ingresos monetarios al hogar en ambas mediciones, y en la segunda se incorporó otro hogar debido a que el esposo de una paciente la abandonó. La mediana del ingreso total de los familiares fue de \$1,200 pesos (rango de \$0 – 14,560) en la primera medición y de \$1,900 pesos (rango de \$0 – 13,407 pesos) en la segunda medición. No se apreciaron diferencias significativas entre la primera y la segunda medición. (Gráfico 31 y tabla 55)

Gráfico 31. Ingreso total de los familiares



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.31$

Tabla 55. Ingreso total de los familiares

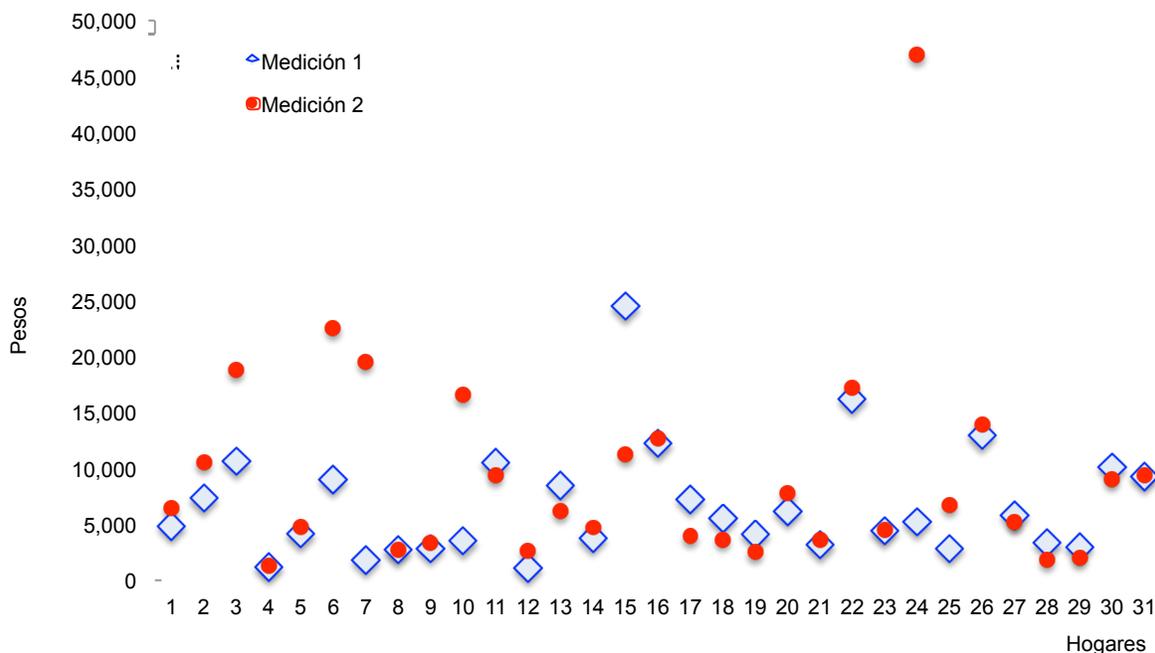
Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ingreso	6	7
40 – 2,000	12	9
2,001 – 4,000	6	7
6,000 – 15,000	7	8
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.89$

9.3 Ingreso del Hogar

Conjuntado los ingresos del paciente y sus familiares, el ingreso del hogar en la primera medición tuvo una mediana de \$5,230 pesos (rango de \$1,096 – 24,504 pesos) y de \$6,410 pesos (rango de \$1,300 – 46,940 pesos) en la segunda medición. Entre la primera medición y la segunda medición, no se apreciaron diferencias significativas. (Gráfico 32 y Tabla 56)

Gráfico 32. Ingreso del hogar



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.18$

Tabla 56. Ingresos del hogar

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
1,001 – 3,000	7	6
3,001 – 6,000	11	8
6,001 – 9,000	5	4
9,001 – 12,000	4	5
> 12,001	4	8
Total	31	31

χ^2 , p = 0.72

10. Ahorro

Esta sección se dividió en el ahorro del paciente, de los familiares y del hogar.

10.1 Ahorro del Paciente

Los pacientes gastan principalmente su ahorro en pagar deudas de vivienda y en atención médica para ellos o sus parejas.

En la primera medición doce pacientes tenían ahorros, con una mediana de \$21,690 pesos (rango de \$350 – 80,000 pesos) y diez pacientes en la segunda medición con una mediana de \$10 mil pesos (rango \$2,500 – 54,000 pesos). (Tabla 57)

Se observó una disminución del ahorro en la segunda medición. Tres pacientes gastaron todo su ahorro en: inversión en vivienda, atención médica y suplementos alimenticios, y gastos del hogar. Cinco pacientes disminuyeron su ahorro debido a: pago de vacaciones (2) y paquete de fiestas, inversión en compra de departamento y pago de tarjeta de crédito, en construcción de vivienda, y gastos en el hogar. Y un hogar tenía un ahorro en la segunda entrevista.

Tabla 57. Ahorro del paciente

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ahorro	19	21
Con ahorro	12	10
Total	31	31

χ^2 , p = 0.60

Se apreció un diferencia significativa con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon ($p = 0.03$).

10.2 Ahorro de los Familiares

En la primera medición ocho familiares tenían ahorros, con una mediana de \$18,000 pesos (rango de \$2,500 – 117,000 pesos) y siete familiares en la segunda medición con una mediana de \$30 mil pesos (rango \$2,500 – 117,000 pesos). Uno invirtió su ahorro en en abrir un negocio. No hubo diferencias significativas al comparar ambas mediciones. (Tabla 58)

Tabla 58. Ahorro de los familiares

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ahorro	19	21
Con ahorro	12	10
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.77$

10.3 Ahorro del Hogar

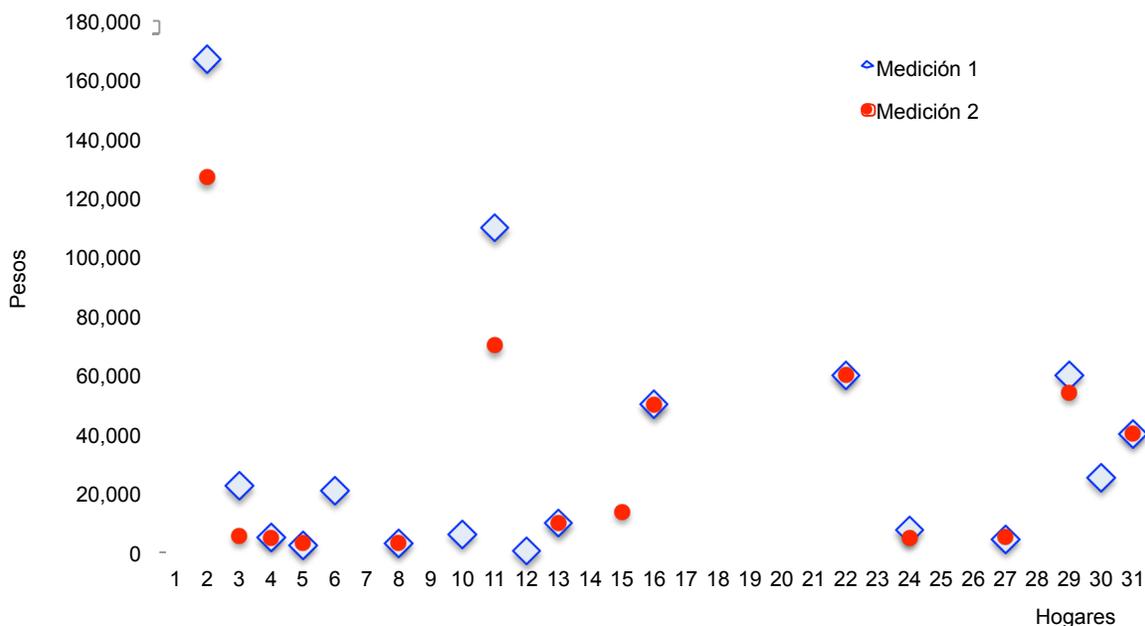
Diecisiete hogares en la primera medición (55%) tenían un ahorro, con una mediana de \$20,855 pesos (rango \$350 – 167,000 pesos) y catorce (45%) en la segunda medición, con una mediana de \$11,750 pesos (rango \$3,000 – 127,000 pesos). Con la prueba de rangos señalados de Wilcoxon se apreció una diferencia significativa ($p = 0.02$). (Tabla 59, gráfico 33)

Tabla 59. Ahorro de los hogares

Pesos	1ª. Medición	2ª. Medición
Sin ahorro	14	17
Con ahorro	17	14
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.45$

Gráfico 33. Ahorro de los hogares



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.02$

11. Deuda

Los miembros de los hogares se endeudan en artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación (2); comunicaciones; en adquisición de vivienda (2); en enseres domésticos (3); en artículos para el cuidado personal (1); ropa, calzado y accesorios (5); y en atención a la salud (2).

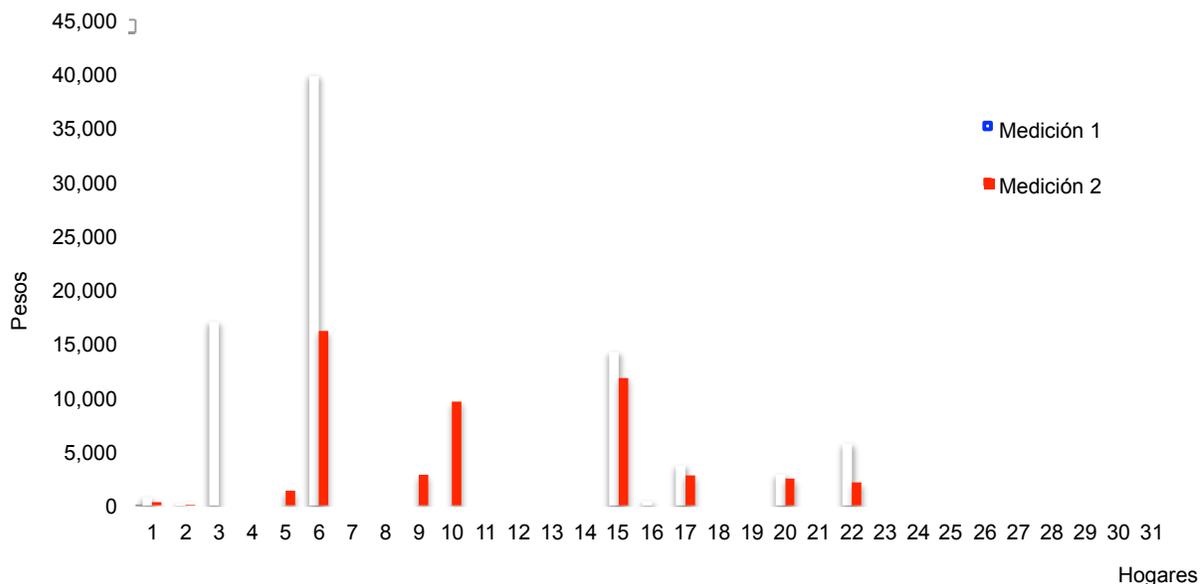
En la primera medición sólo 9 hogares (29%) tenían deudas y diez hogares (32%) en la segunda medición. La mediana de la deuda fue de \$3,700 pesos (rango \$170 – 17 mil pesos) en la primera medición y de \$2,640 pesos (rango \$80 – 16,149 pesos) en la segunda medición. No se apreció diferencias entre ambas mediciones. (Tabla 60, gráfico 34)

Tabla 60. Deuda de los hogares

Pesos	1a. Medición	2a. Medición
Sin deuda	22	21
Con deuda	9	10
Total	31	31

χ^2 , $p = 0.78$

Gráfico 34. Deuda de los hogares



Prueba de rangos señalados de Wilcoxon, $p = 0.26$

12. Pérdidas

Solo un hogar, en la primera medición, tuvo pérdidas debido a que no pudo continuar pagando un aparato audiovisual (\$700 pesos) y enseres domésticos (\$2,500 pesos), por lo que los tuvo que devolver.

13. Inversión

Dos hogares invirtieron en la compra de vivienda, dos ya habían invertido y estaban pagando su crédito Infonavit y uno en construcción de la vivienda. Y otros invirtieron principalmente en bienes duraderos como: recámara, comedor, sala, televisión y modulares.

14. Distribución del Gasto en Salud y Gastos Catastróficos

Se evaluó el gasto de bolsillo en salud en las dos entrevistas, de acuerdo a la metodología de Xu (OMS, 2005). Previo a esto, se calculó la inflación de la fecha de las entrevistas a julio de 2014, de los conceptos de gasto en bolsillo en salud, gasto del consumo de los hogares y el gasto en alimentación.

14.1 Gasto en Salud en el Paciente

14.1.1 Primero se analizó el gasto de bolsillo en la atención del paciente, derechohabiente del IMSS, con VIH/SIDA.

Primera entrevista

Se obtuvo el gasto per cápita de subsistencia (línea de pobreza) de \$1,366.4 pesos/MN, siendo la mediana del gasto de subsistencia de \$2,528 pesos/MN (rango de \$1,366.37 – 4,378.22 pesos/MN).

En esta primera medición se observan tres hogares pobres y tres hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, dos de estos ya eran pobres. Y un hogar no pobre se empobreció por gasto de bolsillo en salud. (Anexo B: Tabla B1 a B6)

Segunda entrevista

El gasto per cápita de subsistencia en esta medición fue de \$1,139.6 pesos/MN, siendo menor que en la primera medición. La mediana del gasto de subsistencia fue de \$2,108 pesos/MN (rango de \$1,139.6 – 3,651.6 pesos/MN).

Solo se observó un hogar pobre y dos hogares con gastos catastróficos por motivos de salud, diferentes a los de la primera medición. Ningún hogar se empobreció por gasto de bolsillo en salud. (Anexo C: Tabla C1 a C6)

14.1.2 En un segundo análisis se incluyó todos los gastos de bolsillo en la atención en salud de todos los integrantes del hogar.

Primera entrevista

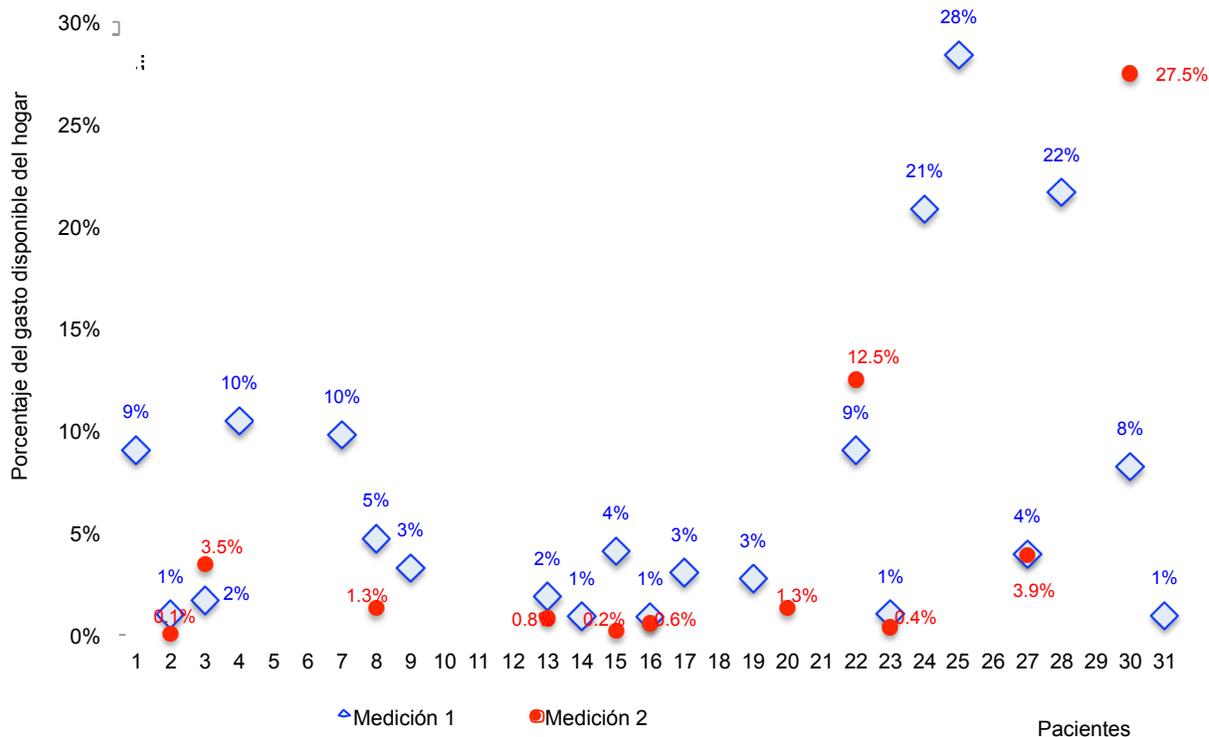
Se observaron los mismos tres hogares pobres y el hogar que se empobreció por gasto de bolsillo en salud, así como los tres hogares con gastos catastróficos; y se añan otros dos hogares con gastos catastróficos por motivos de salud. De éstos últimos, en un hogar el gasto se debió a la pareja del paciente que también es VIH positivo (cata_h 0.58), pero que no tiene seguridad social; y en el otro hogar, considerando únicamente al paciente el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago fue de 0.34 y cuando se agrega la del familiar aumentó a 0.4.

Segunda entrevista

La única diferencia es que se agregaron dos hogares con gastos catastróficos por motivos de salud. Un hogar ya referido, que continuaba con gasto catastrófico

debido a la atención de la pareja del paciente (cata_h 0.46) y en el otro hogar un familiar menor de edad fue operado (cata_h 3.56) y no tenía seguridad social.

Gráfico 35. Gasto de bolsillo en salud del paciente (%) con respecto al gasto disponible del hogar.



14.1.3 Un tercer análisis evaluó los hogares con un gasto de bolsillo en salud >10% con respecto al gasto disponible del hogar.

Paciente

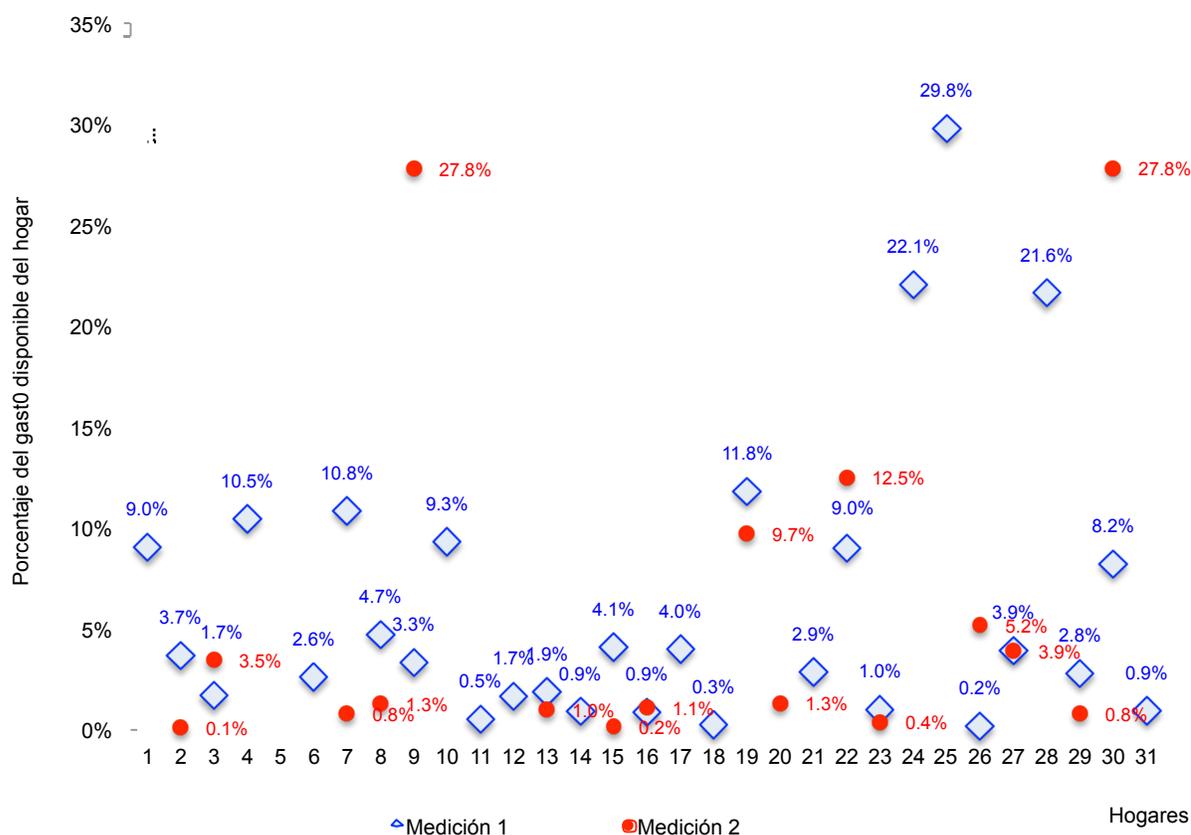
En la primera medición de los 21 hogares con gasto de bolsillo en salud solo en 5 hogares el gasto fue $\geq 10\%$ del gasto disponible del hogar (Mdn 4%, rango de 0.9 – 28.4%). Y en la segunda medición, de los 11 hogares que tuvieron gasto de bolsillo en salud, solo dos tuvieron un gasto mayor al 10% (Mdn 1.3%, rango de 0.1 – 27.5%). (Gráfico 35)

Hogar

De los 29 hogares que tuvieron gasto de bolsillo en salud, en la primera medición, solo 6 hogares tuvieron un gasto $\geq 10\%$ (Mdn 4%, rango de 0.2 – 29.8%); y en la

segunda medición, de los 16 hogares con gasto de bolsillo en salud, solo en 4 hogares fue $\geq 10\%$ (Mdn 1.3%, rango de 0.1 – 27.8%), como se aprecia en el gráfico 36.

Gráfico 36. Gasto de bolsillo en salud de los integrantes del hogar (%) con respecto al gasto disponible del hogar.



15. Medidas de Desigualdad para Datos No Agrupados

15.1 Rango Relativo, Desviación Media Relativa, y Coeficiente Normalizado de la Varianza Relativa

15.1.1 Paciente

En este rubro las variables utilizadas fueron el ingreso previo (antes de las entrevistas), el ingreso de la primera medición y el ingreso de la segunda medición.

Para comparar la distribución del ingreso de los hogares se calculó el rango relativo, desviación media relativa y el coeficiente normalizado de la varianza relativa.

Con el rango relativo se apreció un aumento creciente en las diferentes mediciones: de 2.9 (ingreso previo), 4.0 (ingreso 1ª. medición) y 4.4 (ingreso 2ª. medición). Marcando una mayor desigualdad en la primera medición con respecto a la medición previa, que aumentó en la segunda con respecto a la primera medición.

Al calcular la desviación media relativa, que toma en cuenta todos los valores, reflejó la desigualdad existente en las tres mediciones, siendo mayor en la segunda medición: 0.29, 0.31 y 0.36 (ingreso previo, de la 1ª. medición y 2ª. medición, respectivamente).

Los resultados del cálculo del coeficiente normalizado de la varianza relativa fueron de 0.018, 0.023 y 0.032; ingreso previo, ingreso de la primera medición e ingreso de la segunda medición respectivamente. Observándose una desigualdad creciente en las mediciones. (Tabla 62)

Tabla 62. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente) ^α

	Rango relativo normalizado (R _N)	Desviación media relativa (D _N)	Coeficiente normalizado de la varianza relativa (V _N)	Índice de Gini*
Ingreso previo	0.093	0.286	0.018	0.39
Ingreso 1a. medición	0.128	0.307	0.023	0.43
Ingreso 2a. medición	0.143	0.358	0.032	0.51

*Límites entre 0 y 1 (0= distribución equitativa y 1= máxima concentración).

^α Ver Anexo D: tablas D1 – D6

15.1.2 Hogar

En este rubro sólo contamos con las dos mediciones del ingreso, se apreciaron pequeñas diferencias en el rango relativo normalizado de 0.11 en la primera medición y de 0.10 en la segunda medición; en la desviación media relativa de 0.3 y 0.32 de la primera y segunda medición, respectivamente. El calcular el coeficiente normalizado se obtuvo el mismo valor de 0.019 en ambas mediciones. Sin embargo, cuando se realiza la evaluación de la varianza de los logaritmos se aprecia que aumenta la desigualdad en la segunda medición (0.66) con respecto a la primera (0.56). (Tabla 63)

Tabla 63. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar) ^α

	Rango relativo normalizado (R_N)	Desviación media relativa (D_N)	Coefficiente normalizado de la varianza relativa (V_N)	Varianza de los logaritmos	Índice de Gini
Ingreso 1a. medición	0.110	0.299	0.019	0.56	0.40
Ingreso 2a. medición	0.099	0.323	0.019	0.66	0.42

^α Ver Anexo E: tablas E1 – E6

15.2 Coeficiente de Desigualdad de Gini

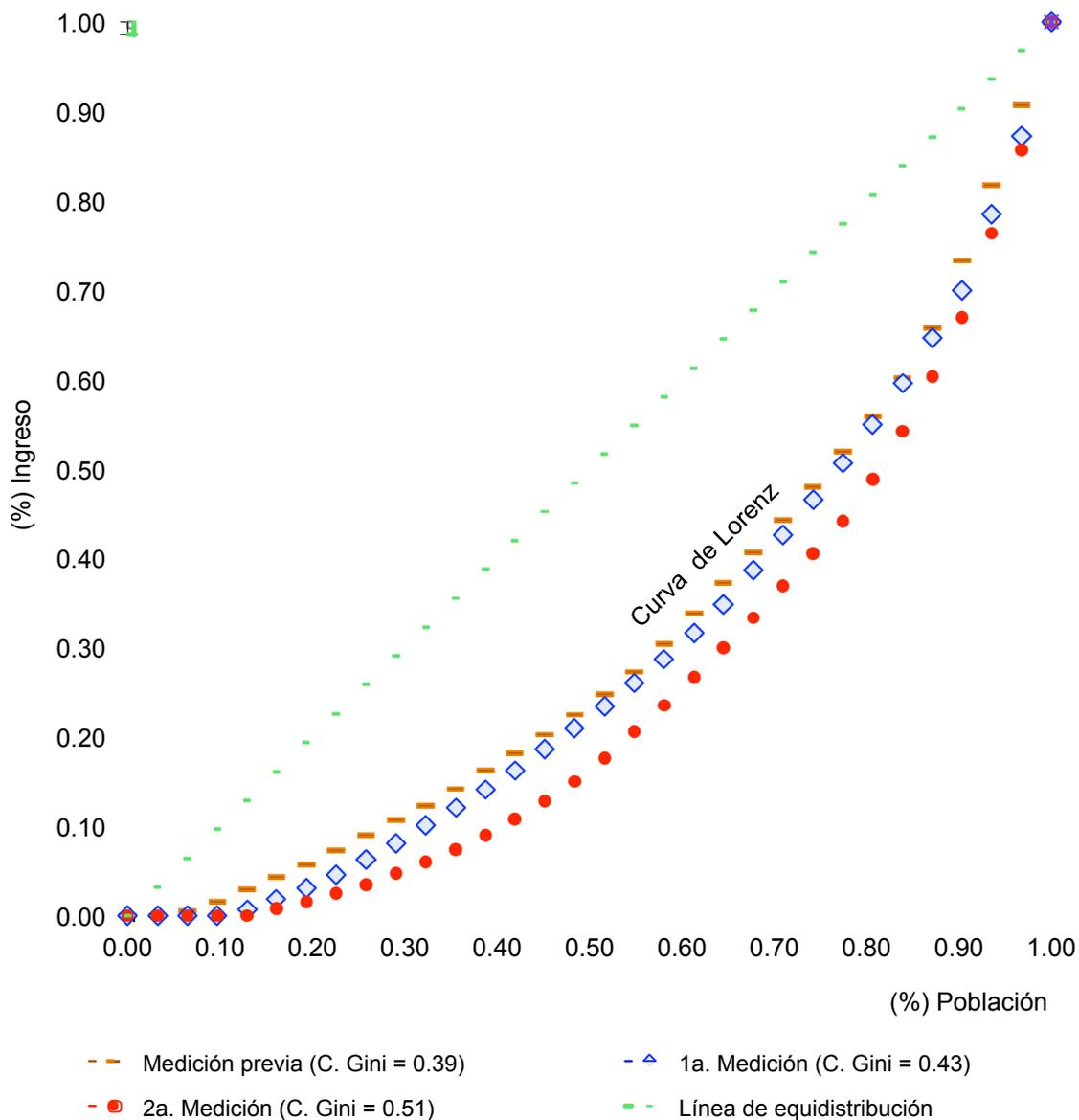
Para medir la desigualdad de la distribución del ingreso en las tres mediciones se calculó el coeficiente de Gini y a partir de este se graficó la curva de Lorenz.

15.2.1 Paciente

Cuando se calculó el coeficiente de Gini, con el ingreso del paciente, se observó un aumento en el cambio la distribución del ingreso en las tres mediciones. Con un coeficiente de Gini de 0.39 en el ingreso previo, de 0.43 en el ingreso de la primera medición y de 0.51 del ingreso de la segunda medición (Anexo D).

En el diagrama de concentración de los pacientes observamos que hay un aumento paulatino de los valores ubicados en los niveles más bajos de la medición previa a la primera medición y de esta a la segunda, lo que traduce un aumento en los niveles menos favorecidos y por ende mayor desigualdad. (Gráfico 37)

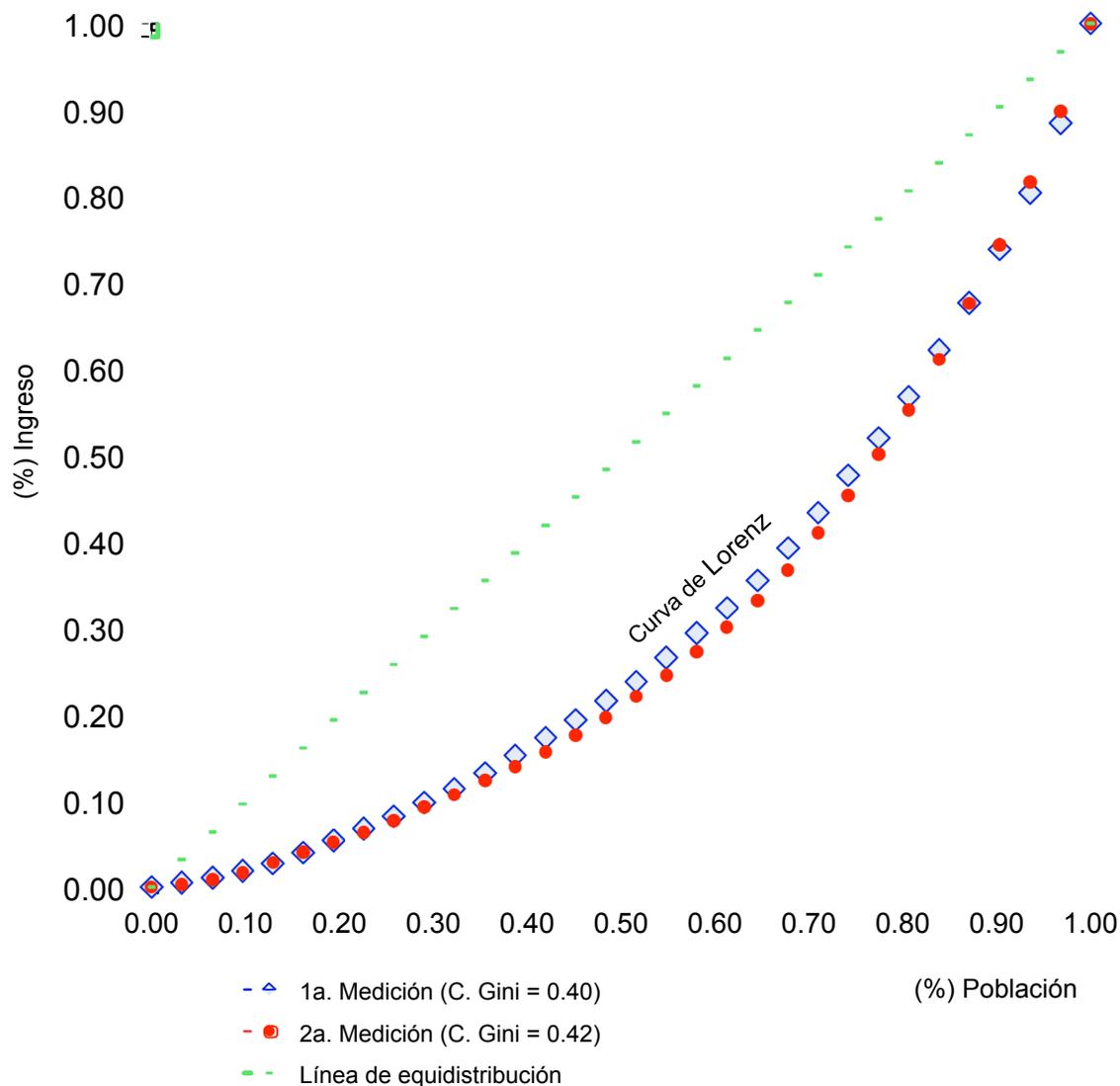
Gráfico 37. Diagrama de Concentración. Paciente.



15.2.2 Hogar

Cuando se evaluó el coeficiente de Gini con el ingreso total del hogar en las dos mediciones se apreció una mínima diferencia, siendo de 0.40 en el ingreso de la primera medición y de 0.42 en la segunda medición (Anexo E). Situación que no varió al realizar el diagrama de concentración. (Gráfico 38)

Gráfico 38. Diagrama de Concentración. Hogar.



16. Análisis bivariado en relación con la enfermedad, gasto de bolsillo en salud, ayuda monetaria y en especie, ingreso, deuda y ahorro del paciente.

Al valorar en el paciente el ser VIH positivo o tener SIDA en relación con la variables de: sexo (χ^2 , $p = 0.52$), el estado civil (χ^2 , $p = 0.37$), la escolaridad (χ^2 , $p = 0.52$), el tipo de hogar (χ^2 , $p = 0.45$), la funcionalidad de la familia (FACES: χ^2 , $p = 0.88$; APGAR: χ^2 , $p = 0.71$), el apoyo social (χ^2 , $p = 0.97$), si tiene o no trabajo (χ^2 , $p = 0.97$), el gasto catastrófico en salud (χ^2 , $p = 0.74$) y hogar pobre (χ^2 , $p =$

0.97); no se apreciaron diferencias significativas. Solo en la edad se apreciaron diferencias, los que están en la tercera década el 58% son VIH positivos y los de la cuarta y quinta década el 84% tienen SIDA. Posiblemente porque se infectan en la tercera década y desarrollan SIDA en las subsiguientes décadas. (Tabla 64)

Tabla 64. Análisis bivariado en relación a la seropositividad a VIH y SIDA.

Variable	VIH (+)	SIDA
1. Sexo		<i>p</i> = 0.52
— Masculino	9	17
— Femenino	1	4
2. Edad		<i>p</i> = 0.01
— 21 a 30	7	5
— 31 a 51	3	16
3. Estado Civil		<i>p</i> = 0.37
— Soltero, separado(a), viuda(o)	4	12
— Casado(a) y unión libre homosexual o heterosexual	6	9
4. Escolaridad		<i>p</i> = 0.52
— No Profesionistas	6	15
— Profesionistas	4	6
5. Tipo de hogar		<i>p</i> = 0.45
— Nuclear/Corresidentes	7	10
— Extensa/Compuesta	2	9
— Unipersonal	1	2
6. Funcionalidad familiar (FACES)		<i>p</i> = 0.88
— Equilibrada	6	12
— No equilibrada	4	9
7. Funcionalidad familiar (APGAR)		<i>p</i> = 0.71
— Disfuncional	3	5
— Funcional	7	16
8. Apoyo social		<i>p</i> = 0.97
— Bajo	1	2
— Adecuado	9	19
9. Tiene trabajo		<i>p</i> = 0.97
— Si	9	19
— No	1	2
10. Gasto catastrófico		<i>p</i> = 0.74
— Si	1	3
— No	9	18
11. Hogar pobre		<i>p</i> = 0.97
— Si	1	2
— No	9	19

Se comparó el gasto de bolsillo en salud en el paciente, en las tres mediciones, con las variables: sexo, estado civil, escolaridad, tipo de hogar, el ser VIH positivo o tener SIDA, el apoyo social, la funcionalidad familiar y el rol dentro de la familia. No hubo diferencias entre los que no gastan y los que gastan de acuerdo a estas variables. Sin embargo, previo a la primera medición el 60% de los que son profesionistas gastaron en salud en comparación con el 29% de los que no son profesionistas; y los que tienen SIDA (78%) gastaron más en la primera medición con respecto a los VIH positivos (50%). Con respecto al rol, funcionalidad familiar y apoyo social son independientes del gasto en salud. (Tabla 65)

Se evaluó la ayuda, monetaria y en especie, que se proporciona a los hogares con las variables: sexo, edad, el ser VIH positivo o tener SIDA, tipo de hogar, estado civil, escolaridad, rol del paciente dentro de la familia, si la familia conoce el tipo de enfermedad que el paciente tiene, si trabaja o no el paciente, el apoyo social y la funcionalidad familiar. No se apreciaron significancias estadísticas con ninguna de las variables evaluadas, solo el rol de ser jefe de familia en la segunda medición se apreció una diferencia significativa (χ^2 , $p = 0.04$); sin embargo, este valor no es fiable. Posiblemente otros factores como la enfermedad aguda e incapacitante sea una causa de ayuda de familiares y amistades (que no se evaluó en el estudio), el ser de un hogar unipersonal, del conocimiento del tipo de enfermedad del paciente por la familia y compañeros del trabajo, situación que no se apreció debido al pequeño tamaño de muestra. (Tabla 66)

También se midió el ingreso del paciente con las variables: sexo, edad, el ser VIH positivo o tener SIDA, tipo de hogar, estado civil, escolaridad, la funcionalidad familiar, el apoyo social, rol del paciente dentro de la familia y si la familia conocía el tipo de enfermedad del paciente. Se apreció significancia estadística en la escolaridad en la medición previa (χ^2 , $p = 0.01$) y en la primera y segunda medición (χ^2 , $p = 0.008$); no obstante, no es seguro debido al tamaño de muestra y los pequeños valores esperados en las celdas. Situación que se aprecia también en la primera y segunda medición con la variable de funcionalidad familiar (FACES II). No hubo diferencias, con los puntos de corte, de los ingresos con las variables estudiadas. (Tabla 67)

Tabla 65. Análisis bivariado en relación al gasto de bolsillo en salud.

Variable	Medición previa		1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No	Si	No
1. Sexo	$p = 0.29$		$p = 0.69$		$p = 0.43$	
— Masculino	9	17	18	8	10	16
— Femenino	3	2	3	2	1	4
2. Estado Civil	$p = 0.9$					
— Casado(a), unión libre homosexual o heterosexual			10	5		
— Soltero, separado(a) y viuda(o)			11	5		
3. Escolaridad	$p = 0.09$		$p = 0.31$		$p = 0.48$	
— No profesionistas	6	15	13	8	20	1
— Profesionistas	6	4	8	2	10	0
4. Tipo de hogar	$p = 0.36$		$p = 0.61$		$p = 0.89$	
— Compuesta, extensa y nuclear	10	13	15	8	8	15
— Unipersonal y corresidentes	2	6	6	2	3	5
5. Enfermedad	$p = 0.92$		$p = 0.14$		$p = 0.48$	
— SIDA	8	13	16	5	20	1
— VIH positivo	4	6	5	5	10	0
6. Rol del paciente dentro de la familia	$p = n.s.$					
— Jefe de familia			14	0	14	1
— Otro			17	0	16	0
7. Funcionalidad familiar (FACES II)	$p = n.s.$					
— Equilibrada			18	0	17	1
— No equilibrada			13	0	13	0
8. Funcionalidad familiar (APGAR)	$p = n.s.$					
— Disfuncional			8	0	8	0
— Funcional			23	0	22	1
9. Apoyo social (DUKE)	$p = n.s.$					
— Bajo			3	0	3	0
— Adecuado			28	0	27	1

Tabla 66. Análisis bivariado en relación a la ayuda monetaria y en especie

Variable	1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No
1. Sexo	$p = 0.97$		$p = 0.61$	
— Masculino	21	5	23	3
— Femenino	4	1	4	1
2. Edad	$p = 0.76$		$p = 0.55$	
— 21 a 30	10	2	11	1
— 31 a 51	15	4	16	3
3. Enfermedad	$p = 0.95$		$p = n.s.$	
— SIDA	17	4	17	4
— VIH positivo	8	2	10	0
4. Tipo de hogar	$p = n.s.$			
— Compuesta, extensa y nuclear	17	6	19	4
— Unipersonal y corresidentes	8	0	8	0
5. Estado Civil	$p = 0.41$		$p = 0.46$	
— Soltero, separado(a) y viuda(o)	12	4	15	3
— Casado(a), unión libre homosexual o heterosexual	13	2	12	1
6. Escolaridad	$p = 0.95$		$p = 0.74$	
— No profesionistas	17	4	18	3
— Profesionistas	8	2	9	1
7. Funcionalidad familiar (APGAR)	$p = 0.64$		$p = 0.97$	
— Disfuncional	6	2	7	1
— Funcional	19	4	20	3
8. Funcionalidad familiar (FACES II)	$p = 0.17$		$p = 0.73$	
— Equilibrada	16	2	16	2
— No equilibrada	9	4	11	2
9. Apoyo social (DUKE)	$p = n.s.$			
— Bajo	3	0	3	0
— Adecuado	22	6	24	4
10. Rol del paciente dentro de la familia	$p = 0.12$		$p = 0.04^*$	
— Jefe de familia	13	1	15	0
— Otro	12	5	12	4
11. Familiares conocen el tipo de enfermedad del paciente	$p = 0.63$		$p = 0.46$	
— Nadie/Unos si otros no	11	2	12	1
— Todos	14	4	15	3
12. Tiene trabajo	$p = 0.52$		$p = 0.44$	
— No	2	1	3	1
— Si	23	5	24	3

Tabla 67. Análisis bivariado en relación al ingreso del paciente (pesos)

Variable	Medición previa		1ª. Medición		2ª. medición	
	>5,000	<5,000	>5,000	<5,000	>5,000	<5,000
1. Sexo	<i>p</i> = n.s.					
— Masculino	5	21	4	22	3	23
— Femenino	0	5	0	5	0	5
2. Edad	<i>p</i> = 0.95		<i>p</i> = 0.84			
— 21 a 30	2	10	1	11	1	11
— 31 a 51	3	16	2	17	2	17
3. Enfermedad	<i>p</i> = 0.52		<i>p</i> = 0.97			
— SIDA	4	17	2	19	2	19
— VIH positivo	1	9	1	9	1	9
4. Tipo de hogar	<i>p</i> = 0.43		<i>p</i> = 0.09			
— Compuesta, extensa y nuclear	3	20	1	22	1	22
— Unipersonal y corresidentes	2	6	2	6	2	6
5. Estado Civil	<i>p</i> = 0.68		<i>p</i> = 0.58		<i>p</i> = 0.12	
— Soltero, separado(a) y viuda(o)	3	13	2	14	3	15
— Casado(a), unión libre homosexual o heterosexual	2	13	1	14	0	13
6. Escolaridad	<i>p</i> = 0.01*		<i>p</i> = 0.008*			
— No profesionistas	1	20	0	21	0	21
— Profesionistas	4	6	3	7	3	7
7. Funcionalidad familiar (APGAR)	<i>p</i> = 0.75		<i>p</i> = 0.75			
— Disfuncional	1	7	1	7	1	7
— Funcional	4	19	2	21	2	21
8. Funcionalidad familiar (FACES II)	<i>p</i> = 0.06		<i>p</i> = 0.03*			
— Equilibrada	1	17	0	18	0	18
— No equilibrada	4	9	3	10	3	10
9. Apoyo social (DUKE)	<i>p</i> = n.s.					
— Bajo	0	3	0	3	0	3
— Adecuado	5	23	4	24	3	25
10. Rol del paciente dentro de la familia	<i>p</i> = 0.47		<i>p</i> = 0.44		<i>p</i> = 0.51	
— Jefe de familia	3	11	2	12	2	13
— Otro	2	15	1	15	1	15
11. Familiares conocen el tipo de enfermedad del paciente	<i>p</i> = 0.28		<i>p</i> = 0.75			
— Nadie/Unos si otros no	1	12	1	12	1	12
— Todos	4	14	2	16	2	16

Otra de las variables que se comparó fue la deuda del paciente. No se apreció ninguna diferencia significativa con las variables estudiadas, con excepción con funcionalidad familiar (APGAR), en la segunda medición (χ^2 ; $p = 0.03$), no lo suficiente sólida debido al pequeño número de las celdas. Sin embargo, se observó que en la primera medición las familias disfuncionales tienen deuda en el 50% en la primera medición y en el 63% en la segunda medición. (Tabla 67)

Finalmente se evaluó el ahorro del paciente con las variables ya enunciadas. Y no se encontraron diferencias significativas. Solo una diferencia en la funcionalidad familiar (FACES II) en la primera medición (χ^2 , $p = 0.03$); no obstante, este resultado no es fiable. (Tabla 68)

Tabla 68. Análisis bivariado en relación a la deuda del paciente

Variable	1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No
1. Sexo	$p = n.s.$		$p = 0.52$	
— Masculino	9	17	9	17
— Femenino	0	5	1	4
2. Edad	$p = n.s.$			
— 21 a 30	2	10	2	10
— 31 a 51	7	12	7	12
3. Enfermedad	$p = 0.52$			
— SIDA	6	15	6	15
— VIH positivo	4	6	4	6
4. Tipo de hogar	$p = 0.13$		$p = 0.21$	
— Compuesta, extensa y nuclear	5	18	6	17
— Unipersonal y corresidentes	4	4	4	4
5. Estado Civil	$p = 0.78$		$p = 0.53$	
— Soltero, separado(a) y viuda(o)	5	11	5	13
— Casado(a), unión libre homosexual o heterosexual	4	11	5	8
6. Escolaridad	$p = 0.08$		$p = 0.85$	
— No profesionistas	4	17	7	14
— Profesionistas	5	5	3	7
7. Funcionalidad familiar (APGAR)	$p = 0.13$		$p = 0.03^*$	
— Disfuncional	4	4	5	3
— Funcional	5	18	5	18
8. Funcionalidad familiar (FACES II)	$p = 0.86$		$p = 0.88$	
— Equilibrada	5	13	6	12
— No equilibrada	4	9	4	9

Tabla 68. Análisis bivariado en relación a la deuda del paciente

Variable	1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No
9. Apoyo social (DUKE)	$p = n.s.$			
— Bajo	0	3	0	3
— Adecuado	9	19	10	18
10. Rol del paciente dentro de la familia	$p = 0.46$		$p = 0.37$	
— Jefe de familia	5	9	6	9
— Otro	4	13	4	12
11. Familiares conocen el tipo de enfermedad del paciente	$p = 0.33$		$p = 0.16$	
— Nadie/Unos si otros no	5	8	6	7
— Todos	4	14	4	14
12. Tiene trabajo	$p = 0.86$		$p = 0.85$	
— No	1	2	1	3
— Si	8	20	8	19

Tabla 69. Análisis bivariado en relación al ahorro del paciente

Variable	1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No
1. Sexo	$p = 0.95$		$p = n.s.$	
— Masculino	10	16	10	16
— Femenino	2	3	0	5
2. Edad	$p = 0.63$		$p = 0.49$	
— 21 a 30	4	8	3	9
— 31 a 51	8	11	7	12
3. Enfermedad	$p = 0.49$		$p = 0.31$	
— SIDA	9	12	8	13
— VIH positivo	3	7	2	8
4. Tipo de hogar	$p = 0.94$		$p = 0.61$	
— Compuesta, extensa y nuclear	9	14	8	15
— Unipersonal y corresidentes	3	5	2	6
5. Estado Civil	$p = 0.55$		$p = 0.35$	
— Soltero, separado(a) y viuda(o)	7	9	7	11
— Casado(a), unión libre homosexual o heterosexual	5	10	3	10
6. Escolaridad	$p = 0.37$		$p = 0.52$	
— No profesionistas	7	14	6	15
— Profesionistas	5	5	4	6

Tabla 69. Análisis bivariado en relación al ahorro del paciente

Variable	1ª. Medición		2ª. medición	
	Si	No	Si	No
7. Funcionalidad familiar (APGAR)	$p = 0.94$		$p = 0.17$	
— Disfuncional	3	5	1	7
— Funcional	9	14	9	14
8. Funcionalidad familiar (FACES II)	$p = 0.03^*$		$p = 0.16$	
— Equilibrada	4	14	4	14
— No equilibrada	8	5	6	7
9. Apoyo social (DUKE)	$p = 0.30$		$p = 0.97$	
— Bajo	2	1	1	2
— Adecuado	10	18	9	19
10. Rol del paciente dentro de la familia	$p = 0.67$		$p = 0.37$	
— Jefe de familia	6	8	6	9
— Otro	6	11	4	12
11. Familiares conocen el tipo de enfermedad del paciente	$p = 0.98$		$p = 0.35$	
— Nadie/Unos si otros no	5	8	3	10
— Todos	7	11	7	11
12. Tiene trabajo	$p = 0.84$		$p = 0.74$	
— No	1	2	1	3
— Si	11	17	9	18

Hogares

Hogar 1. Paciente con SIDA, hogar unipersonal. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado. Es ayudado económicamente por su mamá (departamento) y por sus hermanas. Tiene gasto de bolsillo en salud en el paciente del 9% con respecto al gasto disponible del hogar en la primera medición. Nadie de su familia tiene conocimiento de su enfermedad.

Hogar 2. Paciente con SIDA, hogar extenso, familia de origen, vive con sus padres y una hermana con su hijo. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado, con incapacidad por enfermedad. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 1% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 0.1% en la segunda medición. Su mamá a pesar de que tiene derecho a IMSS se atiende en SS por control de tumor de tiroides, y cuando se toma en cuenta este gasto de bolsillo se aumenta al 3.7% de gasto disponible en el hogar en la primera medición. Se gastó el 80% de sus ahorros en un viaje y un paquete de fiesta. Nadie de su familia sabe de su enfermedad.

Hogar 3. Paciente VIH positivo, hogar unipersonal. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Profesionista. Con inversión en su departamento de INFONAVIT, que le dejó una deuda inicial que pago con su aguinaldo y fondo de ahorro. Es apoyado por su papá. Gasto en médico particular antes de acudir al IMSS (\$2,500 pesos). Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 1.7% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 3.5% en la segunda medición. Su familia de origen está enterada de su enfermedad.

Hogar 4. Paciente con SIDA con secuelas de problema neurológico, con esposo seropositivo a VIH. Hogar nuclear. Desempleada. Gastaron todos los ahorros de la paciente (\$15 mil pesos) buscando el diagnóstico de su enfermedad manifestada por fiebre, hasta que presenta el cuadro neurológico y acudió al servicio de urgencias del IMSS, donde sufrió rechazo cuando se le diagnóstico su enfermedad. Ella desconocía su estado de riesgo. Tienen un hijo casado que desconoce su condición, temen decirle por el rechazo que él ha manifestado hacia los homosexuales. Pagan su seguro social (\$2,600 pesos, cada uno). Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 10.5% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Algunos de sus familiares están enterados de su enfermedad.

Hogar 5. Paciente VIH positivo, hogar nuclear. Empleado. Esposa e hijo de 4 meses son seronegativos. Rentaba un departamento pero los padres de su esposa les prestaron una casa. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Su esposa tiene conocimiento de su enfermedad.

Hogar 6. Paciente con SIDA, hogar de corresidentes, su pareja es seronegativa y en la segunda entrevista vive solo. Profesionista. Apoyado por sus padres, tiene un departamento dentro de la casa de sus padres. Invirtió en la compra de un departamento por lo solicito préstamos a su mamá, amigos y a su tarjeta de crédito. En ambas mediciones no tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente. Sin embargo, cuando se toma en cuenta el gasto en salud en su pareja es del 2.6% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Nadie de su familia sabe de su enfermedad.

Hogar 7. Paciente VIH positivo, paciente trabajaba fuera del DF, regresó con su familia de origen debido a su enfermedad, vive con su mamá. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado. Gasto en su atención médica sus ahorros (\$8,150 pesos) antes de acudir al IMSS. Es apoyado por su hermano en los gastos de la vivienda y otros servicios. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 9.8% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Cuando se toma en cuenta a su familiar, el gasto de bolsillo en relación al gasto disponible del hogar este es de 10.8% en la primera medición y de 0.8% en la segunda medición. No tiene gasto catastrófico en salud; no

obstante, primera medición, tiene gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago de 0.34. Su familia de origen sabe de su enfermedad.

Hogar 8. Paciente con SIDA, empleado, hogar unipersonal. Es apoyado por sus compañeras de trabajo y cuando está enfermo su mamá que vive fuera del DF acude para cuidarlo. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado. Tiene gasto de bolsillo en salud del 4.7% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 1.3% en la segunda medición. Su familia de origen tiene conocimiento de su enfermedad.

Hogar 9. Paciente con SIDA, empleada. Ella desconocía su estado de riesgo hasta que su esposo se enfermó y falleció por SIDA en Hospital de SS. Familia extensa, vive con ella su hija con su esposo y dos hijos. Ella entro a trabajar para su manutención y tener seguridad social. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 3.3% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Cuando se toma en cuenta a los familiares, en la segunda medición, es un hogar pobre y con gasto catastrófico en salud (3.56) debido a que su nieto fue operado de apendicitis, recibieron apoyo monetario de familiares; sin embargo, tuvieron que solicitar un préstamo a familiares para pagar el resto. Y gasto de bolsillo en salud fue de 27.8% del gasto disponible del hogar. El terreno donde está construida su casa pertenecía a sus suegros y esta intestada. Su familia actual conoce de su enfermedad.

Hogar 10. Paciente VIH positivo, en hogar de corresidentes. Empleado. Su pareja se niega a realizarse los estudios para conocer su estado de salud. Viven en un departamento prestado en la casa de los padres de su pareja. Es apoyado por su mamá. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Tuvo incapacidad pero su patrón le pago su sueldo completo. Su pareja invirtió sus ahorros en su negocio, por lo que en la segunda medición tenían mayores ingresos y mejor nivel de vida. No tiene gasto en salud en ambas mediciones. No obstante, cuando se incluyen los gastos en salud de la pareja, en la primera medición es de 9.3% del gasto disponible del hogar. En su familia de origen algunos saben de su enfermedad y otros no.

Hogar 11. Paciente con SIDA, en hogar extenso con familia de origen. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado, con incapacidad. Gasto parte de sus ahorros (\$20,000 pesos) para el diagnóstico de su enfermedad antes de la primera entrevista. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Invirtió la mitad de sus ahorros en la construcción de una casa en un terreno que tenía. Cuando se incluyen los gastos en salud de la familia, en la primera medición, es de 1% del gasto disponible del hogar. Su familia de origen sabe de su enfermedad.

Hogar 12. VIH positiva, esposo con SIDA. Comerciante informal. Ella desconocía su estado de riesgo hasta que su esposo se enfermó. Hogar extenso dos hijos pequeños y la mamá de su esposo. La paciente no trabaja en la primera medición, pero el esposo la abandona y ella consigue un trabajo para mantener a su familia. Pero el esposo llega a comer a pesar de que no le da gasto, él tiene otra pareja con un hijo pequeño, desconoce estado de seropositividad de la otra pareja e hijo. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Es un hogar pobre en la primera medición. Al incluir los gastos en salud de la familia, en la primera medición, es de 1.7% del gasto disponible del hogar. Su familia de origen desconoce de su infección por el VIH, solo su suegra tiene conocimiento.

Hogar 13. Paciente con SIDA. Hogar nuclear, familia de origen (mamá y hermana). Pareja e hijo de 4 años son seronegativos, su esposa se separó de él por su enfermedad, ya que presentó secuelas neurológicas. Profesionista. Con incapacidad por enfermedad. Tuvo gasto de bolsillo en salud de \$10,768 pesos, antes de acudir al IMSS. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 2% del gasto disponible del hogar en la primera y en la segunda medición. Su familia de origen tiene conocimiento de su enfermedad.†

Hogar 14. Paciente VIH positivo. Empleado. Hogar nuclear, familia de origen (el paciente y su mamá). No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 0.9% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Nadie de su familia conoce de su enfermedad.

Hogar 15. Paciente con SIDA con secuelas neurológicas. Comercio informal. Esposa seropositiva a VIH. Familia compuesta. Ambos esposos trabajaban en tianguis, pero debido a la enfermedad dejaron de trabajar y vendieron su carro. Es apoyado por sus hijos, uno que vive en fuera del país pidió prestado dinero (mil dólares) para la atención de sus padres. Invirtieron en su vivienda actual y en muebles. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 4.1% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 0.2% en la segunda medición. Solo su familia actual conoce de su enfermedad.

Hogar 16. Paciente con SIDA, pareja infectada y ya falleció. Empleado. Hogar extenso, familia de origen. Paciente antes de acudir al IMSS ya había tenido gasto de bolsillo en salud (\$11,229 pesos). Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 0.9% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 0.6% en la segunda medición. Se atiende en Hospital Oftalmológico (SS) por retinitis debida a citomegalovirus. Es apoyado principalmente por su mamá que lo acompaña a las consultas. Su familia actual tiene conocimiento de su enfermedad.

Hogar 17. Paciente VIH positivo. Profesionista. Hogar de corresidentes. Su pareja es seropositiva a VIH y se atiende en el ISSSTE. El paciente perdió su empleo y

esperaba su finiquito. Antes de acudir al IMSS gasto en salud \$4,000 pesos. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 3.1% del gasto disponible del hogar en la primera medición; y cuando se agrega el de su pareja aumenta a 4%. Paga su seguro social. Sus familias de origen tienen conocimiento de su enfermedad.

Hogar 18. Paciente con SIDA. Hogar extenso, familia de origen. Su pareja estaba infectada y falleció. Tiene 3 hijos menores de edad. Empleada e incapacitada debido a su enfermedad. Tuvo gasto de bolsillo antes de acudir al IMSS (\$1,500 pesos). No tiene gasto de bolsillo en salud, en la paciente, en ambas mediciones. Su papá pidió un préstamo en su trabajo para sufragar los gastos del hogar. Es apoyada por sus padres que conocen de su enfermedad.

Hogar 19. Paciente VIH positivo. Empleado. Hogar de corresidentes. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 2.8% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Cuando se incluyó el gasto en salud de su pareja (seropositivo, sin empleo ni seguridad social) tuvo gastos de bolsillo (\$6,000 pesos) antes de acudir al IMSS y gasto catastrófico en la primera y segunda medición (0.58 y 0.46). Algunos de sus familiares conocen de su enfermedad.

Hogar 20. Paciente VIH positivo. Hogar compuesto, se integró a una familia extensa desde hace 9 años. Pareja seronegativa. Empleado. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 1.3% del gasto disponible del hogar en la segunda medición. Es apoyado por su patrón; sin embargo, solicitó un préstamo. Solo algunos de sus familiares saben de su enfermedad.

Hogar 21. Paciente VIH positivo. Profesionista. Hogar nuclear, familia de origen (madre y hermano). Profesionista. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Antes de acudir al IMSS tuvo gasto de bolsillo en salud (\$1,125 pesos). No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Cuando se incluyen los gastos en salud de la familia, en la primera medición, es de 3% del gasto disponible del hogar. Él es el principal sustento de su familia. Su familia está enterada de su enfermedad y lo apoya.

Hogar 22. Paciente con SIDA. Hogar nuclear, familia de origen (padres y hermanos). Profesionista. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 9% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 12.5% en la segunda medición, por lo que en la segunda medición tuvo gasto catastrófico en salud (0.4). A pesar de que recibió apoyo de sus padres, para su atención particular, tuvo que financiarse con su tarjeta de crédito. Su familia conoce de su enfermedad.

Hogar 23. Paciente con SIDA. Empleado. Hogar de corresidentes. Pareja actual seronegativa, la anterior era positiva. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 1% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 0.4%

en la segunda medición. Algunos de sus familiares tienen conocimiento de su enfermedad.

Hogar 24. Paciente con SIDA. Empleado. Hogar nuclear, familia de elección (el paciente y su esposa). Esposa es seronegativa, está enterada de la enfermedad de su esposo y desea tener un hijo. Antes de acudir al IMSS tuvieron gastos en salud. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 20.8% del gasto disponible del hogar en la primera medición, por lo que tuvieron gastos catastróficos (1.1) y su hogar se empobreció. Gastaron parte de sus ahorros en un viaje. En la segunda medición, el paciente es apoyado por su papá que le donó una tienda para su subsistencia. Sus familias de origen conocen de la enfermedad del paciente.

Hogar 25. Paciente con SIDA. Empleado. Hogar compuesto. Se separó de su esposa. Se unió junto con su hijo de 8 años a otra pareja con tres hijos. Posteriormente su hijo regresa con su mamá. Desconoce el estado de seropositividad de sus parejas. Antes de acudir al IMSS gasto \$400 pesos en un curandero. En la primera medición gasto en medicina naturista y acupuntura, y con médico particular. Y tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 28.4% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Es un hogar pobre y con gasto catastrófico en salud en la primera medición. Su pareja actual no trabajaba en la primera medición y ya tenía un trabajo en la segunda medición. Tuvo pérdida monetaria de \$3,200 pesos, debido a que le recogieron enseres domésticos que no logró pagar. El hogar es apoyado por los padres de su actual pareja. Su familia actual conoce de su enfermedad.

Hogar 26. Paciente con SIDA y síndrome de Down. Hogar nuclear (padres y hermanos), paciente trabaja de lavaplatos en un restaurante. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Al incluir los gastos en salud de la familia, en la primera medición, es de 0.2% del gasto disponible del hogar y de 5.2% en la segunda medición. Su familia lo apoya. Padre jubilado y tiene gastos en un problema legal no especificado.

Hogar 27. Paciente con SIDA. Empleado. Familia nuclear (esposa y dos hijos). Esposa e hijo pequeño seronegativos. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 4% del gasto disponible del hogar en la primera y segunda medición. Su esposa conoce de su diagnóstico, preocupada por la condición de su esposo. Al paciente no se le prescribió tratamiento antirretroviral.†

Hogar 28. Paciente con SIDA. Hogar nuclear. Esposa e hijo de un año de edad son seronegativos. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 22% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Con incapacidad por enfermedad, es apoyado de los familiares y conocidos de su esposa, con alimentos y ropa para su bebé. Es un hogar pobre en la primera medición. Tiene

gasto catastrófico en la primera medición (1.14). Sus familiares conocen de su enfermedad. El paciente tiene un ingreso extra debido a que ayuda como cargador en un tianguis cerca de su casa. Paciente que se evaluó al año, debido a que no se podía localizar.

Hogar 29. Paciente con SIDA. Hogar compuesto (hermana con sus tres hijos). No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Empleado. No tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, en ambas mediciones. Cuando se toma en cuenta los gastos de salud de la familia, son de 2.8% del gasto disponible del hogar en la primera medición y de 1% en la segunda medición. Nadie de su familia conoce de su enfermedad.

Paciente 30. Paciente con SIDA. Hogar Nuclear (dos hijos jóvenes). Empleada pero sin trabajo en la segunda medición. Pareja seronegativa. Hija entra a trabajar después de la primera medición. Tiene gasto catastrófico en la segunda medición (0.54). Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 8.2% y del 27.5% del gasto disponible del hogar en la primera medición y segunda medición, respectivamente. Su familia actual conoce de su enfermedad y la apoyan, así como su hermana que la apoya económicamente.

Paciente 31. Paciente con SIDA. Familia de origen, hogar extenso (mamá, hermana con dos hijos). Profesionista. No tiene una pareja fija por lo que desconoce el estado de sus parejas. Tiene gasto de bolsillo en salud, en el paciente, del 1% del gasto disponible del hogar en la primera medición. Su familia actual conoce de su enfermedad.

CONCLUSIONES

Tratar el aspecto monetario en cualquier situación siempre trae desconfianza de las personas. La mayoría de las veces se refieren menores ingresos o ganancias, cuando se trata de pagar o comprar un servicio, con la finalidad de obtener un mayor beneficio. El estigma que conlleva el ser VIH positivo o tener SIDA torna a los pacientes recelosos de las personas de su entorno. Por lo que al inquirir sobre aspectos personales y económicos origina desconfianza de los pacientes y torna difícil su participación en este tipo de estudios.

Se considera que los pacientes derechohabientes del IMSS no tienen gastos de bolsillo, debido a que la institución fomenta la salud de sus derechohabientes a través de la provisión de servicios preventivos y curativos (vacunación, consultas generales y de diversas especialidades, medicamentos, estudios paraclínicos, hospitalización, etc.). Sin embargo, en esta muestra a 13 pacientes (42%) se les realizó el diagnóstico fuera de la institución.

No todos los pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa de las clínicas de VIH/SIDA son casos incidentes y los motivos encontrados fueron: i) debido a que presentan morbilidades definitorias de SIDA (neoplasias) son atendidos y diagnosticados por primera vez en hospitales de tercer nivel; ii) por presentar problemas neurológicos agudos, definitorios de SIDA, acuden a los servicios de urgencias de los hospitales de segundo nivel donde son diagnosticados; iii) tienen enfermedades de estadios clínicos de la categoría B, por lo que acuden a los diversos servicios médicos en busca de un diagnóstico y tratamiento; y iv) conocen su estado de riesgo y acuden a CONASIDA o con médico particular.

Los pacientes que buscan la atención de su padecimiento fuera de la institución, cuando se les realiza o confirma el diagnóstico de VIH/SIDA, buscan los servicios del IMSS al enterarse de los altos costos del tratamiento farmacológico, de los estudios paraclínicos y de la hospitalización.

En este estudio, en todas las mediciones, solo un hogar no tuvo gasto de bolsillo en salud, en 5 hogares no se gastó en este rubro en los pacientes y en 3 hogares se gastó en este rubro en los pacientes. El 77% (24) pacientes, en algún momento durante las mediciones realizadas, tienen gasto de bolsillo en la atención de su enfermedad.

En la primera medición –cuando solo se toman en cuenta los gastos de bolsillo en salud de los pacientes– se apreciaron tres hogares pobres y tres con gastos catastróficos en salud.

El primer hogar pobre está conformado por la paciente que es VIH positiva, su esposo con SIDA, dos hijos y la mamá del esposo; él con incapacidad por las secuelas neurológicas y con un ingreso mensual de mil pesos; la paciente es abandonada por su esposo y entra al mercado laboral informal. El segundo hogar pobre, es de un paciente con diagnóstico de SIDA, separado de su esposa, se queda con su hijo y forma una familia compuesta con otra pareja con tres hijos, recibe el apoyo de su mamá y de los padres de la actual pareja. Y el tercer hogar pobre es una familia nuclear –paciente con diagnóstico de SIDA, su esposa y su hijo menor de edad–, donde el único que trabaja es el paciente. De los hogares pobres, el segundo y tercer hogar tuvieron gastos catastróficos en salud en la primera medición. Y un hogar no pobre tuvo gasto catastrófico en salud y se tornó pobre; en este hogar el paciente tiene diagnóstico de SIDA y su esposa es seronegativa, sin hijos, él es apoyado por sus padres, debido a que le proporcionaron una tienda de abarrotes para su manutención.

Cuando se toman en cuenta los gastos de bolsillo en salud del hogar –paciente y familiares– otros dos hogares tienen gastos catastróficos. En un hogar el paciente es soltero y trabajaba fuera del DF, es VIH positivo por lo que decide regresar con su familia de origen, donde lo apoyan su mamá y un hermano; el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago cuando solo se consideró al paciente fue de 0.34 y aumentó a 0.4 cuando se agregó el gasto de bolsillo en salud del familiar. En el otro hogar el paciente es VIH positivo, pero tiene los mayores gastos en salud en su pareja que no es derechohabiente del IMSS y también es VIH positivo; acuden a un lugar de religiosas donde los apoyan con medicamentos y mercancía para vender, no tienen ninguna ayuda de familiares; el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago cuando solo se considera al paciente fue de 0.12 y aumentó a 0.58 cuando se agregó el gasto de bolsillo en salud del familiar.

En la segunda medición –solo se tomaron en cuenta los gastos de bolsillo en salud de los pacientes– se observó un hogar pobre y dos hogares con gastos catastróficos en salud, diferentes a los de la primera medición.

Los hogares con gasto catastrófico en salud: en el primero el paciente tiene diagnóstico de SIDA, vive con su familia de origen, hogar nuclear; acudió en su inicio a servicios médicos particulares, a pesar de que recibió el apoyo de sus padres se quedó con una deuda que es la que continuaba pagando, el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago fue de 0.4. El segundo hogar es nuclear, donde la paciente tiene SIDA, el esposo es seronegativo y tienen dos hijos; gastaron sus ahorros en atención médica particular y la paciente dejó de trabajar, el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago fue de 0.54.

Al tomar en cuenta los gastos de bolsillo en salud de los familiares, se agregan otros dos hogares con gasto catastrófico en salud. Cabe mencionar que en estos hogares los pacientes no tuvieron gasto de bolsillo en salud. Uno de los hogares, ya referido previamente, el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago fue de 0.46 (previamente de 0.58). Y el otro es el hogar pobre, en la segunda medición, la paciente con diagnóstico de SIDA y el esposo falleció por SIDA; los gastos en salud fueron debido a que su nieto presentó un cuadro de apendicitis y fue operado en un hospital del Departamento del Distrito Federal, aunque fueron apoyados monetariamente por los familiares de su yerno, pidieron un préstamo a familiares para terminar de pagar; y el gasto de bolsillo en salud como proporción de la capacidad de pago fue de 3.56.

Los pacientes si tienen gasto de bolsillo en salud a pesar de tener seguridad social. En este estudio se encontró que los pacientes gastan –consultas médicas y estudios de laboratorio– en la búsqueda del diagnóstico de su padecimiento, en obtener una segunda opinión médica y una vez dentro de la institución en realizarse estudios paraclínicos para agilizar la toma de la decisión médica de un tratamiento oportuno.

En los hogares con gastos catastróficos en salud los pacientes tienen diagnóstico de SIDA. Aunque en los hogares extensos, compuestos o de corresidentes, donde algunos integrantes no tienen seguridad social, una enfermedad aguda o crónica puede ocasionar gastos catastróficos y tornar el empobrecimiento del hogar.

Sin importar su condición, VIH positivo o SIDA, los pacientes continúan invirtiendo en vivienda y bienes duraderos.

Tres pacientes gastaron todo su ahorro en: inversión en vivienda, atención médica y suplementos alimenticios, y gastos del hogar. Cinco pacientes disminuyeron su ahorro debido a: pago de vacaciones (2) y paquete de fiestas, inversión en compra de departamento y pago de tarjeta de crédito, en construcción de vivienda, y gastos en el hogar.

Los miembros de los hogares se endeudan en artículos y servicios de cultura, esparcimiento y recreación (2); comunicaciones; en adquisición de vivienda (2); en enseres domésticos (3); en artículos para el cuidado personal (1); ropa, calzado y accesorios (5); y en atención a la salud (2).

Al comparar el salario previo y el de la primera entrevista se apreció que previó a las entrevistas, no trabajaba un paciente y en la primera medición se aumentó a tres pacientes que no trabajaban y una disminución del ingreso en siete hogares, observándose una diferencia significativa ($p = 0.04$). Cuando se calcularon las medidas de desigualdad para datos no agrupados con los salarios de los pacientes, se estimó un aumento creciente de la desigualdad, siendo más observable con el

índice de Gini. Situación que no se apreció al considerar al hogar como unidad de estudio.

El ingreso de dos pacientes no disminuyó en este estudio debido a que sus patrones conocían su diagnóstico y los apoyaban. Sin embargo, no es posible determinar cuánto tiempo puedan tener esta ayuda, cuando la mayoría de los pacientes que tienen un empleo tratan de mantener en secreto el diagnóstico de su enfermedad, para evitar actitudes de rechazo y discriminación.

En esta muestra en 5 hogares las mujeres continúan a desconocer su estado de seropositividad hasta que sus esposos se enferman y se les diagnostica seropositividad para el VIH o SIDA. En un hogar el esposo es seropositivo al VIH sin manifestaciones clínicas y a la paciente se le diagnostica SIDA cuando presenta manifestaciones neurológicas como manifestación de la enfermedad. En 2 hogares la pareja falleció por SIDA y a las pacientes se les diagnostica con SIDA. Y en los otros 2 hogares los pacientes tienen diagnóstico de SIDA y sus esposas son positivas al VIH.

Siete de los hogares tenían hijos en edad infantil, todos eran seronegativos al VIH. En 3 hogares los niños eran huérfanos de padre y las madres, una tiene SIDA y dos son seronegativas. En dos hogares con hijos menores de 1 año, los padres uno es VIH positivo y el otro con SIDA, con esposas seronegativas al VIH. Un hogar donde el esposo tiene SIDA y abandona a su esposa –seropositiva al VIH– y a sus dos hijos. El otro hogar el paciente tiene diagnóstico de SIDA, desconoce estado de seropositividad al VIH de la esposa, debido a que esta separado de ella y de su hijo.

Cuatro hogares tienen hijos adolescentes y mayores de edad, los pacientes tienen diagnóstico de SIDA; sus parejas son seropositivas al VIH (2), uno con SIDA (fallecido) y la otra es seronegativa al VIH.

Debido a que no fue un objetivo del estudio y al corto período de evaluación se desconoce el efecto social y psicológico del VIH/SIDA en los hijos de los pacientes.

Cuatro hogares se desintegraron posterior al conocimiento del diagnóstico de VIH/SIDA de la pareja. El 42% de los pacientes mantienen en secreto su diagnóstico, en 6 hogares ninguno de los familiares conocía su diagnóstico y en 7 hogares eligieron a algunos familiares para informales de su enfermedad.

El rol de proveedor se modificó en tres hogares, en dos hogares las esposas entran al mercado laboral –una seropositiva al VIH o otra con SIDA– y en otro la hija mayor de edad.

En este estudio al igual que en otros realizados sobre el apoyo social y económico proporcionado a los pacientes con VIH/SIDA, se encontró que la familia de origen es la que procura el apoyo al paciente, siendo más frecuentemente dado por las madres y hermanas, y menor por amigos y compañeros de trabajo.

Otro punto importante es que el 32% de los pacientes son profesionistas y de éstos el 60% tienen diagnóstico de SIDA. Al compararlos con el grupo que no es profesionista no se apreció una diferencia significativa.

Las limitaciones del estudio son: 1) la muestra no fue probabilística debido a que es un estudio exploratorio y solo se realizó en pacientes derechohabientes del IMSS, lo que impide la generalización de sus resultados a otras instituciones de salud; 2) el tamaño de la muestra fue pequeña y heterogénea, lo que no permitió un mayor análisis estadístico; 3) el corto período de seguimiento; y 4) la poca disponibilidad de los pacientes a participar en este tipo de estudio.

Es trascendental promover a nivel nacional campañas permanentes, informativas y educativas, sobre las acciones de prevención de la infección por el VIH/SIDA. Y que éstas tengan una amplia difusión a través de los diferentes medios electrónicos (radio, televisión, redes sociales, etc.) e impresos (periódicos, revistas, folletos, etc.) para que lleguen a todos los niveles sociales y económicos. Así como la evaluación periódica de estas campañas.

Es importante impulsar la creación de programas de atención médica integral para los pacientes, debido a que el manejo solo se enfoca a recuperar o mantener el bienestar físico, excluyendo los aspectos psicológico, social y familiar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sepkowitz K. AIDS – The first 20 years. *N Engl J Med* 2001; 344 (23):1764-72.
2. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=hiv> Acceso 30 Octubre de 2012.
3. Hsiung G.D. Perspectives on Retroviruses and the Etiologic Agent of AIDS. *The Yale Journal of Biology and Medicine* 1987. 60: 505 - 514.
4. Fauci AS, Clifford LH. Enfermedad por el virus de la inmunodeficiencia humana: sida y trastornos relacionados. In: Longo, Kasper, Jameson, Fauci, Hauser and Loscalzo, editors. *Principios de Medicina Interna*. Harrison 18a Ed. New York; the McGraw-Hill Companies, Inc.; 2012. p: 1506 - 1587.
5. Hardy WD. The human immunodeficiency virus. *Med Clin North Am* 1996; 80(6):1239-61.
6. Velasco AM, Lazcano AA. Origen y evolución del VIH. Córdoba, Ponce de León y Valdespino Editores. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Segunda edición. México. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Censida. 2009. p 123 – 135. http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA_25_axos-26mar.pdf. Acceso enero 2014.
7. Soto LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Rev Invest Clín* 2004; Vol. 56(2): 143-152.
8. Izazola JA. El impacto y los costos del VIH/SIDA. SIDALAC y COMEDICA.
9. Soto LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. *Rev Invest Clín* 2004; Vol. 56(2): 143-152.
10. World Health Organization (WHO). WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. Geneva, Switzerland: WHO Press; 2007. Disponible en <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hivstaging/en/index.html>. Acceso diciembre 2013.
11. Centers for Disease Control and Prevention. Division of HIV/AIDS Prevention, National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention. Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents, and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years - United States, 2008. *MMWR* December 5, 2008 / 57(RR10);1-8. Disponible en http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm?s_cid=rr5710a1_e#top. Acceso diciembre 2013.
12. Piot P, Quinn T. Response to the AIDS Pandemic — A Global Health Model. *N Engl J Med* 2013; 368: 2210-8.
13. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm. Acceso 17 septiembre 2012.

-
14. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities. WHO report in partnership with UNICEF and UNAIDS. June 2013. <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications/> Acceso enero 2014.
 15. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. “UNAIDS / JC2502/1/E”- Revised and reissued, November 2013. <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourepidemic/epidemiologypublications/> Acceso enero 2014.
 16. THE GAP REPORT. UNAIDS. September 2014. http://www.unaids.org/es/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report. Acceso 6 noviembre 2014.
 17. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm. Acceso 17 septiembre 2012.
 18. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA | 2011. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf. Acceso 17 septiembre 2012.
 19. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_es.htm Acceso 17 septiembre 2012.
 20. Magis RC, Hernández AM. Epidemiología del SIDA en México. Córdova, Ponce de León y Valdespino Editores. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Segunda edición. México. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública y Censida. 2009. p 101 – 120. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/SIDA25axos-26mar.pdf> Acceso enero 2014.
 21. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 30 de junio de 2014 (CENSIDA). http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologia/RN_2do_trim_2014_2.pdf. Acceso 6 noviembre 2014.
 22. Informe Nacional de Avances en la Lucha Contra el SIDA. México 2012. Periodo reportado: Enero 2010-Diciembre 2011. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/prevencion/informe_narrativo2012.pdf Acceso marzo 2013.
 23. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de septiembre de 2013. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA). http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/epidemiologi/RN_3er_tri_2013_v3.pdf Acceso 26 de febrero 2014.
 24. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al 30 de Junio del 2012. (CENSIDA) http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2012/sida_vih30junio2012pub2.pdf. Acceso marzo 2013.

-
25. Gutiérrez JP, López JL, Valencia A, Pesqueira E, Ponce de León S, Bertozzi S. Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada?. *Rev Invest Clín* 2004; 56(2): 242-252.
 26. Vazquez-Martínez JL, Mercadillo-Pérez MG, Celis-Quintal JG. Mortalidad por VIH/SIDA en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (1): 109-115.
 27. Aracena-Genao B, Oaxaca-Navarro J, Lamadrid-Figueroa H, Forsythe S, Trejo-Valdivia B. Costs and benefits of HAART for patients with HIV in a public hospital in Mexico. *AIDS* 2008, 22 (suppl 1): S141–S148.
 28. Beaulaurier R, Craig S, De La Rosa M. Older Latina Women and HIV/AIDS: An Examination of Sexuality and Culture as they Relate to Risk and Protective Factors. *J Gerontol Soc Work*. 2009; 52(1): 48–63.
 29. Bor R, Millert R, Goldrnan E. HIV/AIDS and the family: a review of research in the first decade. *J Fam Therapy* 1993; 15: 187-204.
 30. Rotherman-Borus MJ, Flammery D, Rice E, Lester P. Families living with HIV. *AIDS Care*. 2005; 17(8): 978-87.
 31. Williams E, Berrien V, Trubey P. The family with AIDS: multiple challenges for caregivers. *Am J Hosp Palliat Care* 1997; 14(6): 293-9.
 32. Schuster MA, Kanouse DE, Morton SC, Bozzete SA, Miu A, Scott GB and et al. HIV-Infected Parents and Their Children in the United States. *Am J Public Health* 2000; 90(7): 1074-1081.
 33. Rotheram-Borus MJ, Lee MB, Gwadz M, Draitmin B. An Intervention for Parents With AIDS and Their Adolescent Children. *Am J Public Health* 2001; 91 (8): 1294-1302.
 34. Tolle MA. A package of primary health care services for comprehensive family-centred HIV/AIDS care and treatment programs in low-income settings. *Trop Med Int Health*. 2009. 14(6): 663-672.
 35. Lynn SB. Children and AIDS. Edited by Stuber ML. American Psychiatric Press Inc. Washington DC, 1992. Pág.: 147.
 36. Wiener L, Septimus A. Psychosocial support for child and family. *Pediatrics AIDS. The challenge of HIV infection in infants, children and adolescents*. Cap. 43. Edited by Pizzo Ph and Wilfert C. 2ª. Edition. Baltimore, 1994. Págs.: 809-962.
 37. Li I, Wu Z, Wu S, Jia M, Lieber E, Lu Y. HIV-related stigma is associated with bringing shame to the family, losing family "face," and damaging within-family relations and broader family social networks. *Fam Syst Health*. 2008; 26(4): 431-442.
 38. Kadushin G. Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV/AIDS. *Health Soc Work*. 1999; 24(3): 198-209.
 39. Makoae MG, Jubber K. Confidentiality or continuity? Family caregivers' experiences with care for HIV/AIDS patients in home-based care in Lesotho. *J*

Social Aspects of HIV/AIDS 2008; 5(1): 36 - 46.

40. Smith MY, Rapkin BD. Social support and barriers to family involvement in caregiving for persons with AIDS: implications for patient education. *Patient Educ Couns.* 1996; 27(1): 85-94.

41. Turner HA, Hays RB, Coates TJ. Determinants of social support among gay men: the context of AIDS. *J Health Soc Behav.* 1993; 34(1): 37-53.

42. van Empelen P (2005) What is the impact of HIV on families? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; <http://www.euro.who.int/Document/E87762.pdf>, accessed 01 December 2005.

43. Murphy DA, Marelich WD, Dello-Stritto ME, Swendeman D, Witkin A. Mothers living with HIV/AIDS: mental, physical, and family functioning. *AIDS Care.* 2002; 14(5): 633-44.

44. Kipp W, Tindyebwa D, Rubaale T, Karamagi E, Bajenia E. Family caregivers in rural Uganda: the hidden reality. *Health Care Women Int.* 2007; 28(10): 856-71.

45. Heuveline P. Impact of the HIV epidemic on population and household structure: the dynamics and evidence to date. *AIDS* 2004, 18(suppl 2): S45–S53.

46. Urassa M, Boerma JT, Isingo R, Ngalula J, Ng'weshemi J, Mwaluko G, Zaba B. The impact of HIV/AIDS on mortality and household mobility in rural Tanzania. *AIDS* 2001, 15: 2017-2023.

47. Castro R, Eroza E, Orozco M, Manca MC, Hernández JJ. Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. *Salud Pública Méx* 1997; 39(1): 32-43.

48. García MS, Valdespino JS, Palacios M, Izazola JA, Sepúlveda J. Educación del personal de salud de México sobre el SIDA. *Bol Oficina Sanit Panam* 1994; 117(3): 213 -219.

49. Russell S. Illuminating cases: understanding the economic burden of illness through case study household research. <http://heapol.oxfordjournals.org> by on June 18, 2010.

50. Thi Thuan, Lofgren, Thi Chuc, Janlert, Lindholm. Household out-of-pocket payments for illness: Evidence from Vietnam. *BMC Public Health* 2006, 6: 283. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/283/prepub>.

51. Lopez-Bastida J, Oliva-Moreno J, Perestelo-Perez L, Serrano-Aguilar P. The economic costs and health-related quality of life of people with HIV/AIDS in the Canary Islands, Spain. *BMC Health Services Research* 2009; 9: 55. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/55>.

52. Farnham PG, Gopalappa Ch, Sansom SL, Hutchinson AB, Brooks JT, WeidlePJ, Marconi VC, Rimland D. Updates of Lifetime Costs of Care and Quality-of-Life Estimates for HIV-Infected Persons in the United States: Late Versus Early Diagnosis and Entry Into Care. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2013; 64, (2): 183-189.

-
53. Hellinger FJ. The lifetime cost of treating a person with HIV. *JAMA* 1993; 270: 474-8.
54. Moore RD, Chaisson RE. Costs to Medicaid of advancing immunosuppression in an urban HIV-infected patient population in Maryland. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1997;14: 223-31.
55. Tapia CR, Sepúlveda J, De la Rosa MB, Revuelta HA. Los costos directos del tratamiento del SIDA en México. *Salud Pública Méx* 1992; 34: 371-377.
56. Rusell S. The economic burden of illness for households in developing countries: a review of studies focusing on malaria, tuberculosis, and human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. *Am J Trop Med Hyg.* 2004; 71(suppl 2): 147-155.
57. Gotsadze G, Zoidze A, Rukhadze N. Household catastrophic health expenditure: evidence from Georgia and its policy implications. *BMC Health Services Research* 2009, 9: 69. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/69/prepub>.
58. Ji G, Li L, Linb Ch, Sun S. The impact of HIV/AIDS on families and children - a study in China. *AIDS* 2007, 21 (suppl 8): S157–S161.
59. Alkenbrack Batteh SE, Forsytheb S, Martind G, Chettrae T. Confirming the impact of HIV/AIDS epidemics on household vulnerability in Asia: the case of Cambodia. *AIDS* 2008, 22 (suppl 1): S103–S111.
60. Oluwagbemiga AE. HIV/AIDS and family support systems: A situation analysis of people living with HIV/AIDS in Lagos State. *SAHARA J.* 2007; 4(3): 668-77.
61. Mahal A, Canning D, Odumosu K, Okonkwo P. Assessing the economic impact of HIV/AIDS on Nigerian households: a propensity score matching approach. *AIDS* 2008; 22 (suppl 1): S95 – S101.
62. Parker D, Jacobsen KH, Komwa MK. A Qualitative Study of the Impact of HIV/AIDS on Agricultural Households in Southeastern Uganda. *Int J Environ Res Public Health.* 2009; 6(8): 2113–2138. (<http://www.mdpi.com/1660-4601/6/8/2113>).
63. Ngalula J, Urassa M, Mwaluko G, Isingo R, Boerma T. Health service use and household expenditure during terminal illness due to AIDS in rural Tanzania. *Tropical Medicine and International Health* 2002; 7(10): 873–877.
64. Bachmann MO, Booyesen F. Health and economic impact of HIV/AIDS on South African households: a cohort study. *BMC Public Health* 2003; 3: 14. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/3/14>.
65. Kikumbih SN, Isingo R, Boerma JT. Consequences of adult HIV infection for outpatient morbidity and treatment costs: a prospective study in a factory clinic in Tanzania. *Health Policy and Planning* 1997; 12(3): 234-339.
66. Sadoh WE, Oviawe O. The economic burden to families of HIV and HIV/tuberculosis coinfection in a subsidized HIV treatment program. *J Natl Med*

Assoc. 2007; 99 (6): 627-31. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2574370/?page=1>.

67. Bowie RD, Tobias MI, Williams T. The private cost of HIV/SIDA. *N Z Med J* 1996; 109: 51-4.

68. Ward D, Brown MA. Labor and cost in AIDS family caregiving. *West J Nurs Res* 1994; 16(1): 10-25.

69. Kohli R, Purohit V, Karve L, Bhalerao V, Karvande S, et al. (2012) Caring for Caregivers of People Living with HIV in the Family: A Response to the HIV Pandemic from Two Urban Slum Communities in Pune, India. *PLoS ONE* 7(9): e44989. doi:10.1371/journal.pone.0044989. www.plosone.org.

70. Laursen E, Larsen L. Socio-economic status of AIDS patients. *Scand J Soc Med* 1995; 23(3): 189-192.

71. Collins D, Leibbrandt M. The financial impact of HIV/AIDS on poor households in South Africa. *AIDS* 2007; 21 (suppl 7): S75–S81.

72. Wonnacott. *Economía*. Mc Graw Hill/Interamericana de México, 3ª. Edición. 1990. P.126, 130,181.

73. INEGI-98. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares. Documento metodológico. <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/biblioteca/detalle.aspx?c=10754&upc=702825000092&s=est&tg=0&f=2&pf=encl>.

74. Xu K, Aguilar AM, Carrin G, Evans DB, Hanvoravongchai P, Kawabata K and et. al. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. WHO Geneva, 2005: 1-9.

75. Síntesis Ejecutiva. Hogares con Gastos Catastróficos por Motivos de Salud. México 2000. Coordinación General de Planeación Estratégica. Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño. Autores: M. en C. Sergio Sesma Vázquez, M. en C. María Fernanda Merino Juárez, C.P. Roberto Martínez Martínez. <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/publicaciones/gastoscatastroficos.pdf>

76. Michel Parkin. *Microeconomía*. Addison Wesley Longman de México. Primera reimpresión, 1998. Pág. 462.

77. *Dictionary of Antropology*, Charles Winick. Ed. A Littlefield. Adams 1975. Totowa, New Jersey. 13ava reprint.

78. *Dictionary of the Social Sciences*. 3ra reprint. Ed. Julius Goned and William L. Kolb. 1965. Family.pag 257-260.

79. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012. http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/ENIGH/ENIGH2012/702825050658.pdf.

80. Olson D, Sprenkle D, Russell C. Circumplex Model of Marital and Family Systems: I. Cohesion and Adaptability Dimensions, Family Types, and Clinical Applications. *Fam. Proc.* 1979; 18(1): 1-27

-
81. Horwitz N, Florenzano R, Ringeling I. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Bol Of Sanit Panam 1985; 98 (2): 144-154.
82. Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-295.
83. Bellón, J. A., Delgado, A., De Dios, J. & Lardelli, P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Atención Primaria 1996; 18(6): 153-163.
84. Piña J, Rivera M. Validación del cuestionario de apoyo social funcional en personas seropositivas al VIH del noroeste de México. Ciencia y Enfermería XIII, 2007; (2): 53-63.
- 85 . <http://www.imss.gob.mx> acceso 6 noviembre 2014.
86. Soto LE. Mecanismos patogénicos de la infección por VIH. Rev Invest Clín 2004; Vol. 56(2): 143-152.
87. Cortés Fernando, Rubalcava RM. Técnica estadísticas para el estudio de la desigualdad social. El Colegio de México. 2ª. Edición 1984. México.
88. <http://www.inegi.org.mx/sistemas/indiceprecios/CalculadoraInflacion.aspx>. Acceso agosto 2014.

ANEXO A

Estadificación clínica de la OMS de la infección por el VIH/SIDA en adultos y adolescentes con infección por el VIH confirmada.

Estadio Clínico 1

- Asintomático
 - Linfadenopatía persistente generalizada
-

Estadio Clínico 2

- Pérdida moderada de peso idiopática i (menos del 10% del peso corporal presumido o medido)ii
 - Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media)
 - Herpes zoster
 - Queilitis angular
 - Úlceras orales recurrentes
 - Erupciones papulares pruriginosas
 - Dermatitis seborreica
 - Onicomycosis
-

Estadio Clínico 3

- Pérdida grave de peso idiopática (más del 10% del peso corporal presumido o medido)
 - Diarrea crónica idiopática durante más de un mes
 - Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes)
 - Candidiasis oral persistente
 - Leucoplasia oral vellosa
 - Tuberculosis pulmonar
 - Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia)
 - Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda
 - Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0.5 x 10⁹/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 10⁹/l) idiopática
-

i Idiopática se refiere a la condición que no puede ser explicada por otra causa.

ii En la evaluación del peso en la embarazada se debe considerar la ganancia de peso esperada.

Estadio Clínico 4ⁱ

- Síndrome de consunción por VIH
- Neumonía por *Pneumocystis*
- Neumonía bacteriana grave recurrente
- Infección crónica por herpes simple (oro labial, genital o ano rectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración)
- Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones)
- Tuberculosis extra pulmonar
- Sarcoma de Kaposi
- Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos)
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central
- Encefalopatía por VIH
- Criptococosis extra pulmonar (incluyendo meningitis)
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Criptosporidiasis crónica
- Isosporiasis crónica
- Micosis sistémica (histoplasmosis extra pulmonar, coccidioidomicosis)
- Septicemia recurrente (incluyendo por *Salmonella* no tifoidea)
- Linfoma (cerebral o de células B, no-Hodgkin)
- Carcinoma cervical invasivo
- Leishmaniasis atípica diseminada
- Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH

ⁱ Algunas condiciones específicas adicionales también pueden incluirse en las clasificaciones regionales (como por ejemplo, la reactivación de la tripanosomiasis americana (meningoencefalitis y/o miocarditis) en la Región de las Américas de la OMS y la penicilliosis en Asia).

Condiciones Definitorias de SIDA

1. Infecciones bacterianas, múltiples o recurrentes*
2. Candidiasis de bronquios, tráquea o pulmones
3. Candidiasis del esófago †
4. Cáncer Cervical invasivo§
5. Coccidioidomicosis, diseminada o extra pulmonar
6. Criptococcosis, extra pulmonar
7. Criptosporidiosis, intestinal crónica (>1 mes de duración)
8. Enfermedad por citomegalovirus (excepto el hígado, el bazo o los nodos linfáticos), ataque a la edad >1 mes
9. Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)†
10. Encefalopatía relacionado al VIH
11. Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración) o bronquitis, neumonitis o esofagitis (ataque a la edad >1 mes)
12. Histoplasmosis diseminada o extra pulmonar
13. Isosporiasis crónica intestinal (>1 mes de duración)
14. Sarcoma de Kaposi †
15. Neumonía intersticial linfoide o complejo de hiperplasia linfoide pulmonar *†
16. Linfoma de Burkitt (o termino equivalente)
17. Linfoma inmunoblástico (o termino equivalente)
18. Linfoma primario de cerebro
19. Complejo de Mycobacterium avium o Mycobacterium kansasii, diseminado o extra pulmonar†
20. Mycobacterium tuberculosis de cualquier sitio, pulmonar,†§ diseminado,† o extra pulmonar†
21. Mycobacterium, otras especies o especies no identificadas, diseminada† o extra pulmonar†
22. Neumonía por Pneumocystis jirovecii †
23. Neumonía recurrente†§
24. Leuco encefalopatía progresiva multifocal
25. Septicemia por salmonella, recurrente
26. Toxoplasmosis del cerebro, aparición a la edad >1 mes†
27. Síndrome de desgaste atribuido al VIH

* Solamente entre niños mayores de <13 años de edad. (CDC. 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. MMWR 1994; 43 [No. RR-12].)

† Condiciones que podrían ser diagnosticadas presuntivamente.

§ Solamente entre adultos y adolescentes mayores de <13 años de edad. (CDC. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. MMWR 1992; 41 [No. RR-17].)

Sistema de clasificación revisado en 1993 para la definición de casos de adolescentes y adultos con infección por el VIH y vigilancia extendida de SIDA. ⁴

Categorías Linfocitos T CD4	Categorías clínicas		
	A Asintomática, aguda (primaria) VIH o PGL	B Sintomática, cuadros no A ni C	C Cuadros definitivos de SIDA
>500/ μ l	A1	B1	C1
200 – 499/ μ l	A2	B2	C2
<200/ μ l	A3	B3	C3

PGL= Linfadenopatía generalizada persistente
Fuente: MMWR 42 (no. RR-17), 18 de diciembre de 1992

Categorías Clínicas de Infección por VIH.⁴

Categoría A

Consiste de una o más de las condiciones listadas abajo en un adolescente o adulto (>13 años) con infección por VIH documentada. Las condiciones listadas en las categorías B y C no deben haber ocurrido.

- Infección por VIH asintomática
- Linfadenopatía generalizada persistente
- Infección por VIH aguda (primaria) con acompañamiento de enfermedad o antecedente de infección aguda por VIH.

Categoría B

Consiste de condiciones sintomáticas en un adolescente o adulto con infección por el VIH, los cuales no están incluidos entre las condiciones listadas en las categorías clínicas C y que tiene por lo menos uno de los siguientes criterios: (1) Las condiciones son atribuidas a infección por VIH o son indicativas de un defecto en la inmunidad celular; o (2) las condiciones son consideradas por los médicos a tener un curso clínico o de requerir manejo el cual es complicado por la infección por VIH. Ejemplos incluyen, pero no son limitados, a los siguientes:

- Angiomatosis bacilar
- Candidiasis bucofaríngea
- Candidiasis vulvovaginal; persistente, frecuente o con pobre respuesta a tratamiento.
- Displasia cervical (moderada o severa)/carcinoma cervical in situ
- Enfermedad inflamatoria pélvica, particularmente si es complicada con abscesos tuboováricos
- Herpes zoster con al menos dos distintos episodios, o que afecta a más de un dermatoma

-
- Leucoplasia vellosa bucal
 - Listeriosis
 - Neuropatía periférica
 - Púrpura trombocitopénica idiopática
 - Síntomas constitucionales, tales como fiebre (38.5°C) o diarrea que dura más de un mes

Categoría C

Condiciones listadas en la vigilancia para definición de caso de SIDA.

- Cáncer cervical invasivo*
- Candidiasis bronquial, tráquea o pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Enfermedad por Citomegalovirus (no hepática, esplénica o ganglionar)
- Retinitis por citomegalovirus (con pérdida de la visión)
- Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Criptosporidiosis intestinal crónica (duración > 1 mes)
- Síndrome de desgaste debido a VIH
- Encefalopatía relacionada a VIH
- Herpes simple: úlceras crónicas (>1 mes de duración); o bronquitis, neumonía o esofagitis
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Isosporiasis intestinal crónica (>1 mes de duración)
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva
- Linfoma primario del cerebro
- Linfoma de Burkitt (o término equivalente)
- Complejo de *Mycobacterium avium* o *M. kansasii*, diseminada o extrapulmonar
- *Mycobacterium tuberculosis*, cualquier sitio (pulmonar* o extrapulmonar)
- *Mycobacterium*, otras especies o especies no identificadas, diseminadas o extrapulmonar
- Neumonía recurrente*
- Neumonía por *Pneumocistis jiroveci*
- Septicemia por *Salmonella*, recidivante
- Sarcoma de Kaposi
- Toxoplasmosis del cerebro

* adicionadas en 1993 en extensión a la vigilancia de la definición de caso de SIDA

ANEXO B

Tabla B1. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

Gasto de bolsillo en salud* (oop)	Gasto del consumo de los hogares* (exp)	Gasto en alimentación* (food)	Tamaño del hogar (hhsiz _h)	Proporción de gasto en alimentos del gasto total del hogar foodexp _h = food _h /exp _h	eqsize _h = hhsiz _h ^β β = 0.56
773.47	5,317.59	3,228.99	1	0.61	1.00
144.08	11,103.01	3,169.16	5	0.29	2.46
299.03	15,979.16	1,403.26	1	0.09	1.00
1,383.00	10,586.96	1,251.43	2	0.12	1.47
0.00	9,606.50	1,643.90	3	0.17	1.85
0.00	15,065.65	2,801.81	2	0.19	1.47
459.75	2,793.89	1,441.16	2	0.52	1.47
270.62	3,856.85	1,607.79	1	0.42	1.00
186.89	3,556.48	1,983.22	5	0.56	2.46
0.00	10,103.95	898.67	2	0.09	1.47
0.00	15,421.49	4,658.25	5	0.30	2.46
0.00	3,328.07	1,401.99	6	0.42	2.73
213.69	7,434.40	3,658.12	3	0.49	1.85
73.46	4,982.12	3,121.54	2	0.63	1.47
1,119.04	20,463.74	5,744.03	7	0.28	2.97
218.21	15,299.02	9,455.54	6	0.62	2.73
334.72	8,874.09	1,723.73	2	0.19	1.47
0.00	7,427.58	5,201.87	7	0.70	2.97
157.37	3,296.79	2,268.15	2	0.69	1.47
0.00	9,962.94	3,857.16	8	0.39	3.20
0.00	4,265.92	1,377.85	3	0.32	1.85
1,987.58	11,463.09	8,577.67	5	0.75	2.46
82.05	6,619.42	1,350.58	2	0.20	1.47
1,578.82	3,506.36	2,491.65	2	0.71	1.47
1,993.29	2,461.88	2,567.99	6	1.04	2.73
0.00	14,650.39	8,086.22	6	0.55	2.73
357.52	5,007.26	3,691.52	4	0.74	2.17
1,094.03	2,459.51	1,502.37	3	0.61	1.85
0.00	6,179.23	4,374.40	5	0.71	2.46
2,335.92	21,060.03	5,013.42	4	0.24	2.17
227.51	20,369.92	3,477.82	5	0.17	2.46

* Inflación a julio 2014

Percentil 45 foodexp_h = 0.40

Percentil 55 foodexp_h = 0.50

Tabla B2. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

$eqfood_h =$ foodh /eqsizeh	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$	$exp_h - se_h$	Hogar pobre $poor_h = 1$ si $exp_h < se_h$ $poor_h = 0$ si $exp_h \geq se_h$
3,228.99	5,317.59	1,366.37	3,951.23	0
1,286.83	11,103.01	3,365.04	7,737.97	0
1,403.26	15,979.16	1,366.37	14,612.79	0
848.85	10,586.96	2,014.39	8,572.57	0
888.56	9,606.50	2,527.87	7,078.63	0
1,900.47	15,065.65	2,014.39	13,051.26	0
977.54	2,793.89	2,014.39	779.50	0
1,607.79	3,856.85	1,366.37	2,490.49	0
805.28	3,556.48	3,365.04	191.44	0
609.57	10,103.95	2,014.39	8,089.56	0
1,891.47	15,421.49	3,365.04	12,056.45	0
514.02	3,328.07	3,726.76	-398.69	1
1,977.29	7,434.40	2,527.87	4,906.53	0
2,117.35	4,982.12	2,014.39	2,967.73	0
1,931.80	20,463.74	4,062.77	16,400.98	0
3,466.74	15,299.02	3,726.76	11,572.25	0
1,169.21	8,874.09	2,014.39	6,859.70	0
1,749.46	7,427.58	4,062.77	3,364.81	0
1,538.49	3,296.79	2,014.39	1,282.40	0
1,203.75	9,962.94	4,378.22	5,584.72	0
744.76	4,265.92	2,527.87	1,738.05	0
3,482.94	11,463.09	3,365.04	8,098.05	0
916.10	6,619.42	2,014.39	4,605.02	0
1,690.09	3,506.36	2,014.39	1,491.96	0
941.52	2,461.88	3,726.76	-1,264.88	1
2,964.70	14,650.39	3,726.76	10,923.63	0
1,698.45	5,007.26	2,969.76	2,037.51	0
812.06	2,459.51	2,527.87	-68.36	1
1,776.21	6,179.23	3,365.04	2,814.19	0
2,306.64	21,060.03	2,969.76	18,090.27	0
1,412.16	20,369.92	3,365.04	17,004.88	0

food45 < foodexp < food55 (1,607.79; 514.02; 1977.29)

Gasto per cápita de subsistencia (pl) = promedio de $eqfood_h = 1,366.37$

Tabla B3. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia $se_h = pl * eqsize_h$	Gasto en alimentación (food)	$se_h - food_h$	$se_h < food_h$	Capacidad de pago de los hogares $ctp_h = exp_h - se_h$ si $se_h \leq food_h$
				$se_h > food_h$	Capacidad de pago de los hogares $ctp_h = exp_h - food_h$ si $se_h > food_h$
5,317.59	1,366.37	3,229.0	-1,862.63	$se_h < food_h$	3,951.23
11,103.01	3,365.04	3,169.2	195.88	$se_h > food_h$	7,933.85
15,979.16	1,366.37	1,403.3	-36.89	$se_h < food_h$	14,612.79
10,586.96	2,014.39	1,251.4	762.97	$se_h > food_h$	9,335.54
9,606.50	2,527.87	1,643.9	883.97	$se_h > food_h$	7,962.60
15,065.65	2,014.39	2,801.8	-787.41	$se_h < food_h$	13,051.26
2,793.89	2,014.39	1,441.2	573.23	$se_h > food_h$	1,352.73
3,856.85	1,366.37	1,607.8	-241.43	$se_h < food_h$	2,490.49
3,556.48	3,365.04	1,983.2	1,381.82	$se_h > food_h$	1,573.26
10,103.95	2,014.39	898.7	1,115.72	$se_h > food_h$	9,205.28
15,421.49	3,365.04	4,658.2	-1,293.21	$se_h < food_h$	12,056.45
3,328.07	3,726.76	1,402.0	2,324.77	$se_h > food_h$	1,926.08
7,434.40	2,527.87	3,658.1	-1,130.24	$se_h < food_h$	4,906.53
4,982.12	2,014.39	3,121.5	-1,107.15	$se_h < food_h$	2,967.73
20,463.74	4,062.77	5,744.0	-1,681.26	$se_h < food_h$	16,400.98
15,299.02	3,726.76	9,455.5	-5,728.77	$se_h < food_h$	11,572.25
8,874.09	2,014.39	1,723.7	290.66	$se_h > food_h$	7,150.36
7,427.58	4,062.77	5,201.9	-1,139.10	$se_h < food_h$	3,364.81
3,296.79	2,014.39	2,268.2	-253.76	$se_h < food_h$	1,282.40
9,962.94	4,378.22	3,857.2	521.06	$se_h > food_h$	6,105.78
4,265.92	2,527.87	1,377.9	1,150.02	$se_h > food_h$	2,888.07
11,463.09	3,365.04	8,577.7	-5,212.63	$se_h < food_h$	8,098.05
6,619.42	2,014.39	1,350.6	663.82	$se_h > food_h$	5,268.84
3,506.36	2,014.39	2,491.6	-477.25	$se_h < food_h$	1,491.96
2,461.88	3,726.76	2,568.0	1,158.78	$se_h > food_h$	106.11
14,650.39	3,726.76	8,086.2	-4,359.46	$se_h < food_h$	10,923.63
5,007.26	2,969.76	3,691.5	-721.77	$se_h < food_h$	2,037.51
2,459.51	2,527.87	1,502.4	1,025.50	$se_h > food_h$	957.14
6,179.23	3,365.04	4,374.4	-1,009.36	$se_h < food_h$	2,814.19
21,060.03	2,969.76	5,013.4	-2,043.66	$se_h < food_h$	18,090.27
20,369.92	3,365.04	3,477.8	-112.78	$se_h < food_h$	17,004.88

Tabla B4. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

Gasto de bolsillo en salud (oop)	$oop_{ctph} = oop_h / ctp_h$	catah = 1 si $oop_h / ctp_h \geq 0.4$ catah = 0 si $oop_h / ctp_h < 0.4$	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$
773.47	0.20	0	5,317.59	1,366.37
144.08	0.02	0	11,103.01	3,365.04
299.03	0.02	0	15,979.16	1,366.37
1,383.00	0.15	0	10,586.96	2,014.39
0.00	0.00	0	9,606.50	2,527.87
0.00	0.00	0	15,065.65	2,014.39
459.75	0.34	0	2,793.89	2,014.39
270.62	0.11	0	3,856.85	1,366.37
186.89	0.12	0	3,556.48	3,365.04
0.00	0.00	0	10,103.95	2,014.39
0.00	0.00	0	15,421.49	3,365.04
0.00	0.00	0	3,328.07	3,726.76
213.69	0.04	0	7,434.40	2,527.87
73.46	0.02	0	4,982.12	2,014.39
1,119.04	0.07	0	20,463.74	4,062.77
218.21	0.02	0	15,299.02	3,726.76
334.72	0.05	0	8,874.09	2,014.39
0.00	0.00	0	7,427.58	4,062.77
157.37	0.12	0	3,296.79	2,014.39
0.00	0.00	0	9,962.94	4,378.22
0.00	0.00	0	4,265.92	2,527.87
1,987.58	0.25	0	11,463.09	3,365.04
82.05	0.02	0	6,619.42	2,014.39
1,578.82	1.06	1	3,506.36	2,014.39
1,993.29	18.79	1	2,461.88	3,726.76
0.00	0.00	0	14,650.39	3,726.76
357.52	0.18	0	5,007.26	2,969.76
1,094.03	1.14	1	2,459.51	2,527.87
0.00	0.00	0	6,179.23	3,365.04
2,335.92	0.13	0	21,060.03	2,969.76
227.51	0.01	0	20,369.92	3,365.04

Tabla B5. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

$exp_h - se_h$	$impoor_h = 1$ si $exp_h \geq se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de bolsillo en salud (oop)	$exp_h - oop_h$
3,951.23	1	5,317.59	773.47	4,544.13
7,737.97	1	11,103.01	144.08	10,958.94
14,612.79	1	15,979.16	299.03	15,680.13
8,572.57	1	10,586.96	1,383.00	9,203.97
7,078.63	1	9,606.50	0.00	9,606.50
13,051.26	1	15,065.65	0.00	15,065.65
779.50	1	2,793.89	459.75	2,334.13
2,490.49	1	3,856.85	270.62	3,586.23
191.44	1	3,556.48	186.89	3,369.59
8,089.56	1	10,103.95	0.00	10,103.95
12,056.45	1	15,421.49	0.00	15,421.49
-398.69	0	3,328.07	0.00	3,328.07
4,906.53	1	7,434.40	213.69	7,220.72
2,967.73	1	4,982.12	73.46	4,908.67
16,400.98	1	20,463.74	1,119.04	19,344.70
11,572.25	1	15,299.02	218.21	15,080.81
6,859.70	1	8,874.09	334.72	8,539.37
3,364.81	1	7,427.58	0.00	7,427.58
1,282.40	1	3,296.79	157.37	3,139.42
5,584.72	1	9,962.94	0.00	9,962.94
1,738.05	1	4,265.92	0.00	4,265.92
8,098.05	1	11,463.09	1,987.58	9,475.51
4,605.02	1	6,619.42	82.05	6,537.36
1,491.96	1	3,506.36	1,578.82	1,927.54
-1,264.88	0	2,461.88	1,993.29	468.59
10,923.63	1	14,650.39	0.00	14,650.39
2,037.51	1	5,007.26	357.52	4,649.74
-68.36	0	2,459.51	1,094.03	1,365.48
2,814.19	1	6,179.23	0.00	6,179.23
18,090.27	1	21,060.03	2,335.92	18,724.10
17,004.88	1	20,369.92	227.51	20,142.42

Tabla B6. Gasto catastrófico (1ª. Medición)

Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$	$exp_h - ooph_h < se_h$	$impoor_h = 1$ si $exp_h - ooph_h < se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos	$impoor_h = 1$ si $exp_h \geq se_h$ y $exp_h - ooph_h < se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos
1,366.37	3,177.76	0	0
3,365.04	7,593.90	0	0
1,366.37	14,313.76	0	0
2,014.39	7,189.57	0	0
2,527.87	7,078.63	0	0
2,014.39	13,051.26	0	0
2,014.39	319.74	0	0
1,366.37	2,219.87	0	0
3,365.04	4.55	0	0
2,014.39	8,089.56	0	0
3,365.04	12,056.45	0	0
3,726.76	-398.69	1	0
2,527.87	4,692.85	0	0
2,014.39	2,894.28	0	0
4,062.77	15,281.94	0	0
3,726.76	11,354.04	0	0
2,014.39	6,524.98	0	0
4,062.77	3,364.81	0	0
2,014.39	1,125.03	0	0
4,378.22	5,584.72	0	0
2,527.87	1,738.05	0	0
3,365.04	6,110.47	0	0
2,014.39	4,522.97	0	0
2,014.39	-86.85	1	1
3,726.76	-3,258.17	1	0
3,726.76	10,923.63	0	0
2,969.76	1,679.98	0	0
2,527.87	-1,162.39	1	0
3,365.04	2,814.19	0	0
2,969.76	15,754.35	0	0
3,365.04	16,777.38	0	0

ANEXO C

Tabla C1. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

Gasto de bolsillo en salud* (oop)	Gasto del consumo de los hogares* (exp)	Gasto en alimentación* (food)	Tamaño del hogar (hhsiz _h)	Proporción de gasto en alimentos del gasto total del hogar foodexp _h = food _h /exp _h	eqsize _h = hhsiz _h ^β β = 0.56
0.00	5,018.54	3,062.11	1	0.38	1.00
46.16	34,806.69	6,510.71	5	0.16	2.46
621.12	16,105.62	1,192.55	1	0.07	1.00
0.00	3,183.92	913.87	2	0.22	1.47
0.00	4,615.61	1,648.04	3	0.26	1.85
0.00	11,528.19	1,432.72	1	0.11	1.00
50.24	4,885.10	1,136.65	2	0.19	1.47
51.76	2,947.03	966.46	1	0.24	1.00
1,890.97	2,720.75	2,190.21	5	0.32	2.46
0.00	9,559.32	1,085.01	2	0.10	1.47
0.00	28,804.94	3,877.34	5	0.12	2.46
0.00	2,908.17	2,989.73	5	0.51	2.46
216.82	17,749.73	3,740.98	3	0.17	1.85
0.00	2,172.81	2,478.14	2	0.53	1.47
32.33	13,639.05	3,998.57	7	0.23	2.97
295.76	17,205.75	8,844.60	6	0.34	2.73
0.00	6,834.12	1,745.59	2	0.20	1.47
0.00	5,705.69	4,161.13	7	0.42	2.97
569.16	2,909.81	2,374.19	2	0.41	1.47
200.74	11,411.40	3,577.19	8	0.24	3.20
0.00	4,057.59	1,292.97	3	0.24	1.85
2,408.88	8,847.60	8,009.53	5	0.42	2.46
29.91	6,544.51	1,137.69	2	0.15	1.47
0.00	20,498.38	3,531.30	2	0.15	1.47
0.00	3,475.26	3,187.34	5	0.48	2.46
1,271.35	16,687.86	6,502.97	6	0.27	2.73
294.42	4,243.31	3,033.58	4	0.40	2.17
0.00	2,203.49	1,157.85	3	0.34	1.85
81.76	6,567.23	3,400.11	5	0.34	2.46
16,294.16	32,171.57	10,061.63	4	0.17	2.17
0.00	12,816.22	3,870.22	5	0.23	2.46

* Inflación a julio 2014

Percentil 45 foodexp_h = 0.23

Percentil 55 foodexp_h = 0.25

Tabla C2. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

$eq_{foodh} = \frac{foodh}{eqsizeh}$	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$	$exp_h - se_h$	Hogar pobre $poor_h = 1$ si $exp_h < se_h$ $poor_h = 0$ si $exp_h \geq se_h$
3,062.11	5,018.54	1,139.60	4,085.04	0
2,643.66	34,806.69	2,806.56	32,171.98	0
1,192.55	16,105.62	1,139.60	15,172.12	0
619.88	3,183.92	1,680.07	1,807.69	0
890.80	4,615.61	2,108.33	2,888.57	0
1,432.72	11,528.19	1,139.60	10,594.69	0
770.99	4,885.10	1,680.07	3,508.87	0
966.46	2,947.03	1,139.60	2,013.53	0
889.33	2,720.75	2,806.56	421.75	0
735.96	9,559.32	1,680.07	8,183.09	0
1,574.38	28,804.94	2,806.56	26,505.94	0
1,213.97	2,908.17	2,806.56	609.17	0
2,022.08	17,749.73	2,108.33	16,022.68	0
1,680.92	2,172.81	1,680.07	796.57	0
1,344.78	13,639.05	3,388.49	10,863.36	0
3,242.75	17,205.75	3,108.25	14,659.62	0
1,184.04	6,834.12	1,680.07	5,457.89	0
1,399.45	5,705.69	3,388.49	2,930.00	0
1,610.42	2,909.81	1,680.07	1,533.58	0
1,116.38	11,411.40	3,651.59	8,359.97	0
698.87	4,057.59	2,108.33	2,330.55	0
3,252.25	8,847.60	2,806.56	6,548.60	0
771.70	6,544.51	1,680.07	5,168.27	0
2,395.29	20,498.38	1,680.07	19,122.15	0
1,294.21	3,475.26	2,806.56	1,176.26	0
2,384.22	16,687.86	3,108.25	14,141.73	0
1,395.73	4,243.31	2,476.88	2,214.37	0
625.84	2,203.49	2,108.33	476.45	0
1,380.61	6,567.23	2,806.56	4,268.23	0
4,629.29	32,171.57	2,476.88	30,142.63	0
1,571.49	12,816.22	2,806.56	10,517.22	0

food45 < foodexph < food55 (966.46; 1,344.78; 1,116.38; 698.87; 1,571.49)

Gasto per cápita de subsistencia (**pl**) = promedio de $eq_{foodh} = 1,139.6$

Tabla C3. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia $se_h = pl * eqsize_h$	Gasto en alimentación (food)	$se_h - food_h$	$se_h < food_h$	Capacidad de pago de los hogares $ctp_h = exp_h - se_h$ si $se_h \leq food_h$
				$se_h > food_h$	Capacidad de pago de los hogares $ctp_h = exp_h - food_h$ si $se_h > food_h$
5,018.54	1,139.60	3,062.1	-1,922.52	$se_h < food_h$	3,878.95
34,806.69	2,806.56	6,510.7	-3,704.15	$se_h < food_h$	32,000.13
16,105.62	1,139.60	1,192.6	-52.95	$se_h < food_h$	14,966.02
3,183.92	1,680.07	913.9	766.20	$se_h > food_h$	2,270.05
4,615.61	2,108.33	1,648.0	460.29	$se_h > food_h$	2,967.57
11,528.19	1,139.60	1,432.7	-293.12	$se_h < food_h$	10,388.60
4,885.10	1,680.07	1,136.6	543.42	$se_h > food_h$	3,748.45
2,947.03	1,139.60	966.5	173.13	$se_h > food_h$	1,980.57
2,720.75	2,806.56	2,190.2	616.35	$se_h > food_h$	530.53
9,559.32	1,680.07	1,085.0	595.06	$se_h > food_h$	8,474.31
28,804.94	2,806.56	3,877.3	-1,070.78	$se_h < food_h$	25,998.38
2,908.17	2,806.56	2,989.7	-183.17	$se_h < food_h$	101.61
17,749.73	2,108.33	3,741.0	-1,632.65	$se_h < food_h$	15,641.39
2,172.81	1,680.07	2,478.1	-798.06	$se_h < food_h$	492.74
13,639.05	3,388.49	3,998.6	-610.08	$se_h < food_h$	10,250.56
17,205.75	3,108.25	8,844.6	-5,736.35	$se_h < food_h$	14,097.50
6,834.12	1,680.07	1,745.6	-65.52	$se_h < food_h$	5,154.05
5,705.69	3,388.49	4,161.1	-772.64	$se_h < food_h$	2,317.20
2,909.81	1,680.07	2,374.2	-694.12	$se_h < food_h$	1,229.74
11,411.40	3,651.59	3,577.2	74.40	$se_h > food_h$	7,834.21
4,057.59	2,108.33	1,293.0	815.37	$se_h > food_h$	2,764.62
8,847.60	2,806.56	8,009.5	-5,202.97	$se_h < food_h$	6,041.04
6,544.51	1,680.07	1,137.7	542.38	$se_h > food_h$	5,406.81
20,498.38	1,680.07	3,531.3	-1,851.22	$se_h < food_h$	18,818.31
3,475.26	2,806.56	3,187.3	-380.78	$se_h < food_h$	668.70
16,687.86	3,108.25	6,503.0	-3,394.72	$se_h < food_h$	13,579.61
4,243.31	2,476.88	3,033.6	-556.70	$se_h < food_h$	1,766.43
2,203.49	2,108.33	1,157.9	950.48	$se_h > food_h$	1,045.64
6,567.23	2,806.56	3,400.1	-593.55	$se_h < food_h$	3,760.67
32,171.57	2,476.88	10,061.6	-7,584.75	$se_h < food_h$	29,694.69
12,816.22	2,806.56	3,870.2	-1,063.66	$se_h < food_h$	10,009.65

Tabla C4. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

Gasto de bolsillo en salud (oop)	$oopctp_h = oop_h / ctp_h$	catah = 1 si $oop_h / ctp_h \geq 0.4$ catah = 0 si $oop_h / ctp_h < 0.4$	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$
0.00	0.00	0	5,018.54	1,139.60
25.18	0.00	0	34,806.69	2,806.56
621.12	0.04	0	16,105.62	1,139.60
0.00	0.00	0	3,183.92	1,680.07
0.00	0.00	0	4,615.61	2,108.33
0.00	0.00	0	11,528.19	1,139.60
0.00	0.00	0	4,885.10	1,680.07
51.76	0.03	0	2,947.03	1,139.60
0.00	0.00	0	2,720.75	2,806.56
0.00	0.00	0	9,559.32	1,680.07
0.00	0.00	0	28,804.94	2,806.56
0.00	0.00	0	2,908.17	2,806.56
176.17	0.01	0	17,749.73	2,108.33
0.00	0.00	0	2,172.81	1,680.07
32.33	0.00	0	13,639.05	3,388.49
148.55	0.01	0	17,205.75	3,108.25
0.00	0.00	0	6,834.12	1,680.07
0.00	0.00	0	5,705.69	3,388.49
0.00	0.00	0	2,909.81	1,680.07
200.74	0.03	0	11,411.40	3,651.59
0.00	0.00	0	4,057.59	2,108.33
2,408.88	0.40	1	8,847.60	2,806.56
29.91	0.01	0	6,544.51	1,680.07
0.00	0.00	0	20,498.38	1,680.07
0.00	0.00	0	3,475.26	2,806.56
0.00	0.00	0	16,687.86	3,108.25
294.42	0.17	0	4,243.31	2,476.88
0.00	0.00	0	2,203.49	2,108.33
0.00	0.00	0	6,567.23	2,806.56
15,986.46	0.54	1	32,171.57	2,476.88
0.00	0.00	0	12,816.22	2,806.56

Tabla C5. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

$exp_h - se_h$	$impoor_h = 1$ si $exp_h \geq se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos	Gasto del consumo de los hogares (exp)	Gasto de bolsillo en salud (oop)	$exp_h - oop_h$
3,878.95	1	5,018.54	0.00	5,018.54
32,000.13	1	34,806.69	25.18	34,781.51
14,966.02	1	16,105.62	621.12	15,484.50
1,503.85	1	3,183.92	0.00	3,183.92
2,507.28	1	4,615.61	0.00	4,615.61
10,388.60	1	11,528.19	0.00	11,528.19
3,205.03	1	4,885.10	0.00	4,885.10
1,807.44	1	2,947.03	51.76	2,895.27
-85.81	0	2,720.75	0.00	2,720.75
7,879.25	1	9,559.32	0.00	9,559.32
25,998.38	1	28,804.94	0.00	28,804.94
101.61	1	2,908.17	0.00	2,908.17
15,641.39	1	17,749.73	176.17	17,573.56
492.74	1	2,172.81	0.00	2,172.81
10,250.56	1	13,639.05	32.33	13,606.72
14,097.50	1	17,205.75	148.55	17,057.21
5,154.05	1	6,834.12	0.00	6,834.12
2,317.20	1	5,705.69	0.00	5,705.69
1,229.74	1	2,909.81	0.00	2,909.81
7,759.81	1	11,411.40	200.74	11,210.66
1,949.26	1	4,057.59	0.00	4,057.59
6,041.04	1	8,847.60	2,408.88	6,438.72
4,864.43	1	6,544.51	29.91	6,514.59
18,818.31	1	20,498.38	0.00	20,498.38
668.70	1	3,475.26	0.00	3,475.26
13,579.61	1	16,687.86	0.00	16,687.86
1,766.43	1	4,243.31	294.42	3,948.89
95.16	1	2,203.49	0.00	2,203.49
3,760.67	1	6,567.23	0.00	6,567.23
29,694.69	1	32,171.57	15,986.46	16,185.11
10,009.65	1	12,816.22	0.00	12,816.22

Tabla C6. Gasto catastrófico (2ª. Medición)

Gasto de subsistencia (se_h) $se_h = pl * eqsize_h$	$exp_h - oop_h < se_h$	$impoor_h = 1$ si $exp_h - oop_h < se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos	$impoor_h = 1$ si $exp_h \geq se_h$ y $exp_h - oop_h < se_h$ $impoor_h = 0$ en todos los otros casos
1,139.60	3,878.95	0	0
2,806.56	31,974.95	0	0
1,139.60	14,344.90	0	0
1,680.07	1,503.85	0	0
2,108.33	2,507.28	0	0
1,139.60	10,388.60	0	0
1,680.07	3,205.03	0	0
1,139.60	1,755.68	0	0
2,806.56	-85.81	1	0
1,680.07	7,879.25	0	0
2,806.56	25,998.38	0	0
2,806.56	101.61	0	0
2,108.33	15,465.23	0	0
1,680.07	492.74	0	0
3,388.49	10,218.23	0	0
3,108.25	13,948.96	0	0
1,680.07	5,154.05	0	0
3,388.49	2,317.20	0	0
1,680.07	1,229.74	0	0
3,651.59	7,559.07	0	0
2,108.33	1,949.26	0	0
2,806.56	3,632.16	0	0
1,680.07	4,834.52	0	0
1,680.07	18,818.31	0	0
2,806.56	668.70	0	0
3,108.25	13,579.61	0	0
2,476.88	1,472.01	0	0
2,108.33	95.16	0	0
2,806.56	3,760.67	0	0
2,476.88	13,708.23	0	0
2,806.56	10,009.65	0	0

ANEXO D

Tabla D1. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso Previo (x)	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})^2$
2,000.00	-863.32	863.32	745,325.88
3,500.00	636.68	636.68	405,358.14
8,240.00	5,376.68	5,376.68	28,908,660.07
1,200.00	-1,663.32	1,663.32	2,766,642.01
3,800.00	936.68	936.68	877,364.59
6,623.00	3,759.68	3,759.68	14,135,174.30
1,500.00	-1,363.32	1,363.32	1,858,648.46
1,500.00	-1,363.32	1,363.32	1,858,648.46
900.00	-1,963.32	1,963.32	3,854,635.56
1,800.00	-1,063.32	1,063.32	1,130,654.91
3,000.00	136.68	136.68	18,680.72
0.00	-2,863.32	2,863.32	8,198,616.20
7,500.00	4,636.68	4,636.68	21,498,777.49
1,800.00	-1,063.32	1,063.32	1,130,654.91
1,200.00	-1,663.32	1,663.32	2,766,642.01
3,500.00	636.68	636.68	405,358.14
3,000.00	136.68	136.68	18,680.72
1,400.00	-1,463.32	1,463.32	2,141,312.98
2,830.00	-33.32	33.32	1,110.39
2,000.00	-863.32	863.32	745,325.88
2,200.00	-663.32	663.32	439,996.85
3,200.00	336.68	336.68	113,351.68
1,600.00	-1,263.32	1,263.32	1,595,983.94
3,080.00	216.68	216.68	46,949.10
5,000.00	2,136.68	2,136.68	4,565,390.39
500.00	-2,363.32	2,363.32	5,585,293.62
3,310.00	446.68	446.68	199,520.72
1,280.00	-1,583.32	1,583.32	2,506,910.39
1,800.00	-1,063.32	1,063.32	1,130,654.91
1,500.00	-1,363.32	1,363.32	1,858,648.46
8,000.00	5,136.68	5,136.68	26,385,454.91
Σ 88,763.00		Σ 49,059.61	Σ 137,894,426.77

Promedio (x) = 2,863.32	$\Sigma (x - \bar{x}) = 49,059.61$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 = 137,894,426.77$
Valor mínimo (x) = 0.0	$D = \Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x}) = 0.55$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 / n = 4,448,207.32$
Valor máximo (x) = 8,240.00	$n / 2 (n-1) = 0.52$	$(\bar{x})^2 = 8,198,616.20$
n = 31	$D_N = [\Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x})] [(n/2)(n-1)]$	Varianza relativa = $[\Sigma (x - \bar{x})^2 / n] / (\bar{x})^2 = 0.54$
Rango relativo = 2.9	Desviación media relativa = 0.29	Coficiente normalizado de la Varianza relativa = $V / n-1$
Rango relativo normalizado (R_N) = 0.093		Coficiente normalizado de la Varianza relativa = 0.0181

Tabla D2. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso 1ª. medición (x)	(x - \bar{x})	(x - \bar{x})	(x - \bar{x}) ²
2,000.00	-430.29	430.29	185,149.76
918.00	-1,512.29	1,512.29	2,287,022.02
9,640.00	7,209.71	7,209.71	51,979,913.63
0.00	-2,430.29	2,430.29	5,906,311.05
3,800.00	1,369.71	1,369.71	1,876,104.60
6,623.00	4,192.71	4,192.71	17,578,814.44
1,500.00	-930.29	930.29	865,440.08
1,500.00	-930.29	930.29	865,440.08
900.00	-1,530.29	1,530.29	2,341,788.47
1,800.00	-630.29	630.29	397,265.89
3,000.00	569.71	569.71	324,569.12
0.00	-2,430.29	2,430.29	5,906,311.05
4,000.00	1,569.71	1,569.71	2,463,988.47
1,800.00	-630.29	630.29	397,265.89
0.00	-2,430.29	2,430.29	5,906,311.05
3,500.00	1,069.71	1,069.71	1,144,278.79
3,000.00	569.71	569.71	324,569.12
1,400.00	-1,030.29	1,030.29	1,061,498.15
2,830.00	399.71	399.71	159,767.83
2,000.00	-430.29	430.29	185,149.76
2,200.00	-230.29	230.29	53,033.63
3,200.00	769.71	769.71	592,452.99
1,600.00	-830.29	830.29	689,382.02
3,080.00	649.71	649.71	422,122.66
1,118.00	-1,312.29	1,312.29	1,722,105.89
500.00	-1,930.29	1,930.29	3,726,020.73
2,450.00	19.71	19.71	388.47
1,280.00	-1,150.29	1,150.29	1,323,167.83
1,800.00	-630.29	630.29	397,265.89
1,500.00	-930.29	930.29	865,440.08
6,400.00	3,969.71	3,969.71	15,758,594.92
Σ 75,339.00		Σ 44,719.03	Σ 127,706,934.39

Promedio (x) = 2,430.29	$\Sigma (x - \bar{x}) = 44,719.03$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 = 127,706,934.39$
Valor mínimo (x) = 0.0	$D = \Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x}) = 0.59$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 / n = 4,119,578.53$
Valor máximo (x) = 9,640.00	$n / 2 (n-1) = 0.52$	$(\bar{x})^2 = 5,906,311.05$
n = 31	$D_N = [\Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x})] [(n/2)(n-1)]$	Varianza relativa = $[\Sigma (x - \bar{x})^2 / n] / (\bar{x})^2 = 0.697$
Rango relativo = 4.0	Desviación media relativa = 0.31	Coficiente normalizado de la Varianza relativa = $V / n-1$
Rango relativo normalizado (R _N) = 0.128		Coficiente normalizado de la Varianza relativa = 0.0232

Tabla D3. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso 2ª. medición (x)	(x - \bar{x})	(x - \bar{x})	(x - \bar{x}) ²
2,000.00	-196.74	196.74	38,707.39
918.00	-1,278.74	1,278.74	1,635,180.94
9,740.00	7,543.26	7,543.26	56,900,742.23
0.00	-2,196.74	2,196.74	4,825,675.13
4,200.00	2,003.26	2,003.26	4,013,042.87
6,363.00	4,166.26	4,166.26	17,357,706.26
1,500.00	-696.74	696.74	485,449.32
820.00	-1,376.74	1,376.74	1,895,418.36
900.00	-1,296.74	1,296.74	1,681,539.65
2,300.00	103.26	103.26	10,662.23
2,400.00	203.26	203.26	41,313.84
2,240.00	43.26	43.26	1,871.26
1,200.00	-996.74	996.74	993,494.49
1,800.00	-396.74	396.74	157,404.16
0.00	-2,196.74	2,196.74	4,825,675.13
4,500.00	2,303.26	2,303.26	5,304,997.71
0.00	-2,196.74	2,196.74	4,825,675.13
700.00	-1,496.74	1,496.74	2,240,236.42
2,140.00	-56.74	56.74	3,219.65
2,000.00	-196.74	196.74	38,707.39
2,500.00	303.26	303.26	91,965.45
3,200.00	1,003.26	1,003.26	1,006,526.74
1,400.00	-796.74	796.74	634,797.71
3,640.00	1,443.26	1,443.26	2,082,993.84
1,118.00	-1,078.74	1,078.74	1,163,684.16
500.00	-1,696.74	1,696.74	2,878,933.20
2,450.00	253.26	253.26	64,139.65
540.00	-1,656.74	1,656.74	2,744,793.84
630.00	-1,566.74	1,566.74	2,454,680.29
0.00	-2,196.74	2,196.74	4,825,675.13
6,400.00	4,203.26	4,203.26	17,667,378.36
Σ 68,099.00		Σ 47,144.19	Σ 142,892,287.94

Promedio (x) = 2,196.74	$\Sigma (x - \bar{x}) = 47,144.19$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 = 142,892,287.94$
Valor mínimo (x) = 0.0	$D = \Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x}) = 0.69$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 / n = 4,609,428.64$
Valor máximo (x) = 9,740.00	$n / 2 (n-1) = 0.52$	$(\bar{x})^2 = 4,825,675.13$
n = 31	$D_N = [\Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x})] [(n/2(n-1))]$	Varianza relativa = $[\Sigma (x - \bar{x})^2 / n] / (\bar{x})^2 = 0.955$
Rango relativo = 4.4	Desviación media relativa = 0.36	Coficiente normalizado de la Varianza relativa = $V / n-1$
Rango relativo normalizado (R _N) = 0.143		Coficiente normalizado de la Varianza relativa = 0.0318

Tabla D4. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso Previo (x_i)	$p_i = 1/n$	$q_i = x_i / \sum x_i$	P_i Frecuencia acumulada de las observaciones	Q_i Frecuencia acumulada de las variables	$P_i - Q_i$
0.00	0.03	0.000	0.0323	0.000	0.0323
500.00	0.03	0.006	0.0645	0.006	0.0589
900.00	0.03	0.010	0.0968	0.016	0.0810
1,200.00	0.03	0.014	0.1290	0.029	0.0997
1,200.00	0.03	0.014	0.1613	0.043	0.1185
1,280.00	0.03	0.014	0.1935	0.057	0.1363
1,400.00	0.03	0.016	0.2258	0.073	0.1528
1,500.00	0.03	0.017	0.2581	0.090	0.1682
1,500.00	0.03	0.017	0.2903	0.107	0.1835
1,500.00	0.03	0.017	0.3226	0.124	0.1989
1,600.00	0.03	0.018	0.3548	0.142	0.2131
1,800.00	0.03	0.020	0.3871	0.162	0.2251
1,800.00	0.03	0.020	0.4194	0.182	0.2371
1,800.00	0.03	0.020	0.4516	0.203	0.2491
2,000.00	0.03	0.023	0.4839	0.225	0.2588
2,000.00	0.03	0.023	0.5161	0.248	0.2685
2,200.00	0.03	0.025	0.5484	0.272	0.2760
2,830.00	0.03	0.032	0.5806	0.304	0.2764
3,000.00	0.03	0.034	0.6129	0.338	0.2748
3,000.00	0.03	0.034	0.6452	0.372	0.2733
3,080.00	0.03	0.035	0.6774	0.407	0.2708
3,200.00	0.03	0.036	0.7097	0.443	0.2670
3,310.00	0.03	0.037	0.7419	0.480	0.2620
3,500.00	0.03	0.039	0.7742	0.519	0.2548
3,500.00	0.03	0.039	0.8065	0.559	0.2477
3,800.00	0.03	0.043	0.8387	0.602	0.2371
5,000.00	0.03	0.056	0.8710	0.658	0.2130
6,623.00	0.03	0.075	0.9032	0.733	0.1707
7,500.00	0.03	0.084	0.9355	0.817	0.1184
8,000.00	0.03	0.090	0.9677	0.907	0.0606
8,240.00	0.03	0.093	$\Sigma 15.00$		$\Sigma 5.884$
$\Sigma 88,763.00$					

Coeficiente de Gini = 0.39

Tabla D5. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso primera medición (x _i)	p _i = 1/n	q _i = x _i / Σ x _i	P _i Frecuencia acumulada de las observaciones	Q _i Frecuencia acumulada de las variables	P _i – Q _i
0.00	0.03	0.000	0.0323	0.000	0.0323
0.00	0.03	0.000	0.0645	0.000	0.0645
0.00	0.03	0.000	0.0968	0.000	0.0968
500.00	0.03	0.007	0.1290	0.007	0.1224
900.00	0.03	0.012	0.1613	0.019	0.1427
918.00	0.03	0.012	0.1935	0.031	0.1628
1,118.00	0.03	0.015	0.2258	0.046	0.1802
1,280.00	0.03	0.017	0.2581	0.063	0.1955
1,400.00	0.03	0.019	0.2903	0.081	0.2091
1,500.00	0.03	0.020	0.3226	0.101	0.2215
1,500.00	0.03	0.020	0.3548	0.121	0.2338
1,500.00	0.03	0.020	0.3871	0.141	0.2462
1,600.00	0.03	0.021	0.4194	0.162	0.2572
1,800.00	0.03	0.024	0.4516	0.186	0.2656
1,800.00	0.03	0.024	0.4839	0.210	0.2739
1,800.00	0.03	0.024	0.5161	0.234	0.2823
2,000.00	0.03	0.027	0.5484	0.260	0.2880
2,000.00	0.03	0.027	0.5806	0.287	0.2937
2,200.00	0.03	0.029	0.6129	0.316	0.2968
2,450.00	0.03	0.033	0.6452	0.349	0.2965
2,830.00	0.03	0.038	0.6774	0.386	0.2912
3,000.00	0.03	0.040	0.7097	0.426	0.2837
3,000.00	0.03	0.040	0.7419	0.466	0.2761
3,080.00	0.03	0.041	0.7742	0.507	0.2675
3,200.00	0.03	0.042	0.8065	0.549	0.2573
3,500.00	0.03	0.046	0.8387	0.596	0.2431
3,800.00	0.03	0.050	0.8710	0.646	0.2249
4,000.00	0.03	0.053	0.9032	0.699	0.2040
6,400.00	0.03	0.085	0.9355	0.784	0.1513
6,623.00	0.03	0.088	0.9677	0.872	0.0957
9,640.00	0.03	0.128	Σ 15.00		Σ 6.457
Σ 75,339.00					

Coeficiente de Gini = 0.43

Tabla D6. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso segunda medición (x_i)	$p_i = 1/n$	$q_i = x_i / \sum x_i$	P_i Frecuencia acumulada de las observaciones	Q_i Frecuencia acumulada de las variables	$P_i - Q_i$
0.00	0.03	0.000	0.0323	0.000	0.0323
0.00	0.03	0.000	0.0645	0.000	0.0645
0.00	0.03	0.000	0.0968	0.000	0.0968
0.00	0.03	0.000	0.1290	0.000	0.1290
500.00	0.03	0.007	0.1613	0.007	0.1539
540.00	0.03	0.008	0.1935	0.015	0.1783
630.00	0.03	0.009	0.2258	0.025	0.2013
700.00	0.03	0.010	0.2581	0.035	0.2233
820.00	0.03	0.012	0.2903	0.047	0.2435
900.00	0.03	0.013	0.3226	0.060	0.2625
918.00	0.03	0.013	0.3548	0.074	0.2813
1,118.00	0.03	0.016	0.3871	0.090	0.2971
1,200.00	0.03	0.018	0.4194	0.108	0.3118
1,400.00	0.03	0.021	0.4516	0.128	0.3235
1,500.00	0.03	0.022	0.4839	0.150	0.3337
1,800.00	0.03	0.026	0.5161	0.177	0.3395
2,000.00	0.03	0.029	0.5484	0.206	0.3424
2,000.00	0.03	0.029	0.5806	0.235	0.3453
2,140.00	0.03	0.031	0.6129	0.267	0.3461
2,240.00	0.03	0.033	0.6452	0.300	0.3455
2,300.00	0.03	0.034	0.6774	0.333	0.3440
2,400.00	0.03	0.035	0.7097	0.369	0.3410
2,450.00	0.03	0.036	0.7419	0.405	0.3373
2,500.00	0.03	0.037	0.7742	0.441	0.3328
3,200.00	0.03	0.047	0.8065	0.488	0.3181
3,640.00	0.03	0.053	0.8387	0.542	0.2969
4,200.00	0.03	0.062	0.8710	0.603	0.2675
4,500.00	0.03	0.066	0.9032	0.670	0.2337
6,363.00	0.03	0.093	0.9355	0.763	0.1725
6,400.00	0.03	0.094	0.9677	0.857	0.1108
9,740.00	0.03	0.143	$\Sigma 15.00$		$\Sigma 7.606$
$\Sigma 68,099.00$					

Coeficiente de Gini = 0.51

ANEXO E

Tabla E1. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar)

Ingreso 1ª. medición (x)	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})$	$(x - \bar{x})^2$
3,900.00	-2,384.01	2,384.01	5,683,517.52
7,336.00	1,051.99	1,051.99	1,106,676.85
10,640.00	4,355.99	4,355.99	18,974,623.59
1,200.00	-5,084.01	5,084.01	25,847,187.20
4,150.00	-2,134.01	2,134.01	4,554,011.07
8,447.00	2,162.99	2,162.99	4,678,513.18
1,540.00	-4,744.01	4,744.01	22,505,658.43
2,650.00	-3,634.01	3,634.01	13,206,049.78
2,804.00	-3,480.01	3,480.01	12,110,489.81
2,880.00	-3,404.01	3,404.01	11,587,303.85
10,500.00	4,215.99	4,215.99	17,774,547.20
1,008.00	-5,276.01	5,276.01	27,836,312.16
8,000.00	1,715.99	1,715.99	2,944,611.72
3,600.00	-2,684.01	2,684.01	7,203,925.26
22,360.00	16,075.99	16,075.99	258,437,361.14
12,000.00	5,715.99	5,715.99	32,672,508.49
6,100.00	-184.01	184.01	33,860.75
5,400.00	-884.01	884.01	781,478.81
3,980.00	-2,304.01	2,304.01	5,308,475.46
5,520.00	-764.01	764.01	583,715.72
3,200.00	-3,084.01	3,084.01	9,511,135.59
15,700.00	9,415.99	9,415.99	88,660,813.01
4,350.00	-1,934.01	1,934.01	3,740,405.91
4,280.00	-2,004.01	2,004.01	4,016,067.72
2,518.00	-3,766.01	3,766.01	14,182,853.19
12,907.00	6,622.99	6,622.99	43,863,958.08
5,643.50	-640.51	640.51	410,256.78
1,610.90	-4,673.11	4,673.11	21,837,984.21
2,800.00	-3,484.01	3,484.01	12,138,345.91
8,500.00	2,215.99	2,215.99	4,910,598.81
9,280.00	2,995.99	2,995.99	8,975,938.68
Σ 194,804.40		Σ 113,091.72	Σ 686,079,185.85

Promedio (x) = 6,284.01	$\Sigma (x - \bar{x}) = 113,091.72$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 = 686,079,185.85$
Valor mínimo (x) = 1,008	$D = \Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x}) = 0.58$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 / n = 22,131,586.64$
Valor máximo (x) = 22,360.00	$n / 2 (n-1) = 0.52$	$(\bar{x})^2 = 39,488,818.17$
n = 31	$D_N = [\Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x})] [(n/2)(n-1)]$	Varianza relativa = $[\Sigma (x - \bar{x})^2 / n] / (\bar{x})^2 = 0.56$
Rango relativo = 3.4	Desviación media relativa = 0.30	Coficiente normalizado de la Varianza relativa = $V / n - 1$
Rango relativo normalizado (R_N) = 0.110		Coficiente normalizado de la Varianza relativa = 0.019

Tabla E2. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar)

LogNatural (x)	LogNatural (x) - LogNatural \bar{x}	(LogNatural (x) - LogNatural \bar{x}) ²
8.27	-0.212	0.0451
8.90	0.419	0.1759
9.27	0.791	0.6260
7.09	-1.391	1.9352
8.33	-0.150	0.0226
9.04	0.560	0.3140
7.34	-1.142	1.3033
7.88	-0.599	0.3586
7.94	-0.542	0.2942
7.97	-0.516	0.2659
9.26	0.778	0.6052
6.92	-1.565	2.4506
8.99	0.506	0.2561
8.19	-0.292	0.0855
10.02	1.534	2.3527
9.39	0.911	0.8308
8.72	0.235	0.0552
8.59	0.113	0.0128
8.29	-0.192	0.0369
8.62	0.135	0.0182
8.07	-0.410	0.1683
9.66	1.180	1.3930
8.38	-0.103	0.0107
8.36	-0.119	0.0143
7.83	-0.650	0.4224
9.47	0.984	0.9689
8.64	0.157	0.0247
7.38	-1.097	1.2026
7.94	-0.544	0.2957
9.05	0.567	0.3211
9.14	0.654	0.4283
Σ 262.92		Σ 17.29

$\ln \bar{x} = 8.48$
$\Sigma (\text{LogNatural } (x) - \text{LogNatural } \bar{x})^2 = 17.29$
Varianza de los logaritmos = $[\Sigma (\text{LogNatural } (x) - \text{LogNatural } \bar{x})^2] / n$
Varianza de los logaritmos = 0.56

Tabla E3. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar)

Ingreso 2ª. medición (x)	(x - \bar{x})	(x - \bar{x})	(x - \bar{x}) ²
5,400.00	-1,577.29	1,577.29	2,487,844.76
10,336.00	3,358.71	3,358.71	11,280,930.70
17,740.00	10,762.71	10,762.71	115,835,919.60
1,300.00	-5,677.29	5,677.29	32,231,625.41
4,200.00	-2,777.29	2,777.29	7,713,341.54
21,955.00	14,977.71	14,977.71	224,331,787.18
2,440.00	-4,537.29	4,537.29	20,587,003.47
2,570.00	-4,407.29	4,407.29	19,424,207.99
2,870.00	-4,107.29	4,107.29	16,869,833.79
14,695.00	7,717.71	7,717.71	59,563,042.66
9,400.00	2,422.71	2,422.71	5,869,522.18
2,590.00	-4,387.29	4,387.29	19,248,316.37
5,800.00	-1,177.29	1,177.29	1,386,012.50
3,288.00	-3,689.29	3,689.29	13,610,863.08
11,120.00	4,142.71	4,142.71	17,162,043.47
12,700.00	5,722.71	5,722.71	32,749,406.05
3,600.00	-3,377.29	3,377.29	11,406,089.92
3,280.00	-3,697.29	3,697.29	13,669,955.73
2,490.00	-4,487.29	4,487.29	20,135,774.44
6,850.00	-127.29	127.29	16,202.83
3,500.00	-3,477.29	3,477.29	12,091,547.99
15,700.00	8,722.71	8,722.71	76,085,664.12
4,400.00	-2,577.29	2,577.29	6,642,425.41
6,140.00	-837.29	837.29	701,055.08
3,618.00	-3,359.29	3,359.29	11,284,831.47
13,907.00	6,929.71	6,929.71	48,020,876.21
5,163.50	-1,813.79	1,813.79	3,289,835.33
633.50	-6,343.79	6,343.79	40,243,675.66
1,830.00	-5,147.29	5,147.29	26,494,597.66
7,500.00	522.71	522.71	273,225.41
9,280.00	2,302.71	2,302.71	5,302,471.86
Σ 216,296.00		Σ 135,165.61	Σ 876,009,929.89

Promedio (x) = 6,977.29	$\Sigma (x - \bar{x}) = 135,165.61$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 = 876,009,929.89$
Valor mínimo (x) = 633.50	$D = \Sigma (x - \bar{x}) / (n \bar{x}) = 0.62$	$\Sigma (x - \bar{x})^2 / n = 28,258,384.84$
Valor máximo (x) = 21,955.00	$n / 2 (n-1) = 0.52$	$(\bar{x})^2 = 48,682,580.25$
n = 31	$D_N = [\Sigma (x - \bar{x}) / (n \times \bar{x})] [(n/2(n-1))]$	Varianza relativa = $[\Sigma (x - \bar{x})^2 / n] / (\bar{x})^2 = 0.58$
Rango relativo = 3.1	Desviación media relativa = 0.32	Coficiente normalizado de la Varianza relativa = $V / n - 1$
Rango relativo normalizado (R _N) = 0.099		Coficiente normalizado de la Varianza relativa = 0.0193

Tabla E4. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar)

LogNatural (x)	LogNatural (x) - LogNatural \bar{x}	(LogNatural (x) - LogNatural \bar{x}) ²
8.59	0.04	0.00
9.24	0.69	0.48
9.78	1.23	1.52
7.17	-1.38	1.90
8.34	-0.21	0.04
10.00	1.45	2.09
7.80	-0.75	0.56
7.85	-0.70	0.49
7.96	-0.59	0.35
9.60	1.05	1.09
9.15	0.60	0.36
7.86	-0.69	0.48
8.67	0.12	0.01
8.10	-0.45	0.20
9.32	0.77	0.59
9.45	0.90	0.81
8.19	-0.36	0.13
8.10	-0.45	0.21
7.82	-0.73	0.53
8.83	0.28	0.08
8.16	-0.39	0.15
9.66	1.11	1.24
8.39	-0.16	0.03
8.72	0.17	0.03
8.19	-0.36	0.13
9.54	0.99	0.98
8.55	0.00	0.00
6.45	-2.10	4.40
7.51	-1.04	1.08
8.92	0.37	0.14
9.14	0.59	0.34
Σ 265.05		Σ 20.45

$\ln \bar{x} = 8.55$
$\Sigma (\text{LogNatural } (x) - \text{LogNatural } \bar{x})^2 = 20.45$
Varianza de los logaritmos = $[\Sigma (\text{LogNatural } (x) - \text{LogNatural } \bar{x})^2] / n$
Varianza de los logaritmos = 0.66

Tabla E5. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Hogar)

Ingreso primera medición (x_i)	$p_i = 1/n$	$q_i = x_i / \sum x_i$	P_i Frecuencia acumulada de las observaciones	Q_i Frecuencia acumulada de las variables	$P_i - Q_i$
1,008.00	0.03	0.005	0.032	0.005	0.0271
1,200.00	0.03	0.006	0.065	0.011	0.0532
1,540.00	0.03	0.008	0.097	0.019	0.0775
1,610.90	0.03	0.008	0.129	0.028	0.1015
2,518.00	0.03	0.013	0.161	0.040	0.1209
2,650.00	0.03	0.014	0.194	0.054	0.1395
2,800.00	0.03	0.014	0.226	0.068	0.1574
2,804.00	0.03	0.014	0.258	0.083	0.1753
2,880.00	0.03	0.015	0.290	0.098	0.1927
3,200.00	0.03	0.016	0.323	0.114	0.2086
3,600.00	0.03	0.018	0.355	0.132	0.2223
3,900.00	0.03	0.020	0.387	0.153	0.2346
3,980.00	0.03	0.020	0.419	0.173	0.2464
4,150.00	0.03	0.021	0.452	0.194	0.2574
4,280.00	0.03	0.022	0.484	0.216	0.2676
4,350.00	0.03	0.022	0.516	0.239	0.2776
5,400.00	0.03	0.028	0.548	0.266	0.2821
5,520.00	0.03	0.028	0.581	0.295	0.2860
5,643.50	0.03	0.029	0.613	0.324	0.2893
6,100.00	0.03	0.031	0.645	0.355	0.2903
7,336.00	0.03	0.038	0.677	0.393	0.2849
8,000.00	0.03	0.041	0.710	0.434	0.2761
8,447.00	0.03	0.043	0.742	0.477	0.2650
8,500.00	0.03	0.044	0.774	0.521	0.2536
9,280.00	0.03	0.048	0.806	0.568	0.2382
10,500.00	0.03	0.054	0.839	0.622	0.2166
10,640.00	0.03	0.055	0.871	0.677	0.1942
12,000.00	0.03	0.062	0.903	0.738	0.1649
12,907.00	0.03	0.066	0.935	0.805	0.1309
15,700.00	0.03	0.081	0.968	0.885	0.0825
22,360.00	0.03	0.115	$\Sigma 15.00$		$\Sigma 6.014$
$\Sigma 194,804.40$					

Coeficiente de Gini = 0.40

Tabla E6. Medidas de desigualdad para datos no agrupados (Paciente)

Ingreso segunda medición (x _i)	p _i = 1/n	q _i = x _i / Σ x _i	P _i Frecuencia acumulada de las observaciones	Q _i Frecuencia acumulada de las variables	P _i – Q _i
633.50	0.03	0.003	0.032	0.003	0.0293
1,300.00	0.03	0.006	0.065	0.009	0.0556
1,830.00	0.03	0.008	0.097	0.017	0.0794
2,440.00	0.03	0.011	0.129	0.029	0.1004
2,490.00	0.03	0.012	0.161	0.040	0.1211
2,570.00	0.03	0.012	0.194	0.052	0.1415
2,590.00	0.03	0.012	0.226	0.064	0.1618
2,870.00	0.03	0.013	0.258	0.077	0.1807
3,280.00	0.03	0.015	0.290	0.092	0.1978
3,288.00	0.03	0.015	0.323	0.108	0.2149
3,500.00	0.03	0.016	0.355	0.124	0.2310
3,600.00	0.03	0.017	0.387	0.141	0.2466
3,618.00	0.03	0.017	0.419	0.157	0.2621
4,200.00	0.03	0.019	0.452	0.177	0.2750
4,400.00	0.03	0.020	0.484	0.197	0.2869
5,163.50	0.03	0.024	0.516	0.221	0.2953
5,400.00	0.03	0.025	0.548	0.246	0.3026
5,800.00	0.03	0.027	0.581	0.273	0.3080
6,140.00	0.03	0.028	0.613	0.301	0.3119
6,850.00	0.03	0.032	0.645	0.333	0.3125
7,500.00	0.03	0.035	0.677	0.367	0.3100
9,280.00	0.03	0.043	0.710	0.410	0.2994
9,400.00	0.03	0.043	0.742	0.454	0.2882
10,336.00	0.03	0.048	0.774	0.502	0.2727
11,120.00	0.03	0.051	0.806	0.553	0.2535
12,700.00	0.03	0.059	0.839	0.612	0.2271
13,907.00	0.03	0.064	0.871	0.676	0.1950
14,695.00	0.03	0.068	0.903	0.744	0.1593
15,700.00	0.03	0.073	0.935	0.816	0.1190
17,740.00	0.03	0.082	0.968	0.898	0.0692
21,955.00	0.03	0.102	Σ 15.00		Σ 6.308
Σ216,296.00					

Coeficiente de Gini = 0.42

CUESTIONARIOS

Funcionalidad Familiar

I. (FACES II)

Escoja la opción que usted considera la adecuada de cada una de las siguientes preguntas, y escriba el número dentro del paréntesis.

1. Los miembros de la familia se apoyan unos a otros en momentos difíciles.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

2. En nuestra familia a cada quién le es fácil expresar su opinión.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

3. Es más fácil discutir problemas con gente de fuera de la familia que con los miembros de la misma familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

4. Cada miembro de la propia familia aporta algo en las decisiones importantes de la familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

5. Nuestra familia acostumbra reunirse en el mismo cuarto.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

6. Los niños tienen voz y voto en cuanto a su propia disciplina.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

7. Nuestra familia acostumbra hacer actividades en conjunto.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

8. Los miembros de la familia discuten los problemas y se sienten bien acerca de las soluciones.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

9. En nuestra familia cada quién escoge su propio camino.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

10. Rotamos los quehaceres del hogar entre cada uno de los miembros de la familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

11. Los miembros de la familia conocen respectivamente a los amigos íntimos de los otros miembros de la familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

12. Es difícil saber cuáles son las reglas que se siguen en nuestra familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

13. Los miembros de la familia consultan a los otros miembros sobre las decisiones que tiene que tomar.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

14. Los miembros de la familia nos dicen lo que quieren.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

15. Cuando pensamos hacer actividades como familia, tenemos dificultades.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

16. Cuando hay que resolver problemas, aceptamos sugerencias de los niños.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

17. Los miembros de la familia se sienten muy cercanos unos a otros.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

18. La disciplina es razonable y justa en nuestra familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

19. Los miembros de nuestra familia se sienten más cercanos a personas ajenas que a los propios miembros.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

20. Nuestra familia intenta nuevas maneras de enfrentarse a los problemas.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

21. Los miembros de la familia aceptan lo que la familia decide hacer.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

22. En nuestra familia, todos compartimos responsabilidades.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

23. Los miembros de la familia acostumbran compartir su tiempo libre con los demás miembros de la familia.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

24. Es difícil conseguir que se cambien las reglas en nuestras familias.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

25. Los miembros de la familia se evitan unos a otros cuando están en la casa.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

26. Cuando surgen problemas toda la familia se compromete a resolverlas.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

27. Aprobamos a los amigos de cada quién.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

28. Los miembros de la familia temen expresar sus pensamientos.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

29. En la familia se forman alianzas en vez de actuar como familia total.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

30. Los miembros de la familia comparten intereses y pasatiempos unos con otros.

1. Casi nunca	2. De vez en cuando	3. Algunas veces	4. Frecuentemente	5. Casi siempre	()
---------------	---------------------	------------------	-------------------	-----------------	-----

II. APGAR – Familiar

Escoja la opción que usted considera la adecuada de cada una de las siguientes preguntas, y escriba el número dentro del paréntesis.

1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre	()
---------------	------------	-----------------	-----

2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre	()
---------------	------------	-----------------	-----

3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?

0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre	()
---------------	------------	-----------------	-----

4. ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted pasan juntos?

0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre	()
---------------	------------	-----------------	-----

5. ¿Siente que su familia lo quiere?

0. Casi nunca	1. A veces	2. Casi siempre	()
---------------	------------	-----------------	-----

APOYO SOCIAL FUNCIONAL

I. Duke UNC-11

Escoja la opción que usted considera la adecuada de cada una de las siguientes preguntas, y escriba el número dentro del paréntesis.

1. Recibo visitas de mis amigos y familiares.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

2. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

3. Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

4. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

5. Recibo amor y afecto.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

6. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

7. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

8. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

9. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

10. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

11. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.

1. Mucho menos de lo que deseo	2. Menos de lo que deseo	3. Ni mucho ni poco	4. Casi como lo deseo	5. Tanto como lo deseo	()
--------------------------------	--------------------------	---------------------	-----------------------	------------------------	-----

CUESTIONARIO DE GASTOS E INGRESOS DEL HOGAR

Mapa del domicilio

I. DATOS GENERALES

Fecha: _____

Número de entrevista: 1() 2()

Nombre el paciente: _____

Número de seguridad social: / _ / _ / _ / _ // _ / _ // _ / _ / _ / _ /

Agregado / _ / _ // _ / _ // _ / _ /

Sexo: _____ Edad en años: _____

Domicilio: Calle _____

Colonia _____

Delegación _____

D.F. () Estado de México ()

Teléfono del domicilio: _____

II. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PERSONAS CON LAS QUE HABITA EN EL HOGAR.

2.1 Listado de personas, por nombre, que habitan en el hogar. 2.2 Total de personas que habitan en la vivienda /_/_/_/	2.3 Sexo 1. Hombre 2. Mujer	2.4 Edad en años, al momento de la entrevista.	2.5 ¿Qué parentesco tiene con el(a) jefe(a) del hogar? 1. Jefe(a) 2. Esposa(o) 3. Hijo(a) 4. Padre 5. Madre 6. Tía(o) 7. Sobrina(o) 8. Prima(o) 9. Cuñado(a). 10. Suegro(a) 11. Hermano(a) 12. Nuera 13. Yerno 14. Ninguno 15. Otro, especificar	2.6 ¿Cuál es el estado civil de (nombre)? 1. Soltero(a) 2. Casado(a) 3. Unión libre 4. Divorciado(a) 5. Separado(a) 6. Viudo(a)	2.7 ¿Cuál es el nivel y último grado de estudios que termino y aprobó? 1. Ninguno 2. Lactantes y maternal 3. Prescolar o Kinder 4. Primaria 5. Secundaria 6. Preparatoria, vocacional o bachillerato 7. Carrera técnica o comercial 8. Normal 9. Profesional 10. Postgrado 11. Educación especial		2.8 ¿Estudia actualmente? 1. Si 2. No	2.9 ¿Trabaja o trabajo los tres últimos meses? 1. Si 2. No
Nombre	Sexo	Edad	Parentesco	Estado civil	Nivel	Grado	Estudia	Trabaja
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								

III. CARACTERÍSTICAS Y SERVICIOS DE LA VIVIENDA

<p>3.1 ¿El tipo de vivienda es?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Casa sola 2. Departamento en edificio o condominio 3. Departamento en vecindad 4. Cuanto de azotea 5. Vivienda móvil 6. Refugio 	<p>3.2 ¿La vivienda es?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Propia 2. Rentada 3. Propia con financiamiento bancario 4. Propia con financiamiento de Infonavit 5. Prestada 6. Otra, especificar..... 	<p>3.3 ¿El material de las paredes de la vivienda, la mayor parte, es de?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lámina de cartón 2. Lámina de asbesto o metálica 3. Adobe 4. Madera 5. Tabique, ladrillo, piedra, cantera o cemento 6. Otro material, especificar..... 	<p>3.4 ¿El material del techo de la vivienda, la mayor parte, es de?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lámina de cartón 2. Lámina de asbesto o metálica 3. Madera 4. Teja 5. Tabique, ladrillo, losa de concreto 6. Otro material, especificar.....
<p>3.5 ¿El material del piso de la vivienda, la mayor parte, es de?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tierra 2. Cemento 3. Madera 4. Mosaico y otro recubrimiento 	<p>3.6 ¿Cómo está constituida su vivienda? (Circule los que le correspondan a su caso y agregue el número correspondiente)</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cocina 2. Baño No./_/_/_/ 3. Recámara No./_/_/_/ 4. Sala 5. Comedor 6. Sala-comedor 7. Otros, especificar..... 	<p>3.7 La vivienda tiene agua:</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Entubada dentro de la vivienda 2. Entubada fuera de la vivienda, pero dentro del terreno 3. De llave pública 4. Por acarreo de pozo, arroyo o jagüey 5. Por pipa 	<p>3.8 Los ocupantes de la vivienda disponen de:</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Excusado o sanitario 2. Letrina 3. Fosa séptica 4. No tienen servicio sanitario (pasar a la 3.10)
<p>3.9 ¿El sanitario es exclusivo para los ocupantes de la vivienda?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>3.10 ¿La vivienda tiene drenaje?</p> <input type="text"/> <p>Conectado a la red pública Conectado a la fosa séptica Con desagüe a la barranca Con desagüe a la calle No tiene drenaje</p>	<p>3.11 ¿Cuenta con luz eléctrica dentro de la vivienda?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si (pasar a la 3.13) 2. No 	<p>3.12 ¿Qué utiliza para iluminar su hogar?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Velas de cera 2. Lámpara de petróleo 3. Lámpara de gas 4. Otro, especificar.....
<p>3.13 ¿Qué combustible utiliza para cocinar?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Gas 2. Leña o carbón 3. Petróleo 4. Electricidad 	<p>3.14 ¿Cuenta con teléfono dentro de la vivienda?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>3.15 ¿Alguna de las personas que habitan en la vivienda tiene teléfono celular o radiolocalizador?</p> <input type="text"/> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	<p>3.16 ¿Cuántas personas cuentan con teléfono celular o radiolocalizador?</p> <p>No. /_/_/_/</p>

V. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

<p>5.1 ¿Durante los tres meses pasados, dedico (<i>nombre</i>) alguna parte de su tiempo a una o varias de las siguientes actividades:</p> <p>1. Estudiar 2. Quehaceres del hogar 3. Atención de niños 4. Atención a ancianos 5. Atención de enfermos 6. Servicios gratuitos a su comunidad 7. No dedico tiempo a ninguna de las actividades anteriores</p> <p>(2 a 5 sin remuneración)</p>	<p>5.2 Durante los tres meses pasados, ¿<i>nombre</i> trabajo para sostener a la familia o para cubrir alguno de sus propios gastos, al menos una hora o un día?</p> <p>1. Si (<i>pase a la 5.5</i>) 2. No</p>	<p>5.3 ¿Cuál es el motivo por el que <i>nombre</i> no trabaja?</p> <p>1. Esta estudiando 2. Se dedica a los quehaceres del hogar 3. Esta pensionado 4. Esta jubilados 5. Edad avanzada 6. Esta incapacitado para trabajar por el resto de su vida 7. Por enfermedad 8. Por cuidar a familiares 9. Cerró o quebró su fuente de trabajo o hubo recorte de personal 10. Otro, especificar.....</p> <p>(3,4,6,7,8 y 9 especificar desde cuando)</p>	<p>5.4 ¿Me puede decir por favor, cómo le hace <i>nombre</i> para sostenerse económicamente?</p> <p>1. Recibe pensión de su trabajo 2. Recibe renta de su(s) casa(s) o ganancias de su(s) negocio(s) o empresa(s) 3. Tiene ahorros 4. Recibe pensión por viudez, orfandad o divorcio 5. Está becado 6. Le sostiene un familiar u otra persona 7. Otro, especificar.....</p> <p>(Si percibe un ingreso, especifique cada cuando)</p>	<p>5.5 ¿En que fecha terminó o dejó <i>nombre</i> el último trabajo que tuvo?</p>	<p>5.6 ¿Cuánto tiempo estuvo trabajando en ese lugar?</p>
Código y horas al mes	Código	Código y observaciones	Código y observaciones	d/m/a	Tiempo (a/m)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

V. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

<p>5.7 Durante los tres meses pasados, ¿cuántos trabajos realizó o tuvo (<i>nombre</i>)?</p> <p>1. Un trabajo 2. Dos trabajos 3. Tres o más trabajos</p>	<p>5.8 ¿En su trabajo principal de hace 3 meses de <i>nombre</i> era?</p> <p>1. Patrón 2. Trabajador por su cuenta 3. Trabajador por destajo, comisión o porcentaje 4. Trabajador a sueldo fijo, salario o jornal 5. Miembro de una cooperativa 6. Trabajador familiar sin pago 7. Trabajador no familiar sin pago 8. Otro, especificar....</p>	<p>5.9 ¿Qué tipo de contratación tuvo <i>nombre</i> desde hace tres meses?</p> <p>1. Contrato por escrito por tiempo indefinido 2. Contrato por escrito por tiempo determinado 3. Contrato verbal o de palabra 4. Otro, especificar....</p>	<p>5.10 ¿Cuál es el nombre del oficio, puesto o cargo que desempeña <i>nombre</i> en su trabajo principal de hace tres meses?</p>	<p>5.11 ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio o institución para la que trabaja <i>nombre</i> desde hace tres meses?</p>	<p>5.12 ¿La persona para la que trabajo o a quién ayudo <i>nombre</i> es?</p> <p>1. Dueño de un negocio, taller, establecimiento o vehículo 2. Profesionista independiente 3. Maquilador, destajista, contratista 4. Agricultor, campesino, ganadero o pescador 5. Trabajador a sueldo de una empresa o negocio 6. Ama de casa o familia 7. Distintas amas de casa o familia 8. Otra, especificar....</p>
<p>Código</p>	<p>Código</p>	<p>Código</p>	<p>Oficio, puesto o cargo</p>	<p>Nombre de la empresa</p>	<p>Empleador</p>
<p>1.</p>					
<p>2.</p>					
<p>3.</p>					
<p>4.</p>					
<p>5.</p>					
<p>6.</p>					
<p>7.</p>					
<p>8.</p>					
<p>9.</p>					
<p>10.</p>					

V. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

5.13 ¿La empresa o negocio para el que trabajo <u>nombre</u> cuenta con local para trabajar? 1. Si <i>(pase a la 5.15)</i> 2. No	5. 14 Sin local 1. En terreno de cultivo 2. Ambulante de casa en casa 3. En vehículo: auto, bicicleta, triciclo, etc. 4. Puesto improvisado en la vía pública o tianguis 5. En su propio domicilio 6. En el domicilio del patrón o de los clientes 7. En vehículo para el transporte de personas o mercancías: taxi, pesero, camión, etc. 8. Otro, especificar....	5.15 Con local 1. Puesto fijo en la vía pública 2. Local comercial (abarrotes, ferretería, zapatería, etc.) 3. Taller de producción (tortillería, panadería, carpintería, imprenta, etc.) 4. Taller de servicios de reparación (mecánico, eléctrico, etc.) 5. Local de servicios profesionales, técnicos especializados, personales, educativos, asistenciales, etc. 6. Local de servicios de restaurante, fonda, casa de huéspedes, bar, etc. (que no son parte de una cadena) 7. Establecimiento de mediana y gran dimensión de producción, construcción y extracción (fábrica, minas, pozos petroleros, etc.) 8. Establecimiento de mediana y gran dimensión comerciales, financieras, transporte, salud, educación y otros servicios (supermercados, bancos, líneas de autobuses, escuelas clínicas, hoteles, etc.) 9. Oficinas y dependencias administrativas de gobierno 10. Otro, especificar.....	5.16 ¿Cuántos días <u>nombre</u> habitualmente trabaja a la semana? <i>Número de días</i>	5.17 ¿Cuántas horas <u>nombre</u> habitualmente trabaja a la semana? <i>Número de horas</i>	5.18 En el trabajo principal de hace 3 meses, ¿en qué forma obtiene <u>nombre</u> sus ingresos o le pagan? 1. Sueldo fijo 2. Por hora o día trabajado 3. A destajo 4. Por comisión o porcentaje 5. Con propinas 6. Recibió ganancias 7. Consume la familia de lo que produce o vende 8. Le pagan con mercancía o productos comercializables, especificar..... 9. No le pagan ni recibe ingresos	5.19 En el trabajo principal de hace tres meses, ¿Cada cuando obtiene <u>nombre</u> sus ingresos o le pagan? 1. Cada mes 2. Cada 15 días 3. Cada semana 4. Diario 5. Le pagan por pieza, obra, servicio o trabajo realizado 6. Otra, especificar.....
Código	Código	Código	Días	Horas	Código	Código
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						

V. CARACTERÍSTICAS OCUPACIONALES DE LAS PERSONAS DE 12 AÑOS O MAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

<p>5.20 En el trabajo principal de hace tres meses, ¿cuáles son las prestaciones sociales que le dan a <u>nombre</u>?</p> <p>1. Aguinaldo 2. Vacaciones con goce de sueldo 3. Participación de utilidades 4. Servicios médicos 4.1 IMSS 4.2 ISSSTE 4.3 PEMEX 4.4 Marina 4.5 Ejército 4.6 Privados 5. AFORES 6. Crédito para vivienda 7. Ayuda de despensa 8. Capacitación 9. Guardería 10. Otros, especificar.....</p>	<p>5.21 ¿Cuántos días del mes pasado, nombre falto al trabajo?</p> <p><i>Número de días</i></p>	<p>5.22 ¿Cuál es la razón por la que no trabajo nombre el mes pasado?</p> <p>1. Vacaciones, descanso o viaje, con goce de sueldo o ganancias 2. Permiso, enfermedad, arreglo de asuntos personales o asistencia a cursos con goce de sueldo o ganancias 3. Huelga o paro laboral 4. Enfermedad sin goce de salario o ganancias 5. Motivos personales o familiares sin goce de salario 6. Suspensión o descanso sin goce de salario o ganancias 7. Término de temporada de trabajo 8. Mal tiempo o fenómeno natural 9. Falta de material prima, financiamiento o clientes 10. Falta de vehículo o descompostura de maquinaria 11. Otro, especificar.....</p>	<p>5.23 ¿Cuál es el nombre y posición de la ocupación, empleo y oficio secundario que desempeño, nombre, el mes pasado?</p>	<p>5.24 ¿Cuál es el nombre de la empresa, negocio o institución para la que trabajo, nombre, el mes pasado?</p>	<p>5.25 ¿Cada cuando y cuantas horas, nombre, laboraba en ese trabajo?</p>	<p>5.26 ¿Cada cuando le pagaban a nombre en su trabajo secundario?</p> <p>1. Cada mes 2. Cada 15 días 3. Cada semana 4. Diario 5. Le pagan por pieza, obra, servicio o trabajo realizado 6. Otra, especificar.....</p>	<p>5.27 ¿Con qué prestaciones sociales cuenta en ese empleo?</p> <p>1. Aguinaldo 2. Vacaciones con goce de sueldo 3. Participación de utilidades 4. Servicios médicos 4.1 IMSS 4.2 ISSSTE 4.3 PEMEX 4.4 Marina 4.5 Ejército 4.6 Privados 5. AFORES 6. Crédito para vivienda 7. Ayuda de despensa 8. Capacitación 9. Guardería 10. Otros, especificar.....</p>
Anotar todas las que correspondan	Días	Código y observaciones	Nombre y posición	Nombre de la empresa	Días y horas	Código	Anotar todas las que correspondan
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							

VI. CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DE LAS PERSONAS QUE HABITAN EN EL HOGAR

6.1 Cuándo <u>nombre</u> tiene un problema de salud ¿en donde se atiende regularmente? 1. IMSS 2. IMSS-Solidaridad 3. ISSSTE 4. SSA 5. PEMEX 6. Marina <small>Pasan a la 6.5</small> 7. Ejército 8. DIF 9. DDF 10. Particular 11. <small>Otros,</small> especificar..... 12. Seguros privados 13. No se atiende <i>(pasa 6.4)</i>	6.2 ¿El seguro privado de gastos médicos de <u>nombre</u> quién lo paga? 1. El(la) mismo(a) 2. La empresa donde trabaja 3. Algún miembro del hogar 4. Algún otro familiar que no vive en el hogar, especificar 5. Otro, especificar.....	6.3 ¿Cuánto y cada cuando paga el seguro privado de gastos médicos? 1. Mensual 2. Trimestral 3. Cada seis meses 4. Anual	6.4 ¿Por qué no se atiende con un médico u otro personal de salud? 1. No lo necesita 2. No hay 3. No tiene dinero 4. No tiene tiempo 5. No les tiene confianza 6. Otro, especificar.....	6.5 ¿Alguna persona de este hogar tiene alguna enfermedad? 1. Diabetes mellitus 2. Hipertensión 3. Asma 4. Enfermedad del corazón 5. Ceguera, sordera o parálisis 6. Crisis convulsivas 7. Otra, especificar.....	6.6 Alguna persona de este hogar, además de tener servicio médico, ¿se atiende con: 1. Farmacéutico? 2. Curandero? 3. Yerberero? 4. Homeópata? 5. Acupunturista? 6. Naturista? 7. Otro, especificar.....
Código	Código	Código	Código	Código	Código
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

OBSERVACIONES

VII. GASTOS EN EDUCACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

7.1 ¿La escuela a la que asiste (o asistía) <u>nombre</u> , es? 1. Pública 2. Privada 3. Otra, especificar....	7.2 ¿Cada cuando paga (o pagaba) de inscripción y/o colegiatura de la escuela de <u>nombre</u> ? 1. Mensual 2. Semestral 3. Anual 4. Otra, especificar....	7.3 ¿Cuánto se paga (o pagaba) de la colegiatura de <u>nombre</u> en la escuela? (En pesos)	7.4 ¿En qué y cuánto gasto (o gastaba) en artículos educativos para la escuela, el mes pasado de <u>nombre</u> ? 1. Libros 2. Material escolar (cuadernos, plumas, hojas, carpetas, lápices, etc.) 3. Equipo escolar (máquina de escribir, calculadora, computadora, etc.) 4. Material para actividades tecnológicas, artísticas, laboratorio y deportivas. 5. Reparación o mantenimiento del equipo escolar 6. Otro, especificar.....	7.5 Si estudiaba <u>nombre</u> , ¿por qué dejó de estudiar?	7.6 ¿Tuvo que cambiar de escuela a <u>nombre</u> , en estos últimos tres meses? 1. Si (pase a la 7.7) 2. No 7.7 ¿Por qué se cambio de escuela a <u>nombre</u> ?
Código	Código	Pesos	Código y gasto	Motivos	Código y motivos
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

OBSERVACIONES _____

VIII. GASTOS EN CULTURA, ESPARCIMIENTO Y RECREACIÓN DE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

GASTOS EN CULTURA			
8.1 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compró en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Enciclopedias			
2. Libros (no de la escuela)			
3. Periódicos			
4. Revistas			
5. Audiocassetes			
6. Discos			
7. Discos compactos			
8. Videocintas			
9. Otros, especificar.....			
Subtotal \$ _____			

GASTOS EN ESPARCIMIENTO			
8.2 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compró en los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Juguetes			
2. Juegos electrónicos y videojuegos			
3. Instrumentos musicales			
4. Artículos de deporte y cacería			
5. Reparación y/o mantenimiento de las artículos anteriores			
6. Artículos de jardinería: plantas, macetas, tierra, abono, mangueras, semillas, etc.			
7. Compra de animales domésticos: pájaros, aves, gatos, perros, etc.			
Subtotal \$ _____			
Subtotal \$ _____			

AUDIOVISUALES			
8.3 De los siguientes artículos audiovisuales, ¿Cuáles compró en los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Radio y radio despertador			
2. Estéreo o modular			
3. Grabadora			
4. Televisión			
5. Videocasetera			
6. Computadora			
7. Impresora			
8. Scanner			
9. Antena parabólica			
10. Regresadora de video			
11. Reproductor de casete personal			
12. Reproductor de discos compactos			
13. Reparación y/o mantenimiento de los artículos eléctricos, especificar.....			
14. Reproductor de discos compactos para vehículo y auto estéreo			
15. Otros, especificar.....			
Subtotal \$ _____			

FOTOGRAFICOS Y DE VIDEO			
8.4 De los siguientes artículos fotográficos y de video, ¿Cuáles compró durante los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Cámaras fotográficas y de video			
2. Material fotográficos: lentes, películas, flash, etc.			
3. Reparación y/o mantenimiento de los artículos anteriores			

IX. GASTOS EN COMUNICACIONES Y TRANSPORTE

COMUNICACIONES		
9.1 De los servicios de comunicación, ¿Cuánto pago el MES pasado?	Pago mensual	Observaciones
1. Teléfono particular		
2. Teléfono público		
3. Teléfono celular		
4. Radiolocalizador		
5. Correo: estampillas, paquetes, etc.		
6. Telégrafo		
7. Giros		
8. Fax público		
9. Internet		
Subtotal \$		_____

TRANSPORTE		
9.2 De los servicios de transporte para acudir a su trabajo y otras actividades fuera de su hogar, ¿Cuánto pago el MES pasado?	Pago mensual	Observaciones
1. Taxi		
2. Ruta 100, peseros, etc.		
3. Metro		
4. Cuotas de autopista		
Subtotal \$		_____

9.3 De los servicios de transporte, ¿Cuáles compró durante los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Autobús foráneo			
2. Tren			
3. Aéreo			
4. Servicio de carga y mudanza			
5. Otro, especificar.....			
Subtotal \$		_____	_____

X. GASTOS EN COMBUSTIBLE, MANTENIMIENTO, REFACCIONES Y SERVICIOS PARA EL VEHÍCULO

10.1 De los servicios para su vehículo, ¿Cuáles compró durante los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Gasolina, diesel o gas			
2. Aceites y lubricantes			
3. Pensión o estacionamiento			
4. Refacciones: bujías, bandas, filtros, etc.			
5. Lavado y engrasado			
6. Verificación vehicular			
7. Llantas			
8. Acumulador			
9. Afinación			
10. Reparaciones (mano de obra)			
11. Seguro de automóvil			
12. Trámites para vehículo: licencias, tenencia, placas.			
13. Partes de vehículos: defensa, salpicadera, vidrios, etc.			
14. Otros: ajuste de motor, de frenos, hojalatería, pintura, etc.			
Subtotal \$		_____	_____

Subtotal de comunicaciones _____

Subtotal de transporte _____

Subtotal de vehículos _____

Total \$ _____

XI. GASTOS EN SERVICIOS DE CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA VIVIENDA

11.1 Vivienda	Pago mensual	Observaciones
1. Propia ¿Cuánto paga de predio al mes?		
2. Propia con financiamiento bancario ¿Cuánto paga al mes?		
3. Propia con financiamiento de Infonavit, ¿Cuánto paga al mes		
4. Rentada, ¿Cuánto paga de alquiler al mes?		
5. Otra, especifique..... ¿Cuánto paga al mes?		

Subtotal \$ _____

11.2 Agua	Pago mensual	Observaciones
1. Entubada dentro de la vivienda o fuera de la vivienda, pero dentro del terreno		
2. De llave pública		
3. Por pipa		

Subtotal \$ _____

11.3 Electricidad y combustible	Pago mensual	Observaciones
1. Luz eléctrica		
2. Gas		
3. Petróleo		
4. Carbón		
5. Leña		
6. Velas y veladoras		
7. Otros combustibles: cartón, papel, etc.		

ARTÍCULOS DE LIMPIEZA Y CUIDADO		
11.4 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compró el mes pasado?	Pago mensual	Observaciones
1. Detergentes en polvo y líquidos		
2. Jabón en barra		
3. Blanqueadores		
4. Limpiadores (polvo, líquidos)		
5. Papel sanitario		
6. Servilletas y papel absorbente		
7. Platos, vasos y cubiertos desechables		
8. Papel aluminio o encerado, bolsas desechables		
9. Escobas, recogedores, jaladores, trapeadores		
10. Fibras, estropajos y escobetas		
11. Jergas y trapos de cocina		
12. Cerillos		
13. Pilas		
14. Focos		
15. Cera y limpia muebles		
16. Insecticidas		
17. Desodorante ambiental y sanitario		
18. Recipientes de lámina: cubetas, tinas, etc.		
19. Recipientes de plástico: cubetas, mangueras, trastos, etc.		
20. Otros artículos: suavizante de ropa, limpiadores de piso, etc.		

Subtotal \$ _____

Subtotal \$ _____

XI. GASTOS EN SERVICIOS DE CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA VIVIENDA

ENSERES DOMÉSTICOS			
11.5 De los siguientes enseres domésticos, ¿cuáles compró durante los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Ventilador			
2. Aparato de aire acondicionado			
3. Máquina de cocer			
4. Cocina integral			
5. Estufa de gas			
6. Estufa de otros combustibles (eléctrica, de petróleo, etc.)			
7. Refrigerador			
8. Licuadora			
9. Batidora			
10. Plancha			
11. Extractor de jugos			
12. Lavadora			
13. Aspiradora			
14. Calentador de gas			
15. Calentador de otros combustibles			
16. Lámparas eléctricas			
17. Horno de microondas			
18. Secadora de ropa			
19. Lavavajillas			
20. Otros aparatos: tostador, calefactor, contestador telefónico, etc.			
21. Reparación y/o mantenimiento de los artículos anteriores			

Subtotal \$ _____

MUEBLES			
11.6 De los siguientes muebles, ¿Cuáles compró durante los últimos SEIS meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Piezas sueltas de recámara: cama, tocador, cuna, ropero, etc.			
2. Piezas sueltas de comedor o antecomedor			
3. Juego de recámara			
4. Juego de comedor o antecomedor			
5. Juego de sala			
6. Piezas sueltas para sala			
7. Muebles de cocina			
8. Alfombras y tapetes			
9. Libreros			
10. Escritorio			
11. Otros: mesa para TV, etc.			

Subtotal \$ _____

11.7 Cuota por servicios de conservación	Gasto mensual	Observaciones
1. Recolección de basura		
2. Cuota por vigilancia		
3. Cuotas por administración		
4. Otros servicios, especificar.....		

Subtotal \$ _____

XI. GASTOS EN SERVICIOS DE CONSERVACIÓN, MANTENIMIENTO, LIMPIEZA Y CUIDADO DE LA VIVIENDA

REPARACIÓN, AMPLIACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LA VIVIENDA		
11.8 De los siguientes servicios y artículos, ¿Cuáles utilizó el MES pasado?	Gasto mensual	Observaciones
1. Servicio doméstico		
2. Lavandería de cortinas, muebles, alfombras, etc.		
3. Mano de obra de jardinería		
4. Material para la reparación, ampliación y conservación de la vivienda (pintura, tubería, etc.) que habita la familia.		
5. Mano de obra para la reparación ampliación y conservación de la vivienda, que habita la familia		
6. Material para la reparación, ampliación y conservación de la vivienda (pintura, tubería, etc.) que NO habita la familia.		
7. Mano de obra para la reparación ampliación y conservación de la vivienda, que NO habita la familia		
8. Otros servicios: fumigación, etc.		

Subtotal \$ _____

OBSERVACIONES

11.1 Subtotal \$ _____
 11.2 Subtotal \$ _____
 11.3 Subtotal \$ _____
 11.4 Subtotal \$ _____
 11.5 Subtotal \$ _____
 11.6 Subtotal \$ _____
 11.7 Subtotal \$ _____
 11.8 Subtotal \$ _____

Total \$ _____

XII. GASTOS EN ARTÍCULOS YSERVICIOS PARA EL CUIDADO PERSONAL

ARTÍCULOS		
12.1 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compró en los últimos TRES meses?	Cantidad	Gasto en pesos
1. Jabón de tocador		
2. Lociones y perfumes		
3. Pasta dental, enjuague bucal, cepillo e hilo dental		
4. Champús, tintes, enjuagues y acondicionadores		
5. Desodorantes y talco		
6. Crema facial y para el cuerpo, brillantina, gel fijador, espray para el cabello, etc.		
7. Navajas y rastrillos para afeitar, crema para afeitar		
8. Polvo, bases, correctores y maquillaje facial		
9. Sombra, lápiz labial y de cejas, delineador, máscara para pestañas, etc.		
10. Artículos de tocador para el bebé		
11. Pañuelos desechables		
12. Pañales desechables		
13. Toallas sanitarias		
14. Cepillo y peine		
15. Esmaltes y limas para las uñas		
16. Artículos eléctricos: rasuradoras, secadoras, rollos, aparatos para reducción de peso, etc.		
17. Reparación y mantenimiento de artículos eléctricos		
18.Otros: tratamientos faciales, mascarillas, etc.		

SERVICIOS		
12.2 De los siguientes servicios, ¿Cuáles utilizó en los TRES últimos meses?	Cantidad	Gasto en pesos
1. Corte de cabello y peinado		
2. Baños y masajes		
3. Permanentes y tintes		
4. Manicura y pedicura		
5. Delineado permanente de párpados y labios		
6. Tratamiento para reducción de peso		
7.Otros: tratamientos faciales, capilares, rasurar, depilación, etc.		

Subtotal \$ _____

Total \$ _____

OBSERVACIONES

Subtotal \$ _____

XIII. GASTOS EN PRENDAS DE VESTIR, CALZADO Y ACCESORIOS

PRENDAS DE VESTIR EXTERIORES			
13.1 De las siguientes prendas de vestir, ¿Cuánto gastó en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Pantalones para hombre			
2. Pantalones de mujer			
3. Camisas para hombre			
4. Playeras para hombre			
5. Blusas para mujer			
6. Playeras para mujer			
7. Trajes (hombre)			
8. Traje sastre (mujer)			
9. Sacos para hombre			
10. Sacos para mujer			
11. Vestidos			
12. Conjuntos			
13. Faldas			
14. Suéteres			
15. Abrigos			
16. Gabardinas e impermeables			
17. Chamarras			
18. Chalecos			
19. Chales, rebozos, etc.			
20. Corbatas, tirantes, etc.			
21. Vestimenta para eventos especiales: fiestas, recepciones, etc.			
22. Uniformes y prendas de vestir para actividades educativas, deportivas y artísticas			
23. Telas, confecciones y reparaciones			
24. Servicio de tintorería			
Subtotal \$			

PRENDAS DE VESTIR INTERIORES			
13.2 De las siguientes prendas de vestir, ¿Cuáles compró en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Calzoncillos y trusas			
2. Camisetas			
3. Calcetines y calcetas			
4. Pantaletas			
5. Brasieres y fajas			
6. Fondos, corpiños y camisetas			
7. Medias, tobimedias, pantimedias y mallas			
8. Pijamas, batas y camisones			
Subtotal \$			

PRENDAS DE VESTIR EN MENORES DE 3 AÑOS			
13.3 De las siguientes prendas de vestir, ¿Cuáles compró en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Pañales de tela			
2. Pantalones			
3. Vestidos			
4. Mamelucos			
5. Playeras y blusas			
6. Suéteres y chambras			
7. Camisetas			
8. Calzones de tela			
9. Calcetines y calcetas			
10. Pijamas			
11. Telas, confecciones y reparaciones			
12. Otras: fajeros, baberos, etc.			
Subtotal \$			

XIII. GASTOS EN PRENDAS DE VESTIR, CALZADO Y ACCESORIOS

CALZADO			
13.4 ¿Cuánto gastaron en calzado en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Zapatos para hombre			
2. Zapatos para mujer			
3. Tenis			
4. Otro tipo de calzado: huaraches, suecos, etc.			
5. Servicio de boleado y reparación del calzado			
6. Otros: agujetas, cremas, ceras, cepillos, etc.			

Subtotal \$ _____

13.1 Subtotal \$ _____

13.2 Subtotal \$ _____

13.3 Subtotal \$ _____

13.4 Subtotal \$ _____

13.5 Subtotal \$ _____

Total \$ _____

ACCESORIOS			
13.5 ¿Cuánto gastaron en accesorios en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Sombreros, gorros y cachuchas			
2. Bolsas			
3. Portafolios			
4. Cinturones, carteras y monederos			
5. Joyería de oro y plata			
6. Joyería de fantasía			
7. Relojes de pulso			
8. Encendedores, cigarreras, polveras			
9. Lentes para el sol			
10. Pasadores, diademas, prendedores para el pelo, etc.			
11. Artículos y accesorios para el bebé			
12. Reparación y/o mantenimiento de los accesorios			

Subtotal \$ _____

OBSERVACIONES

XIV. GASTOS EN CRISTALERÍA, BLANCOS Y UTENSILIOS DOMÉSTICOS

CRISTALERÍA, VAJILLAS Y UTENSILIOS			
14.1 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compraron en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Vajilla completa (porcelana, vidrio, barro, plástico, cerámica, etc.)			
2. Piezas sueltas de vajilla (porcelana, vidrio, barro, plástico, cerámica, etc.)			
3. Recipientes de plástico para la cocina			
4. Jarras, vasos, copas (porcelana, vidrio, barro, plástico, cerámica, etc.)			
5. Cubiertos			
6. Objetos ornamentales			
7. Accesorios de hule, plástico o acrílico			
8. Reloj de pared o de mesa			
9. Batería de cocina o piezas sueltas (acero, aluminio, peltre)			
10. Olla exprés			
11. Otros utensilios: abrelatas, pinza para hielo, tijeras, exprimidores, etc.			
12. Herramientas: martillo, pinzas, desarmador, taladro, sierra, etc.			
13. Reparación y/o mantenimiento de los artículos anteriores			

Subtotal \$ _____

Total \$ _____

BLANCOS, MANTELERÍA Y ARTÍCULOS DE MERCERÍA			
14.2 De los siguientes artículos, ¿Cuáles compraron en los TRES últimos meses?	C= contado A=abonos	Costo total del artículo	Pago mensual
1. Colchones			
2. Colchonetas			
3. Cobertores y cobijas			
4. Sábanas			
5. Fundas			
6. Colchas y edredones			
7. Manteles, servilletas e individuales			
8. Toallas			
9. Cortinas			
10. Telas, confecciones y reparaciones de artículos del hogar			
11. Hilos, hilazas, estambres			
12. Agujas, ganchos, cierres, botones y broches			
13. Otros artículos: hamacas, almohadas, cojines, etc.			

Subtotal \$ _____

OBSERVACIONES

**XV.1 GASTOS EN ALIMENTOS, BEBIDAS Y TABACO
CONSUMIDOS DENTRO Y FUERA DEL HOGAR**

15.1 De las siguientes bebidas, alimentos y tabaco, ¿Cuáles compró durante el último MES?	Cantidad y observaciones	Gasto en pesos
1. Bebidas no alcohólicas:		
Refresco con gas		
Refresco sin gas		
Jugos enlatados o en envase de cartón		
Otros, especificar		
2. Bebidas alcohólicas		
Cerveza		
Brandi		
Pulque		
Tequila		
Mezcal		
Whisky		
Coñac		
Otro, especificar		
3. Otros		
Agua purificada		
Granadina		
Jarabe de sabores		
Hielo		
Otros, especificar		
4. Alimentos consumidos fuera del hogar		
Desayunos		
Comidas		
Cenas		
Alimentos entre comidas		
5. Tabaco: cigarros, puros, etc.		
Subtotal \$		
Subtotal \$		

**XV.2 GASTO EN AZÚCAR, MIEL, CAFÉ, TÉ, ESPECIAS,
CHOCOLATE, ADEREZOS Y OTROS ALIMENTOS**

15.2 De los siguientes alimentos, ¿Cuáles compraron durante el último MES?	Cantidad y observaciones	Gasto en pesos
1. Azúcar blanca o morena		
2. Miel de abeja, moscada, azúcar glass, piloncillo, etc.		
3. Café tostado o molido		
4. Café soluble o instantáneo		
5. Chocolate en tableta o en polvo		
6. Té soluble o instantáneo		
7. Sal de cocina o de mesa		
8. Pimienta y comino		
9. Canela		
10. Otros: orégano, anís, etc.		
11. Mayonesa		
12. Mostaza		
13. Salsa capsut		
14. Moles: verde, rojo, negro, etc.		
15. Concentrado de pollo y tomate		
16. Vinagre		
17. Otras especies y condimentos, especificar.....		
18. Alimentos preparados para bebé		
19. Alimentos preparados para consumir en casa		
20. Dulces y postres		
21. Chapulines, gusanos de maguey, etc.		
22. Alimentos para animales domésticos		
23. Alimentos para animales de producción: gallinas, conejos, etc.		

XV.3 GASTO EN LECHE Y SUS DERIVADOS, HUEVO, ACEITE, Y GRASAS

15.3 De los siguientes alimentos, ¿Cuáles compraron durante el último MES?	Cantidad y observaciones	Gasto en pesos
1. Leche pasteurizada		
2. Leche no pasteurizada		
3. Leche evaporada y condensada		
4. Leche en polvo (entera, descremada y maternizada)		
5. Otro tipo de leche		
6. Queso fresco		
7. Crema y mantequilla		
8. Yogurth		
9. Otros tipos de quesos: chihuahua, manchego, Oaxaca, etc.		
10. Huevo de gallina		
11. Otro tipo de huevo: pato, tortuga, pavo, etc.		
12. Aceite vegetal: cártamo, maíz, girasol, etc.		
13. Aceite de olivo		
14. Margarina		
15. Manteca vegetal		
16. Manteca de puerco		
17. Otros aceites y grasas, especificar..		

Subtotal \$ _____

OBSERVACIONES

XV.4 GASTO EN HARINAS, TORTILLA, CEREALES, PAN Y ALIMENTOS "CHATARRA"

15.4 De los siguientes alimentos, ¿Cuáles compraron durante el último MES?	Cantidad y observaciones	Gasto en pesos
1. Pan		
2. Harina de trigo		
3. Harina de maíz		
4. Harina preparadas para pasteles, hot cake, churros, etc.		
5. Avena		
6. Arroz		
7. Otros cereales: sorgo, cebada, centeno, salvado, etc.		
8. Hojuelas de maíz, trigo, etc.		
9. Tortillas de maíz		
10. Tortillas de harina		
11. Galletas saladas		
12. Galletas dulces		
13. Alimentos "chatarra"		
14. Otros, especificar.....		

Subtotal \$ _____

OBSERVACIONES

XVII.1 GASTOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DEL PACIENTE

ARTÍCULOS ORTOPÉDICOS Y TERAPÉUTICOS		
17.1.1 De los siguientes artículos, ¿Cuánto gasto en los últimos TRES meses, en el paciente?	Gasto total	Gasto mensual
1. Anteojos o lentes de contacto		
2. Placas y puentes dentales		
3. Aparatos para sordera		
4. Aparatos ortopédicos: muletas, bastón, silla de ruedas, andadera, etc.		
5. Reparación y/o mantenimiento de los aparatos anteriores		

Subtotal \$ _____

SERVICIOS		
17.1.2 De los siguientes servicios, ¿Cuáles utilizó en los últimos TRES meses, en el paciente?	Gasto total	Gasto mensual
1. Aplicación de inyecciones		
2. Ambulancia particular		
3. Cuotas a hospitales o clínicas		
4. Cuotas a compañías aseguradoras		
5. Otros servicios, especificar.....		

Subtotal \$ _____

ARTÍCULOS		
17.1.3 De los siguientes artículos, ¿Cuáles utilizó en los últimos TRES meses, en el paciente?	Gasto total	Gasto mensual
1. Equipo de curación: gasas, jeringas, mertiolate, isodine, etc.		
2. Yeso o férulas		
3. Otros artículos, especificar.....		

CONSULTAS, ESTUDIOS, MEDICAMENTOS Y OTROS		
17.1.4 De los siguientes servicios particulares, ¿ Cuánto gasto en los últimos TRES meses, en el paciente?	Gasto total	Gasto mensual
1. Consultas médicas		
2. Medicamentos, especificar....		
3. Estudios de laboratorio, especificar.....		
4. Estudios de gabinete, especificar.....		
5. Hospitalizaciones		
6. Pasajes		
7. Alimentos		
8. Otros: herbolaria, acupuntura, naturista, curandero, etc		

Subtotal \$: _____

TIPO DE PAGO		
17.1.5 ¿Cómo pagaron por la atención, artículos, medicamentos, estudios y servicios que recibió el paciente?	Observaciones	Pago mensual
1. En efectivo, con dinero propio		
2. En efectivo, con dinero prestado		
3. A crédito con firma de pagares		
4. A crédito con tarjeta de crédito		
5. Con trabajo		
6. Otra, especificar.....		

Subtotal \$: _____

Subtotal \$ _____

Total \$: _____

XVII.2 GASTOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS FAMILIARES QUE VIVEN EN EL HOGAR

ARTÍCULOS ORTOPÉDICOS Y TERAPÉUTICOS		
17.2.1 De los siguientes artículos, ¿Cuánto gasto en los últimos TRES meses, en los familiares?	Gasto total	Gasto mensual
1. Anteojos o lentes de contacto		
2. Placas y puentes dentales		
3. Aparatos para sordera		
4. Aparatos ortopédicos: muletas, bastón, silla de ruedas, andadera, etc.		
5. Reparación y/o mantenimiento de los aparatos anteriores		

Subtotal \$ _____

SERVICIOS		
17.2.2 De los siguientes servicios, ¿Cuáles utilizó en los últimos TRES meses, en los familiares?	Gasto total	Gasto mensual
1. Aplicación de inyecciones		
2. Ambulancia particular		
3. Cuotas a hospitales o clínicas		
4. Cuotas a compañías aseguradoras		
5. Otros servicios, especificar.....		

Subtotal \$ _____

ARTÍCULOS		
17.2.3 De los siguientes artículos, ¿Cuáles utilizó en los últimos TRES meses, en los familiares?	Gasto total	Gasto mensual
1. Equipo de curación: gasas, jeringas, mertiolate, isodine, etc.		
2. Yeso o férulas		
3. Otros artículos, especificar.....		

CONSULTAS, ESTUDIOS, MEDICAMENTOS Y OTROS		
17.2.4 De los siguientes servicios particulares, ¿ Cuánto gasto en los últimos TRES meses, en los familiares?	Gasto total	Gasto mensual
1. Consultas médicas		
2. Medicamentos, especificar....		
3. Estudios de laboratorio, especificar.....		
4. Estudios de gabinete, especificar.....		
5. Hospitalizaciones		
6. Pasajes		
7. Alimentos		
8. Otros: herbolaria, acupuntura, naturista, curandero, etc		

Subtotal \$: _____

TIPO DE PAGO		
17.2.5 ¿Cómo pagaron por la atención, artículos, medicamentos, estudios y servicios que recibieron los familiares?	Observaciones	Pago mensual
1. En efectivo, con dinero propio		
2. En efectivo, con dinero prestado		
3. A crédito con firma de pagares		
4. A crédito con tarjeta de crédito		
5. Con trabajo		
6. Otra, especificar.....		

Subtotal \$: _____

Subtotal \$ _____

Total \$: _____

XVIII INGRESOS DEL HOGAR

INGRESOS NETOS POR REMUNERACIÓN EN EL TRABAJO		
18.1 ¿En el mes pasado cuanto percibió por remuneración en el trabajo?	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Sueldos, salarios, jornal, horas extras		
2. Comisiones, propinas y destajo		
3. Premios y recompensas adicionales		
4. Prima vacacional y otras prestaciones en efectivo		
5. Reparto de utilidades		
Subtotal \$ _____		

18.2 Ingresos netos por negocios propios	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Negocios industriales		
2. Prestación de servicios		
3. Producción agrícola		
Subtotal \$ _____		

18.3 Ingresos netos por cooperativas	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Sueldos o salarios		
2. Ganancias y utilidades		
Subtotal \$ _____		

18.4 Ingresos netos por renta de la propiedad	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Alquiler de tierras y terrenos		
2. Alquiler de casas, locales, etc.		
3. Intereses provenientes de ahorros, inversiones o prestamos a terceros		
Subtotal \$ _____		

18.5 Percepciones financieras y de capital	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Retiro de ahorros, tandas, caja de ahorro, etc.		
2. Renta de monedas, metales preciosos y joyas		
3. Herencia, lotería y legados		
4. Venta de casas, terrenos, condominios, etc.		
5. Otros, especificar.....		
Subtotal \$ _____		

18.6 Transferencias	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Jubilaciones o pensiones		
2. Indemnizaciones recibidas de seguros contra riesgos y terceros		
3. Indemnizaciones por despido y accidentes de trabajo		
4. Becas y donaciones		
5. Ingresos provenientes de otros países		
Subtotal \$ _____		

18.7 Otros ingresos	P = paciente F = familiares	Mensual
1. Venta de vehículos, aparatos eléctricos de segunda mano, etc.		
2. Otros ingresos no considerados en los anteriores, especificar.....		
Subtotal \$ _____		

TOTAL DE INGRESOS _____