



Oficina
Internacional
del Trabajo

EL IMPACTO DEL EMPLEO EN LA OBSERVANCIA DEL TRATAMIENTO DEL VIH



INDICE

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.....	4
AGRADECIMIENTOS.....	5
PRÓLOGO.....	6
RESUMEN.....	8
Enfoque de análisis sistemático.....	8
Entrevistas a informantes.....	8
Resultados y conclusiones.....	9
Implicaciones para investigación.....	9
Recomendaciones.....	10
CONTEXTO Y FUNDAMENTOS.....	11
OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	12
METODOLOGÍA.....	13
Enfoque de análisis sistemático.....	13
Criterios de selección.....	13
Abstracción de datos.....	13
Selección de estudios.....	14
Síntesis de datos.....	14
Entrevistas a informantes clave.....	15
RESULTADOS.....	16
Análisis sistemático y meta-análisis.....	16
A.1. Resultados de la investigación y características del estudio.....	16
A.2. Relación general entre la tasa de observancia y la situación de empleo.....	22
A.3. Diferencial de relación por diferentes subgrupos.....	22
A.4. Factores que modifican las estimaciones de relación determinadas por los análisis de meta-regresión.....	24
Entrevistas a informantes clave.....	24
B.1. Situación de empleo de personas infectadas por VIH y observancia de la TAR.....	24
B.2. Estigma y discriminación.....	25

B.3. Diferencias de género en la observancia de la TAR y empleo.....	25
B.4. Simplificación del régimen de TAR para llegar a un régimen de una sola dosis, observancia y situación de empleo.....	25
B.5. Tipo de empleo e impacto en la observancia del tratamiento.....	26
B.6. Impacto de la observancia de la TAR en la obtención y/o el mantenimiento del empleo.....	26
ANÁLISIS.....	27
Principales conclusiones.....	27
A. Impacto del empleo en la observancia de la TAR.....	27
B. Observancia de la TAR y situación de empleo en países con ingresos bajos, medios y altos.....	28
C. Iniciación/observancia y capacidad de obtener y/o mantener el empleo.....	28
D. Observancia/retención tras programa de TAR en el sector privado frente al sector público.....	29
E. Observancia de la TAR, empleo y género.....	30
F. Simplificación del régimen de TAR hacia un régimen de una dosis al día y una menor ingesta farmacológica y el impacto en la observancia de la TAR y el empleo.....	31
G. El trabajo formal e informal y el impacto en la observancia de la TAR.....	32
H. Incremento de productividad relacionado con el tratamiento con TAR y su observancia.....	32
Ventajas y limitaciones del estudio.....	33
Implicaciones para una investigación futura.....	33
CONCLUSIONES.....	34
REFERENCIAS.....	35
ANEXOS.....	42
Anexo 1 – Estrategia de búsqueda.....	42
Anexo 2 – Cuestionario de entrevista a informantes clave.....	43

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

CD4	Cúmulo de diferenciación 4
CEO	Director General
CI	Intervalo de confianza
CONASIDA	Comisión Nacional de SIDA
EAV	Escala Análoga Visual
IATT	Grupo de Tareas Interagencial
NLM	National Library of Medicine (Biblioteca Nacional de Medicina)
OMS	Organización Mundial de la Salud
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
RM	Razón de Momios
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses (Ítems Preferidos de Informe para Análisis Sistemáticas y Meta-Análisis)
PVV	Persona que vive con el VIH
SCI	Science Citation Index
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAR	Terapia con antirretrovirales
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

AGRADECIMIENTOS

Este informe ha sido redactado por:

Jean B. Nachega, MD, PhD, MPH, dTm&h, Profesor Asociado de Medicina y Epidemiología, Escuela de Grado de Salud Pública, Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh, Pensilvania, EE.UU, Profesor Asociado Adjunto de Epidemiología y Salud Internacional, Escuela Johns Hopkins Bloomberg de Salud Pública, Baltimore, Maryland, EE.UU.; Profesor Extraordinario de Medicina, y Director, Centro de Enfermedades Infecciosas, Universidad Stellenbosch, Facultad de Medicina y Ciencias de la salud, Cape Town, Sudáfrica.

Olalekan A. Uthman, MBBS, PhD; Profesor Ayudante en Síntesis de Investigación, Centro Warwick de investigación aplicada a la salud (Warwick Centre for Applied Health Research and Delivery, (WCAHRD), División de Ciencias Humanas, Escuela Médica de Warwick y International Health Group, Escuela de Liverpool de Medicina Tropical, Reino Unido.

Edward J Mills, PhD, MSc; Profesor Asociado y Presidente de Investigación de Salud Mundial. Universidad de Ottawa, Ottawa, Canadá.

Karl Peltzer, MA, PhD, profesor, HIV/AIDS/STIs/ y TB (HAST), Human Sciences Research Council (Consejo de Investigación de Ciencias Humanas), Pretoria, Sudáfrica.

Kofi Amekudzi (ILOAIDS) ofreció apoyo sobre cuestiones técnicas. También fue inestimable la colaboración de Meg Doherty y Eyerusalem Kebede Negussie (OMS). Por último, los autores desean dar las gracias a los múltiples informantes clave que colaboraron con su precioso tiempo, opiniones y sugerencias en este informe.

Asimismo, los autores desean agradecer a ONUSIDA y la OMS su apoyo durante la redacción de este informe.

Fuente de financiación

La financiación para respaldar este proyecto procedió de la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

PRÓLOGO

La generalización del tratamiento del VIH en los últimos cinco años ha transformado completamente la respuesta mundial al VIH y el sida y la gestión médica de la infección del VIH. En todo el mundo, el número de personas que reciben tratamiento para el VIH se ha triplicado en los cinco últimos años. Al fines de 2012, había casi 10 millones de personas que seguían una terapia mediante antirretrovirales en países de ingresos bajos y medios. En 2012, el número de personas que estaban iniciando por primera vez un tratamiento de VIH ascendió a 1,6 millones, es decir, la cifra más alta jamás registrada en un solo año.

En los últimos años, el mundo ha afianzado su compromiso para generalizar el tratamiento. En 2011, los estados miembros de las Naciones Unidas reafirmaron su compromiso para redoblar sus iniciativas para afrontar el VIH y el sida. En la Declaración política de las Naciones Unidas de 2011 sobre el VIH/sida, los Estados Miembros “se comprometen a acelerar la labor encaminada a lograr el objetivo del acceso universal al tratamiento antirretroviral para las personas que cumplan una serie de condiciones basadas en las directrices de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento del VIH, que recomiendan la iniciación oportuna de un tratamiento de calidad garantizada a fin de lograr el máximo beneficio, con el objetivo de que 15 millones de personas que viven con

el VIH reciban tratamiento antirretroviral para 2015”.

En 2010, los Estados Miembros de la OIT adoptaron la Recomendación sobre el VIH y el sida y el mundo del trabajo (núm. 200) que demostró el compromiso inequívoco de los constituyentes de la OIT a fin de contribuir a incrementar el acceso a servicios de VIH, inclusive servicios de tratamiento. En la recomendación núm. 200 se declara que el lugar de trabajo ofrece un punto de partida para llegar a hombres y mujeres trabajadores en los entornos donde pasan la mayoría de sus vidas, y se hace un llamamiento a todos los gobiernos para que garanticen que todos sus trabajadores, inclusive los trabajadores que viven con el VIH, tienen acceso a un tratamiento con antirretrovirales gratuito o económico, así como a educación, información y apoyo.

Actualmente, tenemos más conocimientos que nunca sobre las ventajas del tratamiento. Las pruebas disponibles hoy día apuntan a que el tratamiento del VIH es uno de los enfoques más eficaces para prevenir la transmisión del VIH en niños, la transmisión del VIH poco después de la exposición (profilaxis post-exposición), la transmisión del VIH antes de la exposición (profilaxis pre-exposición) y las nuevas infecciones por VIH en todas las poblaciones (tratamiento preventivo). Las ventajas de la prevención del tratamiento del VIH están muy bien documentadas.

Pese a los considerables avances registrados, es preciso tener en cuenta que aún quedan dificultades que resolver. Para que el tratamiento sea óptimamente eficaz, debemos mejorar y mantener la observancia reduciendo al mínimo las faltas de seguimiento durante todo el proceso de tratamiento. Hay lagunas en cada una de las etapas de todo el proceso de tratamiento del VIH, desde el diagnóstico a la remisión a la atención, pasando por la recepción de la terapia antirretroviral y por la retención en la atención. En la actualidad, ONUSIDA estima que menos de una de cada cuatro personas que viven con VIH en el África subsahariana han logrado una supresión viral duradera.

El estudio es novedoso y oportuno y se centra en un aspecto fundamental de las distintas fases del tratamiento VIH: la observancia de la terapia antirretroviral. Si los pacientes consiguen cumplir el tratamiento de VIH, se lograrán las ventajas óptimas de la medicación.

Específicamente, en este estudio se ha intentado evaluar si hay una relación entre la situación de empleo de una persona que vive con el VIH y su observancia del tratamiento de VIH. Se espera que los resultados de este estudio contribuyan en gran medida al corpus de conocimiento sobre la observancia del tratamiento y conformen las decisiones de los gestores y políticos de los programas de VIH y

sida nacionales, los ministros de trabajo, las organizaciones de empleadores, las organizaciones de trabajadores, las redes de personas que viven con VIH y los agentes del mundo laboral en la definición y aplicación de sus políticas y programas de VIH.

Alice Ouedraogo
Directora
Servicio de VIH/SIDA y el Mundo del
Trabajo (ILOAIDS)
Departamento de Condiciones de
Trabajo e Igualdad (WORKQUALITY)

RESUMEN

En 2013, la OIT encargó a un grupo de investigadores independientes, gestionados por el Servicio de VIH/SIDA y el Mundo del Trabajo (ILOAIDS) que evaluaran las pruebas sobre la relación entre la situación de empleo de las personas que viven con el VIH y su observancia del tratamiento.

ENFOQUE DE ANÁLISIS SISTEMÁTICO

El análisis de los estudios se realizó en dos partes. La primera se basó en un análisis sistemático de los estudios existentes que habían examinado la relación entre la situación de empleo de las personas que viven con el VIH (PVVS) y la observancia de los tratamientos VIH. Se investigaron las siguientes bases de datos electrónicas: MEDLINE, EMBASE, SCI Web of Science, NLM Gateway y bases de datos Google académicas. Además, se realizaron búsquedas manuales de bibliografías extraídas de artículos. Dos analistas independientes extrajeron datos sobre la observancia y las características del estudio y sintetizaron los resultados de las distintas investigaciones.

Los investigadores independientes intentaron responder a las siguientes preguntas genéricas: evaluar las pruebas en cuanto a la relación entre la situación de empleo de una persona que vive con el VIH y su observancia del tratamiento; evaluar en qué medida las cuestiones de género afectan a la relación entre la situación de empleo y la observancia del tratamiento (el impacto diferencial del empleo en la observancia del tratamiento de mujeres y hombres); entender cómo el empleo contribuye (o no) a la observancia del tratamiento (por ejemplo, el efecto del empleo en la salud mental, la salud física, la independencia financiera, etc.); y evaluar si los distintos tipos de empleo o puestos de trabajo tienen diferentes repercusiones en la observancia del tratamiento.

ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

La segunda etapa consistió en la redacción de un cuestionario de recogida de datos y las subsiguientes entrevistas telefónicas a agentes clave identificados. Entre las personas procedentes de un número determinado de países entrevistados (por teléfono) figuraban representantes de: el Equipo de Trabajo Interagencial (IATT) sobre tratamiento; la OMS; las redes de personas que viven con el VIH, los constituyentes de la OIT, y las Comisiones Nacionales de sida (CONASIDA). Todas las entrevistas telefónicas fueron organizadas por ILOAIDS. ILOAIDS también identificó los países en los que se contratarían a los informantes clave. En las entrevistas telefónicas se tuvieron en

consideración las cuestiones de género de los informantes clave.

Las entrevistas las realizó en inglés uno de los investigadores independientes, quien además se encargó de transcribirlas. Cada entrevista duró aproximadamente una hora. Las transcripciones se usaron para analizar el contenido a fin de determinar los principales temas y luego se codificaron para su extracción y su análisis cualitativo. Las citas seleccionadas se usaron para ilustrar los asuntos tratados en este informe.

El objetivo general de las entrevistas a los informantes clave fue recabar información adicional sobre el conocimiento, la percepción y las actitudes de los informantes

seleccionados con vistas a: evaluar el efecto de la situación de empleo de las personas que viven con VIH respecto a la observancia del tratamiento con antirretrovirales (TAR); investigar cualquier posible cuestión de género en la relación entre la situación de

empleo y la observancia del tratamiento con TAR; evaluar si los distintos tipos de empleo afectan de forma diferente a la observancia del tratamiento de VIH; y evaluar si la observancia de TAR afecta positiva o negativamente al acceso o mantenimiento del empleo.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En el análisis sistemático se incluyeron veintitrés estudios en los que participaron 6.674 personas que viven con VIH. Todos los estudios se presentan en el Cuadro 1. Al agrupar resultados estadísticamente, se descubrió que los encuestados que estaban trabajando en el momento del estudio tenían un 39% (con una variación de entre un 13% y un 71%) más posibilidades de haber logrado una observancia óptima de los antirretrovirales que los desempleados. No se encontró evidencia alguna en diferencias significativas estadísticamente en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de TAR por año de publicación, grupo de ingresos del país, medidas de observancia, porcentaje de hombres, tasas de desempleo o tasas de observancia.

Sorprendentemente, todos los informantes clave indicaron que el empleo suele repercutir de forma positiva en la observancia de TAR al ofrecer seguridad alimentaria y financiera para lidiar con barreras estructurales como la falta de transporte, o dinero para asistir a las visitas médicas, retirar nuevas dosis de fármacos y efectuar pagos del propio bolsillo por cualquier otro servicio médico en las instituciones sanitarias o en el lugar de trabajo. Se descubrió que en muchos países en desarrollo, las personas que vivían con el VIH y

estaban desempleadas carecían de la seguridad financiera para sus necesidades básicas. Todos los informantes clave entrevistados se mostraron de acuerdo en que el estigma del VIH percibido llevará a no revelar el estado seropositivo VIH del paciente y a una repercusión negativa en la observancia de TAR en el lugar de trabajo y que los pacientes que no se manifiestan abiertamente sobre su seropositividad tienen más probabilidades de dejar de tomar dosis de TAR al intentar evitar que sus compañeros o empleador los vean tomando TAR. Una mayoría de los encuestados informaron de que en una situación semejante de empleo (o desempleo) las mujeres tienen más probabilidades de observancia TAR que los hombres. Ocho de cada 12 informantes convino en que el empleo podría influir negativamente en la observancia TAR tanto en entornos laborales informales como formales. Los trabajos informales podrían verse más afectados por las barreras estructurales a la observancia de TAR y los lugares de trabajo formales por cuestiones relacionadas con el estigma y los miedos a la discriminación. Se recalcó que en ocasiones los pacientes de VIH que experimentan problemas de salud pueden tener una disposición más competitiva en su búsqueda de empleo que las personas “aparentemente sanas” que viven con el VIH.

IMPLICACIONES PARA FUTURA INVESTIGACIÓN

Con el presente estudio es imposible abarcar todas las cuestiones en cuanto a la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima. Se precisa investigar más los ámbitos siguientes: determinar mejor cómo el empleo contribuye a la observancia del tratamiento; evaluar si los distintos tipos de empleo o puestos de trabajo tienen distinta repercusión en la observancia del tratamiento; investigar cómo los programas de creación de empleo

pueden repercutir positivamente en la observancia del tratamiento de VIH, la progresión de la enfermedad y la calidad de vida; evaluar el impacto de la simplificación del régimen de TAR en la satisfacción, la calidad de vida y el miedo al estigma y la discriminación por el VIH en el lugar de trabajo; y llevar a cabo estudios de coste beneficios y de coste eficacia para evaluar las intervenciones arriba mencionadas.

RECOMENDACIONES:

1) Las organizaciones de salud y desarrollo deberían respaldar intervenciones en favor de unos mejores medios de subsistencia para mejorar la salud y la economía de las personas que viven con VIH (PVVS) y reciben terapia con antirretrovirales (TAR).

2) Es necesario mejorar las intervenciones nacionales para definir nuevas políticas antidiscriminatorias, aplicar las leyes antidiscriminación vigentes, reducir el estigma relacionado con el VIH y ampliar la accesibilidad a los servicios de salud para mitigar muchas de las barreras analizadas por los informantes clave a fin de mejorar la observancia.

3) Implantar incentivos económicos y alimentarios como medida para mejorar la observancia del tratamiento. Hay datos que corroboran que los incentivos económicos y alimentarios pueden ayudar a los pacientes a mejorar su observancia del tratamiento VIH.

4) La atención VIH puede y debe mejorarse ampliando y flexibilizando los horarios clínicos en el sector público vistas la inseguridad de las condiciones laborales y la difícil situación económica. Esto serviría para facilitar el acceso a los servicios.

5) Los empleadores deberían adoptar medidas de flexibilización para las personas que viven con el VIH y que puedan requerir una modificación de sus condiciones laborales. En caso necesario, se debería ofrecer algún tipo de adaptación en el lugar de trabajo para reducir ciertos efectos adversos de los fármacos TAR que puedan incidir en el rendimiento laboral.

6) Los gobiernos deben tomar las medidas necesarias para fortalecer los sistemas de salud así como la capacitación y retención de los trabajadores sanitarios a fin de que el tratamiento sea sostenible.

7) Los lugares de trabajo deberían

invertir en la aplicación de políticas antidiscriminatorias, el mismo lugar de trabajo que puede facilitar la observancia del tratamiento también puede producir el efecto contrario en los trabajadores si el estigma y la discriminación persisten.

8) Los marcos de protección social existentes deberían examinarse y tener en cuenta el VIH para facilitar que las personas que viven con el VIH reciban el apoyo necesario para seguir el tratamiento. Eso es más importante si cabe cuando las personas están desempleadas y la inseguridad financiera persiste.

9) Los empleadores (públicos o privados) desempeñan un papel fundamental para garantizar que los trabajadores que viven con el VIH puedan tomarse el tiempo necesario a fin de acudir a los centros sanitarios para su medicación sin tener que dar siempre explicaciones al respecto. Los empleadores deberían mostrar la flexibilidad necesaria para adaptarse razonablemente a los trabajadores que viven con VIH si se pretende mejorar su observancia del tratamiento. Esto debería quedar reflejado en la política en el lugar de trabajo.

10) Los empleadores deben entender que los primeros meses tras la iniciación de una terapia con antirretrovirales parecen ser los más difíciles. Los empleadores deben crear entornos flexibles donde los trabajadores que viven con VIH que comienzan tratamiento reciban el respaldo necesario para la observancia del tratamiento.

11) La manera de enfocar la observancia del tratamiento debe ser amplia y exhaustiva e incluir aspectos relativos a la legislación y normativa, los servicios sanitarios, el lugar de trabajo, la protección social y muchas otras cuestiones. También son fundamentales los aspectos relacionados con la confidencialidad a la hora de tratar el asunto de la observancia del tratamiento en el lugar de trabajo.

CONTEXTO Y FUNDAMENTOS

Según las estimaciones más recientes de OMS/ONUSIDA, el acceso a los servicios de atención y tratamiento de VIH en los países de recursos bajos y medios se ha extendido notablemente (OMS, 2013). En 2012, más de 9,7 millones de personas que vivían con el VIH estaban recibiendo terapia antirretroviral (TAR) en países de recursos bajos y medios (OMS, 2013). Según las pautas 2013 de la OMS para antirretrovirales, a fines de 2012, 25,9 millones de personas eran aptas para recibir TAR (OMS, 2013). Las 9,7 millones de personas que estaban recibiendo TAR a fines de 2012 representaban un 65% del objetivo de 15 millones de las Naciones Unidas, lo que supuso un incremento de un 54% con respecto a 2011 (OMS, 2013). La prevención de la transmisión vertical incluye la cobertura del tratamiento para mujeres que viven con el VIH y supuso una reducción de los índices de transmisión del VIH de madres a hijos (OMS, 2013). En el ámbito del empleo, las desigualdades y los papeles de género inciden mucho en la observancia del tratamiento por VIH, dependiendo de si se trata de la economía formal o informal (Berg et al., 2004, Arrivillaga et al., 2009, de Fatima Bonolo et al., 2013).

La Declaración Política sobre el VIH/sida de 2011 se fundamenta en los enormes progresos registrados durante la última década, estableciendo ambiciosos y osados objetivos para 2015 (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA). El objetivo para 2015 es incrementar el acceso a TAR para llegar de aquí a 2015 a 15 millones de personas con acceso a este tratamiento salvavidas. (ONUSIDA, 2011). En los últimos tiempos, el papel del tratamiento ha ido adquiriendo mayor importancia aún pues se ha establecido una relación todavía más sólida entre tratamiento y prevención (OMS, 2013). El tratamiento como prevención es un término que

que se usa cada vez más para describir las ventajas del tratamiento con antirretrovirales a fin de disminuir las posibilidades de transmisión del VIH (OMS, 2013). El Secretariado de ONUSIDA y la OMS han lanzado Tratamiento 2.0, una iniciativa concebida para lograr y sostener el acceso universal y sacar el máximo partido a las ventajas preventivas de la TAR (OMS, 2013). Incluso si el número de personas en tratamiento se ha incrementado, la observancia del tratamiento sigue planteando grandes dificultades. La OMS define la observancia del tratamiento como “la medida en que el comportamiento de una persona – la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta y/o la adopción de cambios en el estilo de vida – se corresponde con las recomendaciones dadas por el proveedor de atención médica” (OMS, 2013). Se ha demostrado que la observancia del tratamiento con TAR constituye uno de los principales elementos para predecir la supresión viral completa, la evolución de la enfermedad y el fallecimiento. (Bangsberg et al., 2001, Nachega et al., 2007). Entre los factores que contribuyen a que los pacientes dejen su medicación VIH cabe destacar los efectos secundarios de la medicación, el número de comprimidos diarios, la divulgación de su seropositividad, la percepción de bienestar, cansancio, etc. (Juday et al., 2011, Mills et al., 2006a). Un factor que no ha sido analizado en profundidad es si la situación de empleo afecta a la observancia (Falagas et al., 2008, Peltzer y Pengpid, 2013).

El objetivo general de este proyecto es investigar si la situación de empleo de las personas que viven con VIH incide notablemente en la observancia del tratamiento TAR (u observancia del tratamiento VIH).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS E HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

Los objetivos específicos de este estudio fueron:

- Evaluar las pruebas sobre la relación entre la situación de empleo de una persona que vive con el VIH y su observancia del tratamiento;
- Evaluar las cuestiones de género en la relación entre la situación de empleo y la observancia del tratamiento;
- Lograr entender cómo el empleo contribuye a la observancia del tratamiento (es decir, el efecto del empleo en la salud mental, física, la independencia financiera, etc.); y,
- Evaluar si los distintos tipos de empleo o puestos de trabajo tienen incidencias diferentes en la observancia del tratamiento.

Partimos de la hipótesis de que las personas que viven con el VIH que están empleadas probablemente mostrarán una excelente observancia del tratamiento TAR (>95%). El objetivo final de este proyecto es mejorar la contribución de la OIT a los programas de tratamiento de personas que viven con el VIH con recomendaciones basadas en hechos fehacientes. En esta investigación también se dilucidarán lagunas de conocimiento para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

ENFOQUE DE ANÁLISIS SISTEMÁTICO

Este informe se realizó siguiendo las recomendaciones Prisma para los meta-análisis (Moher et al., 2009). Los métodos de análisis se han documentado previamente (Mills et al., 2006b, Nachea et al., 2012). La primera etapa consiste en un análisis sistemático de literatura mundial, es decir, un análisis de documentación. Se siguió una sólida metodología de análisis de la literatura para analizar y resumir de manera crítica la documentación sobre el tratamiento del VIH (especialmente documentación

sobre observancia) de muy diversas fuentes, en particular: libros de referencia; libros en formato tradicional y electrónico; revistas y artículos periodísticos; informes del Secretariado de ONUSIDA y organizaciones copatrocinadoras; publicaciones gubernamentales; trabajos universitarios; bases de datos electrónicas en línea; informes de proyectos, fuentes de internet y sitios web; referencias y bibliografías, resúmenes científicos en conferencias, PubMed, etc.

Criterios de selección

Analizamos cada estudio identificado con respecto a los siguientes criterios predeterminados:

- Población del estudio: personas que viven con el VIH;

Abstracción de datos

De cada estudio identificado que cumplió los criterios de selección, extrajimos los siguientes datos: el apellido del autor principal, el año de publicación, el país en que se realizó el estudio, el tipo de estudio, el año(s) de recogida de datos, los tipos de control (demográfico, hospitalario) en los estudios de casos y controles, la duración del seguimiento en los estudios cohorte, el tamaño de la muestra, la medición de la exposición (indicadores de ocupación, empleo), la edad, el sexo, la estimación de riesgo con los correspondientes intervalos de confianza al 95% y las variables controladas. La información sobre el país donde se realizó el estudio se clasificó luego tanto por región

- Tipo de estudio: cualquier tipo de estudio, véase, estudios transversales, estudios de casos y controles o de cohortes; y,
- Resultados: tasas de observancia, usando tanto mediciones objetivas como autodeclaradas.

geográfica como por nivel de ingresos del país (países con ingresos, bajos, medios y altos). Incluimos estudios en los que habían participado personas a partir de los 15 años de edad. Empleo se definió siguiendo la definición de la Décimo Tercera Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo “se considerará como personas con empleo a todas las personas que tengan más de cierta edad especificada y que durante un breve período de referencia hayan realizado algún trabajo por un sueldo o salario en metálico, o personas que no estaban trabajando pero tenían empleos de los que se habían ausentado temporalmente, (OIT, 2000)”. La siguiente definición

de empleo realizada por la OIT (OIT, 2000): “se considerará como «personas con empleo» a todas las personas que tengan más de cierta edad especificada y que durante un breve período de referencia, tal como una semana o un día, estuvieran en cualquiera de las siguientes categorías: con «empleo asalariado» y «con empleo independiente». Personas que (a) realizaron algún trabajo por un sueldo o salario en metálico o en especie; (b) personas que no estaban trabajando

Selección de estudios

Dos de los analistas evaluaron la validez de los estudios obtenidos en la búsqueda de literatura. En caso de discrepancia el tercer coautor examinaba los estudios

Síntesis de datos

Se realizaron meta-análisis usando un modelo de efectos aleatorios de DerSimonian y Laird, que incorpora tanto la variabilidad dentro de cada estudio como entre ellos ya que se había previsto la heterogeneidad entre los distintos estudios. La heterogeneidad se evaluó entre pruebas observando los diagramas de bosque y usando la prueba de chi cuadrado de heterogeneidad con un nivel de significación estadística de un 10%, y usando el índice estadístico I² con un valor de 50%, lo que supone una heterogeneidad moderada. Para evaluar la estabilidad de los resultados y comprobar si un estudio tenía demasiada influencia en el meta-análisis, se realizó el análisis de sensibilidad dejando un estudio fuera. El objetivo de este análisis fue evaluar la influencia de cada estudio en sí, valorando la estimación conjunta en la ausencia de cada estudio.

Tras los análisis generales, se realizaron diversos análisis de subgrupo con respecto al año de publicación (1996 a 2004 frente a 2005 a 2013), o el tipo de

temporalmente durante el período de referencia y mantenían un vínculo formal con su empleo, (c) personas que realizaron algún trabajo para obtener beneficios o ganancia familiar, en metálico o en especie, (d) personas que, teniendo una empresa -sea industrial, comercial, de explotación agrícola o de prestación de servicios, estaban temporalmente ausentes del trabajo durante el período de referencia por cualquier razón específica” (OIT 2000).

hasta llegar a un acuerdo por consenso. Un analista extraía los datos y los otros comprobaban los datos extraídos.

estudio (transversal frente a de cohorte prospectivo), el grupo de ingresos del país (bajo, medio y alto), los umbrales de observancia, las medidas de observancia, el tamaño de la muestra, el porcentaje de hombres incluidos en el estudio, la tasa de desempleo (según la definición de los autores del estudio) y la tasa de observancia.

Se realizó una meta regresión de una única variable con efecto aleatorio para investigar la fuente de heterogeneidad. La variable independiente fue la razón de momios (RM) (para la relación entre la situación de empleo y la tasa de observancia optima) y entre los factores explicativos se incluyeron las coartaciones a nivel de estudios arriba indicadas. Todos los test fueron bilaterales. En todos los test, un nivel de probabilidad de menos de 0,05 se consideró significativo. Se empleó el programa Statu 12 (Statu Corporación, Collage Station, Texas) para los análisis estadísticos. Todos los test estadísticos fueron bilaterales.

ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

La segunda etapa supuso la redacción de un cuestionario de recogida de datos y ulteriores entrevistas telefónicas con informantes clave. Entre las personas de un número definido de países entrevistadas por teléfono cabe incluir:

- Representantes del Equipo de Tareas Interagencial sobre tratamiento;
- Representantes de la OMS;
- Representantes de redes de personas que viven con el VIH;
- Representantes de los constituyentes de la OIT; y
- Representantes de las Comisiones Nacionales de sida (CONASI).

Se prestó especial atención a la selección de informantes clave con vastos conocimientos sobre el tema. Todas las entrevistas telefónicas las organizó ILOAIDS. ILOAIDS también determinó los países en que se buscaron los informantes clave. Las conversaciones telefónicas se efectuaron teniendo en consideración el género de los informantes. El objetivo general de la entrevista a los informantes clave fue recabar datos sobre el conocimiento, la percepción y las actitudes de interlocutores cuidadosamente seleccionados. Los objetivos específicos fueron:

- evaluar el efecto de la situación de empleo de las personas que viven con VIH en la observancia del tratamiento con TAR;

- investigar las cuestiones de género de la relación entre la situación de empleo y la observancia del tratamiento con TAR;

- evaluar si distintos tipos de empleo afectan de forma distinta a la observancia del tratamiento de VIH; y,

- valorar si la observancia del tratamiento TAR afecta de forma positiva o negativa a la obtención o mantenimiento de un empleo.

Las entrevistas fueron realizadas en inglés y transcritas por el Dr. Nachega. En el Anexo 2 se pueden consultar las principales preguntas de la entrevista. Cada entrevista duró aproximadamente una hora. Se usaron las transcripciones en el análisis de contenido para determinar los principales temas y luego se codificaron para su extracción y análisis cualitativo. Las citas seleccionadas se usaron para ilustrar los temas.

RESULTADOS

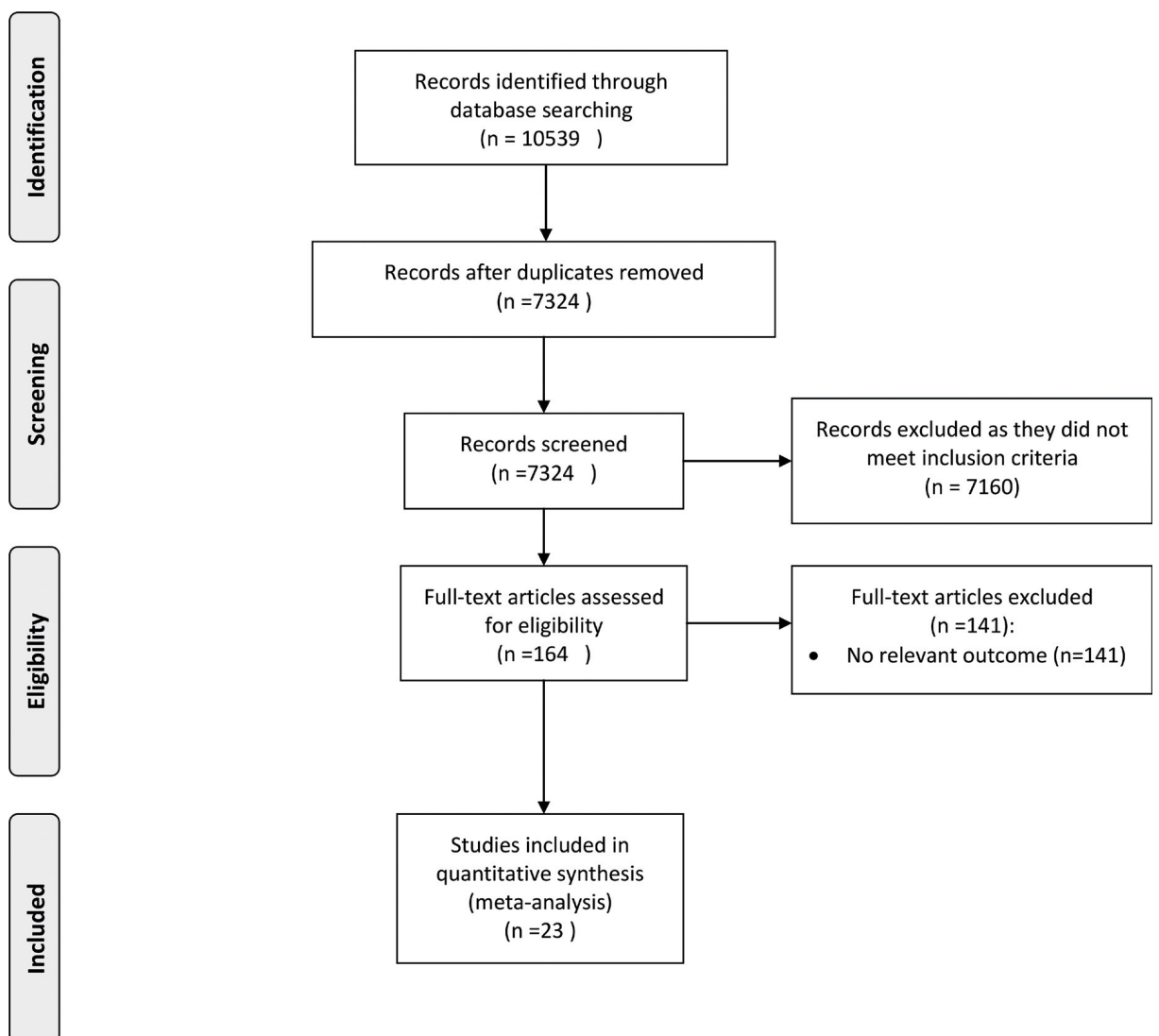
ANÁLISIS SISTEMÁTICO Y META-ANÁLISIS

A.1. Resultados de la investigación y características del estudio

En la Figura 1 se muestra el diagrama de flujo de la selección de estudios. La búsqueda de literatura arrojó 10.539 artículos. Tras examinarlos, se seleccionaron 164 artículos para su lectura crítica. Veintitrés estudios cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en el examen sistemático: (Singh et al., 1996, Singh et al., 1999, Duong et al., 2001, Ickovics et al., 2002,

Nachega et al., 2004, Beyene et al., 2009, Duggan et al., 2009, Nakimuli-mpungu et al., 2009, Campos et al., 2010, Giday and Shiferaw, 2010, Kunutsor et al., 2010, Lal et al., 2010, Li et al., 2010, Peltzer et al., 2010, Sherr et al., 2010, Venkatesh et al., 2010, Harris et al., 2011, Juday et al., 2011, Kyser et al., 2011, Wakibi et al., 2011, King et al., 2012, Berhe et al., 2013, Vissman et al., 2013).

Figura 1: Diagrama de flujos de la selección de estudios



Cuadro 1: características generales de los estudios incluidos

Autor	Año de publicación	Periodo de estudio	Typo de estudio	Pais	Grupo de ingresos al que pertenece ep pais
Singh	1996	No indicado	Cohorte prospectivo	EE.UU.	Altos
Singh	1999	Marzo 1996 a Diciembre 1997	Transversal	EE.UU.	Altos
Doung	2001	No indicado	Transversal	Francia	Altos
Ickovics	2002	No indicado	Transversale de RCT	EE.UU.	Altos
Nachega	2004	No indicado	Transversal	Sudáfrica	Medio
Duggan	2009	Agosto a Noviembre 2006	Transversal	EE.UU.	Altos
Beyene	2009	Agosto à Octubre 2009	Transversal	Etiopia	Bajos
Nakimuli-Mpungu	2009	No indicado	Transversal	Uganda	Bajos
Venkatesh	2010	Enero a Abril 2008	Transversal	Inde	Medio
Li	2010	No indicado	Transversale de RCT	Thailandia	Medio
Peltzer	2010	Octubre 2007 a Febrero 2008	Transversal	Sudáfrica	Medio
Sher	2010	2005 a 2006	Transversal	Reino Unido	Altos
Kunutsor	2010	Non précisé	Cohorte prospectivo	Uganda	Bajos
Campos	2010	Mai 2001 à mai 2002	Cohorte prospectivo	Brasil	Medio
Lal	2010	2005	Transversal	India	Medio
Giday	2010	Agosto a Septiembre 2008	Transversal	Etiopia	Bajos
Wakibi	2011	Noviembre 2008 a Abril 2009	Transversal	Kenia	Bajos
Juday	2011	Abril a Mayo 2007	Transversal	EE.UU.	Altos
Kyser	2011	Marzo 2004 a June 2006	Cohorte prospectivo	EE.UU.	Altos
Harris	2011	June 2004 a Diciembre 2005	Transversal	Rep Dominicana	Medio
King	2012	Febrero 2007 a Diciembre 2009	Transversal de RCT	EE.UU.	Altos
Vissman	2013	Noviembre 2008 a Abril 2009	Transversal	EE.UU.	Altos
Berhe	2013	Agosto a Octubre 2012	Transversal	Etiopia	Bajos

En el Cuadro 1 se presentan las características de los estudios incluidos. Los estudios que constan en el informe se realizaron entre 1996 y 2012 y se publicaron entre 1996 y 2013. La mayoría de los estudios fueron transversales (n=18, 78%) y solo cinco fueron estudios cohorte prospectivos (22%). La mayoría se realizaron en los Estados Unidos (n=8, 35%), o en Etiopía (n=3, 13%), India (n=2, 9%), Sudáfrica (n=2, 9%) y

Uganda (n=2, 9%) (Figura 2). Excepto un estudio que buscó participantes que no habían recibido nunca el tratamiento, en los estudios participaron personas que ya estaban siguiendo una terapia con antirretrovirales (n=22, 96%). La mayoría de los estudios (n=12, 60%) definían el umbral de observancia en un $\geq 95\%$ de las dosis prescritas en un periodo dado según lo indicado por los autores.

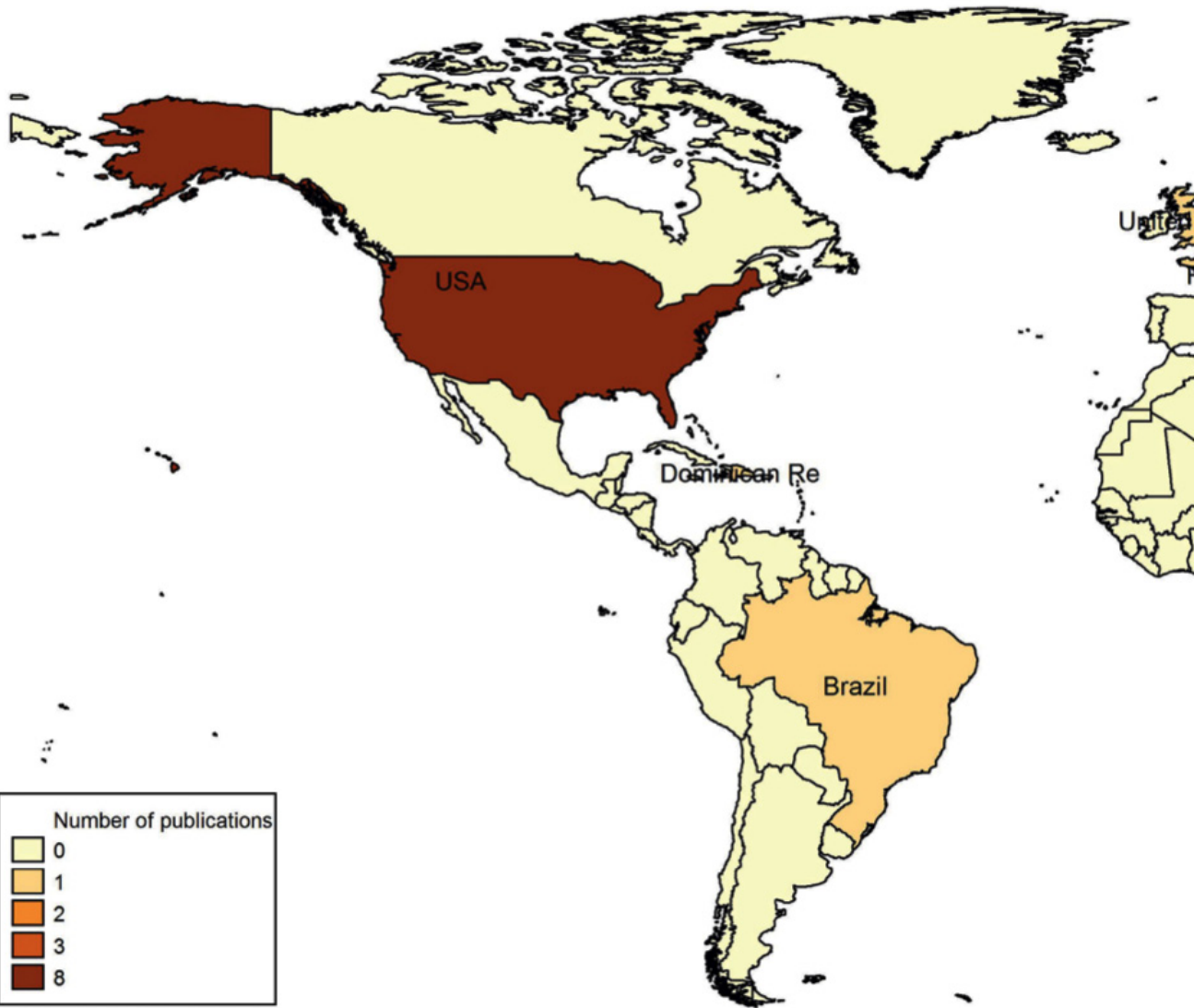
Población del tratamiento	Umbral de observancia (%)	Medición de observancia	Tamaño de la muestra	Porcentaje de hombres	Edad (años)	Tasa de desempleo	Tasa de observancia	Medición de la relación
Experimentada	≥80	Renov. medica.	46	No declarado	23 à 68	41.0	63.0	No ajustada
Experimentada	-	Renov. medica.	123	No declarado	24 à 71	52,8	82,1	No ajustada
Experimentada	-	Conc. sang	149	71,8	21 à 79	45,6	89.0	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	93	88	19 à 61	23,9	63.0	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	66	28,8	36,1	40,9	88.0	No ajustada
Experimentada	-	Combinado	132	66,7	18 et +	55,3	74,2	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	422	43,6	32,2 (7,2)	59.0	93,1	No ajustada
Experimentada	≥90	Autodeclarado	122	21,3	36 (8,2)	34,4	82,8	Ajustado
Experimentada	≥95	Autodeclarado	198	68,5		21,9	49.0	No ajustada
Experimentada	100	Autodeclarado	386	32,7	38 (6,4)	15,5	68,6	No ajustada
Sin experiencia	≥95	Autodeclarado	735	29,8	18 à 67	59,6	82,9	No ajustada
Experimentada	100	Autodeclarado	449	78,9		42,8	42.8	No ajustada
Experimentada	≥95	Renov. medica.	392	35,2	32 à 45	55,4	93,1	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	293	65,9	18+	35,1	62,8	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	300	72	moyenne=36,8	31,9	75,7	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	510	38,6	15 à 63	39,6	88,2	No ajustada
Experimentada	≥95	Autodeclarado	403	35	18 à 64	34.0	82.0	No ajustada
Experimentada	100	Autodeclarado	461	76,1	44,4 (9,3)	56,2	54.0	Ajustado
Experimentada	100	Autodeclarado	528	78	20 à 66	41.0	84.0	No ajustada
Experimentada	95	Autodeclarado	300	45		53.0	76.0	No ajustada
Experimentada	100	Autodeclarado	326	72,1	45,9 (7,6)	79.0	60,4	No ajustada
Experimentada	100	Autodeclarado	66	74	38 (10,3)	52.0	71.0	No ajustada
Experimentada	95	Autodeclarado	174	46	38,5 (8,4)	20,1	40,8	No ajustada

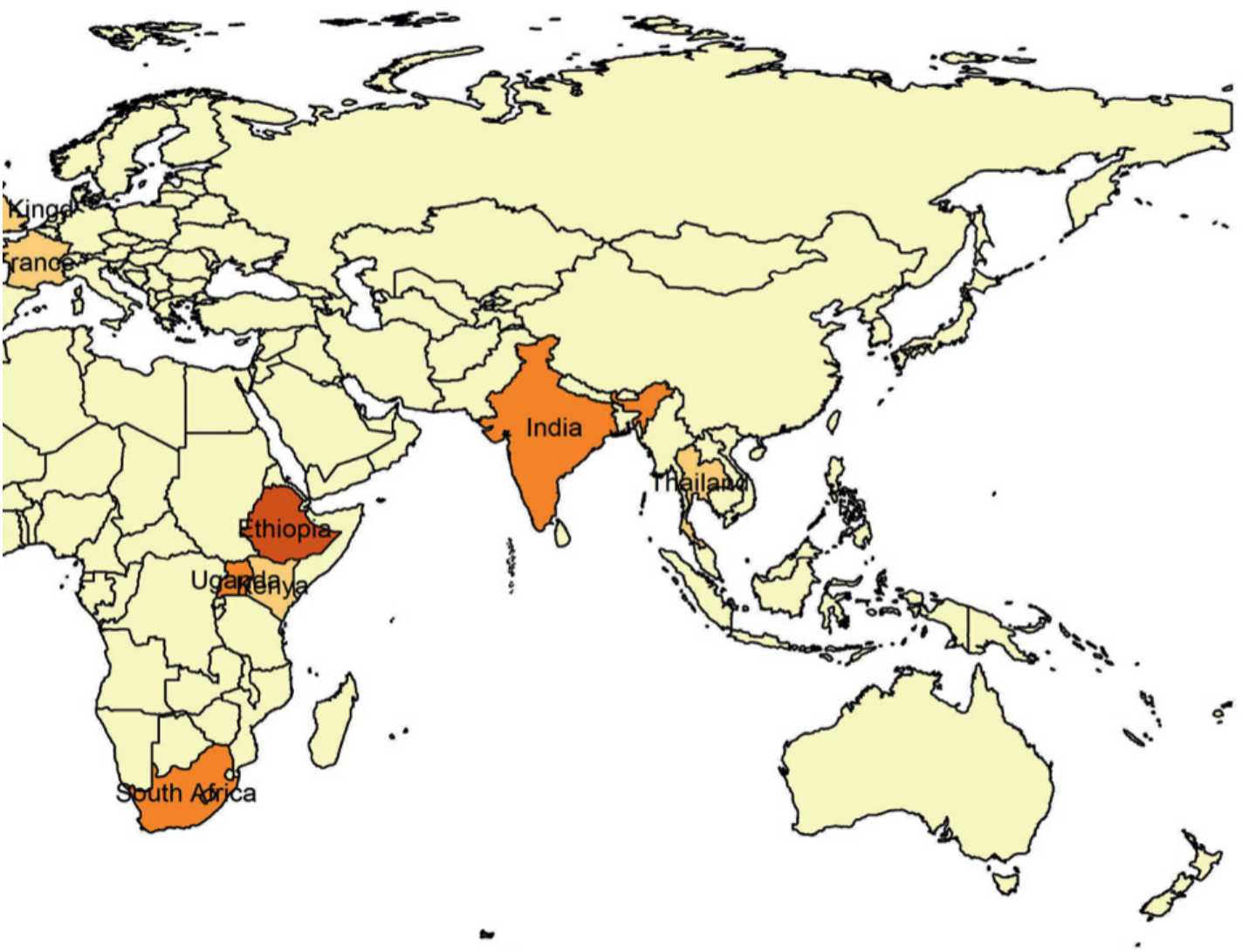
En la mayoría de los estudios se usaron cuestionarios autodeclarados (n=18, 78%) seguidos por renovación de medicación (n=3, 13%), concentración en sangre (n=1, 4%) y una combinación de métodos (n=1, 4%). La media de la muestra fue de 300 y osciló entre 45 y 735 participantes. Cuando se indicó el

porcentaje de hombres incluidos en el estudio osciló entre tan solo un 21% y un

88%. El porcentaje medio de participantes desempleados se situó en un 41% (rango: de 16% a 79%).

Figura 2. países de los estudios incluidos



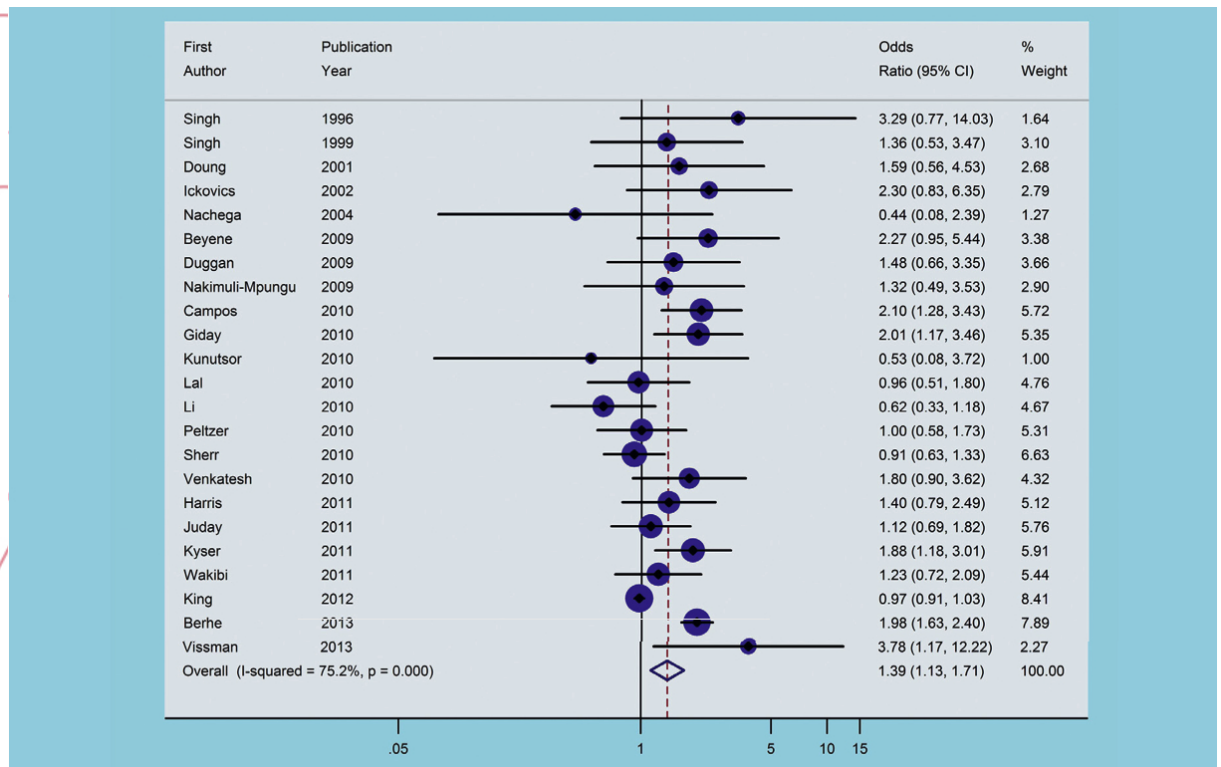


A.2. Relación general entre la tasa de observancia y la situación de empleo

En la Figura 3 se puede observar la intensidad (razón de momios = rm) de la relación entre la tasa de observancia y la situación de empleo y un intervalo de confianza (CI) de 95% de los estudios individuales con una estimación grupal. El meta-análisis de efecto aleatorio arrojó una razón de momios RM conjunta de 1,39 (CI de 95%, 1,13 a 1,71), de tal manera que los encuestados que estaban empleados en el momento del estudio tenían un 39% más probabilidades de haber

logrado una observancia antirretroviral óptima que aquellos que estaban desempleados. Había pruebas de una substancial heterogeneidad estadística entre los resultados del estudio y el grado de heterogeneidad cuantificado por I^2 en un 75,2%. Los resultados de los análisis de sensibilidad dejando un estudio fuera mostraron que ningún estudio ejercía una influencia indebida en la estimación conjunta.

Figura 3: Razón de momios (RM) e intervalo de confianza de 95% (CI) para la relación entre la situación de empleo y la observancia de la terapia con antirretrovirales

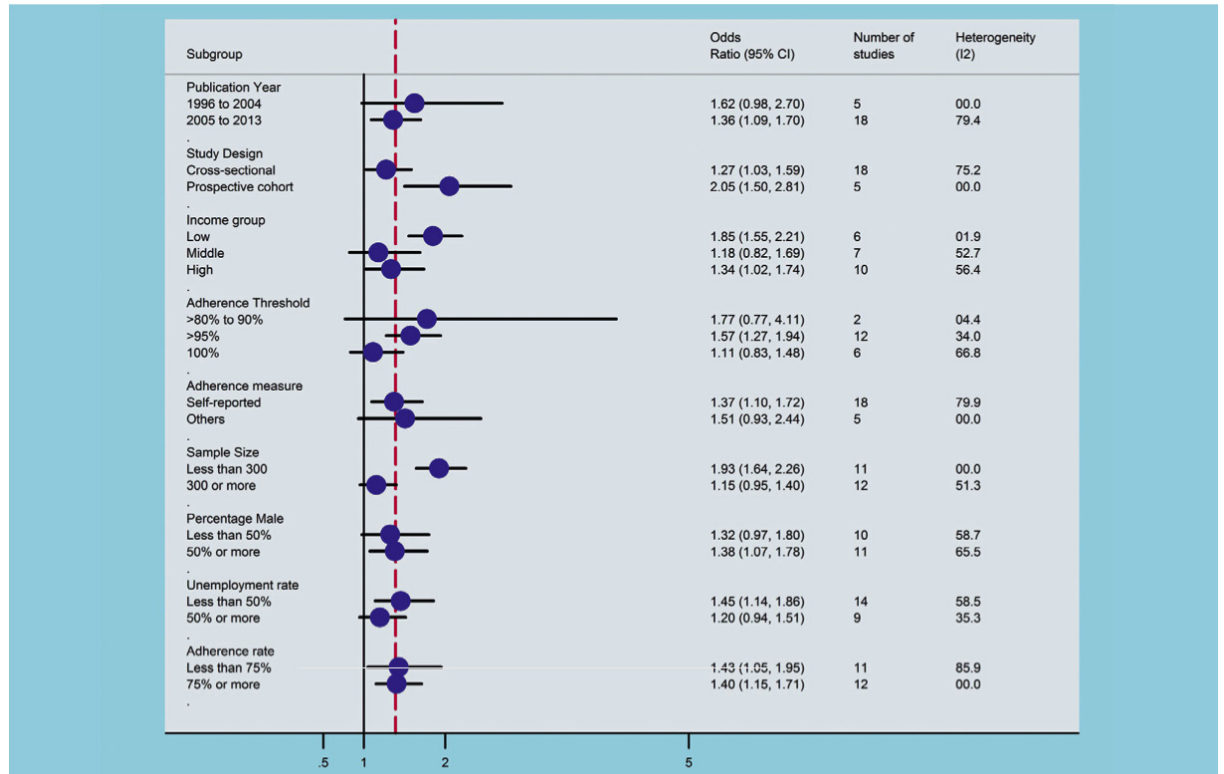


A.3. Diferencial de relación por diferentes subgrupos

En la figura 4 se muestran los resultados de los análisis de subgrupos. No encontramos prueba alguna de diferenciales estadísticamente significativos en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de la TAR por año de publicación, grupo de ingresos del país, mediciones de observancia, porcentaje de hombres, tasas de desempleo y tasas de observancia. La intensidad de la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de

la TAR fue notablemente superior en los estudios cohorte prospectivos que en los estudios transversales (RM : 2,05 frente a 1,27, valor p por interacción = 0,047). Del mismo modo, la intensidad de la relación fue notablemente superior en los estudios pequeños (<300) que en los estudios con más de 300 participantes (RM : 1,93 frente a 1,15, valor p de interacción = 0,002).

Figura 4: Razón de momios (RM) e intervalo de confianza (CI) del 95% de la relación entre la situación de empleo y la observancia de la terapia antirretroviral por diferentes subgrupos



A.4. Factores que modifican las estimaciones de relación determinadas por los análisis de meta-regresión

En el Cuadro 2 se determinan los factores de las estimaciones de relación y la proporción de variabilidad explicada. En los análisis de meta-regresión univariados, solo el tipo de estudio y el tamaño de la muestra fueron factores significativos de predicción de la relación entre la situación de empleo y las estimaciones de observancia óptima. No obstante, las diferencias en los umbrales de observancia pueden ser una fuente

principal de heterogeneidad. Tal como queda manifiesto en el Cuadro 2, los umbrales de observancia explicaron aproximadamente un 41% de heterogeneidad entre los estudios entre la situación de empleo y las estimaciones de observancia óptima, seguidos por el tamaño de la muestra de estudio (un 28%) y el tipo de estudio (22%).

Cuadro 2: Resultados de análisis de meta-regresión

Factor	Razón de momios (CI 95%)	Valor-P	Ajustado r ² *
Estudio anterior (1996-2004) vs. ulterior (2005 a 2013)	0,84 (0,55 a 1,60)	0,578	0,0
Estudio trasversal (vs. cohorte)	0,61 (0,37 a 0,99)	0,047	21,5
Grupo de ingresos del país			11,4
Ingresos bajos (vs. medios)	0,70 (0,43 a 1,15)	0,151	
Ingresos bajos (vs. altos)	0,78 (0,50 a 1,24)	0,279	
Umbral de observancia			40,7
≥80-90% (vs. ≥95%)	0,87 (0,30 a 2,50)	0,779	
≥80-90% (vs. ≥100%)	0,61 (0,21 a 1,79)	0,348	
Autodeclarado (vs. declarado por otros)	0,90 (0,48 a 1,69)	0,738	0,0
Estudio más pequeño (<300) vs. estudio mayor (≥300)	0,61 (0,45 a 0,82)	0,002	28,3
Porcentaje hombre (<50% vs. ≥50%)	1,03 (0,68 a 1,56)	0,869	0,0
Porcentaje tasa desempleo hombres (<50% vs. ≥50%)	0,89 (0,58 a 1,25)	0,405	8,5
Porcentaje tasa observancia hombres (<50% vs. ≥50%)	0,99 (0,67 a 1,46)	0,954	0,0

*proporción de heterogeneidad entre estudios explicada

ENTREVISTAS A INFORMANTES CLAVE

La información sobre modelos de formación en epidemiología, la investigación y las dificultades actuales se recabaron remotamente desde la sede de la OIT en Ginebra mediante entrevistas telefónicas de una muestra óptima entre el 11 y el 13 de septiembre de 2013. Se planificó un total de 15 entrevistas

con informantes clave, de los cuales 12 quisieron participar y 3 declinaron (2 debido a viajes en curso y 1 debido a una indisponibilidad de último minuto). La edad media de los informantes clave se situó en 47,5 años, oscilando en una gama de entre 34 y 62 años, e incluía a seis hombres, cinco mujeres y un

B.1. Situación de empleo de personas infectadas por VIH y observancia de la TAR

transexual.

En su gran mayoría, todos los informantes clave declararon que el empleo tiene probabilidad de incidir positivamente en la observancia de la TAR al ofrecer seguridad alimentaria y financiera para lidiar con barreras estructurales como la falta de transporte y dinero para asistir a las visitas médicas y recoger nuevas dosis de medicación y el dinero para costear cualquier otro gasto adicional de los servicios médicos en centros de salud pública o en el lugar de trabajo. Por otro lado, estar desempleado puede provocar una depresión y, a su vez, comportamientos poco saludables (por ejemplo, abuso de sustancias, sexo comercial), quedarse sin hogar y encarcelamientos, lo que se ha demostrado puede ser factor de no observancia. En entornos en que los pacientes deben pagar la TAR de su propio bolsillo, el desempleo es indudablemente causa probable de un periodo de interrupciones en el tratamiento pues los pacientes pueden carecer de medios para permitirse la TAR, con la consiguiente aparición de resistencia al fármaco y el fracaso del tratamiento. El desempleo también puede suponer un menor cuidado de uno mismo, baja autoestima y un sentimiento de desesperanza, causa probable de escasa salud mental.

El desempleo suele: llevar al uso de otras terapias (tradicional, moderna, religiosa, etc.); trastornos del ánimo (ansiedad, depresión, estrés en el trabajo); y problemas en el tratamiento hospitalario..."

(Informante clave femenina)

Mientras que en la mayoría de los países en desarrollo, las personas que viven con el VIH que no están empleadas no tienen seguridad financiera para sus necesidades básicas, este no es el caso en países desarrollados como los Estados Unidos. Allí, según declaró un informante clave, las personas desempleadas que viven con el VIH pueden acceder a una ayuda estatal de discapacidad que les permite costear su alojamiento, alimentación y otros gastos de subsistencia básicos. Por tanto, la consecuencia del desempleo sería menos negativa en los países de ingresos altos que en los países de ingresos medios o bajos. También se recalcó que una ayuda estatal podría inducir a algunas personas a no priorizar la búsqueda del empleo (lo que en parte podría deberse a una depresión en curso).

"El desempleo y el desánimo consiguiente pueden desembocar en una situación en la que los pacientes estén menos estructurados y sean incapaces de llevar una rutina para la toma de medicamentos en un horario concreto, o para una correcta rutina de alimentación o sueño..."

(Informante clave masculino)

Todos los informantes clave entrevistados

B.2. Estigma y discriminación

se mostraron de acuerdo en que el estigma del VIH percibido llevaría a no dar a conocer el estado serológico VIH del propio paciente y tendría consecuencias negativas en la observancia de la TAR en el lugar de trabajo y que los pacientes que no se manifiestan abiertamente sobre su estado serológico frente al VIH tienen más probabilidades de saltarse dosis de TAR al intentar evitar que sus compañeros, colegas o su empleador les

vean tomando fármacos TAR..

“El estigma todavía existe en el lugar de trabajo... pero depende sobre todo de la actitud favorable ante el VIH que muestren el empleador y los compañeros...”

(Informante clave femenina)

Diez de los 12 encuestados informaron

B.3. Diferencias de género en la observancia de la TAR y empleo

que, en idéntica situación de empleo (o desempleo), la observancia de la TAR por parte de las mujeres suele ser mayor que la de los hombres.

“Esto (que la observancia de las mujeres suele ser mayor que la de los hombres) se podría explicar por el hecho de que las mujeres tal vez sientan más la necesidad de mantenerse vivas y sanas porque han de cuidar de los niños y de la familia.”

(Informante clave femenina)

“Las mujeres disponen de servicios más

propicios, desde la atención prenatal a una mayor facilidad de acceso, y se muestran más dispuestas a cumplir el tratamiento para proteger a sus bebés... mientras que los hombres infectados por VIH suelen negarlo, abusar del alcohol, tomar drogas y ser más descuidados.”

(Informante clave masculino)

Es interesante destacar que las opiniones anteriores de estos informantes clave contrastan con las opiniones de otros informantes clave según los cuales la situación de empleo tiene probablemente más repercusión en los hombres que en las mujeres pues los hombres tienen mejores oportunidades laborales y mecanismos de defensa que, en términos generales, suelen traducirse en una mejor observancia de la TAR.

La disponibilidad de la simplificación del

B.4. Simplificación del régimen de TAR para llegar a un régimen de una sola dosis, observancia y situación de empleo

régimen de TAR con una toma al día probablemente incidirá positivamente en la observancia pues los pacientes necesitarían tomar su medicación TAR una sola vez por la mañana antes de ir a trabajar, o bien una vez por la noche antes de irse a la cama. No obstante, un informante clave recalzó que es poco probable que los regímenes de TAR en una sola dosis tengan un impacto de gran calado si no se resuelven otras barreras

individuales y estructurales. En otras palabras, únicamente con un enfoque que tenga en cuenta todas las dificultades de los pacientes para la observancia, se puede lograr una diferencia notable.

“... reducir la frecuencia de la dosis de TAR a un solo comprimido una vez al día ciertamente mejorará la observancia de unos cuantos felices

trabajadores privilegiados que: a) creen en la medicina moderna y no siguen un tratamiento multiterapia, b) tienen acceso a tratamiento gratuito permanente, c) pueden evitar largas, tediosas y humillantes colas en el hospital...

“... Para la gran mayoría de los demás trabajadores sin observancia, y para los

pacientes desempleados, la reducción de la frecuencia de la dosis de TAR probablemente supondrá muy pocas mejoras a menos que los distintos factores de la no observancia se tengan en cuenta (factores sociales, culturales, biológicos, psicológicos, etc.) ...”

(Informante clave femenina)

Ocho de los 12 informantes convinieron

B.5. Tipo de empleo e impacto en la observancia del tratamiento

en que el empleo puede incidir en la observancia de la TAR, viéndose el trabajo informal más afectado por las barreras estructurales a la observancia de TAR y los trabajos en entornos formales más afectados por cuestiones relacionadas con el estigma/temores de discriminación. Estos últimos preocupan mucho sobre todo en puestos de poder (por ejemplo, cargos directivos, políticos, etc.).

“Los trabajadores que trabajan en el sector informal o en empresas pequeñas o de tamaño medio sin seguro médico ni política de seguridad social tienen más tendencia a mostrar una mala observancia

de la TAR porque su salario no es lo suficientemente elevado o es irregular...”

“...Cuanto más elevado es su cargo, más discretos son los trabajadores sobre su estado serológico frente al VIH. Las consecuencias de saber que los presidentes de la compañía o el director del departamento de marketing es seropositivo pueden ser mucho más dañinas para su carrera que el saber que una cajera es seropositiva...”

(Informante femenina clave)

Si bien la mayoría (11 de 12) de

B.6. Impacto de la observancia de la TAR en la obtención y/o el mantenimiento del empleo

los encuestados convinieron en que los pacientes que cumplen la TAR suelen obtener y mantener el empleo pues es menos probable que experimenten infecciones oportunistas, hospitalizaciones, etc., también se recalcó que a veces los pacientes de VIH que sufren dificultades de salud pueden tener una visión más competitiva a la hora de luchar por un trabajo que las personas aparentemente “sanas” que viven con el VIH.

“...los pacientes con buen seguimiento

de la TAR pueden seguir sanos durante mucho más tiempo, su estado serológico puede mantenerse desconocido o incluso negarse durante un periodo de tiempo mucho mayor.”

(Informante femenina clave)

ANÁLISIS

PRINCIPALES CONCLUSIONES

A – Impacto del empleo en la observancia de la TAR

Un objetivo de los estudios sistemáticos y los meta-análisis es ofrecer al experto clínico o al investigador una valoración equilibrada de la totalidad de los datos en un ámbito, idealmente leyendo un solo informe, en vez de tener que leer una multitud de estudios uno a uno. Esto permite tener una valoración más objetiva de los datos, lo que puede llevar a la resolución de incertidumbres y desacuerdos. En este análisis sistemático se han reunido datos de 23 estudios de los últimos 17 años en los que participaron 6.674 personas que viven con el VIH. Se descubrió que los encuestados que disponían de empleo en el momento del estudio eran un 39% (podían oscilar entre un 13% y un 71%) más propensos a haber logrado una observancia óptima de la TAR que los desempleados. Nuestras conclusiones concuerdan con los resultados de meta-análisis previos sobre las barreras a la observancia de la TAR por nuestro grupo de investigación colaborativa que descubrió que, entre otras, las principales barreras para la observancia de la TAR tanto en países desarrollados como en desarrollo incluía declaraciones como las “dificultades financieras” que es un eufemismo para referirse al desempleo (Mills et al., 2006a).

Puede haber varias posibles explicaciones para la asociación observada. Por ejemplo, es posible que las personas desempleadas que viven con el VIH se muestren más proclives a la depresión (Murphy y Athanasou, 1999); y la depresión ha sido relacionada con una mala observancia de la TAR (Gonzalez

et al., 2011). Murphy estudió 16 estudios longitudinales que analizaron si la pérdida de trabajo tiene repercusiones negativas en la salud mental de los desempleados y descubrió que hay pruebas de que el desempleo tiene efectos negativos en la salud mental (Murphy y Athanasou, 1999). Gonzalez y sus colaboradores recogieron datos de 95 informes publicados que estudiaron la relación entre la depresión y la no observancia de la TAR y revelaron vinculaciones estadísticamente significativas de que es una consecuencia constante entre la población, y no puntual (Gonzalez et al., 2011).

Asimismo, en un informe transversal de Vietnam que incluía a 1.016 pacientes de VIH/sida en siete hospitales y centros de salud que ofrecían servicios de tratamiento con antirretrovirales en tres provincias (Hanoi, Hai Phong, y la ciudad de Ho Chi Minh), un 25,9% mostraban una tasa de observancia autodeclarada por debajo de la óptima (Escala Visual Análoga o EVA). En un análisis multivariables, el incremento de la autoeficacia percibida, el uso de alarmas mediante teléfonos móviles y recordatorios de los familiares se relacionaron con una observancia óptima; en cambio, los niveles elevados de CD4, la soltería y la inestabilidad laboral se asociaron con una observancia por debajo de la óptima (Tran et al., 2013). Del mismo modo, en un estudio cualitativo en Vietnam, se informó de que la mayoría de los participantes manifestaron temores de que la toma de la medicación revelaría, el estado serológico VIH a familiares, amigos, vecinos, o compañeros, y esta

situación se consideraba una barrera fundamental a la observancia de la TAR. (Van Tam et al., 2011).

B – Observancia de la TAR y situación de empleo en países con ingresos bajos, medios y altos

En nuestro meta-análisis no encontramos pruebas de diferenciales significativos estadísticamente en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de la TAR debidos a los ingresos del país según la definición de países de ingresos bajos, medios y altos. No obstante, los resultados de nuestro estudio cualitativo arrojaron más información. Se descubrió que en la mayoría de los países en desarrollo, las personas que viven con el VIH que no están empleadas, carecen de seguridad

financiera para sus necesidades básicas. Esto no fue aceptado por un informante clave de los Estados Unidos que declaró que allí las personas desempleadas que viven con el VIH pueden acceder a una ayuda federal de discapacidad que les permite costear su alojamiento, alimentos y otros costes de subsistencia básicos. Por tanto, cabría deducir que el impacto del desempleo resulta menos negativo en los países de ingresos altos que en los países de ingresos bajos y medios.

C - Iniciación/observancia y capacidad de obtener y/o mantener el empleo

Resulta interesante que Rosen y sus colaboradores (Rosen et al., 2008) descubrieran que los trabajadores antes de la TAR se mostraban dos veces más predispuestos a decir que no estaban en condiciones de ir a trabajar en la semana previa de cinco días que los que acababan de iniciar una TAR recientemente. Además, las personas que seguían una TAR durante tres a seis meses se ausentaban una media de tres días menos al mes que los que llevaban con la TAR menos de tres meses. Un estudio reciente de los resultados económicos del tratamiento del sida hace hincapié en estas conclusiones: el absentismo laboral disminuyó notablemente a lo largo del primer año de tratamiento del trabajador y el uso de TAR mejoró la productividad (Beard et al., 2009).

En un estudio cualitativo, Scott y sus colaboradores intentaron conseguir descripciones de cómo el empleo ayuda

o impide la observancia, y cómo los lugares de trabajo la respaldan o la dificultan. Los encuestados procedían de tres lugares de trabajo en Zimbabue: una empresa forestal con aproximadamente 800 empleados, el departamento local de una empresa nacional de té con 85 empleados en Manicaland y una mina de oro con un total de 500 empleados. La mayoría de los trabajadores que estaban siguiendo una TAR solían desear seguir en sus puestos originales durante el máximo tiempo posible pero podían necesitar una cierta adaptación, por ejemplo, descansos más prolongados, o modificación de sus tareas. Seguir trabajando más o menos en la misma función es económicamente importante y también reafirma su identidad personal y social como personas “normales” y productivas (Scott et al., 2012).

En nuestro estudio no se encontraron pruebas de diferencias estadísticas

significativas en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de la TAR por año de publicación. Asimismo, tampoco se encontraron pruebas de diferencias estadísticas significativas en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de la TAR por grupo de ingresos del país. Sin embargo, las entrevistas con los informantes clave y los datos cualitativos publicados resaltan diferencias y/o experiencias en determinados países o lugares en lo que se refiere a tratamiento del VIH, observancia y empleo. A título de ejemplo, en un estudio cualitativo en Uganda usando entrevistas semi-estructuradas con 24 adultos que seguían una TAR y asistían a clínicas de VIH urbanas y rurales se encontraron cambios en la salud física, la actividad laboral y la gestión de activos desde antes de contraer el VIH a después de la TAR. Un 88% de los participantes estaban trabajando antes de contraer el VIH (la mayoría en microempresas y agricultura de subsistencia), de los cuales 18 tuvieron que dejar de trabajar al menos provisionalmente tras contraer el VIH. Después de la TAR, 20 (83% de la muestra) estaban involucrados en algún tipo de trabajo pero para muchos

no al mismo nivel que antes de contraer el VIH. Además, la mayoría de los que previamente disponían de un trabajo asalariado no lograron volver al mercado de trabajo formal. Dos tercios de la muestra indicaron que habían tenido que vender al menos parte de su tierra capital o de su vivienda tras el VIH, y pocos pudieron volverla a comprarla después de la TAR. Una mayoría (67%) informó que el apoyo económico de su familia fue fundamental tras contraer el VIH, y para un 38% este apoyo siguió siendo necesario después de la TAR. Estas conclusiones ponen de manifiesto que, si bien la TAR ayuda a las personas a volver a estar en condiciones de trabajar, se necesitan otros respaldos económicos para que estas personas y sus hogares puedan restablecer sus niveles de vida, especialmente en entornos con escasez de recursos (Wagner et al., 2009).

D - Observancia/retención tras programa de TAR en el sector privado frente al sector público

Dahab y sus colaboradores investigaron las razones de la interrupción de TAR de VIH en el sector público y privado en Sudáfrica. Descubrieron que las principales razones para la interrupción en el sector privado fueron la incertidumbre sobre el propio estado serológico VIH y sobre la validez de la TAR, las relaciones inadecuadas entre paciente y proveedor y la discriminación en el lugar de trabajo. En el sector público, era tener que desplazarse y carecer de dinero para el transporte clínico (Dahab et al., 2011). Además, los participantes del sector

privado no solo estaban poco convencidos de la necesidad de tratamiento sino que además sentían que las visitas de seguimiento requeridas por la clínica de TAR les creaban problemas con sus empleadores. La razón más comúnmente citada para la interrupción del tratamiento entre los participantes en el programa en el sector privado fue el acoso y la discriminación por los gerentes de línea que se negaban a dejar tiempo acudir a la clínica.

Los gerentes del sector privado supuestamente cuestionaban la

necesidad de asistir a la clínica si los empleados “tenían buen aspecto” y consideraban que las repetidas ausencias para un seguimiento clínico constituían una manera de “abusar de las bajas por enfermedad”. En esas circunstancias, los participantes solían decidir dejar de asistir a la clínica en vez de comunicar su estado serológico y arriesgarse a nuevas confrontaciones, o en el peor de los casos a perder su empleo. “Tuve que elegir entre perder mi trabajo y venir

aquí [clínica]... Si tu jefe quiere saber cuál es la razón de que tengas que ir al hospital cada mes, ¿cómo vas a decirle la verdad? Tuvimos una pelea dialéctica... Me dijo que estoy abusando de la baja por enfermedad porque para él tengo un aspecto inmejorable... Intenté venir a la fuerza, créanme, y, entonces, me dijo que me remitiría al tribunal médico y empezó a tratarme de forma diferente” (Dahab et al., 2011).

E - Observancia de la TAR, empleo y género

No encontramos prueba alguna de diferencias estadísticamente significativas en la relación entre la situación de empleo y la observancia óptima de la TAR por el porcentaje de tasas de observancia masculina. Probablemente haya múltiples factores que se equilibren unos y estén en el origen de nuestras conclusiones.

En primer lugar, hay una diferencia de género en el acceso a la TAR. En la mayoría de las regiones del mundo, y especialmente en los entornos con un número elevado de infecciones por VIH, las mujeres suelen acceder más a la TAR que los hombres (Puskas et al., 2011) así como a servicios auxiliares de VIH, por ejemplo, asesoramiento específico, etc. Por todas estas razones, las mujeres de esos entornos suelen mostrar mayor observancia y recibir más atención que los hombres, lo que también fue confirmado por la mayoría de nuestros informantes clave de África. En cambio, el acceso al empleo puede ser más elevado

para los hombres que para las mujeres por lo que el empleo podría ser una función de aumento de la observancia entre los hombres ya que probablemente tendrán una mejor seguridad financiera, alimentaria o acceso a servicios de TAR en el lugar de trabajo que las mujeres.

Al mismo tiempo, como indican varios de informantes clave, los hombres suelen tener más tendencia a abusar de determinadas sustancias (el alcohol, por ejemplo) que las mujeres y el abuso de sustancias dañinas puede ser más elevado entre los desempleados que los empleados (Dooley et al., 1996) mientras que las mujeres suelen ser más dadas a sufrir depresión que los hombres (Parker y Brotchie, 2010). Por tanto, está claro que hay muchos factores que intervienen aquí y que nos recuerdan que la realidad es más compleja y difiere en función del entorno y las condiciones económicas y culturales.

F - Simplificación del régimen de TAR hacia un régimen de una dosis al día y una menor ingesta farmacológica y el impacto en la observancia de la TAR y el empleo

En este análisis no se pudieron analizar estudios que usen la observancia de combinaciones a dosis fijas en relación con la situación de empleo. Las combinaciones a dosis fijas suponen un avance considerable en la simplificación del tratamiento con antirretrovirales, contribuyendo a incrementar el cumplimiento de las complejas terapias crónicas y, por tanto, mejorando la calidad de vida de los pacientes. La reducción del número de comprimidos y dosis diarias está ligada a una mayor observancia y una mejor calidad de vida (Aldir et al., 2013, Kauf et al., 2012, Nachege et al., 2011, Parienti et al., 2009).

No obstante, de las entrevistas con los informantes clave, se resaltó que las barreras sociales, estructurales y de comportamiento se mantendrían incluso con una terapia de combinaciones a dosis fijas. Esto se ha confirmado en un estudio cualitativo en Uganda con pacientes que compran TAR genérica de dosis fijas y bajo coste, lo que sugiere que la omisión de ciertas dosis puede deberse más a una imposibilidad de acceder a la medicación más que a una dificultad de seguimiento de la medicación, y que las intervenciones estructurales más que las de comportamiento podrían ser más útiles para garantizar una respuesta óptima al tratamiento (Crane et al., 2006)

Se espera que la actual disponibilidad creciente de la dosis TAR única, no solo en los países de ingresos altos (EACS, 2012, Grupo sobre pautas con antirretrovirales para adultos y adolescentes, 2013, Thompson et al., 2012), sino también como recomienda encarecidamente la OMS en los países de ingresos bajos y medios como régimen combinado a dosis fijas tendrá un impacto positivo en la observancia ya que los pacientes solo tendrán que tomar su medicación TAR por la mañana antes de irse a trabajar, o una vez por la noche antes de irse a la cama. Esos regímenes simplificados de TAR también evitarán que se vea a los pacientes tomando TAR en el lugar de trabajo o durante el día cuando están en viajes de negocio y, por tanto, reducirán el miedo al estigma/discriminación relacionado con el estado serológico VIH. Por tanto, es necesario realizar una investigación formal sobre la simplificación del régimen de TAR para permitir recabar datos cualitativos y cuantitativos con los que investigar y confirmar el impacto en la observancia, la satisfacción de los pacientes, la calidad de vida, el coste-eficacia del régimen TAR de una dosis diaria, la reducción de la ingesta farmacológica y la incidencia en la observancia de la TAR y el empleo.

G - El trabajo formal e informal y el impacto en la observancia de la TAR

No resulta sorprendente que los informantes clave seleccionados comunicaran que el miedo a la estigmatización y, por consiguiente, la no observancia de la TAR suele situarse en su punto álgido en los pacientes de VIH que trabajan en entornos laborales formales en comparación con entornos laborales informales donde los pacientes pueden tener más flexibilidad para ocultar o tomar sus fármacos en privado. No obstante, los pacientes que trabajan en un entorno informal tienen más tendencia a encontrarse con barreras estructurales a la observancia de la TAR.

También se ha comunicado la existencia de algunos de los problemas de las barreras estructurales a la TAR (observancia) en el sector formal de empleo en Sudáfrica. “En algunos casos, el estigma y la discriminación están impidiendo que las personas que viven con el VIH soliciten recibir una terapia con antirretrovirales. Un asunto fundamental es si ofrecer la terapia con antirretrovirales a los empleados solamente, o también a sus parejas y familias. Otro tema que debe estudiarse es cómo mantener una terapia con antirretrovirales cuando se despiden a un empleado o éste decide dejar de trabajar para la empresa”.

H - Incremento de productividad relacionado con el tratamiento con TAR y su observancia

Usando los costes de programa y los precios de la TAR en 2009, Stover y sus colaboradores estimaron que la disminución de fondos necesarios para mantener este cohorte se sitúa en US\$14,2 mil millones para el periodo 2011-2020 (Stover et al., 2011). Según las previsiones, esta inversión permite ahorrar 18,5 millones de años-vida y supone entre US\$12 mil millones y US\$34 mil millones al incrementar la productividad laboral, evitar la atención a huérfanos, y diferir el tratamiento médico de infecciones oportunistas y los cuidados de pacientes terminales. Con otras hipótesis sobre los efectos en la productividad laboral de la infección por VIH, la enfermedad del sida, y la TAR, las ganancias oscilaban

entre un 81% y un 287% de los costes del programa en el mismo periodo. Concluyeron que, además de las enormes ventajas logradas en salud, los beneficios económicos del tratamiento compensarían sustancialmente y, probablemente, excederían los costos del programa en 10 años de inversión (Stover et al., 2011). Efectivamente, los pacientes que están trabajando tienen más probabilidades de permanecer empleados gracias al tratamiento con la terapia antirretroviral muy activa (TARMA). La TARMA prescrita a los pacientes en etapas menos avanzadas de la infección puede producir mayores beneficios en términos de empleo (Goldman y Bao, 2004).

VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados de este meta-análisis se deberían interpretar con precaución. La naturaleza observacional de los datos limita la capacidad de extraer inferencias causales. Encontramos una heterogeneidad significativa estadísticamente en los distintos estudios, lo que sugiere que el porcentaje de variabilidad en las estimaciones de efectos que se deben a la heterogeneidad más que al error de muestreo (azar) es importante. Una proporción considerable de la heterogeneidad observada podría explicarse por las diferencias en umbrales de observancia, tamaños de muestra de estudio y tipos de estudio. No obstante, incluso en presencia de una elevada heterogeneidad, el meta-análisis ha sido sugerido como una opción preferible a la interpretación cualitativa o narrativa de los resultados pues la síntesis narrativa puede llevar a conclusiones erróneas o engañosas. La precisión cuantitativa es un aspecto importante del meta-análisis y es una de las razones para evitar una interpretación narrativa sin síntesis. La heterogeneidad parecía ser la norma

más que la importantes. Efectuamos investigaciones pormenorizadas de bases de datos para asegurarnos de que se identificaba toda la excepción en los meta-análisis de observancia de TAR publicados. Ninguno de los estudios incluidos comparó la observancia del tratamiento en los distintos tipos de ocupación. Pese a estas limitaciones, las ventajas del análisis son información relevante publicada. Además, también efectuamos análisis de meta-regresión para investigar si cualquier factor particular a nivel de estudio explicaba los resultados y podía determinar las variaciones observadas entre los estudios.

Por último, completamos este meta-análisis con un estudio cualitativo que consistió en recabar las opiniones de líderes de opinión en todo el mundo sobre el impacto de la situación de empleo en la observancia de la terapia con antirretrovirales. Los datos recabados fueron numerosos y supusieron un valor añadido al contenido y la interpretación de los datos cuantitativos..

IMPLICACIONES PARA UNA INVESTIGACIÓN FUTURA

Con el presente estudio es imposible pasar revista a todas las cuestiones relacionadas con la vinculación entre la situación de empleo y la observancia óptima (Anema et al., 2009). Por tanto, se necesitan:

- 1) más estudios empíricos para determinar mejor cómo el empleo contribuye a la observancia del tratamiento (por ejemplo, el efecto del empleo en la salud mental, la salud física, la independencia financiera, etc.);
- 2) una evaluación de si los distintos tipos de empleo o puestos de trabajo tienen diferentes incidencias en la observancia

del tratamiento;

- 3) estudios longitudinales de cómo los programas de creación de empleo pueden incidir positivamente en la observancia del tratamiento de VIH, la evolución de la enfermedad y la calidad de vida;
- 4) una evaluación del impacto de la simplificación del régimen de TAR, la satisfacción del impacto, la calidad de vida y el miedo al estigma y la discriminación relacionadas con el VIH en el lugar de trabajo; y,
- 5) estudios de coste-beneficio y coste-eficacia para evaluar las intervenciones anteriores.

CONCLUSIONES

En este análisis sistemático se han examinado datos de 23 estudios de los últimos 17 años incluyendo a 6.674 participantes que viven con el VIH de países de ingresos bajos, medios y altos. Se ha descubierto que los encuestados que estaban empleados en el momento del estudio tenían un 39% más probabilidades (podía oscilar entre 13% y un 71%) de haber logrado una observancia óptima de la terapia antirretroviral que aquellos que estaban desempleados. Sorprendentemente, todos los informantes clave indicaron que el empleo tiende a tener un impacto positivo en la observancia de TAR ya que ofrece la seguridad alimentaria y financiera para lidiar con barreras estructurales como la falta de transporte, de dinero para cubrir las visitas a la clínica y de retirar los dosis subsiguientes de fármacos y acceder a TAR y los servicios auxiliares relacionados en los lugares de trabajo seleccionados. Se ha descubierto que en la mayoría de los países en desarrollo, las personas que viven con el VIH y que no están empleadas no tienen la seguridad financiera para sus necesidades básicas.

Todos los informantes clave entrevistados convinieron en que el estigma de VIH percibido conducirá a una no divulgación del estado serológico VIH del propio paciente y tendrá una incidencia negativa en la observancia de TAR en el lugar de trabajo y que los pacientes que no se muestran abiertos sobre su estado serológico VIH suelen dejar de tomar dosis de TAR al intentar evitar que sus compañeros o su empleador los vean tomándola. Las mujeres suelen mostrar mayor observancia de la TAR que los hombres. El empleo suele incidir más en la observancia de TAR, viéndose el trabajo informal más afectado por las barreras estructurales a la observancia de TAR y los lugares de trabajo formales más impactados por cuestiones relacionadas con el estigma/los miedos de discriminación. Se ha observado que en ocasiones los pacientes de VIH que experimentan dificultades de salud pueden tener una visión más competitiva para luchar por un trabajo que las personas aparentemente “sanas” que viven con el VIH.

REFERENCIAS

ALDIR, I., HORTA, A. & SERRADO, M. 2013. Single-tablet regimens in HIV: does it really make a difference? *Curr Med Res Opin*.

ANEMA, A., VOGENTHALER, N., FRONGILLO, E. A., KADIYALA, S. & WEISER, S. D. 2009. Food insecurity and HIV/AIDS: current knowledge, gaps, and research priorities. *Curr HIV/AIDS Rep* 6, 224-31.

ARRIVILLAGA, M., ROSS, M., USECHE, B., ALZATE, M. L. & CORREA, D. 2009. Social position, gender role, and treatment adherence among Colombian women living with HIV/AIDS: social determinants of health approach. *Rev Panam Salud Publica*, 26, 502-10.

BANGSBERG, D. R., PERRY, S., CHARLEBOIS, E. D., CLARK, R. A., ROBERSTON, M., ZOLOPA, A. R. & MOSS, A. 2001. Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *Aids*, 15, 1181-3.

BEARD, J., FEELEY, F. & ROSEN, S. 2009. Economic and quality of life outcomes of antiretroviral therapy for HIV/AIDS in developing countries: a systematic literature review. *AIDS Care*, 21, 1343-56.

BERG, K. M., DEMAS, P. A., HOWARD, A. A., SCHOENBAUM, E. E., GOUREVITCH, M. N. & ARNSTEN, J. H. 2004. Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *J Gen Intern Med*, 19, 1111-7.

BERHE, N., TEGABU, D. & ALEMA YEHU, M. 2013. Effect of nutritional factors on adherence to antiretroviral therapy among HIV-infected adults: a case control study in Northern Ethiopia. *BMC Infect Dis*, 13, 233.

BEYENE, K. A., GEDIF, T., GEBRE-MARIAM, T. & ENGIDAWORK, E. 2009. Highly active antiretroviral therapy adherence and its determinants in selected hospitals from south and central Ethiopia. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*, 18, 1007-15.

CAMPOS, L. N., GUIMARAES, M. D. & REMIEN, R. H. 2010. Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS Behav*, 14, 289-99.

CRANE, J. T., KAWUMA, A., OYUGI, J. H., BYAKIKA, J. T., MOSS, A., BOURGOIS, P. & BANGSBERG, D. R. 2006. The price of adherence: qualitative findings from HIV positive individuals purchasing fixed-dose combination generic HIV antiretroviral therapy in Kampala, Uganda. *AIDS Behav*, 10, 437-42.

DAHAB, M., KIELMANN, K., CHARALAMBOUS, S., KARSTAEDT, A. S., HAMILTON, R., LA GRANGE, L., FIELDING, K. L., CHURCHYARD, G. J. & GRANT, A. D. 2011. Contrasting reasons for discontinuation of antiretroviral therapy in workplace and public-sector HIV programs in South Africa. *AIDS Patient Care STDS*, 25, 53-9.

DE FATIMA BONOLO, P., CECCATO, M., ROCHA, G. M., DE ASSIS ACURCIO, F., CAMPOS, L. N. & GUIMARAES, M. D. 2013. Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics (Sao Paulo)*, 68.

DOOLEY, D., FIELDING, J. & LEVI, L. 1996. Health and unemployment. *Annu Rev Public Health*, 17, 449-65.

DUGGAN, J. M., LOCHER, A., FINK, B., OKONTA, C. & CHAKRABORTY, J. 2009. Adherence to antiretroviral therapy: a survey of factors associated with medication usage. *AIDS Care*, 21, 1141-7.

DUONG, M., PIROTH, L., GRAPPIN, M., FORTE, F., PEYTAVIN, G., BUISSON, M., CHAVANET, P. & PORTIER, H. 2001. Evaluation of the Patient Medication Adherence Questionnaire as a tool for self-reported adherence assessment in HIV-infected patients on antiretroviral regimens. *HIV Clin Trials*, 2, 128-35.

EACS 2012. *Recommandations de la Société européenne de recherche clinique sur le sida. Version 6.1*, Paris, France, Société européenne de recherche clinique sur le sida (EACS).

FALAGAS, M. E., ZARKADOULIA, E. A., PLIATSIKA, P. A. & PANOS, G. 2008. Socioeconomic status (SES) as a determinant of adherence to treatment in HIV infected patients: a systematic review of the literature. *Retrovirology*, 5, 13.

GALARRAGA, O., GENBERG, B. L., MARTIN, R. A., BARTON LAWS, M. & WILSON, J. B. 2013. Conditional Economic Incentives to Improve HIV Treatment Adherence: Literature Review and Theoretical Considerations. *AIDS Behav*.

GIDAY, A. & SHIFERAW, W. 2010. Factors affecting adherence of antiretroviral treatment among AIDS patients in an Ethiopian tertiary university teaching hospital. *Ethiop Med J*, 48, 187-94.

GOLDMAN, D. P. & BAO, Y. 2004. Effective HIV treatment and the employment of HIV(+) adults. *Health Serv Res*, 39, 1691-712.

GONZALEZ, J. S., BATCHELDER, A. W., PSAROS, C. & SAFREN, S. A. 2011. Depression and HIV/AIDS treatment nonadherence: a review and meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 58, 181-7.

HARRIS, J., PILLINGER, M., FROMSTEIN, D., GOMEZ, B., GARRIS, I., KANETSKY, P. A., TEBAS, P. & GROSS, R. 2011. Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. *AIDS Behav*, 15, 1410-5.

ICKOVICS, J. R., CAMERON, A., ZACKIN, R., BASSETT, R., CHESNEY, M., JOHNSON, V. A. & KURITZKES, D. R. 2002. Consequences and determinants of adherence to antiretroviral medication: results from Adult AIDS Clinical Trials Group protocol 370. *Antivir Ther*, 7, 185-93.

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL (BIT) 2009. Le VIH/sida et le monde du travail. Quatrième point de l'ordre du jour. Conférence internationale du Travail, 98e session. Genève, Suisse, Bureau international du Travail (BIT).

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL 2000. Recommandations internationales en vigueur sur les statistiques du travail, Genève, Suisse, Bureau international du Travail (BIT).

JAVANBAKHT, M., PROSSER, P., GRIMES, T., WEINSTEIN, M. & FARTHING, C. 2006. Efficacy of an individualized adherence support program with contingent reinforcement among nonadherent HIV-positive patients: results from a randomized trial. *J Int Assoc Physicians AIDS Care (Chic)*, 5, 143-50.

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA (ONUSIDA) 2011. La riposte mondiale au sida. Le point sur l'épidémie et les progrès du secteur de la santé vers un accès universel. Rapport de situation, Genève, Suisse, Programme commun des Nations-Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

JUDA Y, T., GUPTA, S., GRIMM, K., WAGNER, S. & KIM, E. 2011. Factors associated with complete adherence to HIV combination antiretroviral therapy. *HIV Clin Trials*, 12, 71-8.

KAUF, T. L., DAVIS, K. L., EARNSHAW, S. R. & DAVIS, E. A. 2012. Spillover adherence effects of fixed-dose combination HIV therapy. *Patient Prefer Adherence*, 6, 155-64.

KING, R. M., VIDRINE, D. J., DANYSH, H. E., FLETCHER, F. E., MCCURDY, S., ARDUINO, R. C. & GRITZ, E. R. 2012. Factors associated with nonadherence to antiretroviral therapy in HIV-positive smokers. *AIDS Patient Care STDS*, 26, 479-85.

KUNUTSOR, S., WALLEY, J., KATABIRA, E., MUCHURO, S., BALIDAWA, H., NAMAGALA, E. & IKOONA, E. 2010. Clinic Attendance for Medication Refills and Medication Adherence amongst an Antiretroviral Treatment Cohort in Uganda: A Prospective Study. *AIDS Res Treat*, 2010, 872396.

KYSER, M., BUCHACZ, K., BUSH, T. J., CONLEY, L. J., HAMMER, J., HENRY, K., KOJIC, E. M., MILAM, J., OVERTON, E. T., WOOD, K. C. & BROOKS, J. T. 2011. Factors associated with nonadherence to antiretroviral therapy in the SUN study. *AIDS Care*, 23, 601-11.

LAL, V., KANT, S., DEWAN, R., RAI, S. K. & BISWAS, A. 2010. A two-site hospital-based study on factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. *Indian J Public Health*, 54, 179-83.

LI, L., LEE, S. J., WEN, Y., LIN, C., WAN, D. & JIRAPHONGSA, C. 2010. Antiretroviral therapy adherence among patients living with HIV/AIDS in Thailand. *Nurs Health Sci*, 12, 212-20.

MILLS, E. J., NACHEGA, J. B., BANGSBERG, D. R., SINGH, S., RACHLIS, B., WU, P., WILSON, K., BUCHAN, I., GILL, C. J. & COOPER, C. 2006a. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med*, 3, e438.

MILLS, E. J., NACHEGA, J. B., BUCHAN, I., ORBINSKI, J., ATTARAN, A., SINGH, S., RACHLIS, B., WU, P., COOPER, C., THABANE, L., WILSON, K., GUYATT, G. H. & BANGSBERG, D. R. 2006b. Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Jama*, 296, 679-90.

MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF, J. & ALTMAN, D. G. 2009. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*, 6, e1000097.

MURPHY, G. C. & ATHANASOU, J. A. 1999. The effect of unemployment on mental health. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 72, 83-99.

MUSHEKE, M., BOND, V. & MERTEN, S. 2012. Individual and contextual factors influencing patient attrition from antiretroviral therapy care in an urban community of Lusaka, Zambia. *J Int AIDS Soc*, 15 Suppl 1, 1-9.

NACHEGA, J. B., HISLOP, M., DOWDY, D. W., CHAISSON, R. E., REGENSBURG, L. & MAARTENS, G. 2007. Adherence to nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor-based HIV therapy and virologic outcomes. *Ann Intern Med*, 146, 564-73.

NACHEGA, J. B., MUGAVERO, M. J., ZEIER, M., VITORIA, M. & GALLANT, J. E. 2011. Treatment simplification in HIV-infected adults as a strategy to prevent toxicity, improve adherence, quality of life and decrease healthcare costs. *Patient Prefer Adherence*, 5, 357-67.

NACHEGA, J. B., STEIN, D. M., LEHMAN, D. A., HLATSHWAYO, D., MOTHOPENG, R., CHAISSON, R. E. & KARSTAEDT, A. S. 2004. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected adults in Soweto, South Africa. *AIDS Res Hum Retroviruses*, 20, 1053-6.

NACHEGA, J. B., UTHMAN, O. A., ANDERSON, J., PELTZER, K., WAMPOLD, S., COTTON, M. F., MILLS, E. J., HO, Y. S., STRINGER, J. S., MCINTYRE, J. A. & MOFENSON, L. M. 2012. Adherence to antiretroviral therapy during and after pregnancy in low-income, middle-income, and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Aids*, 26, 2039-52.

NAKIMULI-MPUNGU, E., MUTAMBA, B., OTHENGO, M. & MUSISI, S. 2009. Psychological distress and adherence to highly active anti-retroviral therapy (HAART) in Uganda: a pilot study. *Afr Health Sci*, 9 Suppl 1, S2-7.

OMS 2003. Adherence to long-term therapies: evidence for action, Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

OMS 2013. Global update on HIV treatment 2013: results, impact and opportunities, Ginebra, Suiza, Organización Mundial de la Salud.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO 2000. Recomendaciones internacionales de actualidad en estadísticas del trabajo, Ginebra, Suiza, Organización Internacional del Trabajo (OIT).

PALAR, K., MARTIN, A., OROPEZA CAMACHO, M. L. & DEROSE, K. P. 2013. Livelihood experiences and adherence to HIV antiretroviral therapy among participants in a food assistance pilot in Bolivia: a qualitative study. PLoS One, 8, e61935.

PANEL ON ANTIRETROVIRAL GUIDELINES FOR ADULTS AND ADOLESCENTS 2013. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents, USA, Department of Health and Human Services/AIDS Info.

PARIENTI, J. J., BANGSBERG, D. R., VERDON, R. & GARDNER, E. M. 2009. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. Clin Infect Dis, 48, 484-8.

PARKER, G. & BROTCHE, H. 2010. Gender differences in depression. Int Rev Psychiatry, 22, 429-36.

PELTZER, K., FRIEND-DU PREEZ, N., RAMLAGAN, S. & ANDERSON, J. 2010. Antiretroviral treatment adherence among HIV patients in KwaZulu-Natal, South Africa. BMC Public Health, 10, 111.

PELTZER, K. & PENGPID, S. 2013. Socioeconomic factors in adherence to HIV therapy in low and middle income countries Journal of Health, Population and Nutrition, 31, 150-170.

PUSKAS, C. M., FORREST, J. I., PARASHAR, S., SALTERS, K. A., CESCONE, A. M., KAIDA, A., MILLER, C. L., BANGSBERG, D. R. & HOGG, R. S. 2011. Women and vulnerability to HAART non-adherence: a literature review of treatment adherence by gender from 2000 to 2011. Curr HIV/AIDS Rep, 8, 277-87.

RACHLIS, B. S., MILLS, E. J. & COLE, D. C. 2011. Livelihood security and adherence to antiretroviral therapy in low and middle income settings: a systematic review. PLoS One, 6, e18948.

ROSEN, S., KETLHAPILE, M., SANNE, I. & DESILVA, M. B. 2008. Differences in normal activities, job performance and symptom prevalence between patients not yet on antiretroviral therapy and patients initiating therapy in South Africa. Aids, 22 Suppl 1, S131-9.

SCOTT, K., CAMPBELL, C., SKOVDAL, M., MADANHIRE, C., NYAMUKAPA, C. & GREGSON, S. 2012. What can companies do to support HIV-positive workers?

Recommendations for medium- and large-sized African workplaces, London, UK, Biomedical Research and Training Institute, LSE Institute of Social Psychology.

SHERR, L., LAMPE, F. C., CLUCAS, C., JOHNSON, M., FISHER, M., LEAKE DATE, H., ANDERSON, J., EDWARDS, S., SMITH, C. J., HILL, T. & HARDING, R. 2010. Self-reported non-adherence to ART and virological outcome in a multiclinic UK study. *AIDS Care*, 22, 939-45.

SINGH, N., BERMAN, S. M., SWINDELLS, S., JUSTIS, J. C., MOHR, J. A., SQUIER, C. & WAGENER, M. M. 1999. Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clin Infect Dis*, 29, 824-30.

SINGH, N., SQUIER, C., SIVEK, C., WAGENER, M., NGUYEN, M. H. & YU, V. L. 1996. Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance. *AIDS Care*, 8, 261-9.

STOVER, J., KORENROMP, E. L., BLAKLEY, M., KOMATSU, R., VIISAINEN, K., BOLLINGER, L. & ATUN, R. 2011. Long-term costs and health impact of continued global fund support for antiretroviral therapy. *PLoS One*, 6, e21048.

THOMPSON, M. A., ABERG, J. A., HOY, J. F., TELENTI, A., BENSON, C., CAHN, P., ERON, J. J., GUNTARD, H. F., HAMMER, S. M., REISS, P., RICHMAN, D. D., RIZZARDINI, G., THOMAS, D. L., JACOBSEN, D. M. & VOLBERDING, P. A. 2012. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2012 recommendations of the International Antiviral Society-USA panel. *Jama*, 308, 387-402.

TORRES-MADRIZ, G., LERNER, D., RUTHAZER, R., ROGERS, W. H. & WILSON, I. B. 2011. Work-related barriers and facilitators to antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV infection. *AIDS Behav*, 15, 1475-82.

TRAN, B. X., NGUYEN, L. T., NGUYEN, N. H., HOAN G, Q. V. & HWANG, J. 2013. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. *Glob Health Action*, 6, 19570.

VAN TAM, V., PHARRIS, A., THORSON, A., ALFVEN, T. & LARSSON, M. 2011. "It is not that I forget, it's just that I don't want other people to know": barriers to and strategies for adherence to antiretroviral therapy among HIV patients in Northern Vietnam. *AIDS Care*, 23, 139-45.

VENKATESH, K. K., SRIKRISHNAN, A. K., MAYER, K. H., KUMARASAMY, N., RAMINANI, S., THAMBURAJ, E., PRASAD, L., TRICHE, E. W., SOLOMON, S. & SAFREN, S. A. 2010. Predictors of nonadherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected South Indians in clinical care: implications for developing adherence interventions in resource-limited settings. *AIDS Patient Care STDS*, 24, 795-803.

VISSMAN, A. T., YOUNG, A. M., WILKIN, A. M. & RHODES, S. D. 2013. Correlates of HAART adherence among immigrant Latinos in the southeastern United States. *AIDS Care*, 25, 356-63.

WAGNER, G., RYAN, G., HUYNH, A., KITYO, C. & MUGYENYI, P. 2009. A qualitative analysis of the economic impact of HIV and antiretroviral therapy on individuals and households in Uganda. *AIDS Patient Care STDS*, 23, 793-8.

WAKIBI, S. N., NG'ANG'A, Z. W. & MBUGUA, G. G. 2011. Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral therapy in Nairobi, Kenya. *AIDS Res Ther*, 8, 43.

ANEXOS

ANEXO 1 – ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Numéro	Recherche
1	hiv infections/
2	HIV.ti.
3	human immunodeficiency virus.ti,ab.
4	HIV Infections/pc
5	HIV/ or HIV-1/
6	Acquired Immunodeficiency Syndrome/pc [Prevention & Control]
7	exp hiv/
8	exp hiv-1/
9	exp hiv-2/
10	Human immunodeficiency virus.mp.
11	hiv.mp.
12	or/1-11
13	blue collar.mp.
14	blue collar.ti,ab.
15	white collar.mp.
16	exp Social Class/
17	exp Adult/ or Occupations/
18	Agriculture/ec, ed, ma [Economics, Education, Manpower]
19	exp Employment/
20	job.mp.
21	exp work/
22	exp income/
23	manpower.mp.
24	socioeconomic.mp.
25	socio-economic.mp.
26	office.mp.
27	or/13-26
28	exp Medication Adherence/
29	Adherence.mp.
30	Nonadherence.mp.
31	Compliance.mp.
32	or/28-31
33	12 and 27 and 32

ANEXO 2 - CUESTIONARIO DE ENTREVISTA A INFORMANTES CLAVE



Organización Internacional del Trabajo (OIT): OBSERVANCIA DEL TRATAMIENTO DE VIH Y SITUACIÓN DE EMPLEO

Investigación en múltiples países

Cuestionario de entrevistas en profundidad a informantes clave seleccionados (Versión 29 abril, 2013)

Esta encuesta se realiza en **XXXXX** para recabar información. Querríamos informarnos sobre su conocimiento, percepción y actitudes respecto a la situación de empleo y la observancia de la TAR para ayudar a la OIT a diseñar estrategias de intervención futura adaptadas. Esta encuesta es anónima y no es necesario hacer constar su nombre en ella. Su participación es voluntaria y debería exigir solo entre 30 y 40 minutos de su tiempo.

SECCIÓN 0: DETALLES DE LA ENTREVISTA

- a. Fecha de entrevista: dd/mm/AAAA __ / __ / __
- b. Nombre del país:
- c. Nombre del investigador del país:.....
- d. Entrevista: aceptada [sí] denegada []
- e. Razón(-es):

SECCIÓN 1: DETALLES DE LA ENTREVISTA

<i>Me gustaría empezar haciéndole unas preguntas previas antes de iniciar la entrevista</i>	
1. ¿Qué edad tiene usted? (Años de edad)
2. Género	1 hombre
	2 mujer
3. Nivel de educación máximo obtenido	1 Menos que la educación primaria
	2 Educación Primaria
	3 Educación Secundaria
4. Nombre de la organización M.O.M SUNSHINE.....
5. Nivel en la organización	Directivo junior
	Directivo medio
6. Años de servicio	
7. ¿Cuál es su papel (si ejerce alguno) en programas de VIH/SIDA?	

SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE OPCIÓN MÚLTIPLE

En la sección siguiente hacemos una serie de preguntas de opción múltiple sobre la observancia del tratamiento de VIH y la situación de empleo. Nuestros objetivos específicos son:

- Evaluar el impacto de la situación de empleo en las personas infectadas por VIH y la observancia de la TAR
- Investigar las cuestiones de género de la relación entre la situación de empleo y la observancia de la TAR
- Determinar si los distintos tipos de empleo tienen una incidencia diferente en la observancia del tratamiento de VIH
- Analizar si la observancia de la TAR afecta positiva o negativamente a la obtención o mantenimiento de un empleo

Le rogamos responda con “Sí” o “no” y, si lo necesita, no dude en ofrecer una breve explicación para aclarar su respuesta aún más.

7. ¿Vivió alguna vez situaciones en que pacientes desempleados infectados por VIH se mostraban menos propensos a cumplir la TAR?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

8. De haber respondido “sí” a la pregunta 7. ¿Cuáles son las posibles razones experimentadas por los pacientes de VIH desempleados?

0	Falta de alimentos	
1	Falta de dinero para desplazarse a la clínica a por más medicación TAR	
2	Fuera de casa, ocupado buscando trabajo	
3	Sin dinero (imposible permitirse la TAR)	
	Otros casos (especificar)	

9. Causas comunicadas de demora en la vuelta a la visita clínica para la TAR o falta de asistencia al seguimiento (indicar):

0	Nunca	
1	Miedo de lo que se descubriría en el diagnóstico	
2	Miedo del aislamiento social	
3	Falta de dinero para el transporte	
4	Actitud inadecuada del personal	
5	Mucho tiempo de espera y miedo de perder su trabajo actual	
6	Otros (especificar)	

10. Estigma

TTotalmente de acuerdo=0	De acuerdo=1	Neutro=2	En desacuerdo=3	En total desacuerdo=4

11. ¿Los hombres desempleados (con respecto a los empleados) con VIH serían menos dados a mostrar observancia del tratamiento con VIH en comparación con las mujeres?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

12. Si ha respondido que sí a la Pregunta 11, razone su respuesta.

13. ¿Afectan de forma distinta los distintos tipos de empleo a la observancia de la TAR?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

14. Si ha respondido sí a la pregunta 13, razone su respuesta:

15. ¿Es más probable que los pacientes con buena observancia estén empleados?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

16. Si ha respondido sí a la pregunta 15, razone su respuesta:

17. ¿Supondrá una gran diferencia la frecuencia de la dosis de TAR (por ejemplo, el régimen de un solo dosis) para los pacientes de VIH empleados con respecto a los pacientes desempleados?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

18. Si ha respondido que sí a la Pregunta 17, razone su respuesta:

Accesibilidad al establecimiento sanitario público que ofrece tratamiento

19. ¿La dosis de TAR (el número de comprimidos) suele marcar una gran diferencia para los pacientes de VIH empleados con respecto a los pacientes desempleados?

0	Sí	
1	No	
2	No sabe	

20. Si ha respondido que sí a la pregunta 19, razone su respuesta:

SECCIÓN 3: PREGUNTAS ABIERTAS

21. ¿Cómo puede afectar la situación de empleo de las personas infectadas por el VIH a la observancia de la TAR?

22. ¿Cree que hay diferencias de género entre la situación de empleo y la observancia de TAR

23. ¿Cree que los distintos tipos de empleo pueden incidir de forma diferente en la observancia del tratamiento?

- Empresas del sector informal o pequeñas y medianas empresas

Los trabajadores que trabajan en el sector informal o en pequeñas y medianas empresas sin seguro ni atención médica alguna suelen respetar peor la TAR porque su salario no es alto o regular.

24. ¿Cómo puede afectar la observancia de la TAR a la obtención o mantenimiento de un empleo?

25. ¿Alguna otra observación?

¡GRACIAS!